



Europejskie Centrum Monitorowania
Narkotyków i Narkomanii



Krajowe Biuro do Spraw
Przeciwdziałania Narkomanii

EUROPEJSKIE STANDARDY JAKOŚCI W PROFILAKTYCE UZALEŻNIEŃ OD NARKOTYKÓW

podręcznik dla specjalistów
profilaktyki uzależnień



Europejskie Centrum Monitorowania
Narkotyków i Narkomanii



Krajowe Biuro do Spraw
Przeciwdziałania Narkomanii

EUROPEJSKIE STANDARDY JAKOŚCI W PROFILAKTYCE UZALEŻNIEŃ OD NARKOTYKÓW

podręcznik dla specjalistów
profilaktyki uzależnień

Informacja prawna

Niniejsza publikacja Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) chroniona jest prawem autorskim. EMCDDA nie jest odpowiedzialne za wszelkie konsekwencje wynikające z wykorzystywania danych zawartych w niniejszym dokumencie. Treści podane w publikacji mogą nie odzwierciedlać jednakowego stanowiska partnerów EMCDDA, państw członkowskich UE oraz wszelkich agencji bądź instytucji Unii Europejskiej.

Publikacja została przygotowana we współpracy z Partnerstwem dla Standardów w Profilaktyce. Prace nad standardami zostały w 60% sfinansowane ze środków Komisji Europejskiej w ramach Wspólnotowego Programu Działań w dziedzinie Zdrowia Publicznego 2003-2008. Nazwa projektu: „Europejskie standardy sprawdzonych rozwiązań w profilaktyce uzależnień”, Nr Projektu 2007304.

Więcej informacji na temat Unii Europejskiej dostępnych jest na stronie internetowej (<http://europa.eu>).

Europe Direct jest serwisem, który udziela informacji na temat Unii Europejskiej

Bezpłatna infolinia (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

(*) Niektórzy operatorzy komórkowi nie zapewniają bezpłatnego dostępu do numerów 00800, stąd usługa ta może być płatna.

Dane katalogowe dostępne są na końcu niniejszej publikacji.

Luksemburg: Dział Publikacji Unii Europejskiej, 2011

ISBN: 978-92-9168-487-8

doi: 10.2810/48879

© Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2011

Powielanie treści jest możliwe pod warunkiem podania źródła. Standardy nie mogą być modyfikowane (tj. zmieniane, uzupełniane lub pomijane) bez zgody EMCDDA Partnerstwa dla Standardów Jakości.



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



Tytuł oryginału: European drug prevention quality standards
A manual for prevention professionals

Copyright © 2011 by European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
ISBN 978-92-9168-487-8

Tłumaczenie: Paweł Nowocień
Projekt okładki: Ireneusz Sakowski
Redakcja wersji polskiej: Janina Węgrzecka-Giluń, Artur Malczewski
Korekta: Janina Węgrzecka-Giluń
Skład i łamanie: Pracownia Graficzna Dąbrowa s.c.

Pierwsze wydanie w języku polskim

Copyright © Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2011
ISBN 978-83-934334-4-5

Egzemplarz bezpłatny

Wydanie sfinansowane ze środków
Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Spis treści

Podziękowania	9
Przedmowa	13
Przedmowa Partnerstwa dla Standardów w Profilaktyce	14
Opracowywanie standardów w Polsce	17
CZĘŚĆ I: Wprowadzenie	25
Rozdział 1: Istniejące modele profilaktyki uzależnień w Europie	27
Rozdział 2: Zastosowanie standardów jakości	34
Czym są Europejskie standardy jakości w profilaktyce?	35
Definicja profilaktyki uzależnień	36
Cel i zastosowanie standardów	37
Co ‘oceniać’ za pomocą standardów?	42
Użytkownicy standardów	43
Struktura i zakres standardów	46
Standardy podstawowe i specjalistyczne	49
Rozdział 3: Ogólne informacje na temat standardów jakości	52
Geneza standardów	53
Wspierająca rola standardów w realizacji polityki antynarkotkowej	54
Metoda opracowania standardów	55
Warunki wdrażania standardów i potencjalne przeszkody	57

CZĘŚĆ 2: Standardy	61
Kwestie wspólne	65
A: Trwałość programu i finansowanie	67
B: Wzajemna komunikacja i udział interesariuszy	71
C: Organizacja i rozwój personelu	78
D: Etyczny wymiar profilaktyki uzależnień od narkotyków	84
Etap 1: Ocena potrzeb	93
1.1 Przegląd antynarkotykowych strategii i ustawodawstwa	95
1.2 Ocena używania narkotyków i potrzeb społeczności	97
1.3 Określenie potrzeby – uzasadnienie interwencji	102
1.4 Rozpoznanie grupy docelowej	106
Etap 2: Ocena zasobów	113
2.1 Ocena grupy docelowej i zasobów społeczności	115
2.2 Ocena własnego potencjału	118
Etap 3: Ramy programu	121
3.1 Zdefiniowanie grupy docelowej	123
3.2 Zastosowanie modelu teoretycznego	125
3.3 Określenie celów strategicznych, programowych i częściowych	128
3.4 Określenie miejsca realizacji	133
3.5 Odwołanie się do dowodów skuteczności	137
3.6 Ustalenie harmonogramu	138
Etap 4: Konstrukcja interwencji	141
4.1 Projektowanie z myślą o jakości i skuteczności	143
4.2 Działania w przypadku wyboru istniejącej interwencji	148
4.3 Dopasowanie interwencji do grupy docelowej	153
4.4 Działania w przypadku planowania ewaluacji końcowych	156

Etap 5: Zarządzanie i mobilizacja zasobów	171
5.1 Zaplanowanie programu – przedstawienie planu projektu	173
5.2 Określenie wymagań finansowych	178
5.3 Powołanie zespołu do realizacji programu	181
5.4 Rekrutacja i utrzymanie uczestników	185
5.5 Opracowanie materiałów do realizacji interwencji	190
5.6 Opis programu	193
Etap 6: Realizacja i monitoring	197
6.1 Działania w przypadku interwencji pilotażowej	199
6.2 Realizacja interwencji	201
6.3 Monitoring w fazie realizacji	204
6.4 Modyfikacje w fazie realizacji	208
Etap 7: Ewaluacje końcowe	213
7.1 Działania w przypadku ewaluacji wyniku	215
7.2 Działania w przypadku ewaluacji procesu	221
Etap 8: Rozpowszechnianie i doskonalenie	227
8.1 Decyzja czy program powinien być kontynuowany	229
8.2 Rozpowszechnianie informacji o programie	232
8.3 Działania w przypadku raportu końcowego	237
Dodatek	242
Dokumenty źródłowe w zakresie standardów	243
Dodatkowy instruktaż	249
Glosariusz terminologii 'Europejskich standardów jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków'	253
Literatura	289

Podziękowania

Autorzy

Angelina Brotherhood, Centre for Public Health, Liverpool John Moores University, UK

Harry R. Sumnall, Centre for Public Health, Liverpool John Moores University, UK

Współautorzy (w porządku alfabetycznym)

Franco Badii, Azienda Sanitaria Locale n. 2 – Savonese (ASL2), Italy

Cristina Bergo, ASL di Milano, Italy

Diana Bolanu, National Anti-Drug Agency (NAA), Romania

Gregor Burkhart, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Portugal

Rosario Caruso, Azienda Sanitaria Locale n. 2 – Savonese (ASL2), Italy

Corrado Celata, ASL di Milano, Italy

Rachele Donini, Azienda Sanitaria Locale n. 2 – Savonese (ASL2), Italy

Katalin Felvinczi, Institute for Social Policy and Labour – National Institute for Drug Prevention (SZMI–NDI), Hungary

Riccardo C. Gatti, ASL di Milano, Italy

Jesús Moran Iglesias, Consejería de Sanidad – Servicio Gallego de Sanidad – Xunta de Galicia, Spain

Artur Malczewski, National Bureau for Drug Prevention (NBDP), Poland

Roberto Mancin, ASL di Milano, Italy

Maurizio Panza, Azienda Sanitaria Locale n. 2 – Savonese (ASL2), Italy

Francesca Romani, Azienda Sanitaria Locale n. 2 – Savonese (ASL2), Italy

Edit Sebestyén, Institute for Social Policy and Labour – National Institute for Drug Prevention (SZMI– NDI), Hungary

Diana Serban, National Anti-Drug Agency (NAA), Romania

Katalin Simon, Institute for Social Policy and Labour – National Institute for Drug Prevention (SZMI–NDI), Hungary

Nadia Vimercati, ASL di Milano, Italy

Anna Zunino, Azienda Sanitaria Locale n. 2 – Savonese (ASL2), Italy

Organizacje partnerskie

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)

Institute for Alcohol and Drug Research (SIRUS), Norway

Federal Centre for Health Education (BZgA), Germany

Institute for Drugs and Drug Addictions (IDT), Portugal

Studio Consulenza e Valutazione nel Sociale (CEVAS), Italy

Lista wszystkich organizacji uczestniczących w konsultacjach projektowych dostępna jest w internetowym suplemencie do niniejszego podręcznika pod adresem:

<http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention-standards/annex>

Przedmowa

Profilaktyka stanowi jedną z podstawowych metod wymienianych w debatach publicznych oraz strategiach przeciwdziałania narkomanii i innym problemom pokrewnym. Mimo systematycznie prowadzonej profilaktyki będącej odpowiedzią na obecne i prognozowane problemy, jej skuteczność jest mało widoczna. Potwierdzają to badania naukowe wskazujące na brak dostatecznej efektywności w tej sferze oraz szkody występujące na skutek niewłaściwie prowadzonych działań.

Niniejsza publikacja pomaga prawidłowo ukierunkować działania profilaktyczne. Zastosowanie empirycznie zweryfikowanego modelu rozwiązań wypełnia lukę pomiędzy nauką, strategią i praktyką. W oparciu o przegląd istniejących standardów w Europie i na świecie, zespół wysokiej klasy specjalistów z państw członkowskich UE oraz organizacji międzynarodowych opracował niniejszą publikację. W projekt badawczy Delphi oraz grupy fokusowe zostało zaangażowanych 400 ekspertów i interesariuszy, którzy przeprowadzili szereg pogłębionych dyskusji i w efekcie wypracowali konsensus, co do najważniejszych rekomendacji. Komisja Europejska zapewniła środki finansowe do realizacji projektu, a jego rezultat został opublikowany w ramach serii podręczników EMCDDA.

Prezentowana seria stanowi źródło informacji, porad i instruktażu dla profesjonalistów i praktyków. Poprzez swoją strukturę oraz liczne tabele i wykresy pomoże użytkownikom w procesie przechodzenia od oceny potrzeb do realizacji interwencji i końcowej ewaluacji projektu. Prawidłowe wdrażanie profilaktyki w oparciu o udokumentowane rozwiązania i umocowanie ich w istniejących instytucjach (lub działaniach) stanowi klucz do zapewnienia skuteczności, jak również pomaga uniknąć efektów niepożądanych. Niniejszy podręcznik dostarcza cennej wiedzy w tym zakresie i pozwala na to, by interwencje profilaktyczne osiągnęły swój cel.

Wolfgang Götz

Dyrektor EMCDDA

Przedmowa Partnerstwa dla Standardów w Profilaktyce

Niniejsza publikacja jest wynikiem dwuletnich prac w ramach projektu Europejskich standardów jakości w profilaktyce uzależnień. W 60% projekt finansowany był przez Komisję Europejską, natomiast w 40% przez poszczególne organizacje partnerskie. Standardy zostały opracowane przez Partnerstwo Standardów w Profilaktyce – podmiot o charakterze interdyscyplinarnym i wielosektorowym, skupiający siedem organizacji europejskich pod kierownictwem dr Harry’ego Sumnalla i Angeliny Borthers z Centrum Zdrowia Publicznego na Uniwersytecie Johna Mooresa w Liverpoolu (LMU) w Wielkiej Brytanii, którzy są jednocześnie autorami niniejszej publikacji.

Dokumenty strategiczne Unii Europejskiej typu Plany Działania UE w zakresie Narkotyków na lata 2005-2008 i 2009-2012 zawierają zalecenia dotyczące rozwijania i wdrażania najlepszych praktyk w profilaktyce uzależnień od narkotyków, jednak dotychczas nie wskazywały one metod dzięki którym takie działania byłyby możliwe. Systemy postępowania w zakresie interwencji profilaktycznych funkcjonują w kilku państwach członkowskich UE, jednak różnią się one, co do metodologii oraz zastosowania jej w szerszym europejskim kontekście. Wychodząc naprzeciw tego typu potrzebom niniejszy projekt stanowi wspólnie uzgodniony model, który może przyczynić się do podniesienia skuteczności działań w zakresie profilaktyki uzależnień w Unii Europejskiej.

Na początku prac dokonano przeglądu europejskich i międzynarodowych zasad postępowania w zakresie profilaktyki uzależnień. W celu sporządzenia projektu Europejskich standardów jakości w profilaktyce uzależnień dokonano – poprzez analizę danych jakościowych – syntezy standardów jakości spełniających odpowiednie kryteria doboru. W kolejnym etapie, w ramach konsultacji w gronie sześciu państw UE, dokonano oceny zasadności, użyteczności i wykonalności proponowanych standardów. Przedstawiciele poszczególnych krajów dokonywali oceny treści standardów, jak również wskazywali na potencjalne przeszkody w procesie ich realizacji. Na podstawie uzyskanych informacji zwrotnych standardy były kilkakrotnie modyfikowane. Końcowa wersja stanowi materiał uzyskany w efekcie wszystkich konsultacji, sugestie z prezentacji wygłaszanych podczas konferencji, nieformalnych i formalnych rozmów ze specjalistami do spraw profilaktyki, a także wnioski ze spotkań w ramach Partnerstwa.

W efekcie tych działań, możliwe było zdefiniowanie unijnych standardów na poziomie podstawowym i specjalistycznym. Standardy mają zastosowanie w pracy wszystkich specjalistów, którzy pośrednio lub bezpośrednio zajmują się profilaktyką uzależnień od narkotyków. Europejskie standardy jakości

w profilaktyce uzależnień definiują niezbędne działania, które należy uwzględnić w planowaniu, wdrażaniu i ewaluowaniu programów profilaktycznych. Ponadto, mogą służyć do budowania strategii profilaktycznych, tworzenia i oceny podmiotów świadczących usługi z zakresu profilaktyki oraz jako system opisu rozwoju zawodowego. Standardy można też wykorzystać do samodoskonalenia i autodiagnozy swojej pracy profilaktycznej.

Zasadniczy trzon standardów tworzy cykl projektowy, na który składa się osiem etapów: ocena potrzeb, ocena zasobów, ramy programu, konstrukcja interwencji, zarządzanie i mobilizacja zasobów, realizacja i monitoring, ewaluacje końcowe oraz rozpowszechnianie i doskonalenie. Ponadto, na każdym etapie występują standardy wspólne dla wszystkich etapów: trwałość i finansowanie, wzajemna komunikacja i udział interesariuszy, organizacja i rozwój personelu oraz etyczny wymiar profilaktyki uzależnień od narkotyków. Każdy etap podzielony został na kilka komponentów, które określają, jakie działania należy podejmować. Trzeci poziom szczegółowości tworzą atrybuty, które określają, w jaki sposób dany komponent może zostać zrealizowany.

Standardom towarzyszy szczegółowe wprowadzenie, które wyjaśnia ich praktyczne zastosowanie. Ponadto, każdy komponent standardu został wzbogacony o rozważania dotyczące wdrożenia danego standardu, jak również w odniesieniu do państw partnerskich uczestniczących w projekcie (suplement w wersji online). Dodatek oferuje dodatkowy instruktaż w procesie realizacji, jak również bogaty glosariusz. Do niniejszego podręcznika opracowano również listę kontrolną dostępną jako suplement na stronie internetowej.

Mamy nadzieję, że w przypadku uzyskania przez Partnerstwo dodatkowych środków, powstanie projekt działań, które umocnią standardy w kompleksowym i solidnym systemie, na który składać się będą dodatkowe materiały, szkolenia i działania edukacyjne przeznaczone dla szerokiego grona specjalistów, pracujących w obszarze przeciwdziałania narkomanii, jak również system akredytacyjny dla programów modelowych. Tego typu działania sprawią, że standardy nie pozostaną tylko na papierze, ale będą w znaczący sposób stanowić o działaniach UE z zakresu profilaktyki uzależnień. Mamy nadzieję, że w procesie wdrażania i testowania standardów w praktyce, powstawać będą nowe poprawione wersje, wzbogacone o nowe możliwości.

Publikacja standardów w ramach serii podręczników EMCDDA stanowi ważny pierwszy krok w ich rozpowszechnianiu. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) wnoszący istotny wkład w rozwój profilaktyki uzależnień od substancji psychoaktywnych w Europie. Publikacje i narzędzia EMCDDA, takie jak: Zbiór Dobrych Praktyk w Profilaktyce i Ewaluacji (PERK), zalecenia do ewaluacji profilaktyki uzależnień oraz baza danych EDDRA (Exchange on Drug Demand Reduction

Action), podniosły świadomość co do potrzeby jakości w profilaktyce. Mamy nadzieję, że niniejsze standardy przyczynią się do kolejnych postępów w rozwoju profilaktyki uzależnień. Partnerstwo dla Standardów w Profilaktyce niniejszym pragnie wyrazić wdzięczność Pani Marici Ferri, Pani Rosemary de Sousa, Panu Rolandowi Simonowi i Pani Marie-Christine Ashby – pracownikom EMCDDA, bez których publikacja standardów nie byłaby możliwa. W szczególności, Partnerstwo składa podziękowania Panu Gregorowi Burkhartowi za zainicjowanie niniejszego projektu i ogromne wsparcie w trakcie jego realizacji, jak również stworzenie działów rozdziałów poświęconych istniejącym modelom profilaktyki uzależnień oraz obecnej sytuacji narkotyków i narkomanii w Europie.

Opracowywanie standardów w Polsce

Polska była w grupie krajów, które w 2007 roku wzięły udział w spotkaniu w Mediolanie, na którym przygotowano zarys wniosku o środki na projekt dotyczący europejskich standardów. Spotkanie robocze zorganizowane zostało z inicjatywy Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA). W 2008 roku przyznany został grant z Unii Europejskiej (środki w ramach Programme of Community Action in Field of Public Health 2003 -2008), co pozwoliło na rozpoczęcie prac nad europejskimi standardami jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków.

Przygotowywanie standardów trwało ponad dwa lata, a polscy czytelnicy mogli dowiedzieć się o pracach nad nimi z łamów Serwisu Informacyjnego Narkomania oraz Remedium. Oficjalna prezentacja europejskich standardów opublikowanych przez EMCDDA odbyła się pod koniec 2011 roku w trakcie grudniowej konferencji Europejskiego Towarzystwa Badań nad Profilaktyką (European Society for Prevention Research – EUSPR) w Lizbonie. W Polsce w przygotowaniu dokumentu uczestniczyło Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, które znalazło się wśród siedmiu instytucji wchodzących w skład konsorcjum pracującego przy projekcie. Ponadto, jednym z 20 dokumentów, które zostały uwzględnione w analizie był *Polski System Rekomendacji Programów Profilaktycznych oraz Promocji Zdrowia Psychicznego*. Polska brała udział w badaniu metodą Delphi oraz w realizacji grup fokusowych. Z pomocą metody Delphi on-line konsultacjom została poddana wstępna wersja dokumentu składająca się z 46 komponentów tworzących 10 etapów cyklu projektowego¹. Pierwsza sesja badania trwała dwa tygodnie (styczeń 2010), druga trzy tygodnie (luty 2010). W obydwu pomiarach specjaliści z obszaru profilaktyki w Europie, dwukrotnie oceniali te same standardy. Do konsultacji w Unii Europejskiej zaproszono prawie 1000 osób z sześciu krajów biorących udział w projekcie (319 osób w Polsce). W pierwszej sesji ankietę wypełniła połowa respondentów (487 osób), z tego 20% z Polski (95 osób). W drugim etapie wzięło udział 423 respondentów z 487 zaproszonych, tj, 87% osób z drugiego etapu w EU, natomiast w Polsce 88%. Odsetek polskich uczestników drugiej sesji był dokładnie taki sam jak pierwszej, czyli 20% (84 osoby). Osoby biorące udział w konsultacjach jako najbardziej priorytetowe oceniły komponenty dotyczące działań wobec grupy docelowej: dopasowanie interwencji do grupy

1 Pierwszy projekt cyklu składał się z dziesięciu komponentów i nie zawierał części wspólnych były to: 1. Analiza Sytuacji, 2. Ocena Zasobów, 3. Opracowanie Programu, 4. Projekt Interwencji, 5. Zarządzanie Projektem, 6. Ewaluacja Formatywna, 7. Mobilizacja Zasobów, 8. Realizacja i Monitoring, 9. Ewaluacje Końcowe, 10. Rozpowszechnianie i Doskonalenie

docelowej, zdefiniowanie grupy docelowej, rozpoznanie grupy docelowej. Najniższe oceny otrzymały komponenty tworzące przede wszystkim etap cyklu projektowego dotyczący opracowania programu: przedstawienie ram teoretycznych, przeprowadzenie interwencji pilotażowej, oparcie programu na naukowych dowodach i teoriach. W polskich wynikach metody Delphi wśród dziesięciu najwyżżej ocenionych znalazły się wszystkie komponenty z pierwszego etapu cyklu projektowego „Analiza sytuacji” (w końcowej wersji standardów stanowiąca etapy „Ocena potrzeb” i „Ocena zasobów”). Dokument opracowany na podstawie przeglądu istniejących standardów został omówiony w trakcie spotkań zorganizowanych w sześciu krajach uczestniczących w projekcie. W Polsce przeprowadzono cztery grupy fokusowe z 20 zrealizowanych w Europie, w których wzięło udział ponad 20 osób, uczestników wcześniejszego etapu badania ankiety on-line. W trakcie wywiadów grupowych w Polsce przeprowadzono konsultacje czterech z dziesięciu pierwszych etapów cyklu projektowego wstępnej wersji dokumentu: „Ocena Zasobów” (etap 2), „Opracowanie Programu” (etap 3), „Ewaluacje końcowe” (etap 9), „Rozpowszechnienie i Monitoring” (etap 10). Uczestnicy do wywiadów byli rekrutowani poprzez karty zgłoszeniowe do wypełnienia ankiety Delphi oraz w ramach samego badania on-line. Trzy grupy fokusowe zostały przeprowadzone w profesjonalnej fokusowni (lustro weneckie oraz zapis obrazu). Ostatnia, w trakcie II Ogólnopolskiej konferencji gmin monitorujących problem narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym. Spotkania rozpoczynały się od prezentacji, która omawiała założenia projektu, wyniki badania metodą Delphi oraz cele grupy fokusowej. Następnie dyskutowano na temat jednego lub dwóch etapów cyklu projektowego. Uczestnicy badań fokusowych brali udział w ankiecie Delphi, zatem przedstawione standardy były im znane. Ponadto, mogli odnieść się do swoich doświadczeń w ocenie poszczególnych komponentów podczas wypełniania ankiety on-line. Osoby badane otrzymały draft standardów z przetłumaczonymi czterema komponentami oraz polską wersję prezentacji. W głównej części badania, tj. po prezentacji, omawiane były poszczególne komponenty. W trakcie prezentacji wprowadzającej koncentrowano się na komponentach najwyżżej i najniżżej ocenionych i dyskusja dotyczyła przede wszystkim tych komponentów. Uczestnicy spotkań wyrażali swoje zainteresowanie projektem i w większości z zaangażowaniem uczestniczyli w dyskusji. Osoby uczestniczące w grupach fokusowych pozytywnie oceniały projekt standardów, jednakże miały niekiedy zastrzeżenia do poszczególnych komponentów. Uczestnicy wywiadów, mimo że zajmowali się profilaktyką na różnych poziomach od realizacji małych, lokalnych programów do przygotowywania i wdrażania programów ogólnopolskich, zazwyczaj dosyć podobnie oceniali standardy. Co ważne, często odnosili się do polskiej sytuacji. Elementem dodatkowym badania on-line Delphi było rozpoznanie potrzeb szkoleniowych osób zajmujących się profilaktyką. Europejskie standardy mają być wdrażane w ramach kolejnego europejskiego projektu, który najprawdopodobniej rozpocznie się w 2013 roku. Dlatego też warto

przyjrzeć się temu, jakie oczekiwania dotyczące profilaktyki mają specjaliści pracujący w tym obszarze. Według wyników ankiety internetowej 55% badanych zajmuję się profilaktyką na poziomie lokalnym, 19% na poziomie wojewódzkim, 23% na poziomie krajowym, a 3% - międzynarodowym. Należy podkreślić, że w polskim badaniu ze względu na strukturę administracyjną duży odsetek respondentów wypełniających kwestionariusz on-line stanowiły osoby zaangażowane w profilaktykę na poziomie lokalnym (gminy, miasta) oraz wojewódzkim (Urzędy Marszałkowskie). Ponadto, dość liczna była reprezentacja osób zajmujących się zdrowiem i pomocą społeczną (po 17%). W badaniu przeważały osoby płci żeńskiej (72%). Respondentów zapytano, czy chcieliby poświęcać więcej czasu na profilaktykę. Zdecydowana większość, tj. 88% badanych w Polsce odpowiedziała pozytywnie na to pytanie, w próbie europejskiej odsetek ten był nieznacznie niższy - 84%. Ponadto, starano się ustalić przyczyny nie angażowania się w działania profilaktyczne w większym stopniu. Najczęściej badani wskazywali na brak czasu (33%) na drugim miejscu - co czwarta osoba (24%) na brak pieniędzy. Na trzecim miejscu znalazła się niewystarczająca liczba szkoleń (16%), a na czwartym - brak spójnego podejścia do profilaktyki w działaniach różnych służb (12%). Podobne rozkłady w przypadku dwóch pierwszych odpowiedzi odnotowano w badaniu europejskim, gdzie odpowiednie odsetki wyniosły 35% (czas) oraz 20% (pieniądze). Na trzecim miejscu w Europie badani wskazali brak spójnego podejścia w działaniach różnych służb (17%), a dopiero na czwartym szkolenia (12%). Porównując polskie wyniki do europejskich należy odnotować, że w opinii polskich badanych brak odpowiednich szkoleń jest nieco większą barierą w zaangażowanie się w działanie profilaktyczne. Kolejnym wymiarem, który był analizowany podczas badania on-line była ocena swoich umiejętności w obszarze działań profilaktycznych. Analizując odpowiedzi oceniających te umiejętności jako niskie lub poniżej średniej, najwyższe odsetki badanych odnotowujemy w kategoriach (na poziomie około 14%): wnioskowanie o dofinansowanie; ewaluowanie interwencji; zawieranie umów partnerskich/praca wielosektorowa. Z kolei powyżej 70% respondentów oceniało swoje umiejętności jako dobre lub bardzo dobre w obszarach: adaptacja istniejących programów profilaktycznych (76%) oraz ocena potrzeb i sytuacji (75%). Ponadto, większość badanych wysoko oceniała swoje umiejętności dotyczące tworzenia programów (65%) oraz szkolenia personelu (61%). Najniższe odsetki osób oceniających swoje umiejętności jako dobre lub bardzo dobre otrzymano w przypadku: oceny jakości oferty (42%) oraz zlecania interwencji (37%). Badanych pytano też, jakimi tematami byłoby potencjalnie zainteresowani w trakcie szkoleń na temat profilaktyki. Najczęściej wybieranym (z przedstawionej w ankiecie listy) zagadnieniem było tworzenia programów profilaktycznych oraz oceny potrzeb/analizy sytuacji. Na trzecim miejscu uplasowały się kwestie dotyczące zarządzania projektem. W wynikach europejskich na pierwszym miejscu również odnotowano tworzenie programów (83%), ale na drugim była już ewaluacja (80%), a na trzecim ocena potrzeb (78%). Ewaluacja została oceniona wysoko również

w polskiej edycji badania, ponieważ 78% badanych wskazało na ewaluację jako temat, który chcieliby pogłębić w trakcie szkoleń. Z małym zainteresowaniem spotkało się zagadnienie obejmujące zlecenie projektów profilaktycznych. W tym jednym przypadku ponad połowa osób odpowiedziała „nie” (56%). Podobne rezultaty otrzymano w wynikach badania europejskiego. Warto zauważyć, iż porównanie rozkładów odpowiedzi dotyczących oceny umiejętności z potrzebami szkoleniowymi prowadzi do konkluzji, iż dwa najbardziej oczekiwane przez badanych tematy szkoleń, tj. tworzenie programów oraz ocena potrzeb i sytuacji są również tymi, które były wskazywane przez najwyższe odsetki osób jako obszary, w których badani czują się stosunkowo pewnie (oceniali swoje umiejętności w tym zakresie jako dobre lub bardzo dobre). Może to być sygnał, że pomimo posiadania dużych umiejętności, osoby zajmujące się profilaktyką nadal chcą pogłębiać swoją wiedzę w tych obszarach. Świadczyć to może, że są to w ocenie specjalistów zajmujących się profilaktyką bardzo ważne zagadnienia. W trakcie ankiety respondentów zapytano, czy korzystaliby w swojej pracy z opracowanych standardów. W Polskiej edycji badania 86% respondentów odpowiedziało, iż korzystaloby z takich standardów. Ten wynik jest o 19 punktów procentowych wyższy niż w badaniu europejskim, gdzie taką deklarację złożyło 68% badanych. Żaden z respondentów w Polsce nie odpowiedział na to pytanie negatywnie (UE – 1%), 10% respondentów wyraziło opinię, iż nie są pewni (UE -15%), a 4% – w zależności od sytuacji (UE – 11%). Z powyższych danych wynika, że polscy badani są bardziej skłonni do wykorzystania przygotowanych standardów i postrzegają je jako użyteczne.

Artur Malczewski

Polski koordynator projektu

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Serdecznie chcielibyśmy podziękować za prace nad standardami wszystkim osobom, które uczestniczyły w konsultacjach. W opracowaniu standardów w Polsce brali udział m.in. eksperci z poniższych instytucji:

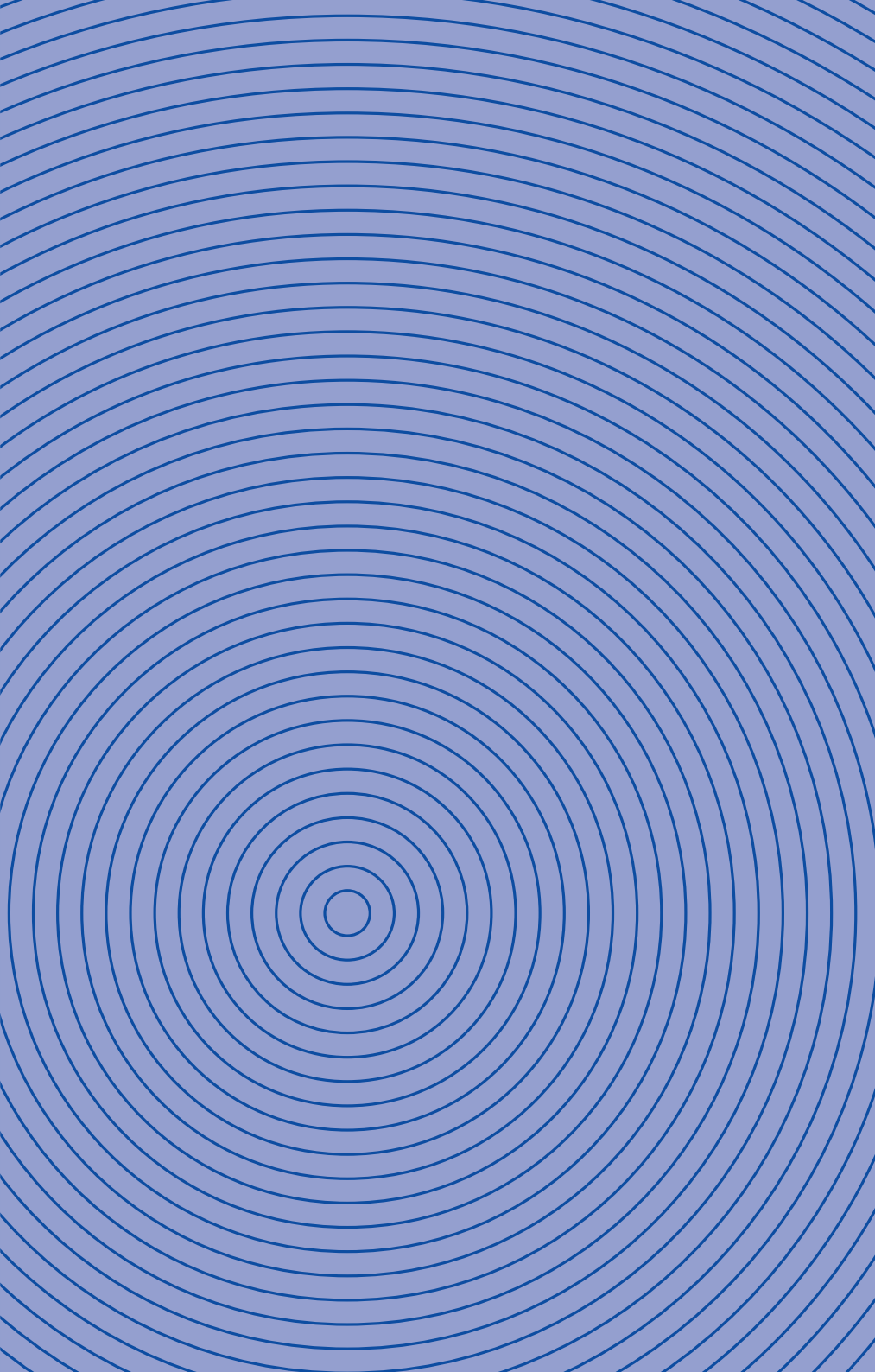
Biuro Prewencji Komendy Głównej Policji; Ekspert Wojewódzki ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii, Małopolska; Fundacja Praesterno oddział w Rotmance; Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Sulechowie; Gminny Ośrodek Pracy z Rodziną w Brwinowie; Instytut Pedagogiki, Zakład Pedagogiki Opiekuńczej z Profilaktyką Społeczną – Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy; Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Turku; Miejski Ośrodek Profilaktyki i Pomocy Rodzinie w Kole; Ośrodek Profilaktyki i Integracji Społecznej przy Miejskim Centrum Pomocy Społecznej w Pabianicach; Ośrodek Profilaktyki Środowiskowej Fundacji Praesterno; Ośrodek Profilaktyki Uzależnień w Kozienicach; Ośrodek Rozwoju Edukacji; Polskie Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii, Warszawa; Poradnia Psychologiczno - Pedagogiczna w Sanoku; Punkt Konsultacyjny MONAR w Łęcznej; Stowarzyszenie ASLAN, Warszawa; Urząd Gminy Grudziądz; Urząd Miasta Kędzierzyn-Koźle; Urząd Miejski w Barcinie; Urząd Miejski w Gdańsku; Urząd Miejski w Kałuszynie.

Partnerstwo dla Standardów w Profilaktyce

Partnerstwo dla Standardów w Profilaktyce składa również podziękowania szefom krajowych oddziałów Focal Point sieci Reitox oraz EDDRA, Pani Katri Tali i Giovannie Campello z Biura Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości (UNODC) Pani Asmie Fakhri z Kanadyjskiego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom od Substancji Psychoaktywnych (CCSA) za pomoc w identyfikowaniu i omawianiu istotnych zagadnień.

W szczególny sposób, Partnerstwo pragnie podziękować wszystkim specjalistom, którzy wnieśli istotny wkład w powstanie wcześniejszych wersji standardów poprzez przesyłanie pocztą elektroniczną swoich propozycji, udział w ankiecie internetowej, a także uczestnictwo w grupach fokusowych i konferencjach.

Partnerstwo dla Standardów w Profilaktyce zachęca użytkowników do nadsyłania uwag związanych z praktyczną realizacją standardów oraz sugestii dotyczących ich ulepszeń. Pytania na temat Europejskich standardów jakości w profilaktyce uzależnień można kierować do każdego z członków Partnerstwa (patrz autorzy i współautorzy w sekcji Podziękowania). Strona internetowa projektu <http://www.cph.org.uk/drugprevention/> zawiera dane kontaktowe głównych autorów oraz dodatkowe informacje na temat standardów.

The left half of the image features a pattern of concentric circles in a light blue color, centered on a slightly darker blue background. The circles are evenly spaced and expand outwards from a central point.

CZĘŚĆ 1

Wprowadzenie

ROZDZIAŁ 1

Rozdział 1

Istniejące modele profilaktyki uzależnień w Europie

W powszechnej opinii, zwłaszcza wśród laików, profilaktyka uzależnień polega na informowaniu (na ogół ostrzeganiu) młodych ludzi o skutkach (najczęściej zagrożeniach) związanych z używaniem narkotyków. Profilaktyka stawiana jest na równi z kampaniami (medialnymi). Obecnie nie ma jednak dowodów na to, że samo dostarczanie wiedzy na temat właściwości narkotyków ogranicza ich używanie lub na to, że kampanie medialne są skuteczne.

Istotą profilaktyki jest pomaganie młodym ludziom w zmianie zachowania, nabywaniu umiejętności i poprawie funkcjonowania w różnych wymiarach, takich jak: normy społeczne, interakcja z rówieśnikami, standard życia czy własne cechy charakteru. Pogląd ten odzwierciedlony jest również w istniejących modelach profilaktycznych. W uproszczeniu, strategię profilaktyki środowiskowej skupiają się na normach społecznych, profilaktyka uniwersalna zajmuje się rozwijaniem umiejętności, interakcją rówieśniczą i funkcjonowaniem społecznym, profilaktyka selektywna dotyczy standardów życia i uwarunkowań społecznych, natomiast profilaktyka wskazująca ułatwia radzenie sobie z indywidualnymi cechami charakteru i psychopatologią.

Taka typologia strategii profilaktycznych (Mrazek and Haggerty, 1994), oparta na podatności grup docelowych na zagrożenia, zastąpiła stosowany wcześniej medyczny paradygmat profilaktyki pierwszo, drugo i trzeciorzędowej. O ile wcześniejsza klasyfikacja przydaje się w określaniu stopnia patologii, paradygmat medyczny okazuje się niedoskonały w charakteryzowaniu skomplikowanych ludzkich zachowań, zwłaszcza w kwestiach niezwiązanych z dysfunkcją czy patologią. Jedynie niewielki odsetek osób eksperymentujących z narkotykami, jak marihuana czy kokaina, w miarę upływu czasu coraz częściej sięga po te substancje (zob. również dodatek internetowy poświęcony obecnej sytuacji narkotyków w Europie).

Modele profilaktyki uniwersalnej, selektywnej i wskazującej różnią się oceną podatności na zagrożenia (i ryzyko). W profilaktyce uniwersalnej ryzyko używania narkotyków dotyczy całej populacji, chociaż w odniesieniu do jednostek różnice mogą być znaczne. W profilaktyce selektywnej czynniki socjodemograficzne wykorzystywane są do określania stopnia podatności na zagrożenia. W ten sposób można dotrzeć do konkretnych grup, jak marginalizowane mniejszości etniczne, młodzież ze środowisk dysfunkcyjnych, młodzież wchodząca w konflikt z prawem w związku z narkotykami, rodziny narażone na problemy społeczne czy miejsc np. związanych z nocną

rozrywką. O ile powyższe czynniki przydają się w określaniu grup zagrożonych używaniem narkotyków, nie sposób ustalić podatności poszczególnych osób w tych grupach. W profilaktyce wskazującej można natomiast, za pomocą testów przesiewowych i badań diagnostycznych prowadzonych przez profesjonalistę, stwierdzić obecność cech, które zwiększają ryzyko używania (deficyty uwagi, zaburzenia zachowania, itp.).

Profilaktyka uniwersalna – interwencje w populacjach

Modele profilaktyki uniwersalnej dotyczą całych populacji (np. lokalnej społeczności, uczniów, osiedla). Celem profilaktyki uniwersalnej jest uniemożliwienie bądź opóźnienie inicjacji narkotykowej poprzez dostarczenie niezbędnych informacji i umiejętności. Profilaktyka uniwersalna prowadzona jest w dużych grupach bez wcześniejszych badań przesiewowych pod kątem ryzyka narkomanii w założeniu, że wszyscy członkowie danej populacji są w równym stopniu zagrożeni inicjacją.

Szkolna profilaktyka uniwersalna jest realizowana we wszystkich krajach europejskich, lecz w różnym stopniu pod względem treści merytorycznych i zasięgu. Skuteczność szkolnych programów profilaktycznych, w tym z zakresu profilaktyki uniwersalnej, była w przeszłości wielokrotnie kwestionowana (Cogans, 2006; Gorman i wsp., 2007). Jednak ostatnie doniesienia naukowe pokazują, że niektóre komponenty profilaktyki szkolnej np. te związane z przekonaniami normatywnymi czy umiejętnościami życiowymi zdają się być skuteczne.⁽¹⁾ Pojawiają się również badania europejskie, które dowodzą, że szkolne programy profilaktyczne mogą skutecznie redukować używanie niektórych narkotyków (Faggiano i wsp., 2010; Lammers i wsp., 2011). Jednak, jak pokazuje monitoring treści szkolnych programów w kilku krajach, dominują działania niepoparte dowodami (np. sucha informacja na temat narkotyków, dni wiedzy o narkotykach, wizyty 'ekspertów' z zewnątrz, warsztaty teatralne). Chociaż niektóre sprawdzone działania (np. szkolenia umiejętności społecznych i osobistych) są szeroko rozpowszechnione, działania, które są zdecydowanie lepiej sprawdzone [(np. ustrukturyzowane protokoły interwencyjne ('programy'), precyzyjnie realizowane modele pracy z grupą rówieśniczą, interwencje adresowane wyłącznie do chłopców)] są wdrażane zaledwie w kilku krajach. Tego typu działania o udokumentowanej skuteczności mają na celu poprawę umiejętności komunikacyjnych, podniesienie kompetencji w zakresie rozwiązywania konfliktów, radzenia sobie ze stresem i frustracją oraz korektę błędnych przekonań normatywnych na temat używania narkotyków.

⁽¹⁾ Zob. portal EMCDDA nt. najlepszych praktyk: <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice> oraz Dodatkowy instruktaż w Dodatku, a także suplement internetowy.

Ta tzw. edukacja normatywna jest słabo rozwinięta, pomimo dostępnych sprawdzonych dokonań w tym zakresie.

Profilaktyka rodzinna to kolejne podejście wykorzystywane w profilaktyce uniwersalnej. W 2007 roku, 11 krajów europejskich sprawozdało do EMCDDA pełną lub szeroką realizację działań na rzecz rodziny. Jednak, podobnie jak w przypadku profilaktyki szkolnej, realizowana profilaktyka rodzinna zdaje się głównie skupiać na udzielaniu informacji. Intensywny coaching i szkolenia dla rodzin, pomimo szeroko udokumentowanej skuteczności (Petrie i wsp., 2007), wdrażane są w ograniczonym zakresie. Zaledwie siedem krajów europejskich donosi o najwyższym wskaźniku realizacji tego typu usług.

Profilaktyka selektywna – interwencje w grupach (zagrożonych)

Profilaktyka selektywna dotyczy konkretnych subpopulacji, w których ryzyko wystąpienia zaburzeń jest znacznie wyższe od przeciętnego tj. wystąpi albo w niedalekiej przyszłości, albo w którymś krytycznym momencie życia. Zwiększona podatność na używanie narkotyków często ma związek z wykluczeniem społecznym (np. młodociana przestępczość, relegowanie ze szkół, słabe wyniki w nauce). Główną zaletą pracy na populacjach zagrożonych jest fakt, że w wielu miejscach i kontekstach są one już zidentyfikowane. Jednak, pomimo wzrastającego znaczenia politycznego czynniki ryzyka w grupach zagrożonych, takich jak: młodociani przestępcy, młodzież bezdomna, wagarująca, znajdująca się w trudnej sytuacji czy też młodzież należąca do wszelkiego typu mniejszości – rzadko są przedmiotem działań.

Od 2004 roku coraz więcej strategii antynarkotykowych wskazuje na te populacje jako główne grupy docelowe profilaktyki. Mimo to, zakres realizacji działań profilaktycznych na tym polu, nie zwiększył się. Zaledwie kilka krajów donosi o interwencjach wobec osób w trudnej sytuacji społecznej (np. bezrobocie), mających problemy z prawem karnym, rodzin marginalizowanych z mniejszości etnicznych czy też osób zgłaszających potrzeby na tle zdrowia psychicznego. Mimo że 13 krajów donosi, że większość z prowadzonych na ich terenie interwencji w rodzinie ma charakter selektywny, tylko siedem sprawozdaje pełną bądź prowadzoną na szeroką skalę realizację działań profilaktycznych w tym zakresie. Dzieje się tak pomimo szeroko udokumentowanej skuteczności interwencji w rodzinach zagrożonych (Petrie i wsp., 2007). Ze względu na trudności we wdrażaniu eksperymentalnych projektów ewaluacyjnych, dowody na skuteczność innych typów profilaktyki selektywnej w Europie są ograniczone.

Dane z państw członkowskich pokazują zakres realizacji oraz liczbę działań profilaktycznych skierowanych do danej (zagrożonej) grupy docelowej. Aktualnie jednak brak jest informacji

co do ich treści, ponieważ nie funkcjonują jeszcze systemy monitorujące, które umożliwiałyby porównywanie danych. Rodzi to pewną obawę o jakość prowadzonej profilaktyki. Jej skuteczność znacznie różni się w zależności od przyjętych i udokumentowanych metodycznych rozwiązań, jak np. zwiększanie motywacji, budowanie umiejętności, w tym podejmowanie prawidłowych decyzji, – czy też działań sprowadzających się tylko do rozdawnictwa ulotek informacyjnych (Sussman i wsp., 2004).

Profilaktyka wskazująca – interwencje wśród osób (zagrożonych)

Profilaktyka wskazująca ma na celu identyfikację i działania wobec jednostek, u których występują symptomy blisko związane z indywidualnym ryzykiem używania narkotyków w przyszłości (np. zaburzenia psychiatryczne, niepowodzenia w szkole, zachowania aspołeczne) lub, u których stwierdzono wczesne oznaki używania problemowego (jednak nie w oparciu o kliniczne kryteria uzależnienia). Celem profilaktyki wskazującej nie zawsze jest zapobieganie inicjacji narkotykowej, ale niedopuszczanie do (szybkiego) rozwoju uzależnienia, zmniejszenia częstotliwości używania lub zablokowanie mechanizmu przechodzenia na coraz szkodliwsze wzory używania (np. przyjmowanie dożylnie).

Cechami wskazującymi na podwyższone indywidualne ryzyko mogą być obniżone oceny w szkole lub ucieczka od rodziców, szkoły czy z pozytywnych grup rówieśniczych. Dzieci cierpiące na zaburzenia zachowania, np. współwystępowanie deficytów uwagi/nadpobudliwości psychoruchowej i zaburzeń aspołecznych, są również narażone na wysokie ryzyko problemów związanych z używaniem narkotyków w przyszłości. Interwencje u takich dzieci wymagają bliskiej współpracy różnych specjalistów (medycznych, społecznych, pracy z młodzieżą) na poziomie lokalnej społeczności, począwszy już od dzieciństwa. Tego typu działania są rzadkością, z wyjątkiem przykładów niemieckich i irlandzkich, gdzie poradnictwo dla rodziców i opiekunów, opieka medyczna, psychoterapeutyczna i psychospołeczna oraz wsparcie edukacyjne w przedszkolu i szkole mają łączony charakter. Ogólnie rzecz ujmując, interwencje w tej sferze są realizowane w ograniczonym zakresie. Sześć krajów donosi o podejmowaniu interwencji wśród dzieci cierpiących na deficyty uwagi/nadpobudliwość psychoruchową lub zaburzenia zachowania, natomiast 10 krajów informuje o wczesnych interwencjach i poradnictwie wśród osób, które zaczęły już brać narkotyki.

Niemniej, programy profilaktyki wskazującej, pomimo małej liczebności, są lepiej projektowane i ewaluowane niż programy profilaktyki uniwersalnej czy selektywnej. Cechuje je również większa skuteczność (EMCDDA, 2009). Dla przykładu, program interwencyjny przeprowadzony w Holandii

wśród dzieci w wieku 8-13 lat cierpiących na zaburzenia zachowania, wykazał zdecydowanie wyższe wyniki w badaniach kontrolnych w zakresie palenia tytoniu i marihuany niż w standardowych programach leczniczych (Zonneville-Bender i wsp., 2007). Na profilaktykę wskazującą mogą również składać się specjalistyczne szkolenia dla rodziców na temat kontroli zachowań niepożądanych u dzieci z zaburzeniami zachowania. Na przykład, metoda 'Komet för föräldrar' stosowana w niemal 30% lokalnych społeczności w Szwecji, adresowana jest do rodziców dzieci zarówno z problemami eksternalizacyjnymi, jak i trudnościami w nawiązywaniu pozytywnych relacji z rówieśnikami. Badania kontrolne na losowo dobranej próbie 159 rodzin wykazały zdecydowanie poprawę w zakresie kompetencji rodzicielskich wśród rodziców uczestniczących w programie oraz redukcję zachowań problemowych u ich dzieci (King i wsp., 2010).

Zarówno profilaktyka selektywna jak i wskazująca, mogą zmniejszać skutki niekorzystnych uwarunkowań wczesnorozwojowych oraz ich wpływu na wykluczenie społeczne, a następnie późniejsze używanie substancji psychoaktywnych. Kilka badań naukowych pokazało, że interwencje przeprowadzane we wczesnych latach szkolnych mające na celu poprawę otoczenia edukacyjnego oraz redukcję wykluczenia społecznego mogą wpływać na postawy wobec używania narkotyków w dalszym życiu (Toumbourou i wsp., 2007), mimo braku odniesienia do konkretnych substancji.

Profilaktyczne strategie środowiskowe – interwencje na poziomie społeczeństw (i systemów)

Strategie środowiskowe ukierunkowane są na zmianę bezpośredniego otoczenia kulturowego, społecznego, fizycznego i ekonomicznego, w którym dokonywane są wybory dotyczące używania narkotyków. Niniejsze podejście zakłada, że jednostki nie wchodzi w kontakt z narkotykami jedynie z powodu określonych cech osobistych. Dzieje się tak raczej za sprawą wielu czynników środowiskowych np. oczekiwań lub norm akceptowanych w miejscu zamieszkania; krajowych przepisów i podatków; komunikatów medialnych jak również dostępności alkoholu, tytoniu i narkotyków.

W budowaniu i rozwoju strategii środowiskowych pomocne są – choć czasami mało popularne – legislacje prawne, np. przepisy, takie jak: opodatkowanie, zakazy reklamowania, obostrzenia wiekowe czy zakazy tytoniowe. W szkole, strategie środowiskowe realizowane są poprzez programy szkolne, które mogą obejmować regulacje dotyczące palenia tytoniu i spożywania alkoholu zarówno w odniesieniu do uczniów, personelu jak i osób z zewnątrz. Wszystkie państwa członkowskie donoszą o całkowitych zakazach palenia we wszystkich szkołach. W większości krajów w pełnym lub szerokim zakresie realizowane są również szkolne programy przeciwdziałania narkomanii. W celu stworzenia

bezpiecznego i normatywnego środowiska w szkole tego typu interwencje mają wpływ na decyzje młodych ludzi wobec używania narkotyków (Toumbourou i wsp., 2007). Działania te mogą mieć także charakter nierepresyjny, jak np. odpowiednia architektura budynków czy organizacja takich form funkcjonowania uczniów w szkole, które ograniczy zachowania ryzykowne.

Pomimo faktu, iż realizowane strategie środowiskowe skupiają się głównie na legalnych substancjach psychoaktywnych, odgrywają one istotną rolę w ogólnej profilaktyce uzależnień, ponieważ wczesne, powszechne i społecznie akceptowane używanie alkoholu i tytoniu w wielu krajach wiąże się z używaniem nielegalnych substancji.

ROZDZIAŁ 2

Rozdział 2

Zastosowanie standardów jakości

Czym są Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień?

Standardy jakości to ogólnie przyjęte zasady lub zbiory procedur w zakresie najlepszych/najwłaściwszych sposobów realizacji interwencji. Często odnoszą się one do strukturalnych (formalnych) aspektów zapewniania jakości, takich jak środowisko i skład personelu. Jednak, mogą również dotyczyć aspektów procesu, takich jak zasadność treści, realizacja interwencji czy procesy ewaluacyjne.

(Internetowy glosariusz EMCDDA: 'Standardy jakości')(2)

Standard jakości: Wskaźnik, który pomaga ocenić czy dane działanie, realizator, itp. spełnia wysoką jakość. Standardy skupiają się głównie na strukturalno-proceduralnych aspektach zapewniania jakości, np. ewaluacji, doborze i kompetencjach personelu, bezpieczeństwie beneficjentów, itp.

(Glosariusz Europejskich standardów jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków, zob. Dodatek)

Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień tworzą pierwszy europejski system dotyczący wdrażania wysokiej jakości profilaktyki uzależnień od narkotyków. Standardy odzwierciedlają wewnętrznie spójną i długofalową politykę w zakresie działań profilaktycznych, doceniają wagę stosowania zintegrowanych metod pracy z młodymi ludźmi, a także doceniania i wynagradzania udziału profesjonalistów. Standardy określają konieczne działania w planowaniu, wdrażaniu i ewaluowaniu programów profilaktycznych. Pomagają użytkownikom niniejszego podręcznika zrozumieć, w jaki sposób ludzie, interwencje, organizacje i strategie (rządowe) kształtują profilaktykę uzależnień. Skłaniają do refleksji, w jaki sposób usprawnić istniejące działania w celu osiągnięcia (jeszcze) lepszych i trwałych efektów.

Profilaktyka uzależnień w oparciu o standardy ma szansę: być odpowiednia (skupia się na potrzebach uczestników w oparciu o odpowiednie strategie); mieć etyczny wymiar (obejmuje zasady określone w Standardzie D: *Etyczny wymiar profilaktyki uzależnień od narkotyków* – takie jak zapewnienie dobrowolnego udziału w programie i rzeczywistych korzyści dla jego uczestników w jak najszerszym

(2) Zob. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/glossary>

zakresie, uwzględniając praktyczne aspekty realizacji programu); opierać się na udokumentowanych rozwiązaniach (wykorzystuje najlepsze dostępne dowody naukowe); stać się skuteczna (osiąga założone cele i nie wyrządza szkód); być wykonalna (jest możliwa do realizacji w ramach dostępnych zasobów, a także charakteryzuje się logicznym i spójnym podejściem).

Standardy stanowią podsumowanie udokumentowanych rozwiązań w zakresie prowadzenia profilaktyki uzależnień. Są spójne z wieloma istotnymi dokumentami, takimi jak: Zbiór Dobrych Praktyk w Profilaktyce i Ewaluacji Prevention and Evaluation Resources Kit (PERK) (EMCDDA, 2010) i Deklaracji Zgromadzenia Ogólnego Narodów Zjednoczonych na temat głównych zasad w redukcji szkód związanych z używaniem narkotyków przyjętej na specjalnej sesji poświęconej narkotykom w 1998 roku (United Nations General Assembly, 1998).

Definicja profilaktyki uzależnień

W niniejszych standardach, profilaktyka uzależnień została określona jako ogół działań, które (przynajmniej częściowo) zmierzają do zapobiegania, opóźniania lub redukcji używania substancji psychoaktywnych i/lub związanych z tym negatywnych skutków w populacji ogólnej lub subpopulacjach. Przedmiotowe działania obejmują zapobieganie lub opóźnianie inicjacji narkotykowej, promowanie abstynencji, redukcję częstotliwości używania i/lub ilości używanych substancji, zapobieganie przechodzeniu na coraz bardziej niebezpieczne i szkodliwe wzory używania i/lub zapobieganie bądź redukcję negatywnych skutków używania. W efekcie, cele działań profilaktycznych opartych na proponowanych standardach są zgodne z celami Strategii Antynarkotykowej UE na lata 2005-2012 ('zapobieganie inicjacji narkotykowej; niedopuszczenie, by używanie eksperymentalne stawało się intensywne; wczesne interwencje w przypadku wzorów używania ryzykownego', Rada Europejska, 2004, str. 10), jednak mogą również skupiać się na redukcji szkód. **By spełniać kryteria proponowanych standardów, działania planowane w dokumentacji projektowej powinny w wyraźny sposób odnosić się do jednego lub więcej z ww. celów.**

Profilaktyka uzależnień zbudowana w oparciu o proponowane standardy może dotyczyć wszystkich substancji psychoaktywnych, tj. takich, które przy odpowiedniej dawce mogą wpływać na procesy psychofizyczne. Mowa tu zarówno o narkotykach legalnych typu alkohol czy tytoń, nielegalnych (tj. takich, których produkcja, sprzedaż czy używanie jest zabronione lub ograniczone przez międzynarodowe umowy i krajowe przepisy antynarkotykowe), substancjach lotnych (gazy, kleje, aerozole itp.), leki dostępne na i bez recepty oraz nowe substancje psychoaktywne niekontrolowane prawem (np. dopalacze). Programy lub strategie profilaktyczne mogą skupiać się na określonych

narkotykach pod warunkiem, że są one wyszczególnione. Programy profilaktyczne lub strategie mogą również zajmować się kwestią używania w sposób całościowy. Niektóre działania mogą w bezpośredni sposób dotyczyć kwestii używania narkotyków, podczas gdy inne mogą zajmować się promocją zdrowia i zachęcać ludzi do dokonywania zdrowych wyborów, które pośrednio zapobiegają bądź redukują używanie.

Standardy mają zastosowanie w różnych rodzajach działań profilaktycznych (np. edukacji nt. narkotyków, programach stacjonarnych, programach pomocy terenowej, krótkich interwencjach), miejscach (np. szkoła, społeczność, rodzina, miejsca rekreacji, system penitencjarny) oraz grupach docelowych (np. uczniowie, młodociani przestępcy, rodziny, grupy etniczne) i bez względu na okres realizacji programu (tj. od działań jednorazowych po interwencje długoterminowe). W oparciu o klasyfikację Amerykańskiego Instytutu Medycznego obejmuje to profilaktykę uniwersalną (cała populacja bez względu na czynniki ryzyka), profilaktykę selektywną (wybrane subpopulacje z ponadprzeciętnym czynnikami ryzyka) i profilaktykę wskazującą (jednostki z podwyższonym ryzykiem lub wczesnymi objawami problemowego używania) (Mrazek and Haggerty, 1994; Springer and Phillips, 2007). Ponadto, większość standardów ma zastosowanie w interwencjach środowiskowych, które ukierunkowane są na zmianę zachowania poprzez działania w środowisku, w którym beneficjenci funkcjonują i używają narkotyki (np. normy społeczne, istniejąca infrastruktura, podatki).

Do głównych zadań współczesnej profilaktyki uzależnień należy określenie najlepszych sposobów wspierania młodych ludzi, zwłaszcza użytkowników narkotyków oraz zapewnienie im pomocy w sytuacjach kryzysowych. Ogólnie rzecz ujmując, interwencje, o których mowa w niniejszym dokumencie mają za zadanie promować zdrowy styl życia; pomagać w podejmowaniu 'zdrowych' i świadomych decyzji; redukować zagrożenia i zachowania ryzykowne i/lub upowszechniać partycypację społeczną oraz podnosić kapitał społeczny/zdrowotny. Standardy mogą zatem stanowić źródło wiedzy w szeroko pojętej profilaktyce i promocji zdrowia, m.in. w odniesieniu do aktywności zawodowej młodzieży (np. przeciwdziałanie przemocy), innych zaburzeń zachowania (np. zaburzenia jedzenia) czy uzależnień behawioralnych (np. hazard).

Cel i zastosowanie standardów

W porównaniu z innymi działaniami dotyczącymi redukcji popytu na narkotyki, w państwach członkowskich UE istnieją ogromne dysproporcje co do stanu profilaktyki, stopnia ujęcia jej w krajowych programach przeciwdziałania narkomanii, jak również środków przeznaczanych na doskonalenie zawodowe w tym zakresie. Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień

uwzględniają te różnice, co daje im szerokie spektrum zastosowań. Celem niniejszych standardów nie jest ujednolicenie działań profilaktycznych w Europie, ale podniesienie ich jakości tak, by znajdowały się na podobnym wysokim poziomie, jednocześnie mając na względzie ich różną specyfikę.

Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień mogą być stosowane w różnych celach, jednak, realizatorzy osiągną największe korzyści, jeśli zastosują je zgodnie z poniższymi zaleceniami.

Tabela 1 zawiera główne cele standardów w prezentowanej wersji. Niniejsza informacja powstała w oparciu o konsultacje przeprowadzone z wieloma specjalistami z dziedziny profilaktyki w Unii Europejskiej.

Tabela 1: Sugerowane zastosowanie Wersji 1 Europejskich standardów jakości w profilaktyce uzależnień		
Cel	Zalecany	
Informacja, edukacja, instruktaż	√	
Tworzenie lub aktualizacja kryteriów jakości	√	
Autorefleksja	√	
Dyskusje w grupach	√	
Ocena realizacji	√	
Formalna samodzielna ocena	Jeszcze nie	Planuje się dalsze działania po to, by standardy mogły być wykorzystywane w tym celu
Decyzje dotyczące finansowania	Jeszcze nie	
Akredytacja zewnętrzna	Jeszcze nie	
Działania w miejsce ewaluacji wyniku	Nie, chociaż standardy zawierają zalecenia odnośnie do ewaluacji	

- **Informacja, edukacja, instruktaż:** Poprzez podział jakości na poziom podstawowy i specjalistyczny, standardy jasno pokazują realizatorom kierunek ich działań. Wszyscy specjaliści zaangażowani w profilaktykę uzależnień mogą doskonalić swoją wiedzę na temat dobrych i najlepszych praktyk w przedmiotowym zakresie. Standardy mogą być również wykorzystywane do promowania skuteczniejszych rozwiązań w sferze planowania strategii profilaktycznych oraz promowania profilaktyki uzależnień jako dziedziny nauki na równych zasadach np. z leczeniem odwykowym. Mogą one również służyć jako system opisu kształcenia specjalistów z zakresu profilaktyki

uzależnień. W kwestiach praktycznych, standardy mogą być wykorzystywane jako lista kontrolna w celu sprawdzenia czy uwzględniono wszystkie zagadnienia związane z wysokojakościową profilaktyką, na przykład we wnioskowaniu o wsparcie finansowe.

- **Tworzenie lub aktualizacja kryteriów jakości:** Standardy nie narzucają określonych rozwiązań, lecz stanowią system opisu dla działań pożądaných w określonych grupach docelowych, do którego mogą stosować się wszystkie typy podmiotów. Standardy mogą być wykorzystywane do tworzenia własnych kryteriów jakości oraz zaleceń dotyczących realizacji programów jak również do dokonywania przeglądów i aktualizacji istniejących kryteriów czy zaleceń w oparciu o lokalne, regionalne i/lub krajowe rozwiązania. Na przykład, podmioty finansujące mogą, w oparciu o standardy, tworzyć własne kryteria dotyczące udzielania wsparcia finansowego lub treści jakie powinny znaleźć się we wnioskach o dofinansowanie.
- **Autorefleksja:** Model odgórnego narzucania standardów nie zachęca specjalistów do prawdziwego rozwoju, jeśli oni sami nie są przekonani co do ich walorów. Wszyscy specjaliści zaangażowani w profilaktykę uzależnień (od przedstawicieli administracji rządowej po realizatorów programów) powinni wykorzystywać standardy do refleksji nad własną pracą w różnych aspektach swojego rozwoju jako praktycy, specjaliści czy badacze; struktury programów profilaktycznych, ich organizacji i/lub strategii profilaktycznych. Standardy mają pomagać profesjonalistom w udokumentowaniu oceny stanu i jakości prowadzonych działań profilaktycznych, upewnieniu się, które standardy i w jaki sposób zostały już spełnione oraz zidentyfikowaniu obszarów wymagających poprawy. Jeśli aktualne działania nie spełniają standardów, nie ma konieczności ich przerywania. Należy wtedy wykorzystać standardy w celu dokonania usprawnień. Standardy mogą zatem służyć jako narzędzie wspierające długofalowy proces rozwoju.⁽³⁾
- **Dyskusje w grupach:** Standardy mogą stanowić zaproszenie do dyskusji i refleksji w grupie (np. podczas spotkań zespołów realizatorskich czy negocjacji dotyczących finansowania). Opisana powyżej autorefleksja może również dokonywać się na forum grupy. Na przykład, jeden z członków personelu ma za zadanie zapoznać się w pełni ze standardami a następnie dokonać spostrzeżeń na temat programu czy realizującej go instytucji w oparciu o 'autorefleksyjną listę kontrolną' (zob. dodatek online). Wyniki te mogłyby być następnie wykorzystane na forum grupy w celu osiągnięcia wspólnego stanowiska oraz uzyskania dodatkowej wiedzy na temat programu

⁽³⁾ Autorefleksyjna lista kontrolna dostępna jest w elektronicznym suplemencie do niniejszego podręcznika. Profesjonaliści mogą z niej korzystać w celu dokumentowania spostrzeżeń co do własnej pracy w odniesieniu do standardów.

czy instytucji realizującej. W ten sposób standardy mogą stanowić podstawę dla działań w zakresie planowania. Mogą również pomóc zrozumieć co kryje się pod pojęciem wysokiej jakościowej profilaktyki uzależnień, szczególnie w zespołach, w skład których wchodzi specjaliści z różnych dziedzin.

- **Ocena realizacji:** Standardy mogą również być wykorzystywane jako system opisu w rozwoju zawodowym oraz ocenach funkcjonowania, na przykład w identyfikowaniu potrzeb szkoleniowych czy też możliwości dalszego rozwoju.

Takie są zalecane cele niniejszej wersji standardów i ich lista będzie się zwiększać w miarę rozwoju standardów i badań nad ich praktycznym zastosowaniem. Tabele 2 i 3 zawierają scenariusze wykorzystania standardów. Scenariusze dowodzą, iż standardy mogą usprawnić działania profilaktyczne oraz stanowić fundament procesów decyzyjnych w wielu sytuacjach.

Prezentowana wersja standardów nie może być jednak wykorzystywana do poniższych celów.

Proponowane standardy nie powinny być wykorzystywane bezpośrednio przy podejmowaniu decyzji dotyczących finansowania. Takie decyzje muszą uwzględniać możliwość zastosowania standardów w warunkach lokalnych oraz koszty utraconych korzyści w przypadku rezygnacji z innego programu. Niniejszy dokument nie wyjaśnia jak podejmować tego typu złożone decyzje, w związku z czym odradza się wykorzystywanie standardów w tym celu. Podmioty finansujące mogą jednak stosować standardy do określania własnych kryteriów przyznawania dofinansowania.

Niektóre standardy zawierają przykłady konkretnego dokumentowania przypadków ich spełniania. Może to być dokumentacja w formie pisemnej, np. plan projektu lub opis organizacji, bezpośrednie obserwacje dotyczące procedur pracy czy wdrażania programu lub wywiady z personelem, uczestnikami i/lub innymi interesariuszami. Jednak, nie wszystkie standardy zawierają wskaźniki dowodowe ze względu na ogólny charakter standardów. Ponadto, zasadniczym celem standardów jest pobudzenie do refleksji oraz doskonalenie działań profilaktycznych. Nie należy zatem wymagać od organizacji dokumentowania na piśmie, w jakim stopniu spełniły standardy w celu otrzymania dofinansowania. Zwłaszcza w przypadku mniejszych wniosków, środki konieczne do wykazania zgodności działań ze standardami mogą okazać się niewspółmierne do wysokości wnioskowanego dofinansowania.

Z tych samych powodów, niniejsze standardy nie mogą być wykorzystywane do przeprowadzania formalnej samodzielnej oceny lub stanowić podstawy do zewnętrznej akredytacji. Główny walor standardów polega na motywowaniu specjalistów do autodiagnozy prowadzonych działań oraz

stosowania się do standardów w pracy profilaktycznej. Specjaliści odnoszą większy skutek stosując w praktyce prezentowane rozwiązania niż gdyby mieli skupiać się na ilościowej ocenie realizacji standardów. Przyszłe wersje będą zawierać niezbędne zalecenia co do przeprowadzania formalnej oceny w oparciu o standardy.

Należy również zaznaczyć, że autodiagnoza dokonana w oparciu o standardy nie może zastąpić ewaluacji procesu i/lub wyniku. Stosowanie się do standardów pomoże uzyskać lepsze rezultaty tych ewaluacji. Jednak w celu wykazania skuteczności działań oraz zrozumienia sposobu ich przeprowadzenia, ewaluacje procesu i wyniku są niezbędne, na równi ze standardami.

Tabela 2: Przykładowe scenariusze wykorzystania standardów (cz. 1)

Zespół kierowniczy wyższego szczebla w dużym podmiocie realizującym zadania profilaktyczne wykorzystuje standardy na comiesięcznych posiedzeniach w celu identyfikacji mocnych i słabych stron organizacji. Członek personelu zwraca uwagę na niedostatki działań w zakresie współpracy z innymi organizacjami w oparciu o Standard B: <i>Wzajemna komunikacja i udział interesariuszy</i>. Sugeruje zorganizowanie spotkania na szczeblu regionalnym z innymi realizatorami w ramach regionalnego zespołu ds. planowania profilaktyki uzależnień.	Specjalista w organizacji pozarządowej zapoznaje się ze standardami w celu uzyskania ogólnych informacji. Standardy w komponencie 3.2: <i>Zastosowanie modelu teoretycznego</i> skłaniają go do zgłębienia wiedzy na temat teorii profilaktycznych oraz znalezienia modelu, który usprawni jego pracę. Podczas kolejnego podsumowania rozwoju zawodowego i wyników pracy, specjalista wnioskuje o dodatkowy czas wolny celem odbycia zaocznego szkolenia na wyższej uczelni z zakresu promocji zdrowia.
Podmiot realizujący jest w trakcie przygotowywania wniosku o dofinansowanie. Kierownik placówki sprawdza czy wszystkie etapy projektu są zgodne ze standardami. Standardy w części A: <i>Trwałość i finansowanie</i> zachęcają go do znalezienia w Internecie projektów, które dany podmiot finansujący sponsorował w przeszłości. Znajduje opis zrealizowanego projektu, który pomaga mu lepiej opracować wniosek o dofinansowanie.	Zleceniodawca nie jest zadowolony z jakości raportów okresowych nadsyłanych przez realizatorów. W oparciu o komponent 8.2: <i>Rozpowszechnianie informacji o programie i Działania w przypadku raportu końcowego</i> opracowuje wzór raportów dla realizatorów. Dzięki temu w przyszłości będzie otrzymywać od realizatorów kompleksowe, uporządkowane i porównywalne dane.
Pracownik naukowy zajmujący się profilaktyką planuje przeprowadzenie ewaluacji dotyczącej interwencji z zakresu profilaktyki uzależnień. W swoich działaniach chce posługiwać się standardowym protokołem ewaluacyjnym. W opracowywaniu metodologii ewaluacji opiera się na standardach 4.4: <i>Działania w przypadku planowania ewaluacji końcowych</i> oraz 7.1: <i>Działania w przypadku ewaluacji wyniku</i>.	Kierownik odpowiedzialny za strategię profilaktyczną ma za zadanie dokonać przeglądu krajowych standardów akredytacji programów modelowych. Wykorzystuje Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień do identyfikacji podstawowych braków w istniejących standardach. W konsekwencji standardy zostają wzbogacone o nowy rozdział poświęcony etycznemu wymiarowi profilaktyki uzależnień od narkotyków.

Co ‘oceniać’ za pomocą standardów?

Standardy opierają się na istniejących rozwiązaniach w zakresie profilaktyki uzależnień, z których większość dotyczy interwencji profilaktycznych ogółem, a nie konkretnych działań (zob. *Dodatek*). Zatem standardy mają zastosowanie w szerokim spektrum interwencji profilaktycznych i uwzględniają ich rodzaj, miejsce realizacji oraz grupy docelowe. Standardy wskazują w jaki sposób planować, przeprowadzać i ewaluować interwencje. Pokazują również, w jaki sposób analizować nowe, prowadzone i zakończone działania.

Interwencje stanowią jednak tylko część szerszej działalności, która jest równie ważna w zapewnianiu wysokiej jakości profilaktyki uzależnień. Kwestie ogólne (np. organizacja i rozwój personelu, zarządzanie zasobami, trwałość i finansowanie, wzajemna komunikacja i udział interesariuszy) muszą być rozwiązywane na szczeblu organizacyjnym. Ponadto, priorytety i strategie uchwalane przez władze na szczeblu lokalnym, regionalnym, krajowym i/lub międzynarodowym oraz podmioty finansujące muszą promować dobre praktyki w profilaktyce. Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień wychodzą naprzeciw konieczności budowania rzetelnych podstaw, na których można opierać interwencje. Standardy zawierają nie tylko wskazówki co do konkretnych interwencji z zakresu profilaktyki uzależnień, dostarczają również informacji na temat zagadnień organizacyjno-programowych związanych z działalnością profilaktyczną.

Pomimo tego, że standardy odwołują się do programów, mogą być również wykorzystywane do analizy działalności profilaktycznej na kilku poziomach realizacji, takich jak:

- **Ludzie:** poszczególni członkowie personelu lub całe zespoły. Standardy mogą być stosowane w rozwoju zawodowym, analizie aktualnych działań. Pokazują też, jaka jest ich rola w szerszym kontekście profilaktyki.
- **Działania:** pojedyncze interwencje lub całe programy składające się z wielu interwencji. Standardy mogą być wykorzystywane do planowania, finansowania i realizacji działań profilaktycznych w sposób konsekwentny i wysokojakościowy zapewniając jak najwyższe wyniki.
- **Podmioty realizujące:** Organizacje zaangażowane w profilaktykę uzależnień takie jak usługodawcy czy szkoły. Standardy mogą służyć poprawie funkcjonowania podmiotów oraz ich programów tak by realizatorzy otrzymywali jak największe wsparcie w swojej pracy a grupy docelowe optymalną pomoc.
- **Strategie:** priorytety, plany działania, konkursy i przetargi ogłaszane i uchwalane przez placówki rządowe i podmioty finansujące. Standardy mogą służyć definiowaniu założeń strategii, analizie

uwarunkowań i planowaniu celów profilaktyki. Mogą być również pomocne w procesie finansowania i zlecania działań.

Nie wszystkie standardy w równym stopniu odnoszą się do opisanych powyżej poziomów realizacji. Mimo to, ta wielopoziomowość ma za zadanie przypominać użytkownikom niniejszego dokumentu o istotnym związku pomiędzy ludźmi, działaniami, podmiotami realizującymi i strategiami. Ta szersza perspektywa może pomóc w identyfikacji mocnych i słabych stron, które wcześniej nie były widoczne.

Użytkownicy standardów

Standardy kierowane są do wszystkich profesjonalistów zajmujących się profilaktyką uzależnień. Mimo iż mogą stanowić źródło informacji dla zwykłego czytelnika (np. młodzież, rodziny, członkowie społeczności) na temat tego czego należy spodziewać się po działaniach profilaktycznych, główną grupą docelową są specjaliści od profilaktyki uzależnień, którzy zaangażowani są w realizację jednej bądź kilku z poniższych działań:

- **Stratedzy i decydenci:** osoby zaangażowane na szczeblu strategicznym, na przykład przedstawiciele rządu, podmiotów zlecających, regionalnych zespołów planowania czy sponsorów. Standardy wskazują jak określać cele, przeprowadzać oceny potrzeb, koordynować działania profilaktyczne oraz jak zapewniać ich trwałość. Standardy mogą również pomóc w lepszym zrozumieniu celów, które chcą osiągać realizatorzy działań profilaktycznych. Mogą okazać się również pomocne w krytycznym spojrzeniu na strategię profilaktyczną. Standardy mogą być także wykorzystywane do tworzenia nowych lub dokonywania przeglądu istniejących procedur profilaktycznych i/lub opracowywania nowych bądź aktualizowania funkcjonujących kryteriów jakości (np. udzielanie dofinansowania czy wybór programu modelowego). Tego typu specjaliści mogą również być zainteresowani dowodami, na których oparto zalecenia dotyczące działań praktycznych, które opracowano w ramach projektu wdrażania standardów (Sumnall i wsp., 2011).
- **Kierownicy placówek:** profesjonaliści odpowiedzialni za kierowanie działaniami profilaktycznymi na szczeblu organizacyjnym podmiotów realizujących. Typowe zadania obejmują planowanie działań, zarządzanie zasobami finansowymi i ludzkimi oraz sprawozdawczość dla zlecciodawców i sponsorów. Standardy pokazują jak planować, zarządzać i ewaluować interwencje. Dotyczą również aspektów organizacyjnych (np. rozwój zawodowy personelu, zdrowie, BHP). Kierownicy placówek mogą wykorzystywać standardy podczas spotkań zespołów oraz jako narzędzie wspierające w kontaktach z podmiotami zlecającymi czy sponsorami.

- **Personel pierwszego kontaktu:** wszyscy profesjonaliści realizujący programy profilaktyczne poprzez (bezpośredni) kontakt z grupą docelową, np. psychologowie, praktycy pracujący z młodzieżą, pracownicy socjalni, pracownicy programów pomocowych, nauczyciele. Standardy mogą okazać się pomocne w ich pracy poprzez uwypuklanie istotnych potrzeb grupy docelowej, dopasowywania działań do potrzeb grupy, dbania o wysoką jakość ich realizacji oraz w razie konieczności kierowanie uczestników programu do innych specjalistów.
- **Wyszkolenie:** osoby prowadzące szkolenia z zakresu profilaktyki uzależnień. Szkolenia mogą być kierowane do praktyków (np. pracownicy socjalni) lub być organizowane na szczeblu uniwersyteckim (studenci). Standardy mogą być wykorzystywane jako podręcznik odnoszący się do wszystkich aspektów wysoko jakościowej działalności z zakresu profilaktyki uzależnień.
- **Nadzór:** osoby, które nadzorują i wspierają specjalistów z zakresu profilaktyki uzależnień (szczególnie praktyków). Mogą być to kierownicy na szczeblu podstawowym bądź przełożeni z zewnątrz, którzy zostali zatrudnieni do pomocy w rozwoju zawodowym personelu. Standardy mogą być wykorzystywane jako system opisu w identyfikowaniu potrzeb szkoleniowych oraz możliwości rozwoju.
- **Twórcy programów:** osoby, które projektują i opracowują interwencje z zakresu profilaktyki uzależnień. Mogą być to chronione prawem autorskim programy oparte na podręczniku lub interwencje tworzone na potrzeby konkretnego projektu lub organizacji. Standardy wskazują, w jaki sposób projektować interwencje, ale również kładą nacisk na potrzebę uwzględniania na tym etapie realnych uwarunkowań dotyczących ich realizacji.
- **Doradztwo/ewaluacja/badania naukowe:** osoby zajmujące się doradztwem z zakresu profilaktyki w takich sprawach jak skuteczna profilaktyka, tworzenie strategii przeciwdziałania uzależnieniom, adaptacja programów, stosowanie dowodów skuteczności w praktyce i/lub ewaluacja. Standardy zawierają złożoną listę kontrolną i stanowią system opisu w kwestii ewaluacji i badań. Tego typu profesjonaliści mogą być zainteresowani informacjami zwrotnymi od twórców standardów, które zostały udokumentowane w informacji na temat stosowania dowodów skuteczności w praktyce oraz końcowym raporcie z realizacji projektu (Sumnall i wsp., 2011; Brotherhood i wsp., 2011).

Pomimo tego, że wskazane jest, aby wszyscy profesjonaliści z zakresu profilaktyki uzależnień wykorzystywali standardy w całości, może okazać się, że nie wszystkie standardy są przydatne wszystkim w równym stopniu. W trakcie opracowywania standardów rozpatrywano możliwość dołączenia tabeli, która wskazywałaby, które standardy są najistotniejsze w pracy danej grupy

użytkowników. Jednak, ze względu na różnice w specyfice pracy pomiędzy krajami, sektorami i poszczególnymi organizacjami okazało się to niemożliwe. Zaleca się, by profesjonalści wstępnie zapoznali się ze standardami, na przykład poprzez cykl projektowy czy listę komponentów, zanim ustalą, które standardy najlepiej odpowiadają ich aktualnym potrzebom. Wykorzystywanie standardów należy traktować jako proces długoterminowy, w którym profesjonalści stopniowo doskonalą swoją wiedzę i praktykę.

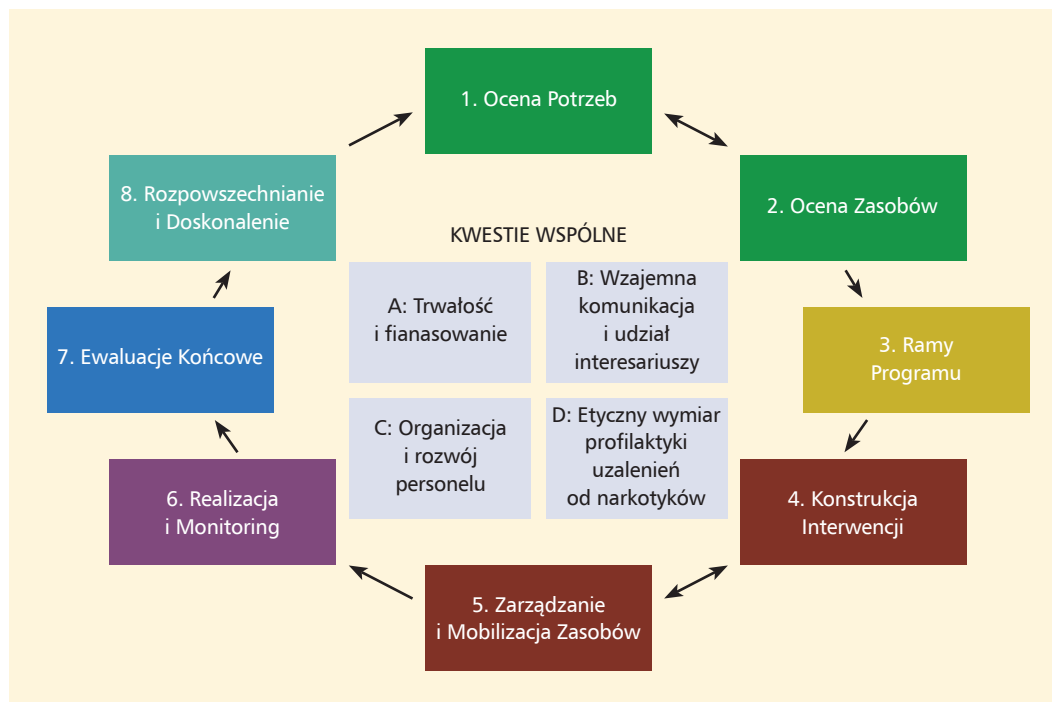
Tabela 3: Przykładowe scenariusze wykorzystania standardów (cz. 2)

Kierownik placówki zauważył, że niektórzy klienci mają mniejsze szanse na udział w programie. W tym celu korzysta z następujących standardów: Etap 4 cyklu projektowego: <i>Konstrukcja interwencji</i>, komponent 5.4 <i>Rekrutacja i utrzymanie uczestników</i>, Etap 6: <i>Realizacja i monitoring</i> w celu dokonania analizy programu i omówienia potencjalnych przeszkód z klientami. Po wykonaniu tych działań może okazać się, że niektórzy klienci nie mogą regularnie uczestniczyć w programie z uwagi na obowiązki domowe. W konsekwencji, kierownik placówki rozważa opracowanie programu środowiskowego dla tej konkretnej grupy docelowej.	Twórca programów opracowuje nowy program profilaktyki szkolnej. Zapoznaje się z rozważaniami na początku każdego komponentu oraz różnicami pomiędzy standardami na poziomie podstawowym i specjalistycznym w celu zidentyfikowania praktycznych trudności w realizacji tworzonego programu. Standardy zachęcają go do rozważań na temat uelastyczenia interwencji w celu zminimalizowania możliwości wystąpienia nieplanowanych przeszkód w fazie jej realizacji.
Zleceniodawca odwołuje się do standardów w celu przeprowadzenia lokalnej oceny potrzeb w oparciu o Etap 1 cyklu projektowego: <i>Ocena potrzeb</i>. Okazuje się, że aktualnie nie ma w ofercie programów profilaktycznych dla rodzin pomimo takiego zapotrzebowania. W konsekwencji zleceniodawca organizuje środki i wysyła zaproszenia do składania ofert na realizację programu profilaktyki rodzinnej.	Realizator szkoleń z zakresu profilaktyki analizuje ankiety końcowe z informacjami zwrotnymi od uczestników szkolenia. W ankietach uczestnicy zasugerowali, aby położyć większy nacisk na kompetencje dotyczące sposobu reagowania na indywidualne potrzeby klienta. Standardy w części C: <i>Organizacja i rozwój personelu</i> zalecają wzbogacenie szkolenia o moduł poświęcony metakompetencjom.
Wykładowca uniwersytecki wykorzystuje standardy jako podręcznik informujący studentów o najlepszych praktykach w profilaktyce uzależnień od narkotyków. W szczególności, skupia się na rozważaniach na początku każdego komponentu w celu zainicjowania dyskusji w gronie studentów. Studenci prowadzą debatę na temat zasad etycznej profilaktyki uzależnień, o której mowa w części D: <i>Etyczny wymiar profilaktyki uzależnień od narkotyków</i>.	Placówka lecznicza planuje rozszerzenie wachlarza usług o działania profilaktyczne dla młodzieży. Kierownik placówki wykorzystuje standardy do analizy sposobów zintegrowania nowego programu z już istniejącym. Standardy w komponencie 2.2: <i>Ocena własnego potencjału</i> wskazują na to, że organizacja aktualnie nie zatrudnia specjalistów od profilaktyki prowadzonej wśród młodzieży.

Struktura i zakres standardów

Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień zostały uporządkowane chronologicznie w oparciu o cykl projektowy programu profilaktycznego począwszy od fazy rozwojowej, przez realizację a skończywszy na ewaluacji.

Ryc. 1: Cykl projektowy programu profilaktycznego



W cyklu projektowym standardy funkcjonują na trzech poziomach szczegółowości.

1. Etapy projektu

Cykl projektowy składa się z ośmiu etapów: ocena potrzeb, ocena zasobów, ramy programu, konstrukcja interwencji, zarządzanie i mobilizacja zasobów, realizacja i monitoring, ewaluacje końcowe, rozpowszechnianie i doskonalenie. Ocena potrzeb i ocena zasobów oraz konstrukcja interwencji,

zarządzanie i mobilizacja zasobów mogą być realizowane jednocześnie i dlatego zostały wyróżnione tym samym kolorem. W środku cyklu znajdują się standardy, które należy uwzględnić na każdym etapie cyklu projektowego.

Każdy etap zawiera krótkie wprowadzenie ze wskazaniem jego miejsca w cyklu projektowym wraz z krótkim podsumowaniem zawartych w nim standardów. W celu bardziej przystępnego korzystania z projektu, standardy zostały oznaczone odpowiednimi kolorami, zgodnie z ryciną 1.

Cykl projektowy powinien należy traktować jako uproszczony model profilaktyki uzależnień. Chociaż cykl projektowy został uznany za najbardziej optymalny sposób prezentacji ogółu standardów jakości, w rzeczywistości, działania profilaktyczne mogą być organizowane inaczej. **Użytkownicy standardów powinni uważnie adaptować cykl projektowy do własnych uwarunkowań.** Należy uwzględnić przy tym następujące kwestie: które etapy projektu zostały już osiągnięte; które komponenty mogą być zbędne w danym projekcie; czy kolejność wdrażanych standardów powinna zostać zmieniona w celu odzwierciedlenia lokalnych uwarunkowań (tzn. czy użytkownicy mogą przechodzić z jednego etapu do drugiego z pominięciem kolejności)? Użytkownicy mogą dokonywać uzasadnionych zmian w cyklu projektowym pod warunkiem, że standardy będą wciąż adekwatne, użyteczne i wykonalne we wszystkich obszarach profilaktyki uzależnień.

Należy również zaznaczyć, że standardy należy rozpatrywać we wzajemnych relacjach. Na przykład, wyniki oceny potrzeb wpływają na sformułowanie programu, który z kolei ustali dobór zasobów. **Zaleca się zatem zapoznać się ze wszystkimi standardami, a nie tylko z poszczególnymi rozdziałami.** Z początku poziom szczegółowości może zniechęcać, lecz jego praktyczna użyteczność polega na stopniowym wskazywaniu drogi do realizacji wysokojakościowych działań z zakresu profilaktyki uzależnień.

2. Komponenty

Każdy etap projektu podzielono na kilka komponentów, które określają, jakie działania należy podejmować na danym etapie. W sumie sformułowano 31 komponentów w cyklu projektowym oraz cztery kwestie wspólne, które znalazły się w środku cyklu. Kwestie wspólne, mimo iż nie są najważniejsze w działalności profilaktycznej, zawierają treści, które należy uwzględnić na każdym etapie cyklu projektowego. Zostały one umieszczone w środku w celu uniknięcia powtórzeń pomiędzy poszczególnymi etapami.

Na numer każdego komponentu składają się Etap i komponent, podczas gdy kwestie wspólne wewnątrz cyklu oznaczono wielkimi literami (A-D). Numeracja komponentów niekoniecznie

odzwierciedla ich wagę czy kolejność. Niektóre komponenty nie zawsze są wymagane lub wykonalne i standardy, o których w nich mowa, mają zastosowanie jedynie w przypadku realizacji danego działania. Komponenty te zaczynają się od sformułowania 'Działania w przypadku...', np. '4.2 Działania w przypadku wyboru istniejącej interwencji'.

W standardach, każdy komponent rozpoczyna się od nowej strony z uwzględnieniem rozważań nad ich praktycznym zastosowaniem. Rozważania te wywodzą się głównie z konsultacji pomiędzy profesjonalistami z zakresu narkomanii i dyskusji w ramach Partnerstwa. Głównie uzasadniają dany komponent, definiują potencjalne przeszkody podczas wdrażania standardów w życie oraz proponują sposoby ich pokonywania. Wskazują również czy dany komponent odnosi się do ogółu działań profilaktycznych. Podano również odnośniki do dodatkowych źródeł informacji oraz innych komponentów pomocnych w realizacji danego komponentu. Zaleca się, by użytkownicy zapoznawali się ze standardami wykorzystując glosariusz umieszczony w Dodatku.

3. Atrybuty

Trzeci poziom szczegółowości zawiera dalszy opis komponentu z podziałem na standardy podstawowe i specjalistyczne (zob. kolejny podrozdział). Lewa kolumna zawiera właściwe standardy (zob. rycina 2). W przypadku prowadzonej analizy działalności profilaktycznej, atrybuty określają sposób wdrożenia danego komponentu. W celu usprawnienia korzystania ze standardów zostały one ponumerowane odpowiednio do etapu projektu i komponentu. Numeracja niekoniecznie odzwierciedla ich wagę czy kolejność.

Prawa kolumna zawiera uwagi wyjaśniające cel lub treść standardów, ponieważ ich znaczenie może zależeć od kontekstu, w jakim są stosowane. Uwagi wskazują również czy dany standard w określonych sytuacjach ma status podstawowego ('standard podstawowy w przypadku gdy') lub, czy istnieją dodatkowe przesłanki, które należy uwzględnić. Przykłady pokazują, w jaki sposób należy dokumentować wdrożenie standardów. Jednak przykłady podane w prawej kolumnie nie zawsze stanowią jedyny sposób wdrażania lub dokumentowania standardów. W miejscach gdzie występuje dużo tekstu, uwagi zajmują całą przestrzeń pod standardem, zamiast tylko w prawej kolumnie.

Ryc. 2. Układ atrybutów

Standardy podstawowe:	
D.1 Wiedza na temat ogólnych przepisów prawa i strategii w zakresie realizacji programu jest na odpowiednim poziomie.	
	tj. personel i uczestnicy programu mają świadomość ogólnie wiążących przepisów, własnej odpowiedzialności prawnej oraz wewnętrznych przepisów i procedur. <i>Uwaga:</i> Zastosowanie odpowiednich przepisów i strategii zależy od konkretnego programu; dodatkowe informacje znajdują się w komponencie 1.1 Wiedza na temat antynarkotykowych strategii i ustawodawstwa. <i>Przykłady przepisów prawa i strategii:</i> polityka równych szans, polityka w zakresie ochrony prywatności, polityka ochrony praw dziecka, przepisy BHP, przepisy dotyczące ochrony środowiska i zarządzania odpadami
D.2 Opracowano kodeks etyczny.	
Dodatkowe standardy specjalistyczne:	
D.15 W miejscu realizacji programu obowiązuje zakaz posiadania i używania alkoholu, wyrobów tytoniowych i narkotyków.	Standard podstawowy w przypadku wymogu prawnego. <i>Uwaga:</i> Stosowanie się do tego standardu w pewnych warunkach może okazać się niemożliwe, na przykład gdy interwencja prowadzona jest w terenie (np. klubie nocnym).
D.16 Program spełnia standardy i zalecenie krajowe i międzynarodowe.	Standard podstawowy w przypadku gdy wymaga tego obowiązująca strategia lub prawo. <i>Przykłady standardów:</i> krajowe standardy pracy w profilaktyce uzależnień, o ile istnieją.
D.17 Kodeks praw uczestników programu znajduje się w widocznym miejscu (kodeks powinien być jasno sformułowany).	

Standardy podstawowe i specjalistyczne

Profilaktyka uzależnień realizowana jest w oparciu o szeroki wachlarz działań, które mogą różnić się co do celów, zakresu, grup docelowych, miejsca realizacji, metodologii, czasu realizacji i/lub dostępnych oraz wymaganych zasobów. Zatem w przypadku określonych interwencji niektóre standardy mogą wydawać się bardziej zasadne lub wykonalne niż inne.

Jeśli chodzi o zasadność standardów, profesjonaliści, którzy tworzyli niniejsze standardy byli zdania, że należy odróżnić otwarte programy zorientowane na klienta i jego potrzeby (np. programy środowiskowe, dzienne świetlice dla czynnych użytkowników narkotyków, krótkie interwencje) od zamkniętych programów długoterminowych o ustalonych celach (np. programy szkolne z wykorzystaniem gotowych scenariuszy). Przykładowo, zaangażowanie uczestników na dłuższy okres w programach zorientowanych na potrzeby klienta może często okazać się niemożliwe, dlatego też te standardy, które zakładają długookresową relację z uczestnikami programu mogą nie mieć zastosowania (np. standardy dotyczące utrzymania uczestników w programie).

Jeśli chodzi o wykonalność, w wyniku przeprowadzonych konsultacji okazało się, że niektóre standardy nie były zawsze wykonalne. Konsultanci podkreślali ograniczenia w zakresie prowadzenia działań profilaktycznych w miejscach, w których realizatorzy nie mają pełnej kontroli nad procesem realizacji (np. szkoły, kluby nocne). Pojawiały się również argumenty, że standardy powinny być stosowane rygorystycznie w większych projektach, podczas gdy w małych nie ma konieczności stosowania wszystkich. Przez duże i małe projekty należy rozumieć rozmiar i zasięg projektów oraz realizujących je podmiotów, na przykład liczebność personelu zaangażowanego w projekt, wysokość budżetu, okres realizacji i/lub liczbę uczestników. Długoterminowy program rządowy o zasięgu ogólnokrajowym byłby przykładem dużego projektu, natomiast jednorazowa interwencja organizowana przez szkołę wobec niewielkiej liczby uczniów, została by sklasyfikowana jako mały projekt. Mniejsze organizacje często dysponują ograniczonymi zasobami, przez co mogą mieć trudności ze spełnianiem wszystkich standardów. Mimo to, spełnianie standardów powinno stanowić cel działalności wszystkich typów podmiotów.

Standardy oferują trzy poziomy: 'podstawowy', 'podstawowy w przypadku gdy', i 'specjalistyczny'. Niniejszy podział wyłonił się w wyniku konsultacji przeprowadzonych podczas tworzenia standardów.

- **Standardy podstawowe:** standardy te odnoszą się do wszystkich działań z zakresu profilaktyki uzależnień, bez względu na uwarunkowania. Standardy podstawowe stanowią system opisu dla profesjonalistów, projektów, organizacji i strategii, które aktualnie nie spełniają wszystkich standardów wskutek ograniczonych zasobów lub bardzo małego wkładu własnego. Głównie chodzi tu o organizacje, których główna działalność nie obejmuje profilaktyki, np. szkoły. Tego typu podmioty otrzymałyby pozytywną ocenę w przypadku gdyby spełniałyby standardy na poziomie podstawowym. Jednak, nawet podmioty, których w założeniu dotyczą jedynie standardy podstawowe, nie powinny skupiać się tylko na nich, lecz brać pod uwagę zasadność, użyteczność i wykonalność wszystkich standardów specjalistycznych. Standardy specjalistyczne

zawierają bardziej szczegółowe zalecenia i w ten sposób mogą być przydatne w kierowaniu działaniami na szczeblu podstawowym. Dodatkowe standardy podstawowe ('podstawowy w przypadku gdy') mogą być stosowane w określonych przypadkach.

- **Dodatkowe standardy podstawowe ('podstawowy w przypadku gdy'):** standardy te zaznaczone grubą czcionką, odnoszą się do poziomu podstawowego w szczególnych okolicznościach. Na przykład, niektóre standardy można uznać za podstawowe jeśli planowana jest ewaluacja wyniku, jednak nie miałyby zastosowania w przypadku braku takiej ewaluacji. W zależności od tego ile jest standardów podstawowych, dodatkowe standardy podstawowe pojawiają się po standardach podstawowych lub są zaznaczone w prawej kolumnie standardów specjalistycznych. Użytkownicy standardów podstawowych powinni przeanalizować standardy specjalistyczne w celu identyfikacji dodatkowych standardów, które odzwierciedlałyby podstawowy poziom realizowanego przez nich projektu.
- **Standardy specjalistyczne:** standardy te stanowią uzupełnienie standardów podstawowych i oznaczają wyższy poziom jakości. Standardy specjalistyczne stanowią system opisu dla profesjonalistów, projektów, organizacji i strategii, które dysponują większymi zasobami oraz mniejszych projektów i organizacji, które spełniły już większość standardów podstawowych. O ile spełnienie wszystkich standardów specjalistycznych jest wskazane, o tyle nie zawsze mają one zastosowanie. Zatem użytkownicy na poziomie specjalistycznym muszą ustalić, które standardy specjalistyczne są zasadne, użyteczne i wykonalne w odniesieniu do konkretnych działań profilaktycznych.

Profesjoniści wykorzystujący standardy do analizy własnej pracy mogą opierać się na tym rozróżnieniu w celu ustalenia aktualnej formy realizowanego programu oraz identyfikacji obszarów wymagających poprawy. Kiedy już większość podstawowych standardów zostanie spełniona, profesjoniści powinni dążyć do spełnienia tych standardów specjalistycznych, które dotyczą ich pracy.

ROZDZIAŁ 3

Rozdział 3

Ogólne informacje na temat standardów jakości

Geneza standardów

Przeważająca liczba programów profilaktycznych w Europie nie jest oparta na dowodach naukowych. Uderza również niski poziom ich realizacji. Mimo iż można tłumaczyć to tym, że tego typu działania wymagają mniejszych zasobów (np. mniej szkoleń personelu), mogą one być skutecznie jedynie poprzez prawidłową realizację z zastosowaniem zweryfikowanych naukowo komponentów. Nawet interwencje, które mają właściwe cele i zostały dobrze zaplanowane mogą szkodzić zamiast zapobiegać (Moos, 2005; Werch i Owen, 2002). Dlatego też potrzebne są standardy wraz z kryteriami finansowania nie tylko po to, by poprawić skuteczność działań profilaktycznych, ale przede wszystkim, by nie były sprzeczne z zasadami etyki zawodowej i nie wyrządzały szkód.

Jakość i baza naukowa profilaktyki rzadko bywa przedmiotem kontroli lub decyduje o przyznaniu dofinansowania. Niemniej potrzeba poprawy działań profilaktycznych jest coraz częściej dostrzegana w Europie. Połowa państw członkowskich UE podejmuje wysiłki związane z ustaleniem i wdrożeniem standardów jakości w profilaktyce uzależnień. Na początku prac związanych z niniejszym projektem, standardy jakości istniały jedynie w kilku państwach członkowskich UE. Różniły się one co do treści, metodologii oraz zastosowania poza granicami regionu czy kraju. Nie istniał europejski system opisu wysokojakościowej profilaktyki uzależnień. Nie było też jasne, w jakim zakresie należało w Europie stosować procedury międzynarodowe oraz, w jaki sposób zaadaptować je do uwarunkowań europejskich (np. USA Standards od Evidence – Flay i wsp., 2005).

Potrzeba opracowania europejskiego systemu opisu profilaktyki uzależnień jest również zapisana w dokumentach unijnych takich jak Plany Działania UE w zakresie Narkotyków (Rada Europejska, 2005 i 2008). Zawierają one zapisy dotyczące opracowania i wdrożenia najlepszych praktyk w dziedzinie profilaktyki uzależnień. W dokumentach tych nie ma jednak systemu opisu, który wskazywałby jak tego dokonać.

Standardy mają zatem na celu poprawę działań profilaktycznych z zakresu uzależnień w Europie poprzez dostarczenie empirycznie sprawdzonego systemu opisu, który zapełni luki pomiędzy nauką, strategią i praktyką.

Szczegółowe cele projektu standardów były następujące:

- Opracowanie i przedstawienie zbioru kryteriów oceny standardów i procedur w profilaktyce, jak również wdrożenie ich w ramach projektów modelowych;
- Zebranie i dokonanie przeglądu istniejących krajowych standardów i procedur opartych na dowodach w UE i na świecie;
- Identyfikacja i opisanie krajowych standardów i procedur w zakresie wdrażania programów profilaktycznych;
- Opublikowanie standardów UE oraz procedur w zakresie profilaktyki uzależnień opartej na dowodach.

Niniejszy dokument zawiera standardy, które zostały opracowane w wyniku tego procesu.

Wspierająca rola standardów w realizacji polityki antynarkotykowej

Standardy stanowią bezpośrednie wsparcie dla realizacji działań i priorytetów zawartych w Planie Działania UE w zakresie Narkotyków na lata 2009-2012 i Europejskiej Strategii Antynarkotykowej na lata 2005-2012 dotyczących redukcji popytu na narkotyki oraz lepszego zrozumienia zjawiska narkotyków i narkomanii, w tym:

- Działanie 17: 'Rozwój, wdrażanie i wymiana dobrych praktyk/standardów jakości w zakresie profilaktyki, leczenia, redukcji szkód rehabilitacji';
- Działanie 19: 'Wypracowanie porozumienia na szczeblu UE w zakresie minimalnych standardów jakości i wskaźników dotyczących profilaktyki, leczenia, ograniczania szkód oraz rehabilitacji przy uwzględnieniu potrzeb poszczególnych grup, a także prac przeprowadzonych na szczeblu krajowym i międzynarodowym';
- 'Lepsze zrozumienie problemu narkotyków i opracowanie optymalnych działań w reakcji na to zjawisko za pomocą wymiernego i stałego rozwijania wiedzy i związanej z nią infrastruktury' (Rada Europejska, 2004, str. 18; 2008, str. 13).

Standardy będą również stanowić wsparcie dla Państw Członkowskich we wdrażaniu działań określonych w Planie Działania ONZ uchwalonym w 2009 roku na spotkaniu segmentu wysokiego szczebla 52. sesji Komisji Środków Odurzających, takich jak:

- 'Realizacja programów profilaktycznych opartych na dowodach naukowych, zarówno uniwersalnych jak i ukierunkowanych, w różnych miejscach (np. szkoły, rodziny, media, miejsca pracy, społeczności, placówki ochrony zdrowia i pomocy społecznej, więzienia)';
- 'Zadbanie by działania z zakresu redukcji popytu na narkotyki szanowały prawa człowieka a także przyrodzonej godności wszystkich ludzi oraz ułatwienie wszystkim użytkownikom narkotyków

dostępu do usług z zakresu profilaktyki, ochrony zdrowia i pomocy społecznej mając na celu społeczną readaptację’;

- ‘Zaangażowanie wszystkich interesariuszy na szczeblu społeczności (w tym grupy docelowe, ich rodziny, członków społeczności, pracodawców i lokalne organizacje) w proces planowania, realizacji, monitoringu ewaluacji działań z zakresu redukcji popytu na narkotyki’;
- ‘Wsparcie rozwoju i przyjmowania odpowiednich standardów w ochronie zdrowia oraz ustawicznego szkolenia w obszarze działań z zakresu redukcji popytu na narkotyki’ (UNODC, 2009b, str. 24, pkt 18(a)).

Dostępność wspólnego systemu opisu, który można adaptować do lokalnych uwarunkowań powinna stanowić zachętę dla państw członkowskich UE do rozwijania lokalnych, regionalnych i/lub krajowych standardów jakości tam gdzie ich do tej pory nie było, a także do przeglądu i aktualizacji istniejących standardów jak również przyjmowania niniejszych standardów na własne potrzeby. Przyjęcie standardów usprawni działania z zakresu profilaktyki uzależnień oraz skuteczność ich finansowania, zredukuje ryzyko interwencji, które są nieskuteczne bądź przynoszą szkodliwe efekty. W taki oto sposób standardy będą stanowić wsparcie w realizacji lokalnych, regionalnych, krajowych i międzynarodowych strategii i polityk przeciwdziałania narkomanii.

Metoda opracowania standardów

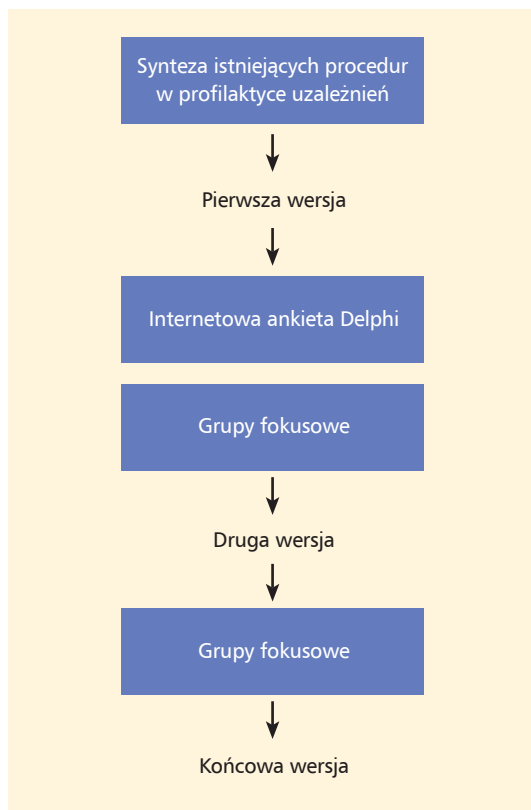
Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień zostały sporządzone w oparciu o przegląd i syntezę dziewiętnastu europejskich i międzynarodowych dokumentów zawierających standardy jakości w profilaktyce uzależnień. Etapem końcowym były konsultacje, w których wzięli udział profesjonaliści z całej Europy. Podczas opracowywania standardów korzystano nie tylko ze sprawdzonych i skutecznych metod, ale również takich, które umożliwiły dokładne poznanie planowanych lokalnych strategii działań (np. wartości i preferencje, struktury organizacyjne). Rycina 3 przedstawia schemat rozwoju standardów.

W latach 2008-2009 zebrano informacje na temat istniejących procedur w profilaktyce uzależnień od 27 państw członkowskich UE, tj. punktów Europejskiej Sieci Informacji o Narkotykach i Narkomanii Reitox (National Focal Points), krajowych kierowników Systemu Wymiany Danych o Działaniach na rzecz Ograniczania Popytu na Narkotyki (EDDRA). Ponadto pozyskano materiały od kluczowych instytucji w zakresie profilaktyki uzależnień takich jak Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości (UNODC), Kanadyjskie Centrum ds. Nadużywania Substancji Psychoaktywnych (CCSA), australijski

Narodowy Instytut Badań nad Narkomanią (NDRI). Przeprowadzono również badania publikacji w Internecie i literaturze fachowej.

W sumie pozyskano 77 dokumentów. Jednak skupiono się wyłącznie na materiałach zawierających standardy jakości w profilaktyce uzależnień o zasięgu krajowym lub, jeśli materiały krajowe nie istniały – regionalnym. Materiały te musiały mieć również status oficjalny tj. być opublikowane przez rząd lub czołowe instytucje zajmujące się profilaktyką uzależnień. W wyniku ostatecznej selekcji wybrano 19 dokumentów. Materiały obcojęzyczne zostały przetłumaczone na język angielski. Dokumenty poddane przeglądowi znajdują się w Dodatku. Pierwsza wersja Europejskich standardów jakości w profilaktyce uzależnień została opracowana na podstawie tych dokumentów.

Ryc. 3: Rozwój standardów



Wersje robocze standardów były konsultowane ze specjalistami z zakresu profilaktyki uzależnień. Do konsultacji zaproszono profesjonalistów wszystkich szczebli i dziedzin kształtujących profilaktykę uzależnień m.in. przedstawicieli regionalnych zespołów planowania, edukacji, zdrowia, zdrowia psychicznego, pomocy społecznej, wymiaru sprawiedliwości, organizacji pozarządowych, instytucji rządowych, placówek konsultacyjno-badawczych oraz mediów. Konsultacje prowadzone były wśród wszystkich członków Partnerstwa dla Standardów w Profilaktyce i obejmowały następujące kraje lub regiony: Galicja (region Hiszpanii), Węgry, Liguria (region Włoch), Lombardia (region Włoch), Polska, Rumunia i Wielka Brytania.

W dwuetapowej internetowej ankiecie Delphi profesjonaliści oceniali na skali priorytetowość proponowanych standardów. W obydwu etapach ankiety wzięło udział 423 specjalistów ze wszystkich krajów i regionów. W kolejnej fazie konsultacji, tj. spotkaniach grup fokusowych, uczestniczyło 130 profesjonalistów ze wszystkich krajów i regionów. Szczegółowo omawiano standardy w zakresie ich zasadności, użyteczności i wykonalności. Informacje zwrotne uzyskane w toku ankiety Delphi oraz grup fokusowych zostały wykorzystane do sporządzenia drugiej wersji roboczej standardów.

W końcowej fazie konsultacji wzięło udział 72 profesjonalistów z pięciu krajów. W efekcie określono sposób wdrażania standardów w praktyce oraz przedstawiono końcowe propozycje ulepszeń. Ostateczna wersja została opracowana na podstawie wyników wszystkich konsultacji i propozycji przedstawionych podczas wspólnych konferencji oraz wniosków ze spotkań w ramach Partnerstwa.

Więcej informacji na temat rozwoju standardów wraz z wykazem profesjonalistów, którzy wzięli udział w konsultacjach znajduje się w raporcie końcowym dotyczącym realizacji projektu (Brotherhood i wsp., 2011).

Warunki wdrażania standardów i potencjalne przeszkody

Od początku projektu było jasne, że końcowa wersja standardów będzie użytecznym narzędziem w codziennej praktyce, jedynie w przypadku, gdy standardy okażą się zasadne i przydatne całej rzeszy profesjonalistów z różnych krajów oraz jeśli będą miały zastosowanie w wielu miejscach i warunkach. Cel ten został osiągnięty w toku wspomnianych już wyżej konsultacji. Wynika to jasno z uwag praktycznych znajdujących się na początku każdego komponentu oraz podziału na standardy podstawowe i specjalistyczne.

Warto podkreślić, że choć wnioski z rozmów z profesjonalistami wskazywały na szereg warunków i przeszkód, nieodłącznie pojawiających się w procesie implementacji, to jednak nie mogły być one

uwzględnione w fazie opracowywania standardów. Poniżej przedstawiono pokrótce, jakie zmiany kulturowe, organizacyjne i strukturalne są niezbędne w celu implementacji standardów na szeroką skalę.

- **Promocja korzystania ze standardów jakości:** Zachęcające jest to, że w wyniku konsultacji, okazało się, że wiele z opisanych w standardach działań jest już codzienną praktyką, mimo iż nie cechują się jeszcze wysoką jakością. Profesjonaliści bowiem nie zaczynali od zera, lecz dysponowali bazą, na podstawie której mogli tworzyć nowe bądź usprawniać istniejące działania. Zauważono, że dobry projekt w naturalny sposób powinien spełniać standardy jakości. Okazało się jednak również, że większość przyszłych użytkowników może nie mieć wiedzy na temat standardów jakości, certyfikacji programów czy procedur zawodowych. Nawet jeśli będą pozytywnie nastawieni do standardów, mogą nie wiedzieć jak z nich korzystać w codziennej praktyce. Należałoby zatem wesprzeć proces implementacji standardów odpowiednimi szkoleniami i materiałami. Zaleca się, aby standardy były wdrażane stopniowo, najpierw poprzez zaznajomienie profesjonalistów z określonego obszaru z potrzebą standardów, następnie rozpoczęcie procesu wprowadzania samych standardów, aż w końcu właściwe zaznajomienie z ich treścią.
- **Rozwój procedur co do treści działań profilaktycznych:** Konsultacje wskazały, że istnieje potrzeba procedur w zakresie treści profilaktyki opartej na dowodach. Standardy jakości oferują spójny system realizacji działań profilaktycznych oraz sugerują sposób podejmowania decyzji w zakresie treści, jednak rolą standardów nie jest określanie jakie działania należy podejmować. W przeciwieństwie do mnogości krajowych standardów jakości w profilaktyce, za zasadne w obszarze UE uznano jedynie dwa dokumenty zawierające solidne procedury w tym zakresie (NICE, 2007; UNODC, 2009a). Obydwa dokumenty dotyczyły modeli profilaktyki rodzinnej oraz preferowały zaawansowane systemy realizacji działań profilaktycznych stosowane w większości krajów zachodniej Europy. Skuteczność standardów w przyszłości będzie zależała od tego czy standardom towarzyszyć będą wysokojakościowe procedury w zakresie treści działań profilaktycznych. Chociaż dokonywane przeglądy systematycznie prezentują przypadki działań opartych na dowodach w wielu krajach, brakuje w nich rozwiązań dotyczących realizacji i adaptacji tychże działań na szczeblu lokalnym. Pozyskanie i interpretacja skomplikowanych i często sprzecznych dowodów stanowi również wyzwanie dla wielu profesjonalistów. Należy zatem podejmować więcej wysiłków w kierunku umożliwienia profesjonalistom podejmowania właściwych decyzji w pracy z grupą docelową.
- **Pozyskiwanie funduszy:** Standardy zostały opracowane tak, by były odpowiednio wymagające jak również dawały szansę realizacji. Poprzez podział na poziom podstawowy i specjalistyczny, uwzględnia się aktualny stan działań z zakresu profilaktyki uzależnień oraz dostępność zasobów w UE. Najlepiej byłoby gdyby standardy (podstawowe) mogły być wdrażane poprzez

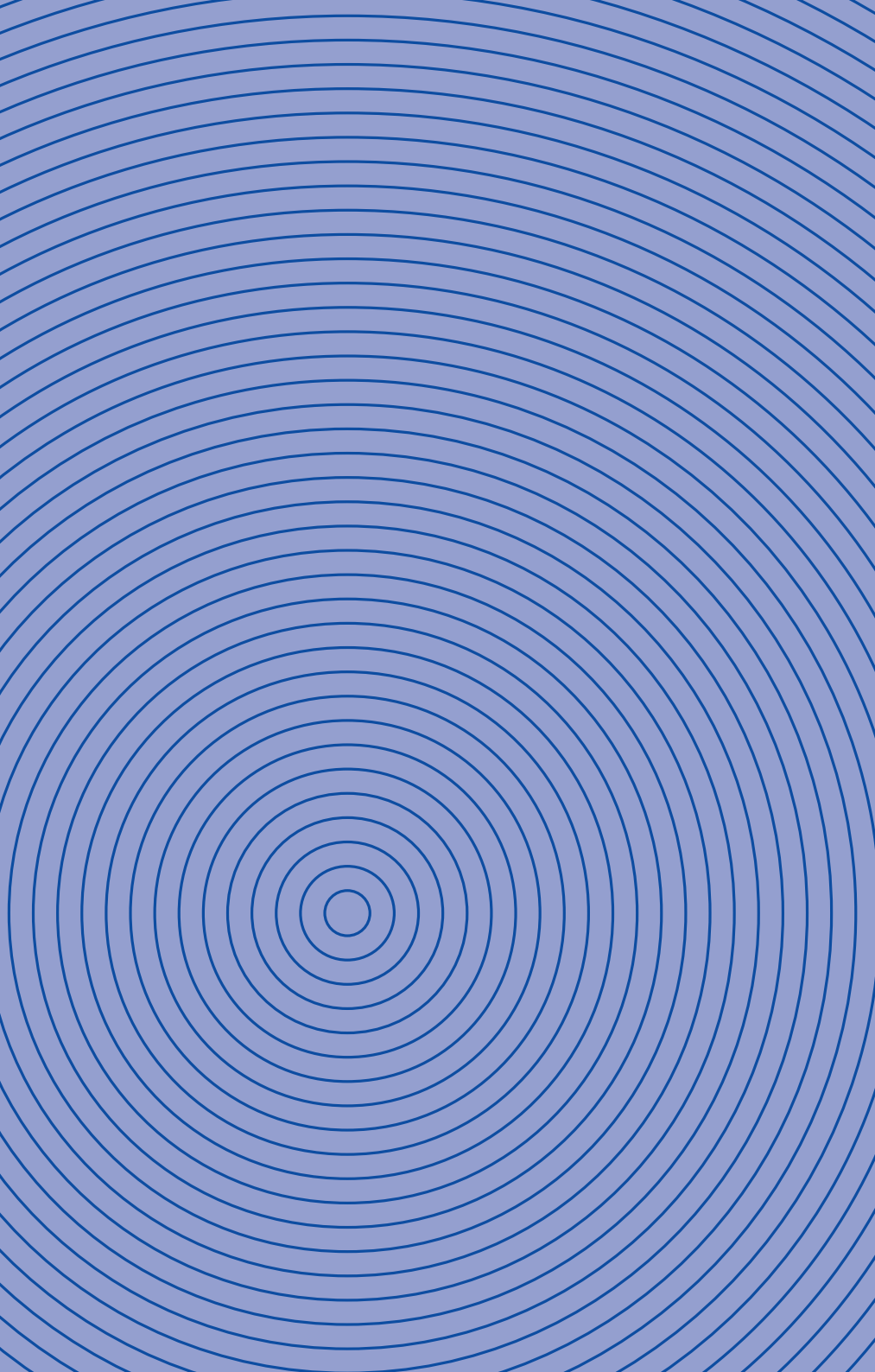
wykorzystanie lub reorganizację dostępnych zasobów. Jednak, organizacje dysponujące ograniczonym potencjałem muszą szukać źródeł finansowania, zwłaszcza jeśli chcą wdrażać standardy na poziomie specjalistycznym.

- **Wspieranie i nadawanie profilaktyce priorytetowego charakteru:** W porównaniu z leczeniem i rehabilitacją, profilaktyka przyciąga relatywnie mniej (finansowej) uwagi, przez co może wydawać się mniej ważna. Przewidywalne i stałe wsparcie finansowe jest warunkiem trwałych wysokojakościowych działań na polu profilaktyki uzależnień. Zastosowanie standardów podniesie znaczenie profilaktyki w systemie redukcji popytu na narkotyki. Jednak, w celu poprawy jakości profilaktyki uzależnień (np. poprzez naukowe ewaluacje wyniku), podmioty zlecające i finansujące muszą inwestować większe środki w profilaktykę. Funkcjonujące standardy nie oferują szczegółowych procedur dotyczących przyznawania środków, dlatego zlecniodawcy i sponsorzy powinni przejść odpowiednie szkolenie w tym zakresie (np. jak analizować koszty utraconych korzyści).
- **Ustanawianie i wzmacnianie centralnych instytucji profilaktycznych:** Konsultacje uwypukliły znaczenie rządowych placówek koordynujących na szczeblu regionalnym i krajowym, do zadań których należy realizacja programów przeciwdziałania narkomanii, zlecanie i koordynowanie działań z zakresu profilaktyki uzależnień, przeprowadzanie ocen potrzeb, promowanie stosowania się do standardów jakości, rozpowszechnianie procedur w zakresie najlepszych praktyk, organizowanie szkoleń oraz spotkań realizatorów działań profilaktycznych, promowanie współpracy pomiędzy realizatorami itp. Dyskusja ujawniła korzyści tego typu działań oraz problemy w przypadku ich słabego funkcjonowania, braku (np. nie we wszystkich krajach polityka w zakresie profilaktyki należy do zadań jednego ministerstwa lub instytucji) bądź też ryzyka likwidacji.
- **Uwzględnianie różnic w działaniach profilaktycznych:** Działania z zakresu profilaktyki uzależnień mają różną formę w zależności od kraju, miejscowych uwarunkowań i obszarów zawodowych (np. różnice w kulturze pracy między usługami społecznymi i medycznymi). Mimo iż standardy mają szerokie zastosowanie, konsultanci kwestionowali możliwość ich adaptacji do określonych warunków (np. lokalnej grupy docelowej, krajowego systemu realizacji). Niniejsza wersja standardów nie zawiera szczegółowych instrukcji odnośnie integracji standardów z funkcjonującymi systemami i strukturami realizacji. W przyszłości planuje się lepsze zilustrowanie sposobów praktycznego wdrożenia standardów w oparciu o działania próbne w różnych warunkach praktycznych.
- **Dążenie do synergii:** Kolejny potencjalny problem wiąże się z brakiem koordynacji i współpracy pomiędzy grupami profesjonalistów i interesariuszy na polu profilaktyki uzależnień. Konsultanci podawali takie przykłady jak nieświadome dublowanie działań przez podmioty zajmujące się

profilaktyką czy brak wzajemnej komunikacji pomiędzy badaczami i praktykami – co skutkowało tym, że dowody naukowe nie były adaptowane i rozpowszechniane w użyteczny sposób. Na przeszkodzie komunikacji mogą stać różne wyobrażenia celów i metod profilaktyki uzależnień. Część B: *Wzajemna komunikacja i udział interesariuszy* zajmuje się tym problemem. Lepsza koordynacja wpływa na bardziej precyzyjny charakter usług oraz lepszą dystrybucję środków. Jednak implementacja standardów wymaga udziału wielu interesariuszy, gdyż do współpracy może dojść jedynie wtedy, gdy jest nią zainteresowanych wiele stron. Ponadto, praktyczne wdrożenie standardów będzie miało wpływ na interesariuszy, którzy do tej pory nie byli zaangażowani w działania profilaktyczne i którzy mogą nie być pewni swej roli w tym zakresie (np. nauczyciele, aptekarze, urzędnicy ds. mieszkaniowych).

- **Rozwój profesjonalnych postaw i umiejętności:** Kolejnym zagadnieniem jest kompetencja i motywacja personelu do wdrażania standardów. Niedostatki wiedzy u osób zajmujących się profilaktyką dotyczyły takich obszarów, jak: modele oparte na dowodach naukowych, ewaluacja, adaptacja czy strategiczne planowanie projektów. Wiele wskazuje na to, że istnieje rozdział pomiędzy teorią i praktyką w profilaktyce (np. między działaniami uznawanymi za skuteczne i działaniami faktycznie podejmowanymi). W wyniku prowadzonych dyskusji wskazywano, że profesjonalści mogą niechętnie korzystać ze standardów, uznając je za ‘zbyt skomplikowane’ lub ‘zbyt trudne do spełnienia’. Mogą również niepokoić się, że standardy podważą ich doświadczenie zawodowe. Celem standardów jest promowanie najlepszych praktyk, co oznacza, że nie mogą one wspierać aktualnych działań. Poprzez podział na standardy podstawowe i specjalistyczne oraz zalecanie autodiagnozy, standardy mogą stać się użytecznym narzędziem, o ile praktycy zechcą z niego skorzystać. Standardy powinny być środkiem do polepszenia praktyki zawodowej, planowania i realizacji działań, a nie biurokratycznym mechanizmem. O ile standardy mogą poprawić wiedzę na temat profilaktyki wśród profesjonalistów oraz stanowić ważny dodatek w praktyce zawodowej (np. C: *Organizacja i rozwój personelu*), nie należy zapominać o szkoleniach i dalszym rozwoju ukierunkowanym na profilaktykę. Warto podkreślić, że głębokiej zmiany w postawie zawodowej można dokonać jedynie w toku długoterminowego procesu zmian na wszystkich poziomach.

Niniejsze rozważania wskazują na to, że standardy nie mogą być wdrażane w izolacji i oderwaniu od realiów profilaktyki uzależnień. Wprost przeciwnie, implementacji standardów musi towarzyszyć zmiana sięgająca fundamentów profilaktyki uzależnień zmierzająca w kierunku modelu zintegrowanego i opartego na dowodach naukowych. Uczestnicy projektu formułowali również uwagi specyficzne dla uwarunkowań w ich własnych krajach, chociaż niewykluczone, że podobne problemy mogą występować gdzie indziej. Tego typu uwagi zostały zamieszczone w elektronicznym suplemencie do niniejszego podręcznika.

The left half of the image features a pattern of concentric circles in a light blue color, centered on a slightly darker blue background. The circles are evenly spaced and expand outwards from a central point.

CZĘŚĆ 2

Standardy

Tabela 4: Etapy projektu i komponenty Europejskich standardów jakości w profilaktyce uzależnień

Kwestie wspólne	
A:	Trwałość i finansowanie
B:	Wzajemna komunikacja i udział interesariuszy
C:	Organizacja i rozwój personelu
D:	Etyczny wymiar profilaktyki uzależnień od narkotyków
1. Ocena potrzeb	
1.1	Przegląd antynarkotykowych strategii i ustawodawstwa
1.2	Ocena używania narkotyków i potrzeb społeczności
1.3	Określenie potrzeby – uzasadnienie interwencji
1.4	Rozpoznanie grupy docelowej
2. Ocena zasobów	
2.1	Ocena grupy docelowej i zasobów społeczności
2.2	Ocena własnego potencjału
3. Ramy programu	
3.1	Zdefiniowanie grupy docelowej
3.2	Zastosowanie modelu teoretycznego
3.3	Określenie celów strategicznych, programowych i częściowych
3.4	Określenie miejsca realizacji
3.5	Odwołanie się do dowodów skuteczności
3.6	Ustalenie harmonogramu
4. Konstrukcja interwencji	
4.1	Projektowanie z myślą o jakości i skuteczności
4.2	Działania w przypadku wyboru istniejącej interwencji
4.3	Dopasowanie interwencji do grupy docelowej
4.4	Działania w przypadku planowania ewaluacji końcowych
5. Zarządzanie i mobilizacja zasobów	
5.1	Zaplanowanie programu – przedstawienie planu projektu
5.2	Określenie wymagań finansowych
5.3	Powołanie zespołu do realizacji programu
5.4	Rekrutacja i utrzymanie uczestników
5.5	Przygotowanie materiałów do realizacji interwencji
5.6	Opis programu
6. Realizacja i monitoring	
6.1	Działania w przypadku interwencji pilotażowej
6.2	Realizacja interwencji
6.3	Monitoring w fazie realizacji
6.4	Modyfikacje w fazie realizacji
7. Ewaluacje końcowe	
7.1	Działania w przypadku ewaluacji wyniku
7.2	Działania w przypadku ewaluacji procesu
8. Rozpowszechnianie i doskonalenie	
8.1	Decyzja czy program powinien być kontynuowany
8.2	Rozpowszechnianie informacji o programie
8.3	Działania w przypadku raportu końcowego

KWESTIE
WSPÓLNE

B: Wzajemna komunikacja i udział interesariuszy – Interesariusze to osoby, grupy i organizacje, którym szczególnie zależy na programie i jego wynikach i/lub, którzy są bezpośrednio lub pośrednio zaangażowani w program, na przykład grupa docelowa, społeczność, sponsorzy i organizacje zajmujące się profilaktyką uzależnień. Do udziału w realizacji programu powinni być zaproszeni właściwi interesariusze. Warunkiem każdego programu jest wsparcie i współpraca z grupą docelową. Inne formy zaangażowania interesariuszy mogą obejmować kontakty z liderami społeczności lub mediami, co przyczyni się do wsparcia i podniesienia widoczności programu w miejscu jego realizacji. Zaangażowanie innych organizacji zajmujących się przedmiotową problematyką poprawia koordynację działań, służy wymianie doświadczeń oraz pomaga we wspólnym planowaniu i wydatkowaniu środków.

C: Organizacja i rozwój personelu – Niniejszy komponent składa się z trzech filarów: wyszkolenie personelu; dalszy rozwój oraz zawodowe i emocjonalne wsparcie. Przed przystąpieniem do realizacji programu należy ocenić potrzeby szkoleniowe personelu, po czym przeprowadzić odpowiednie szkolenie w celu zapewniania wysokiej jakości działań. Standardy wspomagają również rozwój planów szkoleniowych. Nieustanny rozwój personelu jest sposobem nagradzania pracowników oraz aktualizowania ich wiedzy i umiejętności. W fazie implementacji programu należy zapewnić personelowi możliwość krytycznego spojrzenia na własną pracę oraz jej doskonalenia.

D: Etyczny wymiar profilaktyki uzależnień od narkotyków – Standardy określają etyczne zasady w profilaktyce uzależnień, takie jak postępowanie realizatorów zgodnie z prawem, przekazywanie rzetelnych informacji, działanie za zgodą drugiej strony, dobrowolne uczestnictwo, zapewnienie poufności danych, dopasowywanie interwencji do potrzeb uczestników, partnerskie traktowanie uczestników, przestrzeganie przepisów BHP. Chociaż stosowanie się do wszystkich etycznych zasad profilaktyki może nie być zawsze możliwe, aspekt etyczny musi być widoczny na każdym etapie cyklu projektowego. Należy zatem zdefiniować odpowiednie procedury ochrony praw uczestników oraz ocenić i złagodzić potencjalne zagrożenia.

A: Trwałość i finansowanie

Programy profilaktyczne muszą być tworzone z myślą o ich kontynuacji. Powinny być częścią działań zakrojonych na szerszą skalę (np. w ramach danej organizacji czy regionie). Najlepiej, aby program mógł być kontynuowany po zakończeniu pierwszej realizacji i/lub po zakończeniu zewnętrznego finansowania (np. po tym jak pierwsza grupa uczestników ukończyła program można powtarzać działania w nowej grupie). Trwałość projektu zależy od jego logicznej spójności, stałej dostępności wymaganych zasobów (np. środki finansowe, personel, uczestnicy) (zob. komponent 5.2: *Określanie wymagań finansowych*) oraz wsparcia ze strony odpowiednich interesariuszy (zob. B: *Wzajemna komunikacja i udział interesariuszy*).

Standardy w niniejszym komponencie zachęcają realizatorów do analizy, w jaki sposób różne działania na każdym etapie cyklu projektowego są ze sobą związane oraz w jaki sposób mogą przyczynić się do trwałości programu. Określają również, jak zadbać o trwałość programów poprzez umocowanie ich w istniejących systemach oraz opracowanie strategii w celu pozyskania koniecznych zasobów. Niektóre z niniejszych standardów mogą być bardziej przydatne na szczeblu organizacyjnym bądź strategicznym niż na poziomie samych programów.

Realizatorzy powinni szukać źródeł finansowania korzystając z różnych dostępnych możliwości. Jednak pozyskiwanie zewnętrznego finansowania nie zawsze jest konieczne. Środki na finansowanie programu mogą zostać pozyskane niezależnie od programu bądź charakter interwencji nie wymaga korzystania z dodatkowych środków. Optymalnym rozwiązaniem jest realizacja programu w oparciu o dostępne zasoby, w tym również przez ich realokację. W przypadku konieczności wykorzystania dodatkowych zasobów, trwałość programu można osiągnąć poprzez wsparcie z zewnątrz. W zależności od zasięgu programu, potencjalne źródła finansowania mogą pochodzić z funduszy rządowych lub wsparcia mniej formalnego, takiego jak zbiórki w ramach społeczności czy darowizny od osób fizycznych.

Idea aktywnego pozyskiwania środków finansowych z wielu innych źródeł niż dotychczasowe, wydaje się być nowa. Realizatorzy mogą odnosić wrażenie, że ich możliwości lub szanse na pozyskanie dofinansowania są ograniczone. Istnieją rozmaite procedury w zakresie finansowania, lecz najczęściej są to fundusze przeznaczone przez lokalne samorządy. Jednak samorządy nie zawsze mogą zapewnić długoterminowe wsparcie finansowe konieczne do realizacji danego programu. Mogą dotyczyć jedynie określonych zadań, co ogranicza pole manewru realizatorów. Jednak jeśli w programie znajdzie się zapis, że będą w nim prowadzone także zadania zbieżne z celami programów rządowych czy pozarządowych, wówczas znacznie zwiększa się szanse na finansowanie takiego programu i zapewnienia jego ciągłości.

W procesie pozyskiwania wsparcia należy uwzględnić ryzyko długich przerw pomiędzy złożeniem wniosku i otrzymaniem środków, zwłaszcza w przypadku strukturalnie znaczących sponsorów (np. fundusze unijne). W przypadku rozpatrywania wniosku przez podmiot finansujący, wnioskodawcy winni uwzględnić odpowiednie kryteria zewnętrzne, które należy spełnić.

Jednak jest równie ważne, by sponsorzy i zlecniodawcy działań profilaktycznych, zadbali o wystarczającą ilość środków potrzebnych do zapewnienia dalszej realizacji obiecujących i skutecznych programów (zob. komponent 8.1: *Decyzja czy program powinien być kontynuowany*).

Dodatkowe informacje na temat zapewniania trwałości programów znajdują się m.in. w publikacji *Guide to implementing family skills training programmes for drug abuse prevention* (UNODC 2009a, p. 47).

W glosariuszu znajdują się definicje kluczowych terminów.

Standardy podstawowe:

A.1 Program promuje długoterminowe spojrzenie na profilaktykę.	tj. stanowi alternatywę wobec tzw. akcyjności działań profilaktycznych; umożliwia ciągłą profilaktykę uzależnień.
A.2 Program nie stanowi odrębnej krótkoterminowej inicjatywy.	Przykłady dowodów: program stanowi część szerszych działań w ramach organizacji; w bezpośredni lub pośredni sposób przyczynia się do realizacji szerszej strategii.
A.3 Program cechuje spójność i podejście praktyczne.	Uwaga: spójność programu powinna być oceniana na każdym etapie cyklu projektowego poprzez analizę każdego elementu programu w stosunku do pozostałych. Cel: zapewnienie i pokazanie, że program został prawidłowo opracowany, jest zasadny i praktycznie wykonalny w założonym terminie. Przykładowe elementy do analizy: potrzeby grupy docelowej, cele strategiczne, programowe i częściowe, model teoretyczny, dowody skuteczności, miejsce realizacji, metody i działania, zasoby. Przykładowe kwestie do rozważenia: Czy zaplanowane działania zrealizują zamierzone cele określone w modelu teoretycznym? Czy dokonano prawidłowego wyboru metod w zakresie ich realizacji? Czy dostępne zasoby pozwalają na realizację programu? Przykłady dowodów: logiczny związek między elementami programu został przedstawiony w modelu logicznym programu; opisano także związki między elementami programu. Dodatkowy instruktaż: Więcej informacji znajduje się w <i>Zbiorze Dobrych Praktyk w Profilaktyce i Ewaluacji</i> (PERK) (EMCDDA, 2010).

Standardy podstawowe (cd.):

A.4 W ramach programu środki finansowe pozyskiwane są z różnych źródeł.

Uwaga: nawet jeśli pozyskano środki finansowe na realizację programu z określonego źródła, należy szukać dodatkowych sposobów finansowania celem realizacji działań dodatkowych (np. proponowanie dodatkowych usług) lub działań wewnątrz organizacji (np. rozwój personelu).

Przykłady różnych źródeł finansowania:

- (realokacja) zasobów własnych;
- wspólne wykorzystanie zasobów przy udziale wielu podmiotów;
- zasoby społeczności i samorządów lokalnych;
- darowizny ze źródeł prywatnych i datki od osób fizycznych;
- udział organizacji pozarządowych i podmiotów prywatnych;
- wsparcie ze strony rządu lub Unii Europejskiej.

Standardy specjalistyczne:

A.5 W projekcie zwrócono szczególną uwagę na zapis dotyczący zapewnienia ciągłości programu po jego pierwszej realizacji.

A.6 Program wpisuje się w ramy strategii działań danego podmiotu (systemu).

Przykłady dowodów: edukacja w zakresie narkotyków jest zintegrowana z przedmiotami nauczanyymi w szkole.

A.7 Tam gdzie jest to zasadne, należy zwiększać świadomość odpowiednich interesariuszy.

Cel: uzyskanie trwałego wsparcia dla programu.

Przykłady odpowiednich grup: członkowie rodzin, zleceniodawcy, personel, grupa docelowa programu.

Przykłady dowodów: organizacja imprez podnoszących świadomość, przekazywanie odpowiednim grupom rzetelnych informacji na temat potrzeb społeczności lub grupy docelowej, organizowanie przedstawień teatralnych o tematyce przeciwdziałania narkomanii.

A.8 Zawieranie umów partnerskich ze społecznościami.

Standardy specjalistyczne (cd.):	
A.9 Organizacja uzyskała i/lub stara się o uzyskanie akredytacji i certyfikatów jakości od niezależnych podmiotów.	Przykłady certyfikacji: certyfikaty Międzynarodowej Organizacji Normalizacyjnej (ISO). Przykłady nagród: Europejska Nagroda w zakresie Profilaktyki Uzależnień od Narkotyków (Grupa Pompidou przy Radzie Europy), Nagroda Mentora (Fundacja Mentor). Przykłady dowodów: lista akredytacji i certyfikatów jakości, jakie otrzymała dana organizacja.
A.10 Istnieje strategia długoterminowego finansowania i pozyskiwania zasobów.	
A.11 Strategia:	
określa osobę lub zespół odpowiedzialny za aktywne rozpoznawanie i pozyskiwanie źródeł finansowania;	Przykłady dowodów: wyznaczono osobę kierującą działaniami w zakresie pozyskiwania funduszy.
określa wszystkie możliwe źródła finansowania oraz podmioty zainteresowane wspieraniem programu;	Uwaga: finansowanie ze źródeł, które nie mają związku z problematyką narkomanii, można uzyskać poprzez przyjęcie szerszego spojrzenia na profilaktykę uzależnień (UNODC, 2004); fundusze płynące do programu mogą w założeniu np. przeciwdziałać HIV/AIDS, przestępczości czy poprawiać jakość życia młodzieży.
uwzględnia szczegółowe kryteria otrzymywania środków finansowych.	Przykłady zasobów: analiza procedur w zakresie pozyskiwania funduszy, konsultacje z personelem odpowiedzialnym za projekt w instytucji finansującej, przegląd programów finansowanych w przeszłości, uwzględnienie strategicznego kierunku działań instytucji finansującej (UNODC, 2004).
A.12 Rozważona jest potrzeba adaptacji programu w celu spełnienia kryteriów finansowania; o ile to konieczne, program poddany jest odpowiedniej adaptacji.	Uwaga: w przypadku adaptacji programu w celu spełnienia kryteriów finansowania, nie należy działać ze szkodą dla potrzeb grupy docelowej lub ram teoretycznych programu.
A.13 Opis programu spełnia wymagania instytucji finansującej.	tj. spełnione są wymogi administracyjne. Przykłady dowodów: zachowany jest wymagany format.
A.14 Określono zasady przyjmowania darowizn.	Przykłady darowizn: darowizny przekazane przez podmioty gospodarcze lub inne podmioty prywatne.

B: Wzajemna komunikacja i udział interesariuszy

W każdym programie profilaktyki uzależnień istnieją jednostki, grupy czy organizacje, które są żywo zainteresowane działaniami i wynikami prowadzonego programu i/lub bezpośrednio lub pośrednio czerpią z niego korzyści. Realizatorzy powinni umieć rozpoznawać tego typu interesariuszy, oceniać ich związek z programem oraz decydować jak i na jakich etapach cyklu projektowego należy ich zaangażować z myślą o skutecznej realizacji programu. Standardy w niniejszym komponencie określają kluczowe aspekty wzajemnej komunikacji oraz udziału interesariuszy. Jednak, szczegółowy charakter oraz poziom ich zaangażowania będą zależeć od uwarunkowań programu.

Zaangażowanie interesariuszy takich jak grupa docelowa, społeczność czy media może stanowić trudność, gdyż może to wymagać wykorzystania dodatkowych zasobów. Rodzi to również ryzyko spowolnienia całego procesu. Realizatorzy mogą również spotykać się z początkową niechęcią ze strony interesariuszy do uczestniczenia lub wspierania programu (zob. komponent 2.1: *Ocena grupy docelowej i zasobów społeczności*). Standardy w niniejszym komponencie zachęcają realizatorów do uwzględniania na etapie projektowania programu wymagań dotyczących udziału interesariuszy. Poprzez angażowanie grupy docelowej w formułowanie programu, będzie on lepiej odpowiadał potrzebom uczestników, co w konsekwencji podniesie szanse na osiągnięcie zakładanych celów. Przekazywanie uczestnikom programu informacji zwrotnych dotyczących np. wyników ewaluacji jest również jednym z założeń etycznej profilaktyki (zob. D: *Etyczny wymiar profilaktyki uzależnień od narkotyków*). Wsparcie ze strony społeczności oraz mediów może zatem zapewnić długookresową trwałość programu (zob. A: *Trwałość i finansowanie*).

W wyniku konsultacji przeprowadzonych w toku tworzenia standardów okazało się, że realizatorzy działań profilaktycznych powinni ściślej ze sobą współpracować. Należy również zadbać o lepszą wymianę informacji (np. między badaczami i praktykami). Wzajemna komunikacja jest ważna w procesie koordynowania działań i zasobów, dzielenia się doświadczeniami oraz promowania modeli opartych na dowodach. Włączanie innych organizacji może stanowić problem, w związku z czym standardy proponują różne poziomy zaangażowania, począwszy od samej świadomości ich istnienia (np. w celu przekierowywania uczestników), a skończywszy na formalnej współpracy (np. wspólny budżet). Czasami łatwiej jest współpracować na poziomie personalnym (osobowym) niż instytucjonalnym. Realizatorzy powinni jednak dążyć do relacji formalnych – o ile to konieczne. Lokalne lub regionalne zespoły planowania działań profilaktycznych mogą udzielać informacji o odpowiednich interesariuszach na danym terenie i promować współpracę.

W realizacji działań z zakresu profilaktyki uzależnień od narkotyków częstym wymogiem jest zaangażowanie organizacji-beneficjentów działań, zlecniodawców i sponsorów. Należy więc pamiętać o tym, co podmioty te mogą wnieść do programu z uwagi na specyfikę swoich działań, jak również, jakie mogą odnieść korzyści z wzajemnej współpracy na każdym cyklu projektowym. Zlecniodawcy i sponsorzy muszą uwzględnić potrzebę elastyczności (np. oferty przetargowe muszą być weryfikowane po przeprowadzeniu oceny potrzeb, realizacja programu może odbiegać od początkowego planu tak by lepiej spełniała potrzeby jego uczestników). Niektóre parametry takie jak stopień swobody realizacji bez potrzeby formalnej akceptacji, powinny być przedmiotem negocjacji w ramach umowy o wykonanie usług lub przyznania dofinansowania. Systematyczna wzajemna komunikacja w trakcie realizacji programu sprawi, że program będzie odpowiedni dla uczestników, jak również podmiotów zlecających czy wspierających.

Podsumowując, wzajemna komunikacja między członkami personelu realizującego program jest istotna w celu wspólnego zrozumienia celów profilaktyki uzależnień oraz konkretnego programu. W zespołach interdyscyplinarnych różnice wynikające z obecności specjalistów reprezentujących różne środowiska mogą utrudniać koncentrację na zakładanych wynikach (np. wskutek różnic w identyfikacji problemu). Powstaje zatem potrzeba wspólnego języka i strategii komunikacyjnej (zob. komponent 51: *Zaplanowanie programu – Przedstawienie planu projektu*). W fazie realizacji, czasowe przekazywanie informacji zwrotnych pozwala na określenie i dokonanie odpowiednich poprawek w interwencji (zob. Etap 6: *Realizacja i monitoring*).

Więcej informacji na temat udziału interesariuszy znajduje się w publikacji pt. *Handbook Healthy Nightlife Toolbox* (Trimbos-instituut, 2010).

Standardy podstawowe:	
B.1 Uwzględniono wieloustługowy charakter profilaktyki uzależnień.	tj. uznaje się, że profilaktykę uzależnień tworzy wiele organizacji i struktur: istnieje wielu realizatorów, wiele osób kreuje politykę oraz realizowanych jest szereg działań o charakterze interdyscyplinarnym, itp.
B.2 Uwzględniono ewentualność, że różni interesariusze mogą różnie definiować problem.	Uwaga: może to również odnosić się do poszczególnych członków zespołu. Przykłady rozważań: jaki jest wspólny cel, do którego mogą dążyć wszyscy interesariusze? Interesariusze mogą dążyć do osiągnięcia wspólnego celu nawet jeśli mają ku temu różne powody i/lub decydują się na różne podejścia w tym zakresie.

Standardy podstawowe (cd.):

B.3 Zidentyfikowano właściwych interesariuszy na potrzeby programu.	Uwaga: interesariusze mogą być angażowani na różnych etapach projektu, na przykład w celu przeprowadzenia konsultacji w trakcie opracowywania programu lub współpracy podczas jego realizacji. Interesariuszami są również członkowie personelu, o czym mowa w części C: <i>Organizacja i rozwój personelu</i> oraz kompetencje 5.3: <i>Powołanie zespołu do realizacji programu</i> .
B.4 Zdefiniowano zasady udziału interesariuszy w celu skutecznej realizacji programu oraz podjęto odpowiednie działania.	Przykładowe kwestie do rozważenia: • które grupy zaangażować; w jakiej formie, na przykład do konsultacji, współpracy; • na jakim etapie projektu, np. do zbierania danych w trakcie oceny potrzeb, podczas planowania i rozwoju programu, w trakcie realizacji, itp., czy na każdym etapie. Przykłady dowodów: nawiązano kontakty z odpowiednimi osobami; rozpoczęto koordynację i współpracę; zasady w tym zakresie sformułowano na piśmie.
B.5 Grupa docelowa ma w programie status interesariusza.	Uwaga: grupa docelowa jest źródłem uczestników programu. Należy uwzględnić udział opiekunów uczestników (np. rodzice).
B.6 Organizacja współpracuje z innymi podmiotami i instytucjami.	Przykłady podmiotów i instytucji: lokalne podmioty, agencje rządowe, organizacje działające na rzecz edukacji zdrowotnej i promocji młodzieży, regionalne zespoły ds. przeciwdziałania narkomanii, placówki dla młodzieży, placówki służby zdrowia, szkoły, policja, stowarzyszenia sąsiedzkie i związki mieszkańców, organizacje pozarządowe. Przykłady dowodów: lista partnerstw i przykładów podjętej współpracy.
• Podjęto działania w celu zidentyfikowania odpowiednich podmiotów i instytucji na danym terenie.	Uwaga: być może tego typu informacje można łatwo uzyskać od lokalnych lub regionalnych zespołów planowania profilaktyki.
• Zespół posiada informacje o działalności innych organizacji i wykorzystuje je w celu kierowania tam uczestników, o ile to konieczne.	Przykłady dowodów: personel wie o podobnej ofercie na lokalnym terenie; członkowie personelu mają dostęp do spisanych procedur przekierowywania uczestników programu.

Standardy podstawowe (cd.):	
Zespół utrzymuje kontakty z innymi organizacjami.	tj. dzieli się wiedzą fachową i uzyskuje informacje od innych.
Zespół koordynuje działania z innymi interesariuszami na danym terenie.	Cel: upewnienie się, że program nie dubluje niepotrzebnie istniejących działań, chyba że program oferuje wiele zróżnicowanych działań.
Zespół współpracuje z innymi organizacjami.	Cel: wsparcie lub uzupełnienie działań. Przykłady: wspólne działania, wspólny budżet, wspólne wykorzystanie posiadanych zasobów. Przykłady dowodów: zespół zaprasza inne organizacje na spotkania dotyczące programu; zespół zaprasza inne organizacje do udziału w programie.
B.7 Działają mechanizmy dotyczące wzajemnej komunikacji i wymiany informacji w ramach zespołu.	tj. wewnętrzna koordynacja pomiędzy wszystkimi poziomami struktury personelu. Cel: ocena postępów prac i jakości programu, na przykład poprzez omówienie wyników działań monitorujących. Przykłady mechanizmów dotyczących wzajemnej komunikacji: spotkania, narzędzia służące powiadamianiu, dyskusje.

Dodatkowe standardy podstawowe, jeśli program realizowany jest dla organizacji-beneficjenta działań:	
B.8 Organizacja-beneficjent działań ma status interesariusza w programie.	Przykłady organizacji-beneficjentów działań: szkoły, domy kultury.
B.9 Oceniono potrzeby organizacji-beneficjenta działań w celu ustalenia czy program jest odpowiedni.	
B.10 Informacje na temat programu są zrozumiałe i umożliwiają organizacji-beneficjentowi działań podjęcie świadomej decyzji.	Patrz również komponent 5.6: <i>Opis programu</i> .

Standardy specjalistyczne:	
B.11 Należy rozważyć udział następujących interesariuszy:	
członkowie społeczności;	Standard podstawowy, jeśli program wymaga udziału społeczności. Przykłady właściwych członków społeczności: ‘liderzy’ społeczności, właściciele sklepów, mieszkańcy.
przedstawiciele innych organizacji;	Przykłady innych organizacji: realizatorzy działań profilaktycznych, pomoc społeczna, wymiar sprawiedliwości, pracownicy sektora zdrowia publicznego, personel izby przyjęć lokalnego szpitala, pedagodzy.
podmiot finansujący;	Standard podstawowy, jeśli program finansowany jest z zewnątrz.
(lokalne) media;	
inni interesariusze.	Przykłady innych interesariuszy: rząd, badacze akademicy.
B.12 Uwzględniono uwarunkowania w zakresie pracy interesariuszy.	Przykładowe uwarunkowania: obligatoryjne procedury.
B.13 Na wszystkich etapach rozwoju programu udział biorą – jako partnerzy – przedstawiciele grupy docelowej.	
B.14 Zaangażowano społeczność związaną z grupą docelową:	
Program promuje otwartą komunikację i dialog ze społeczeństwem.	
O ile jest to zasadne , do udziału w programie można zaprosić lokalną społeczność.	
Nawiązano kontakty z odpowiednimi członkami społeczności.	Przykład odpowiednich członków społeczności: ‘liderzy’ społeczności.
B.15 Zawarto (na piśmie) umowę na realizację programu pomiędzy organizacją prowadzącą program a organizacją-beneficjentem działań.	

Standardy specjalistyczne (cd.):	
B.16 Uzyskano konieczne wsparcie i zgody na współpracę od innych organizacji i podmiotów.	Standard podstawowy, jeśli takie wymagania zrealizują cele skutecznej interwencji. Przykłady osób współpracujących: dyrektor szkoły, nauczyciele, personel administracyjny. Przykłady dowodów: otrzymano oficjalne pismo zawierające zgodę na udział w programie i współpracę.
B.17 Organizacja funkcjonuje w sieciach współpracy lub jest członkiem podmiotów koordynujących, bądź sama stanowi sieć.	Przykłady podmiotów koordynujących: lokalne lub regionalne zespoły ds. koordynacji działań z zakresu przeciwdziałania narkomanii, grupy eksperckie.
B.18 O ile to zasadne, w program zaangażowane są (lokalne) media.	
Media proszone są o promocję programu wśród grupy docelowej lub o udzielenie wsparcia dla realizacji celów programowych.	Przykłady zaangażowania mediów: media nagłaśniają program, promują wartości w zakresie profilaktyki uzależnień.
Media proszone są o promocję programu wśród potencjalnych sponsorów lub darczyńców.	Przykład zaangażowania mediów: media donoszą o skutecznej realizacji programu.
O ile to zasadne, media proszone są o pomoc w zmianie negatywnej postawy wobec grupy docelowej.	Przykład zaangażowania mediów: media unikają szufladkowania grupy docelowej. Dodatkowe źródła: zob. sekcja nt. udziału mediów w <i>Dodatkowym instruktażu</i>.
B.19 Przestrzegane są zobowiązania wobec podmiotu finansującego.	Standard podstawowy, jeśli program finansowany jest z zewnątrz.
B.20 Działają mechanizmy dotyczące wzajemnej komunikacji i wymiany informacji:	
między różnymi instytucjami zaangażowanymi w program;	Standard podstawowy, jeśli w realizację programu zaangażowanych jest kilka instytucji.
między członkami personelu i uczestnikami.	

Standardy specjalistyczne (cd.):

B.21 Aktualne informacje na temat realizacji programu przekazywane są:	
do wszystkich osób zaangażowanych lub zainteresowanych programem;	tj. kluczowi interesariusze, w tym członkowie zespołu oraz kierownictwo organizacji. Uwaga: umowa o finansowanie może zawierać precyzyjne wymagania dotyczące przekazywania aktualnych informacji (np. w zakresie częstotliwości i formatu).
regularnie;	
w sposób przystępny i właściwy dla użytkowników.	

C: Organizacja i rozwój personelu

Członkowie personelu są kluczowym zasobem programów profilaktyki uzależnień od narkotyków. Jednak muszą w tym celu być wyposażeni w odpowiednią wiedzę, umiejętności oraz zachowania. Kompetencje personelu można podzielić na cztery główne kategorie: kompetencje podstawowe (np. wiedza na temat skutecznych modeli profilaktyki uzależnień), kompetencje szczegółowe (np. wiedza i umiejętności ściśle związane z daną interwencją), kompetencje ogólne (np. uniwersalne umiejętności społeczne, zarządzanie projektem), meta-kompetencje, które umożliwiają personelowi zaspokajanie indywidualnych potrzeb uczestników (np. wrażliwość kulturowa) (na podstawie Pilling i wsp., 2010). Standardy zachęcają profesjonalistów do rozważenia różnych wymagań oraz szans w zakresie rozwoju personelu w trakcie cyklu projektowego.

Zdarza się, że od członków personelu wymaga się określonego poziomu wykształcenia i kwalifikacji już na etapie przyjmowania do organizacji, w związku z czym szkolenia personelu nie zawsze się odbywają. Obowiązkiem realizatorów jest zapewnienie takiego personelu, który spełniałby wymagania programu, jak również redukcję ryzyka (nieumyślnego) prowadzenia przez personel nieskutecznych bądź szkodliwych interwencji. Realizatorzy powinni określić, jakie kompetencje niezbędne są do skutecznej realizacji programu oraz prowadzić analizę potrzeb szkoleniowych wspólnie z członkami personelu (w tym z wolontariuszami). Analiza może wykazać, że personel posiada już wymagane umiejętności, jednak w przypadku rozpoznania pewnych braków, należy przeprowadzić odpowiednie szkolenie. Standardy wskazują na zakres tematyczny szkolenia, jak również kompetencje, jakie powinien posiadać personel.

Podczas gdy szkolenie personelu jest niezbędne dla realizacji programu na wysokim poziomie jakości, standardy uwzględniają również potrzebę dalszego rozwoju personelu. Wkład w rozwój personelu, który wychodzi poza bezpośrednie potrzeby programu, jest dobrym sposobem wynagradzania i utrzymywania personelu, jak również sprawia, że ich wiedza i umiejętności odpowiadają najnowszemu trendom z zakresu profilaktyki uzależnień. Nowe zalecenia publikowane przez rząd lub inne instytucje mogą również stanowić warunek dodatkowego szkolenia personelu. Systematyczny rozwój zawodowy oraz ocena wyników pracy mogą być okazją do omawiania przez personel planów oraz potrzeb zawodowo-rozwojowych.

Szkolenie i rozwój personelu mogą być odbywać się w trakcie pracy (np. przez bardziej doświadczonych członków zespołu), poprzez organizację szkoleń wewnętrznych lub poprzez zachęcanie i wspieranie członków personelu w zakresie korzystania z szans szkoleniowych na zewnątrz (np. imprezy

szkoleniowe o zasięgu ogólnokrajowym, konferencje, szkolnictwo wyższe). Niektóre organizacje niechętnie patrzą na udział personelu w szkoleniach zewnętrznych, zwłaszcza, jeśli udział w nich nie jest konieczny z perspektywy realizowanego programu profilaktycznego. Szkolenia zewnętrzne mogą być szczególnie użyteczne w zakresie wymiany doświadczeń na temat dobrych praktyk oraz nawiązywania kontaktów z innymi organizacjami (zob. B: *Wzajemna komunikacja i udział interesariuszy*). Często barierą w organizowaniu szkoleń personelu i jego rozwoju jest brak środków na taki cel. Zleceńodawcy i sponsorzy powinni pamiętać o korzyściach z dalszego rozwoju personelu oraz zapewniać odpowiednie fundusze na realizację zadań w tym zakresie. Optymalnym rozwiązaniem jest tu organizacja lub wsparcie dla regionalnych lub ogólnokrajowych imprez szkoleniowych lub branżowych.

Trzecim filarem niniejszego komponentu jest zawodowe i emocjonalne wsparcie dla członków personelu w trakcie realizacji programu (szczególnie w przypadku osób bezpośrednio zaangażowanych w pracę z grupą docelową). Takie działania sprzyjają dokonywaniu przez personel analizy doświadczeń związanych z realizacją programu oraz wzmacniają rozwój kompetencji zawodowych. Realizatorzy powinni na bieżąco identyfikować i zaspakajać potrzeby zespołu oraz programu (np. w przypadku zgłaszania problemów przez personel w trakcie realizacji programu) (zob. komponent 6.3: *Monitoring w fazie realizacji*). Poziom wsparcia jakie otrzymują członkowie personelu często zależy od stylu pracy przełożonych oraz poziomu osobistego zaangażowania.

O ile to możliwe należy wspólnie z członkami personelu ustalić, odpowiedni dla nich, poziom wsparcia (np. czy zespół preferuje sesje indywidualne czy grupowe).

Więcej informacji na temat rekrutacji, szkolenia i wspierania personelu znajduje się w części Dodatkowy instruktaż.

Uwaga: Komponent 5.3 zawiera standardy na temat rekrutacji członków personelu.

Standardy podstawowe:

C.1 Określono zakres kompetencji wymaganych do skutecznej realizacji programu.

C.2 Należy uwzględnić następujące kompetencje:

- kompetencje podstawowe w zakresie realizacji interwencji,

tj. ogólna wiedza i umiejętności w zakresie skutecznej profilaktyki uzależnień od narkotyków.

Przykłady kompetencji: wiedza teoretyczna i praktyczna na temat używania narkotyków oraz skutecznych metod reagowania na to zjawisko (np. wiedza na temat: narkotyków i skutków ich działania, zachowań prowadzących do używania narkotyków, czynników ryzyka i czynników chroniących, kwestii wokół używania alkoholu i narkotyków, edukacji opartej na dowodach w zakresie narkotyków, dokumentacji z badań oraz ewaluacji przeprowadzonych działań profilaktycznych, leczenia, opieki i wsparcia, lokalnej sytuacji i usług związanych z narkotykami, krajowej strategii antynarkotkowej oraz działań praktycznych w tym zakresie, redukcji negatywnych skutków interwencji), stanowienie wzorca zachowań (np. realizatorzy działań profilaktycznych nie biorą narkotyków), korzystanie z własnych doświadczeń i postaw wobec używania narkotyków, otwartość na poglądy uczestników programu.

- kompetencje szczegółowe w zakresie realizacji interwencji,

tj. konkretna wiedza i umiejętności związane z realizacją danej interwencji.

Przykłady kompetencji: wiedza w zakresie celów programu, identyfikacja z celami programu, słusznością programu i zasadniczymi wartościami programu, wiedza na temat planu projektu, realizacji i zakresu merytorycznego interwencji, modelu teoretycznego, korzyści dla uczestników, właściwych interesariuszy, alternatywnych placówek dla uczestników oraz wiedza na temat grupy docelowej (np. postawy i doświadczenia grupy docelowej w zakresie używania narkotyków).

- kompetencje uniwersalne,

Przykłady kompetencji: wiedza na temat ukierunkowanych na uczestnika metod interaktywnych i 'holistycznych', interakcja z uczestnikami, nieocenianie uczestników, umiejętności przywódcze, umiejętność dzielenia się przywództwem, łatwość nawiązywania kontaktów społecznych, umiejętności komunikacyjne, podejmowania decyzji, rozwiązywania problemów, konfliktów oraz twórczego myślenia; zarządzanie projektem (np. zadania administracyjne, planowanie długo- i krótkoterminowe), umiejętności metodologiczne (np. wiedza na temat monitoringu i ewaluacji, rola wiernej realizacji programu, odpowiedzialność za jakość realizacji), pewność siebie, motywacja, zaangażowanie w program.

Standardy podstawowe (cd.):

- meta-kompetencje,

tj. kompetencje, które umożliwiają personelowi reakcję na indywidualne potrzeby uczestników.

Przykłady: wrażliwość kulturowa np. dostrzeganie różnic kulturowych, szacunek dla potrzeb uwarunkowanych kulturowo, świadomość różnych typów 'kultur' (np. kultura biedy, wykluczenia, używania narkotyków), uznawanie wielorakich tożsamości (np. odnoszący sukcesy użytkownik narkotyków), uznawanie, że odmienność kulturowa zwiększa ogólny potencjał; etyczne podejście np. świadomość praw uczestników programu; zaspokajanie potrzeb; umiejętność radzenia sobie w delikatnych sytuacjach, empatia.

C.3 Wśród personelu zaangażowanego bezpośrednio w pracę z grupą docelową przeprowadzono analizę potrzeb szkoleniowych.

tj. w celu określenia potrzeb szkoleniowych oceniono poziom wyszkolenia personelu.

Uwaga: zamiast robić to na potrzeby każdej interwencji lepiej robić to regularnie.

C.4 Personel przechodzi szkolenie przed realizacją programu na podstawie przeprowadzonej analizy potrzeb szkoleniowych.

Uwaga: analiza potrzeb szkoleniowych może wskazywać na brak potrzeby jego realizacji w efekcie czego staje się ono zbędne.

C.5 Szkolenie jest na wysokim poziomie i obejmuje następujące kwestie:

- Szkolenie odpowiada potrzebom personelu.

Przykłady: wrażliwe kulturowo, realizowane w oparciu o potrzeby i preferencje członków personelu.

- Szkolenie wykorzystuje metody aktywizujące uczestników.

tj. należy unikać formuły wykładów.

- Szkoleniowcy posiadają odpowiednie kwalifikacje.

Uwaga: w przypadku braku odpowiednich kwalifikacji, szkoleniowcy powinni posiadać odpowiednie doświadczenie.

- Członkowie personelu mają pełną świadomość celów szkolenia.

C.6 Wyniki szkolenia poddane są ocenie.

Cel: zbadanie czy potrzeby szkoleniowe personelu zostały zaspokojone i, czy konieczne jest dodatkowe szkolenie.

C.7 Przed realizacją programu należy upewnić się, że kompetencje personelu odpowiadają kompetencjom potrzebnym do jego realizacji.

tj. są zgodne z różnymi kompetencjami o których mowa powyżej.

C.8 Personel programu otrzymuje wsparcie w trakcie realizacji.

Standardy podstawowe (cd.):

C.9 Wsparcie personelu podczas realizacji programu:	
• jest udzielane w odpowiedni i profesjonalny sposób;	
• ma charakter stały, opiera się na potrzebach personelu i zależy od stopnia zaangażowania w realizację programu;	
• jest w równym stopniu dostępne dla wszystkich członków personelu i wolontariuszy.	tj. obejmuje wolontariuszy, personel zatrudniony w niepełnym wymiarze, itp.

Dodatkowe standardy podstawowe, jeśli istnieje plan rozwoju personelu:

C.10 Plan rozwoju personelu:	
• jest zgodny z przepisami dotyczącymi wykonywania zawodu oraz zaleceniami w zakresie dalszego szkolenia;	
• zapewnia członkom personelu możliwość regularnego omawiania z przełożonym sytuacją zawodową oraz szans doskonalenia zawodowego;	Cel: określenie celów rozwojowych, identyfikacja potrzeb szkoleniowych. Przykład dowodów: okresowe oceny pracownika.
• zapewnia równy dostęp do dalszych szkoleń;	
• jest poddawany okresowym przeglądom.	

Standardy specjalistyczne:

C.11 Uwzględniono potrzeby szkoleniowe osób, które nie mają bezpośredniego kontaktu z grupą docelową natomiast mają wpływ na realizację programu.	Przykłady personelu: personel administracyjny, kierownictwo, zleceniodawcy. Przykład dowodów: osoby te proszone są o udział w sesji wprowadzającej do programu.
C.12 Istnieje gotowa procedura szkolenia personelu.	
C.13 Szkolenie posiada ogólnokrajową akredytację.	
C.14 Szkolenie poddane jest ewaluacji.	Przykładowe kwestie do rozważenia: liczba uczestników, zadowolenie uczestników, postępy w nauce.

Standardy podstawowe (cd.):	
C.15 Istnieje i jest realizowany plan rozwoju personelu.	
C.16 Plan:	
określa cele i ścieżki rozwoju zawodowego personelu;	
zachęca lub obliuguje personel do podejmowania dalszego szkolenia i edukacji;	Przykłady dalszego szkolenia: modele uzależnienia od narkotyków, najnowsze rozwiązania w dziedzinie profilaktyki uzależnień od narkotyków.
postrzegany jest jako środek nagradzania i utrzymywania personelu.	tj. jako szansa podnoszenia kwalifikacji oraz sposób doceniania personelu.
C.17 Zapewnione jest odpowiednie finansowanie szkolenia personelu i dalszego rozwoju.	
C.18 Personel otrzymuje wsparcie w trakcie realizacji. Wsparcie:	
obejmuje wsparcie emocjonalne;	Przykład wsparcia emocjonalnego: możliwość porozmawiania o własnych (stresujących) doświadczeniach (ang. „debriefing”).
obejmuje zewnętrzną superwizję;	Przykłady treści: weryfikacja wiedzy personelu, postaw, funkcjonowania zespołu.
obejmuje strukturalne wsparcie kolegów;	Przykład metody: jeden członek personelu przedstawia problem natomiast pozostali pomagają go rozwiązać w ramach dyskusji.
obejmuje wsparcie w miejscu pracy.	Przykład: pomoc ze strony bardziej doświadczonych członków personelu (ang. peer mentoring).

D: Etyczny wymiar profilaktyki uzależnień od narkotyków

O ile dość często dyskusjom poddawane są kwestie etyczne leczenia uzależnienia od narkotyków, redukcji szkód i badań, o tyle etyka profilaktyki uzależnień poruszana jest rzadziej. Działania z zakresu profilaktyki uzależnień od narkotyków mogą nie wymagać interwencji fizycznych czy klinicznych, niemniej stanowią formę ingerencji w ludzkie życie. Wszystkim programom z zakresu profilaktyki uzależnień towarzyszą opinie na temat tego co jest pozytywne lub negatywne dla ich uczestników (wyrażone jest to m.in. w celach programu). Interwencje z zakresu profilaktyki uzależnień od narkotyków mogą być następstwem poglądów społecznych na dane zachowanie, co wcale nie musi znajdować odzwierciedlenia w grupie docelowej. Ponadto, profilaktyka na ogół dotyczy ludzi młodych i w przypadku profilaktyki selektywnej to oni mogą być najbardziej zagrożoną grupą w całym społeczeństwie.

Kwestie etyczne pojawiają się na wielu poziomach, począwszy od samego uzasadnienia działań profilaktycznych. Profesjonaliści nie powinni zakładać, że programy profilaktyczne są z definicji etyczne i mają korzystny wpływ na uczestników. Zasady etycznej profilaktyki uzależnień sformułowane w niniejszych standardach dotyczą:

- spełniania wymogów prawnych;
- poszanowania praw i autonomii uczestników (np. zgodnie z międzynarodowymi konwencjami na temat praw człowieka i praw dziecka – patrz Dodatkowy instruktaż);
- zapewniania uczestnikom namacalnych korzyści (tj. program jest zasadny i użyteczny dla uczestników) (zob. komponent 1.3: *Określenie potrzeby – Uzasadnienie interwencji*);
- niepowodowania szkód wobec uczestników programu (np. skutki jatrogenne, choroby, urazy fizyczne, psychiczne, wykluczenie);
- przekazywania obiektywnej, rzetelnej i kompleksowej wiedzy (zob. komponent 5.4: *Rekrutacja i utrzymanie uczestników* i 5.6: *Opis programu*);
- uzyskiwania zgody uczestników na udział w programie;
- zapewniania dobrowolnego udziału w programie;
- ochrony danych uczestników;
- dopasowywania interwencji do potrzeb uczestników (zob. komponent 4.3: *Dopasowanie interwencji do grupy docelowej* i 6.4: *Modyfikacja w fazie realizacji*);
- partnerskiego traktowania uczestników w fazie rozwoju, realizacji i ewaluacji programu (zob. B: *Wzajemna komunikacja i udział interesariuszy*);
- przestrzegania przepisów BHP w odniesieniu do uczestników i członków personelu.

Z uwagi na profil programu, stosowanie się do wszystkich zasad etycznej profilaktyki uzależnień nie zawsze będzie możliwe. Uzyskanie świadomej zgody i dobrowolny udział w programie może być trudne w przypadku programów profilaktyki uniwersalnej lub w interwencjach ukierunkowanych na zwalczanie przestępczości, gdzie uczestnicy mogą być zobowiązani prawnym nakazem do udziału w tego typu programach. Jeśli chodzi o zasadę niewyrządzania szkody, warto zauważyć, że modele profilaktyki selektywnej mogą piętnować uczestników (EMCDA, 2009, str. 49). Zasady mogą również wzajemnie się wykluczać. Przykładowo, uczestnicy mogą chcieć podejmować zachowania ryzykowne (np. używanie narkotyków) lub, jako partnerzy w rozwoju programu, mogą wnioskować o działania, które zostały uznane za potencjalnie szkodliwe (np. rozmowa z byłym lub aktywnym użytkownikiem narkotyków). Ocena etyczna programu przed jego realizacją może być również trudna (np. prognoza korzyści i szkód). Na koniec należy podkreślić, że wszystkie zasady do pewnego stopnia podlegają interpretacji (np. co jest korzyścią?). Standardy stanowią zachętę dla realizatorów do formułowania i analizowania wartości i zasad leżących u podstaw programu.

Podejście etyczne musi być widoczne na każdym etapie cyklu projektowego. Realizatorzy muszą rozważyć co jest możliwe w programie (np. jeśli nie jest możliwa zgoda na piśmie, warto sprawdzić czy możliwe jest uzyskanie zgody) oraz zwracać szczególną uwagę na wszelkie kwestie ściśle związane z danym programem. Powinni również uwzględniać fakt, że rozmaici interesariusze (np. członkowie personelu, uczestnicy, społeczeństwo, rząd) mogą różnie postrzegać etyczność działań. Niemniej w centrum uwagi powinni zawsze znajdować się uczestnicy programu.

Standardy podstawowe:

D.1 Wiedza na temat ogólnych przepisów prawa i strategii w zakresie realizacji programu.

tj. personel i uczestnicy mają świadomość ogólnie wiążących przepisów, własnej odpowiedzialności prawnej oraz wewnętrznych przepisów i procedur.

Uwaga: Zasadność odpowiednich strategii i przepisów prawa zależy od konkretnego programu; więcej rozważań w komponencie 1.1: *Przegląd antynarkotykowych strategii i ustawodawstwa*.

Przykłady strategii i przepisów prawa: polityka równych szans, polityka w zakresie ochrony danych osobowych, polityka ochrony praw dziecka, przepisy BHP, przepisy dotyczące ochrony środowiska i zarządzania odpadami.

D.2 Opracowano kodeks etyczny.

Standardy podstawowe (cd.):	
D.3 Chronione są prawa uczestników:	
Program szanuje i promuje prawa człowieka oraz prawa podstawowe uczestników oraz członków ich sieci towarzyskiej.	Przykłady praw: prawo do informacji na swój temat, prawo do równego traktowania i niedyskryminowania. Przykład członków sieci towarzyskiej: znajomi, krewni.
Określono potencjalne sytuacje, w których może dojść do złamania praw uczestników oraz sposoby reagowania.	
Opracowano zasady ochrony praw uczestników.	Cel: na przykład w zakresie przeciwdziałania nadużyciom władzy w relacjach organizacja/personel – uczestnik. Uwaga: może to być część szerszej strategii (np. szkolnej strategii antynarkotykowej) lub stanowić szczegółowe rozwiązanie w konkretnej interwencji.
D.4 Do obowiązków personelu należą:	
przestrzeganie kodeksu etycznego dla personelu;	
stosowanie się do zaleceń w zakresie postępowania zawodowego lub etycznego.	Uwaga: w szczególności gdy wniesiono lub udowodniono skargi lub przypadki dyskryminacji, lub nadużyć.
D.5 Przypadki łamania praw uczestników oraz podjęte działania są dokumentowane w aktach personalnych.	
D.6 Program generuje oczywiste korzyści dla uczestników.	
tj. nie odnosi się do i nie promuje wyłącznie działań służących realizatorowi lub zlecniodawcy. Uwaga: korzyści z programu mogą odnosić się do poszczególnych członków grupy docelowej lub grupy docelowej jako społeczności (w zależności od potrzeb). Korzyści nie muszą bezpośrednio wiązać się z zagrożeniem używaniem narkotyków, ale mogą dotyczyć ogólnego dobrostanu w zakresie ochrony zdrowia.	

Standardy podstawowe (cd.):

D.7 Potencjalne szkody i zagrożenia dla uczestników wynikające z programu dla grupy docelowej i potencjalnych uczestników programu zostały określone i uwzględnione.	
	Uwaga: charakter i ryzyko wystąpienia zagrożeń i szkód winne zostać przewidziane. Powinny również zostać podjęte działania w kierunku ich redukcji i kontroli. Jeśli potencjalne zagrożenia i szkody są zbyt poważne należy zaniechać interwencji lub poddać ją odpowiednim modyfikacjom. Przykłady zagrożeń: skutki jatrogenne, skutki utraconych korzyści, choroba lub uraz fizyczny, wykluczenie, stygmatyzacja, ograniczenie czasu wolnego. Przykłady sytuacji do rozważenia: zajęcia poza terenem programu, przemoc wśród uczestników.
D.8 U podstaw programu leżą jasne wartości i zasady.	tj. wartości i zasady są jasne dla wszystkich interesariuszy, w szczególności dla uczestników. Przykład dowodów: poglądy realizatora na używanie narkotyków oraz prawa użytkowników narkotyków są zawarte w opisie projektu.
D.9 Zasady uczestnictwa w programie są jasno przedstawione uczestnikom.	
D.10 Dane uczestników są chronione.	
Istnieją jasne procedury dotyczące ochrony danych uczestników.	Uwaga: może to być część szerszej strategii (np. szkolnej polityki w zakresie przeciwdziałania narkomanii) lub działanie specyficzne dla danej interwencji.
Dane uczestników są chronione podczas ich zbierania i przetwarzania.	
D.11 Program charakteryzuje się wrażliwością kulturową.	tj. uwzględnia wartości uczestników i szanuje ich poglądy na interwencję i personel. Przykładowe kwestie do rozważenia: rola liderów społeczności i osób odpowiedzialnych za selekcję informacji (ang. gatekeepers), kulturowe aspekty interakcji personel-uczestnik (np. jaka płeć, wiek, pochodzenie etniczne są do przyjęcia przez grupę docelową).

Standardy podstawowe (cd.):	
D.12 Uczestnicy i personel mają zapewnione bezpieczeństwo:	Przykład dowodów: miejsce realizacji jest bezpieczne w opinii personelu i uczestników.
Określono zasady minimum w zakresie bezpieczeństwa.	tj. uwzględnione i przestrzegane są przepisy BHP. Przykłady: w celu niedopuszczenia do rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych panują odpowiednie warunki higieniczno-sanitarne; przestrzegane są przepisy w zakresie higieny żywności w przypadku gdy uczestnicy chcą gotować własne posiłki lub przynosić ze sobą jedzenie.
Na piśmie sformułowano działania i wewnętrzne zasady dotyczące bezpieczeństwa personelu. Są one znane i przestrzegane.	Przykładowe kwestie do rozważenia: odpowiednie warunki pracy, ubezpieczenie OC dla wolontariuszy.
Zdefiniowano na piśmie wypadki, sytuacje awaryjne i zdarzenia nadzwyczajne, a także procedury reagowania. Personel ma świadomość istnienia tych zapisów.	Przykład dowodów: odpowiednie definicje i zapisy znajdują się w regulaminie organizacyjnym i podręcznikach instruktażowych.
D.13 Uczestnicy zgłaszający potrzeby związane z używaniem narkotyków, które nie mogą być zaspokojone w ramach programu, kierowani są do specjalistycznych placówek.	
D.14 Uczestnicy zgłaszający dodatkowe potrzeby związane z używaniem narkotyków czują się wystarczająco bezpiecznie i komfortowo, by móc zgłosić się po pomoc.	

Standardy specjalistyczne:	
D.15 Na terenie placówki realizującej program istnieje zakaz posiadania i używania alkoholu, tytoniu i narkotyków.	Standard podstawowy o ile wymaga tego prawo. Uwaga: spełnienie tego standardu może w pewnych warunkach okazać się niemożliwe, na przykład w przypadku gdy interwencja realizowana jest poza terenem programu, np. w klubie nocnym.
D.16 Program spełnia standardy i procedury krajowe oraz międzynarodowe.	Standard podstawowy, jeśli wymaga tego obowiązujące prawo lub strategia. Przykład standardów: krajowe standardy pracy w profilaktyce uzależnień od narkotyków, jeśli istnieją.
D.17 Kodeks praw uczestników programu jest jasny i znajduje się w widocznym miejscu.	
D.18 Istnieją procedury dotyczące rozpatrywania skarg.	Przykładowe treści: uczestnicy mogą uzyskać informacje na temat wyników rozpatrzenia własnych skarg. Przykłady dowodów: uczestnicy i personel znają procedurę dotyczącą składania skarg; procedura składania skarg istnieje na piśmie.
D.19 Program ułatwia kontakty z rodziną i społecznością.	
D.20 Uczestnicy otrzymują szczegółowy opis programu.	Przykładowe treści: okres trwania, forma, treść programu, oczekiwane rezultaty, korzyści i zagrożenia, zasady i obowiązki, oczekiwania wobec zachowania uczestników. Patrz również komponent 5.6: <i>Opis programu</i>.
D.21 Zdefiniowano zasady dostępu uczestników do dokumentacji programu.	
D.22 Na początku każdej sesji uczestnicy poznają zakładane cele główne i szczegółowe.	Uwaga: można je określić wspólnie z uczestnikami.

Standardy specjalistyczne (cd.):	
D.23 Określone są role, zadania, prawa i obowiązki zarówno uczestników, jak i personelu.	Przykład dowodów: każda sesja lub grupa odbywa się w oparciu o podstawowe zasady.
D.24 Personel negocjuje z uczestnikami kontrakt udziału w programie (ang. learning contract).	Uwaga: kontrakt może mieć formę ustną lub pisemną. Przykładowe treści: oczekiwania uczestników wobec programu.
D.25 Regulamin programu jest sprawiedliwy.	Przykład: regulamin dotyczy uczestników programu jak i członków personelu.
D.26 Udział w programie jest konsekwencją świadomej decyzji.	Standard podstawowy, jeśli jest to wykonalne w ramach interwencji.
D.27 Udział w programie ma dobrowolny charakter.	tj. uczestnicy mogą swobodnie opuścić program, jeśli podejmą taką decyzję. Standard podstawowy, jeśli udział w programie nie jest podyktowany wymogiem prawnym. Uwaga: w pewnych okolicznościach ten standard może nie mieć zastosowania, na przykład w interwencjach dyktowanych przez wymiar sprawiedliwości lub w przypadku profilaktyki uniwersalnej realizowanej w szkole.
D.28 Wśród społeczności lub uczestników panuje zgoda co do sposobu, w jaki ich kultura jest określona w programie.	Przykładowe kwestie do rozważenia: wykorzystanie symboli kulturowych lub wiedzy społeczności. Przykład dowodów: program został opracowany we współpracy z przedstawicielami społeczności lub grupy docelowej.
D.29 Struktura programu i procesy odpowiadają wartościom demokratycznym.	Przykłady dowodów: uczestnicy mogą przekazywać informacje zwrotne na temat programu oraz jego realizacji .

Standardy specjalistyczne (cd.):

D.30 Personel jest obecny podczas działań instytucji zewnętrznej.

Uwaga: standard ten może nie mieć zastosowania w przypadku ryzyka złamania zasad poufności danych uczestników lub niezgodności z celami programu.

Przykład zaangażowania instytucji zewnętrznej: udział wykładowców z zewnątrz (np. policjant wygłaszający pogadankę dla klasy szkolnej).

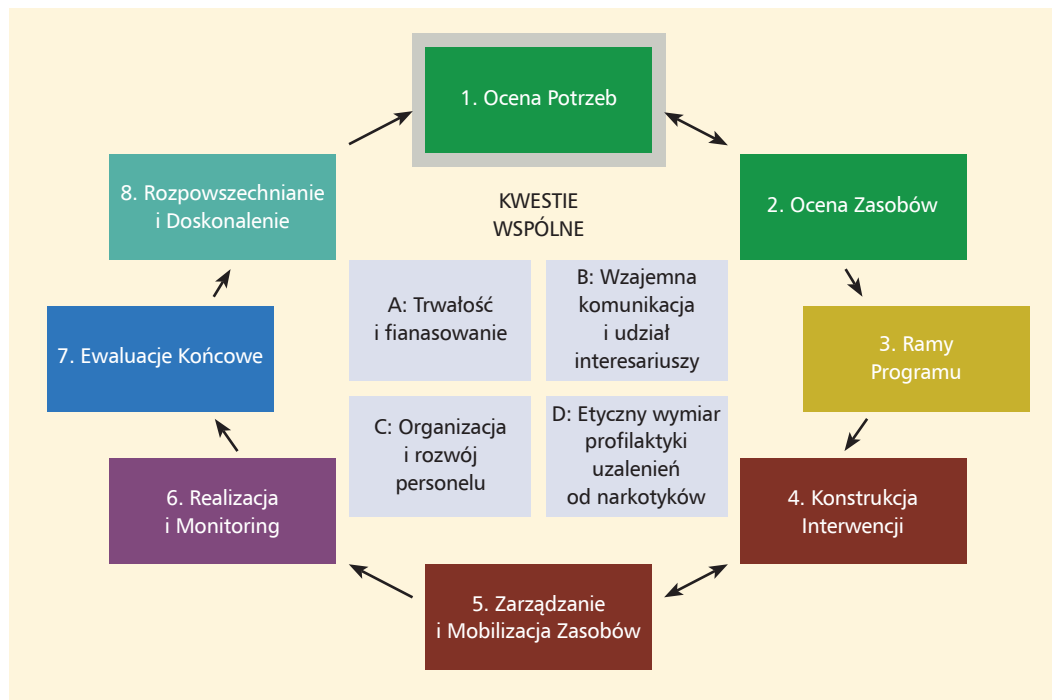
D.31 Opracowano działania w zakresie reagowania na incydenty związane z narkotykami podczas realizacji programu. W szczególności:

- Monitorowane są zachowania problemowe, w tym używanie narkotyków, na terenie lub w pobliżu miejsca realizacji programu.
- Wdrożono procedury w zakresie złamania prawa, skarg i działań dyscyplinarnych.
- Zarządzanie incydentami związanymi z narkotykami jest zgodne z ogólnymi celami programu.
- Wdrożono system wsparcia dla uczestników zgłaszających potrzeby związane z narkotykami.
- Procedury oceny i ścieżki skierowań są czytelne.

ETAP 1

Etap 1

Ocena potrzeb



Przed szczegółowym zaplanowaniem interwencji należy poznać specyfikę oraz zakres potrzeb związanych z narkotykami oraz prawdopodobne przyczyny wraz z czynnikami sprzyjającymi. Tego typu działania uzasadnią interwencję, która z kolei zaspokoi właściwe potrzeby i będzie skierowana do odpowiedniej grupy docelowej/grup docelowych. Należy rozróżnić cztery kategorie potrzeb: potrzeby w zakresie polityki; (ogólne) potrzeby społeczności; potrzeby wskutek luk w realizacji działań profilaktycznych oraz (specyficzne) potrzeby grupy docelowej.

1.1 Przegląd antynarkotykowych strategii i ustawodawstwa: Działania profilaktyczne powinny być dyktowane przez odpowiednie strategie i regulacje prawne. Zespół musi mieć wiedzę i pracować w oparciu o te rozwiązania na szczeblu lokalnym, regionalnym, krajowym i/lub międzynarodowym.

Inne dokumenty typu standardy czy zalecenia, w zależności od potrzeb, również powinny być uwzględniane.

1.2 Ocena używania narkotyków i potrzeb społeczności: Drugim komponentem tego etapu jest potrzeba oceny zjawiska narkomanii w populacji ogólnej lub konkretnych subpopulacjach. Ocena może bazować na metodach ilościowych i/lub jakościowych. Powinna również wykorzystywać dostępne rzetelne dane w tym zakresie. Inne kwestie typu deprywacja czy nierówne szanse powinny być również poddawane ocenie pod kątem związku między używaniem narkotyków i innymi potrzebami.

1.3 Określenie potrzeby – uzasadnienie interwencji: Wyniki oceny potrzeb wśród społeczności są dokumentowane i umieszczane w kontekście, w celu uzasadnienia potrzeby interwencji.

Analizowane są funkcjonujące programy profilaktyki uzależnień od narkotyków w celu uzyskania wiedzy, w jaki sposób przygotowywany program może uzupełnić dostępną ofertę programową.

1.4 Rozpoznanie grupy docelowej: Kolejna faza oceny potrzeb obejmuje zebranie szczegółowych danych na temat grupy docelowej, jak np. czynniki ryzyka, czynniki chroniące oraz aspekty kulturowe grupy docelowej i jej codzienne życie. Prawidłowe rozpoznanie grupy docelowej i jej uwarunkowań stanowi warunek skutecznej, opłacalnej i etycznej profilaktyki uzależnień.

Ten etap może być realizowany jednocześnie lub po dokonaniu oceny zasobów.

1.1 Przegląd antynarkotykowych strategii i ustawodawstwa

Przeciwdziałanie narkomanii może być skuteczne jedynie wtedy, gdy wszystkie działania, bez względu na zastosowane środki, będą zmierzać do tego samego celu. Strategie oraz akty prawne zawierają cele, na podstawie których prowadzone są działania na poziomie lokalnym, regionalnym, krajowym i międzynarodowym. Ważne jest zatem, by wszyscy profesjonalści (nie tylko ci 'na górze') mieli wiedzę na temat właściwych strategii i przepisów, ponieważ dzięki temu każdy może osiągać zawarte w nich cele. Inne dokumenty typu standardy i zalecenia powinny być również uwzględniane, o ile to konieczne.

Równie ważne jest to, by śledzić na bieżąco zmiany zachodzące w omawianych obszarach, ponieważ mogą one dotyczyć różnych aspektów programu. Na przykład, zmiany w zakresie priorytetów finansowania mogą wymagać opracowania nowej strategii w zakresie ciągłości programu (zob., A: *Trwałość programów i finansowanie*); lub jeśli w ramach programu uczestnicy otrzymują informacje na temat narkotyków, zmiany legislacyjne mogą pociągać za sobą konieczność dokonania odpowiednich modyfikacji w zakresie przekazywanych treści (np. zmiany dotyczące statusu prawnego dopalaczy).

Ponadto, demonstrując wiedzę na temat antynarkotykowych strategii i przepisów oraz związek programu z nimi, realizatorzy zwiększają swoje szanse na pozyskanie koniecznego wsparcia ze strony zlecniodawców i sponsorów. W niektórych krajach, wykazanie związku z odpowiednimi strategiami, stanowi kryterium otrzymania funduszy rządowych. Jednak, niniejsze standardy nie powinny uniemożliwiać programom reagowania na potrzeby, które aktualnie nie znajdują się na liście priorytetów obowiązujących strategii. Na przykład, zidentyfikowane potrzeby grupy docelowej czy społeczności mogą nie być ujęte w istniejących strategiach i planach finansowych (zob. komponent 1.2: *Ocena używania narkotyków i potrzeb społeczności*). W takich przypadkach programy powinny spełniać wymagania szerszych strategii na poziomie krajowym lub międzynarodowym oraz przedstawiać argumenty za uwzględnieniem tych potrzeb.

Chociaż ostateczna decyzja o tym czy program jest zgodny z obowiązującymi strategiami i przepisami należy do sponsorów i zlecniodawców, wszyscy profesjonalści powinni posiadać ogólną wiedzę w tej dziedzinie. Praktycy, którzy na co dzień mają bezpośrednio do czynienia z grupą docelową mogą uważać, że poznawanie antynarkotykowych strategii i rozwiązań legislacyjnych a także śledzenie zachodzących zmian w tym zakresie, nie należy do ich obowiązków. Realizatorzy powinni zatem dbać o to, by członkowie personelu spełniali prezentowane standardy, na przykład poprzez wewnętrzne szkolenia (zob. C: *Organizacja i rozwój personelu*).

Ocena, które strategie i ustawy są zasadne może sprawić trudność. Priorytety mogą często się zmieniać przy okazji zmiany rządu, w wyniku nowych problemów społecznych czy ważnych doniesień naukowych. Dodatkowy instruktaż zawiera listę istotnych obowiązujących dokumentów związanych z antynarkotykową polityką i ustawodawstwem na poziomie międzynarodowym i krajowym. Jednak znaczenie tych dokumentów może zależeć od profilu programu. Przykładowo, program lokalny powinien spełniać priorytety zawarte w dokumentach lokalnych i regionalnych aniżeli krajowych i międzynarodowych, z uwagi na ich mniejsze znaczenie w kontekście lokalnym.

Uwaga: Komponent D: *Etyczny wymiar profilaktyki uzależnień od narkotyków* zawiera standardy dotyczące całłościowych strategii i ustawodawstwa.

Standardy podstawowe:

1.1.1 Wiedza na temat ustawodawstwa i strategii antynarkotykowych jest wystarczająca do realizacji programu.	Przykłady ustawodawstwa i strategii: odpowiednie akty prawne dotyczące narkotyków, alkoholu, tytoniu, leków, substancji lotnych; polityka w zakresie edukacji zdrowotnej.
1.1.2 Program służy realizacji celów i priorytetów lokalnych, regionalnych, krajowych i/lub międzynarodowych strategii i polityk.	Uwaga: programy o zasięgu lokalnym/regionalnym powinny w szczególności odnosić się do strategii lokalnych/regionalnych. Przykład: opis programu zawiera wyraźne odniesienia do najważniejszych strategii i polityki oraz wpisuje się w nie.

Standardy specjalistyczne:

1.1.3 Program spełnia lokalne, regionalne krajowe i/lub międzynarodowe standardy i zalecenia.	Standard podstawowy jeśli wymaga tego obowiązująca strategia czy prawo. Przykład standardów: istniejące standardy w zakresie przyjazności programów dla młodych ludzi. (np. Department of Health, 2007).
---	---

1.2 Ocena używania narkotyków i potrzeb społeczności

1

Zaspokajanie potrzeb grupy docelowej stanowi warunek etycznej i skutecznej profilaktyki uzależnień od narkotyków. W planowaniu działań profilaktycznych nie wystarczy polegać jedynie na założeniach czy ideologii. Programy profilaktyczne muszą bazować na badaniach potrzeb, bez względu na to czy mamy do czynienia z programem profilaktyki uniwersalnej, czy selektywnej. Ocena może obejmować populację ogólną lub wybraną grupę zdefiniowaną w oparciu o wspólne cechy społeczne (np. społeczność etniczna), określone miejsce (np. szkoła) czy obszar realizacji działań profilaktycznych (np. dzielnica).

W zależności od typu organizacji czy programu, ocena potrzeb nie musi towarzyszyć każdej edycji programu. Jedna ocena może stanowić podstawę działań w zakresie kilku różnych programów realizowanych w danym czasie. Jednak z uwagi na dynamiczne zmiany wzorów używania narkotyków należy zadbać o częstą aktualizację danych. Ocena może zostać dokonana poprzez zbiór i analizę danych za pomocą metod ilościowych i/lub jakościowych (np. badania ankietowe, grupy fokusowe, obserwacje) i/lub poprzez formułowanie wniosków w oparciu o analizę wtórną przeprowadzoną na podstawie dostępnych danych (epidemiologicznych). Dane podstawowe na temat używania narkotyków w populacji ogólnej i/lub subpopulacjach (np. młodzież, zgłaszalność do leczenia) na ogół są już dostępne, ponieważ są pozyskiwane w ramach rutynowych ankiet i monitoringu (zob. *Dodatkowy instruktaż*). Należy jednak uwzględnić potencjalne ograniczenia dostępnych danych (np. jakość, profil, użyteczność). Przykładowo, dostępne są jedynie dane krajowe, które mogą pomóc w interpretacji danych lokalnych, jednak nie mogą ich zastąpić. W celu uzyskania pełnego oglądu sytuacji zaleca się wykorzystanie wielu źródeł danych. Szczegółowe procedury w zakresie dokonywania oceny potrzeb znajdują się w *Dodatkowym instruktażu*.

W wyniku konsultacji przeprowadzonych w ramach niniejszego projektu, okazało się, że pomiędzy podmiotami odpowiedzialnymi za systematyczny zbiór danych (np. regionalne zespoły koordynacji działań z zakresu przeciwdziałania narkomanii, publiczne instytucje ochrony zdrowia, badacze) a podmiotami, które mogłyby wykorzystać te dane do konstruowania programów (np. zleceńodawcy, realizatorzy) nie ma komunikacji. Przykładowo, chociaż szkoły często biorą udział w badaniach nie zawsze dostęp do danych ma poufny charakter. W efekcie dostęp do danych może naruszać zasadę dyskrecji, co wpływa na wymiar etyczny programu. Jednakże w powyższym przypadku dane mogą być udostępnione szkołom, jeśli badanie zostało przeprowadzone w kilku placówkach na licznej anonimowej grupie badawczej. Jeśli oceny potrzeb nie są dokonywane przez samych realizatorów, należy nawiązać współpracę w celu pozyskania danych (zob. B: *Wzajemna*

komunikacja i udział interesariuszy). Lokalne i regionalne zespoły koordynacyjne ds. przeciwdziałania narkomanii mogłyby być odpowiedzialne za koordynowanie procesu zbierania i analizy danych na poziomie regionu w celu zredukowania możliwości wystąpienia powielania działań. W celu ułatwienia działań realizatorów na danym obszarze, zespoły koordynacyjne powinny rozważyć możliwość regularnego badania potrzeb bądź połączenia danych pochodzących z różnych źródeł.

Standardy w niniejszym komponencie dotyczą oceny potrzeb związanych z narkotykami celem ustalenia właściwej grupy docelowej oraz miejsca realizacji programu. Jednak same dane na temat używania narkotyków często nie wystarczają, by skonstruować odpowiednio dopasowany do potrzeb program. Zrozumienie charakteru używania narkotyków wymaga oceny innych potrzeb w takich obszarach jak: zdrowie, równość szans czy poziom deprywacji społecznej. Na tym etapie cyklu projektowego warto zastanowić się nad wyborem modelu teoretycznego do programu, ponieważ dzięki niemu będzie wiadomo, jakie dane zbierać i jak je interpretować. Komponent *Rozpoznanie grupy docelowej* sugeruje przeprowadzenie dogłębnej analizy grupy docelowej.

Standardy podstawowe:

1.2.1 Przeprowadzono badanie sytuacji wyjściowej.	
1.2.2 Badanie wykorzystuje aktualną wiedzę w zakresie epidemiologii.	
1.2.3 Badanie ma wymiar etyczny.	Przykłady wymiaru etycznego: zapewniona jest ochrona danych uczestników i anonimowość; program nie stygmatyzuje ani nie działa na niekorzyść uczestników. Patrz również D: <i>Etyczny wymiar profilaktyki uzależnień od narkotyków</i> .
1.2.4 Zebrano lub poddano przeglądowi szczegółowe dane na temat używania narkotyków pochodzące z różnych źródeł. W tym:	Przykłady grup do scharakteryzowania: populacja ogólna, subpopulacje wg płci, wieku, pochodzenia etnicznego, podatności na zagrożenia.
• rodzaje używanych narkotyków;	Przykłady narkotyków: legalne, nielegalne oraz leki objęte kontrolą.
• skala używania i trendy.	Przykłady wskaźników: występowanie nowych przypadków (ang. incidence) i rozpowszechnienie używania (ang. prevalence), używanie w ciągu ostatnich trzydziestu dni, 12 miesięcy, kiedykolwiek w życiu, odsetek abstynentów.

Standardy podstawowe (cd.):

1.2.5 Zbadane zostały inne istotne potrzeby wśród społeczności lub miejscu realizacji programu.	Cel: wykazanie związku między używaniem narkotyków i innymi potrzebami. Przykłady potrzeb: problemy, pragnienia, (tradycyjne) rozpowszechnienie zachowań problemowych, poziomy socjoekonomicznej deprywacji i nierówność szans.
1.2.6 Badanie jest udokumentowane. Wskazane są również źródła danych bądź informacji.	Cel: dokumentacja badania jest użyteczna dla uzasadnienia działań oraz w celach archiwalnych.

Dodatkowe dane podstawowe w przypadku wykorzystania istniejących danych:

1.2.7 Istniejące dane są:	Przykłady zasobów: lokalne, regionalne, krajowe bazy danych.
aktualne;	
adekwatne do zasięgu programu i grupy docelowej;	Przykład adekwatności do zasięgu programu: lokalne dane do lokalnych projektów.
trafne w zakresie wykorzystanych wskaźników;	Przykład wskaźników: zamiast danych dotyczących zamiarów używania czy opinii rówieśników na temat używania, wykorzystane są dane na temat rozpowszechnienia używania.
rzetelne.	tj. w zakresie metodologii zbierania, analizy i przedstawiania danych.

Standardy specjalistyczne:

1.2.8 Badanie sytuacji wyjściowej:	
dostarcza wiedzy na temat środowiska programu i jego kultury ('klimat' środowiska);	tj. odnośnie organizacji lub miejsca (np. teren beneficjenta), w którym interwencja będzie realizowana. Przykładowe aspekty środowiska i jego kultury: normy, cele, wartości, relacje, praktyki, struktury organizacyjne społeczności lokalnej.

Standardy specjalistyczne (cd.):	
przeprowadzone jest w sposób systemowy oraz z zachowaniem określonych reguł;	tj. badanie bazuje na uznanej metodologii stosowanej przy ocenie potrzeb. Przykład dowodów: opisano instrumenty oraz narzędzia użyte w celu oceny potrzeb społeczności. Przykład zasobów: szczegółowe instrukcje w zakresie oceny potrzeb (zob. <i>Dodatkowy instruktaż</i>).
przeprowadzone jest wśród danej społeczności;	Przykłady dowodów: badania terenowe, dyskusje z interesariuszami z danej społeczności.
o ile to konieczne, korzysta z pomocy ekspertów z zakresu metodologii.	Przykłady ekspertów: pracownicy naukowcy, lokalni specjaliści od wywiadu środowiskowego.
1.2.9 Na tym etapie powołano zespół ds. nadzoru zbierania i analizy danych.	tj. przydzielono role i obowiązki. Przykłady obowiązków: planowanie i koordynowanie działań związanych z oceną potrzeb, zbieranie, analiza i interpretacja danych, formułowanie wniosków z oceny potrzeb.
1.2.10 Podano lub oszacowano wielkość populacji na danym terenie lub w danej społeczności w zakresie:	Przykłady źródeł danych: instytucje statystyczne, samorządy lokalne, biuletyny edukacyjne.
populacji całkowitej;	Standard podstawowy, jeśli taka informacja jest dostępna. Przykład całkowitej populacji: populacja ogólna, wszyscy uczniowie, wszyscy członkowie grupy etnicznej. Przykład zasobów: dane ze spisu ludności.
potencjalnej grupy docelowej.	Uwaga: osoby, które mogą uczestniczyć w interwencji lub znajdować się w jej zasięgu. Standard podstawowy, jeśli taka informacja jest dostępna. Przykład: grupa docelowa szacowana jako odsetek populacji całkowitej.

Standardy specjalistyczne (cd.):

1.2.11 Zbierane lub analizowane dane obejmują:	
wzory i trendy w zakresie używania narkotyków;	Przykłady wskaźników: częstotliwość używania, sytuacje i okoliczności używania, sposoby używania, wiek inicjacji, wiek górnej granicy używania, częstotliwość oraz zakres używania okazjonalnego, regularnego i/lub intensywnego, zachowania ryzykowne, grupy wysokiego ryzyka.
rozmaita negatywne skutki używania narkotyków;	Przykłady wskaźników: rodzaj szkód i ofiar, wpływ używania narkotyków na jednostkę i społeczność, uzależnienie, zaburzenia związane z nadużywaniem substancji.
opinie związane z narkotykami;	Przykłady wskaźników: opinie na temat szkodliwości używania narkotyków, opinie na temat dostępności narkotyków, opinie negatywne i pozytywne na temat używania narkotyków.
istnienie rynków narkotykowych.	
1.2.12 Uzyskane dane są porównywane z podobnymi danymi z innych lokalizacji lub regionów lub z danymi o zasięgu ogólnokrajowym.	Cel: pomoc w uzasadnieniu interwencji. Przykłady porównań: rozpowszechnienie używania narkotyków, dotychczasowe interwencje, analiza problemu narkotykowego na poziomie jednostki, instytucji i społeczeństwa.

1.3 Określenie potrzeby – uzasadnienie interwencji

Interwencja podyktowana jest wymogami polityki przeciwdziałania narkomanii (zob. komponent 1.1: *Przegląd antynarkotykowych strategii i ustawodawstwa*), potrzebami grupy docelowej, potrzebami społeczności (zob. 1.2: *Ocena używania narkotyków i potrzeb społeczności* i 1.4: *Rozpoznanie grupy docelowej*) oraz aktualnym poziomem i profilem działań profilaktycznych. Niniejszy komponent dokumentuje wnioski z poprzednich komponentów i umieszcza je w kontekście celem uzasadnienia potrzeby przeprowadzenia interwencji.

Niniejsze standardy wymagają od organizacji dostarczenia opisu głównych/ej potrzeb/y społeczności, wskazania konkretnych zjawisk, uzasadnienia ich znaczenia oraz określenia koniecznych działań w celu naprawy sytuacji (bądź przeciwdziałania zjawiskom niepożądanym). Pozwoli to ustalić czy wybrano właściwą grupę docelową do rozważań w ramach takich komponentów jak 1.4: *Rozpoznanie grupy docelowej*, jak również pozwoli na określenie celów programu (zob. 3.3: *Określenie celów strategicznych, programowych i częściowych*).

Opis ten powinien uwzględniać poglądy społeczności tak, by program miał z nimi związek (zob. D: *Etyczny wymiar profilaktyki uzależnień od narkotyków*, B: *Wzajemna komunikacja i udział interesariuszy*). Należy zatem angażować społeczność i odpowiednich interesariuszy w określanie potrzeb. Jest to szczególnie ważne, jeśli ocena potrzeb społeczności została oparta na wtórnej analizie danych (np. z wykorzystaniem danych gromadzonych w ramach rutynowego monitoringu). Jednak, społeczności mogą celowo nie dostrzegać potrzeby przeprowadzenia interwencji, ponieważ może się to wiązać z przyznaniem się do tego, że istnieje problem (narkotyków). Przykładowo, dyrektorzy szkół mogą martwić się, że w efekcie realizacji interwencji z zakresu profilaktyki uzależnień od narkotyków, ucierpi reputacja szkoły. Jednak jeśli profilaktyka uzależnień od narkotyków realizowana jest w ramach formalnego wymogu realizowania strategii rządowej, nie ma podstaw do większych obaw. Realizatorzy i stratedzy zamiast na 'problemach' powinni skupiać się na 'potrzebach'. Potrzeba programu profilaktycznego może pojawić się zanim rozwinie się problem.

Niewykluczone, że pewne programy profilaktyczne są już obecne na danym terenie. Funkcjonujące i niedawno zrealizowane programy, które wspierają profilaktykę uzależnień od narkotyków, należy poddać analizie w celu prawidłowego zastosowania nowego programu. Lokalne i regionalne zespoły planowania działań z zakresu profilaktyki uzależnień mogą dysponować informacjami na temat istniejących programów na danym terenie. Nowa interwencja powinna wypełniać luki w ofercie profilaktycznej. Przykładowo, niski poziom dotarcia do grupy docelowej, może wskazywać na potrzebę dodatkowych programów. Jeśli potrzeby profilaktyczne danej grupy docelowej są

zaspokajane na zadowalającym poziomie, realizatorzy powinni rozważyć skupienie się na innych grupach w celu uniknięcia powielenia działań. Mogą jednak również zdecydować o przeprowadzeniu innej interwencji na tej samej grupie po to, by rozszerzyć i urozmaicić ofertę programową.

W niektórych przypadkach uzasadnienie i ukierunkowanie interwencji mogło już nastąpić w ramach ściśle zdefiniowanego konkursu i realizatorzy mogą mieć przekonanie, że spełnili jego warunki. Niemniej, istotne jest, aby uzasadnienie interwencji bazowało na twardych danych na temat społeczności a nie założeniach. Zleceniodawcy i sponsorzy muszą być zatem elastyczni (np. oferty mogą być poddawane modyfikacjom po przeprowadzeniu oceny potrzeb). Wzajemna komunikacja pomiędzy realizatorami i zleceniodawcami czy sponsorami zapewnia użyteczność programu dla społeczności, jak również umożliwia jego wdrożenie (zob. B: *Wzajemna komunikacja i udział interesariuszy*).

Standardy podstawowe:

1.3.1 Główne potrzeby grupy docelowej są opisane i, o ile to możliwe, określone ilościowo.	Przykładowe kwestie do rozważenia: potrzeby związane z używaniem narkotyków, zdrowie, strategia i skutki społeczne.
1.3.2 Opis bazuje na ocenie potrzeb.	
1.3.3 Opis pokazuje potencjalny przyszły rozwój potrzeb w przypadku zaniechania interwencji.	Przykładowe kwestie do rozważenia: tempo wzrostu używania nielegalnych narkotyków oraz wirusowych zakażeń krwiopochodnych.
1.3.4 Organizacja dysponuje wiedzą na temat istniejących lub nowych programów z zakresu profilaktyki uzależnień od narkotyków.	
Uwaga: tego typu informacje mogą być łatwo dostępne za pośrednictwem lokalnych i regionalnych zespołów planowania działań profilaktycznych. Przykłady programów: istniejące programy z zakresu ochrony zdrowia i opieki społecznej, przeprowadzone programy na grupie docelowej, strategię lokalne i regionalne. Przykładowe rozważania: jakie organizacje istnieją, jakie programy oferują.	
1.3.5 Istniejące i nowe programy z zakresu profilaktyki uzależnień od narkotyków są analizowane pod kątem zgodności z potrzebami grupy docelowej i społeczności.	Cel: zidentyfikowanie luk w dotychczasowej ofercie programowej. Przykładowe rozważania: która grupa docelowa jest beneficjentem działań, jakie potrzeby są zaspokajane w ramach aktualnej oferty.

Standardy podstawowe (cd.):

1.3.6. Program dopełnia inne programy promocji zdrowia lub profilaktyki uzależnień na poziomie lokalnym, regionalnym i/lub krajowym.	Przykład: program skupia się na grupach, które nie są objęte innymi programami (np. różne grupy wiekowe).
1.3.7 Potrzeba interwencji jest uzasadniona.	Przykładowe kwestie do rozważenia: użyteczność programu, spodziewana opłacalność.

Standardy specjalistyczne:

1.3.8 Opis głównych potrzeb populacji:	
zawiera oszacowanie kosztów związanych z (potencjalnym) problemem;	Przykłady kosztów: koszty finansowe, zdrowotne, społeczne oraz koszty społeczności.
identyfikuje konkretne podgrupy lub miejsca; Cel: określenie konkretnych podgrup lub miejsc do rozważenia, patrz 1.4: <i>Rozpoznanie grupy docelowej</i>, 3.1: <i>Zdefiniowanie grupy docelowej</i> i 3.4: <i>Określenie miejsca realizacji</i>. Przykłady: identyfikacja grup/miejsc do działań profilaktycznych z wykorzystaniem danych na temat nowych przypadków i rozpowszechnienia używania narkotyków w celu określenia wieku inicjacji na danym terenie (program obejmowałby swoimi działaniami grupy młodsze niż wiek inicjacji); identyfikacja grup/miejsc do działań redukujących używanie narkotyków z wykorzystaniem danych na temat rozpowszechnienia, w celu określenia 'kto', 'co' i/lub 'gdzie' przyczynia się najbardziej do problemu używania narkotyków (CSAP, 2002).	
określa inne czynniki związane z (potencjalnym) używaniem narkotyków;	Przykłady innych czynników: problemy w społeczności niezwiązane z narkotykami; kwestie polityczne, strukturalne i ekonomiczne np. deprywacja, bieda, nierówne szanse.
uwzględnia postawy społeczności lub prawdopodobnej grupy docelowej wobec zdefiniowanych potrzeb związanych z używaniem narkotyków;	Cel: zadbanie o to, by interwencja była właściwa i akceptowana. Przykładowy wynik: grupa docelowa nie widzi w używaniu narkotyków problemu.
określa zmiany konieczne do naprawy sytuacji;	Przykłady zmian: zmiany strategii, interwencje na poziomie makro.

Standardy specjalistyczne (cd.):	
dzieli zmiany na te, które są konieczne, ale wykraczają poza możliwości programu i te, które są możliwe do wprowadzenia w efekcie realizacji programu.	
1.3.9 Analizowane są istniejące i nowe programy w zakresie profilaktyki uzależnień pod kątem:	Cel: identyfikacja luk w ofercie programowej.
dotarcia do grupy docelowej;	tj. odsetka grupy docelowej. Przykład: w przypadku zdefiniowania grupy docelowej jako 'zagrożonej młodzieży', stopień dotarcia może być podany jako odsetek zagrożonej młodzieży uczestniczącej w istniejących programach, liczony od całkowitej populacji zagrożonej młodzieży na terenie objętym programem.
opracowania, realizacji i wpływu.	Przykłady wskaźników: wierność realizacji programu (tj. czy dotychczasowe programy były realizowane zgodnie z projektem), kompetencje personelu, skuteczność i wpływ interwencji.
1.3.10 Interwencja odpowiada na potrzeby, które są:	
pilne i ważne;	
kosztowne i/lub powszechne;	tj. konsekwencje niezaspokojenia potrzeb generują wysokie koszty społeczne i finansowe; i/lub potrzeby są szeroko obecne w społeczeństwie lub społeczności. Uwaga: niektóre zachowania mogą być rzadkie, jednak bardzo kosztowne dla społeczeństwa, np. uzależnienie od heroiny.
określone przez lokalne, regionalne, krajowe lub międzynarodowe agencje jako priorytety profilaktyki uzależnień od narkotyków.	

1.4 Rozpoznanie grupy docelowej

Dobre rozpoznanie grupy docelowej oraz jej środowiska stanowią niezbędny warunek do realizacji skutecznej, opłacalnej i etycznej profilaktyki uzależnień od narkotyków. Profilaktyka uzależnień musi być prowadzona nie tylko dla ludzi, ale również z ludźmi. Dlatego też potrzeby związane z narkotykami należy postrzegać z szerszej społeczno-kulturowej perspektywy. Całościowa ocena potrzeb związanych z narkotykami oraz innych w populacji ogólnej lub wybranych subpopulacjach (zob. 1.2: *Ocena używania narkotyków i potrzeb społeczności*), wskazuje na cele programu oraz grupy docelowej tj. do kogo interwencja powinna być kierowana i dlaczego. Dogłębna analiza przyszłej grupy docelowej na tym etapie sprawia, że na kolejnych etapach cyklu projektowego interwencja otrzyma odpowiedni kształt i treść (zob. 4.3: *Dopasowanie interwencji do grupy docelowej*).

Niniejszy komponent zawiera wymóg zbadania kultury grupy docelowej (normy, wartości, wzory zachowań itp.), jej miejsca w szerszej społeczności oraz postaw wobec używania narkotyków. Dane te uzupełniają wcześniej zebrane informacje na temat używania narkotyków, jak również dostarczają wskazówek dotyczących właściwego określenia interwencji. Tam gdzie grupa docelowa została wybrana przed oceną potrzeb (np. w ramach oferty konkursowej), to działanie może być przeprowadzone wraz z oceną potrzeb społeczności w ramach komponentu 1.2: *Ocena używania narkotyków i potrzeb społeczności*. Oprócz uzyskania ogólnej wiedzy na temat kultury grupy docelowej należy określić rolę używania narkotyków w tej kulturze (UNODC, 2004, str. 9). Na przykład, niektóre formy używania mogą być akceptowane jako zachowania rytualne (np. spożywanie alkoholu podczas zabaw sylwestrowych, używanie narkotyków w ramach aktów inicjacyjnych w pewnych kulturach młodzieżowych), podczas gdy inne formy mogą być sankcjonowane. Wiedza na temat norm kulturowych oraz praktyk związanych z narkotykami powinna być elementem konstrukcji interwencji po to, by interwencja była właściwa z perspektywy kulturowej.

Odpowiednie czynniki, które redukują bądź zwiększają ryzyko używania narkotyków w grupie docelowej powinny również być identyfikowane i analizowane. Wyniki tych analiz pomagają określić grupę docelową (patrz 3.1: *Zdefiniowanie grupy docelowej*), wybrać cele (3.3: *Określenie celów strategicznych, programowych i częściowych*) oraz skonstruować interwencję (Etap 4: *Konstrukcja interwencji*). Możliwe jest również przypisanie poziomu ryzyka do grupy docelowej w zależności od układu czynników ryzyka i czynników chroniących. Jednak analiza czynników ryzyka i czynników chroniących nie jest niezbędna w programach profilaktyki uniwersalnej, ponieważ nie obejmują one jedynie uczestników szczególnie zagrożonych narkomanią.

W niektórych programach istnieje podział na bezpośrednią grupę docelową (np. młodzież zagrożona narkomanią) i pośrednią grupę docelową, która wywiera silny wpływ na grupę bezpośrednią (np. rodzice ww. młodzieży). Takie interwencje są prowadzone z udziałem grupy pośredniej w celu wywarcia pośredniego wpływu na zachowanie członków bezpośredniej grupy docelowej. W takich przypadkach realizator musi zrozumieć ważne aspekty związane z obiema grupami, takie jak: czynniki ryzyka i czynniki chroniące w grupie bezpośredniej czy postawy członków grupy pośredniej wobec narkotyków, jak również szczegóły interakcji między obiema grupami.

Szczegółowe informacje na temat grupy docelowej mogą być dostępne (np. raporty z badań). W celu lepszego zrozumienia grupy docelowej zaleca się dokonanie przeglądu literatury fachowej. Dodatkowych informacji na temat grupy docelowej mogą udzielić odpowiedni interesariusze (np. regionalne zespoły koordynacyjne ds. przeciwdziałania narkomanii, usługi z zakresu ochrony zdrowia i opieki społecznej na danym terenie) (zob. B: *Wzajemna komunikacja i udział interesariuszy*).

Standardy podstawowe:

1.4.1 Potencjalna grupa docelowa wybrana jest w oparciu o ocenę potrzeb.

Uwaga: ostateczny wybór grupy docelowej uzależniony jest od wyników analizy czynników ryzyka i czynników chroniących. Decyzje odnośnie grupy docelowej mogły zostać podjęte przed oceną potrzeb, na przykład w ramach konkursu na finansowanie. W przypadku gdy ocena potrzeb pokaże, że inna grupa docelowa odniosłaby większe korzyści z interwencji, należy dopracować pierwotną strategię.

1.4.2 Ocena potrzeb obejmuje kulturę grupy docelowej i jej stosunek do używania narkotyków.

Cel: pomoc w konstrukcji interwencji, jak również w jej dopasowaniu do grupy docelowej.

Uwaga: należy uwzględnić różnice w grupie docelowej.

Standardy specjalistyczne:

1.4.3 Czynniki ryzyka i czynniki chroniące w używaniu narkotyków są jasno określone. W szczególności:	tj. ocenie poddane są liczby, rodzaje oraz skala głównych czynników ryzyka i czynników chroniących. Uwagi: analiza czynników ryzyka i czynników chroniących nie ma tak dużego znaczenia w profilaktyce uniwersalnej. Jest to bardzo istotne w opisie grupy docelowej, na przykład w zakresie zaburzeń zachowania czy poszukiwania wrażeń.
Czynniki ryzyka i czynniki chroniące są różnicowane według cech grupy docelowej.	Przykłady wskaźników: wiek, płeć, kultura, podatność na zagrożenia.
Zidentyfikowano czynniki ryzyka i czynniki chroniące charakterystyczne dla danej grupy docelowej.	Przykładowe kwestie do rozważenia: kwestie zdrowia psychicznego, płeć, orientacja seksualna, kultura, pochodzenie etniczne, środowisko.
Oceniono wpływ szeroko pojętych czynników zdrowotnych.	Przykłady wskaźników: dochód w rodzinie, wykształcenie rodziców, doświadczenia z wczesnego dzieciństwa.
Oceniono rolę społeczności jako czynnika ryzyka lub czynnika chroniącego.	Przykłady wskaźników: indeksy deprywacji, dostępność narkotyków, wsparcie strukturalne, normy społeczności.
Zbadano siłę czynników ryzyka i czynników chroniących.	tj. oceniono ich wpływ na używanie narkotyków pod względem ilościowym i jakościowym. Przykładowe kwestie do rozważenia: wpływ na jednostkę, rodzinę, rówieśników, szkołę, miejsce pracy, społeczność.
Pogrupowano podobne czynniki ryzyka i czynniki chroniące.	Przykładowe kategorie: genetyczne, biologiczne, społeczne, psychologiczne, rodzinne, kontekstowe, edukacyjne, ekonomiczne, kulturowe.
Wyodrębniono grupy czynników ryzyka i czynników chroniących, nad którymi można pracować w ramach tych samych działań.	Przykład: projekt rewitalizacji / spójności społeczności skupiałby się na kilku czynnikach warunkujących jej funkcjonowanie.

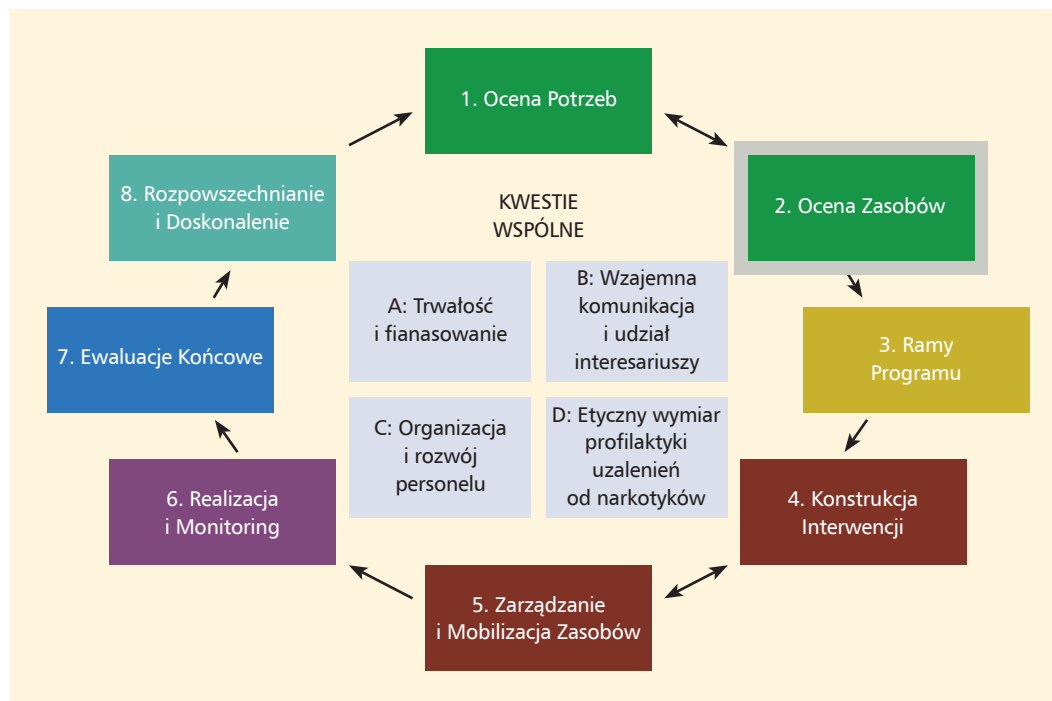
Standardy specjalistyczne (cd.):	
1.4.4 Dokonano podziału na czynniki podlegające i niepodlegające zmianom w wyniku realizacji programu.	Przykłady: można poprawić świadomość zdrowotną, jednak trudno zmienić krajową politykę w sferze zdrowia publicznego za pomocą interwencji prowadzonej na niewielką skalę.
1.4.5 Wyszczególniono czynniki podlegające zmianom w wyniku realizacji programu.	Przykład dowodów: prezentacja na modelu logicznym.
1.4.6 Zdefiniowano poziom ryzyka grupy docelowej.	Przykład definicji poziomu ryzyka: 'wysokie ryzyko' wczesnej inicjacji używania narkotyków wskutek zdiagnozowanego zaburzenia zachowania. Przykładowe kwestie do rozważenia: który rodzaj interwencji (profilaktyka uniwersalna, selektywna, wskazująca) jest właściwy dla danego poziomu ryzyka?
1.4.7 Przy ocenie grupy docelowej należy uwzględnić następujące kwestie:	Uwaga: należy uwzględnić różnice w ramach grupy docelowej.
• autopercepcję grupy docelowej;	Przykłady wskaźników: postrzeganie wpływu używania narkotyków na zdrowie własne i innych.
• kwestie kulturowe;	Przykładowe kwestie do rozważenia: ogólne tradycje, zwyczaje, poglądy i zasady społeczne, wartości. Przykłady wskaźników: hierarchie i typy relacji w rodzinie, szkole lub miejscu pracy; poglądy na temat sposobów radzenia sobie ze stresem.
• ogólne problemy i potrzeby, oczekiwania, opinie i postawy;	Przykłady wskaźników: rola używania narkotyków w życiu członków grupy docelowej.
• 'język' grupy docelowej;	Przykłady wskaźników: muzyka, książki, magazyny, Internet i programy telewizyjne w kręgu zainteresowań grupy docelowej; poglądy grupy docelowej na temat używania narkotyków i profilaktyki (np. odrzucanie przez młodzież haseł typu 'Powiedz NIE narkotekom').

Standardy specjalistyczne (cd.):	
osoby i instytucje ważne dla grupy docelowej;	Przykłady osób i instytucji: osoby ważne w społeczności, osoby powszechnie znane, osoby stanowiące wzór do naśladowania, szkoła.
motywacje do leczenia;	Przykłady wskaźników: funkcje używania narkotyków, oczekiwania wobec skutków działania narkotyków.
opinie na temat szkód i korzyści z używania narkotyków;	
istniejąca wiedza oraz potrzeba informacji i edukacji;	Przykład wskaźnika: wiedza na temat ustawodawstwa w zakresie używania narkotyków.
poglądy na media i treści medialne związane z profilaktyką uzależnień/promocją narkotyków;	Przykład wskaźnika: kompetencje medialne.
oczekiwania wobec celów strategicznych, programowych i częściowych programów profilaktyki uzależnień od narkotyków;	Przykłady oczekiwań: od programów grupa docelowa oczekuje wsparcia i dostępu do specjalistycznych usług.
opinie na temat realizatorów i członków personelu.	Przykład realizatora: placówka pomocowa ds. uzależnień od narkotyków.
1.4.8 W określaniu potrzeb grupy docelowej zaangażowani są właściwi interesariusze.	Przykłady interesariuszy: rodziny członków grupy docelowej (tam gdzie to właściwe), na przykład rodzice uczniów. Przykłady wkładu interesariuszy: poglądy na używanie narkotyków w grupie docelowej, sposoby reagowania na używanie narkotyków, oczekiwania wobec realizatorów działań profilaktycznych (np. placówka pomocowa ds. uzależnień od narkotyków).
1.4.9 Ocena potrzeb obejmuje charakterystykę relacji między grupą docelową i społecznością.	Przykładowe kwestie do rozważenia: postrzeganie społeczności przez grupę docelową; postrzeganie grupy docelowej przez społeczność; pozycja grupy docelowej i jej stopień integracji ze społecznością. Przykłady wskaźników: Poziomy integracji/ wykluczenia społecznego/ edukacyjnego/ ekonomicznego/ usługowego (dotyczy usług pomocowych w zakresie uzależnień od narkotyków - przyp. tłum.).

ETAP 2

Etap 2

Ocena zasobów



Program opiera się nie tylko na potrzebach grupy docelowej, ale również na dostępnych zasobach. Podczas gdy ocena potrzeb (zob. Etap 1: *Ocena potrzeb*) wskazuje, co należy osiągnąć poprzez realizację programu, ocena zasobów dostarcza istotnych informacji czy i jak można te cele osiągnąć. Zasoby muszą zostać ocenione, by móc realistycznie spojrzeć na potrzebny rodzaj interwencji i jej możliwy zakres.

2.1 Ocena grupy docelowej i zasobów społeczności: Programy profilaktyczne mogą być skuteczne jedynie wtedy, gdy grupa docelowa, społeczność oraz inni ważni interesariusze gotowi są do włączenia się w nie np. potrafią i chcą w nich uczestniczyć bądź wspierać proces realizacji. Mogą oni również dysponować zasobami, które mogą być wykorzystane w programie (np. kontakty, umiejętności).

Standardy w niniejszym komponencie zawierają wymóg oceny i rozważenie potencjalnych zastrzeżeń oraz wsparcia, jak również dostępnych zasobów właściwych interesariuszy.

2.2 Ocena własnego potencjału: Analiza własnych zasobów jest również niezbędna, ponieważ interwencja tylko wtedy okaże się wykonalna, kiedy zostaną spełnione kryteria w postaci odpowiedniej liczby personelu, środków finansowych oraz innych zasobów. Ten etap ma pierwszeństwo przed sformułowaniem programu w celu rozpoznania, które typy programów są wykonalne.

Omawiany etap może być realizowany jednocześnie z oceną potrzeb lub nawet na samym początku projektu.

2.1 Ocena grupy docelowej i zasobów społeczności

Programy profilaktyki uzależnień od narkotyków mogą być skuteczne jedynie wtedy, jeśli wspierają je odpowiedni interesariusze tacy jak grupa docelowa, społeczność oraz organizacje-beneficjenci (ang. recipient organisations) i ośrodki referencyjne (ang. referral services) (tam gdzie to zasadne). Głównym warunkiem wsparcia jest gotowość interesariuszy do zaangażowania się w program, tzn. są oni świadomi potrzeb (związanych z używaniem narkotyków) jak również zainteresowani, chętni i odpowiednio przygotowani do udzielenia wsparcia programowi (np. uczestnictwa w nim) (NIDA, 2003).

Standardy w niniejszym komponentie zawierają wymóg oceny stopnia gotowości w grupie docelowej, społeczności oraz wśród innych ważnych interesariuszy (zob. B: *Wzajemna komunikacja i udział interesariuszy*). Wyniki oceny wskażą na przykład co należy zrobić w celu pozyskania odpowiedniego wsparcia oraz jakie trudności mogą wystąpić w fazie realizacji programu (np. rekrutacja i utrzymanie uczestników w programie). W efekcie tych działań możliwe jest bardziej realistyczne oszacowanie ram czasowych a także innych koniecznych zasobów. Grupa docelowa lub szersza społeczność może posiadać zasoby do wykorzystania w programie. Niektóre z nich mogą ułatwić realizację programu od strony praktycznej (np. członkowie społeczności mają dobre relacje z członkami grupy docelowej i mogą pomóc realizatorom nawiązać odpowiednie kontakty). Inne zasoby mogą być istotne i użyteczne w zakresie konstrukcji i treści interwencji (np. realizatorzy planują działania, które wykorzystują umiejętności uczestników) (zob. Etap 4: *Konstrukcja interwencji*). Niniejszy komponent bada mocne i słabe strony grupy docelowej czy społeczności.

W efekcie, podczas gdy komponenty 1.2: *Ocena używania narkotyków i potrzeb społeczności* i 1.4: *Rozpoznanie grupy docelowej* dotyczą lepszego zrozumienia uwarunkowań, w jakich może dojść do używania narkotyków, niniejszy komponent ocenia związki pomiędzy samym programem a grupą docelową lub społecznością, w której program będzie realizowany.

Standardy podstawowe:	
2.1.1 Rozważono źródła sprzeciwu i wsparcia dla programu oraz sposoby zwiększenia wsparcia.	Uwaga: nie ogranicza się to do grupy docelowej i społeczności, ale obejmuje również innych interesariuszy np. dyrektorów szkół, media, władze centralne.
2.1.2 Zbadano możliwość udziału grupy docelowej i innych ważnych interesariuszy w programie lub udzielenia mu wsparcia.	
tzn. możliwość (np. czas, fizyczna obecność) uczestniczenia lub wsparcia programu. Standard podstawowy obejmuje społeczność, jeśli jej członkowie (np. ogół mieszkańców, urzędnicy) zostaną zaangażowani w program lub tam gdzie interwencja realizowana jest w danej społeczności. Uwaga: właściwych interesariuszy należy zidentyfikować w oparciu o komponent B: <i>Wzajemna komunikacja i udział interesariuszy</i>. Przykłady wniosków: programy integracji społecznej powinny być realizowane podczas wakacji szkolnych lub po zajęciach w szkole; interwencje krótkoterminowe należy podejmować w odpowiednim momencie realizacji programu.	

Standardy specjalistyczne:	
2.1.3 Zbadano gotowość grupy docelowej oraz innych ważnych interesariuszy do uczestnictwa w programie dotyczącej w szczególności:	
wiedzy w zakresie używania narkotyków i związanych z tym potrzeb;	
zainteresowania programem profilaktycznym;	
chęci do uczestniczenia lub wspierania programu.	
2.1.4 Oceniono zasoby grupy docelowej i innych właściwych interesariuszy.	Cel: wsparcie w opracowaniu planu projektu, jak również treści i konstrukcji interwencji. Przykład ważnych interesariuszy: społeczność. Przykłady zasobów: kapitał społeczny, dostępna wiedza i umiejętności, mocne strony, słabe strony, zasoby materialne i ludzkie.
2.1.5 Zbadano możliwość wykorzystania innych komponentów lokalnych, regionalnych, krajowych i/lub międzynarodowych strategii oraz działań antynarkotykowych.	Przykłady innych działań: krajowe lub regionalne kampanie promujące trzeźwą jazdę samochodem, Światowy Dzień AIDS.

2.2 Ocena własnego potencjału

Programy profilaktyki uzależnień od narkotyków są wykonalne, jeśli realizowane są w ramach dostępnych zasobów, takich jak: personel, kompetencje (np. umiejętności, wiedza, doświadczenie), materiały (np. wyposażenie) oraz kontakty zawodowe. Stąd też ocena aktualnej i/lub możliwej dostępności wewnętrznych zasobów podczas realizacji programu ma istotne znaczenie.

Aby przekonać się, jakie programy mogą być realizowane należy dokonać wspomnianej oceny już na wczesnym etapie cyklu projektowego. Na przykład, interwencja specjalistyczna może wymagać od członków personelu określonych kwalifikacji; programy środowiskowe mogą pociągać za sobą przewóz personelu; interwencje wykorzystujące technologie informacyjne mogą wymagać odpowiednich umiejętności informatycznych, pewne miejsca lub grupy docelowe mogą być dostępne jedynie pod warunkiem wcześniejszego nawiązania satysfakcjonujących relacji zawodowych z właściwymi interesariuszami. Jeśli wymagane zasoby nie są dostępne i nie mogą być zapewnione, wtedy tego typu interwencje nie są wykonalne – w tej sytuacji realizatorzy muszą odpowiednio przeformułować swoje plany.

Z uwagi na fakt, iż ocena ma na celu wsparcie procesu planowania programu, nie musi mieć ‘formalnego’ charakteru. W zależności od rozmiaru i profilu organizacji czy programu, ocena może opierać się na nieformalnych rozmowach między członkami personelu w celu określenia słabych i mocnych stron zespołu oraz, tam gdzie to zasadne, szerszej struktury organizacji w zakresie różnych zasobów (zgodnie z treścią niniejszego komponentu). Wnioski z tych rozmów wskażą, które typy interwencji (nie) byłyby wykonalne i jakie dodatkowe zasoby należałoby wykorzystać. W ten sposób, w większości przypadków, można uniknąć konieczności zlecenia oceny organizacji zewnętrznej.

Ocena może być dokumentowana jako część planu projektu (zob. 5.1: *Zaplanowanie projektu – Przedstawienie planu projektu*). Warto również dołączać tego typu informacje do wniosków o dofinansowanie.

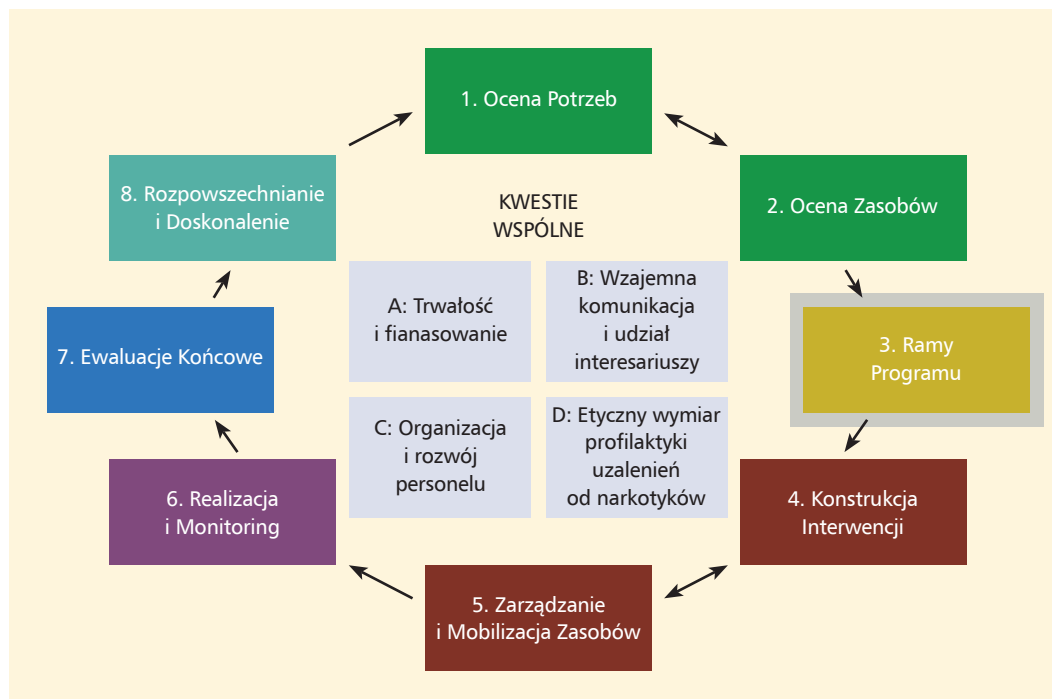
Uwaga: Kwestia zasobów omówiona jest również w Etapie 5: *Zarządzanie i mobilizacja zasobów*.

Standardy podstawowe:	
2.2.1 Oceniono wewnętrzne zasoby i potencjał, w szczególności:	Uwaga: oceniona jest faktyczna lub prawdopodobna dostępność tych zasobów.
• zasoby ludzkie i kwalifikacje personelu;	Przykłady zasobów ludzkich: dostępność czasowa, wiedza i umiejętności (np. zarządzanie projektem, umiejętności kierownicze, kreatywność). Patrz również C: <i>Organizacja i rozwój personelu</i>; 5.3: <i>Powołanie zespołu do realizacji interwencji</i>.
• doświadczenie zawodowe;	Przykład doświadczenia zawodowego: realizacja podobnych interwencji w przeszłości.
• zasoby organizacyjne;	Przykłady zasobów organizacyjnych: infrastruktura oraz wyposażenie w zakresie realizacji interwencji oraz ich przydatność w realizacji różnego typu działań.
• zasoby technologiczne;	Przykłady zasobów technologicznych: komputery, Internet, oprogramowanie do prowadzenia ewaluacji; wsparcie techniczne w kierowaniu projektem, jak: systemy monitorowania danych lub zarządzania informacją.
• zasoby finansowe;	
• związki z grupą docelową;	Uwaga: związki ze społecznością należy zbadać w przypadku uznania jej za odpowiednią do uczestnictwa w programie.
• kontakty zawodowe;	Przykład kontaktów zawodowych: zasoby polityczne.
• inne zasoby istotne w realizacji programu.	Przykład innych zasobów: możliwości transportowe.

ETAP 3

Etap 3

Ramy programu



Sformułowanie programu stanowi zarys koncepcji i struktury programu oraz fundament ukierunkowanego, szczegółowego, spójnego i realistycznego planowania. Ocena potrzeb grupy docelowej oraz dostępnych zasobów pozwala na jasne zdefiniowanie kluczowych elementów programu. Niniejsze standardy mają za zadanie doprowadzić do zmian w sposobie pracy w zakresie metodycznego i opartego na dowodach naukowych podejścia do profilaktyki uzależnień od narkotyków.

3.1 Zdefiniowanie grupy docelowej: Prawidłowe określenie grupy docelowej sprawia, że interwencja skierowana jest do odpowiednich osób. Grupa docelowa może składać się z osób, grup, organizacji, społeczności, miejsc i/lub innych elementów pod warunkiem, że są one jasno określone i sprecyzowane. Niektóre programy wyodrębniają bezpośrednie grupy docelowe (np. młodzież zagrożona narkomanią)

i grupy pośrednie (np. rodzice, nauczyciele, rówieśnicy), stąd też ich definicja powinna być szczegółowa i odpowiednia dla zakresu programu.

3.2 Zastosowanie modelu teoretycznego: Model teoretyczny to ogół powiązanych ze sobą założeń, które wyjaśniają, w jaki sposób i dlaczego interwencja ma szansę na skuteczną realizację w grupie docelowej. Zastosowanie modelu teoretycznego, który odpowiada określonym uwarunkowaniom zwiększa tę szansę. Pomaga zidentyfikować właściwe mediatory zachowań (wiedza uczestników, umiejętności, postawy itp.) związane z narkotykami oraz określić wykonalne cele. Wszystkie interwencje powinny opierać się na rzetelnych modelach teoretycznych, szczególnie w przypadku nowych projektów.

3.3 Określenie celów strategicznych, programowych i częściowych: Bez celów strategicznych, programowych i częściowych pojawia się ryzyko prowadzenia działań profilaktycznych samych w sobie, a nie z korzyścią dla grupy docelowej. Cele strategiczne określają długofalowy kierunek programu, jego założenia czy zamiary. Cele programowe jasno definiują rezultaty programu dla uczestników w momencie zakończenia interwencji. Cele częściowe stanowią bezpośrednie lub pośrednie zmiany zachowania uczestników konieczne w osiągnięciu celu końcowego. Wreszcie cele operacyjne opisują działania konieczne w zakresie osiągnięcia celów głównych i częściowych.

3.4 Określenie miejsca realizacji: Miejsce realizacji to społeczne i/lub fizyczne środowisko interwencji takie jak rodzina, szkoła, miejsce pracy, klub nocny, społeczność czy społeczeństwo. Ocena potrzeb może wykazać konieczność wyboru jednego lub więcej miejsc przydatnych w realizacji programu, jednak przy ich wyborze trzeba również wziąć pod uwagę względy praktyczne (np. łatwość dostępu, konieczna współpraca). Jasne sprecyzowanie miejsca realizacji ma kluczowe znaczenie dla zasadności i typu prowadzonej interwencji.

3.5 Odwołanie się do dowodów skuteczności: W planowaniu działań profilaktycznych ważne jest wykorzystanie wiedzy dotyczącej efektywności działań. Należy sięgnąć do istniejącej bazy dowodowej (przykłady dobrych praktyk) w zakresie skutecznej profilaktyki uzależnień od narkotyków i wyodrębnić zdobycze właściwe dla danego programu. Dowody muszą być zintegrowane z doświadczeniem zawodowym praktyków w celu skonstruowania interwencji zgodnej ze szczegółowymi uwarunkowaniami programu. W przypadku braku pozytywnych przykładów (dowodów skuteczności) można opisać doświadczenia zawodowe i kwalifikacje interesariuszy.

3.6 Ustalenie harmonogramu: Realistyczny harmonogram jest niezbędny w planowaniu i realizacji programu (np. po to, by członkowie personelu mogli ukierunkować i koordynować swoje działania). Niniejszy komponent opisuje harmonogram działań wraz z terminami realizacji. Mimo przyjętych ustaleń, harmonogram może być aktualizowany na bieżąco tak, by odzwierciedlał faktyczny stan realizacji.

3.1 Zdefiniowanie grupy docelowej

Prawidłowe zdefiniowanie grupy docelowej jest niezbędne w skutecznej realizacji programów profilaktyki uzależnień od narkotyków (interwencja w efekcie trafia do odpowiednich osób). Grupa docelowa może składać się z osób, grup, organizacji, społeczności, miejsc i/lub innych elementów pod warunkiem, że są one jasno określone i sprecyzowane. Podanie dokładnej definicji grupy docelowej ma zasadnicze znaczenie w modelach profilaktyki ukierunkowanej (tzn. selektywnej i wskazującej). Sposób wyboru i definicji grupy docelowej rzutuje na inne aspekty programu, na przykład wpływa na wybór i konstrukcję interwencji (zob. Etap 4: *Konstrukcja interwencji*). Umożliwia również realizatorom, zlecniodawcom i badaczom lepiej rozumieć potrzeby takiej grupy i, w związku z tym, zasadność przyjętych kierunków interwencji.

Wspomniana definicja powinna jasno określać kryteria udziału danej osoby w programie, jak i jej wykluczenie oraz obejmować swoim zasięgiem wszystkich potencjalnych beneficjentów. Powinna też określać grupę docelową, do której można faktycznie dotrzeć w ramach programu. Definicja może być modyfikowana w trakcie realizacji programu na poszczególnych etapach (np. podczas rekrutacji uczestników) w celu prawidłowej identyfikacji grupy docelowej. (zob. też D: *Etyczny wymiar profilaktyki uzależnień od narkotyków*).

Tam gdzie to możliwe, należy ocenić całkowitą liczebność grupy docelowej – dzięki temu będzie wiadomo, ile osób może objąć program, i w konsekwencji, ile osób może z niego skorzystać. W trakcie ewaluacji procesu tego typu informacje pozwalają na określenie wskaźnika stopnia dotarcia interwencji do grupy docelowej (tzn. czy uczestnicy stanowili wystarczająco wysoki odsetek grupy docelowej) (zob. 7.2: *Działania w przypadku ewaluacji procesu*).

W niektórych programach istnieje podział na bezpośrednią (np. młodzież zagrożona narkomanią) i pośrednią grupę docelową (np. rodzice, nauczyciele, młodzież). Celem zastosowanej w tym wypadku interwencji jest udział grupy pośredniej w celu wywarcia pośredniego wpływu na zachowanie członków grupy bezpośredniej (członkowie grupy bezpośredniej są tu jedynie pośrednimi beneficjentami programu). Programy rodzinne, rówieśnicze i kaskadowe stanowią przykłady takiego podejścia (EMCDDA, 1998). W programach tego typu należy opisać i, o ile to możliwe, przedstawić liczbowo zarówno bezpośrednią, jak i pośrednią grupę docelową. Podmioty realizujące te programy, muszą same – w oparciu o standardy dotyczące ‘grupy docelowej’ – dokonać właściwego wyboru grupy docelowej. Na przykład, zarówno pośrednie i bezpośrednie grupy docelowe powinny być rozważane na etapie oceny potrzeb, natomiast ewaluacja procesu może skupiać się tylko na grupie pośredniej.

Standardy podstawowe:

3.1.1 Określono grupę docelową programu.	Uwaga: jeśli program wprowadza podział na pośrednią i bezpośrednią grupę docelową, należy uwzględnić obydwie grupy w niniejszym komponencie.
3.1.2 Dotarto do grupy docelowej.	

Standardy podstawowe w programach profilaktyki ukierunkowanej:

3.1.3 Zdefiniowano jasne kryteria kwalifikacji i wykluczenia.	Uwaga: profilaktyka ukierunkowana obejmuje profilaktykę selektywną i wskazującą. Przykłady kryteriów: społeczno-demograficzne (np. wiek, płeć, pochodzenie rasowe/ etniczne, stan cywilny, religia), społeczno-ekonomiczne (np. wykształcenie, zawód), psychobiologiczne (np. faza rozwoju (np. okres noworodkowy, dzieciństwo, dojrzewanie)), miejsce realizacji (np. szkoła lub miejsce pracy, rejon geograficzny np. miasto lub region, konkretne lokalizacje/ środowiska).
3.1.4 Kryteria kwalifikacji i wykluczenia:	
• umożliwiają jasne rozróżnianie populacji; • we właściwy sposób definiują grupę docelową; • są odpowiednio uzasadnione.	Przykład uzasadnienia: zgodnie z oceną potrzeb.

Standardy specjalistyczne:

3.1.5 Zdefiniowano jasne kryteria kwalifikacji i wykluczenia w odniesieniu do wszystkich działań.	Standard podstawowy, jeśli program kierowany jest do różnych grup docelowych. Uwaga: należy rozważyć czy program będzie kierowany do różnych grup docelowych.
3.1.6 Podano lub oszacowano na podstawie oceny potrzeb całkowitą liczebność grupy docelowej.	Przykład: liczba zagrożonej młodzieży.
3.1.7 Określono pośrednich beneficjentów programu.	Przykłady pośrednich beneficjentów: rodziny młodych użytkowników narkotyków, członkowie lokalnej społeczności, pracodawcy, lokalni świadczeniodawcy usług zdrowotnych, członkowie grupy docelowej, którzy nie uczestniczą w programie, bezpośrednia grupa docelowa.

3.2 Zastosowanie modelu teoretycznego

Model teoretyczny to ogół powiązanych ze sobą założeń, które wyjaśniają, w jaki sposób i dlaczego interwencja ma szansę na skuteczną realizację w grupie docelowej. Może on również wyjaśniać przyczyny używania narkotyków. Jest to sposób pokazania, 'co działa' i 'dlaczego'. Nie należy go mylić z podsumowaniem oceny potrzeb lub uzasadnieniem interwencji (zob. Etap 1: *Ocena potrzeb*). Modele teoretyczne są często prezentowane w postaci schematów czy form graficznych ('modele logiczne'), które ilustrują sposób osiągania wyników poprzez zmianę mediatorów związanych z narkotykami w grupie docelowej (np. postawy i umiejętności, które mają istotny wpływ na używanie narkotyków). W efekcie, modele teoretyczne precyzują, które mediatory powinny być przedmiotem interwencji (zob. 3.3: *Określenie celów strategicznych programowych i częściowych*). Pomagają one również wybrać działania w zakresie interwencji, zapewniając tym samym odpowiednią koordynację potrzeb, działań i wyników. Wykorzystanie modelu teoretycznego odgrywa zasadniczą rolę w nowych interwencjach, chociaż idealnym stanem rzeczy byłoby gdyby wszystkie interwencje miały solidne podstawy teoretyczne.

Wybór modelu teoretycznego zależy od wyników oceny potrzeb i celów programu. Modele te zwykle opierają się na dostępnych wynikach badań i teorii związanych z używaniem narkotyków, promocji zdrowia czy ogólnym ludzkim zachowaniem i rozwojem (np. psychologia, socjologia). Zastosowanie modelu teoretycznego stanowi podstawowy krok w podejściu opartym na dowodach naukowych, które bazuje na aktualnej wiedzy z zakresu profilaktyki uzależnień od narkotyków. Przykłady teorii obejmują teorię dysonansu poznawczego, teorię społecznego uczenia się i modele normatywne. Mimo to niniejsze standardy nie powinny zniechęcać profesjonalistów do opracowywania nowych teorii opartych na literaturze fachowej. Każda nowa teoria powinna być szczegółowo opisana w celu przekazania jej innym użytkownikom. Więcej informacji na temat teorii i metodologii można znaleźć m.in. w podręcznikach z zakresu promocji zdrowia czy profilaktyki uzależnień od narkotyków.

Wybrany model teoretyczny musi być adekwatny do konkretnych uwarunkowań programu (np. grupa docelowa, wzory używania narkotyków). Praktycy mogą mieć zastrzeżenia dotyczące korzystania z określonych modeli, formułując opinie, że są zbyt ogólne, abstrakcyjne lub upraszczają pewne kwestie i tym samym nie zaspakajają całkowicie zebranych podczas oceny potrzeb. Z drugiej strony praktycy mogą postrzegać inne modele jako zbyt szczegółowe i przez to niemożliwe do wykorzystania w danym kontekście programu. Tego typu przykłady wskazują na istotę wyboru modelu adekwatnego do uwarunkowań interwencji (np. takiej, która jest zgodna z określonymi potrzebami i celami). Właściwy model teoretyczny pomaga lepiej zrozumieć rzeczywistość oraz złożoność zjawiska używania narkotyków.

Praktycy mogą również uważać, że zastosowanie modeli teoretycznych w planowaniu działań profilaktycznych nie jest konieczne bądź trudne, ponieważ wystarczy przeprowadzić ocenę potrzeb, zdefiniować cele strategiczne, programowe i częściowe i/lub posiadać doświadczenie wyniesione z realizacji programów w przeszłości. Tego typu obawy można zmniejszyć, jeśli modele teoretyczne przedstawi się jako środek odniesienia wyników oceny potrzeb do działań i wyników programu.

Konsultacje przeprowadzone w trakcie tworzenia niniejszych standardów wykazały, że praktycy mogą wykorzystywać modele teoretyczne, nie będąc tego świadomi. Mogą zmagać się z poszukiwaniem i opisywaniem modeli teoretycznych, mimo iż tak naprawdę wykorzystują je w codziennej praktyce. Stanowi to dowód na potrzebę położenia większego nacisku na teorie leżące u podstaw profilaktyki uzależnień od narkotyków w procesie kształcenia, szkolenia i dalszego rozwoju profilaktyków. Zadaniem realizatorów jest wspieranie członków personelu w dążeniu do postępowania według standardów, na przykład poprzez wewnętrzne szkolenia (zob. C: *Organizacja i rozwój personelu*). Jest to również sygnał dla twórców teorii do pokazywania, w jaki sposób modele teoretyczne mogą być wykorzystywane w różnych uwarunkowaniach oraz, w jaki sposób należy je stosować w codziennej praktyce.

Standardy podstawowe w przypadku zastosowania modelu teoretycznego lub w przypadku konstruowania nowej interwencji:

3.2.1 Program wykorzystuje model teoretyczny.	
3.2.2 Model teoretyczny:	
• jest oparty na dowodach naukowych;	tzn. jest oparty na badaniach empirycznych.
• opiera się na odpowiednich publikacjach naukowych;	
• jest (lub ma szansę być) akceptowany w środowisku naukowym i/lub profilaktycznym;	
• pozwala zrozumieć specyficzne potrzeby związane z narkotykami oraz ich przyczyny;	tzn. zgodnie z wynikami oceny potrzeb.
• pozwala na poznanie sposobów zmiany zachowania.	
3.2.3 Model teoretyczny został opisany i uzasadniony.	Przykłady dowodów: jest przedstawiony jako 'teoria zmiany' wraz z ilustracją mechanizmów przyczynowo-skutkowych w kierunku dokonania zmiany; ilustracja graficzna w postaci modelu logicznego teorii.

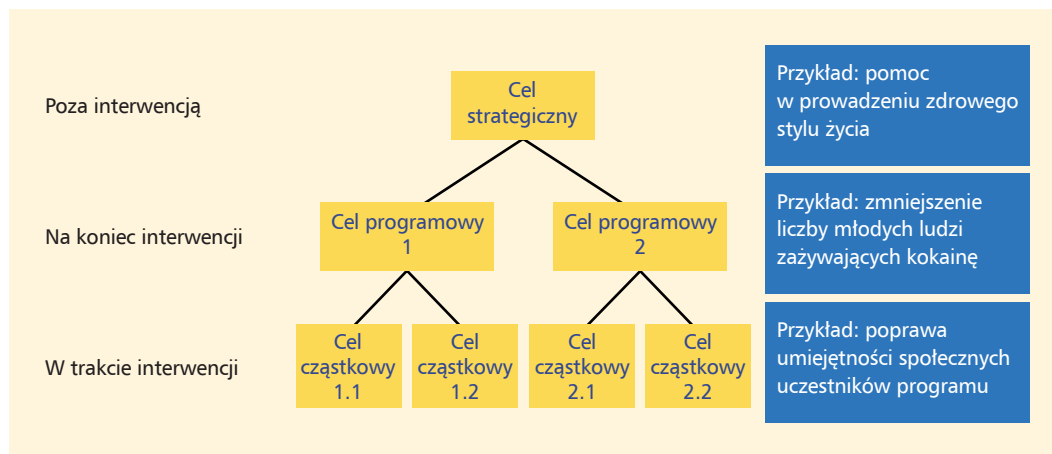
Standardy specjalistyczne:	
3.2.4 W razie konieczności wprowadzono poprawki do pierwotnego modelu teoretycznego w zakresie:	
• grupy docelowej;	
• wybranej interwencji;	
• wybranego miejsca realizacji.	
3.2.5 Poprawki do modelu teoretycznego są uzasadnione i udokumentowane.	Standard podstawowy w przypadku wprowadzenia poprawek.

3.3 Określenie celów strategicznych, programowych i częściowych

Poprzez określenie celów strategicznych, programowych i częściowych realizatorzy odpowiadają na najważniejsze pytanie w profilaktyce uzależnień od narkotyków – jakie są główne korzyści dla uczestników? Bez jasnych celów strategicznych, programowych i częściowych istnieje poważne ryzyko prowadzenia działań profilaktycznych samych w sobie, zamiast dla grupy docelowej. Definicja celów programowych i częściowych ma również fundamentalne znaczenie w bieżącym monitorowaniu postępów w realizacji interwencji oraz w ewaluacjach wyniku i procesu po jej zakończeniu (zob. 4.4: *Działania w przypadku planowania ewaluacji końcowych*).

Standardy bazują na trzypoziomowej strukturze celów. Cele strategiczne określają długofalowy kierunek programu, jego założenia lub zamiary. Nie muszą być bezpośrednio mierzalne ani osiągalne w ramach danego programu. Przykładowo, cele strategiczne mogą być osiągnięte kilka lat po zakończeniu interwencji lub interwencja może tylko częściowo przyczyniać się do ich osiągnięcia. Jednak, aby realizować i ewaluować programy, należy dokładnie zdefiniować cele programowe i częściowe. Cele programowe jasno pokazują korzyści dla uczestników programu po jego zakończeniu. Powstają one poprzez przełożenie celu strategicznego na bardziej konkretne i osiągalne cele. Na przykład, różne cele programowe mogą odzwierciedlać różne aspekty celu strategicznego. Każdy cel programowy jest następnie wykorzystywany do sformułowania celów częściowych co oznacza, że każdy cel częściowy jest bezpośrednio związany z jednym z celów programowych. Cele częściowe określają bezpośrednią lub pośrednią zmianę zachowania uczestników, konieczną do osiągnięcia celu programowego w momencie zakończenia interwencji. W efekcie, cele strategiczne, programowe i częściowe tworzą logiczny ciąg. Rycina 4 przedstawia, w jaki sposób cel strategiczny przekłada się na cele programowe i częściowe.

Ryc. 4: Cele strategiczne, programowe i częściowe



Istnieją dwa typy celów częściowych (zob. Ryc. 5, str. 151). Szczegółowe cele częściowe określają rezultaty, jakie mają osiągnąć uczestnicy (na ogół przez termin 'cele częściowe' należy rozumieć cele szczegółowe), podczas gdy operacyjne cele częściowe wskazują, jakie działania musi podjąć realizator w celu osiągnięcia tych wyników. Operacyjne cele opisują zatem wyniki programu i niezbędne działania (np. treść i formę interwencji, konieczne przygotowania m.in. rekrutacja uczestników). W celu monitoringu i prowadzenia ewaluacji procesu cele operacyjne są przekładane na wskaźniki ewaluacji procesu zgodnie ze zdefiniowanymi normami ewaluacyjnymi (zob. 4.4: *Działania w przypadku planowania ewaluacji końcowych*). Wyznaczenie celów operacyjnych pomaga również na określenie zadań w planie projektu (zob. 5.1: *Zaplanowanie programu – przedstawienie planu projektu*).

Realizatorzy i zlecniodawcy mogą czasami poświęcać zbyt dużo uwagi samym działaniom przez co zaniedbują cele, jakie chcą osiągnąć z uczestnikami. Programy profilaktyki uzależnień od narkotyków muszą bazować na potrzebach a nie wskaźnikach wydajności (np. liczba klientów, którzy skorzystali z programu). Dobór celów strategicznych musi być dyktowany przez wyniki oceny potrzeb. Cele strategiczne muszą bezpośrednio odpowiadać potrzebom grupy docelowej, chociaż mogą również odzwierciedlać politykę przeciwdziałania narkomanii (zob. Etap 1: *Ocena potrzeb*). Cele programowe określone są na podstawie celów strategicznych, natomiast dobór celów częściowych odbywa się poprzez zastosowanie odpowiedniego modelu teoretycznego (zob. 3.2: *Zastosowanie modelu teoretycznego*). Właściwy model (tzn. taki, który odpowiada kontekstowi interwencji zgodnie z oceną potrzeb) pokazuje, w jaki sposób można osiągać zakładane wyniki poprzez modyfikowanie

pewnych mediatorów (np. wiedzy uczestników, umiejętności, postaw). W związku z tym cele częściowe dotyczą mediatorów, które mają wpływ na oczekiwane wyniki (np. na podstawie doniesień badawczych).

Cele strategiczne, programowe i częściowe nie muszą mieć bezpośredniego związku z używaniem narkotyków. Na przykład, cele programowe i częściowe mogą nie odnosić się do używania narkotyków, jeśli program zapobiega używaniu narkotyków, które może wystąpić po wielu latach od interwencji (np. działania profilaktyczne wśród dzieci). I na odwrót, cele strategiczne mogą dotyczyć szerszych zagadnień zdrowotno-społecznych (np. programy integracji społecznej), co oznacza, że profilaktyka uzależnień od narkotyków może stanowić jeden z aspektów programu i zawierać się w celu programowym związanym z narkotykami obok innych ogólnych celów programowych. To czy cel ma charakter strategiczny, programowy czy częściowy zależy również od zakresu i okresu realizacji danego programu profilaktyki uzależnień od narkotyków. Na przykład, zmiana zachowania może stanowić cel strategiczny programu krótkoterminowego, a z kolei cel częściowy w programie długoterminowym.

Tam gdzie to zasadne realizatorzy powinni uzgadniać cele strategiczne, programowe i/lub częściowe wspólnie z uczestnikami lub członkami grupy docelowej. W związku z tym należy zadbać o to, by ustalone cele były adekwatne do programu (tzn. wносиły wkład w profilaktykę uzależnień od narkotyków) oraz, by w sposób niezamierzony nie generowały negatywnych skutków dla uczestników (zob. E: *Etyczny wymiar profilaktyki uzależnień od narkotyków*).

Standardy podstawowe:

3.3.1 Dokładnie określono przedmiot działań profilaktycznych.	Uwaga: w przypadku gdy program dotyczy używania narkotyków należy uszczegółowić zakres działań. Na przykład, czy program obejmuje tylko nielegalne narkotyki czy może również alkohol, tytoń, leki na receptę i dopalacze? W przypadku gdy program skupia się na konkretnych zachowaniach (np. zachowania ryzykowne), należy je również określić.
3.3.2 Określone cele strategiczne, programowe i częściowe.	tzn. jasno wynika z nich, na którą konkretną potrzebę program odpowiada.
3.3.3 Cele strategiczne, programowe i częściowe są powiązane ze sobą i stanowią logiczny ciąg.	tzn. cele strategiczne przekładają się na cele programowe; każdy cel programowy posiada cele częściowe, które są niezbędne do osiągnięcia celu programowego.

Standardy podstawowe (cd.)	
3.3.4 Cele strategiczne, programowe i częściowe są:	Przykład dowodów: cele strategiczne, programowe i częściowe w opisie programu są zgodne ze standardami.
oparte na ocenie potrzeb;	tzn. istotne dla grupy docelowej i, na przykład, sytuacji lokalnej. Uwaga: różne grupy docelowe mogą wymagać różnych celów strategicznych, programowych i/lub częściowych.
użyteczne dla grupy docelowej;	tzn. poprawią jakość życia ludzi, a nie tylko uspokoją moralne niepokoje opinii publicznej.
jasne, zrozumiałe i łatwo rozpoznawalne;	Uwaga: na przykład, w opisie programu lub wniosku o dofinansowanie.
sformułowane w oparciu o planowaną zmianę (wyniki);	tzn. pokazują, w jaki sposób uczestnicy zmieniają się w trakcie interwencji oraz po jej zakończeniu; cele strategiczne, programowe i częściowe opisują zmiany w uczestnikach, a nieplanowane działania w ramach programu ('produkty').
są zgodne z etyką zawodową.	Patrz również D: <i>Etyczny wymiar profilaktyki uzależnień od narkotyków.</i>
3.3.5 Cele programowe i częściowe są:	
szczegółowe;	tzn. związane z określonymi działaniami.
realistyczne.	tzn. osiągalne w ramach dostępnych zasobów oraz zdefiniowanej grupy docelowej. Przykładowe rozważania: zmiany zachowania mogą okazać się niemożliwe w interwencji krótkoterminowej.
3.3.6 Rozróżnia się szczegółowe i operacyjne cele częściowe.	tzn. cele szczegółowe odnoszą się do wyników, natomiast cele operacyjne do sposobu, w jaki zostaną osiągnięte wyniki (działania, produkty).

Dodatkowe standardy podstawowe w przypadku planowania ewaluacji:

3.3.7 Cele programowe i częściowe:	
określone w granicach czasowych;	tzn. opisano, kiedy należy spodziewać się zmian. Przykład zastosowania: określono ramy czasowe zmiany zachowania, które mogą wychodzić poza okres trwania programu.
mieralne.	

Standardy specjalistyczne:

3.3.8 Cele strategiczne, programowe i częściowe:	
są zgodne z modelem teoretycznym;	Standard podstawowy w przypadku zastosowania modelu teoretycznego. Uwaga: model teoretyczny wskazuje, które mediatory powinny zawierać się w celach częściowych.
są zgodne ze strategicznym kierunkiem działań realizatora;	
są uzgodnione z grupą docelową;	
są społecznie pożądane;	tzn. społeczeństwo, w którym realizowana jest interwencja, postrzega je jako pozytywne. Przykład: rozważono czy redukcja szkód jest akceptowana przez społeczeństwo.
odzwierciedlają długotrwałą zmianę.	tzn. należy stawiać na długoterminowe zmiany, niż krótkoterminowe korzyści.
3.3.9 Określono mediatory w interwencji.	Przykłady mediatorów: wiedza, postawy, przekonania normatywne.
3.3.10 Interwencja obejmuje wiele mediatorów.	

3.4 Określenie miejsca realizacji

Miejsce realizacji to społeczne i/lub fizyczne środowisko, w którym prowadzona jest interwencja, np. rodzina, szkoła, miejsce pracy, klub nocny, społeczność czy społeczeństwo. Jasne określenie miejsca realizacji programu jest niezbędne do poznania – gdzie i w jaki sposób będzie prowadzona interwencja oraz, w jaki sposób miejsce realizacji może przyczynić się do osiągnięcia wyników. Jeśli realizator ma zamiar zrealizować daną interwencję w innym miejscu, powinien zapoznać się z nim i jego właściwościami, aby osiągnąć właściwy cel interwencji.

W zależności od typu programu opis miejsca realizacji może mieć charakter ogólny (np. szkoły) lub szczegółowy (np. podanie konkretnej szkoły). Dodatkowo, w zależności od potrzeb grupy docelowej, opis może określać więcej (kilka rodzajów) miejsc, w których będą prowadzone działania profilaktyczne. Jak już zostało wspomniane, wybór miejsca powinien opierać się na ocenie potrzeb (zob. Etap 1: *Ocena potrzeb*). Można wybrać miejsce realizacji, które jest ważne z punktu widzenia grupy docelowej. Na przykład, członkowie grupy docelowej spędzają w tym miejscu dużo czasu i/lub są z nim szczególnie związani. Wybór takiego miejsca (np. szkoła, dom kultury) zwiększa szanse dotarcia i utrzymania w programie sporej części grupy docelowej w odróżnieniu od miejsc, z którymi grupa docelowa nie jest związana na co dzień (np. siedziba realizatora). Jednak, cele strategiczne programu, rodzaj i zakres merytoryczny interwencji mogą również wskazywać na miejsce, które nie ma związku z bieżącym funkcjonowaniem grupy docelowej. Na przykład, optymalnym miejscem dla interwencji dotyczącej stymulantów jest klub nocny, mimo iż nie jest to miejsce codziennie odwiedzane przez wszystkich członków grupy docelowej.

Przy wyborze miejsca realizacji należy również wziąć pod uwagę względy praktyczne. Prowadzenie interwencji w takich miejscach jak: szkoła, klub nocny, szpital czy więzienie niesie ze sobą określone konsekwencje. Jeśli interwencja nie została zlecona przez organizację-beneficjenta, dostęp do grupy docelowej zależy od tego czy organizacja-beneficjent wyraża chęć współpracy z realizatorem. Na przykład, grupa docelowa może spędzać dużo czasu w domu kultury, którego kierownictwo nie zezwala na uczestnictwo osób z zewnątrz. W efekcie, mimo iż wybór miejsca realizacji ma odpowiednie uzasadnienie teoretyczne, w praktyce interwencja jest niewykonalna. Nawet jeśli organizacja-beneficjent zdecyduje się na współpracę, dostęp do grupy docelowej może nie być możliwy, jeśli organizacja wycofa się z udziału w programie na późniejszym etapie. Stanowi to dowód na to, że realizatorzy powinni budować dobre (satysfakcjonujące obie strony) relacje zawodowe z właściwymi interesariuszami (zob. B: *Wzajemna komunikacja i udział interesariuszy*).

Wybór miejsca poza siedzibą realizatora może również ograniczać przeprowadzenie interwencji, na przykład w zakresie liczby działań, zagadnień związanych z konstrukcją interwencji (zob. Etap 4: *Konstrukcja interwencji*), wiernej realizacji (zob. Etap 6: *Monitoring realizacji*) czy etycznego postępowania np. w kwestii ochrony danych (zob. D: *Etyczny wymiar profilaktyki od narkotyków*). Organizacja-beneficjent może zwrócić się z prośbą do realizatora o stosowanie się do określonych zasad i przepisów. Może się również zdarzyć, że fizyczne środowisko miejsca realizacji jest nieadekwatne dla pewnych aspektów interwencji. Na przykład, można nie uzyskać zgody na reorganizację klasy szkolnej bądź jest ona fizycznie niemożliwa.

Tego typu rozważania nie powinny zniechęcać realizatorów do wyboru miejsca poza własną siedzibą, w przypadku gdy jest ono optymalne z punktu widzenia grupy docelowej i interwencji. Niemniej, należy rozważyć potencjalne problemy związane z realizacją programu na terenie organizacji-beneficjenta, a następnie podjąć odpowiednie działania w celu ograniczenia negatywnych oddziaływań na program.

Standardy podstawowe:

3.4.1 Opisano miejsce/miejsca realizacji programu.	Przykłady miejsc: szkoły, grupy rówieśnicze, miejsca pracy, rodzina/ dom, ośrodki pomocy społecznej, miejsca rekreacji, zakłady karne, społeczeństwo.
3.4.2 Miejsce realizacji:	
• stwarza wysokie szanse na to, że program spowoduje pożądaną zmianę;	tzn. jest odpowiednie dla grupy docelowej.
• jest adekwatne do celów strategicznych, programowych i cząstkowych;	
• jest właściwe w zakresie dostępnych zasobów.	Przykłady zasobów do rozważenia: funkcjonujące systemy, sposoby finansowania, możliwości transportowe.
3.4.3 Zidentyfikowano obszary wymagające podjęcia współpracy.	Uwaga: wyniki analizy mogą wskazywać, że wybór miejsca realizacji nie wymaga współpracy (np. w przypadku gdy interwencja prowadzona jest w siedzibie realizatora). Przykład koniecznej współpracy: w przypadku prowadzenia interwencji na terenie, wymagana jest współpraca z dyрекcją.

Standardy specjalistyczne:	
3.4.4 Miejsce realizacji:	
• jest adekwatne do zidentyfikowanych czynników ryzyka i czynników chroniących;	Standard podstawowy w przypadku przeprowadzenia analizy czynników ryzyka i czynników chroniących.
• odpowiada prawdopodobnym działaniom prowadzonym w grupie docelowej;	
• sprawia, że uczestnicy czują się swobodnie.	

3.5 Odwołanie się do dowodów skuteczności

Planowanie działań profilaktycznych wymaga wiedzy na temat sprawdzonych rozwiązań. Profilaktyka uzależnień od narkotyków opiera się na dowodach naukowych o ile systematycznie bazuje na analizie literatury fachowej (np. periodyków naukowych), wykorzystuje zawarte w niej doniesienia oraz jest skorelowana z tymi dowodami. Wykorzystywanie modeli opartych na dowodach zapobiega podejmowaniu działań nieskutecznych lub szkodliwych (jatrogennych), jak również zmniejsza ryzyko powielania działań, które były już prowadzone. Niniejsze standardy zalecają odwoływanie się do aktualnego dorobku naukowego w zakresie skutecznej profilaktyki uzależnień od narkotyków oraz wykazywania, w jaki sposób program z niego korzysta.

Praktycy mogą kierować się przekonaniem, że nie dysponują aktualnymi doniesieniami naukowymi w planowaniu i realizacji działań profilaktycznych. Wiele organizacji, takich jak EMCDDA, zajmuje się upublicznianiem naukowych dowodów skuteczności profilaktyki. W rozdziale *Dodatkowy instruktaż* znajduje się lista baz danych oraz innych źródeł internetowych, które zajmują się publikowaniem najnowszych doniesień w omawianym zakresie. Zatem praktycy nie muszą sami dokonywać przeglądu i syntetyzować dowodów skuteczności. Niemniej jednak, kierownicy placówek, zleceniodawcy i sponsorzy powinni postępować zgodnie z proponowanymi standardami uznać potrzebę przeznaczenia dodatkowego czasu pracy np. na dokonanie przeglądu literatury fachowej oraz, tam gdzie to konieczne, finansowania np. udział w szkoleniach i konferencjach poświęconych profilaktyce uzależnień od narkotyków opartej na dowodach naukowych (zob. C: *Organizacja i rozwój personelu*).

Dowody skuteczności profilaktyki uzależnień od narkotyków rzadko są jednoznaczne, mogą również być sprzeczne, ponieważ często ograniczają się do konkretnej grupy docelowej, obszaru, środowiska (np. społeczne, decyzyjne, normatywne), itp. Dowody uzyskane w wyniku badań naukowych mogą być pomocne w działaniach praktycznych, jednak nie mogą zastępować doświadczenia zawodowego praktyków. Praktycy powinni integrować doniesienia naukowe z własną wiedzą (np. w zakresie lokalnych uwarunkowań, preferencji grupy docelowej, dostępności zasobów, doświadczeń z poprzednich edycji programu) w celu wyboru optymalnego kierunku działań w odniesieniu do grupy docelowej.

Tam gdzie naukowe dowody skuteczności działań nie są dostępne, można – w celu oceny skuteczności przeprowadzonych i zaplanowanych interwencji – opisać doświadczenie zawodowe praktyków oraz wiedzę interesariuszy. Należy jednak uważnie rozważyć ograniczenia tego typu źródeł wiedzy. Na przykład, nie należy ograniczać się do doświadczeń zdobytych na małej grupie i przenosić wynikające z nich wnioski na większą grupę lub zakładać, że osobiste opinie i doświadczenie mają większe

znaczenie naukowe. Należy wskazać okoliczności, które doprowadziły do błędu badawczego i/lub podać wyjaśnienia alternatywne w zakresie wcześniej obserwowanych wyników. Ponadto, tam gdzie dowody naukowe nie są dostępne należy, w ramach programu – celem wzbogacenia bazy dowodowej – przeprowadzić ewaluację wyniku (zob. 4.4: *Działania w przypadku planowania ewaluacji końcowych*).

Uwaga: nie należy mylić dowodów skuteczności z podsumowaniem oceny potrzeb, uzasadnieniem interwencji (zob. Etap 1: *Ocena potrzeb*) czy wynikami ewaluacji procesu.

Standardy podstawowe:

3.5.1 Dokonano przeglądu literatury fachowej i/lub podstawowych publikacji.	Przykładowe kwestie do rozważenia: skuteczność i wyniki programów w przypadku tych samych bądź podobnych grup(y) docelowych(ej), tego samego lub podobnego miejsca realizacji i w zakresie tych samych lub podobnych potrzeb. Przykład dowodów: podano źródła odpowiednich publikacji.
3.5.2 Uzyskane dane:	
mają charakter naukowy;	tzn. opierają się na sprawdzonej metodologii i dostarczają uprawnionych wniosków.
są aktualne;	tzn. nie zostały zastąpione nowszymi przeglądami/publikacjami i/lub są stosowane w bieżącej praktyce.
są adekwatne do programu;	tzn. uzyskane informacje stanowią niezbędną bazę dowodową w procesie planowania interwencji. Przykładowe kwestie do rozważenia: adekwatność do zidentyfikowanych potrzeb, grupy docelowej, modelu teoretycznego, itp.
są akceptowane w środowisku naukowym/ wśród specjalistów od profilaktyki.	Uwaga: przegląd fachowej literatury może wskazywać na wysoki poziom wiedzy, jednak uzyskane zalecenia mogą być niezgodne z etyką pracy profilaktycznej. Na przykład, wysoce represyjne strategie walki z przestępczością mogą nie być powszechnie akceptowane przez specjalistów od profilaktyki.
3.5.3 Wskazany jest przegląd literatury.	tzn. uwzględniono szereg źródeł, w tym na temat rozwiązań, które nie zawsze świadczą o skuteczności określonych podejść.
3.5.4 Kluczowe informacje są wykorzystywane w procesie konstruowania interwencji.	

3.6 Ustalenie harmonogramu

W planowaniu programu niezbędne jest ustalenie harmonogramu. Harmonogram zawiera terminy działań personelu, umożliwia koordynację pracy zespołu oraz innych zadań do wykonania. Harmonogram definiuje konieczne zasoby (np. poprzez dbałość o to, by wynagrodzenie członków personelu odpowiadało okresowi realizacji programu) (zob. Etap 5: *Zarządzanie i mobilizacja zasobów*). W przypadku planowania ewaluacji końcowych, harmonogram będzie określać termin gromadzenia danych procesu i/lub wyniku (zob. 4.4: *Działania w przypadku planowania ewaluacji końcowych*). Harmonogram służy również kontrolowaniu – poprzez monitoring – postępów w realizacji programu (np. czy wszystkie działania realizowane są zgodnie z planem? Czy należy dokonać modyfikacji?) oraz końcową ewaluację procesu (zob. 6.3: *Realizacja i monitoring* i 7.2: *Działania w przypadku ewaluacji procesu*). W końcu, opis ram czasowych może pokazać, że program został przemyślany. Harmonogram jest zatem niezbędny m.in. we wnioskach o dofinansowanie.

Harmonogram powinien być realistyczny i o ile to możliwe należy uzgadniać go z członkami personelu, którzy będą odpowiedzialni za jego realizację (zob. 5.3: *Powołanie zespołu do realizacji interwencji*). W planowaniu ram czasowych należy uwzględnić możliwie najkrótszy wariant, w jakim można zakończyć program (tzn. pod warunkiem, że będzie on wykonany zgodnie z planem), jak również najdłuższy (tzn. w przypadku trudności związanych z rekrutacją uczestników, opóźnień w finansowaniu, itp.). Komponent 5.1: *Zaplanowanie programu – przedstawienie planu projektu* zawiera rozwiązania alternatywne w tym zakresie. Na przeprowadzenie działań należy przeznaczyć odpowiednią ilość czasu, jednocześnie jednak, w trakcie ich realizacji, należy aktualizować harmonogram stosownie do potrzeb programu. Pomocnej wiedzy w zakresie właściwego ustalania harmonogramu należy szukać w podręcznikach z zakresu zarządzania projektami.

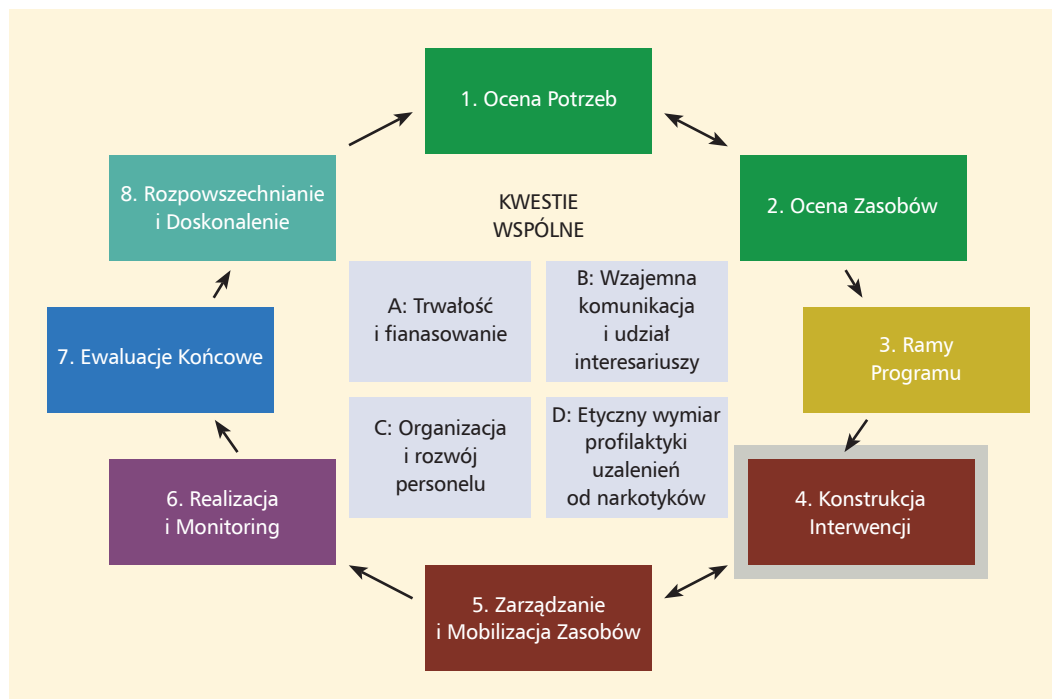
Panuje opinia, że z góry ustalony harmonogram jest optymalny w przypadku formalnych programów długoterminowych, natomiast już mniej w przypadku otwartych programów zorientowanych na klienta i jego potrzeby. W tym wypadku realizatorzy usług otwartych powinni ustalać harmonogram działań adekwatnie do realnych warunków prowadzonego programu.

Standardy podstawowe:	
3.6.1 Ustalono harmonogram programu.	
3.6.2 Harmonogram:	
• jest jasny i zrozumiały;	
• jest spójny;	
• jest realistyczny;	
• przedstawia kolejność wydarzeń i działań;	
• rozróżnia działania interwencyjne, monitorujące i ewaluacyjne oraz zadania administracyjne;	
• ilustruje kluczowe działania w realizacji programu;	Przykłady kluczowych działań: realizacja poszczególnych etapów projektu; regulaminowe sprawozdania monitorujące oraz nadsyłanie danych.
• określa terminy zakończenia działań.	
3.6.3 Terminy, czas realizacji i częstotliwość działań są adekwatne do osiągnięcia celów częściowych.	Przykłady adekwatności: harmonogram jest właściwy dla grupy docelowej; intensywność interwencji (np. liczba sesji) odpowiada zakładanemu stopniowi zmiany.
Standardy specjalistyczne:	
3.6.4 Harmonogram:	
• jest szczegółowy;	
• ma formę graficzną.	Przykłady formy graficznej: matryca, wykres liniowy, wykres słupkowy.
3.6.5 Harmonogram uwzględnia okres próbny.	Standard podstawowy w przypadku wymogu interwencji pilotażowej.
3.6.6 Harmonogram uwzględnia okres adaptacji.	Standard podstawowy w przypadku wyboru istniejącej interwencji.

ETAP 4

Etap 4

Konstrukcja interwencji



Treści merytoryczne interwencji zwykle opisywane są w zaleceniach niż w standardach jakości, gdyż zależą one od programu, jego celów strategicznych itp. Istnieje jednak kilka formalnych aspektów, na podstawie których można sformułować wnioski ogólne. Niniejsze standardy pomagają w tworzeniu nowej interwencji, jak również w wyborze i adaptacji istniejącej. Standardy skłaniają również do rozważenia wymagań w zakresie ewaluacji, które stanowiłyby część procesu konstruowania interwencji.

4.1 Konstruowanie z myślą o jakości i skuteczności: Jak już wspomniano, istotnym aspektem prowadzonego programu jest oparcie go o sprawdzone naukowe modele teoretyczne. Tam gdzie to możliwe interwencja powinna być konstruowana jako logiczny ciąg działań odzwierciedlających postępy uczestników w trakcie jej prowadzenia.

4.2 Działania w przypadku wyboru istniejącej interwencji: Zanim powstanie nowa forma interwencji należy zbadać czy nie istnieje już podobna, która jest realizowana bądź została opisana w formie podręcznika. Przy wyborze istniejącej interwencji należy uwzględnić kilka czynników (m.in. odpowiedź na zidentyfikowane potrzeby grupy docelowej). Dzięki takim zabiegom interwencja będzie adekwatna do uwarunkowań programu.

4.3 Dopasowanie interwencji do grupy docelowej: Bez względu na to czy konstruowana jest nowa interwencja czy adaptowana już istniejąca, należy dopasować ją do grupy docelowej zgodnie z wynikami oceny potrzeb. W przypadku wyboru istniejącej interwencji dostosowanie jej można przeprowadzić w fazie adaptacji. Ponadto, opracowanie interwencji powinno stwarzać możliwości jej modyfikacji w trakcie realizacji bez konieczności odchodzenia od pierwotnego planu.

4.4 Działania w przypadku planowania ewaluacji końcowych: konstruując interwencję należy również zaplanować monitoring działań oraz końcowe ewaluacje procesu i wyniku. Zespół ds. ewaluacji powinien dokonać wyboru odpowiedniego wariantu ewaluacji oraz zdefiniować wskaźniki, które będą odpowiadać celom programowym i częściowym. Należy określić, które dane i w jaki sposób będą zbierane (np. ustalenie harmonogramu i wykorzystywanych narzędzi). W przypadku planowania ewaluacji wyniku, należy ustalić model badawczy. Planowanie ewaluacji na tym etapie sprawia, że dane konieczne do monitoringu i ewaluacji końcowych będą miały właściwą formę kiedy będą potrzebne.

Działania związane z niniejszym etapem można realizować w tym samym czasie co działania związane z zarządzaniem i mobilizacją zasobów.

4.1 Konstruowanie z myślą o jakości i skuteczności

Po scharakteryzowaniu podstaw interwencji (zob. Etap 3: *Ramy programu*) kolej na szczegóły. Jak już wcześniej wspomniano – tam gdzie jest to możliwe interwencja powinna być konstruowana jako logiczny ciąg działań odzwierciedlający rozwój uczestników w trakcie interwencji. W trakcie konstruowania interwencji należy również wziąć pod uwagę etyczne zasady profilaktyki uzależnień od narkotyków (zob. D: *Etyczny wymiar profilaktyki uzależnień od narkotyków*).

Niniejsze standardy mają służyć opracowywaniu nowych interwencji. Można z nich korzystać także w przypadku wyboru i adaptacji istniejących programów. Możliwość zastosowania standardów zależy jednak od typu programu. Przykładowo, niektóre standardy mogą nie mieć zastosowania w przypadku interwencji, w których realizatorzy nie mają możliwości zbudowania długotrwałych relacji z uczestnikami (np. programy zorientowane na uczestników i ich potrzeby, programy krótkoterminowe, krótkie interwencje, programy środowiskowe).

Przed rozpoczęciem konstruowania interwencji należy sięgnąć do rozmaitych źródeł, takich jak publikacje na temat skuteczności działań profilaktycznych (zob. 3.5: *Odwołanie się do dowodów skuteczności*), ewaluacji wyniku i procesu w zakresie zrealizowanych programów (w tym interwencji pilotażowych) oraz baz danych programów modelowych (np. 2 i 3 poziom jakości projektu EDDRA, baza danych NREPP – zob. *Dodatkowy instruktaż*). Uzyskane w ten sposób informacje udzielą odpowiedzi na pytanie co się sprawdziło, w jaki sposób osiągnięto rezultaty oraz jakie wnioski płyną dla konstrukcji interwencji. Modele oparte na dowodach naukowych chronią realizatorów przed stosowaniem rozwiązań, które okazały się nieskuteczne bądź generowały negatywne (jatrogenne) skutki. W celu poznania doświadczeń związanych z realizacją programów można również skontaktować się z ich twórcami bądź realizatorami.

Zaleca się sprawdzić, czy istnieje już i jest dostępna właściwa interwencja. Jeśli tak, można ją zaadaptować zamiast opracowywać nową. Standardy w komponencie 4.2: *Działania w przypadku wyboru istniejącej interwencji* instruują, w jaki sposób dokonywać wyboru istniejącej interwencji. Jednak w przypadku braku odpowiednich interwencji, twórcy i realizatorzy programów powinni opracowywać nowe interwencje w oparciu o przegląd sprawdzonych rozwiązań.

Standardy podstawowe:

4.1.1 Treść interwencji jest zgodna z zaleceniami w zakresie dobrych praktyk opartych na dowodach.	
4.1.2 Zastosowane podejście naukowe jest opisane, w miarę możliwości ze szczegółami.	Przykład dowodów: na poparcie dowodów zastosowano przypisy.
4.1.3 Program bazuje na pozytywnych relacjach z uczestnikami.	tzn. relacje pomiędzy personelem i uczestnikami opierają się na wzajemności, partnerstwie i zaufaniu.
4.1.4 W programie doceniane są doświadczenia uczestników i dostrzegane ich (trudne) sytuacje życiowe.	
4.1.5 Zasadą programu jest obejmowanie działaniami osób z różnych środowisk. Należy pamiętać także o zasadzie etycznego zachowania w stosunku do uczestników programu.	Przykładowe kwestie do rozważenia: płeć, kultura, wymagania dotyczące umiejętności czytania i pisania, niepełnosprawność, różnice społeczno-ekonomiczne.
4.1.6 Zdefiniowano ukończenie programu.	
Uwaga: Pomyślne ukończenie programu na ogół równoznaczne jest z osiągnięciem zakładanych celów. Jednak nie zawsze daje się je osiągnąć, dlatego też warto określić inne sposoby, za pomocą których realizator i uczestnicy będą wiedzieli, że interwencja została ukończona (może to być np. wydanie świadectwa uczestnictwa w programie). Sukces należy zatem również zdefiniować na poziomie realizacji (tzn. interwencja została przeprowadzona zgodnie z planem). Ponadto, cele nie muszą odnosić się do poszczególnych uczestników interwencji, ale do grupy uczestników (np. zmniejszenie liczby młodych ludzi zgłaszających używanie kokainy). Definicja zakończenia interwencji musi być adekwatna do jej typu. Przykładowe kwestie do rozważenia: • ile sesji można opuścić na początku programu (np. uczestnicy muszą rozpocząć program najpóźniej na trzeciej sesji); • w ilu sesjach uczestnik musi wziąć udział, by ukończyć program; ile sesji może opuścić; • czy uczestnicy mogą odrabiać sesje, a jeśli tak, to w jaki sposób (np. dodatkowe prace domowe, wizyty personelu); • czy program przewiduje elementy obowiązkowe (UNODC, 2009a: 37).	

Standardy specjalistyczne:	
4.1.7 Program odzwierciedla złożone podejście do kwestii zdrowia i funkcjonowania społecznego, w szczególności:	tzn. uwzględnia psycho-bio-społeczną naturę potrzeb związanych z narkotykami.
• kładzie nacisk na różne aspekty życia jednostki oraz dotyka wielu sfer życia;	Przykładowe kwestie do rozważenia: zdrowie psychiczne, funkcjonowanie społeczne. Przykłady sfer życia: szkoła, rodzina, społeczność.
• składa się z kilku części składowych i wykorzystuje różne metodologie;	Przykłady części składowych: dostarczanie informacji, kształtowanie umiejętności społecznych i emocjonalnych, zmiana strukturalna (np. ustawodawstwo), usługi (np. poradnictwo).
• jest włączony w funkcjonowanie społeczności, tam gdzie to właściwe.	
4.1.8 Program jest ukierunkowany na stopniowy rozwój, w szczególności:	
• jest skonstruowany jako nieustanny długoterminowy proces;	tzn. towarzyszy uczestnikom przez dłuższy okres ich życia. Przykład dowodów: wskazuje ścieżki rozwoju w oparciu o coraz większy wachlarz umiejętności i wiedzy.
• stopniowo przybiera na intensywności;	tzn. w miarę upływu czasu dokonywane są coraz ważniejsze zmiany.
• w miarę rozwoju uczestników program dzieli się na różne opcje, a pokonywanie kolejnych etapów ma konsekwentny, ciągły i logiczny charakter;	Przykład zastosowania: różne programy w miarę dojrzewania dzieci.
• wskazuje na możliwości kontynuowania nauki po zakończeniu interwencji;	
• po określonym czasie realizowany jest powtórnie.	Standard podstawowy w przypadku gdy baza dowodowa (ang. evidence base) sugeruje, że powtórna realizacja jest kluczowa dla osiągnięcia skuteczności. Przykład: dodatkowe sesje szkoleniowe w zakresie umiejętności życiowych.

Standardy specjalistyczne (cd.):	
4.1.9 Program pomaga uczestnikom odkryć i uświadomić sobie własne zasoby, w szczególności:	
• kładzie nacisk na mocne strony uczestników i wskazuje na alternatywne rozwiązania wobec szkodliwych wyborów;	
• wspiera uczestników w dbaniu o własne zdrowie;	Przykład celu powiązanego: rozwijanie świadomości zdrowotnej.
• cechuje go pozytywny klimat promocji zdrowia;	
Uwaga: ‘klimat’ odnosi się do sposobu, w jaki realizator programu (np. ośrodek terapii uzależnień od narkotyków) odbierany jest przez uczestników i członków personelu (tzn. ‘styl’ lub atmosfera). Przejawia się to w kwestiach, takich jak: obowiązujące normy, cele, wartości, relacje interpersonalne i struktury organizacyjne (CCSA, 2009). Na przykład, realizator powinien być przyjaźnie nastawiony, otwarty, wspierający i zaangażowany.	
• wzmacnia i uznaje tradycje kulturowe, tam gdzie to właściwe.	
Cel: wsparcie w osiąganiu celów profilaktyki uzależnień od narkotyków poprzez podniesienie poczucia bezpieczeństwa uczestników oraz stymulowanie uczestnictwa w działaniach społeczności (UNODC, 2004).	
Uwaga: w niektórych kulturach pewne substancje psychoaktywne często są dozwolone, natomiast inne zabronione. Może to kolidować z codziennym funkcjonowaniem niektórych uczestników i/lub celami interwencji. Interwencja nie powinna przyzwalać na używanie narkotyków, jednak należy pamiętać o kulturowym stosunku do nich i w związku z tym dokonywać odpowiednich modyfikacji działań.	
4.1.10 Program bazuje na pozytywnych relacjach z uczestnikami, w szczególności:	
• zespół pracuje z grupą docelową w terenie;	Uwaga: Skład zespołu terenowego będzie zależeć od grupy docelowej (np. praktycy, personel rówieśniczy).
• grupa docelowa ma możliwość zapoznania się z programem i personelem;	Przykład realizatora: ośrodek leczenia uzależnień od narkotyków.
• podejście wobec grupy docelowej jest konsekwentne.	

Standardy specjalistyczne (cd.):

uczestnicy mają szansę postrzegać program jako sensowny, produktywny i zasadny.	
w programie dostrzegane są osoby ważne dla społeczności.	Przykład ważnych osób: 'liderzy' społeczności.
członkowie rodziny lub osoby bliskie grupie docelowej są konsultowane lub angażowane w działania programowe, tam gdzie to właściwe.	Przykład członków rodziny: rodzice uczniów.
program obejmuje działaniami grupy wykluczone i/lub marginalizowane.	
personel ma szansę być zaakceptowany przez grupę docelową.	
4.1.11 Działania w ramach programu stwarzają szansę na zaangażowanie uczestników, w szczególności:	
będą atrakcyjne i przyjemne dla uczestników;	
zostały zaprojektowane w twórczy i innowacyjny sposób;	Przykłady źródeł innowacji: zidentyfikowane wady innych działań, wykorzystanie modeli spoza profilaktyki uzależnień, bazowanie na doświadczeniu.
istnieje równowaga pomiędzy działaniami o charakterze interaktywnym i dydaktycznym;	
działania mają charakter indywidualny i grupowy;	Uwaga: należy uwzględnić doświadczenia uczestników w pracy grupowej, jak również trenować umiejętności pracy w grupie.
motywują uczestników do aktywnego uczestniczenia;	Przykład uczestniczenia: działania dają uczestnikom szansę przewodniczenia i wyrażania opinii, na przykład poprzez prowadzenie grupy dyskusyjnej, zorganizowanie niewielkiej imprezy, bycie liderem rówieśniczym.
są zorientowane na uczestników i są elastyczne wobec ich potrzeb.	

4.2 Działania w przypadku wyboru istniejącej interwencji

Opracowanie nowej interwencji nie zawsze jest koniecznym czy możliwym rozwiązaniem. Zamiast tego bardziej skuteczne może być zaadaptowanie już istniejącej interwencji, która odpowiada na zidentyfikowane potrzeby (zob. Etap 1: *Ocena potrzeb*). Adaptacja istniejącej interwencji zmniejsza ryzyko dublowania działań oraz wykorzystuje aktualną wiedzę na temat skutecznych praktyk w profilaktyce uzależnień od narkotyków. Powtórzenie jest również ważne z naukowego punktu widzenia, ponieważ bada czy uzyskane wcześniej wyniki mogą być ponownie osiągnięte. Jeśli program realizowany jest w nowym otoczeniu widać również czy wnioski na temat jego skuteczności można uogólniać (np. w odniesieniu do grupy docelowej czy miejsca realizacji).

Realizatorzy mogą odszukać istniejące interwencje w bazach danych oraz innych zbiorach interwencji modelowych (np. poziomy jakości EDDRA 2 i 3, baza danych NREPP – zob. również *Dodatkowy instruktaż*). Internetowe bazy danych oferują możliwość filtrowania interwencji według konkretnych kryteriów wyszukiwania (np. według grupy docelowej). Istniejąca interwencja powinna być wybrana, jeśli we właściwy sposób spełnia odpowiednie lokalne wymagania. Standardy w niniejszym komponencie wskazują czynniki, które należy brać pod uwagę przy wyborze istniejącej interwencji. Wybrana interwencja powinna również spełniać standardy określone w komponencie 4.1: *Konstruowanie z myślą o jakości i skuteczności*. Ponadto, warto zastanowić się, w jaki sposób proponowany program, jego treść i sposób realizacji spełnia wymagania nowego programu (NIDA, 2003). Przy ocenie jakości istniejących interwencji można także posłużyć się the USA *Standards of Evidence* (Flay i wsp., 2005).

Konsultacje prowadzone w fazie tworzenia standardów wykazały, że w wielu krajach brak jest wystarczającej ochrony praw autorskich twórców programów. Pojawiały się doniesienia, że realizatorzy prowadzą interwencje bez podawania autorów czy ich wynagradzania przez co łamią prawa autorskie. Standardy zawierają wymóg podawania autorów oryginalnej interwencji. Również w przypadku odpłatnych interwencji realizatorzy mają obowiązek nabywania licencji oraz innych niezbędnych materiałów. Tego typu koszty należy zatem uwzględniać w planie finansowym. Mogą one również ograniczać dostęp do niektórych programów. Jednak, na prośbę realizatora twórcy programów mogą zaproponować wersje bardziej ekonomiczne (np. korzystanie z tańszych materiałów) (zob. 5.2: *Określenie wymagań finansowych* i 5.5: *Opracowanie materiałów do realizacji interwencji*).

W przypadku wyboru istniejącej interwencji istnieje ryzyko realizacji działań i stosowania metodologii (np. model teoretyczny) bez uwzględniania wyników oceny potrzeb oraz ram programu. W związku

z tym niniejszy komponent kładzie nacisk na potrzebę adaptacji. Adaptacja to staranne, celowe i zaplanowane zmiany dokonane w oryginalnej wersji interwencji przed rozpoczęciem realizacji. Zmiany te mają na celu zadbanie o to, by interwencja odpowiadała określonym uwarunkowaniom programu (np. potrzebom grupy docelowej) oraz, by utrzymać na tym samym poziomie lub zwiększyć skuteczność realizowanych działań. Wszystkie zmiany muszą być właściwie uzasadnione oraz dokonywane w minimalnym stopniu tak, by nie odbijały się na jakości czy skuteczności programu. Należy określić kluczowe elementy oryginalnej interwencji oraz zachować ich pierwotny kształt w jak największym stopniu (NIDA, 2003; CSAP, 2002).

Nie należy korzystać z istniejących interwencji, jeśli nie są one jeszcze dostępne lub wciąż znajdują się w fazie rozwoju i testów. W takich przypadkach twórcy programów i realizatorzy mogą skonstruować interwencję opartą na dowodach (zob. 3.5: *Odwołanie się do dowodów skuteczności*;

4.1: *Konstruowanie z myślą o jakości i skuteczności*). Standardy w niniejszym komponencie mają zastosowanie jedynie w przypadku adaptacji istniejącej interwencji.

Standardy w komponencie 4.3: *Dopasowanie interwencji do grupy docelowej* zawierają dalsze wskazówki w przypadku adaptowania interwencji. Więcej informacji na temat tego, jak dokonywać wyborów i adaptować programy pod kątem kulturowym, można znaleźć m.in. w podręcznikach *Achieving Outcomes* (CSAP, 2002) oraz *Guide to implementing family skills training programmes for drug abuse prevention* (UNODC, 2009a), na których również bazują niniejsze standardy.

Standardy podstawowe w przypadku wyboru istniejącej interwencji:

4.2.1 Przy wyborze istniejącej interwencji rozważane są następujące czynniki:

- korzyści i wady programu, w tym ewentualne skutki negatywne (jatrogeenne);

Uwaga: należy przewidzieć charakter i ryzyko niechcianych skutków. Należy zaniechać interwencji, jeśli ryzyko jest zbyt wysokie lub skutki niepożądane zbyt poważne.

Przykładowe kwestie do rozważenia: potencjalne korzyści i straty dla realizatora, uczestników i innych ważnych interesariuszy.

Zob. również D: *Etyczny wymiar profilaktyki uzależnień od narkotyków*.

Standardy podstawowe w przypadku wyboru istniejącej interwencji (cd.):	
• równowaga między możliwą adaptacją i wierną realizacją;	
• wykonalność interwencji.	tzn. czy działania proponowane w istniejącej interwencji dadzą się zrealizować. Przykłady: zasoby finansowe i wiedza na temat metod są wystarczające; metody nie są zbyt skomplikowane.
4.2.2 Ustalono czy interwencja pasuje do lokalnych uwarunkowań, w szczególności:	
• uzyskane wyniki odpowiadają zakładanym celom programowym i częściowym rozważanego programu;	
• istniejąca interwencja jest odpowiednia do wybranego miejsca realizacji rozważanego programu;	
• warunki wyjściowe zidentyfikowane na podstawie oceny potrzeb są podobne;	Przykład: podobne potrzeby grupy docelowej, podobne czynniki ryzyka i czynniki chroniące.
• wymagane zasoby są dostępne.	
4.2.3 Podano autorów oryginalnej interwencji lub programu.	
4.2.4 Istniejąca interwencja została zaadaptowana:	
• metodycznie;	
• z uwzględnieniem różnic między oryginalną interwencją i faktycznymi warunkami;	
• poprzez poznanie modelu teoretycznego leżącego u podstaw oryginalnej interwencji;	
• poprzez uwzględnienie równowagi między adaptacją i wierną realizacją;	tzn. zadbano o zgodność interwencji z dowodami skuteczności.

Standardy podstawowe w przypadku wyboru istniejącej interwencji (cd.):

w oparciu o dostępne zasoby.	Uwaga: kwestie dotyczące zasobów nie powinny być ważniejsze od – zgodnej z oryginałem – realizacji zaadaptowanego programu. Oszczędzanie na nich może odbić się negatywnie na jakości czy skuteczności interwencji.
4.2.5 Jasno określono zakres adaptacji.	tzn. udokumentowano, które elementy zostały zmienione.
Standardy specjalistyczne:	
4.2.6 Rozważono czy należy przeprowadzić badanie na temat możliwości powtórzenia istniejącej interwencji.	Przykłady typów powtórzenia: adaptacja istniejącej interwencji przy tych samych bądź innych uwarunkowaniach, np. inna grupa docelowa, różne warianty realizacji lub realizatorzy.
4.2.7 Przy wyborze istniejącej interwencji należy rozważyć następujące czynniki:	
dowody skuteczności;	tzn. skuteczność została udowodniona w zadowalający sposób lub przynajmniej wskazana. Uwaga: Pierwszeństwo należy się programom na najwyższym poziomie udowodnionej skuteczności, na przykład tam gdzie pożądane skutki miały najszerzy zasięg. Dodatkowy instruktaż: skuteczność można ustalić za pomocą narzędzia the <i>USA Standards of Evidence</i> (Flay i wsp., 2005).
czy interwencja uzyskała akredytację bądź status interwencji modelowej.	tzn. pierwszeństwo mają interwencje akredytowane lub modelowe.
4.2.8 Modele teoretyczne są właściwie dostosowane.	Standard podstawowy w przypadku stosowania modelu teoretycznego.
4.2.9 W razie konieczności decyzja o wyborze interwencji konsultowana jest z wykwalifikowanym ewaluatorem.	
4.2.10 Podano organizacje, które dotychczas zrealizowały program.	
4.2.11 Powołano zespół do spraw 'kulturowej adaptacji' programu.	
4.2.12 W skład zespołu wchodzi:	

Standardy specjalistyczne (cd.):	
• twórca programu (lub jego przedstawiciel);	
• tłumacz, w razie konieczności;	
• przedstawiciele zespołu ewaluacyjnego lub instytutu badawczego;	
• przedstawiciele społeczności, tam gdzie to zasadne;	
• przedstawiciele grupy docelowej;	
• członkowie personelu, tam gdzie to zasadne;	Uwaga: w tym wolontariusze, itp.
• przedstawiciel podmiotu finansującego, tam gdzie to zasadne.	
4.2.13 Tłumaczenia są wykonane przez wykwalifikowanego tłumacza.	Przykład: tłumaczenia materiałów interwencyjnych.
4.2.14 Uwzględniono doświadczenia z dotychczas zrealizowanych podobnych programów i adaptacji.	
4.2.15 Istniejąca interwencja adaptowana jest:	
• na początku w wersji minimum;	tzn. adaptacja dokonywana jest etapami. Na przykład, na pierwszym etapie adaptowane są formy lingwistyczne (słownictwo), treści wizualne i przykłady.
• poprzez identyfikację i zachowanie kluczowych elementów oryginalnej interwencji;	
tzn. kluczowe element nie podlegają zmianie.	
Standard podstawowy w przypadku gdy przeprowadzono badania w zakresie kluczowych elementów programu i jego wyniki są dostępne.	
Przykłady możliwych kluczowych elementów: model teoretyczny; liczba zalecanych liderów grup; liczba, rodzaj i długość sesji; kolejność sesji; podstawowe komunikaty, tematy, informacje, mediatory będące przedmiotem interwencji.	
• W razie konieczności, interwencja adaptowana jest w porozumieniu z twórcą programu.	Uwaga: można to zrobić poprzez kontakt telefoniczny, email lub wideo konferencję.

4.3 Dopasowanie interwencji do grupy docelowej

Bez względu na to czy konstruowana jest nowa interwencja czy adaptowana jest już istniejąca, należy ją dopasować do konkretnych wymagań programu. Na przykład, działania w ramach interwencji czy materiały mogą być modyfikowane adekwatnie do potrzeb grupy docelowej. Ma to na celu utrzymanie bądź zwiększenie skuteczności interwencji (zob. 4.2: *Działania w przypadku wyboru istniejącej interwencji*).

Umiejętnością kluczową personelu realizującego program, w tym względzie, jest wrażliwość kulturowa (patrz C: *Organizacja i rozwój personelu*). Włączanie kwestii kulturowych do wszystkich działań, które mogą mieć na nie wpływ jest otwarcie się na specyfikę odmienności kulturowej, związanej z profilaktyką uzależnień od narkotyków. Kultura, jako ogół wspólnych wartości, przekonań, zachowań itp., który charakteryzuje daną grupę społeczną, może być istotna w doborze działań profilaktycznych. Na przykład, może odnosić się do różnych oczekiwań zarówno uczestników, jak i członków personelu związanych z ryzykiem używania narkotyków itp. Należy mieć świadomość istnienia różnych typów kultury (np. kultura etniczna, kultura młodzieżowa, kultura biedy).

Wrażliwość kulturowa sprawia, że prowadzona interwencja bardziej wpisuje się w potrzeby grupy docelowej, co może podnosić jej skuteczność. Brak wrażliwości kulturowej może stanowić barierę w procesie rekrutacji i utrzymania uczestników w programie (zob. 5.4: *Rekrutacja i utrzymanie uczestników*). Problematyka interwencji powinna być dostosowana kulturowo do uczestników biorących udział w programie (np. opierać się na wiedzy z zakresu norm i praktyk związanych z narkotykami). Niektóre praktyki kulturowe mogą kłócić się z zasadami opartej na dowodach naukowych i etycznej profilaktyki uzależnień od narkotyków (np. praktyki, które promują szkodliwe wzory używania narkotyków, dyskryminację czy wykluczenie) (zob. D: *Etyczny wymiar profilaktyki uzależnień od narkotyków*; 3.5: *Odwołanie się do dowodów skuteczności*). W takich przypadkach należy starannie rozważyć znaczenie i wpływ tego typu praktyk na kształt prowadzonej interwencji. Należy również uwzględnić indywidualne różnice w grupach. Więcej informacji na temat podchodzenia do kwestii etniczności w planowaniu programów znajduje się m. in. w podręczniku *Drug abuse prevention among youth from ethnic and indigenous minorities* (UNODC, 2004).

Przy dopasowywaniu interwencji do grupy docelowej należy wziąć pod uwagę przeprowadzoną diagnozę jej potrzeb (1.4: *Rozpoznanie grupy docelowej*) i, tam gdzie to możliwe, można włączyć członków grupy docelowej w prace nad adaptacją interwencji (zob. B: *Wzajemna komunikacja i udział interesariuszy*).

Poprzez odpowiedni margines swobody w konstrukcji interwencji, można zmniejszyć ryzyko dokonywania nieplanowanych modyfikacji *ad hoc* w trakcie realizacji (zob. 6.4: *Modyfikacja interwencji*).

Standardy podstawowe:	
4.3.1 Program jest adekwatny i dopasowany do konkretnych warunków w zakresie:	
• potrzeb uczestników;	
• miejsca realizacji;	
• środowiska pracy;	tzn. organizacji-beneficjenta lub społeczności, w której prowadzona jest interwencja.
• wieku i fazy rozwoju uczestników;	Przykłady: dzieci, młodzi dorośli, osoby starsze.
• płci uczestników;	
• płci społeczno-kulturowej (ang. gender);	
• kultury uczestników.	tzn. widać wyraźnie, że wrażliwość kulturowa jest ujęta w programie.
4.3.2 Elementy podlegające dopasowaniu obejmują:	
• język;	Uwaga: w tym komunikację pisemną i ustną. Przykłady: uwzględniono tłumaczenia ustne i pisemne, posługiwanie się różnymi formami językowymi przez personel, wyrażenia slangowe używane przez grupę docelową (np. nazwy narkotyków), tablice informacyjne i oznakowanie placówki, narzędzia i materiały służące do ewaluacji i monitoringu.
• aktywności i metody realizacji;	
• przesłania interwencji;	Przykłady: przesłania zawarte w filmach, argumenty w dyskusjach, status prawny narkotyków, dane normatywne, piosenki, opowiadania, tańce.
• okres trwania, częstotliwość i tempo interwencji;	
• liczba uczestników w aktywności.	

Standardy specjalistyczne:	
4.3.3: Program jest adekwatny i dopasowany do konkretnych warunków w zakresie:	
• zidentyfikowanych czynników ryzyka i czynników chroniących;	Standard podstawowy w przypadku przeprowadzenia analizy czynników ryzyka i czynników chroniących.
• norm i wartości uczestników;	
• statusu społeczno-ekonomicznego;	
• rejonu geograficznego;	
• innych ważnych cech grupy docelowej;	
• różnic między uczestnikami.	
4.3.4 Materiały zostały dopasowane do grupy docelowej.	Standard podstawowy w przypadku korzystania z materiałów (np. podręczniki, strony internetowe). Przykłady: dopasowanie wzornictwa, konkretnych symboli, treści wizualnych w podręcznikach.

4.4 Działania w przypadku planowania ewaluacji końcowych

Ewaluacja stanowi integralną część wysokojakościowej profilaktyki uzależnień od narkotyków. Bez ewaluacji nie ma możliwości poznania czy interwencja działa zgodnie z zamierzeniami: czy jest skuteczna w generowaniu pożądanych zmian u uczestników, czy może jest również źródłem skutków niepożądanych? Czy zakładane cele programowe i częściowe są osiągnięte (zob. 3.3: *Określenie celów strategicznych, programowych i częściowych*)? W jaki sposób uczestnicy i członkowie personelu postrzegają jakość i zasadność interwencji? Realizatorzy mogą niepokoić się, że ewaluacja obnaża słabe strony programu. W rzeczywistości, ewaluacja winna być traktowana przez realizatorów jako okazja do zrozumienia, doskonalenia i lepszego promowania programu. Wyniki ewaluacji pomagają ustalić czy program powinien być kontynuowany i jak można go usprawnić (zob. Etap 8: *Rozpowszechnianie i doskonalenie*).

Niniejszy komponent skupia się na ewaluacji wyniku jako narzędziu oceny osiągnięcia celów programowych i częściowych oraz na ewaluacji procesu jako narzędziu do poznania, w jaki sposób cele te zostały osiągnięte lub, których nie udało się zrealizować. Należy rozróżnić te dwa typy ewaluacji, ponieważ mają one różne zastosowania i wykorzystują różne dane. Są również inne typy ewaluacji, które mogłyby być istotne dla programu, jednak nie są one przedmiotem niniejszych standardów (zob. Uhl i wsp., 2010). Standardy dotyczące konstruowania programów badawczych z zakresu ewaluacji wyniku, opierają się w głównej mierze na *the USA Standards of Evidence* (Flay i wsp., 2005).

Ewaluacja wyniku ocenia jak skuteczna jest interwencja w generowaniu pożądanych wyników, tzn. zmian u uczestników zgodnie z celami programowymi i częściowymi. Jako kryterium minimum, dane dotyczące wyniku (np. na temat używania narkotyków) zbierane są od uczestników na początku ('pre-test') oraz na końcu interwencji ('post-test') (zob. Rycina 6, str. 153). Wyniki interwencji mierzone są poprzez porównanie danych post-testu i pre-testu i zbadanie czy wystąpiły znaczące zmiany u uczestników między początkiem i końcem interwencji. Jeśli ewaluacja ma formę losowego badania kontrolowanego zaobserwowane zmiany można przypisać interwencji (tzn. założyć, że zmiany zostały spowodowane przez interwencję). Rozróżnia się wiele schematów ewaluacji, w tym nieeksperymentalny, quasi-eksperymentalny oraz losowe badanie kontrolowane (ang. randomised controlled trial)

Ewaluacja procesu dokumentuje i analizuje produkty interwencji (np. jakie działania zostały zrealizowane, kto brał w nich udział i kto je przeprowadził). Dane dotyczące procesu zbierane są podczas realizacji programu (np. w ramach monitoringu) i analizowane po zakończeniu interwencji w celu uzyskania wniosków na temat programu oraz wiedzy pomocnej w jego doskonaleniu. Należy rozważyć następujące kwestie: stopień dotarcia i zasięg (tzn. poziom reprezentowania grupy docelowej przez uczestników);

akceptacja interwencji przez uczestników (np. adekwatność treści i użytych materiałów); wierność (tzn. czy interwencja była przeprowadzona zgodnie z planem; czy została wybrana istniejąca interwencja, czy interwencja w zadowalającym stopniu odzwierciedlała pierwotną interwencję opartą na dowodach?); wykorzystanie zasobów (np. opłacalność). Aspekty te należy również brać pod uwagę w trakcie realizacji w ramach monitoringu w celu zapewnienia wysokiej jakości interwencji (zob. 6.3: *Monitoring w fazie realizacji*).

Obecnie coraz powszechniejszą praktyką jest prowadzenie ewaluacji procesu niż wyniku. Jednak ewaluacje procesu nie mogą zastąpić ewaluacji wyniku w przypadku, gdy realizator pragnie poznać skutki interwencji wśród uczestników (np. zadowolenie uczestników nie jest właściwym wskaźnikiem skuteczności interwencji).

Chociaż tego typu ewaluacje są prowadzone dopiero po zakończeniu interwencji (zob. Etap 7: *Ewaluacje końcowe*) należy zaplanować je na niniejszym etapie. W ten sposób ewaluacja zostanie włączona w konstrukcję interwencji. Dzięki temu, odpowiednie dane i zasoby konieczne do ewaluacji, będą dostępne w razie potrzeby.

Pierwszy standard w niniejszym komponencie stawia wymaganie dotyczące wyboru optymalnego schematu ewaluacji. Z naukowego punktu widzenia, należy ewaluować wszystkie interwencje z zakresu profilaktyki uzależnień od narkotyków w celu poznania ich skuteczności. Jednak, w rzeczywistości istnieje wiele barier uniemożliwiających dokładną ewaluację. Konsultacje prowadzone w fazie opracowywania niniejszych standardów wykazały, że do najczęstszych barier należą koszty związane z ewaluacjami wyniku (np. w zakresie zbioru i analizy danych), brak zasobów finansowych (np. środków starcza jedynie na interwencję a już nie na ewaluację), brak zasobów ludzkich (np. niezbędna wiedza fachowa), brak wsparcia technicznego (np. w zakresie zbioru i analizy danych) oraz wykonalność (np. stosowanie eksperymentalnych schematów badawczych w programach zdrowotno-społecznych ukierunkowanych na pacjenta, prowadzenie długoterminowych badań kontrolnych). Większość z tych barier dotyczy zarówno ewaluacji procesu, chociaż niektóre odgrywają większą wagę w przypadku ewaluacji wyniku. Ponadto, odejście od modeli opartych na udzielaniu informacji w stronę programów rozwijających umiejętności oraz związany z tym nacisk na zmianę zachowania (w miejsce pogłębiania wiedzy), wpłynęły na złożoność ewaluacji wyniku. Niemniej, konsultanci docenili wagę prezentowanych standardów uzasadniając to tym, że solidne schematy ewaluacyjne są niezbędne w budowaniu bazy dowodowej w zakresie profilaktyki uzależnień od narkotyków w Europie.

W efekcie, schemat ewaluacji musi odpowiadać zasobom, do których realizator ma (lub ma szansę mieć) dostęp. Ewaluacje wyniku i procesu powinny być zawsze prowadzone w przypadku projektów makro

(np. stworzonych w celu udowodnienia skuteczności eksperymentalnej bądź rzeczywistej niektórych modeli, będących beneficjentami znacznego wsparcia rządowego lub prowadzonych na obszarze całego kraju). Zalecanym schematem takich ewaluacji są losowe badania kontrolowane, ponieważ generują one dowody najwyższej jakości. Inne schematy powinny być uwzględniane jedynie w przypadku braku możliwości wykonania badań losowych. W przypadku projektów mikro realizowanych przy ograniczonych zasobach, należy przeprowadzić ewaluację procesu w celu uzyskania istotnych informacji na temat jakości programu oraz zbadania czy zasadne jest przeprowadzenie ewaluacji wyniku (zob. 8.1: *Decyzja czy program powinien być kontynuowany*). Należy również rozważyć zastosowanie ewaluacji wyniku wymagających mniejszych zasobów (np. schemat nieeksperymentalny z pomiarami przed i po interwencji, proste rutynowe ewaluacje z zastosowaniem jedynie kilku wskaźników).

Należy również zdecydować czy ewaluacje powinny mieć charakter 'wewnętrzny', czy 'zewnętrzny, tzn. być prowadzone przez zespół lub osobę zatrudnioną w danej organizacji czy przez podmiot zewnętrzny (np. uniwersytet, firma doradcza). Oba podejścia mają wady i zalety. Na przykład, ewaluator zewnętrzny może być droższy, ale z drugiej strony może dysponować większą wiedzą i zdolnością do obiektywnej oceny. Z kolei ewaluator wewnętrzny może mieć lepszy dostęp do nieformalnych źródeł informacji, jednak może nie dysponować wystarczającą ilością czasu i nie mieć odpowiedniej wiedzy do przeprowadzenia ewaluacji. Wykorzystanie wewnętrznych ewaluatorów wprowadza również pewne ryzyko zafałszowania wyników, z uwagi na fakt, iż ewaluator może chcieć przedstawić organizację i efekty jej działań w bardziej pozytywnym świetle. Ewaluacja zewnętrzna na ogół postrzegana jest jako właściwszy wariant prowadzenia ewaluacji wyniku, podczas gdy ewaluacje procesu i monitoring mogą lepiej sprawdzać się w przypadku wykonywania ich przez członków personelu podmiotu realizującego dany program profilaktyczny (EMCDA, 2010).

W momencie gdy wybrano już odpowiednią formę ewaluacji należy zdefiniować wskaźniki i normy ewaluacyjne (ang. evaluation indicators and benchmarks). Wskaźniki ewaluacyjne wskazują, jakie konkretne informacje (dane wyniku i/lub procesu) muszą być zbierane przed, w trakcie i po zakończeniu interwencji. Wskaźniki procesu określa się na podstawie celów operacyjnych. Dotyczą one realizacji programu, podczas gdy wskaźniki wyniku określa się na podstawie celów programowych i szczegółowych i dotyczą one zmian u uczestników (zob. 3.3: *Określenie celów strategicznych, programowych i częściowych*). W zależności od zdefiniowanych celów programowych i częściowych, wyniki nie muszą skupiać się tylko na używaniu narkotyków, ale również dotyczyć innych aspektów zgodnie ze zidentyfikowanymi potrzebami i modelem teoretycznym (zob. 3.2: *Zastosowanie modelu teoretycznego*).

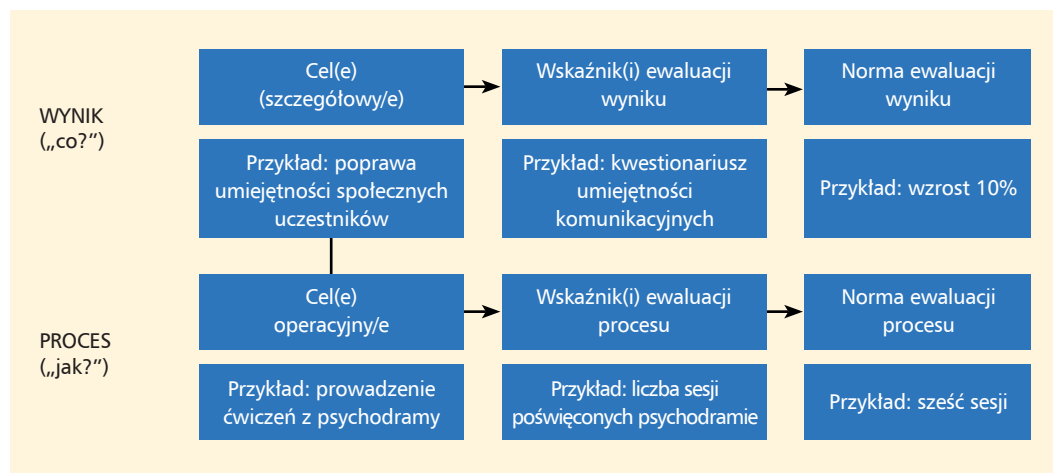
Zdefiniowane wskaźniki muszą być trafne tzn. właściwe dla obszarów, które mają badać ('trafność teoretyczna') (ang. construct validity). Na przykład, dane narzędzie może trafnie mierzyć postawy uczestników wobec narkotyków, jednak jego zastosowanie w zakresie faktycznego używania

narkotyków w późniejszym życiu, może okazać się nieodpowiednie. Trafność teoretyczną można ustalić poprzez odwołanie się do modelu teoretycznego i literatury naukowej. Ponadto, z uwagi na fakt, iż wskaźniki pokazują jedynie przybliżony obraz złożonych zjawisk, warto korzystać z kilku wskaźników.

Dla każdego wskaźnika należy również określić normę ewaluacyjną. Dane ze wskaźnika mają postać liczbową lub, w razie braku takiej możliwości, opisową. Dla przykładu, norma ewaluacyjna może wskazywać, że średni wzrost rzędu 10% w zakresie umiejętności społecznych mierzonych za pomocą ankiety oznacza skuteczną interwencję. Skuteczność można skalować poprzez podanie więcej niż jednej normy ewaluacyjnej np. w odniesieniu do wyniku minimum (np. wzrost 5%), wyniku realistycznego (np. 10%) i optymalnego (np. 15%). W celu zdefiniowania normy warto znać aktualną wartość odpowiedniego wskaźnika (np. wynik uczestników przed interwencją) oraz wiedzieć czego można spodziewać się po zakończeniu interwencji (WHO, 1998). Osobne normy ewaluacyjne należy określać dla wskaźników ewaluacji wyniku i procesu.

Rycina 5 pokazuje związki pomiędzy celami szczegółowymi i operacyjnymi oraz wskaźnikami i normami ewaluacyjnymi.

Ryc. 5: Związki pomiędzy celami szczegółowymi i operacyjnymi oraz wskaźnikami i normami ewaluacyjnymi.



W efekcie, w celu ułatwienia monitoringu i ewaluacji wyniku, do każdego celu programowego i częściowego należy dołączyć następujące informacje: okres, w którym cel programowy i częściowy zostanie osiągnięty; grupa docelowa; wskaźnik ewaluacji wyniku wraz ze zdefiniowaną normą

ewaluacyjną oraz szczegóły pomiaru (np. narzędzie ewaluacyjne, harmonogram zbierania danych). W celu monitorowania i ewaluowania procesu interwencji, do każdego celu operacyjnego należy dołączyć następujące informacje: produkt wymagany do osiągnięcia celu szczegółowego; okres, w którym cel operacyjny zostanie osiągnięty, wskaźnik ewaluacji procesu wraz ze zdefiniowaną normą ewaluacyjną. Poniższe przykłady ilustrują, w jaki sposób można sformułować cele strategiczne, programowe i cząstkowe.

Cel strategiczny (przykład): Pomoc uczestnikom w prowadzeniu zdrowego stylu życia.

Cel programowy (przykład): Zmniejszenie liczby młodych ludzi zgłaszających używanie kokainy w ciągu ostatnich 30 dni do końca 12-miesięcznej interwencji. Wskaźnik/norma ewaluacyjna: 25% redukcja liczby uczestników zgłaszających używanie kokainy w ciągu ostatnich 30 dni w porównaniu do sytuacji wyjściowej. Zbiór danych: informacje zgłaszane na temat używania narkotyku przez uczestników będą mierzone za pomocą dostępnej skali na początku, po 6. miesiącach i na końcu interwencji.

Cel szczegółowy (przykład): Poprawa umiejętności społecznych do końca 6. miesiąca interwencji. Wskaźnik ewaluacyjny: umiejętności asertywne i komunikacyjne jako wskaźniki umiejętności społecznych. Norma ewaluacyjna: 10% wzrost na skali asertywności i 15% wzrost na skali umiejętności komunikacyjnych w porównaniu do sytuacji wyjściowej. Zbiór danych: Badania ankietowe za pomocą uznanych skal będą prowadzone na początku, po 6. miesiącach i na końcu interwencji.

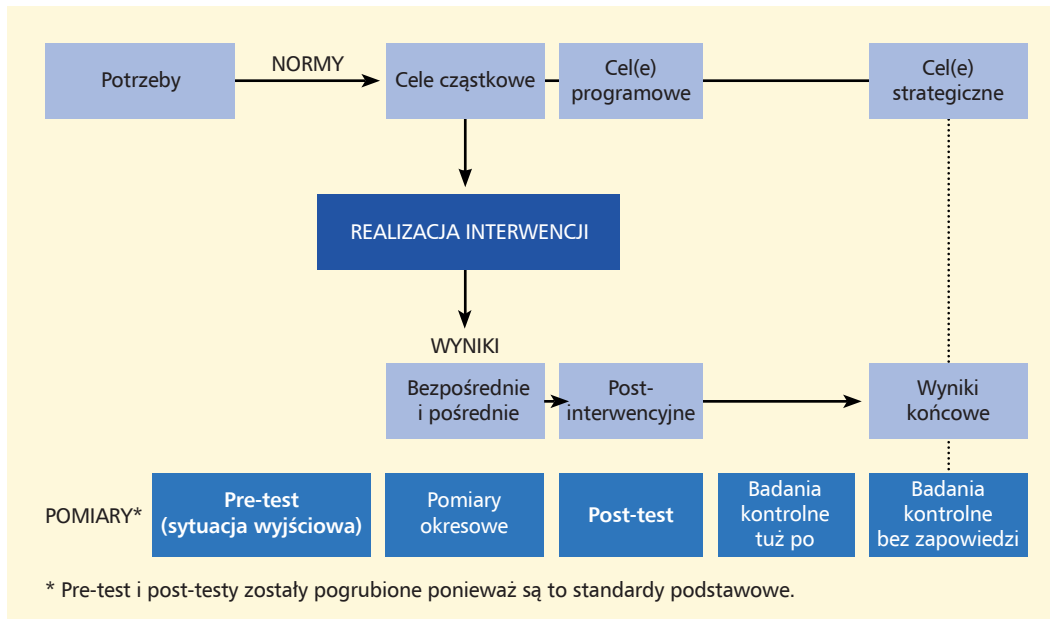
Cel operacyjny (przykład): Prowadzenie ćwiczeń z psychodramy w uczestnikami w ciągu pierwszych 6. miesięcy interwencji w celu kształtowania umiejętności społecznych. Wskaźnik/norma ewaluacyjna: 6. zajęć przeprowadzonych zgodnie z planem projektu.

W definiowaniu wskaźników i norm ewaluacyjnych oraz wybór metod zbierania i analizowania danych warto zaangażować właściwych interesariuszy (np. grupa docelowa), ponieważ zwiększy to wykonalność ewaluacji (np. uczestnicy wolą omawiać interwencję na grupie fokusowej niż wypełniać kwestionariusz) (zob. B: *Wzajemna komunikacja i udział interesariuszy*).

Cele strategiczne, programowe i cząstkowe, jak również model teoretyczny określają, kiedy i jakich wyników należy się spodziewać – i, w związku z tym, kiedy należy prowadzić pomiary. Wskaźniki ewaluacyjne mogą podlegać modyfikacjom na różnych etapach (np. wiedza uczestników może zmieniać się zanim nastąpi zmiana zachowania). W celu zapewnienia porównywalności danych należy pamiętać, aby te same wskaźniki i narzędzia ewaluacyjne były konsekwentnie stosowane w trakcie całego programu.

Rycina 6 ilustruje związki między normami, wynikami i pomiarami.

Ryc. 6: Związki między normami, wynikami i pomiarami.



Wyniki pośrednie i bezpośrednie występują w trakcie interwencji zgodnie z celami cząstkowymi. Wyniki post-interwencyjne występują na koniec interwencji zgodnie z celami programowymi. Częstą praktyką jest rozważenie celów długoterminowych, które korelują z celami strategicznymi programu. Dane zbierane są na początku i na końcu interwencji w celu oceny skuteczności interwencji, podczas gdy pomiary okresowe pozwalają na ocenę bieżących postępów w realizacji (np. w ramach monitoringu). Po interwencji, prowadzi się badania kontrolne w celu zbadania jak długo utrzymują się wyniki post-interwencyjne (np. czy uczestnicy dokonali zmiany postawy lub zachowania na koniec interwencji, czy po kilku miesiącach od zakończenia interwencji wrócili do starych postaw i zachowań?). Standardy zalecają następujące przerwy w pomiarach kontrolnych: do 6. miesiąca po interwencji (krótkoterminowe), od 6. do 12. miesiąca po zakończeniu interwencji (średnioterminowe) i od 12. miesiąca po zakończeniu interwencji (długoterminowe). W momencie oczekiwania na wyniki końcowe można dokonać dodatkowego pomiaru. Na przykład, jeśli interwencja prowadzona jest wśród małych dzieci, wyniki końcowe oznaczałyby czy wiele lat po zakończeniu interwencji u dzieci pojawiły się szkodliwe wzory używania narkotyków. Jednak w praktyce tak odległe badania kontrolne mogą być trudne do zrealizowania oraz niosą ze sobą ryzyko angażowania poważnych zasobów.

Wymogiem minimum jest zbadanie wyników post-interwencyjnych pod kątem skuteczności interwencji w osiągnięciu celów programowych. Oznacza to, że cele programowe muszą być realistyczne i osiągalne w trakcie interwencji.

Komponenty 7.1: *Działania w przypadku ewaluacji wyniku* oraz 7.2: *Działania w przypadku ewaluacji procesu* zawierają więcej standardów na temat analiz i dokumentowania wyników w ramach ewaluacji końcowych. Więcej informacji na temat ewaluacji znajduje się w *Dodatkowym instruktażu*.

Tam gdzie końcowe ewaluacje wyniku i procesu nie są uznawane za właściwe lub wykonalne, za alternatywę dla bardziej gruntownych i formalnych ewaluacji można uznać monitoring działań (zob. 6.3: *Monitoring w fazie realizacji*). Zatem standardy zawarte w niniejszym komponencie mają zastosowanie jedynie wtedy gdy planowane są ewaluacje końcowe.

Standardy podstawowe w przypadku planowania ewaluacji końcowej:

4.4.1 Ustalono jakiego rodzaju ewaluacja będzie najlepiej pasować do danej interwencji.	Przykładowe rozważania: ewaluacja procesu może pomóc w ustaleniu dlaczego pojawiły się pozytywne wyniki, ewaluacja wyniku jest ważniejsza od ewaluacji procesu w ustalaniu skuteczności interwencji.
4.4.2 Plan ewaluacji istnieje na piśmie.	Przykłady treści: typ ewaluacji, model badawczy, ilustracja wskaźników ewaluacyjnych, zbieranie danych, monitoring, ewaluacje końcowe, sprawozdawczość, harmonogramy.
4.4.3 Planowana ewaluacja jest realistyczna i wykonalna.	tzn. identyfikuje co jest wykonalne w rzeczywistych warunkach i przy dostępnych zasobach.
4.4.4 Ewaluacja postrzegana jest jako integralny i istotny element w zapewnianiu jakości programu.	
4.4.5 Do nadzoru nad ewaluacją został powołany zespół ewaluacyjny.	Uwaga: 'Zespół' może oznaczać tylko jedną osobę.
4.4.6 Zespół ewaluacyjny:	
• opracowuje strategię ewaluacyjną i plan ewaluacji, wskaźniki ewaluacyjne oraz narzędzia zbierania danych;	

Standardy podstawowe w przypadku planowania ewaluacji końcowej (cd.):	
• przygotowuje raport z ewaluacji;	
• przydziela odpowiednie zadania konkretnym osobom.	Przykłady zadań: osoby odpowiedzialne za zbieranie, dokumentowanie i analizę danych.
4.4.7 Zasoby ludzkie są wystarczające do przeprowadzenia ewaluacji.	tzn. zespół posiada wystarczającą liczbę wykwalifikowanego personelu do przeprowadzenia ewaluacji; wiedza na temat ewaluacji jest wystarczająca.
4.4.8 Określono wskaźniki ewaluacyjne.	
4.4.9 Wskaźniki ewaluacyjne są:	
• jasno opisane;	
• mierzalne w rozumieniu ilościowym i/lub jakościowym;	
• mierzalne za pomocą technik empirycznych;	Przykład: obserwacje.
• właściwe dla danego typu ewaluacji.	Przykład dowodów: w przypadku planowania ewaluacji procesu i wyniku dla obu badań określone są osobne wskaźniki ewaluacyjne.
4.4.10 Dobór wskaźników ewaluacyjnych uzależniony jest od:	
• celów programowych i częściowych;	tzn. każdy cel programowy i częściowy powiązany jest z jednym lub kilkoma wskaźnikami.
• wybranych aktywności.	
4.4.11 Opisano proces selekcji uczestników.	Uwaga: uczestnicy powinni wywodzić się z grupy docelowej. Patrz również 3.1: <i>Zdefiniowanie grupy docelowej</i> i 5.4: <i>Rekrutacja i utrzymanie uczestników</i> .
4.4.12 Ustalono harmonogram.	tzn. jest jasne, kiedy ewaluacja/e zostaną przeprowadzone. Przykład: krótka ankieta dla członków personelu i uczestników na koniec każdej sesji. Przykład dowodów: harmonogramy pomiarów.

Standardy podstawowe w przypadku planowania ewaluacji końcowej (cd.):

4.4.13 Osoby, od których dane mają być zbierane:	
- zostały określone; - są właściwe dla celów ewaluacji.	
tzn. są w stanie udzielić informacji koniecznych do wskaźników ewaluacyjnych. Przykład: dane wyniku są zbierane od uczestników lub osób, które mogą udzielić rzetelnych informacji pośrednich (np. opinia lekarska, opinia nauczyciela na temat zachowania ucznia w szkole, obserwacja i zapis interakcji społecznych przez członków personelu).	
4.4.14 Uczestnicy, członkowie personelu oraz inni czują się wystarczająco swobodnie, by udzielać szczerych odpowiedzi i opinii.	Przykład: czują się na tyle komfortowo, by mówić o swoim używaniu narkotyków czy krytykować program.
4.4.15 Opisano metody i narzędzia wykorzystane do zbierania danych.	
4.4.16 Metody i narzędzia wykorzystane do zbierania danych:	
są właściwe dla programu;	tzn. metoda zbierania danych odpowiada poziomowi programu.
umożliwiają uzyskiwanie informacji istotnych z punktu widzenia wskaźników ewaluacyjnych;	
składają się z przetestowanych wcześniej narzędzi lub są to solidne nowe narzędzia;	
są konsekwentnie wykorzystywane w całym programie.	tzn. te same narzędzia są wykorzystywane w całym programie (np. do pomiarów wyjściowych i końcowych). Cel: zapewnienie porównywalności danych.
4.4.17 Wdrożono system zarządzania informacją.	tzn. zestaw procedur, wsparcie w postaci dokumentacji papierowej i elektronicznej, itp. Cel: ułatwienie procesu zbierania i przetwarzania danych.

Dodatkowe standardy podstawowe w przypadku planowania ewaluacji wyniku:		
4.4.18 Ewaluacja wyniku wykorzystuje schemat badawczy. Ewaluacja:		
umożliwia czytelną analizę związków między interwencją i wynikami;		
odzwierciedla najlepszy z możliwych schemat badawczy wobec warunków realizacji interwencji.	Przykład: w przypadku gdy randomizacja jest niepraktyczna lub niemożliwa do wykonania wdrażane są plany alternatywne, typu powtarzana analiza szeregów czasowych bez randomizacji (ang. time-series design), analizy regresji i nieciągłości (ang. regression-discontinuity designs), badania z wykorzystaniem grup kojarzonych (ang. matched control designs).	
4.4.19 Określono wymaganą wielkość próby do właściwego schematu badawczego.	Przykładowe rozważania: jaka jest minimalna wielkość próby konieczna do planowanych analiz statystycznych?	
4.4.20 Opisano metodologię analizy danych.		
4.4.21 Określono osoby, od których zbierane są dane wyniku.		
4.4.22 Dane wyniku zbierane są od członków grupy interwencyjnej.		
4.4.23 Dane wyniku są mierzone:		
na początku interwencji lub podczas oceny potrzeb;	tzn. jako dane wyjściowe w celach porównawczych przed i po interwencji.	
w post-interwencji.	tzn. na końcu interwencji.	

Dodatkowe standardy podstawowe w przypadku wyboru schematu kontrolowanego:

4.4.24 Sformowano co najmniej jedną grupę kontrolną.	
4.4.25 Opisano kryteria doboru uczestników i procedury przypisywania do grup interwencyjnych i kontrolnych.	Przykład procedury przypisywania: samodzielne zgłoszenia.
4.4.26 Pomiary dokonywane są zarówno w grupach interwencyjnych, jak i kontrolnych.	tzn. dane wyniku zbierane są od członków grupy kontrolnej.
4.4.27 Analizowane są różne cechy w grupach kontrolnych i interwencyjnych w celu zapewnienia podobnej struktury; wszelkie zidentyfikowane różnice są brane pod uwagę przy analizie danych.	tzn. szukaj różnic w pre-tescie.

Dodatkowe standardy podstawowe w przypadku planowania ewaluacji procesu:

4.4.28 Określono osoby, od których zbierane są dane procesu.	
4.4.29 Osoby, od których zbierane są dane procesu obejmują:	
• członków grupy interwencyjnej;	
• członków personelu.	

Standardy specjalistyczne:

4.4.30 Ewaluacje końcowe badają proces relacji programu, jak również wyniki interwencji.	
4.4.31 Ewaluacja uwzględnia różne punkty widzenia.	Przykłady punktów widzenia: dowody skuteczności (wyniki), funkcjonowanie praktyczne (proces), zgodność z zaleceniami w zakresie najlepszych praktyk, kwestie etyczne.
4.4.32 Grupa docelowa angażowana jest na wszystkich etapach ewaluacji.	
4.4.33 W proces konstruowania ewaluacji angażowani są ważni interesariusze.	

Dodatkowe standardy specjalistyczne (cd.):	
4.4.34 Zespół ewaluacyjny:	
• zbiera, analizuje i interpretuje dane; • skupia szereg przedstawicieli.	Przykłady grup do rozważenia: członkowie personelu, uczestnicy, pracownicy naukowci.
4.4.35 W razie konieczności o konsultacje proszeni są eksperci od ewaluacji.	Przykłady ekspertów: pracownicy naukowci i/lub konsultanci zewnętrznii posiadający fachową wiedzę z zakresu ewaluacji.
4.4.36 Tam gdzie to możliwe, prowadzone są ewaluacje zewnętrzne.	tzn. jako formalna ocena dokonywana przez osobę bądź grupę zatrudnioną przez organizację zewnętrzną (np. uniwersytet, firma doradcza).
4.4.37 Wskaźniki ewaluacyjne:	
• uznają rozwój uczestników w trakcie programu;	tzn. różne wskaźniki odzwierciedlają kolejne fazy rozwoju w interwencji. Uwaga: chociaż do mierzenia postępów uczestników w programie wykorzystuje się szereg wskaźników, pomiary muszą być dokonywane za pomocą tych samych wskaźników i narzędzi w całej interwencji.
• obejmują normy ewaluacyjne, w tym minimalne i optymalne stopnie zmiany.	tzn. konkretna wartość, jaką ma uzyskać wskaźnik ewaluacyjny w trakcie i po zakończeniu interwencji. Przykład: program zakłada co najmniej 20% redukcję używania narkotyków oraz idealnie (przy doskonałych warunkach) 50% redukcję używania narkotyków.
4.4.38 Wybór wskaźników ewaluacyjnych zależy od modelu teoretycznego.	Standard podstawowy przy zastosowaniu modelu teoretycznego. Przykładowe kwestie do rozważenia: mediatory i moderatory sugerowane w modelu teoretycznym.
4.4.39 Ewaluacja prowadzona jest w warunkach rzeczywistych.	Standard podstawowy w przypadku gdy program jest testem skuteczności rzeczywistej (w odróżnieniu od testu skuteczności eksperymentalnej). Przykład warunków rzeczywistych: interwencja prowadzona jest przez nauczycieli, a nie badaczy.

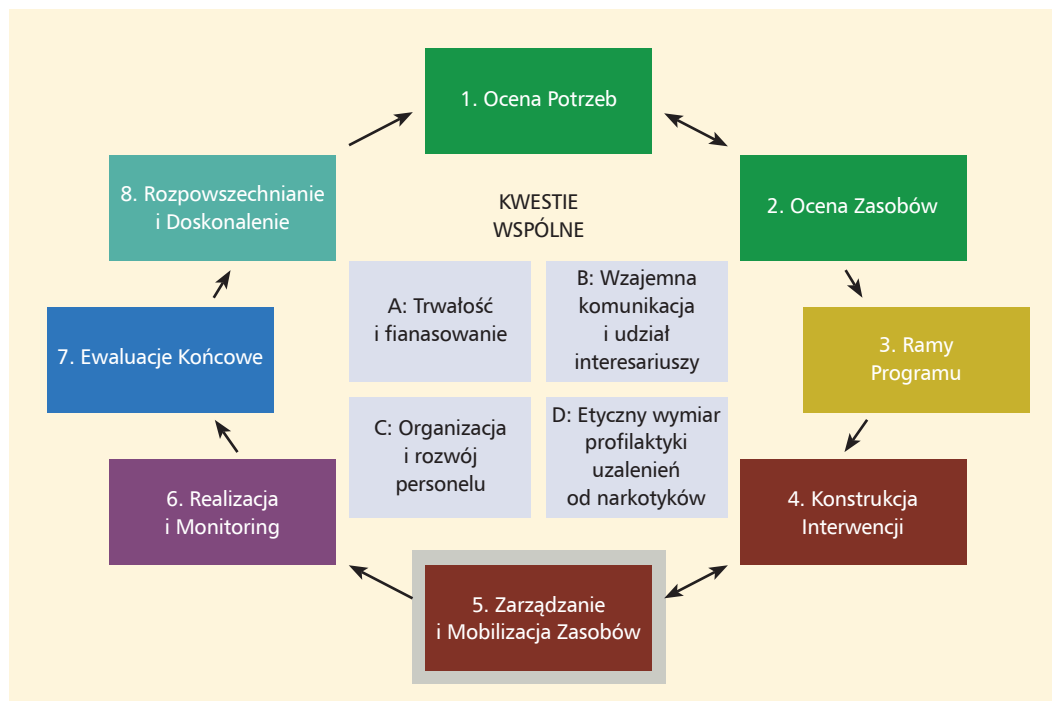
Standardy specjalistyczne (cd.):	
4.4.40 Schemat badawczy zawiera wariant kontrolny.	Cel: umożliwienie przypisania interwencji określonych skutków.
4.4.41 Przynajmniej jedna forma zbierania danych ma ślepy charakter.	tzn. osoby zbierające dane nie wiedzą czy uczestnicy pochodzą z grupy interwencyjnej czy kontrolnej.
4.4.42 Schemat badawczy zawiera randomizację, w szczególności:	Cel: uniknięcie zafałszowania próby.
uczestnicy są losowo przydzieleni do grup interwencyjnych i kontrolnych ('randomizacja');	Standard podstawowy w przypadku wyboru schematu losowego.
w razie konieczności randomizacja obejmuje również interesariuszy.	
Cel: pomoc interesariuszy może okazać się konieczna do przeprowadzenia randomizacji (tzn. uzyskanie listy wszystkich uprawnionych osób czy organizacji-beneficjentów). Interesariusze muszą mieć świadomość wagi randomizacji oraz powodów, dla których niektóre osoby czy organizacje nie mogą być objęte interwencją. Przykład zaangażowania interesariuszy: dyrektor szkoły pomaga w przydzielaniu klas do grup interwencyjnych i kontrolnych.	
4.4.43 Metody i narzędzia wykorzystane do zbierania danych:	
mają różnorodny charakter;	Przykłady metod i narzędzi: kwestionariusze, dzienniki obecności, ankiety satysfakcji, formularze, listy kontrolne, niezależne obserwacje.
są psychometrycznie właściwe pod kątem obiektywności, trafności i rzetelności;	tzn. mierzą to co mają mierzyć (trafność); generują spójne wyniki (rzetelność: wewnętrzna spójność, test-retest, zgodność oceny badających); przynoszą rezultaty bez względu na to, kto je stosuje (obiektywność). Uwaga: należy również uwzględnić trafność teoretyczną tzn. czy wskaźniki trafnie mierzą przedmiotowe zachowanie zgodnie z literaturą fachową?

Standardy specjalistyczne (cd.):	
zostały zaadaptowane pod kątem kulturowym i przetestowane w wersji pilotażowej, tam gdzie to właściwe.	
4.4.44 Zapewniono instruktaż w zakresie metodologii zbierania danych.	Przykład instruktażu: strategie analityczne i szczegółowe zalecenia dla badaczy terenowych.
4.4.45 Dane procesu zbierane są od:	
członków grupy kontrolnej;	
innych ważnych interesariuszy, tam gdzie to właściwe.	Przykłady interesariuszy: sponsorzy, inne organizacje, członkowie społeczności, media.
4.4.46 Niektóre dane procesu zbierane są na koniec każdej sesji.	Przykłady danych procesu: zadowolenie uczestników, informacje zwrotne od członków personelu na temat jakości i skuteczności sesji.
4.4.47 Dane wyniku są mierzone:	
okresowo, tam gdzie to właściwe;	
w krótkim okresie;	tzn. w ciągu 6 miesięcy od zakończenia interwencji.
w średnim okresie;	tzn. od 6 do 12 miesięcy od zakończenia interwencji.
w długim okresie.	tzn. powyżej 12 miesięcy od zakończenia interwencji.
4.4.48 Interwencje, które zakładają wystąpienie wyników końcowych w długim okresie uwzględniają zbieranie danych w czasie, kiedy należy spodziewać się tych wyników.	Przykładowe rozważania: w przypadku programów ukierunkowanych na dzieci, dane zbierane są w momencie gdy wynik spodziewany jest ze względu na fazę rozwoju.

ETAP 5

Etap 5

Zarządzanie i mobilizacja zasobów



Program profilaktyki uzależnień od narkotyków składa się nie tylko z samej interwencji, aby był wykonalny wymaga też dobrego zarządzania i szczegółowego planowania. Zarządzanie, organizacja oraz aspekty praktyczne muszą być rozważane równolegle do opracowywania interwencji. Rozpoczęcie realizacji uzależnione jest od uruchomienia dostępnych zasobów oraz zbadania, w razie konieczności, nowych. Podręczniki z zakresu zarządzania projektami zawierają niezbędne informacje jak planować i zarządzać projektami. Oprócz Etapu 3 cyklu projektowego: *Ramy programu*, standardy w niniejszym komponentcie zawierają najważniejsze rozważania dotyczące działań z zakresu profilaktyki uzależnień od narkotyków.

5.1 Zaplanowanie programu – Przedstawienie planu projektu: Metodyczne zaplanowanie i wdrożenie programu zapewnia odrębną procedurę. Plan projektu sporządzony na piśmie dokumentuje

wszystkie zadania i procedury wymagane do skutecznej realizacji programu, wskazujące kierunki działania wszystkim członkom personelu. Na późniejszych etapach plan projektu podlega konsultacjom w celu zbadania czy program realizowany jest zgodnie z zamierzeniami i, czy wymaga modyfikacji.

5.2 Określenie wymagań finansowych: Wymagania finansowe (koszty) i wydolność (budżet) programu służą do określenia potrzebnych i dostępnych zasobów. Koszty nie mogą być wyższe od budżetu, w oparciu o który program jest (lub będzie) realizowany. W przypadku konieczności zastosowania większej ilości zasobów niż to aktualnie możliwe, plan finansowy określa dodatkowe formy finansowania lub ewentualne modyfikacje planu projektu.

5.3 Powołanie zespołu do realizacji programu: Zespół składa się z ludzi zaangażowanych w program (np. zarządzanie, realizowanie, ewaluowanie). Członkowie personelu (w tym wolontariusze) powinni być dobierani zgodnie z wymogami prawnymi i potrzebami programu. Wszystkie zadania i obowiązki powinny być rozdzielone stosownie do kompetencji poszczególnych osób.

5.4 Rekrutacja i utrzymanie uczestników: Rekrutacja powinna być prawidłowa pod kątem metodologicznym i etycznym. Oznacza ona wybór uprawnionych do udziału w programie, osób z grupy docelowej, udzielanie im informacji na temat programu oraz dbanie o to, by włączyli się w działania naprawcze (rozpoczęli interwencję). Z kolei utrzymanie oznacza dbałość o to, by zostawali w programie do czasu jego ukończenia i/lub osiągnięcia celów programowych. Należy identyfikować a następnie usuwać bariery utrudniające uczestnictwo w programie.

5.5 Opracowanie materiałów do realizacji programu: Należy rozważyć zastosowanie odpowiednich materiałów, takich jak: materiały służące realizacji samej interwencji, narzędzia do monitoringu, wyposażenie techniczne, otoczenie fizyczne (np. pomieszczenia), itp. Dzięki temu możliwa jest realizacja planu finansowego oraz podjęcie działań w celu pozyskania odpowiednich materiałów. W przypadku korzystania z materiałów (np. podręczniki, filmy, strony internetowe) należy zadbać o ich wysoką jakość a także o to, by były one odpowiednie dla użytkowników.

5.6 Opis programu: Pisemny opis programu powinien w czytelny sposób go charakteryzować. Jego celem jest dostarczenie informacji potrzebnych dla potencjalnych interesariuszy (np. grupa docelowa, sponsorzy lub profesjonaliści). Interwencja i jej działania powinny być opisane szczegółowo, chociaż poziom szczegółowości zależeć będzie od zakresu programu oraz potencjalnych odbiorców. W przypadku wykorzystania opisu w rekrutacji uczestników, należy położyć szczególny nacisk na potencjalne zagrożenia oraz korzyści dla uczestników.

Ten etap może być realizowany jednocześnie z opracowaniem interwencji.

5.1 Zaplanowanie programu – przedstawienie planu projektu

Na program profilaktyki uzależnień od narkotyków składa się nie tylko sama interwencja, towarzyszą jej również odpowiednie badania (np. ocena potrzeb, ewaluacja), działania administracyjne (np. zarządzanie projektem, zbieranie funduszy, szkolenie personelu, rekrutacja uczestników, rozpowszechnianie programu, itp.). Jedynie specjalnie opracowana procedura planowania może zapewnić prawidłową koordynację tych wszystkich aspektów oraz metodyczne przygotowanie i wdrożenie interwencji. Najważniejszy w tym względzie jest pisemny plan projektu, który określa główne zadania i strategię wymagane do skutecznej realizacji programu. Budowa planu od podstaw nie zawsze jest konieczna; można go zaadaptować na podstawie istniejących wniosków o dofinansowanie lub podobnych dokumentów.

Plan projektu wskazuje kierunki działania wszystkim członkom personelu. Może być wykorzystywany do śledzenia i dokumentowania realizacji, badania czy realizacja jest zgodna planem projektu, dokonywania przeglądu postępów w realizacji oraz uzasadniania zmian (np. w zakresie harmonogramu) (zob. Etap 6: *Realizacja i monitoring*). Jeśli będzie wykorzystywany w ten sposób, stanie się ważnym źródłem informacji w ewaluacji procesu oraz pracach nad raportem końcowym. Plan projektu jest istotnym narzędziem, nawet jeśli faktyczna realizacja nie przebiega zgodnie z pierwotnymi założeniami (np. dokonano zmian harmonogramu). Ponadto, plany alternatywne (awaryjne), umożliwiają realizatorom skuteczne rozwiązywanie nieoczekiwanych trudności.

Plan projektu dokumentuje decyzje podjęte na wcześniejszych etapach projektu oraz wskazuje sposoby ich wdrożenia. Poziom szczegółowości w planie projektu zależy od uwarunkowań programu. Powinien on być na tyle złożony, by być użyteczny dla zespołu a jednocześnie nie stać się biurokratycznym narzędziem do odhaczania, które nie ma dla programu praktycznej wartości. Zaleca się, aby przedstawiciele wszystkich właściwych grup interesariuszy uczestniczyli w procesie planowania (np. grupa docelowa, organizacja-beneficjent). Dzięki temu program spełni potrzeby i oczekiwania oraz zapewni wsparcie interesariuszy w przyszłych etapach programu (zob. B: *Wzajemna komunikacja i udział interesariuszy*). Plan projektu powinien być regularnie konsultowany podczas spotkań poświęconym postępom w realizacji programu oraz planowaniu kolejnych działań (np. w ramach monitoringu – zob. komponent 6.3: *Monitoring w fazie realizacji*).

Czas poświęcony na planowanie programu może, w opinii niektórych profesjonalistów, wydawać się luksusem lub nawet działaniem bezproduktywnym, ponieważ nie jest to czas spędzony bezpośrednio z grupą docelową. Jednak czas przeznaczony na refleksję, przegląd literatury fachowej, dyskusję itp., stanowi niezbędny aspekt wysokojakościowej profilaktyki uzależnień od narkotyków. Zleceniodawcy

oraz sponsorzy muszą wspierać wdrażanie standardów przeznaczając na ten czas odpowiednie fundusze oraz wliczanie go w kalkulację kosztów.

Plan projektu różni się od opisu programu, który ma zadanie informować interesariuszy (np. grupa docelowa, sponsorzy) o istnieniu programu (zob. 5.6: *Opis programu*). W przypadku nowych wniosków o dofinansowanie zaleca się stworzenie wspólnego dokumentu zawierającego plan projektu i opis programu.

Standardy podstawowe:	
5.1.1 Wyznaczono czas na zaplanowanie programu.	Przykłady dowodów: kalkulacja zasobów we wniosku o dofinansowanie obejmuje czas poświęcony na planowanie.
5.1.2 Program został metodycznie zaplanowany.	tzn. poprzez przeznaczenie czasu na planowanie; poprzez rozważenie koniecznych działań na wszystkich etapach projektu.
5.1.3 Planowanie i zarządzanie procesem ma transparentny charakter.	Przykładowe rozważania: czy wszyscy członkowie personelu mają świadomość tego, w jaki sposób program jest planowany i zarządzany?
5.1.4 Plan projektu ma formę pisemną.	Inne nazwy: plan pracy, plan działania, plan realizacji.
5.1.5 Plan projektu:	
• jest dla wszystkich jasny i zrozumiały;	
• ilustruje i łączy główne komponenty programu;	Przykład: pokazanie związków między potrzebami grupy docelowej, celami strategicznymi, programowymi i częściowymi, wskaźnikami ewaluacyjnymi, normami ewaluacyjnymi, działaniami, wynikami i ewaluacjami. Przykład dowodów: graficznie zilustrowano logiczny ciąg działań w ramach programu (matryca logiczna). Dodatkowy instruktaż: omówienie matryc logicznych można znaleźć w <i>Achieving outcomes</i> (CSAP, 2002).
• pozwala na bieżące śledzenie postępów w realizacji programu;	
• jest realistyczny;	
• jest dostępny dla wszystkich członków personelu zaangażowanych w program.	

Standardy podstawowe (cd.):	
5.1.6 Plan projektu zawiera:	
• cele strategiczne, programowe i częściowe;	
• zestaw działań do każdego celu częściowego;	
• interwencję;	Przykładowe kwestie do rozważenia: jakie działania interwencyjne należy przeprowadzić wśród uczestników, kto i w jaki sposób ma to wykonać.
• strategię w zakresie monitoringu jakości programu;	Przykładowe kwestie do rozważenia: rzetelność, skuteczność, zadowolenie uczestników.
• harmonogram programu;	tzn. daty rozpoczęcia i zakończenia poszczególnych etapów i aktywności. Uwaga: w trakcie realizacji należy odnotowywać faktyczne daty rozpoczęcia i zakończenia.
• procedury w zakresie rekrutacji i utrzymania uczestników;	
• procedury selekcji personelu.	
5.1.7 Opracowano plan awaryjny. Plan awaryjny zawiera:	
• zasady i procedury zapobiegania lub rozwiązywania potencjalnych problemów;	tzn. potencjalne scenariusze zdarzeń, które mogłyby zagrozić realizacji lub powodzeniu programu, jak również sposoby zapobiegania i reagowania na tego typu sytuacje. Przykład scenariusza: nierealizowanie działań w określonym czasie.
• strategię rozwiązywania problemów organizacyjnych.	Przykłady scenariuszy: rezygnacje członków personelu, przerost wydatków budżetowych.

Dodatkowe standardy podstawowe w przypadku planowania ewaluacji:

5.1.8 Plan projektu zawiera:	
• strategię zbierania danych;	tzn. kto będzie dokonywał jakich pomiarów, kiedy i w jaki sposób.
• terminy ewaluacji końcowych.	

Standardy specjalistyczne:

5.1.9 Powołano grupę roboczą.	Uwaga: w jej skład mogą wchodzić przedstawiciele grupy docelowej oraz innych grup interesariuszy.
5.1.10 Wdrożono procedurę planowania programu.	Przykładowe kwestie do rozważenia: obowiązki w zakresie planowania, zadania w zakresie sprawozdawczości, informacje zwrotne, badania kontrolne.
5.1.11 Zorganizowano spotkania dotyczące planowania i sporządzono ich protokoły.	Przykład dowodów: cykliczne spotkania grupy roboczej, dostępne protokoły spotkań.
5.1.12 Program jest planowany i realizowany w krótkim, średnim i długim terminie.	
5.1.13 Pisemny plan projektu:	
• ma etapowo uporządkowaną strukturę;	
• składa się z ogólnego planu projektu i szczegółowych planów działania;	
• grupuje zadania w moduły robocze lub etapy.	
5.1.14 Plan projektu zawiera:	
• działania, które są najistotniejsze dla powodzenia programu;	tzn. działania 'kluczowe'.
• strategię angażowania grupy docelowej w rozwój i realizację programu;	
• harmonogram cyklicznych przeglądów planu projektu;	

Standardy specjalistyczne (cd.):

• konieczne działania przygotowawcze przed rozpoczęciem programu;	
• procedury w zakresie rekrutacji i utrzymania zewnętrznych partnerów;	Przykład zewnętrznych partnerów: organizacja-beneficjent (np. szkoła).
• procedury szkolenia personelu;	
• nazwiska osób odpowiedzialnych za wdrożenie planu;	tzn. podział zadań i obowiązków.
• działania w zakresie nadzoru personelu;	
• strategię dokumentowania programu;	
• strategię komunikacji;	Przykład: proces przekazywania personelowi informacji zwrotnych z monitoringu.
• procedury w zakresie współpracy z osobami i podmiotami zewnętrznymi.	Przykłady osób i podmiotów zewnętrznych: kierownicy ośrodków pomocy społecznej, kuratorzy sądowi, media, policja.

5.2 Określenie wymagań finansowych

Finansowanie jest kluczowym zasobem, ponieważ może (pośrednio) wpływać na dostępność wszystkich innych zasobów. Standardy zawierają wytyczne w zakresie tworzenia planów finansowych określających wymagania finansowe (koszty) oraz wydolność (budżet) programu. Czytelny plan finansowy pomaga zapewnić właściwe finansowanie wszystkich zaplanowanych działań profilaktycznych. W przeciwnym razie pojawia się ryzyko zaniechania działań wskutek przedwczesnego wyczerpania środków.

Koszty odnoszą się do wysokości nakładów finansowych, jakie są (prawdopodobnie będą) wymagane do wdrożenia programu. Należy pamiętać, że koszty wynikają nie tylko z realizacji interwencji. Całkowity koszt programu wylicza się na podstawie wszystkich zasobów koniecznych do realizacji planu projektu (np. materiały, szkolenie personelu, zarządzanie projektem, ewaluacja). Narzędzia takie jak *Drug Abuse Treatment Cost Analysis Program (DATCAP)* (French, 2004) umożliwiają realistyczne zaplanowanie całkowitego kosztu programu. Ponadto, standardy zalecają uwzględnienie kosztów utraconych korzyści, do których mogą zaliczać się środki niefinansowe takie jak stracony czas (tzn. czas niepoświęcony przez członków personelu lub uczestników na wykonanie innych zadań). Analiza kosztów utraconych korzyści powinna uwzględniać różne punkty widzenia m. in. personelu, uczestników oraz innych interesariuszy (CCSA, 2009).

Budżet odnosi się do wysokości środków finansowych, jakie są (lub prawdopodobnie będą) dostępne do realizacji programu. Budżet określa również maksymalne wydatki w ramach programu (tzn. koszty nie mogą przewyższać budżetu). W związku z tym koszty muszą być planowane w oparciu o budżet. Jeśli szacowane koszty przewyższają budżet, realizatorzy muszą pozyskać dodatkowe środki (zob. *A: Trwałość i finansowanie*) lub dokonać modyfikacji planu projektu tak, by program był wykonalny w ramach dostępnych zasobów. Twórcy programu mogą pomóc w modyfikacji kosztów, na przykład poprzez zaproponowanie takiej wersji interwencji, w której można zastosować tańsze materiały. Dążenie do wydajności nie może jednak wpływać na jakość czy skuteczność interwencji (np. mniejsza liczebność personelu obniża jakość programu). Tam gdzie modyfikacje polegające na obniżeniu kosztów zagrażają jakości lub skuteczności interwencji, zlecniodawcy i sponsorzy muszą dokładnie rozważyć rzeczywiste koszty programów i ewaluacji, a następnie właściwie rozdysponować środki.

Niniejsze standardy mają zastosowanie bez względu na to czy środki na realizację programu zostały już zabezpieczone (np. w ramach budżetu organizacji czy przyznanego dofinansowania) i/lub, czy będą dopiero pozyskiwane (np. opracowanie programu w odpowiedzi na konkurs na dofinansowanie). Szczegółowy podział kosztów i źródeł finansowania, jak również przypisanie kosztów do określonych

działów budżetu, sprawi, że całkowity budżet będzie adekwatny do programu, co urealni jego dostępność w razie potrzeby. W przypadku opracowywania nowej interwencji, oszacowanie całkowitego budżetu przez twórców programu, może nie być możliwe, ponieważ będzie to zależało od konkretnych uwarunkowań programu. W takich przypadkach kalkulacje kosztów mogą odnosić się do materiałów użytych w interwencji, opłat licencyjnych, itp.

Standardy podstawowe:	
5.2.1 Na piśmie sporządzono jasny i zrozumiały plan finansowy.	tzn. określono koszty i budżet.
5.2.2 Istnieje jasny kosztorys programu.	
5.2.3 Kosztorys jest realistyczny w zakresie planowanego programu.	
5.2.4 Istnieje realistyczny projekt całkowitego budżetu programu.	
5.2.5 Wyszczególniono podmioty finansujące oraz inne źródła dochodu.	
5.2.6 Dostępny budżet jest odpowiedni dla planowanego programu.	
5.2.7 Koszty i dostępny budżet/fundusze są powiązane.	
5.2.8 Jasno określono osoby odpowiedzialne za zarządzanie budżetem.	
5.2.9 Prowadzona księgowość jest zgodna z realizacją programu i spełnia wymogi prawne w tym zakresie.	
5.2.10 Zarządzanie budżetem spełnia wymogi prawne i ogólne.	Przykład wymogów prawnych: procedury księgowe, np. okres przechowywania faktur.

Standardy specjalistyczne:

5.2.11 Istnieje szczegółowe i kompleksowe zestawienie kosztów.

Przykładowe koszty do oszacowania:

- koszty personelu i czas, z uwzględnieniem wolontariuszy;
- koszty utraconych korzyści;
- podręczniki i inne materiały;
- koszty stałe, np. koszty najmu, utrzymania pomieszczeń, wyposażenia technicznego;
- zarządzanie projektem i administracja;
- szkolenie personelu;
- rekrutacja i utrzymanie uczestników;
- zbieranie danych, monitoring i ewaluacje końcowe;
- rozpowszechnianie informacji na temat programu.

5.2.12 Istnieje szczegółowy i kompleksowy podział dostępnego budżetu.

tzn. podane są różne źródła finansowania.
Przykłady źródeł finansowania: darowizny, zasoby wewnętrzne.
Zob. również A: *Trwałość i finansowanie*.

5.2.13 Wymagania finansowe są poddawane przeglądowi w trakcie realizacji programu i modyfikowane w oparciu o nowe priorytety lub wydarzenia.

5.3 Powołanie zespołu do realizacji programu

Program profilaktyki uzależnień od narkotyków może osiągnąć skuteczność jedynie wtedy gdy będzie realizowany przez właściwych ludzi. Członkowie personelu (w tym wolontariusze) muszą być dobierani zgodnie z wymogami prawnymi oraz potrzebami programu. Wszystkie zadania i obowiązki powinny być rozdzielone pomiędzy osoby kompetentne.

Rodzaj i zakres programu determinuje kwalifikacje i kompetencje (np. wiedza, umiejętności, postawy) potrzebne do jego skutecznej realizacji. Komponent C: *Organizacja i rozwój personelu* zawiera standardy na temat kompetencji, szkolenia, rozwoju i wsparcia personelu przed i w trakcie realizacji programu.

W przypadku wykorzystania niniejszych standardów w fazie planowania programu, ich praktyczne zastosowanie zależeć będzie od tego, czy do jego realizacji mają zostać zatrudnieni nowi ludzie i/lub, czy w tym celu będzie można oddelegować zatrudniony personel. W każdym z tych przypadków standardy podają wymagania, które należy wziąć pod uwagę w kompletowaniu zespołu do realizacji programu.

Standardy podstawowe:

5.3.1 Istnieje pisemna procedura doboru i rekrutacji personelu.	
5.3.2 Dobór i rekrutacja personelu odbywa się zgodnie z wymogami prawnymi.	
5.3.3 Struktura i zarządzenie organizacją są zdefiniowane na piśmie.	Uwaga: w dużych organizacjach wystarczy opis organizacji odpowiedzialnego za program.
5.3.4 Forma zatrudnienia jest jasna i zgodna z przepisami obowiązującymi w danym kraju.	Przykłady dowodów: umowy o pracę zawierają postanowienia w zakresie praw i korzyści personelu, ubezpieczenia w razie wypadków przy pracy, ubezpieczenia w razie utraty pracy, wynagrodzenia za pracę w nadgodzinach, wynagrodzenia podstawowego a także innych form odszkodowania.
5.3.5 Określono personel wymagany do skutecznej realizacji programu.	Uwaga: personel może składać się z profesjonalistów, wolontariuszy, stażystów, osób z zewnątrz organizacji, itp.

Standardy podstawowe (cd.):

5.3.6 Specyfikacja uwzględnia:	
• role personelu;	Przykłady ról: pracownik terenowy (tzw. streetworker), specjalista ds. opieki nad osobami z problemem alkoholowym (ang. alcohol nurse specialist), personel administracyjny.
• liczebność personelu;	Przykład dowodów: stosunek liczby personelu do zadań.
• kwalifikacje personelu;	Przykłady kwalifikacji: wykształcenie wyższe kierunkowe, szkolenie z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia.
• umiejętności personelu.	
tzn. zgodnie z zaleceniami w komponencie C: <i>Organizacja i rozwój personelu</i>. Uwaga: Istnieje możliwość, że role personelu będą pokrywały się w pewnym stopniu, tj. ta sama osoba (osoby) będzie wykonywać różne obowiązki. Przykładowe role do rozważenia: • przywództwo programu, tj. wystarczająca wiedza i zrozumienie działań w zakresie projektu; • zarządzanie projektem; • realizacja interwencji; • monitoring jakości i skuteczności programu; • administracja i sprawy organizacyjne (np. księgowość, zakupy); • koordynacja zewnętrzna, tj. budowanie relacji i nawiązywanie współpracy, promocja programu.	
5.3.7 Struktura personelu jest odpowiednia dla danej grupy docelowej.	Przykład: pochodzenie etniczne i zróżnicowanie personelu są (mają szansę zostać) akceptowane przez grupę docelową.
5.3.8 Zadania i funkcje personelu są właściwie przydzielane.	
Uwaga: podział zadań i funkcji powinien odzwierciedlać kwalifikacje i doświadczenie personelu oraz równowagę w zakresie ilości pracy do wykonania. Przykładowe rozważania: Zadania ściśle merytoryczne wykonywane są przez personel dysponujący odpowiednimi kwalifikacjami i certyfikatami (np. psycholog); w razie konieczności należy zatrudnić specjalistów zewnętrznych.	

Standardy podstawowe (cd.):

5.3.9 Dostępne są (najprawdopodobniej będą) konieczne zasoby personelu.	Przykładowe kwestie do rozważenia: dostępność czasowa, dostępność wystarczającej liczby członków personelu w zakresie wymaganych ról. Przykład dowodów: istniejący personel lub sieci pracowników.
5.3.10 Personel jest (najprawdopodobniej będzie) gotowy do realizacji programu.	Przykład gotowości: nauczyciele uznają potrzebę interwencji w szkole.
5.3.11 Personel jest (najprawdopodobniej będzie miał) jasność co do swoich ról i obowiązków.	Przykład dowodów: podział zadań na każdym etapie projektu.
5.3.12 Personel dobierany jest zgodnie z potrzebami programu.	Uwaga: może to oznaczać oddelegowanie istniejącego personelu do programu lub rekrutację nowych ludzi.

Standardy specjalistyczne:

5.3.13 Pisemna procedura doboru i rekrutacji personelu określa:	
wewnętrzne zasady doboru personelu, tam gdzie obowiązujące przepisy są zbyt ogólnikowe;	Przykładowe kwestie do rozważenia: kwalifikacje i/lub doświadczenie, oczekiwania grupy docelowej wobec personelu.
zasady dotyczące realizacji programu przez stażystów i wolontariuszy;	Standard podstawowy w przypadku zatrudniania stażystów lub/i wolontariuszy. Uwaga: możliwość przedstawiania zaświadczeń o niekaralności.

Standardy specjalistyczne (cd.):

- zasady dotyczące udziału w realizacji programu osób, które miały bądź mają problemy określonej natury.

Standard podstawowy w przypadku gdy na członków personelu zatrudniani są na przykład, byli lub aktywni użytkownicy narkotyków.

Uwaga: zasady powinny uwzględniać znaczenie zatrudniania w procesie rehabilitacji i readaptacji społecznej, na przykład, byłych lub aktywnych użytkowników narkotyków. Ogólnie rzecz biorąc nie należy wykluczać udziału byłych lub aktywnych użytkowników narkotyków, którzy pragną zdobyć doświadczenie zawodowe (UKDPC, 2008). Zasady mogą zawierać wymagania dotyczące rozwoju personelu (zob. C: *Organizacja i rozwój personelu*).

Przykłady problemów: były bądź aktualne problemy z legalnymi bądź nielegalnymi narkotykami, karalność (w tym za przestępstwa wobec dzieci).

5.3.14 Opisano rzeczywiste kwalifikacje istniejącego personelu.

Przykłady istniejących członków personelu: główny specjalista, kierownik programu.

5.4 Rekrutacja i utrzymanie uczestników

Uczestnicy to osoby, którzy biorą udział lub są beneficjentami interwencji w bezpośredni sposób (np. poprzez udział w działaniu lub odbiór treści związanych z profilaktyką uzależnień od narkotyków). W zależności od typu programu, uczestnicy wywodzą się z bezpośredniej (np. młodzież zagrożona narkomanią) lub pośredniej grupy docelowej (np. rodzina, rówieśnicy, nauczyciele) (zob. 3.1: *Zdefiniowanie grupy docelowej*).

Rekrutacja odnosi się do procesu wyboru uprawnionych osób spośród grupy docelowej, informowania ich o programie, zapraszanie do wzięcia w nim udziału, kwalifikowanie ich oraz dbanie o to, by rozpoczęli uczestnictwo w interwencji (np. udział w pierwszej sesji). Do promocji uczestnictwa w programie można wykorzystywać szereg środków, np. streetworking, przekaz ustny, reklamy, kierowanie przez inne instytucje (UNODC, 2009a). W rekrutacji uczestników programu należy postępować zgodnie z zasadami etycznej profilaktyki uzależnień od narkotyków poprzez położenie nacisku na udzielanie jasnych, prawdziwych i wyczerpujących informacji na temat udziału w programie oraz pozyskiwanie w tym względzie zgody uczestników (zob. D: *Etyczny wymiar profilaktyki uzależnień od narkotyków*; 5.6: *Opis programu*).

Grupa uczestników powinna być reprezentatywna dla zdefiniowanej grupy docelowej (tzn. odzwierciedlać jej cechy) tak, by wyniki można uogólnić na szerszą populację. Wymóg ten jest niezbędny tam gdzie interwencja jest częścią badań naukowych. W takich przypadkach uczestnicy muszą być dobierani w metodologicznie prawidłowy sposób w celu uniknięcia zafałszowania wyników. Najlepiej jest zastosować metodę doboru losowego tak, by każda osoba bądź grupa naturalna (np. klasa w szkole) miała takie same szanse dostania się do próby. Doboru losowego można dokonać na przykład za pomocą komputera losowo generującego listę uczestników. Ponadto, próba uczestników musi być na tyle duża, by umożliwić przeprowadzenie analizy statystycznej (tzn. wystarczającą moc statystyczną). Tam gdzie interwencja nie jest częścią badań naukowych (np. otwarte programy ukierunkowane na klienta), do selekcji uczestników można posłużyć się innymi metodami. Należy również pamiętać o dokumentowaniu metod doboru uczestników tak, by cała procedura była czytelna dla innych.

Utrzymanie odnosi się do dbałości o pozostanie wszystkich uczestników w programie do końca i/lub do czasu osiągnięcia zamierzonych celów programowych (w zależności od tego co jest bardziej właściwe) (por. również definicję 'ukończenia programu' w komponencie 4.1: *Projektowanie z myślą o jakości i skuteczności*). Utrzymanie uczestników jest niezbędne do przeprowadzenia skutecznej interwencji (tzn. uczestnicy nie osiągną celów jeśli wypadną z programu przed jego zakończeniem). Utrzymanie jest szczególnie istotne w przypadku planowania ewaluacji wyniku (zob. 4.4: *Działania w przypadku planowania ewaluacji końcowych*; 7.1: *Działania w przypadku ewaluacji wyniku*). W przypadku braku post-interwencyjnych danych wyniku odnośnie wszystkich uczestników, obniżona wielkość próby

uniemożliwi przeprowadzenie wszystkich zaplanowanych analiz statystycznych. W takich przypadkach należy brać pod uwagę analizy uwzględniające opuszczenie lub wypadnięcie z programu (np. analiza ITT (ang. Intention-to-Treat)). Jeśli wyniki ewaluacji mają być uogólniane na szerszą populację docelową należy również przeanalizować cechy odróżniające uczestników, którzy wypadli z programu od tych, którzy w nim pozostali. W końcu należy zaplanować wymagania finansowe w celu zabezpieczenia środków zapewniających ukończenie programów przez wszystkich uczestników (zob. 5.2: *Określenie wymagań finansowych*).

Prawdopodobieństwo skutecznej rekrutacji i utrzymania uczestników można zwiększyć poprzez zastosowanie specjalnych działań zachęcających do uczestnictwa w programie. Istotnym aspektem jest identyfikacja i usunięcie potencjalnych barier utrudniających uczestnictwo. Mogą one być natury praktycznej (np. niedogodna lokalizacja lub czas realizacji programu, obowiązki rodzinne, analfabetyzm) lub mieć bardziej subtelny charakter (np. ryzyko napiętnowania uczestników, brak kulturowej akceptacji dla programu, postrzeganie interwencji jako nietrafionej). Istnieje również możliwość zaoferowania dodatkowych udogodnień lub zachęt (np. zwrot kosztów dojazdu, opieka nad dziećmi, 'nagroda' za ukończenie programu). W przypadku planowania zachęt finansowych należy uwzględnić potencjalne wady i zalety tego typu działań. W przypadku gdy istnieje obawa, że uczestnicy wydadzą gotówkę na narkotyki należy zastosować kupony (np. zakupowe). Uczestnictwo w programie można również poprawić poprzez działania ukierunkowane na 'populację trudną do dotarcia', czyli takie, które nie mają dostępu do programów i usług z uwagi na wykluczenie społeczne.

Dane dotyczące utrzymania uczestników można czasami wykorzystywać jako wskaźnik ogólnej jakości programu (tzn. jeśli uczestnikom program 'podoba się' wezmą w nim udział). Nawet, jeśli uczestnicy z poważniejszymi potrzebami są bardziej narażeni na przedwczesne opuszczenie programu, utrzymanie ich może również zależeć od samego programu. Na przykład, kwestie składu i zachowania personelu (zob. 5.3: *Powołanie zespołu do realizacji programu*; C: *Organizacja i rozwój personelu*) lub treść i realizacja programu, mogą także mieć wpływ na utrzymanie uczestników. Konsultacje w ramach niniejszego projektu wykazały, że dopasowanie interwencji do grupy docelowej stanowiło istotny czynnik utrzymujący uczestników w programie (zob. 4.3: *Dopasowanie interwencji do grupy docelowej*). W pewnych przypadkach realizatorzy mogą decydować się na dopasowanie interwencji w fazie realizacji. Na przykład, w przypadku klasy pełnej zmęczonych uczniów członek zespołu w celu zwiększenia zaangażowania uczestników, może zdecydować się na sesję interaktywną zamiast planowanego wykładu. Jednak takie modyfikacje muszą być odpowiednio uzasadnione, by nie miały negatywnego wpływu na rzetelność i skuteczność interwencji (zob. 6.4: *Modyfikacje w fazie interwencji*). Optymalnym rozwiązaniem jest wkomponowanie tego typu pola manewru w konstrukcję interwencji (np. poprzez możliwość zmiany kolejności aktywności danego dnia w celu wyjścia naprzeciw potrzebom uczestników w danym dniu).

Jednak dążenie do wysokich wyników w zakresie utrzymania uczestników w programie nie może kolidować z zasadami etycznej profilaktyki uzależnień od narkotyków. Tam gdzie uczestnictwo w programie nie jest podyktowane wymogiem prawnym powinno mieć ono dobrowolny charakter, a realizatorzy powinni szanować prawa uczestników, w tym prawo do rezygnacji z udziału w programie w każdym momencie bez podawania przyczyny. Uczestnicy powinni być traktowani jako wolne jednostki i nie należy zmuszać ich do pozostania w programie w przypadku, gdy chcą z niego zrezygnować.

Rekrutacja i utrzymanie uczestników we wszystkich działaniach profilaktycznych, zgodnie z powyższym opisem, może okazać się niemożliwe bądź niekonieczne. Na przykład, w działaniach środowiskowych stosowanie się do zasad określonych w niniejszym komponencie może pociągać za sobą konieczność zastosowania mniej formalnych procedur rekrutacyjnych. W innych przypadkach rekrutacja i utrzymanie mogą odnosić się do większych podmiotów (np. organizacja-beneficjent). Na przykład, w szkolnych programach profilaktyki uniwersalnej dzieci nie muszą przechodzić formalnej rekrutacji i podlegać wymogom utrzymania, jeśli edukacja w zakresie przeciwdziałania narkomanii stanowi część programu nauczania. Rekrutacja i utrzymanie w takich przypadkach odnosiłyby się do samych szkół (np. informowanie szkół na temat programu oraz dbałość o stałą współpracę) (zob. C: *Wzajemna komunikacja i udział interesariuszy*).

Więcej informacji na temat rekrutacji i utrzymania uczestników znajduje się w podręczniku *Guide to implementing family skills training programmes for drug abuse prevention* (UNODC, 2009a), na którym, w głównej mierze opierają się niniejsze standardy.

Standardy podstawowe:

5.4.1 Procedura doboru uczestników ze zdefiniowanej grupy docelowej jest jasna.	tzn. sposób selekcji uczestników spośród wszystkich członków grupy docelowej jest zrozumiały.
5.4.2 Określono procedury rekrutacji uczestników.	tzn. jasno widać, w jaki sposób członkowie grupy docelowej zapraszani są do uczestnictwa w interwencji. Przykład procedur rekrutacyjnych: plakaty w poradniach seksuologicznych.
5.4.3 Podjęto odpowiednie działania w celu zaangażowania i utrzymania jak największej liczby uczestników. Program:	
• przystępny cenowo dla grupy docelowej;	tzn. za niewielką opłatą lub za darmo.
• odpowiada grupie docelowej czasowo i lokalizacyjnie;	
• chroni prywatność uczestników;	
• unika szufladkowania szerszej grupy docelowej i uczestników programu.	Cel: zadbanie o to, by uczestnicy nie czuli wstydu z powodu udziału w programie.

Dodatkowe standardy podstawowe w przypadku informowania uczestników o programie w ramach procedury rekrutacyjnej:

5.4.4 Informacje dotyczące programu:	Zob. również 5.6: <i>Opis programu</i> .
są aktualne i odpowiadają stanowi faktycznemu;	
są przedstawione w sposób zrozumiały i odpowiedni dla grupy docelowej;	
są rozpowszechniane na odpowiednich nośnikach i poprzez odpowiednie kanały.	

Standardy specjalistyczne:

5.4.5 Uczestnicy są rekrutowani spośród zdefiniowanej grupy docelowej:	
poprzez dobór probabilistyczny;	Standard podstawowy w przypadku gdy interwencja realizowana jest w ramach losowego badania kontrolowanego (ang. Randomized Control Trial).
za pomocą istniejących sieci oraz w ramach innych działań;	Przykłady: istniejące sieci szkół lub społeczności, praca środowiskowa (ang. outreach work).
we właściwych momentach przejścia (ang. transition points) w ich życiu ('momentach podatności na zagrożenia').	Przykłady momentów przejścia: wydarzenia spodziewane, typu przejście ze szkoły podstawowej do średniej; jak i niespodziewane, np. rozwód rodziców (UNODC, 2009a, str. 24).
5.4.6 Program jest otwarty dla wszystkich członków grupy docelowej.	
tzn. nie dyskryminuje się określonych członków grupy docelowej. Uwaga: jeśli istnieją uzasadnione przesłanki do wykluczenia niektórych członków grupy docelowej, należy rozważyć modyfikację definicji grupy docelowej. Przykładowe kwestie do rozważenia: równy dostęp do programu bez względu na płeć, wiek, rasę czy przekonania religijne.	
5.4.7 Wyznaczono odpowiednią osobę odpowiedzialną za rekrutację uczestników programu.	Przykład: raczej absolwent programu niż pracownik naukowy.

Standardy specjalistyczne (cd.):

5.4.8 Członkowie grupy docelowej otrzymują informacje na temat programu.	
5.4.9 Informacje są ogólnie dostępne.	
5.4.10 W celu zaangażowania i utrzymania jak największej liczby uczestników, program:	
• jest dostępny bez zbędnych opóźnień;	Przykład: okres oczekiwania pomiędzy zakwalifikowaniem do programu i pierwszą sesją jest maksymalnie krótki.
• wskazuje na ewentualne przeszkody praktyczne dla uczestników i zawiera działania zaradcze;	Przykład przeszkód: analfabetyzm. Przykłady działań zaradczych: omówienie z uczestnikami kwestii problemowych na pierwszej sesji, burza mózgów w celu znalezienia rozwiązań.
• oferuje udogodnienia dla uczestników;	Przykłady udogodnień: zapewnienie opieki nad dzieckiem, dojazdu i/lub wyżywienia, możliwość udziału w sesjach osób z zewnątrz, np. męża/żony, starszego rodzeństwa, pracodawców.
• oferuje uczestnikom możliwość wyboru personelu, w tym osób pochodzących ze środowiska grupy docelowej;	
• oferuje zachęty dla uczestników;	Przykłady zachęt: drobne upominki lub 'loteria', planowanie i organizowanie wspólnie z uczestnikami ceremonii ukończenia programu (UNODC, 2009a).
• zawiera działania zmierzające do zwiększenia dotarcia do grup trudnodostępnych.	Uwaga: grupy trudnodostępne to takie, które nie mają dostępu do programów i usług z uwagi na wykluczenie społeczne i marginalizację własnego stylu życia. Przykład grup trudnodostępnych: uczniowie (wraz z rodzinami), którzy zostali relegowani ze szkoły.

5.5 Opracowanie materiałów do realizacji programu

Standardy w niniejszym komponentie odnoszą się do tych materiałów, które są wymagane do realizacji programu. Są to m.in. narzędzia do monitoringu i ewaluacji (np. kwestionariusze), sprzęt techniczny (np. komputery, odtwarzacze DVD, projektory), otoczenie fizyczne (np. pomieszczenia i obszary na zewnątrz budynków), itp. Sporządzenie listy materiałów potrzebnych do realizacji programu umożliwia wykonanie kalkulacji kosztów do planu finansowego (zob. 5.2: *Określenie wymagań finansowych*) i w konsekwencji podjęcie działań zmierzających do ich pozyskania.

W niniejszym komponentie szczególny nacisk kładziony jest na materiały związane z przekazywaniem treści interwencji ('materiały interwencyjne'), takie jak: zeszyty ćwiczeń, filmy DVD, podręczniki szkoleniowe dla personelu, prezentacje, strony internetowe itp. Informacje przekazywane na tych nośnikach oraz typ nośników muszą być odpowiednie dla użytkowników. Na przykład, materiały interwencyjne muszą być dopasowane do określonych potrzeb i cech grupy docelowej według wniosków z oceny potrzeb (zob. Etap 1: *Ocena potrzeb* i 4.3: *Dopasowanie interwencji do grupy docelowej*). Materiały interwencyjne muszą również być zgodne z zasadami etycznej profilaktyki uzależnień od narkotyków, na przykład poprzez udzielanie rzetelnych informacji oraz nieprowadzenie działań mających na celu wystraszenie bądź zmanipulowanie uczestników (zob. D: *Etyczny wymiar profilaktyki uzależnień od narkotyków*).

Rodzaj nośników (np. Internet, książki, filmy) powinien korelować z wynikami oceny potrzeb, modelem teoretycznym oraz dowodami naukowymi (zob. Etap 1: *Ocena potrzeb* i 3.2: *Zastosowanie modelu teoretycznego* oraz 3.5: *Odwołanie się do dowodów skuteczności*). Pomimo ryzyka ograniczeń budżetowych materiały interwencyjne powinny odzwierciedlać rodzaje materiałów używane już przez grupę docelową i/lub takie, które mogą być jej znane. Czasami realizatorzy mogą decydować się na określoną formę realizacji z uwagi na jej niskie koszty, szeroką dostępność bądź specyficzny lub innowacyjny charakter (np. portale społecznościowe). Jednak, tego typu rozważania nie mogą przyćmić znaczenia wyboru materiałów interwencyjnych, które odpowiadają potrzebom grupy docelowej (np. programy profilaktyczne wykorzystujące Internet mogą być niewłaściwe dla uczestników ze słabą znajomością obsługi komputera).

Tam gdzie to możliwe, materiały interwencyjne powinny być testowane przy udziale grupy docelowej, m.in. w ramach wersji pilotażowych tak, by były one atrakcyjne, czytelne oraz odpowiednie (wiekowo) (zob. 6.1: *Działania w przypadku interwencji pilotażowej*). Materiały powinny być modyfikowane w oparciu o tego typu działania.

Z uwagi na fakt, iż nie wszystkie programy profilaktyki uzależnień od narkotyków wymagają stosowania materiałów interwencyjnych, niniejsze standardy dotyczą tylko tych programów, w których są one wykorzystywane.

Standardy podstawowe:

5.5.1 Określono materiały wymagane do realizacji programu.

Przykłady materiałów: materiały interwencyjne (np. zeszyty ćwiczeń, filmy DVD, podręczniki szkoleniowe dla personelu), narzędzia do monitoringu i ewaluacji, sprzęt techniczny, fizyczne otoczenie.

Uwaga: specyfikacja może również wskazywać na brak konieczności stosowania określonych materiałów.

Dodatkowe standardy podstawowe w przypadku stosowania materiałów interwencyjnych:

5.5.2 Informacje podane w materiałach interwencyjnych:

- są szczegółowe;
- odpowiadają potrzebom osób, które z nich korzystają (tzn. uczestników lub personelu);
- są aktualne;
- są zgodne ze stanem faktycznym;
- charakteryzują się równowagą w zakresie pozytywnych i negatywnych aspektów używania narkotyków;

Cel: uniknięcie zafałszowania informacji i manipulacji uczestników.

Uwaga: w niektórych typach interwencji (np. prezentacja prawnych konsekwencji używania narkotyków), pozytywne aspekty używania mogą być zbędne.

Zob. również D: *Etyczny wymiar profilaktyki uzależnień od narkotyków*.

- zostały poddane korekcie.

tzn. są prawidłowe, sformatowane i odpowiednio przedstawione.

Standardy specjalistyczne:	
5.5.3 Koszty materiałów są zgodne z dostępnym budżetem.	Standard podstawowy w przypadku gdy jakiekolwiek materiały są wymagane. Przykładowe kwestie do rozważenia: koszty materiałów, potrzeby szkoleniowe personelu.
5.5.4 Zidentyfikowano istniejące materiały do wykorzystania w programie i sprawdzono je pod kątem ich adekwatności.	Cel: uniknięcie dublowania działań. Przykłady istniejących materiałów: materiały interwencyjne (np. podręczniki), narzędzia do monitoringu i ewaluacji.
5.5.5 Informacje podane w materiałach interwencyjnych:	
nie zostały zbyt uproszczone;	
mają źródła w literaturze fachowej.	Standard podstawowy w przypadku podręczników dla personelu.
5.5.6 Materiały interwencyjne są dostępne dla:	Przykłady materiałów interwencyjnych: podręczniki, handouty.
członków personelu i uczestników;	
innych interesariuszy.	Przykłady innych interesariuszy: członkowie grupy docelowej, którzy nie biorą udziału w programie, eksperci, nauczyciele, społeczeństwo.

5.6 Opis programu

Pisemny opis programu profilaktyki uzależnień od narkotyków ma na celu umożliwienie grupie docelowej, sponsorom i innym właściwym interesariuszom uzyskanie informacji na temat programu w trakcie jego realizacji. Opis programu przedstawiony jest w jasny sposób. W przypadku wykorzystania opisu do informowania grupy docelowej o programie (np. w trakcie rekrutacji), szczególny nacisk należy kłaść na warunki i konsekwencje udziału (np. cena, korzyści i zagrożenia).

Poziom szczegółowości w opisie programu zależy od złożoności programu oraz potencjalnych odbiorców. Jeśli opis wykorzystywany jest w rekrutacji uczestników, działania interwencyjne muszą być przedstawione na tyle szczegółowo, by członkowie grupy docelowej byli w stanie podjąć świadomą decyzję dotyczącą uczestnictwa w programie (zob. 5.4: *Rekrutacja i utrzymanie uczestników*; D: *Etyczny wymiar profilaktyki uzależnień od narkotyków*). Niemniej, istnieje ryzyko, że niektóre aspekty programu ulegną zmianie w trakcie realizacji, w związku z czym jeśli opis będzie zbyt szczegółowy może okazać się, że (nieumyślnie) udzielono nieprawdziwych informacji. Opis powinien zatem być również na tyle ogólny, by zostawiać pole na ewentualne modyfikacje programu, co jest szczególnie istotne w procesie ubiegania się o dofinansowanie.

Jeśli opis programu dostępny jest dla osób trzecich w fazie realizacji (np. jako część szkolnej strategii przeciwdziałania narkomanii, na stronie internetowej realizatora), należy go regularnie aktualizować tak, by zawarte w nim informacje były dokładne i zgodne ze stanem faktycznym. Jeśli program będzie w przyszłości kontynuowany z udziałem nowych uczestników, opis powinien być zmodyfikowany tak, by zawierał szczegóły związane z pierwszą edycją programu a także odzwierciedlał wprowadzone zmiany.

Opis programu różni się od planu projektu, który jest wewnętrznym narzędziem sterującym realizacją programu (zob. 5.1: *Zaplanowanie programu – przedstawienie planu projektu*). W przypadku nowych wniosków o dofinansowanie zaleca się stworzenie dokumentu zawierającego jednocześnie opis programu i plan projektu. Opis programu różni się również od raportu końcowego, który podsumowuje program po jego zakończeniu (zob. 8.3: *Działania w przypadku raport końcowego*).

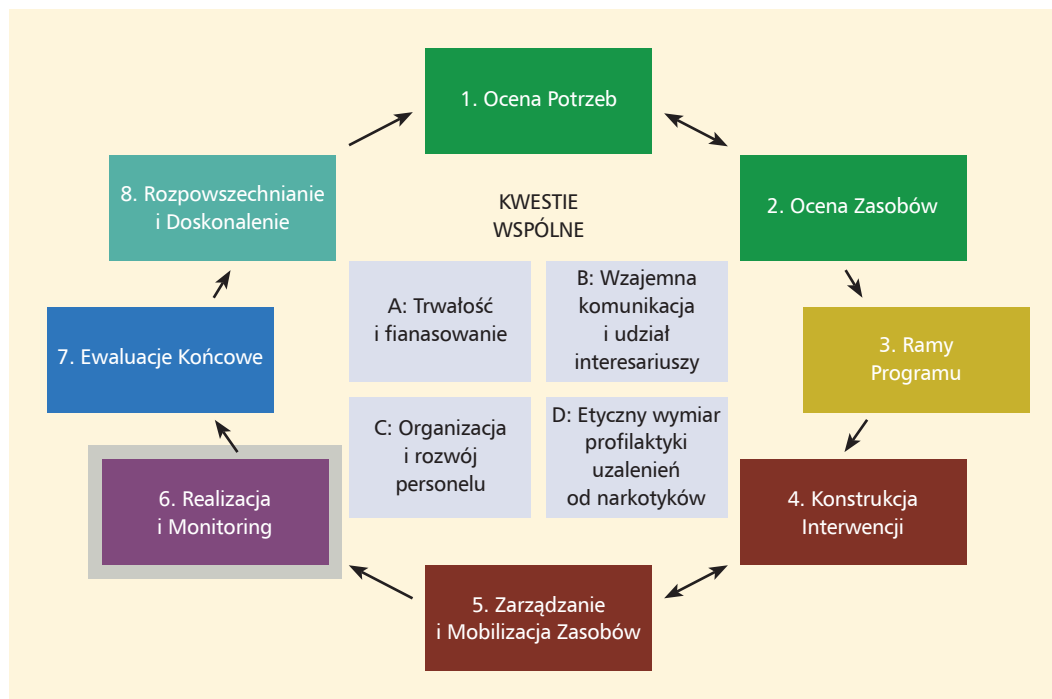
Standardy podstawowe:	
5.6.1 Istnieje pisemny opis programu.	
5.6.2 Opis jest:	
jasny i czytelny dla wszystkich potencjalnych użytkowników;	
(przynajmniej częściowo) dostępny dla wszystkich potencjalnych użytkowników;	Przykłady potencjalnych użytkowników: grupa docelowa, sponsorzy.
poddawany regularnym przeglądom tak by uwzględniał zmiany wprowadzone w fazie realizacji.	
5.6.3 Opis programu zawiera:	
uzasadnienie programu;	Uwaga: członkowie personelu mogą chcieć nie ujawniać pewnych informacji (np. wyniki oceny potrzeb w zakresie kwestii drażliwych); prognozy na temat prawdopodobnych konsekwencji dla grupy docelowej w przypadku zaniechania programu). Przykład: wyniki oceny potrzeb.
cele strategiczne, programowe i częstkowe;	
definicję grupy docelowej;	
interwencję;	
tzn. działania interwencyjne z udziałem uczestników oraz treść interwencji. Przykładowe kwestie do rozważenia: okres realizacji, intensywność i częstotliwość działań, podział na profilaktykę uniwersalną, selektywną, wskazującą lub progresywną. Przykłady struktury: w oparciu o cele, miejsce (miejsca) realizacji.	
harmonogram programu;	tzn. planowane dni rozpoczęcia i zakończenia działań.
korzyści dla uczestników;	
zagrożenia dla uczestników;	
zasady w zakresie ochrony danych uczestników.	

Standardy specjalistyczne:	
5.6.4 Logiczny ciąg działań programowych ma formę graficzną.	tzn. jest przedstawiony w postaci matrycy logicznej.
5.6.5 Opis programu zawiera:	
• model teoretyczny;	
• dowody skuteczności;	Przykład dowodów: odniesienia do literatury naukowej.
• wskaźniki i normy ewaluacyjne;	tzn. miary wyniku i/lub procesu oraz szczegółowe oszacowania.
• planowane adaptacje istniejącej interwencji;	
• wydolność programu;	tzn. maksymalne i minimalne kryteria w zakresie liczby uczestników.
• prawa uczestników;	
• zasady minimum w zakresie bezpieczeństwa;	
• kodeks etyczny;	
• koszt udziału w programie.	Standard podstawowy w przypadku odpłatnego uczestnictwa w programie.

ETAP 6

Etap 6

Realizacja i monitoring



Na tym etapie następuje wdrożenie w praktykę opracowanych wcześniej planów. Szczególną uwagę należy zwrócić na potrzebę zachowania równowagi między wiernością realizacji (tzn. postępowania zgodnie z planem) i elastycznością (tzn. reagowaniem na bieżące wydarzenia). Niniejszy komponent wskazuje, w jaki sposób osiągnąć tę równowagę poprzez badanie jakości i postępów w realizacji programu oraz dokonywanie kontrolowanych modyfikacji zmierzających do jego poprawy.

6.1 Działania w przypadku interwencji pilotażowej: W pewnych przypadkach interwencja może być przetestowana w postaci projektu na mniejszą skalę. Pomaga to zidentyfikować problemy natury praktycznej oraz inne słabe strony, których nie udało się przewidzieć na etapie planowania. W efekcie, realizatorzy programu mają możliwość dokonania ostatecznych oraz mało kosztownych

modyfikacji przed właściwą realizacją.

6.2 Realizacja interwencji: W momencie zebrania wystarczających dowodów na to, że planowana interwencja z zakresu profilaktyki uzależnień od narkotyków będzie skuteczna, wykonalna i etyczna można przystąpić do jej realizacji, zgodnie z planem projektu. W celu ułatwienia prowadzenia późniejszych ewaluacji oraz działań sprawozdawczych, faza realizacja powinna być szczegółowo dokumentowana również w zakresie nieprzewidzianych wydarzeń, zmian i niepowodzeń.

6.3 Monitoring w fazie realizacji: W trakcie realizacji programu należy dokonywać regularnego monitoringu postępów, w celu zlokalizowania obszarów wymagających poprawy. Należy wtedy systematycznie zbierać dane wyniku i procesu, na przykład w zakresie: adekwatności interwencji wobec uczestników, wierności realizacji z planem projektu i oczekiwaniami skuteczności programu. Realizacja interwencji oraz inne aspekty programu powinny być porównywane z ustaleniami planu projektu. Monitoring służy dbałości o wysoką jakość realizacji, ale umożliwia również realizatorom poprawę działań poprzez identyfikowanie i reagowanie na zmienione bądź dodatkowe wymagania zanim te zagrażą skuteczności programu.

6.4 Modyfikacje w fazie realizacji: Realizacja programu powinna być na tyle elastyczna, aby można było odpowiednio zareagować na nagłe sytuacje, zmiany priorytetów itp. Realizacja programu (tam gdzie to możliwe i konieczne) powinna być modyfikowana zgodnie z wynikami przeglądów monitorujących. Modyfikacji należy dokonywać w minimalnym zakresie oraz odpowiednio uzasadnić konieczność ich przeprowadzenia. Należy również rozważyć ich potencjalnie negatywny wpływ na program. Wprowadzane poprawki muszą być również dokumentowane i ewaluowane, w celu poznania ich wpływu na uczestników i skuteczność programu.

6.1 Działania w przypadku interwencji pilotażowej

Nawet jeśli program ma solidne podstawy teoretyczne, istnieje ryzyko, że w praktyce jego przebieg będzie inny niż zaplanowano. Na przykład, grupa docelowa może nie być gotowa na zaangażowanie się w interwencję, materiały interwencyjne mogą nie spełniać oczekiwań uczestników bądź też mogą pojawiać się inne nieprzewidziane przeszkody dotyczące uczestnictwa w programie (zob. 5.4: *Rekrutacja i utrzymanie uczestników*). Tego typu problemy mogą pozostawać niewidoczne w fazie planowania, zwłaszcza w przypadku opracowywania nowego programu, bez udziału przedstawicieli grupy docelowej. Na etapie pełnej realizacji rozwiązywanie takich problemów może okazać się kosztowne, a brak ich rozwiązania może opóźnić lub nawet uniemożliwić wdrożenie programu. Zaleca się zatem wdrożenie wersji pilotażowej, ponieważ pozwala to realizatorom na wprowadzenie niskim kosztem poprawek do konstrukcji interwencji oraz planu projektu, zanim program będzie prowadzony na szerszą skalę.

Interwencja pilotażowa (lub badanie pilotażowe) jest próbą interwencji na małą skalę przed pełną realizacją (np. przy udziale mniejszej liczby uczestników, w jednym bądź dwóch miejscach). Interwencja pilotażowa ma na celu identyfikację słabych stron planowanej pełnej interwencji, na przykład w zakresie jej wykonalności (np. czy kalkulacja zasobów jest prawidłowa, czy program nie zakłada zbyt ambitnych celów?), skuteczności (np. czy wyniki spełniają oczekiwania?) oraz zgodności zawartych w programie treści do właściwie dobranych materiałów interwencyjnych, odpowiednich narzędzi ewaluacyjnych itp. (UNODCCP, 2000). W trakcie interwencji pilotażowej, zbierane są dane procesu i (w ograniczonym stopniu) wyniku, które następnie wykorzystuje się do przeprowadzenia mikro ewaluacji. Wyniki tej przedwstępnej ewaluacji wykorzystywane są do ulepszania interwencji właściwej.

Konsultacje przeprowadzone w ramach tworzenia niniejszego komponentu wskazywały, iż z uwagi na częste ograniczenia środków, wymóg interwencji pilotażowej powinien zależeć od konkretnych uwarunkowań programu. W związku z tym, interwencje pilotażowe uważa się za konieczne, jeśli:

- interwencja nie była wcześniej realizowana (tzn. jest to nowy projekt);
- istniejąca interwencja może być realizowana, jednak po dokonaniu znaczących zmian;
- program otrzymuje znaczące wsparcie finansowe, np. fundusze rządowe;
- program przewidziany jest do szerokiego rozpowszechniania, np. w skali całego kraju;
- materiały interwencyjne takie jak podręczniki czy strona internetowa muszą być przetestowane;
- interwencja realizowana jest w ramach badań naukowych – interwencja pilotażowa, w tym przypadku, stanowić będzie próbę skuteczności eksperymentalnej.

Oprócz powyższych przykładów mogą również istnieć inne przesłanki wskazujące na zasadność interwencji pilotażowej. I na odwrót, interwencja pilotażowa nie jest wymagana, jeśli program jest staranną adaptacją istniejącej interwencji, która była z powodzeniem realizowana w przeszłości (zob. 4.2: *Działania w przypadku wyboru istniejącej interwencji*).

Jednak z uwagi na praktyczne uwarunkowania bądź wymagane zasoby interwencje pilotażowe nie zawsze mogą być wykonalne. Na przykład, prowadzenie na małą skalę pilotażu programu, który sam w sobie ma niewielki zasięg, może okazać się trudne (np. program profilaktyki ukierunkowanej w pojedynczej szkole). W takich przypadkach szczególną rolę należy przypisać działaniom monitorującym (zob. 6.3: *Monitoring w fazie realizacji*). W przypadku planowania kilku edycji tego samego programu, każda z nich powinna dostarczać wniosków w zakresie poprawy kolejnej.

W innych przypadkach, dostępne środki mogą być niewystarczające na pokrycie kosztów pilotażu. Zaleca się zatem, aby zleceniodawcy i sponsorzy przeznaczili odpowiednie fundusze tam gdzie interwencje pilotażowe są szczególnie zalecane (zgodnie z ww. przykładami). Zdarzają się również i takie przypadki gdzie interwencja pilotażowa stanowi, w rzeczy samej, jedyną formę działań profilaktycznych z uwagi na brak funduszy koniecznych do ich kontynuacji. W takich sytuacjach warto rozważyć przydatność strategii w zakresie trwałości programu po zakończeniu etapu pilotażowego (zob. A: *Trwałość i finansowanie*; 8.1: *Decyzja czy program powinien być kontynuowany*).

Studium przypadku 3 w publikacji pt. *Developing and evaluating complex interventions: new guidance* (MRC, 2008) zawiera dwa przykłady interwencji pilotażowych, w tym sposobów wykorzystania ich wyników.

Standardy

Standardy poddane przeglądowi nie zawierały szczegółowych wytycznych w zakresie interwencji pilotażowych, w związku z czym, niniejszy komponent ich nie wyróżnia.

6.2 Realizacja interwencji

W przypadku istnienia wystarczających dowodów na to, że planowana interwencja będzie skuteczna, wykonalna i etyczna, można zrealizować ją w pełni (np. z udziałem wielu uczestników, we wszystkich miejscach, jako usługę standardową) (zob. 3.5: *Odwołanie się do dowodów skuteczności*; 6.1: *Działania w przypadku interwencji pilotażowej* oraz D: *Etyczny wymiar profilaktyki uzależnień od narkotyków*).

Interwencja musi być prowadzona zgodnie z planem projektu (zob. Etap 4: *Konstrukcja interwencji*; 5.1: *Zaplanowanie programu – przedstawienie planu projektu*). Wierność oznacza tu stopień, w jakim realizacja interwencji pokrywa się z pierwotnym planem (lub starannie zaadaptowaną interwencją). Jeśli, na przykład, członkowie personelu dokonają nieplanowanych zmian, takich jak zmniejszenie liczby sesji bądź modyfikacja treści programowych, wówczas może to mieć wpływ na wynik interwencji. W efekcie, interwencja może okazać się mniej skuteczna, nieskuteczna bądź mieć negatywny (jatrogeny) wpływ na uczestników. Nie oznacza to jednak, że plan projektu musi być realizowany ściśle według założeń, bez względu na to, czy pojawia się potrzeba dokonania zmian. Standardy w komponencie 6.3: *Monitoring w fazie realizacji* i 6.4: *Modyfikacje w fazie realizacji* wskazują jak należy monitorować realizację oraz, jak dokonywać precyzyjnych poprawek w celu zapewnienia równowagi między potrzebą wiernej realizacji i elastycznością.

Przy analizowaniu przyczyn (nie)osiągnięcia wyników, należy pamiętać o tym co działo się w trakcie realizacji interwencji. Należy zatem systematycznie dokumentować kolejne działania podejmowane w fazie realizacji w rzetelny sposób, uwzględniając wszelkie odchylenia od pierwotnego planu oraz inne godne uwagi wydarzenia (np. niepowodzenia, nieprzewidziane wypadki). Dokumentowanie realizacji interwencji jest pomocne w prowadzeniu sprawozdawczości i ewaluacji procesy na późniejszych etapach projektu.

W przypadku planowania ewaluacji wyniku, dane te zbierane są przynajmniej na początku i na końcu interwencji w celu obserwacji zmian. Standardy w komponencie 6.3: *Monitoring w fazie realizacji* również uwypuklają znaczenie danych wyniku i procesu dla monitoringu.

Więcej informacji na temat wiernej realizacji wraz z zaleceniami dotyczącymi jej oceny znajduje się w *Dodatkowym instruktażu*.

Standardy podstawowe:	
6.2.1 Interwencja jest realizowana:	
• zgodnie z pisemnym planem projektu;	
• przy zachowaniu wysokiej jakości;	tzn. z wykorzystaniem wystarczającej wiedzy i doświadczenia w profilaktyce uzależnień od narkotyków i wdrażaniu projektów oraz zgodnie z wymaganą metodologią.
• z ukierunkowaniem na uczestników.	Przykład: z perspektywy uczestników.
6.2.2 Realizacja interwencji jest odpowiednio dokumentowana.	
6.2.3 Dokumentacja obejmuje:	
• monitoring realizacji zgodnie z planem projektu;	Przykład dowodów: wprowadzono faktyczne daty ukończenia poszczególnych etapów.
• niepowodzenia i działania zaradcze;	
• modyfikacje i zmiany dokonane w oryginalnej wersji planu projektu;	
• wydarzenia nadzwyczajne i sposoby reagowania.	Przykłady wydarzeń nadzwyczajnych: wypadki, sytuacje awaryjne.
Dodatkowe standardy nadzwyczajne w przypadku prowadzenia ewaluacji wyniku:	
6.2.4 Zebrano dane do ewaluacji wyniku:	
• na początku interwencji;	tzn. wstępna ocena wskaźników ewaluacji wyniku.
• na końcu interwencji ('dane post-interwencyjne').	Przykład kiedy: ocena zmiany po ostatniej sesji.

Standardy specjalistyczne:

6.2.5 Interwencja realizowana jest:

- systematycznie i etapowo;
- poprzez zaangażowanie uczestników w proces realizacji.

Przykład zaangażowania uczestników: uzyskiwanie informacji zwrotnych od uczestników na temat realizowanych działań (może odbywać się to w ramach zbierania danych do monitoringu i ewaluacji procesu).

6.2.6 Dane do ewaluacji wyniku zbierane są okresowo w trakcie realizacji interwencji.

Przykład kiedy: ocena zmiany po każdej sesji.

6.3 Monitoring w fazie realizacji

Nawet jeśli interwencja z zakresu profilaktyki uzależnień jest dobrze przygotowana, przetestowana i przeprowadzona zgodnie z planem (zob. Etap 3: *Ramy programu*, 6.1: *Działania w przypadku interwencji pilotażowej* i 6.2: *Realizacja interwencji*) nie ma gwarancji, że faza realizacji przebiegnie gładko i przyniesie oczekiwane wyniki. Na tym etapie należy zatem często dokonywać przeglądu monitorującego, aby zidentyfikować pojawiające się problemy oraz móc odpowiednio na nie zareagować (zob. 6.4: *Modyfikacje w fazie realizacji*).

Konsultacje przeprowadzone w trakcie tworzenia standardów wykazały, że w niektórych krajach np. w Wielkiej Brytanii termin ‘monitoring’ rozumiany jest jako zewnętrzna kontrola jakości (np. wymóg nadsyłania sponsorom okresowych raportów z realizacji programu) lub jako zbieranie danych do zewnętrznej analizy (np. dane wymagane przez zlecniodawcę do zbadania stopnia realizacji zadań na szczeblu regionalnym). Pomimo, iż realizatorzy mogą wykorzystywać dane z przeglądów monitorujących do raportów z realizacji programu, w niniejszych standardach głównym celem monitoringu jest stymulowanie wewnętrznej kontroli jakości.

W ramach monitoringu, dane wyniku i procesu są okresowo zbierane i analizowane. Stan realizacji porównywany jest z ustaleniami planu projektu (zob. 5.1: *Zaplanowanie programu – przedstawienie planu projektu*). Celem monitoringu jest między innymi zrozumienie czy program jest:

- realizowany zgodnie z zamierzeniami (np. według planu projektu);
- adekwatny do potrzeb uczestników (np. Czy adaptacja ma właściwą formę?) (zob. Etap 1: *Ocena potrzeb*; 4: *Konstrukcja interwencji*);
- etyczny (np. Czy uczestnicy mają zastrzeżenia? Czy personel postępuje właściwie?) (zob. D: *Etyczny wymiar profilaktyki uzależnień od narkotyków*);
- skuteczny (np. Czy interwencja generuje zakładane zmiany? Czy postępy uczestników są zgodne z oczekiwaniami?) (zob. 3.3: *Określenie celów strategicznych, programowych i częstkowych*);
- wykonalny (np. Czy zasoby są wystarczające do wdrożenia programu? Czy cele programowe mogą zostać osiągnięte? Czy możliwa jest wierna realizacja?).

Zatem monitoring dotyczy działań interwencyjnych, jak również innych aspektów programu, takich jak: potrzeby uczestników, zasoby itp.

Monitoring służy dbałości o wysoką jakość realizacji programu. Ponadto, umożliwia realizatorom doskonalenie działań profilaktycznych poprzez identyfikowanie i reagowanie na problemy zanim te

zagrożą skuteczności programu. Przerwy między przeglądami monitorującymi muszą odpowiadać długości i intensywności interwencji. Jeśli przeglądy są prowadzone bardzo często, przerwy mogą być za krótkie, by zauważyć zmiany, przeglądy mogą też wymagać użycia zbyt wielu zasobów. Z drugiej strony, jeśli przerwy między przeglądami są zbyt długie, mogą pojawić się problemy, które staną się na tyle poważne, że utrudnią rozwiązanie zanim zostaną zauważone.

W przypadku gdy ewaluację procesu i wyniku nie są uważane za zasadne czy wykonalne (zob. 4.4: *Działania w przypadku planowania ewaluacji końcowych*), monitoring może stanowić alternatywę dla złożonych i formalnych ewaluacji.

Więcej informacji na temat jakości realizacji znajduje się w *Dodatkowym instruktażu*.

Standardy podstawowe:	
6.3.1 Monitoring postrzegany jest jako integralna część fazy realizacji.	tzn. personel rozumie jego użyteczność.
6.3.2 Określono osobę lub zespół odpowiedzialny za monitorowanie programu.	
6.3.3 Zdefiniowano przebieg monitoringu.	
6.3.4 Dane wyniku i procesu są:	
• zbierane często podczas realizacji;	
• poddawane częstym przeglądom podczas realizacji;	
• systematycznie analizowane.	tzn. porównywane z pisemnym planem projektu.
6.3.5 Monitoring obejmuje następujące zagadnienia:	
• plan projektu;	tzn. czy istnieje potrzeba aktualizacji.
• czy uczestnicy reprezentują zdefiniowaną grupę docelową;	
• czy planowane zmiany są osiąmane;	tzn. różnice między wynikami zakładanymi (celami częściowymi) i faktycznymi.
• potencjalne skutki negatywne (jatrogeenne) (w tym skutki uboczne);	Przykład potencjalnych 'skutków ubocznych': zwiększone kontakty z rówieśnikami używającymi narkotyki poprzez udział w programie.
• zastosowanie praktyczne;	tzn. co 'działa', co 'nie działa' w stosunku do uczestników.
• jakość i wierność realizacji;	tzn. czy program jest realizowany zgodnie z planem projektu.
• zasoby.	Przykładowe kwestie do rozważenia: czy planowane zasoby odpowiadają faktycznie dostępnym; czy dostępne zasoby są wystarczające do realizacji programu; nadmierne czy nadzwyczajne koszty.
6.3.6 Wnioski wskazują czy i jakie elementy programu powinny zostać zmodyfikowane w celu skutecznej realizacji.	

Standardy specjalistyczne:	
6.3.7 Określono strukturę monitoringu.	Przykłady dowodów: opracowano jasną procedurę sprawozdawania procesu monitorowania (np. jak często i kiedy odbywać się będą spotkania przeglądowe).
6.3.8 Monitoring obejmuje następujące zagadnienia:	
• potrzeby uczestników;	tzn. czy potrzeby uczestników są zaspakajane i czy potrzeby zmieniły się od wstępnej oceny potrzeb lub w trakcie realizacji interwencji.
• reakcje uczestników na interwencję;	Przykładowe kwestie do rozważenia: gotowość do udziału w interwencji.
• proces adaptacji;	Przykładowe kwestie do rozważenia: czy adaptacja (kulturowa) jest odpowiednia dla uczestników; w jaki sposób przyczynia się lub przeszkadza w skutecznej realizacji programu.
• wkład z zewnątrz;	tzn. jakość wkładu przez osoby trzecie. Standard podstawowy w przypadku udziału realizatorów z zewnątrz.
• czy cele programowe i częściowe wymagają modyfikacji;	Przykładowe kwestie do rozważenia: w zależności od stopnia powodzenia oraz w zależności od zmieniających się potrzeb uczestników.
• inne problemy.	Przykładowe kwestie do rozważenia: kwestie natury etycznej.
6.3.9 Personel otrzymuje informacje zwrotne na temat wyników monitoringu.	

6.4 Modyfikacje w fazie realizacji

W przypadku gdy interwencja nie generuje zakładanych wyników lub gdy realizatorzy borykają się z trudnościami w trakcie realizacji (np. problemy z rekrutacją uczestników), zachodzi potrzeba dokonania modyfikacji lub, jeśli to okaże się niemożliwe, zaniechania interwencji (zob. 8.1: *Decyzja czy program powinien być kontynuowany*). Nagłe problemy, zmiany priorytetów, itp. mogą zostać wykryte w toku regularnych przeglądów monitorujących (zob. 6.3: *Monitoring w fazie realizacji*). Jeśli modyfikacje mają przynieść korzyści uczestnikom, należy dokonać ich jak najszybciej (tzn. podczas realizacji programu).

Przed wszystkim należy pamiętać o podstawowej zasadzie, jaką jest prowadzenie interwencji zgodnie z planem projektu. Modyfikacje mogą być dokonywane jedynie wtedy, gdy mają na celu udoskonalenie programu (zob. 6.2: *Realizacja interwencji*). Konsultacje zorganizowane w trakcie tworzenia niniejszych standardów wykazały, że zmiany wynikały często nie z chęci usprawnienia programu lecz z braku wiedzy (np. niedocenianie wagi realizowania programu zgodnie z planem projektu), braku czasu lub środków (np. presja czasu i w konsekwencji pomijanie niektórych działań), lub też ze zwykłej wygody (np. postrzeganie planowanych działań jako zbyt obciążenie). Zebrane dane wskazują na potrzebę wzajemnej komunikacji, która pozwoli wszystkim zaangażowanym członkom personelu (np. praktycy, profesjonaliści z zewnątrz) oraz interesariuszom (np. organizacja-beneficjent) być bardziej świadomym wagi realizowania pierwotnego planu (zob. B: *Wzajemna komunikacja i udział interesariuszy*).

Wprowadzone zmiany powinny mieć odpowiednie uzasadnienie (np. opierać się na wynikach przeglądów monitorujących). Muszą być również zgodne z ramami programu (np. zgodność z celami strategicznymi, brak sprzeczności z dorobkiem naukowym leżącym u podstaw programu) (zob. Etap 3: *Ramy programu*). Musi też istnieć wysokie prawdopodobieństwo, że zmiany wpłyną pozytywnie na program i nie wywołają negatywnych (jatrogennych) skutków oraz, że zachowane zostaną zasady etycznej profilaktyki uzależnień narkotyków (zob. D: *Etyczny wymiar profilaktyki uzależnień od narkotyków*). Ważne jest również, aby zmiany były dokonywane w minimalnym zakresie, w celu zapewnienia równowagi między wierną realizacją interwencji i elastycznością działań.

Praktycy powinni unikać dokonywania modyfikacji *ad hoc* podczas realizacji interwencji. Jednak w niektórych przypadkach spontaniczne zmiany w celu dopasowania interwencji do potrzeb uczestników mogą być uzasadnione (zob. 4.3: *Dopasowanie interwencji do grupy docelowej*). Na przykład, podczas zajęć w programie szkolnym prowadzący może zdecydować się na przeprowadzenie

sesji interaktywnej zamiast wykładu, jeśli uczniowie nie wyrażają chęci na słuchanie tego typu wystąpienia. Jeden z konsultantów w procesie tworzenia niniejszych standardów nazwał to 'elastycznością w zakresie wyniku' (tzn. umiejętność osiągania zamierzonych rezultatów za pomocą innych metod). Tego typu decyzje wymagają starannego rozważenia pod kątem ich wpływu na wierność realizacji i skuteczność interwencji. Optymalnym rozwiązaniem jest zapewnienie odpowiedniego pola manewru w konstrukcji interwencji (np. poprzez zalecenia w zakresie sposobu zmiany kolejności działań, w odpowiedzi na potrzeby uczestników) lub planie projektu (np. plany awaryjne) (zob. 5.1: *Zaplanowanie programu – przedstawienie planu projektu*). Członkowie personelu mogą otrzymywać, w ramach szkoleń lub wsparcia zawodowego, zalecenia co do sposobu reagowania w takich sytuacjach (zob. C: *Organizacja i rozwój personelu*).

Członkowie personelu powinni być informowani o wszelkich zmianach dotyczących programu. Optymalnym rozwiązaniem jest uzgadnianie zmian wspólnie z personelem. Na przykład, jeśli sesja z uczestnikami nie przebiegła zgodnie z oczekiwaniami, można zorganizować spotkanie personelu w celu jej omówienia i znalezienia rozwiązań. O ile to możliwe lub właściwe, zmiany powinny być również uzgadniane z innymi interesariuszami (np. uczestnikami, zlecniodawcami, sponsorami). Kierownicy placówek, zlecniodawcy i sponsorzy muszą dostrzegać potrzebę elastyczności działań. Można to osiągnąć, na przykład, poprzez wcześniejsze ustalenia, w jakim stopniu ich dokonywanie jest możliwe, bez konieczności uzyskiwania formalnej zgody (np. w ramach grantu lub umowy o świadczenie usług profilaktycznych).

W przypadku wprowadzenia modyfikacji należy koniecznie je udokumentować i poddać ewaluacji, ponieważ w przeciwnym razie ich wpływ pozostanie niezany. Dane procesu i wyniku powinny być zbierane i analizowane w celu zbadania czy wprowadzone zmiany rzeczywiście podniosły jakość i skuteczność interwencji. Jeśli tak się stało, płynące z tego wnioski stanowią przykład istotnego wkładu w dorobek naukowy profilaktyki uzależnień od narkotyków i powinny być rozpowszechniane (zob. 8.2: *Rozpowszechnianie informacji o programie*). Monitoring i ewaluacja wykażą czy zmiany wpłynęły na interwencję w negatywny sposób, na przykład poprzez skutki jatrogenne i czy powinny być usunięte.

W przypadku interwencji próbnych o charakterze naukowym, należy zwrócić szczególną uwagę na to czy realizacja przebiega zgodnie z planem projektu. Zmiany w trakcie realizacji mogą być niedozwolone. W takich przypadkach, jeśli wyniki przeglądów monitorujących nie mogą być wykorzystane do modyfikacji programu w bieżącej edycji, stanowią część ewaluacji procesu i służą doskonaleniu przyszłych edycji.

Więcej informacji na temat jakości realizacji znajduje się w *Dodatkowym instruktażu*.

Standard podstawowe:

6.4.1 Realizacja ma realistyczny charakter.	tzn. w razie konieczności modyfikacje programu są możliwe w trakcie jego realizacji; personel może swobodnie podejmować decyzje w zależności od indywidualnych potrzeb uczestników i okoliczności.
6.4.2 Realizacja programu modyfikowana jest zgodnie z wynikami monitoringu, tam gdzie to możliwe.	Przykłady modyfikacji: modyfikacja celów programowych i częściowych, modyfikacja działań, ponowne określenie potrzeb, reagowanie na sytuacje awaryjne, zmiany w planie projektu, stosowanie innej strategii w przypadku niepowodzenia pierwotnej, dalsza adaptacja kulturowa.
6.4.3 Problemy rozwiązywane są w sposób właściwy dla programu.	tzn. właściwy dla grupy docelowej, zgodny z celami programowymi i częściowymi oraz odpowiednio do rozmiaru problemu.
6.4.4 Modyfikacje są uzasadnione a powody ich dokonania są dokumentowane.	Uwaga: modyfikacje powinny być dokonywane w oparciu o cele programowe i częściowe. Dokumentacja powinna zawierać uzasadnienie dokonania zmian oraz wskazywać na osobę, która o nie wnioskowała.

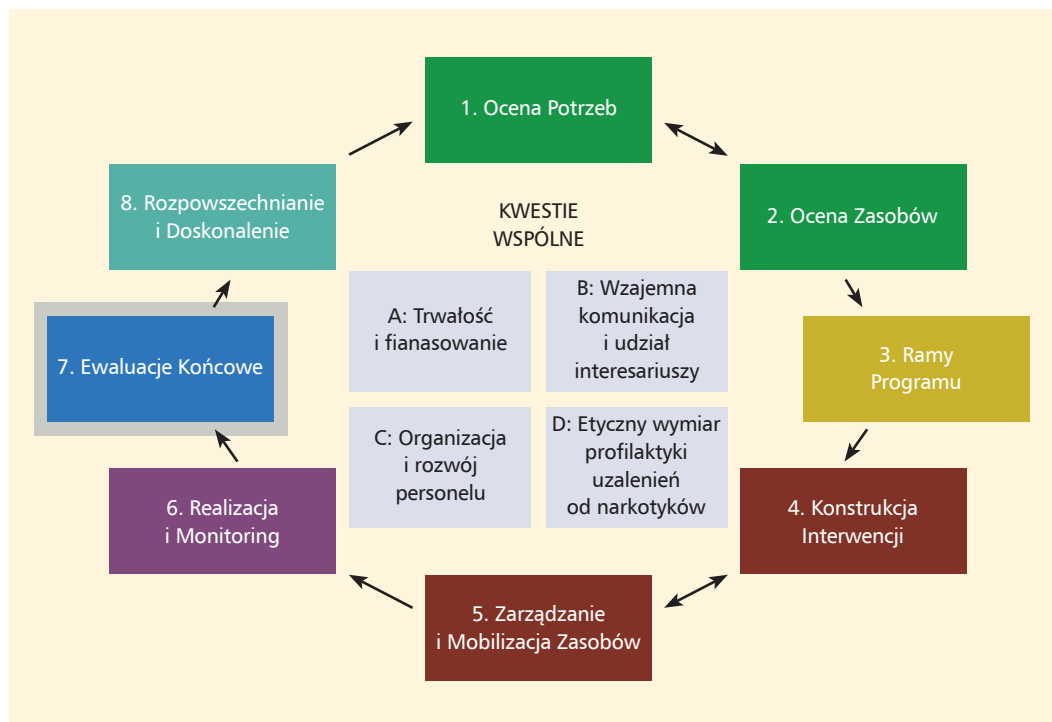
Standardy specjalistyczne:

6.4.5 Program jest aktualizowany w oparciu o wydarzenia zewnętrzne.	Przykłady wydarzeń zewnętrznych: zmiany dostępności narkotyków na lokalnym rynku lub zmiany wzorów używania w grupie docelowej, nowe odkrycia w dziedzinie profilaktyki uzależnień od narkotyków, nowe dowody.
6.4.6 Uczestnicy biorą udział w modyfikacjach podczas realizacji interwencji.	

ETAP 7

Etap 7

Ewaluacje końcowe



Po zakończeniu interwencji prowadzone są ewaluacje końcowe w celu zbadania wyników i/lub procesu realizacji interwencji i całego programu. Do standardów w niniejszym komponencie należy stosować się wraz ze standardami w komponencie 4.4: *Działania w przypadku ewaluacji końcowych*, ponieważ ewaluacja jest opisana tam bardziej szczegółowo. W komponencie 4.4 opisane są również właściwe działania w zakresie gromadzenia danych podczas realizacji interwencji.

7.1 Działania w przypadku ewaluacji wyniku: Wszystkie wyniki są gromadzone zgodnie z pierwotnymi ustaleniami (tzn. w oparciu o zdefiniowane wskaźniki ewaluacyjne). W zależności od skali programu i zastosowanego schematu badawczego, w celu zbadania skuteczności osiągnięcia celów programu

prorowadzone są analizy statystyczne. Tam gdzie to możliwe, ustalenia ewaluacji wyniku wyjaśniane są za pomocą związków przyczynowo-skutkowych.

7.2 Działania w przypadku ewaluacji procesu: Ewaluacja procesu dokumentuje to co wydarzyło się w trakcie realizacji programu. Ponadto, bada jakość i użyteczność programu po kątem zasięgu, stopnia dotarcia do grupy docelowej, akceptacji przez uczestników, wierności realizacji i wykorzystania zasobów. Wyniki ewaluacji procesu pomagają w interpretacji ustaleń ewaluacji wyniku oraz zrozumieć, w jaki sposób udoskonalić program.

W celu dokładnego zrozumienia skuteczności programu, należy łącznie interpretować ustalenia ewaluacji wyniku i procesu. Uzyskana wiedza będzie przydatna w Etapie 8: *Rozpowszechnianie i doskonalenie*.

7.1 Działania w przypadku ewaluacji wyniku

W ramach ewaluacji wyniku systematycznie zbiera się i analizuje dane dotyczące wykonania programu. Działania te mają na celu ustalenie skuteczności interwencji. Standardy w niniejszym komponencie wskazują, jakie analizy należy przeprowadzić, w jaki sposób przedstawiać wyniki oraz, w jaki sposób ustalać i dokumentować skuteczność interwencji.

Ewaluacja wyniku na poziomie podstawowym bada czy interwencja przyczyniła się do zmiany wśród uczestników, zgodnie z założonymi celami programowymi i częściowymi, nie wyrządzając przy tym szkód (zob. 3.3: *Określenie celów strategicznych, programowych i częściowych*; D: *Etyczny wymiar profilaktyki uzależnień od narkotyków*). Natomiast ewaluacja na poziomie specjalistycznym bada, między innymi, wpływ różnych elementów składowych interwencji na jej skuteczność oraz na uczestników i czy można uogólnić wnioski.

Jeśli program ma formę kontrolowanego badania losowego istnieje możliwość przypisania zaobserwowanych zmian interwencji (tzn. założyć, że zmiany zostały spowodowane przez interwencję). Jeśli uczestnicy nie byli dobrani losowo lub też losowo przydzieleni do grupy interwencyjnej i kontrolnej, należy wykluczyć obciążenie próby, zanim wyniki zostaną przypisane interwencji. Stąd też ryzyko obciążenia próby, we wszystkich postaciach, należy mieć nieustannie na uwadze. Podobnie należy postępować w ewaluacji wyniku w przypadku ograniczeń schematu badawczego, szczególnie przy formułowaniu wniosków na temat eksperymentalnej i rzeczywistej skuteczności interwencji.

Standardy podstawowe, w niniejszym komponencie, najbardziej odpowiadają większości ewaluacji wyniku programów mikro. Jednak, programy makro mające na celu udowodnienie skuteczności eksperymentalnej czy rzeczywistej danej interwencji z zamiarem szerokiego rozpowszechniania, powinny również spełniać standardy specjalistyczne (tzn. wszystkie standardy, w tym specjalistyczne, które w programach makro uznawane byłyby za podstawowe). Ewaluacje makro powinny również spełniać wymogi *the USA Standards of Evidence* (Flay i wsp., 2005), na których opiera się niniejszy komponent. Należy również zaznaczyć, że poniższe standardy mają zastosowanie w przypadku prowadzenia ewaluacji wyniku.

W celu zrozumienia przyczyn (nie)osiągnięcia określonych wyników, wnioski z ewaluacji wyniku należy interpretować w kontekście ustaleń ewaluacji procesu (zob. 7.2: *Działania w przypadku ewaluacji procesu*). Dzięki temu realizatorzy mogą podejmować decyzje czy i jak kontynuować oraz doskonalić program (zob. Etap 8: *Rozpowszechnianie i doskonalenie*).

Komponent 4.4: *Działania w przypadku planowania ewaluacji końcowych* zawiera istotne informacje oraz różnice między ewaluacjami wyniku i procesu. Komponent opisuje również niezbędne działania (np. zbieranie danych, określenie wskaźników ewaluacyjnych) oraz możliwe problemy.

Więcej informacji na temat ewaluacji znajduje się w *Dodatkowym instruktażu*.

Standardy podstawowe w przypadku ewaluacji wyniku:	
7.1.1. Podano wielkość próby, na której oparto ewaluację końcową. Wielkość jest odpowiednia do przeprowadzenia analizy danych.	tzn. wobec tych uczestników, w przypadku których dostępne są pomiary wyjściowe i końcowe.
7.1.2 Przeprowadzono odpowiednią analizę danych. W szczególności:	
• analizę całościową;	tzn. analiza uwzględnia wszystkie osoby w grupie interwencyjnej i, jeśli to konieczne, grupie kontrolnej.
• uwzględniono błąd spowodowany niemożnością dotarcia w badaniach kontrolnych do członków grup badawczych (ubytki) oraz działania zmierzające do jego zminimalizowania;	Przykład dowodów: opisano przypadki uczestników, którzy nie wzięli udziału w pomiarach kontrolnych oraz podano przyczyny.
• udokumentowano i odpowiednio potraktowano brakujące dane;	tzn. sprawozdano zakres i prawidłowości zaobserwowane w przypadku brakujących danych.
• podano alternatywne wyjaśnienia zaobserwowanych wyników.	Przykład alternatywnych wyjaśnień: uzyskany wzrost negatywnych zachowań może wynikać ze zwiększonej świadomości problemowych zachowań.
7.1.3 Udokumentowano uzyskane dane. W szczególności:	
• dane wyjściowe;	
• dane post-interwencyjne.	tzn. wartości zdefiniowanych wskaźników ewaluacyjnych.
7.1.4 Sprawozdano dane dotyczące każdego zmierzonego wskaźnika ewaluacji wyniku bez względu na uzyskane wartości.	tzn. sprawozdano pozytywne i negatywne wyniki, jak również te statystycznie nieistotne.
7.1.5 Zmiany wyrażono ilościowo i/lub jakościowo.	

Standardy podstawowe w przypadku ewaluacji wyniku (cd.):	
7.1.6 Wyniki dotyczące zmian zachowania odróżniono od innych wyników.	Przykład: zamiary używania narkotyków i rzeczywiste używanie nie są traktowane wymiennie.
7.1.7 Oceniono skuteczność rzeczywistą i ogólne powodzenie programu poprzez porównanie uzyskanych wyników do:	
• sytuacji wyjściowej;	tzn. wyniki post-interwencyjne porównano z danymi wyjściowymi w oparciu o wskaźniki ewaluacyjne.
• celów programowych i częściowych;	tzn., w jakim stopniu interwencja była adekwatna do osiągnięcia celów programowych. Przykład dowodów: osiągnięcie celów programowych i częściowych oceniono na skali (maksymalnie, minimalnie, wcale).
• skutków negatywnych (jatrogeicznych);	tzn. nie odnotowano negatywnego wpływu programu na uczestników. Przykład dowodów: przeprowadzono analizę korzyści i zagrożeń.
• praktycznych walorów programu i znaczenia dla zdrowia publicznego.	

Standardy specjalistyczne:	
7.1.8 Badania kontrolne przeprowadzone po zakończeniu interwencji obejmują znaczny odsetek uczestników programu.	Uwaga: średnia utrzymania w programie powyżej 80% jest uważana za dobrą (NICE 2009, str. 219). Jednak ta norma ewaluacyjna może być trudna do osiągnięcia w pewnych warunkach (np. badania kontrolne na przestrzeni kilku lat).
7.1.9 Analiza danych obejmuje:	
analizy podgrup na temat rzeczywistej skuteczności interwencji w odniesieniu do różnych grup uczestników;	tzn. różne wielkości efektu, gdzie wielkość próby jest wystarczająca.
porównanie jednostkowego i zbiorczego wpływu działań;	tzn. różne działania są oceniane pod kątem skuteczności rzeczywistej. Przykłady porównań: skuteczność w przypadku zastosowania sesji dodatkowych i ich braku; skuteczność wielokrotnych i pojedynczych interwencji.
analizy dawek eksperymentalnych;	tzn. związek pomiędzy otrzymaną ilością interwencji a ich wynikami.
korektę statystyczną uwzględniającą różnice pomiędzy grupą interwencyjną i grupą kontrolną wynikające z błędnego doboru próby;	Przykład korekty: zastosowanie ANCOVA/RANCOVA.
korektę uwzględniającą wielokrotne porównania;	
analizę nie tylko na poziomie indywidualnym, ale również na poziomie randomizacji.	Przykład: jeśli randomizacja lub dobór uczestników został przeprowadzony w oparciu o klasy w szkołach a nie indywidualnych uczniów, analiza danych powinna uwzględniać błąd doboru grupowego (ang. cluster bias).
7.1.10 Wnioski z ewaluacji zawierają:	
wyniki w krótkim, średnim i/lub długim terminie;	tzn. do 6 miesięcy, >6 do 12 miesięcy, > 12 miesięcy po zakończeniu interwencji. Cel: ustalenie trwałości wyników post-interwencyjnych.
wyniki końcowe.	tzn. wyniki związane z celami długoterminowymi (np. wiele lat po zakończeniu interwencji).

Standardy specjalistyczne (cd.):	
7.1.11 Oceniono skuteczność rzeczywistą interwencji poprzez porównanie uzyskanych zmian do zakładanych.	tzn. powodzenie programu w spełnieniu wyznaczonych norm mierzonych za pomocą zdefiniowanych wskaźników ewaluacyjnych.
7.1.12 Pojedyncza interwencja uważana jest za skuteczną, jeśli:	
• jest statystycznie istotna i pozytywna biorąc pod uwagę cele programowe i częściowe programu;	Uwaga: pożądana jest konsekwentna prawidłowość statystycznie istotnych i pozytywnych skutków w zakresie wielu wskaźników.
• nie zaobserwowano negatywnych (jatrogennych) skutków w odniesieniu do ważnych wyników;	Przykład: interwencja nie wpłynęła na zwiększenia używania narkotyków.
• zaobserwowano pozytywne skutki w długoterminowych pomiarach kontrolnych i są one istotne statystycznie.	tzn. >12 miesięcy od zakończenia interwencji.
7.1.13 Uzyskane dane porównano z innymi ewaluacjami programu.	Uwaga: może być to niemożliwie w przypadku gdy inne ewaluacje tej samej interwencji nie są jeszcze dostępne.
7.1.14 W przypadku dostępności kilku badań, w ustalaniu skuteczności wzięto pod uwagę badania o najwyższej jakości.	
7.1.15 Interwencja uznawana jest za ogólnie skuteczną jeśli:	
• wielkość efektu w różnych próbach interwencji jest podobna;	
• uzyskano spójne pozytywne dane w co najmniej dwóch różnych wysokojakościowych badaniach/ powtórzeniach z zachowaniem odpowiedniej istotności statystycznej;	
• w co najmniej jednym badaniu powtórzeniowym uzyskano pozytywne dane. Badanie powinno być przeprowadzone przez niezależnych badaczy, którzy nie są realizatorami programu.	
7.1.16 Sformułowano wnioski przyczynowo-skutkowe na temat eksperymentalnej/ rzeczywistej skuteczności interwencji.	tzn. 'interwencja X jest skuteczna na poziomie eksperymentalnym/ rzeczywistym w zakresie generowania wyników Y w populacji Z'.

Standardy specjalistyczne (cd.):	
7.1.17 Wniosek przyczynowo-skutkowy na temat eksperymentalnej/ rzeczywistej skuteczności interwencji:	
• jest jednoznaczny;	
• określa grupę docelową;	
• przedstawia wyniki;	
• określa okres, w jakim należy spodziewać się utrzymania wyników.	Uwaga: powinno to opierać się na długoterminowych pomiarach kontrolnych. Przykład: krótkoterminowe do 6 miesięcy, średnioterminowe między 6. i 12. miesiącem, długoterminowe powyżej 12. miesięcy od zakończenia interwencji.
7.1.18 Wyjaśniono uwarunkowania, w jakich należy spodziewać się skuteczności programu.	
7.1.19 Podano populację(e), na którą(e) można uogólniać uzyskane wyniki.	

7.2 Działania w przypadku ewaluacji procesu

W ramach ewaluacji procesu systematycznie zbierane są i analizowane dane procesu. Ma to na celu ustalenie czy i w jakim stopniu osiągnięto zakładane wyniki oraz co należy zrobić w celu udoskonalenia programu w przyszłości. Ewaluacja procesu dokumentuje to co zdarzyło się podczas programu (np. jakie działania przeprowadzono, wobec kogo, przez kogo i jak długo) (CSAP, 2009). Następnie bada się dlaczego program został przeprowadzony w określony sposób i jak mogło to wpłynąć na skuteczność interwencji. Należy przy tym rozważyć następujące kwestie: zasięg programu i stopień dotarcia do grupy docelowej (tzn. czy uczestnicy w odpowiednich proporcjach reprezentowali grupę docelową?); poziom akceptacji interwencji przez uczestników (np. adekwatność treści i materiałów interwencyjnych); wierność realizacji (tzn. czy interwencja została przeprowadzona zgodnie z planem?); wykorzystanie zasobów (np. działania zmierzające do opłacalności programu) (CCSA, 2009). W ewaluacji procesu mogą być wykorzystywane dane, które zostały zebrane w ramach bieżącego monitoringu, jak również przeglądów monitorujących (zob. 6.3: *Monitoring w fazie realizacji*).

Wyniki ewaluacji procesu pomagają w interpretacji ustaleń ewaluacji wyniku (zob. 7.1: *Działania w przypadku ewaluacji wyniku*). Mogą również świadczyć o zachowaniu wierności realizacji w przypadku istniejącej interwencji. W oparciu o wyniki ewaluacji realizatorzy powinni podejmować decyzje dotyczące sposobów kontynuacji i doskonalenia programu (zob. Etap 8: *Rozpowszechnianie i doskonalenie*). Na przykład, duża liczba odejść z programu powinna skłonić ewaluatorów do zbadania ich przyczyn (np. czy uczestnicy przeprowadzili się lub, czy byli niezadowoleni z interwencji?). Pozwala to zidentyfikować źródła zafałszowania wyników programu, które należy rozpatrzyć w ramach ewaluacji wyniku. Ewaluacja procesu może również wskazać sposoby udoskonalenia programu pod kątem zwiększenia utrzymania w nim uczestników. W konsekwencji ewaluacji procesu, może okazać się, że należy przeformułować definicję grupy docelowej lub też należy zwiększyć wydolność programu, z uwagi na bardzo niski odsetek reprezentantów grupy docelowej.

Niniejsze standardy mają zastosowanie w przypadku prowadzenia ewaluacji procesu. Komponent 4.4: *Działania w przypadku planowania ewaluacji końcowych* zawiera więcej informacji na temat znaczenia i różnic między ewaluacją wyniku i procesu. W kompetencji tym omawiane są również konieczne przygotowania (np. zbieranie danych, określenie wskaźników ewaluacyjnych) i potencjalne problemy.

Więcej informacji na temat ewaluacji znajduje się w *Dodatkowym instruktażu*.

Standardy podstawowe w przypadku ewaluacji procesu:	
7.2.1 Ewaluacja procesu:	
dokumentuje realizację programu;	tzn. ilustruje sposób przeprowadzenia interwencji.
wyjaśnia dlaczego program został przeprowadzony w określony sposób;	
jest prowadzona systematycznie;	tzn. z wykorzystaniem pisemnego planu projektu i zdefiniowanych wskaźników ewaluacyjnych.
uwzględnia różnice między celami operacyjnymi i faktycznymi produktami.	
7.2.2 Udział grupy docelowej został udokumentowany i poddany ewaluacji. W szczególności:	
liczba uczestników objętych interwencją;	
metody rekrutacji uczestników;	
czy uczestnicy, którzy wzięli udział w programie rzeczywiście reprezentowali zdefiniowaną grupę docelową.	
7.2.3 Działania zostały udokumentowane i poddane ewaluacji. W szczególności:	
opis działań;	
informacje zwrotne od uczestników;	Przykładowe kwestie do rozważenia: czy uczestnicy zaakceptowali program, uznali go za przyjazny dla nich, zadowalający.
informacje zwrotne od innych ważnych interesariuszy.	
7.2.4 Realizacja programu została udokumentowana i poddana ewaluacji. W szczególności:	
informacje zwrotne od członków personelu na temat jakości realizacji;	
wierność realizacji;	tzn., w jakim stopniu interwencja została przeprowadzona zgodnie z planem.

Standardy podstawowe w przypadku ewaluacji procesu (cd.):

niezamierzone różnice między planowanymi i rzeczywistymi działaniami;	
zamierzone zmiany;	tzn. konieczne modyfikacje programu w trakcie realizacji.
wszelkie nieoczekiwane problemy oraz inne sprawy i sposoby ich rozwiązania lub potraktowania.	
7.2.5 Udokumentowano i poddano ewaluacji wykorzystanie zasobów. W szczególności:	Przykłady zasobów: finansowe, ludzkie i materialne.
definicję 'kosztów';	Przykłady kategorii kosztów: bezpośrednie, pośrednie, finansowe, koszty utraconych korzyści (ang. opportunity costs).
ile zasobów finansowych zostało wykorzystanych;	
koszty rekrutacji uczestników;	Przykładowe kwestie do rozważenia: koszty promocji programu.
koszty zbierania danych, monitoringu i ewaluacji;	
ile zasobów ludzkich zostało wykorzystanych;	Przykładowe kwestie do rozważenia: liczba personelu, roboczogodziny przepracowane w ramach programu.
czy personel wyraził przekonanie, że otrzymał odpowiednie przeszkolenie i wsparcie;	
ile zasobów materialnych wykorzystano;	
różnice między faktycznymi i planowanymi harmonogramami;	
czy zasoby były wystarczające do osiągnięcia wyznaczonych celów programowych i częściowych.	

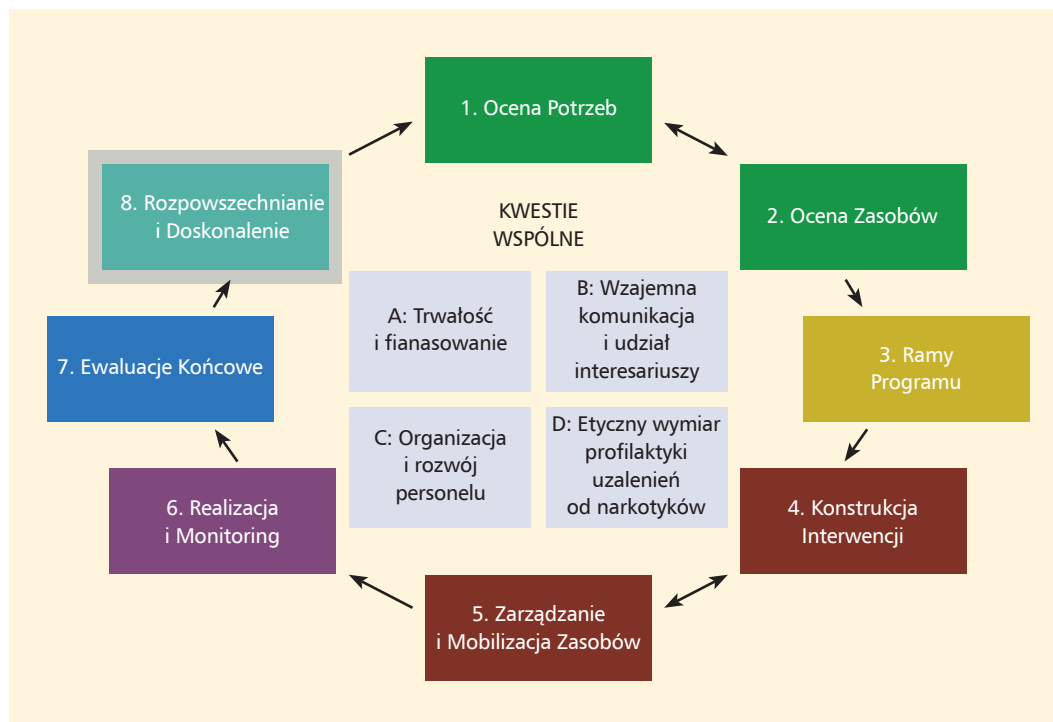
Standardy specjalistyczne:	
7.2.6 Ewaluacja procesu:	
wyjaśnia, w jaki sposób osiągnięto wyniki interwencji;	Standard podstawowy w przypadku prowadzenia ewaluacji wyniku.
uwzględnia różnice pomiędzy spodziewanymi i faktycznymi wartościami wskaźników ewaluacji procesu.	tzn. przy wykorzystaniu zdefiniowanych norm ewaluacji procesu.
7.2.7 Udział grupy docelowej został udokumentowany i poddany ewaluacji. W szczególności:	
skuteczność działań angażujących uczestników;	tzn. rekrutacja, frekwencja oraz średnie dane dotyczące liczby absolwentów.
problemy dotyczące gotowości uczestników do udziału w interwencji;	
cechy uczestników;	Przykłady cech: socjodemograficzne (np. wiek, faza rozwoju, płeć, pochodzenie etniczne lub rasowe, stan cywilny), socjoekonomiczne (np. wykształcenie, zawód), kulturowe (np. wyznanie), terytorialne (np. miejscowość, region).
(szacowany) poziom dotarcia do grupy docelowej.	
7.2.8 Działania zostały udokumentowane i poddane ewaluacji z uwzględnieniem adekwatności materiałów interwencyjnych.	Standard podstawowy w przypadku korzystania z materiałów interwencyjnych.
	Przykładowe kwestie do rozważenia: czy materiały były zrozumiałe dla uczestników, czy były adekwatne pod względem treści.
7.2.9 Realizacja programu została udokumentowana i poddana ewaluacji. W szczególności, w jakim stopniu zrealizowano interwencję.	Przykładowe kwestie do rozważenia: czy przeprowadzono wszystkie zaplanowane sesje.
7.2.10 Udokumentowano i poddano ewaluacji wykorzystanie zasobów. W szczególności:	
szacowane koszty poniesione przez uczestników i innych interesariuszy;	Przykład kosztów: koszty utraconych korzyści.

Standardy specjalistyczne (cd.):	
praca zespołu;	Przykładowe kwestie do rozważenia: wypełnianie przydzielonych ról i obowiązków, dotrzymywanie harmonogramów.
czy personel był aktywnie zaangażowany w podnoszenie jakości programu;	
osiągnięty poziom koordynacji i współpracy.	Przykładowe kwestie do rozważenia: liczba i rodzaj organizacji biorących udział w programie, liczba spotkań, wniosków i uzgodnień.
7.2.11 Opracowano oszacowania w zakresie opłacalności i stosunku kosztów do korzyści.	Dodatkowy instruktaż: zob. Miller and Hendrie, 2009.

ETAP 8

Etap 8

Rozpowszechnianie i doskonalenie



Na końcowym etapie cyklu projektowego główną kwestią jest to czy program powinien być kontynuowany i jeśli tak, to w jaki sposób. Rozpowszechnianie informacji na temat programu może pomóc w jego kontynuacji, umożliwiać również naukę na podstawie doświadczeń z jego realizacji.

8.1 Decyzja czy program powinien być kontynuowany: Optymalnym rozwiązaniem jest kontynuowanie wysokojakościowego programu profilaktyki uzależnień od narkotyków po zakończeniu pierwszej edycji i/lub po wyczerpaniu dofinansowania. Dowody empiryczne uzyskane w ramach monitoringu oraz ewaluacji końcowych umożliwiają podjęcie decyzji co do kontynuacji programu. Jeśli jest ona pozytywna, należy określić i wdrożyć odpowiednie działania.

8.2 Rozpowszechnianie informacji o programie: Rozpowszechnianie informacji na temat programu może okazać się korzystne na wiele sposobów. Na przykład, może to być uzyskanie wsparcia ważnych interesariuszy w zakresie kontynuacji programu bądź jego doskonalenie na podstawie informacji zwrotnych. Tego typu działania wzbogacają również dorobek naukowy profilaktyki uzależnień od narkotyków, co z kolei stanowi wkład w przyszłe strategie, działania praktyczne i badania w zakresie przeciwdziałania narkomanii. W celu umożliwienia innym realizatorom skorzystania z interwencji opracowanej przez innych autorów, należy udostępnić im materiały interwencyjne oraz inne istotne informacje (np. dotyczące kosztów programu).

8.3 Działania w przypadku raportu końcowego: Raport końcowy może być sporządzony zgodnie z postanowieniami umowy o dofinansowanie lub zwyczajnie dla celów informacyjnych. Zawiera on na ogół podsumowanie dokumentacji zgromadzonej na wcześniejszych etapach cyklu projektowego. Przedstawia działania programu i ich zakres oraz, tam gdzie to możliwe, wnioski z ewaluacji końcowych.

Niniejszy etap może stanowić początek nowego cyklu projektowego ukierunkowanego na rozwój istniejącego programu.

8.1 Decyzja czy program powinien być kontynuowany

Optymalnym rozwiązaniem jest kontynuowanie wysokojakościowego programu profilaktyki uzależnień od narkotyków po zakończeniu pierwszej edycji i/lub po wyczerpaniu dofinansowania (np. może być powtórzony z nowymi uczestnikami). Komponent A: *Trwałość i finansowanie* prezentuje czynniki, które mogą mieć wpływ na trwałość programów oraz sposoby zwiększenia możliwości ich kontynuacji w oparciu o specjalne strategie. W momencie zakończenia interwencji należy zdecydować – kierując się ważnymi przesłankami – czy program powinien być kontynuowany. Najlepiej, by były one sformułowane w oparciu o ewaluację wyniku i pokazywały opłacalność i skuteczność interwencji w osiąganiu pozytywnych rezultatów wśród uczestników programu (zob. 7.1: *Działania w przypadku ewaluacji wyniku*).

Jeśli interwencja była skuteczna program należy kontynuować. Natomiast w przypadku braku skuteczności bądź wystąpienia poważnych skutków jatrogennych, program nie powinien być kontynuowany, przynajmniej w obecnym kształcie.

W przypadkach kiedy ewaluacja wyniku nie jest możliwa, wyniki ewaluacji procesu mogą wskazywać, że program powinien być kontynuowany, na przykład w przypadku wysokiego odsetka absolwentów programu lub wysokich wyników w zakresie zadowolenia z programu wśród uczestników i innych interesariuszy (zob. 7.2: *Działania w przypadku ewaluacji procesu*). Jeśli nie przeprowadzono ewaluacji końcowych, decyzję o kontynuacji programu należy podjąć na podstawie wniosków z przeglądów monitorujących (zob. 6.3: *Monitoring w fazie realizacji*). W związku z powyższym, ewaluacja wyniku nie jest zasadniczym wymogiem przy decydowaniu o kontynuacji programu. Jeśli dostępne są dowody z monitoringu i/lub ewaluacji procesu, które wskazują na wysoką jakość programu (np. zasadność, zadowolenie z realizacji, etyczny charakter, wykonalność, prawidłowy przebieg), program powinien być kontynuowany. Jednak, w celu udowodnienia skuteczności interwencji (i kontynuacji programu w długim okresie), stanowczo zaleca się przeprowadzenie ewaluacji wyniku w kolejnej edycji programu. Jeśli wnioski z monitoringu i/lub ewaluacji procesu wskazują, że program miał niską jakość (np. trudności w realizacji, niskie odsetki osób pozostających w programie), nie należy go kontynuować w takiej formie.

Jeśli kontynuacja programu jest uzasadniona należy określić i podjąć odpowiednie działania zgodnie ze strategią sformułowaną w oparciu o komponent A: *Trwałość i finansowanie*. Niestety, nawet w przypadku specjalnej strategii poświęconej pozyskiwaniu środków, trwałość finansowa jest ostatecznie poza kontrolą realizatorów, ponieważ środki mogą być odebrane bądź przeznaczone

na inny cel przez zlecniodawców i sponsorów. Konsultacje przeprowadzone w ramach tworzenia niniejszych standardów wykazały, że skuteczne bądź obiecujące programy, są czasami wstrzymywane z powodu zmian w dostępności środków lub uznania ich za zbyt kosztowne ze względu na dłuższy czas realizacji. Zatem odpowiedzialność za promowanie i wspieranie kontynuacji skutecznych czy obiecujących programów spoczywa na zlecniodawcach i sponsorach.

Jeśli zebrane dane wskazują, iż program nie powinien być kontynuowany, należy wówczas przeanalizować wnioski z monitoringu i, jeśli to możliwe, ewaluacji procesu w celu ustalenia powodów braku jego skuteczności (na przykład dlaczego – nie osiągnięto założonych celów, uczestnicy nie byli zadowoleni, wystąpiły problemy podczas realizacji itp.). Tego typu działania mogą również dostarczyć odpowiedzi, jak udoskonalić program oraz stanowić wsparcie podczas testów zmodyfikowanej wersji interwencji.

W przypadku pewnych programów niniejszy komponent może początkowo wydawać się mniej zasadny. Od początku może być oczywiste, że program nie będzie kontynuowany, m.in. ze względu na jego rodzaj, cele strategiczne i/lub zasoby. Interwencja może dotyczyć konkretnego celu, który determinuje jej zastosowanie w określonym czasie. Na przykład, kampania informacyjna na temat zagrożeń związanych z używaniem kokainy może być rozpoczęta przed obchodami Nowego Roku w celu dotarcia do osób, które zażywają ten narkotyk podczas tzw. specjalnych okazji; grupa młodzieżowa może przeprowadzić jednorazową interwencję w efekcie incydentu związanego z narkotykami; regionalny zespół ds. planowania działań profilaktycznych może zlecić interwencję polegającą na redukcji używania narkotyków w danej społeczności i przerwać program w momencie osiągnięcia celów programowych. W takich przypadkach, mimo iż nie występuje bezpośrednia potrzeba kontynuacji programu po pierwszej edycji, organizacja odpowiedzialna za jego wykonanie powinna określić długoterminowe cele profilaktyki uzależnień od narkotyków, które chce realizować za pomocą tego programu (a więc, na przykład, odpowiedzieć sobie na pytanie – czy warto go powtarzać po roku? Czy istnieje potrzeba innych działań profilaktycznych bazujących na wynikach zrealizowanego programu?). Nawet jeśli trwałość działań na poziomie konkretnej interwencji nie jest wymagana, organizacja powinna kontynuować działania profilaktyczne (zob. A: *Trwałość i finansowanie*).

Standardy podstawowe:

8.1.1 Ustalono czy program powinien być kontynuowany ('trwa'). W szczególności:	Uwaga: należy tego dokonać przez przegląd wniosków z monitoringu, ewaluacji procesu i/lub ewaluacji wyniku.
8.1.2 Doświadczenia zdobyte w trakcie pierwszej edycji programu powinny być wykorzystane w kolejnych edycjach.	Uwaga: na podstawie wyników monitoringu i/lub ewaluacji. Przykłady dowodów: jeśli program będzie realizowany w przyszłości można wprowadzić modyfikacje mające na celu poprawę jego jakości; zamieszczono zalecenia w zakresie usprawnień.

Dodatkowe standardy podstawowe w przypadku kontynuacji ('trwania') programu:

8.1.3 Kontynuacja programu zależy od udowodnienia jego skuteczności.	Uwaga: dowody powinny opierać się na wnioskach z monitoringu, ewaluacji procesu i/lub ewaluacji wyniku. W przypadku braku tego typu danych (w zadowalającej formie), należy przeprowadzić (kolejne) przeglądy monitorujące i/lub ewaluację, na podstawie których możliwe będzie podjęcie decyzji co do przyszłości programu.
8.1.4 Rozważono i udokumentowano możliwości kontynuacji programu.	

Standardy specjalistyczne w przypadku kontynuacji ('trwania') programu:

8.1.5 Pozyskuje się zasoby, w tym finansowe.	Standard podstawowy, jeśli zasoby (np. finansowanie) są ograniczone czasowo do pierwszej edycji programu.
8.1.6 W celu promocji kontynuacji programu wykorzystuje się istniejące sieci i kontakty.	Przykłady przydatnych kontaktów: kontakty zawodowe z zleceniodawcami, kluczowymi instytucjami, członkami społeczności.

8.2 Rozpowszechnianie informacji o programie

W momencie zakończenia interwencji informacja na temat programu oraz, tam gdzie to możliwe, wnioski z ewaluacji – powinny być przekazane właściwym interesariuszom (np. uczestnikom, badaczom naukowym i/lub profesjonalistom zajmującym się profilaktyką). Realizatorzy mogą mieć wrażenie, że w porównaniu z planowaniem, realizacją i ewaluacją rozpowszechnianie informacji na temat programu jest najmniej istotnym elementem cyklu projektowego. Jednak, w rzeczywistości jest to równie ważny aspekt wysokojakościowej profilaktyki uzależnień od narkotyków. Z uwagi na to, iż rozpowszechnianie informacji o programie jest ostatnią fazą cyklu projektowego, istnieje ryzyko, że zostanie zbyt mało środków na jego promocję oraz popularyzowanie osiągniętych wyników. Koszty te należy zatem uwzględnić w planie finansowym (zob. 5.2: *Określenie wymagań finansowych*). Dokonywanie oszczędności jest niekorzystne nie tylko dla innych osób zainteresowanych programem, ale również dla samego realizatora. Koszty upowszechniania programu można zmniejszyć poprzez odpowiednie ukierunkowanie działań w tym zakresie (np. poprzez docieranie do najważniejszych grup, informacje mogą być przekazywane m.in. za pośrednictwem Internetu, ulotek, prezentacji podczas warsztatów czy publikacji naukowych).

Rozpowszechnianie informacji na temat programu stanowi ważny krok w kierunku zachęcenia sponsorów, członków społeczności oraz innych ważnych interesariuszy do jego kontynuacji lub opracowania nowego cyklu projektowego (zob. A: *Trwałość i finansowanie*). Może też nakłonić inne organizacje do włączenia się w program lub jego wsparcie (np. wspólne działania z innymi organizacjami, zainteresowanie ze strony nowych organizacji-beneficjentów, np. takich jak szkoły) (zob. B: *Wzajemna komunikacja i udział interesariuszy*). Promocja programu wśród grupy docelowej może zwiększyć również motywację do udziału w nim nowych uczestników (zob. 2.1: *Ocena grupy docelowej i zasobów społeczności* i 5.4: *Rekrutacja i utrzymanie uczestników*).

Upowszechnianie programu może w rezultacie doprowadzić do jego sukcesywnego doskonalenia. Uzyskane informacje zwrotne (np. od innych realizatorów, pracowników naukowych) mogą skłonić realizatorów do przeglądu ram programu, konstrukcji interwencji, planu projektu czy też reinterpretacji wniosków z monitoringu i ewaluacji. Informacje zwrotne mogą również dostarczać ważnych danych dotyczących np. zmian w strategiach czy prawie, nowych dowodów na skuteczność programu, nowych zasobów, które nie były wcześniej uwzględniane (zob. 6.4: *Modyfikacje w fazie realizacji*). Ponadto, działania promocyjne umożliwiają uczenie się na doświadczeniach (pozytywnych i negatywnych) wynikających z realizacji programu. Uzyskane wnioski mogą być wykorzystywane przez innych profesjonalistów w efektywnym konstruowaniu interwencji, unikaniu zatem

niezamierzonych negatywnych skutków, niepowodzeń oraz trudności. Mimo iż realizatorzy mogą obawiać się, że ujawnianie tego typu informacji, niekorzystnych z punktu widzenia oceny programu, może zaszkodzić programowi i zmniejszyć możliwości uzyskania dofinansowania w przyszłości, przekazywanie takich danych jest niezwykle istotne. W przeciwnym razie zachodzi ryzyko powtarzania programu bez świadomości potencjalnych negatywnych wyników.

Niniejsze standardy zachęcają realizatorów do udzielania informacji o programie na takim poziomie szczegółowości, który zapewni innym realizatorom możliwość podjęcia właściwych decyzji związanych z jego propagowaniem i adaptacją. Dokumentacja programu powinna również zawierać takie informacje jak wycena kosztów, materiały interwencyjne (w przypadku wykorzystania) itp. Pozwalając innym na wybór istniejącej interwencji w miejsce opracowywania nowej, znacznie zmniejsza się ryzyko dublowania działań, zwiększa jej szanse na trwałą realizację i dobrą rekomendację. Powtórzenie interwencji jest również korzystne dla autorów programu, ponieważ można w ten sposób zbadać czy poprzednio uzyskane wyniki mogą być powtórzone w podobnych okolicznościach lub uogólnione na inną grupę docelową, miejsce realizacji itp.

Konsultacje w procesie tworzenia niniejszych standardów wskazały, że twórcy i realizatorzy programów mogą niechętnie udostępniać swoje materiały, dzielić się stosowanymi przez siebie metodami oraz przekazywać szczegółowe opisy 'własnych' programów. Takie zachowania mogą być uzasadnione jeśli, na przykład, program ma charakter komercyjny (tzn. nie jest bezpłatny) lub jest ważny dla realizatora z innych względów (np. jego autor ma wyłączność na prowadzenie określonej interwencji). Twórcy i realizatorzy programów mogą obawiać się, że inni realizatorzy mogliby wykorzystać ich autorską interwencję (lub inne jej aspekty) bez zezwolenia, pytania o zgodę, podawania źródeł bądź wynagradzania autorów pierwotnej wersji. Takie obawy mogą pojawiać się w szczególności w krajach, w których prawa autorskie nie są dostatecznie chronione. Należy zatem uwzględnić aspekty prawne oraz zaleca się udostępnianie informacji na temat programu w ograniczonym zakresie, który z jednej strony – umożliwi innym realizatorom podjęcie właściwej decyzji co do wykorzystania programu, z drugiej zaś – zapobiegnie jego skopiowaniu bądź wdrożeniu. Dodatkowe szczegóły i materiały mogą być w dalszej kolejności udostępniane po podpisaniu stosownej umowy licencyjnej (np. zawierającej warunki realizacji interwencji) oraz uiszczeniu, w uzasadnionych przypadkach, opłaty licencyjnej.

Rozpowszechnianie informacji o programie nie zawsze musi być użyteczne, na przykład w sytuacji kiedy nie przyniósł on spodziewanych efektów bądź wystąpiły skutki jatrogenne. Nawet jeśli program się nie powiódł, wciąż jednak może stanowić wkład w profilaktykę uzależnień od narkotyków poprzez pomoc innym realizatorom w uniknięciu określonych problemów.

Więcej informacji dotyczących rozpowszechniania informacji na temat programu znajduje się w podręczniku *Communicating research for evidence-based policymaking* (European Commission, 2010). Ponadto, rozdział *Dodatkowy instruktaż* zawiera zalecenia, w jaki sposób upowszechniać dowody skuteczności w praktyce tzn., w jaki sposób wnioski uzyskane w wyniku realizacji programu mogą wpływać na działania (innych) realizatorów i praktyków.

Standardy podstawowe:	
8.2.1 Opublikowano i rozpowszechniono informacje na temat programu.	Uwaga: Rozpowszechnianie może odbywać się na poziomie lokalnym, regionalnym, krajowym i międzynarodowym.
8.2.2 Określono właściwe nośniki rozpowszechniania.	Przykłady nośników: Internet, materiały drukowane, prezentacje podczas warsztatów, publikacje naukowe.
8.2.3 Powołano osobę lub zespół odpowiedzialny za rozpowszechnianie i przekazywanie informacji na temat programu.	Uwaga: obowiązki mogą obejmować również kontakty z interesariuszami, promocję programu.
8.2.4 Określono użytkowników, w szczególności:	
osoby zaangażowane w realizację programu i jego ewaluację;	Przykłady: członkowie personelu, kadra kierownicza, uczestnicy.
inni ważni interesariusze.	Przykłady interesariuszy: sponsorzy, społeczność, partnerzy projektowi.
8.2.5 Sposoby rozpowszechniania są odpowiednie dla użytkowników.	Przykład: inne sposoby rozpowszechniania wśród członków społeczności a inne wśród pracowników naukowych zajmujących się profilaktyką uzależnień od narkotyków.
8.2.6 Uwzględniono aspekty prawne związane z rozpowszechnianiem programu.	Przykładowe kwestie do rozważenia: własność intelektualna, możliwości sprzedaży produktów lub zakazy.
8.2.7 W celu ułatwienia powtórzenia programu, produkty rozpowszechniania (składowe programu tj.: formy działań programy, efekty, cele, metody, wyniki itp.) (ang. dissemination products) obejmują:	
szczegółowe informacje na temat doświadczeń zdobytych podczas realizacji programu;	Przykładowe kwestie do rozważenia: teoretyczne i praktyczne implikacje działań, wiedza i doświadczenie w zakresie innowacyjnych rozwiązań.
szczegółowe informacje na temat negatywnych i niezamierzonych wyników.	
8.2.8 Poziom szczegółowości w zakresie rozpowszechniania informacji o programie pozwala zainteresowanym stronom na jego wykorzystanie oraz ocenę.	tzn. czy interwencja powinna być adaptowana, powtórzona, zrealizowana na szerszą skalę, czy powinna zyskać status programu modelowego itp.

Standardy specjalistyczne:	
8.2.9 Istnieje plan rozpowszechniania rezultatów.	
8.2.10 Do grona użytkowników zalicza się grupę docelową.	
8.2.11 Określono harmonogram rozpowszechniania.	
8.2.12 Zbadano zainteresowanie udzielaniem informacji o programie.	
8.2.13 W celu ułatwienia powtórzenia programu, produkty rozpowszechniania (ang. dissemination products) obejmują:	
• szczegółowe informacje na temat warunków i zasobów potrzebnych do pozyskania, realizacji i trwałości programu;	Przykładowe kwestie do rozważenia: niezbędne zasoby finansowe i ludzkie, kwalifikacje personelu odpowiedzialnego za realizację programu.
• szczegóły niepowodzeń;	Przykładowe kwestie do rozważenia: nieosiągnięte cele programowe.
• przykładowe produkty końcowe;	
• studia przypadków;	Przykładowe rozważanie: przedstawienie realnych uwarunkowań i potencjalnych wyników interwencji.
• narzędzia i materiały wykorzystane w programie, wraz ze szczegółowymi instrukcjami ich użytkowania.	Przykłady narzędzi i materiałów: materiały interwencyjne (np. zeszyty ćwiczeń, podręczniki dla personelu), narzędzia do monitoringu i ewaluacji.
8.2.14 Produkty rozpowszechniania programu są na tyle szczegółowe, że pozwalają na jego realizację/ powtórzenie.	
8.2.15 Zainteresowane strony mogą uzyskać pomoc w kwestiach merytorycznych i szkoleniowych.	Przykłady dowodów: jako część materiałów szkoleniowych w istniejących systemach szkolenia, wymiana szkoleniowa z innymi realizatorami.
8.2.16 Informacje na temat programu zostały opublikowane.	Przykłady publikacji: periodyki naukowe, raport końcowy na stronie internetowej realizatora.

8.3 Działania w przypadku raportu końcowego

Raport końcowy dokumentuje działania podjęte w programie, ich zasięg oraz, tam gdzie to możliwe, wnioski z ewaluacji końcowych. Standardy w niniejszym komponencie wskazują co powinien zawierać raport końcowy. Więcej informacji na ten temat znajduje się w komponencie 8.2: *Rozpowszechnianie informacji na temat programu*. Z uwagi na to, iż raport końcowy stanowi przykład produktu rozpowszechniania, należy w jego opracowywaniu również uwzględnić standardy z wyżej wskazanego komponentu. W sporządzaniu raportu końcowego warto opierać się na dokumentacji z poprzednich etapów (zob. 1.3: *Określenie potrzeby – uzasadnienie interwencji*; Etap 3: *Ramy programu*; 5.1: *Zaplanowanie programu – przedstawienie planu projektu*; 5.6: *Opis programu*; 6.2: *Realizacja interwencji* oraz Etap 7: *Ewaluacje końcowe*). Treść i format raportu końcowego powinny być dostosowane do potrzeb jego użytkowników. Na przykład, jeśli raport sporządzany jest dla ogólnego odbiorcy nie ma konieczności szczegółowego opisywania dowodów skuteczności, tak jak ma to miejsce w przypadku ram programu. I na odwrót, szczegółowy opis dowodów jest niezbędny w przypadku kierowania raportu do profesjonalistów.

Konsultacje prowadzone w ramach tworzenia niniejszych standardów wykazały, że w pewnych obszarach sporządzanie cyklicznych raportów z postępów realizacji dla zlecniodawców i sponsorów jest działaniem rutynowym. Jednak tego typu raporty na ogół nie są dostępne dla profesjonalistów, grupy docelowej czy ogólnego odbiorcy. Konsultanci sugerowali, aby takie raporty redagować i upubliczniać (np. na stronie internetowej realizatora). Stanowiłoby to dowód działań realizatorów, jak również byłoby pomocne w rozpowszechnianiu dobrych praktyk i debacie na ten temat w kręgach profilaktycznych.

Raport końcowy nie zawsze jest możliwy bądź wymagany, w związku z czym standardy w niniejszym komponencie mają zastosowanie jedynie w przypadku sporządzania raportu końcowego. W przypadku braku raportu informacje na temat programu powinny być rozpowszechniane innymi kanałami, na przykład poprzez prezentacje (zob. 8.2: *Rozpowszechnianie informacji na temat programu*).

Standardy podstawowe w przypadku raportu końcowego:	
8.3.1 Sporządzono raport końcowy.	
8.3.2 Raport końcowy zawiera:	
• uzasadnienie programu;	Uwaga: należy rozumieć jako podsumowanie oceny potrzeb.
• definicję grupy docelowej;	
• cele strategiczne;	
• definicję miejsca realizacji;	
• interwencję i związane z nią działania;	
• plan projektu;	Uwaga: nie musi to być szczegółowy plan projektu opracowany w fazie planowania programu, ale zarys głównych działań projektu.
• informacje na temat podmiotów finansujących oraz inne źródła finansowania.	
8.3.3. Informacje zawarte w raporcie końcowym są:	
• jasne i czytelne;	tzn. zrozumiałe dla szerokiego grona odbiorców lub określonej grupy użytkowników.
• przedstawione w spójny i logiczny sposób.	

Standardy specjalistyczne:	
8.3.4 raport końcowy zawiera:	
• cele programowe i częściowe;	Standard podstawowy w przypadku raportu dla profesjonalistów.
• pierwotną interwencję oraz zakres adaptacji;	Standard podstawowy w przypadku wyboru istniejącej interwencji.
• model teoretyczny interwencji;	Standard podstawowy w przypadku zastosowania modelu teoretycznego.
• dowody skuteczności;	Standard podstawowy w przypadku raportu dla profesjonalistów.
• ustalenia ewaluacji wyniku;	Standard podstawowy w przypadku przeprowadzenia ewaluacji wyniku.
• ustalenia ewaluacji procesu;	Standard podstawowy w przypadku przeprowadzenia ewaluacji procesu. Uwaga: w przypadku braku ewaluacji procesu, można zamieścić wynik monitoringu.
• informacje na temat kosztów realizacji.	
8.3.5 Do raportu dołączone są wyniki długoterminowych badań kontrolnych/badań kontrolnych.	Uwaga: o ile to możliwe, zaleca się zamieszczenie wyników badań długoterminowych. Przykład: krótkoterminowe do 6 miesięcy, średnioterminowe od 6 do 12 miesięcy, długoterminowe od 12 miesięcy po zakończeniu interwencji.

DODATEK

Dodatek

Niniejszy podręcznik zawiera również suplement internetowy dostępny pod <http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention-standards/annex>. Suplement elektroniczny zawiera:

- źródła dodatkowego instruktażu w zakresie wybranych standardów (np. rozwój personelu, etyczny wymiar profilaktyki uzależnień od narkotyków, strategie i ustawodawstwo dotyczące narkotyków, konstrukcja interwencji oparta na dowodach, bazy danych programów modelowych, wierność realizacji, ewaluacja, rozpowszechnianie);
- skróconą wersję standardów w postaci autorefleksyjnej (autodiagnostycznej) listy kontrolnej;
- rozważania i zalecenia odnośnie wdrażania standardów;
- listę organizacji, które wzięły udział w konsultacjach prowadzonych podczas tworzenia standardów;
- dodatkowe informacje na temat bieżącej sytuacji w zakresie profilaktyki uzależnień od narkotyków w Unii Europejskiej.

Dokumenty źródłowe

Pierwsza wersja Europejskich standardów jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków powstała w oparciu o syntezę kryteriów jakości w dokumentach zamieszczonych poniżej. Dokumenty zostały uszeregowane regionami (Europa, Ameryka Północna, reszta świata) oraz alfabetycznie według krajów w danym regionie. W niektórych przypadkach, rok publikacji został podany w przybliżeniu. W niektórych miejscach podano również angielskie wersje nazw instytucji oraz dokumentów. Dokumenty te niekoniecznie pojawiają się w *Dodatkowym instruktażu*, jednak wiele z nich zawiera nie tylko kryteria jakości, ale również ogólne zalecenia w zakresie profilaktyki uzależnień od narkotyków – w związku z czym mogą być stosowane w połączeniu z niniejszymi standardami.

Strony internetowe aktualne na 11.04.2011 rok, o ile nie wskazano inaczej.

Czechy

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR (Czech Ministry of Education, Sport and Youth) (2008), *Standardy odborné způsobilostiposkytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek (schválená revize) (Professional Qualification Standards for Providers of Primary Addictive Drug Use Prevention Programmes (revised edition))*. Prague: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR.
<http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/standards/prevention>

Finlandia

STAKES (2006), *Reaching For The Quality Star: Quality criteria for substance abuse prevention*. National Research and Development Centre for Welfare and Health.
<http://neuvoa-antavat.stakes.fi/NR/rdonlyres/73F39AD6-6A0B-41CD-BA0C-7D18AB0A6FB3/0/Reachingforquality.pdf>

Hiszpania (Galicja)

General sub-directorate — Mental Health and Drug Dependency Galicia (SERGAS) (2007), *Prevention Processes and Portfolio of Drug Prevention Services of the Galician Plan on Drugs*.
<http://www.sergas.es/Publicaciones/DetallePublicacion.aspx?IdPaxina=40008&IDCatalogo=1774>

Irlandia

Drug Education Workers Forum (DEWF) (2007), *A manual in quality standards in substance use education*. Dublin: DEWF.

Kopia dostępna po przestaniu wniosku na adres info@dewf.ie.

Litwa

Narkotiku kontroles departamento prie Lietuvos Respublikos (Drug Control Department) (2007), *PSICHOAKTYVIU MEDŽIAGU VARTOJIMO PREVENCIJOS PROJEKTO VERTINIMO FORMA (Psychoactive substances abuse prevention project evaluation form)*.

Niemcy

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Federal Centre for Health Education) & Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (n.d.), *Qualität in der Prävention (Quality in Prevention)*.
<http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/standards/prevention>

Polska

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii (National Bureau for Drug Prevention (NBDP)) (2008), *Projekt systemu rekomendacji programów profilaktyki i promocji zdrowia psychicznego (Draft recommendation system for prevention and mental health promotion programmes)*.
Warsaw: Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii.
<http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/standards/prevention>

Portugalia

Instituto da Droga e da Toxicodependencia (Institute on Drug and Drug Addiction (IDT)) (2005), *Programa de Intervenção Focalizada – PIF (Focused Intervention Programme – FIP)*.
<http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/standards/prevention>

Rumunia

Agencia Națională Antidrog (ANA) (National Anti-Drug Agency (NAA)) (2006), *Decision No 1.862.064 /23 January 2006 regarding minimum quality standards for school-based prevention programmes.*

Wielka Brytania

Standing Conference on Drug Abuse (SCODA) (1999), *The right approach: Quality standards in drug education.* London: SCODA.

Włochy

Serpelloni, G. and Simeoni, E. (2002), La valutazione ex ante dei progetti di intervention contro l'uso di sostanze stupefacenti (The ex ante evaluation of projects targeting drug consumption). In: Serpelloni, G., Simeoni, E. and Rampazzo, K. (eds.) (Ministry of Health) (2002), *Quality Management (Gestione della Qualita). Indicazioni per le Aziende Socio Sanitarie e il Dipartimento delle Dipendenze (Quality Management: Recommendations for the Sanitary Local Agencies and the Department for Addictions).* Edizioni La Grafica, pp. 487–498.

http://www.dronet.org/pubblicazioni/monografie_dettaglio.php?monografie=2

Serpelloni, G. and Simeoni, E. (2002), Elementi di tecnica progettuale per gli interventi nelle dipendenze: indicazioni pratiche (Basic elements of planning techniques for actions targeting addictions: practical instructions). In: Serpelloni, G., Simeoni, E. and Rampazzo, K. (eds.) (Ministry of Health) (2002), *Quality Management (Gestione della Qualita). Indicazioni per le Aziende Socio Sanitarie e il Dipartimento delle Dipendenze (Quality Management: Recommendations for the Sanitary Local Agencies and the Department for Addictions).* Edizioni La Grafica, pp. 509–560.

http://www.dronet.org/pubblicazioni/monografie_dettaglio.php?monografie=2

Unia Europejska

Council of Europe Pompidou Group (1998), *Handbook Prevention: alcohol, drugs and tobacco.*

http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_21033_EN_Prevention%20Manual%20Pompidou%20Group.pdf

Kanada

Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA) (2009), *Building on Our Strengths: Canadian Standards for School-based Youth Substance Abuse Prevention: A guide for education and health personnel (Version 1.0)*. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse.

http://www.ccsa.ca/2009%20CCSA%20Documents/ccsa0117812009_e.pdf

Uwaga: Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków bazują na Wersji 1.0. niniejszego dokumentu. W roku 2010, została opublikowana Wersja 2.0. Główne zmiany polegały między innymi na wyeliminowaniu tych samych treści w różnych standardach, zredukowaniu liczby standardów (z 8 do 17), rozbudowaniu rozdziału 'Ewaluacja i monitoring', doprecyzowaniu definicji użytkowników standardów, uwypukleniu w całym dokumencie zasady kompleksowości działań.

Stany Zjednoczone

Office of National Drug Control Policy (ONDCP) (n.d.), *Evidence-Based Principles for Substance Abuse Prevention*.

<http://www.whitehousedrugpolicy.gov/PREVENT/practice.html>

Flay, B.R. et al. (2005), Standards of Evidence: Criteria for Efficacy, Effectiveness and Dissemination. *Prevention Science*, 6 (3), pp. 151–175.

Society for Prevention Research (SPR) (2004), *Standards of Evidence: Criteria for Efficacy, Effectiveness and Dissemination*.

<http://www.preventionresearch.org/StandardsofEvidencebook.pdf>

National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2003), *Preventing Drug Use among Children and Adolescents. A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders (second edition)*. Bethesda, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health.

<http://www.drugabuse.gov/pdf/prevention/RedBook.pdf>

Uwaga: Dostępna jest wersja w języku włoskim pod tytułem: Serpelloni, G. (2005), *Prevenire l'uso di droghe tra i bambini e gli adolescenti. Una guida per genitori, educatori e amministratori basata sulla ricerca scientifica a cura del National Institute on Drug Abuse*.

http://www.dronet.org/pubblicazioni/monografie_dettaglio.php?monografie=18

Center for Substance Abuse Prevention (CSAP) (2002), *Achieving Outcomes: A Practitioner's Guide to Effective Prevention (Conference Edition)*. Rockville, MD.: CSAP.

<http://www.eric.ed.gov/PDFS/ED469593.pdf>

ONZ

United Nations Office on Drug and Crime (UNODC) (2009), *Guide to implementing family skills training programmes for drug abuse prevention*. New York: United Nations.

<http://www.unodc.org/unodc/en/prevention/familyskillstraining.html>

Uwaga: Dostępna jest wersja w języku włoskim pod tytułem: Dipartimento Politiche Antidroga (a cura del) (2009) *Guida alla realizzazione di programmi di formazione sulle abilità genitoriali per la prevenzione dell'uso di droghe*.

http://www.dronet.org/pubblicazioni/monografie_dettaglio.php?monografie=68

Uwaga: Dostępna jest wersja w języku hiszpańskim pod tytułem: Naciones Unidas Oficina contra la Droga y el Delito (2009) *Guía para la ejecución de programas de desarrollo de aptitudes de la familia en materia de prevención del uso indebido de sustancias*. Nueva York: Naciones Unidas.

http://www.unodc.org/pdf/youthnet/family%20based/Spanish_Guide_Ebook.pdf

United Nations Office on Drug and Crime (UNODC) (2004), *Drug abuse prevention among youth from ethnic and indigenous minorities*. New York: United Nations.

http://www.unodc.org/pdf/youthnet/handbook_ethnic_english.pdf

Dodatkowy instruktaż

Poniższa lista zawiera wybór głównych zasobów oraz linków do strategii i aktów prawnych na poziomie unijnym i międzynarodowym. Wszystkie strony internetowe były aktualne na dzień 11.04.2011 roku, o ile nie wskazano inaczej.

W *Dodatkowym instruktażu* w suplemencie internetowym znajdują się źródła w zakresie praktycznej realizacji standardów. Suplement internetowy zawiera linki do baz danych programów modelowych oraz dokumenty ściśle związane z zagadnieniami takimi jak: rozwój personelu, etyczny wymiar profilaktyki uzależnień od narkotyków, ocena potrzeb i zasobów, konstrukcja interwencji oparta na dowodach, bazy danych programów modelowych, wierność realizacji, ewaluacja i rozpowszechnianie.

Suplement internetowy znajduje się pod następującym adresem:

<http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention-standards/annex>

Zasoby ogólne

CCSA Canadian Centre on Substance Abuse (ongoing), *Youth Drug Prevention*.

<http://www.ccsa.ca/ENG/PRIORITIES/YOUTHPREVENTION/Pages/default.aspx>

Council of Europe Pompidou Group (ongoing), *The Prevention Platform*.

http://www.coe.int/t/dg3/pompidou/Activities/prevention_en.asp

EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (ongoing), *Best practice portal*.

<http://www.emcdda.europa.eu/best-practice>

EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2010), *Prevention and Evaluation Resources Kit (PERK). A manual for prevention professionals*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_105843_EN_Manual4PERK.pdf

IREFREA European Institute of Studies on Prevention.

<http://www.irefrea.org>

UNODC United Nations Office on Drugs and Crime (2002), *A participatory handbook for youth drug abuse prevention programmes: A guide for development and improvement*. New York, United Nations.

http://www.unodc.org/pdf/youthnet/action/planning/handbook_E.pdf

UNODC United Nations Office on Drugs and Crime (ongoing), *Drug Prevention*.

<http://www.unodc.org/unodc/en/prevention/index.html>

UNODC United Nations Office on Drugs and Crime (ongoing), *The Global Youth Network*.

<http://www.unodc.org/youthnet/>

WHO World Health Organization (2010), *ATLAS on substance use (2010): resources for the prevention and treatment of substance use disorders*. Geneva, WHO.

http://www.who.int/substance_abuse/publications/Media/en/index.html

Antynarkotykowe strategie i akty prawne

Dokumenty UE i ONZ dostępne są w kilku językach.

EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (ongoing), *Drug policy and law*.

<http://www.emcdda.europa.eu/policy-and-law>

Ta strona internetowa zawiera informacje na temat krajowych strategii/planów działania oraz aktów prawnych.

EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (ongoing), *European Legal Database on Drugs (ELDD)*.

<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5029EN.html>

EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2005), *Illicit drug use in the EU: legislative approaches*. Lisbon, EMCDDA.

http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_34042_EN_TP_IllicitEN.pdf

European Council (2004), *EU drugs strategy (2005–12)*. 15074/04.

http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_10375_EN_EU%20Drugs%20Strategy_EN.pdf

European Council (2008), EU drugs action plan for 2009–12, *Official Journal of the European Union*, 2008/C 326/09, 20.12.2008.

<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index66221EN.html>

United Nations Single Convention on Narcotic Drugs of 1961 as amended by the 1972 Protocol.

<http://www.unodc.org/unodc/en/treaties/single-convention.html>

United Nations Convention on Psychotropic Substances of 1971.

<http://www.unodc.org/unodc/en/treaties/psychotropics.html>

United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances of 1988.

<http://www.unodc.org/unodc/en/treaties/illicit-trafficking.html>

United Nations General Assembly (1998), *Declaration on the Guiding Principles of Drug Demand Reduction*. A/RES/S-20/3, Annex.

<http://www.un.org/documents/ga/res/20sp/a20spr03.htm>

UNODC United Nations Office on Drugs and Crime (2009), *Political Declaration and Plan of Action on International Cooperation towards an Integrated and Balanced Strategy to Counter the World Drug Problem*. Adopted at the high-level segment Commission on Narcotic Drugs, Vienna, 11–12 March 2009. New York, United Nations.

<http://www.unodc.org/documents/commissions/CND-Uploads/CND-52-RelatedFiles/V0984963-English.pdf>

Glosariusz

Glosariusz zawiera krótkie definicje podstawowych terminów użytych w standardach. Dla ułatwienia, zdefiniowane terminy oznaczono *kursywą* natomiast odniesienia do standardów zostały **pogrubione**. Numeracja jest taka sama jak w Części 2. Termin 'Standardy' odnosi się do Europejskich standardów jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków. Definicje, inne glosariusze podane na końcu oraz dokumenty w *Dodatkowym instruktażu* (suplement internetowy), wywodzą się ze standardów źródłowych, na bazie których opracowywano niniejszy podręcznik.

Adaptacja (Adaptation)	Zamierzone i planowane modyfikacje <i>interwencji</i> . Adaptacji dokonuje się w ramach: 1) projektu <i>powtórzeniowego</i> mającego na celu zbadanie <i>skuteczności</i> interwencji w tych samych bądź innych warunkach (np. <i>grupa docelowa</i> , <i>miejsce realizacji</i> , intensywność <i>działań</i>); 2) dopasowania interwencji do określonych wymagań (np. <i>kultura</i> grupy docelowej, uwarunkowania ekonomiczne) w celu utrzymania bądź zwiększenia skuteczności. Adaptacja nie obejmuje zmian nieplanowanych, ponieważ mogą one zagrozić skuteczności. Adaptacja znana jest również pod angielską nazwą 'reinvention' (EMCDDA, 1998). Standard 4.2: Działania w przypadku wyboru istniejącej interwencji
Agencja (Agency)	<i>zob. Organizacja</i>
Analiza kosztów i korzyści (Cost-benefit-analysis)	Proces badania związków między <i>kosztami</i> i <i>korzyściami programu</i> (np. jednostka, społeczeństwo). Wyniki przedstawia się za pomocą wartości monetarnych. <i>Zob. również: Analiza opłacalności.</i>
Analiza opłacalności (Cost-effectiveness-analysis)	Proces badania związków między <i>kosztami programu</i> i pozytywnymi (zdrowotnymi) <i>skutkami wśród uczestników</i> . W przypadku dostępności kilku <i>skutecznych</i> programów, analiza opłacalności pozwala zidentyfikować programy, dzięki którym można osiągnąć optymalne <i>wyniki</i> przy minimalnych <i>zasobach</i> . Na przykład, dany program może kosztować więcej niż opcja alternatywna, jednak generuje lepsze wyniki przez co mógłby być bardziej opłacalny. Opłacalność należy odróżnić od <i>wydajności</i> .
Atrybut (Attribute)	Trzeci poziom szczegółowości Standardów. Atrybuty zawierają najbardziej szczegółowe opisy i rozróżniają standardy podstawowe i specjalistyczne. Pozostałe poziomy szczegółowości obejmują <i>komponenty</i> i <i>etapy (cyklu projektowego)</i> .

Beneficjent (Beneficiary)	1. Bezpośredni beneficjent: zob. <i>Uczestnik</i> 2. Potencjalny lub pośredni beneficjent: zob. <i>Pośredni beneficjent</i>
Beneficjent pośredni (Indirect beneficiary)	Osoba, która nie bierze udziału w <i>interwencji</i> , ale może skorzystać na jej pozytywnych <i>wynikach</i> . Na przykład, zmiany zachowania <i>uczestników</i> (np. spadek <i>używania</i> narkotyków, poprawa umiejętności społecznych) mogą być odczuwane w ich środowisku społecznym (rodzina, <i>społeczność</i>). Ponadto, uczestnicy mogą dzielić się wiedzą i doświadczeniami z interwencji np. z rówieśnikami czy członkami <i>grupy docelowej</i> , którzy nie brali w niej udziału. Takie działanie wykorzystywane jest w interwencjach, w których uczestnicy nie reprezentują grupy docelowej, natomiast mają na nią pośredni wpływ. W takich interwencjach uczestnikami są np. rówieśnicy, rodziny czy nauczyciele podczas gdy członkowie grupy docelowej są beneficjentami pośrednimi. Beneficjenci pośredni bywają również nazywani beneficjentami potencjalnymi.
Beneficjent potencjalny (Potential beneficiary)	zob. <i>Beneficjent pośredni</i>
Błąd (Bias)	Zafałszowanie wyników. Błąd może mieć charakter umyślny bądź nieumyślny i może wystąpić na wszystkich <i>etapach cyklu projektowego</i> . Istnieje wiele różnych rodzajów błędu. Na przykład, przegląd literatury może być obciążony błędem, jeśli obejmuje wyłącznie określone publikacje (np. tylko publikacje w periodykach naukowych). Raport może być również obciążony błędem, jeśli nie przedstawia wszystkich wyników (np. pomija wyniki negatywne). Błąd może wystąpić także w <i>rekrutacji uczestników</i> , zbieraniu czy analizie danych. Dobór próby uczestników jest błędny, jeśli próba nie jest reprezentatywna dla <i>grupy docelowej</i> . Na przykład, wysoce zmotywowani członkowie grupy docelowej mają większe szanse na wzięcie udziału i ukończenie <i>interwencji</i> (błąd doboru próby, błąd ubytkowy). W efekcie, <i>skuteczność</i> interwencji w odniesieniu do całej grupy docelowej może być przeszacowana.
Budżet (Budget)	Wysokość środków dostępnych m.in. na realizację <i>programu</i> . Budżet może również oznaczać maksymalne dopuszczalne wydatki tzn. <i>koszty</i> programu nie mogą przewyższać budżetu. Zarządzanie budżetem obejmuje m.in. przypisywanie środków do wycenionych pozycji. Oszacowania w zakresie budżetu i kosztów dokumentowane są w planie finansowym. Standard 5.2: Określenie wymagań finansowych

Cel cząstkowy (Objective)	1. Cel szczegółowy: w Standardach, wyraźne określenie pośredniej lub bezpośredniej zmiany koniecznej do osiągnięcia <i>celu programowego</i> na zakończenie <i>interwencji</i>. Bezpośredni związek z <i>używaniem narkotyków</i> nie jest konieczny. <i>Rycina 4 (str. 121) pokazuje, w jaki sposób cel strategiczny przekłada się na cele programowe i cząstkowe.</i> Standard 3.3: Określenie celów strategicznych, programowych i cząstkowych 2. Cel operacyjny: wyraźne określenie <i>produktu</i> wymaganego do osiągnięcia celów szczegółowych (np. liczba <i>uczestników</i> i rodzaj kontaktu z nimi) (EMCDDA, 2011). <i>Rycina 5 (str. 151) ilustruje związki między celami szczegółowymi, operacyjnymi, wskaźnikami ewaluacyjnymi i normami.</i>
Cel programowy (Goal)	W Standardach, jasne określenie wpływu <i>interwencji (wyniku)</i> na uczestników po jej zakończeniu. Czytelna definicja celu programowego jest konieczna do <i>ewaluacji wyniku</i>. Cele programowe są bardziej konkretnym i osiągalnym przełożeniem <i>celu strategicznego</i>. Na przykład, różne cele programowe mogą odzwierciedlać różne aspekty celu strategicznego. Każdy cel programowy przekłada się na konkretne cele cząstkowe. Cele programowe znane są również jako cele ogólne lub globalne. <i>Rycina 4 (str. 121) demonstruje, w jaki sposób cel strategiczny przekłada się na cele ogólne i szczegółowe, podczas gdy Rycina 5 (str. 151) pokazuje związki między celami szczegółowymi, operacyjnymi, wskaźnikami i normami ewaluacyjnymi.</i> Standard 3.3: Określenie celów strategicznych, programowych i cząstkowych
Cel strategiczny (Aim)	Określenie głównego kierunku, intencji lub zamierzenia <i>programu</i>. Cele strategiczne mogą być mniej konkretne od <i>celów programowych i cząstkowych</i>, a także nie muszą być bezpośrednio mierzalne czy osiągalne w bieżącym programie. Na przykład, długoterminowe cele strategiczne mogą być osiągnięte kilka lat po <i>interwencji</i> bądź też interwencja może tylko w pewnym stopniu przyczyniać się do ich osiągnięcia. Cele strategiczne nie są przedmiotem <i>realizacji czy ewaluacji</i> programów. Służą do przekazania ogólnej idei, na podstawie których formułowane są cele programowe i cząstkowe. Cele strategiczne, programowe i cząstkowe tworzą logiczny ciąg. <i>Rycina 4 (str. 121) pokazuje, w jaki sposób cel strategiczny przekłada się na cele programowe i cząstkowe.</i> Standard 3.3: Określenie celów strategicznych, programowych i cząstkowych

Cykl projektowy (Project cycle)	zob. <i>Etap (cyklu projektowego)/Etap projektu</i>
Czynnik chroniący (Protective factor)	W kontekście <i>profilaktyki uzależnień od narkotyków</i>, czynnik redukujący prawdopodobieństwo inicjacji narkotykowej bądź przejścia na bardziej szkodliwe formy używania. Czynniki chroniące występują na różnych poziomach: indywidualnym (np. kompetencje społeczne, kontrola impulsów, bardzo dobre wyniki w nauce), rodzinnym (np. spójność, opieka i wsparcie rodziny, nadzór rodziców), na poziomie grupy rówieśniczej/<i>społeczności</i> (np. normy zapobiegające używaniu narkotyków), na poziomie kontekstowym (np. wysoki status socjoekonomiczny). Profilaktyka uzależnień od narkotyków ma na celu wzmacnianie czynników chroniących. Czynniki chroniące należy odróżnić od <i>czynników ryzyka</i>. Standard 1.4: Rozpoznanie grupy docelowej
Czynnik ryzyka (Risk factor)	W kontekście <i>profilaktyki uzależnień od narkotyków</i>, czynnik zwiększający prawdopodobieństwo inicjacji narkotykowej lub przejścia na bardziej szkodliwe wzory używania. Czynniki ryzyka występują na różnych poziomach: indywidualnym (np. zachowanie aspołeczne, brak poczucia własnej wartości, słabe wyniki w nauce), rodzinnym (np. używanie narkotyków przez rodziców, brak wsparcia, brak nadzoru rodziców), na poziomie grupy rówieśniczej/<i>społeczności</i> (np. używanie narkotyków przez rówieśników), na poziomie kontekstowym (np. niski status socjoekonomiczny, szeroka dostępność narkotyków). Profilaktyka uzależnień od narkotyków ma na celu zmniejszanie czynników ryzyka. Czynniki ryzyka należy odróżnić od <i>czynników chroniących</i>. Standard 1.4: Rozpoznanie grupy docelowej
Czynnik warunkujący zdrowie (Determinant of health)	Czynniki, które wpływają na zdrowie, między innymi biologiczne (np. wiek, płeć, geny), indywidualne (np. styl życia, doświadczenia z dzieciństwa), socjoekonomiczne (np. wykształcenie, zawód, dochody), środowiskowe (np. zanieczyszczenie środowiska, warunki pracy), polityczne (np. polityka zdrowotna), strukturalne (np. <i>dostęp</i> i oferta <i>usług</i>) oraz kulturowe (np. role przypisane <i>płciom</i>). Proksymalne czynniki zdrowotne takie jak indywidualne zachowanie mają bezpośredni związek ze zdrowiem, natomiast czynniki dystalne takie jak normy kulturowe mają wpływ pośredni.
Dane procesu (Process data)	zob. <i>Ewaluacja procesu</i>
Dane wyjściowe (Baseline data)	Dane zbierane od <i>uczestników</i> na początku <i>interwencji</i>, np. do <i>monitoringu</i> i <i>ewaluacji</i>. Postępy w realizacji interwencji mierzone są poprzez porównanie danych zebranych w trakcie i na końcu interwencji z danymi wyjściowymi.

Dane wyniku (Outcome data)	zob. <i>Ewaluacja wyniku</i>
Dostęp (Access)	Zakres, w jakim ludzie (np. członkowie <i>grupy docelowej</i>) mogą otrzymać informacje, <i>usługi</i>, itp. Przeszkody w dostępie mogą być natury praktycznej (np. miejsce, czas, opieka nad dziećmi) lub bardziej delikatnej (np. ryzyko napiętnowania, akceptacja kulturowa). Standardy D: Etyczny wymiar profilaktyki uzależnień od narkotyków; 5.4: Rekrutacja i utrzymanie uczestników
Dowody (Evidence)	1. Dane empiryczne tzn. oparte na obserwacjach, eksperymentach itp. 2. Dowody skuteczności: dane na temat skuteczności <i>interwencji</i> w osiąganiu <i>wyników</i>. Tego typu informacje najczęściej pochodzą z badań klinicznych i profesjonalnych publikacji np. periodyków naukowych. Dowody mogą również pochodzić z <i>ewaluacji wyniku</i>, które nie były częścią badań klinicznych, pod warunkiem, że były prawidłowe pod względem metodologicznym. Należy rozróżnić dowody naukowe od dowodów anegdotycznych, które opierają się na subiektywnych doniesieniach, np. doświadczeniach zawodowych czy osobistych obserwacjach. W efekcie, można wyodrębnić kilka kategorii dowodów w zależności od sposobów ich wygenerowania, na przykład w krytycznej ocenie dowodów <i>losowe badania kontrolowane</i> są na ogół uznawane za najwyższą kategorię dowodów, natomiast opinie zawodowe za najniższą (OCEBM, 2009). Standard 3.5: Odwołanie się do dowodów skuteczności 3. Przykłady dowodów: w Standardach, przykłady, w jaki sposób spełnienie ich mogłoby zostać udowodnione (tzn. udokumentowane, zademonstrowane) w praktyce.
Dowody anegdotyczne (Anecdotal evidence)	zob. <i>Dowody</i>
Działanie (Activity)	W Standardach, termin ogólny odnoszący się do <i>profilaktyki uzależnień od narkotyków</i>, np. strategii, polityk, praktyk, programów. Działania programowe prowadzi się w celu realizacji programu, np. działania związane z <i>rozwojem personelu</i>, działania związane z pozyskiwaniem finansowania, działania <i>interwencyjne</i>. Działania najistotniejsze z punktu widzenia skuteczności programu określane są mianem działań 'krytycznych'. Działania interwencyjne tworzą podkategorię działań programowych i zawierają elementy interwencji angażujące <i>uczestników</i>, np. psychodrama, wykłady, wycieczki.

Działanie interwencyjne (Intervention activity)	zob. <i>Działanie</i>
Działanie programowe (Programme activity)	zob. <i>Działanie</i>
Dziecko (Child)	zob. <i>Młodzi ludzie</i>
Efekt (Effect)	1. W badaniach <i>ewaluacyjnych</i>, skutek, <i>wynik</i> lub wpływ jednej bądź wielu <i>interwencji</i>. <i>Ewaluacja wyniku</i> ma na celu poznanie skutków oraz <i>skuteczności</i> interwencji. ‘Wielkość efektu’ oznacza liczbową ocenę skutku interwencji. Można obliczyć to jako różnicę średnich wartości między <i>grupą interwencyjną</i> i <i>grupą kontrolną</i> w określonym <i>wskaźniku</i>, a następnie podzielenie przez odchylenie standardowe grupy kontrolnej lub obydwu grup (EMCDDA, 2011). 2. Działanie narkotyku: psychiczne, fizjologiczne, behawioralne itp. zmiany w organizmie użytkownika na skutek zażycia narkotyku.
Epidemiologia (Epidemiology)	Badanie rozpowszechnienia i przyczyn zjawisk zdrowotnych oraz chorób związanych z <i>używaniem narkotyków</i>. Dane epidemiologiczne stanowią podstawę <i>działań</i> z zakresu <i>profilaktyki uzależnień od narkotyków</i> np. wskazując na rozpowszechnienie używania oraz zasięg i potrzeby związane z narkotykami w <i>społeczności</i>. Epidemiologia na ogół wykorzystuje ilościowe schematy badawcze (np. badania ankietowe, kohortowe, rutynowe statystyki). Modele nauk społecznych (np. socjologia, ekonomia) są coraz częściej wykorzystywane do umieszczania danych epidemiologicznych we właściwym kontekście. Standard 1.2: Ocena używania narkotyków i potrzeb społeczności
Etap (cykl projektowego)/ Etap projektu (Project stage)	Pierwszy poziom szczegółowości w Standardach. Osiem odrębnych etapów zostało uporządkowanych chronologicznie w <i>cykl projektowy</i>, ilustrujący istnienie <i>programu (profilaktyki uzależnień od narkotyków)</i> od początku (<i>ocena potrzeb</i>) do końca (<i>rozpowszechnianie</i>). W środku cyklu projektowego znajdują się kwestie wspólne, które należy uwzględnić na każdym etapie projektu. Cykl projektowy stanowi model, który w praktyce należy dostosowywać do konkretnych uwarunkowań projektów. Pozostałe dwa poziomy szczegółowości w Standardach to <i>komponenty</i> i <i>atrybuty</i>.

Etyczna profilaktyka uzależnień od narkotyków (Ethical drug prevention)	W Standardach, <i>profilaktyka uzależnień od narkotyków</i>, którą charakteryzuje etyczne i zgodne z prawem postępowanie <i>realizatora</i> oraz zorientowanie na prawa <i>uczestników</i>, ich autonomię oraz potrzeby (np. pozytywne wyniki bez szkód). Ogólnie, etyka określa sposób postępowania oraz determinuje decyzje w zakresie tego co jest dobre' a co 'złe'. Standard D: Etyczny wymiar profilaktyki uzależnień od narkotyków
Ewaluacja (Evaluation)	Systematyczne zbieranie, przetwarzanie i analizowanie danych z <i>programu</i> w celu oceny stopnia oraz sposobów osiągnięcia <i>celów programowych</i> i <i>częstkowych</i>. Ewaluacja może bazować na modelach jakościowych i/lub ilościowych. Może mieć też charakter 'wewnętrzny' lub 'zewnętrzny' w zależności od tego czy zespół prowadzący ewaluację jest zatrudniony bezpośrednio w ewaluowanej organizacji czy też pracuje dla organizacji zewnętrznej (np. uniwersytet, firma doradcza). Standardy wskazują na <i>monitoring</i> jako sposób ewaluacji w trakcie <i>realizacji</i> programu oraz <i>ewaluację wyniku</i> i <i>procesu</i> jako bardziej naukowe formy działań po zakończeniu programu. Standardy 4.4: Działania w przypadku planowania ewaluacji końcowych; 6.3: Monitoring w fazie realizacji; 7: Ewaluacje końcowe
Ewaluacja procesu (Process evaluation)	Systematyczne zbieranie i analizowanie danych <i>procesu</i> w celu ustalenia przyczyn (nie)osiągnięcia <i>wyników</i> oraz sposobów usprawnienia programu w przyszłości. W przypadku zastosowania istniejącej interwencji, ewaluacja procesu może również potwierdzać wierność realizacji. Dane procesu dotyczą produktów programu (np. jakie <i>działania</i> przeprowadzono, wobec kogo i przez kogo). Ewaluacja procesu dokumentuje produkty a następnie bada, dlaczego program został zrealizowany w określony sposób i jak mogło to wpłynąć na wyniki. Rozważane kwestie to najczęściej stopień dotarcia i <i>zasięg</i> (tzn. w jakim stopniu <i>uczestnicy</i> reprezentowali <i>grupę docelową?</i>), akceptacja interwencji przez uczestników (np. adekwatność treści i <i>materiałów</i>); <i>wierność</i> (tzn. czy <i>interwencja</i> została przeprowadzona zgodnie z planem?); wykorzystanie zasobów (np. <i>opłacalność</i>). W języku angielskim stosowane są również inne nazwy ewaluacji procesu: 'quality assurance reviews', 'output evaluation', 'implementation evaluation', 'programme assessment' itp. W Standardach, ewaluację procesu należy odróżnić od <i>monitoringu</i>, który analizuje dane w trakcie <i>realizacji</i>. Istnieje również <i>ewaluacja wyniku</i>, która analizuje wpływ interwencji na uczestników. Standardy 4.4: Działania w przypadku planowania ewaluacji końcowych; 7.2: Działania w przypadku ewaluacji procesu

Ewaluacja wewnętrzna (Internal evaluation)	zob. <i>Ewaluacja</i>
Ewaluacja wyniku (Outcome evaluation)	Systematyczne zbieranie i analizowanie danych <i>wyniku</i> w celu oceny osiągnięcia <i>celów programowych</i> i <i>częstkowych</i> oraz ustalenia czy <i>interwencja</i> jest <i>skuteczna</i>. Jeśli ewaluacja ma postać <i>losowego badania kontrolowanego</i> (RTC) można przypisać interwencji zaobserwowane efekty. Ewaluację wyniku należy odróżnić od <i>ewaluacji procesu</i>, która analizuje sposób realizacji interwencji. Standardy 4.4: Działania w przypadku planowania ewaluacji końcowych; 7.1: Działania w przypadku ewaluacji wyniku
Ewaluacja zewnętrzna (External evaluation)	zob. <i>Ewaluacja</i>
Gotowość (Readiness)	Świadomość interesariuszy (np. <i>grupa docelowa, społeczność</i>) na temat potrzeb związanych z narkotykami, ich zainteresowania, chęci i zdolności wspierania działań z zakresu <i>profilaktyki uzależnień od narkotyków</i>. Brak gotowości grupy docelowej lub społeczności może stanowić przeszkodę w prowadzeniu działań profilaktycznych. W wyniku badań wyodrębniono etapy gotowości społeczności (np. Plested i wsp., 1999). Standard 2.1: Ocena grupy docelowej i zasobów społeczności
Gotowość społeczności (Community readiness)	zob. <i>Gotowość</i>

Grupa docelowa (Target population)	Ludzie, do których kierowana jest <i>interwencja</i> z zakresu <i>profilaktyki uzależnień od narkotyków</i>, np. osoby uprawnione do uczestnictwa bądź korzystania z interwencji oraz osoby, wobec których interwencja została uznana za <i>skuteczną</i>. Grupa docelowa może obejmować osoby, grupy, gospodarstwa domowe, organizacje, społeczności, <i>miejsca realizacji</i> i/lub inne jednostek pod warunkiem, że są one identyfikowalne i wyraźnie określone. <i>Uczestnicy</i> na ogół wywodzą się z grupy docelowej, jednak w niektórych interwencjach spośród osób, które mają wpływ na grupę docelową. W takich przypadkach mamy do czynienia z podziałem na pośrednią grupę docelową uprawnioną do uczestnictwa w interwencji (np. rówieśnicy, rodzina, nauczyciele) i bezpośrednią grupę docelową, która zostanie poddana zmianom w sposób pośredni (np. młodzież zagrożona <i>używaniem narkotyków</i>) (EMCDDA, 1998). Grupa docelowa bywa nazywana populacją docelową. Standard 3.1: Zdefiniowanie grupy docelowej
Grupa eksperymen- talna (Experimental group)	zob. <i>Grupa interwencyjna</i>
Grupa interwencyjna (Intervention group)	Grupa ludzi, którzy biorą udział lub są odbiorcami <i>interwencji</i> . W <i>ewaluacji</i> istnieje podział na grupę interwencyjną i <i>grupę kontrolną</i> . Członkowie grupy kontrolnej nie są objęci interwencją po to, by stanowić punkt odniesienia w interpretowaniu zmian podczas <i>ewaluacji wyniku</i> . Grupa interwencyjna nazywana jest również grupą eksperymentalną.
Grupa kontrolna (Control group)	Grupa osób, która stanowi punkt odniesienia do interpretowania zmian w <i>grupie interwencyjnej</i> w trakcie <i>ewaluacji wyniku</i> . Osoby wchodzące w skład grupy kontrolnej posiadają podobne cechy co <i>uczestnicy</i> interwencji, jednak nie biorą w niej udziału. Mogą za to brać udział w alternatywnej interwencji lub działaniach niezwiązanych z profilaktyką. Dane dotyczące grupy kontrolnej zbierane są przy użyciu tych samych metod jak w przypadku grupy interwencyjnej. Jeśli zmiany zaobserwowano jedynie w grupie interwencyjnej (w efekcie analiz statystycznych), istnieje większa szansa na to, że zostały one spowodowane interwencją. Jeśli zmiany zaobserwowano w obydwu grupach mogą być one niezwiązane z interwencją i spowodowane innym, nieznanym czynnikiem. Grupy kontrolne używane są w <i>schematach quasi-eksperymentalnych</i> i <i>losowych badaniach kontrolowanych</i> . Inne terminy w języku angielskim wskazujące na wykorzystanie grupy kontrolnej to: 'controlled design', 'control-group design', 'control condition'. Inna nazwa stosowana zamiennie z grupą kontrolną to grupa porównawcza.

Standard 4.4: Działania w przypadku planowania ewaluacji końcowych

Grupa porównawcza (Comparing group)	Zob. <i>grupa kontrolna</i>
Instruktaż (Guidance)	W Standardach, ogólny termin oznaczający informacje na piśmie dyktujące działania w zakresie zdrowia publicznego, np. <i>zalecenia</i> , wytyczne, <i>standardy jakości</i> , wskazówki, sugestie itp.
Interesariusz (Stakeholder)	Osoba, grupa, organizacja, itp., która ma ważny interes w <i>działaniach i/lub wynikach programu profilaktyki uzależnień od narkotyków i/lub</i> jest ich bezpośrednim lub pośrednim beneficjentem. Interesariuszami mogą być: <i>grupa docelowa, uczestnicy, członkowie personelu, społeczność, organizacja-beneficjent, sponsorzy, rząd, media, organizacje pozarządowe, placówki opieki zdrowotnej i społecznej, itp.</i> Standard B: Wzajemna komunikacja i udział interesariuszy
Interwencja (Intervention)	Działanie bądź seria działań prowadzonych w (bezpośrednim) kontakcie z <i>grupą docelową</i> w celu osiągnięcia określonego <i>wyniku</i> (np. zapobieganie lub redukcja <i>używania narkotyków</i>). W kontekście <i>profilaktyki uzależnień od narkotyków</i> , termin ten używany jest w rozumieniu ogólnym i nie oznacza działania terapeutycznego sensu stricto. Definicja interwencji obejmuje <i>działalność placówek</i> . W Standardach, termin 'interwencja' dotyczy działań ukierunkowanych na zmianę <i>uczestników</i> podczas gdy termin 'projekt' odnosi się do innych działań, takich jak: planowanie, <i>rekrutacja</i> uczestników, szkolenie <i>personelu</i> itp. Wszystkie aspekty dotyczące interwencji i projektu zawierają się w szerokim pojęciu, jakim jest ' <i>program</i> '. Standard 4: Konstrukcja interwencji
Interwencja dopasowana (Tailored intervention)	W Standardach, interwencja, która została <i>zaadaptowana</i> do konkretnych wymagań <i>grupy docelowej, miejsca realizacji</i> itp., w celu podtrzymania lub zwiększenia <i>skuteczności</i> . Standard 4.3: Działania w przypadku planowania ewaluacji końcowych
Interwencja pilotażowa (Pilot intervention)	<i>Interwencja</i> na skalę mikro przed pełną <i>realizacją</i> (np. z mniejszą liczbą uczestników). Interwencja pilotażowa ma na celu zbadanie wykonalności planowanej interwencji (np. czy kalkulacje <i>zasobów</i> są prawidłowe), jej skuteczności (np. czy <i>wyniki</i> spełniają oczekiwania), adekwatności treści, <i>materiałów</i> interwencyjnych, <i>narzędzi ewaluacyjnych</i> , itp. Wnioski z interwencji pilotażowej wykorzystywane są w doskonaleniu interwencji właściwej. Interwencja pilotażowa jest również znana jako rodzaj <i>ewaluacji</i> formatywnej. Standard 6.1: Działania w przypadku interwencji pilotażowej

Interwencja w zakresie profilaktyki uzależnień od narkotyków (Drug prevention intervention)	zob. <i>Profilaktyka uzależnień od narkotyków; Interwencja</i>
Istotność (Significance)	zob. <i>Istotność statystyczna</i>
Istotny statystycznie (Statistically significant)	Rezultat, którego przypadkowe wystąpienie zostało – w wyniku analizy statystycznej – uznane za mało prawdopodobne. W <i>ewaluacji wyniku</i>, istotność statystyczna wyników badana jest np. w celu sprawdzenia czy rzeczywiście są one rezultatem <i>interwencji</i>. Standard 7.1: Działania w przypadku ewaluacji wyniku
Kompetencje (Competency)	W Standardach, wiedza, umiejętności i postępowanie wymagane od członków <i>personelu</i> do skutecznej <i>realizacji programu</i>. Kompetencje można podzielić na cztery szerokie kategorie: podstawowe (np. wiedza na temat modeli <i>skutecznej profilaktyki uzależnień od narkotyków</i>); specyficzne (np. konkretna wiedza i umiejętności w zakresie danej interwencji); ogólne (np. ogólne umiejętności społeczne, zarządzanie projektem) i meta-kompetencje, które umożliwiają członkom <i>personelu</i> reagowanie na indywidualne potrzeby <i>uczestników</i> (np. <i>wrażliwość kulturowa</i>) (za Pilling i wsp., 2010). Standard C: Organizacja i rozwój personelu
Komponent (Component)	1. Drugi poziom szczegółowości Standardów. Komponent zawiera działania do podjęcia na każdym etapie cyklu projektowego. W sumie istnieje 35 komponentów. Cztery komponenty znajdują się w środku cyklu i powinny być uwzględniane na każdym etapie ('kwestie wspólne'). Pozostałe 31 komponentów przypisano do poszczególnych etapów. Pozostałe dwa poziomy szczegółowości w Standardach to <i>atrybuty</i> i <i>etapy</i>. 2. Jedna z kilku części, które wspólnie tworzą cały <i>program</i>. <i>Interwencja</i> wielokomponentowa składa się z różnych <i>działań</i> interwencyjnych.
Korzyść (Benefit)	Pozytywny skutek <i>działania</i> u danej osoby (np. <i>uczestnika</i>), grupy (np. <i>społeczności</i>) czy organizacji (np. <i>organizacja-beneficjent</i>).

Koszt (Cost)	1. Koszt pośredni/bezpośredni: Łączna kwota wymagana do realizacji <i>programu</i>. Można rozróżnić dwa typy kosztów: koszty bezpośrednie odnoszą się do okresu realizacji programu (np. wynagrodzenie <i>personelu</i>) natomiast koszty pośrednie nie są bezpośrednio związane z okresem realizacji programu (np. podręczniki i inne <i>materiały</i>). Prognozy budżetu i kosztów dokumentowane są w planie finansowym. Standard 5.2: Określenie wymagań finansowych 2. Koszt utraconych korzyści: Wartość (<i>korzyść</i>) następnej w kolejności, dobrej, aczkolwiek niewybranej opcji. Koszty utraconych korzyści nie ograniczają się jedynie do kosztów finansowych, ale obejmują również inne aspekty takie jak utracony czas czy przyjemności. Dla przykładu, uczestnicy muszą zrezygnować z pracy czy zajęć rekreacyjnych na rzecz udziału w <i>interwencji</i> a dostępna infrastruktura nie pozwala na wykonywanie innych działań.
Kultura (Culture)	Ogół wspólnych wartości, postaw, przekonań, zachowań (np. zwyczaje), form komunikacji (np. język, sztuka, symbole, muzyka) itp., które charakteryzują określoną grupę społeczną lub organizację (zob. <i>Społeczność</i>). Zdolność do integrowania aspektów kulturowych z działalnością profilaktyczną znana jest jako <i>wrażliwość kulturowa</i>. Standard 1.4: Rozpoznanie grupy docelowej
Losowe badanie kontrolowane (Randomised controlled trial)	W <i>ewaluacji wyniku</i>, rodzaj schematu badawczego obejmujący losowy dobór uprawnionych osób lub naturalnych grup (np. klasa szkolna) do <i>grupy interwencyjnej</i> bądź <i>grupy kontrolnej</i>. Wyniki są mierzone w obydwu grupach przed i po <i>interwencji</i>. Losowe badania kontrolowane generują najbardziej solidne <i>dowody skuteczności</i>. Ten rodzaj modelu badawczego bywa nazywany schematem eksperymentalnym lub schematem pretest-posttest z grupą kontrolną (ang. pre-post design with control group). Często stosuje się skrót RTC. Do modeli badawczych generujących mniej dokładne wyniki zalicza się <i>schemat nieeksperymentalny</i> i <i>schemat quasi-eksperymentalny</i>.
Materiały (Materials)	W Standardach, wszystkie zasoby <i>materialne</i> wymagane do <i>realizacji programu</i>, takie jak: materiały interwencyjne, narzędzia do monitoringu i ewaluacji, zaplecze techniczne (np. komputery, odtwarzacze DVD, rzutniki), środowisko fizyczne (np. tereny wewnątrz lub na zewnątrz budynków), itp. Ściślej 'materiały interwencyjne' to materiały związane z realizacją konkretnej interwencji np. zeszyty ćwiczeń, filmy DVD, podręczniki szkoleniowe dla <i>personelu</i>, prezentacje, strony internetowe itp. Materiały mogą być związane z potrzebami <i>uczestników</i> (np. prezentacja treści interwencji) i/lub potrzebami członków <i>personelu</i> (np. instrukcje w zakresie realizacji). Standard 5.5: Opracowanie materiałów do realizacji programu

Materiały interwencyjne (Intervention materials)	Zob. <i>Materiały</i>
Mediator	Zmienna pośrednicząca, która wyjaśnia sposób wygenerowania określonego <i>wyniku w interwencji</i> . Interwencje z zakresu <i>profilaktyki uzależnień od narkotyków</i> zwykle nie mogą w bezpośredni sposób reagować na <i>używanie narkotyków</i> wśród <i>uczestników</i> . Natomiast ich przedmiotem są mediatory, które mają wpływ na używanie. Mediatory mogą być bezpośrednio związane z używaniem, np. wiedza na temat <i>narkotyków</i> , przekonania na temat konsekwencji używania, postawy wobec narkotyków, zamiary dotyczące używania, itp. Związek ten może mieć również pośredni charakter np. umiejętności życiowe, ogólne <i>czynniki ryzyka</i> i <i>czynniki chroniące</i> , itp.
Miejsce (realizacji) (Setting)	Społeczne i/lub fizyczne środowisko, w którym odbywa się interwencja, np. rodzina, szkoła, zakład pracy, klub nocny, <i>społeczność</i> , społeczeństwo. Termin ten może również odnosić się do społecznego i/lub fizycznego środowiska, w którym ludzie prowadzą swoje codzienne zajęcia np. praca, rekreacja. W języku angielskim miejsce realizacji znane jest pod takimi nazwami jak: 'domain', 'location', 'environment', czy implementation level'. Standard 3.4: Określenie miejsca realizacji
Młodzi ludzie (Young people)	W Standardach, każda osoba poniżej 18. roku życia, w tym dzieci. Istnieje możliwość stosowania różnych granic wiekowych w zależności od lokalnych, regionalnych, krajowych i międzynarodowych zwyczajów, przepisów i regulacji; lub tam gdzie jest to zasadne w odniesieniu do danej <i>grupy docelowej</i> , <i>miejsca realizacji</i> , <i>interwencji</i> itp.
Mobilizacja zasobów (Mobilisation of resources)	Proces korzystania z już dostępnych <i>zasobów</i> (np. szkolenie <i>personelu</i>) oraz pozyskiwanie nowych zasobów (np. <i>rekrutacja uczestników</i> , zdobywanie funduszy). Etap 5: Zarządzanie i mobilizacja zasobów
Model logiczny (Logic model)	Wykres lub graficzna prezentacja komponentów <i>modelu teoretycznego</i> ('model logiczny teorii') i/lub <i>programu</i> ('model logiczny programu') (CSAP, 2002). Model logiczny teorii ilustruje teorię zmiany tzn. identyfikuje określone <i>mediatory</i> i pokazuje, w jaki sposób generują one wyniki w określonym kontekście (np. <i>grupa docelowa</i>). Model logiczny programu przedstawia logiczny ciąg działań programowych od początku do końca, tzn. identyfikuje zasadnicze <i>działania</i> interwencyjno-projektowe oraz pokazuje wewnętrzną spójność programu. W praktyce, najczęściej stosuje się jeden model logiczny, który zawiera zarówno rozważania teoretyczne jak i działania praktyczne (np. pokazuje, w jaki sposób działania wpływają na mediatory).

Model teoretyczny (Theoretical model)	Ogół powiązanych wzajemnie założeń (hipotez) wyjaśniających sposoby i przyczyny generowania określonych <i>wyników interwencji</i> z zakresu <i>profilaktyki uzależnień od narkotyków w grupie docelowej</i>. Model teoretyczny może również stanowić wykładnię <i>celów programowych, częściowych, mediatorów, działań interwencyjnych</i> itp. Modele teoretyczne zazwyczaj opierają się na dostępnych badaniach oraz teoriach dotyczących używania narkotyków, promocji zdrowia czy ludzkiego zachowania i rozwoju w ogólnym rozumieniu. Przykładowe teorie to teoria dysonansu poznawczego, społecznego uczenia się, modele normatywne. Inne nazwy modelu teoretycznego to teoria, ramy teoretyczne, teoria zmiany. Standard 3.2: Zastosowanie modelu teoretycznego
Moderator	Zmienna mająca wpływ na związek między interwencją, mediatorami a oczekiwanym wynikiem, innymi słowy na skuteczność interwencji. Analiza moderatorów często skupia się na okolicznościach realizacji, np. czy interwencja była przeprowadzona zgodnie z planem (zob. <i>Wierność</i>), kto ją prowadził (np. nauczyciel, badacz), ile było sesji, czy przeprowadzono sesje dodatkowe, itp. Dobór moderatorów może być również dyktowany przez model teoretyczny, np. dominujące normy społeczne, różnice w strukturze rodziny, nowe strategie.
Monitoring	W Standardach, nieustanne zbieranie i analizowanie danych wyniku i procesu w trakcie interwencji. Może to służyć celom, takim jak: dbałość o przebieg interwencji zgodnie z planem (np. wierność, skuteczność); identyfikowanie zmienionych bądź dodatkowych wymagań (np. uczestnicy, zasoby); doskonalenie interwencji w trakcie realizacji; dokumentowanie interwencji (np. raport końcowy, ewaluacje końcowe). Monitoring znany jest również jako przegląd cykliczny, kontrola jakości czy rodzaj ewaluacji formatywnej. Inne nazwy stosowane w języku angielskim to 'reflection' oraz 'revision'. W Standardach, monitoring należy odróżnić od ewaluacji procesu, która analizuje dane procesu po zakończeniu interwencji. Standard 6.3: Monitoring w fazie realizacji
Możliwość uogólniania (Generalisability)	Zakres, w jakim modele <i>interwencji</i>, modele teoretyczne, wnioski z ewaluacji, itp. mogą być stosowane w innych populacjach, <i>miejscach</i> itp.

Narkotyki (Drug)	Substancja psychoaktywna, która po zażyciu w odpowiedniej dawce zmienia procesy myślowe i fizjologiczne. Należą do nich między innymi alkohol, tytoń, substancje nielegalne (tzn. takie, których produkcja, sprzedaż i używanie jest zabronione bądź ograniczone prawem międzynarodowym i krajowym), substancje lotne (gazy, kleje, aerozole, itp.), leki na receptę i bez recepty oraz nowe substancje psychoaktywne (np. dopalacze). Inne nazwy angielskie narkotyków legalnych to ‘substances’, ‘compounds’, natomiast narkotyków nielegalnych ‘controlled drugs’ oraz ‘illicit drugs’. Uwaga: Niniejsza definicja nie obejmuje produktów żywnościowych. Standard 3.3: Określenie celów strategicznych, programowych i częściowych
Narzędzie (Tool)	Zob. <i>Narzędzie ewaluacyjne</i>
Narzędzie ewaluacyjne (Evaluation instrument)	Metoda zbierania informacji do <i>monitoringu</i> i <i>ewaluacji</i> końcowych, np. kwestionariusz samoopisu, protokół wywiadu czy obserwacji. Właściwe narzędzia spełniają kryteria <i>obiektywności</i>, <i>rzetelności</i> i <i>trafności</i>. Narzędzia ewaluacyjne dostępne są za pośrednictwem internetowego Banku Narzędzi Ewaluacyjnych EMCCDA (EIB). Standard 4.4: Działania w przypadku planowania ewaluacji końcowych
Narzędzie zbierania danych (Data collection instrument)	Służy do zbierania danych między innymi na temat <i>grupy docelowej</i> . Należą do nich kwestionariusze samoopisu, protokoły dotyczące wywiadów i obserwacji. Sprawdzone narzędzia spełniają kryteria w zakresie <i>obiektywności</i> , <i>rzetelności</i> i <i>trafności</i> . Narzędzia ewaluacyjne służą do zbierania danych w celach <i>ewaluacyjnych</i> .
Norma (Benchmark)	Zob. <i>Norma ewaluacyjna</i>
Norma ewaluacyjna (Evaluation benchmark)	Kryterium, w oparciu o które mierzy się osiągnięcie <i>celów programowych</i> i (szczegółowych i operacyjnych) <i>celów częściowych</i>. Każda norma powiązana jest ze <i>wskaźnikiem ewaluacyjnym</i>. Norma pozwala interpretować wartości wskaźnika w sposób numeryczny lub, jeśli to niemożliwe, opisowy. W języku angielskim stosowane są również takie nazwy norm ewaluacyjnych jak ‘targets’, ‘performance indicators’, czy ‘success indicators’. <i>Rycina 5 (str. 151) ilustruje związki między celami szczegółowymi, operacyjnymi, wskaźnikami ewaluacyjnymi i normami.</i> Standard 4.4: Działania w przypadku planowania ewaluacji końcowych
Obiektywizm (Objectivity)	Wskaźnik jakości <i>narzędzia zbierania danych</i> . Narzędzie jest obiektywne, jeśli generuje rezultaty niezależnie od osoby, która z niego korzysta. Inne wskaźniki jakości narzędzia to <i>rzetelność</i> i <i>trafność</i> .

Ocena potrzeb (Needs assessment)	Systematyczna ocena charakteru i zakresu potrzeb oraz możliwych przyczyn i czynników przyczyniających się do ich powstawania. Do oceny potrzeb na ogół wykorzystuje się dane <i>epidemiologiczne</i>, chociaż można również korzystać z grup fokusowych itp. Celem oceny potrzeb jest zidentyfikowanie niespełnionych potrzeb (np. luk w działalności placówek) oraz zaplanowanie <i>działań</i>, które spełnią te potrzeby. Standardy uwypuklają potrzeby w oparciu o obowiązujące dokumenty strategiczno-legislacyjne, <i>społeczność</i> i jej członków oraz, co najważniejsze, (potencjalną) <i>grupę docelową</i> i jej społeczne środowisko. Ocena potrzeb znana jest również jako analiza potrzeb. W Standardach, ocenę potrzeb należy odróżnić od <i>oceny zasobów</i>, która skupia się na badaniu dostępnych <i>zasobów</i>. Etap 1: Ocena potrzeb
Ocena zasobów (Resource assessment)	Ocena wszystkich <i>zasobów</i> dostępnych dla danej <i>organizacji</i>, <i>społeczności</i> itp., ze szczególnym uwzględnieniem tych zasobów, które mogą być wykorzystane w planowanym programie (np. <i>gotowość społeczności</i>). W Standardach, należy odróżnić ocenę zasobów od <i>oceny potrzeb</i>, która polega na identyfikacji niespełnionych potrzeb. Etap 2: Ocena zasobów
Opis programu (Programme description)	W Standardach, opis <i>programu</i> ze szczególnym uwzględnieniem warunków i prawdopodobnych konsekwencji uczestnictwa (np. cena, zagrożenia i <i>korzyści</i>). Opis powstaje przed rozpoczęciem <i>interwencji</i> w celu przekazania informacji podmiotom zewnętrznym na temat programu (np. <i>grupa docelowa</i>, sponsorzy). W języku angielskim opis programu znany jest również jako 'programme outline' bądź 'policy' (np. w kontekście szkolnym). Opis programu należy odróżnić od <i>planu projektu</i>, który jest wewnętrznym narzędziem kierowania <i>realizacją</i> projektu; różni się on również od raportu końcowego, który podsumowuje program po jego zakończeniu. Standard 5.6: Opis programu
Organizacja (Organisation)	1. W kontekście <i>profilaktyki uzależnień od narkotyków</i>, organizacja realizuje bądź wnosi wkład w działania związane z profilaktyką uzależnień od narkotyków, np. realizator, samorząd lokalny, ośrodek badawczy. W Standardach, organizacje nazywane są również agencjami lub instytucjami. 2. W Standardach, organizacja wykorzystująca Standardy do analizy swojej działalności, planowania <i>programów</i>, itp. Taka organizacja prawdopodobnie realizuje bądź wnosi wkład w działania związane z profilaktyką uzależnień od narkotyków. Należą do nich organizacje charytatywne działające na rzecz profilaktyki uzależnień od narkotyków, <i>placówki</i> dla młodzieży, szkoły, samorządy lokalne, rząd, itp. Więcej informacji na temat korzystania ze Standardów znajduje się we Wprowadzeniu.

Organizacja-beneficjent (Recipient organisation)	W Standardach, organizacja zewnętrzna (np. szkoła, dom kultury, klub nocny), na terenie której realizowana jest <i>interwencja</i> , jeśli nie jest realizowana w siedzibie <i>realizatora</i> . Powody, dla których interwencja realizowana jest na zewnątrz są różne, np. organizacja-beneficjent jest zleceniodawcą interwencji, lub zapewnia dostęp do <i>grupy docelowej</i> na wniosek realizatora, itp. W języku angielskim organizacja-beneficjent znana jest również pod nazwą 'host institution'.
Personel (Staff)	W Standardach, ogół pracowników <i>organizacji</i> , która zajmuje się wdrażaniem <i>programu</i> , w tym zatrudnieni w niepełnym i pełnym wymiarze godzin, opłacani i nieopłacani (np. wolontariusze, stażyści), a także osoby zatrudnione na umowy na czas nieokreślony i określony, bez względu na kwalifikacje, doświadczenie i zakres obowiązków (np. kierownicy, personel administracyjny). W Standardach, termin ten jest również używany w odniesieniu do <i>praktyków</i> , tzn. osób mających bezpośredni kontakt z <i>grupą docelową</i> . Inne określenia członków personelu to zasoby ludzkie czy pracownicy. Standardy C: Organizacja i rozwój personelu; 5.3: Powołanie zespołu do realizacji programu
Placówka (Service)	Organizacja, która na ogół na wniosek władz (np. samorządy) ma za zadanie zaspokajać potrzeby ludności. Na przykład, placówki pomocy społecznej pomagają osobom podatnym na zagrożenia w codziennym życiu np. dzieciom potrzebującym wsparcia, osobom niepełnosprawnym psychoruchowo itp. Termin ten może odnosić się zarówno do samej organizacji jak również jej działalności. W Europie, placówki pomocowe na ogół nie zajmują się realizacją usystematyzowanych podręcznikowych programów <i>profilaktyki uzależnień od narkotyków</i> . Zamiast tego występują formy mniej usystematyzowane, nakierowane na <i>uczestników</i> i ich potrzeby (np. streetworking, dzienne świetlice dla czynnych użytkowników narkotyków, krótkie interwencje). Oprócz konkretnych działań z zakresu profilaktyki uzależnień od narkotyków, placówki oferują również ogólne wsparcie; profilaktyka może również nie być głównym przedmiotem działalności danej placówki. W Standardach, terminy 'program' i 'interwencja' obejmują działalność placówek.
Plan działania (Action plan)	Zob. <i>Plan projektu</i>

Plan projektu (Project plan)	Wewnętrzne narzędzie do kierowania <i>realizacją</i>. W uporządkowany sposób ilustruje główne zadania i <i>strategie</i> wymagane do realizacji <i>programu</i>. Plan projektu powstaje tuż po zdefiniowaniu głównych elementów programu (np. <i>grupa docelowa</i>, rodzaj <i>interwencji</i>). Plan projektu jest kluczowy dla samej realizacji programu, ale dotyczy również jej dokumentacji i przeglądu. Inne stosowane nazwy to plan pracy, plan działania czy plan realizacji. Plan projektu należy odróżnić od <i>opisu programu</i>, który stanowi informację dla podmiotów zewnętrznych na temat programu. Standard 5.1: Zaplanowanie programu – przedstawienie planu projektu
Płeć (Sex)	W Standardach, biologiczne cechy mężczyzn i kobiet. Termin płeć (ang. sex) należy odróżnić od płci społeczno-kulturowej (ang. gender), która odnosi się do ogółu ról społecznych, zachowań itp., uważanych za właściwe dla mężczyzn i kobiet. Jednak, niektórzy profesjonalści stosują te terminy zamiennie, uznając ich współzależność (np. sprawność fizyczna może mieć wpływ na możliwość wykonywania określonych aktywności; akceptacja określonych aktywności może wpływać na cechy fizjologiczne).
Płeć społeczno-kulturowa (Gender)	W Standardach, ogół ról społecznych, zachowań itp., uważanych za właściwe dla mężczyzn i kobiet, np. znaczenie bycia 'chłopcem' lub 'dziewczyną' w określonej kulturze. Te przekonania mogą mieć różną postać w zależności od <i>społeczności</i>. W Standardach, płeć kulturową (ang. gender) należy odróżnić od płci fizycznej (ang. sex), która odnosi się do biologicznych cech kobiet i mężczyzn. Jednak, niektórzy profesjonalści stosują te terminy zamiennie, uznając ich współzależność (np. sprawność fizyczna może mieć wpływ na możliwość wykonywania określonych aktywności; akceptacja określonych aktywności może wpływać na cechy fizjologiczne).
Post-test	Zbiór danych uzyskanych od <i>uczestników</i> na koniec <i>interwencji</i> w celu <i>ewaluacji wyniku</i>. Postępy w realizacji interwencji mierzone są poprzez porównanie danych post-testu z danymi <i>pre-testu</i>. Jeśli dane zbierane są wyłącznie w <i>grupie interwencyjnej</i> po zakończeniu interwencji (<i>schemat nieeksperymentalny</i>) niemożliwe jest sformułowanie jakichkolwiek wniosków na temat <i>skuteczności</i> interwencji. <i>Rycina 6 (str. 153) ilustruje związki między normami, wynikami i pomiarami.</i>

Powtórzenie (Replication)	<i>Realizacja interwencji, która, przynajmniej raz, została wcześniej przeprowadzona. Powtarzanie istniejących interwencji może być wydajniejsze od konstruowania nowych, gdyż można wykorzystać istniejące już <i>materiały</i> itp. Jest to również istotne z naukowego punktu widzenia, ponieważ jest to test możliwości powtórzenia uzyskanych wcześniej wyników. Jeśli powtórzenie odbywa się w nowych warunkach, jest również testem możliwości <i>uogólnienia</i> wniosków w zakresie <i>skuteczności</i> interwencji (np. na inną <i>grupę docelową</i> lub <i>miejsce realizacji</i>).</i> Standard 4.2: Działania w przypadku wyboru istniejącej interwencji
Pracownik bezpośrednio zaangażowany w pracę z klientem (Front-line worker)	zob. <i>Praktyk</i>
Praktyk (Practitioner)	Członek <i>personelu</i> , poświęcający znaczną część swojego czasu pracy na bezpośredni kontakt z członkami <i>grupy docelowej</i> , np. realizując <i>interwencję</i> . Praktycy często nazywani są pracownikami terenowymi lub personelem pierwszego kontaktu.
Pre-test	Zbiór danych <i>wyjściowych</i> od <i>uczestników</i> przed lub na początku interwencji w celu <i>ewaluacji wyniku</i>. Postępy w realizacji interwencji mierzone są poprzez porównanie danych <i>post-testu</i> z danymi <i>pre-testu</i>. Stwierdzenie zmian jest jednak niemożliwe bez zastosowania grupy <i>kontrolnej</i> (zob. <i>Schemat quasi-eksperymentalny, Losowe badanie kontrolowane</i>). <i>Rycina 6 (str. 153) ilustruje związki między normami, wynikami i pomiarami.</i>
Produkt (Output)	Produkty <i>działań programowych</i>, takie jak: rezultaty pracy (np. przeprowadzone sesje), stworzone struktury (np. <i>gotowość społeczności</i>), stworzone szanse (np. liczba <i>uczestników</i>), opublikowane <i>materiały</i> (np. raport końcowy), itp. (EMCDDA, 2011). Produkty należy odróżnić od <i>wyników</i>, które dotyczą zmian wśród uczestników.
Profilaktyka (Prevention)	zob. <i>Profilaktyka uzależnień od narkotyków</i>
Profilaktyka progresywna (Tiered prevention)	Podejście profilaktyczne, które zakłada stopniową progresję z <i>interwencji</i> ogólnych do bardziej specjalistycznych. Na przykład, progresywny <i>program profilaktyki uzależnień od narkotyków</i> może rozpoczynać się interwencją z zakresu <i>profilaktyki uniwersalnej</i> (np. edukacja na temat narkotyków w klasie szkolnej). W trakcie tej interwencji dokonana zostaje identyfikacja osób z ponadprzeciętnym ryzykiem (szkodliwego) <i>używania narkotyków</i>, które następnie kierowane są do interwencji z zakresu <i>profilaktyki wskazującej</i> (np. specjalne <i>działania</i> pozaszkolne).

Profilaktyka selektywna (Selective prevention)	W kontekście <i>profilaktyki uzależnień od narkotyków</i> , działania ukierunkowane na osoby ponadprzeciętnie zagrożone <i>używaniem narkotyków</i> z racji ich przynależności do określonej grupy w populacji (za Springer and Phillips, 2007), np. uczniowie usunięci ze szkoły, młodociani przestępcy, dzieci użytkowników narkotyków, bywalcy dyskotek (zob. <i>Czynniki ryzyka</i>). Grupy te nazywane są populacjami zagrożonymi.
Profilaktyka środowiskowa (Environmental prevention)	<i>Profilaktyka uzależnień od narkotyków</i> skupiająca się na zmianie środowiska, w którym żyją ludzie. Profilaktyka środowiskowa obejmuje szereg działań w zależności od rozumienia pojęcia 'środowisko'. Działania mogą dotyczyć norm społecznych (np. postawy wobec <i>używania narkotyków w społeczności</i>), regulacji (np. opisane strategie, zakazy używania tytoniu w miejscach publicznych), dostępności <i>narkotyków</i> (np. działania policji, nabywanie próbek), środowiska fizycznego (np. poprawa oświetlenia, monitoring wizyjny) itp. W efekcie, profilaktyka środowiskowa może przyczyniać się do redukcji popytu na narkotyki (zob. <i>Redukcja popytu na narkotyki</i>), redukcji podaży narkotyków i/lub szkód związanych z narkotykami.
Profilaktyka ukierunkowana (Targeted prevention)	W kontekście <i>profilaktyki uzależnień od narkotyków</i> , działania ukierunkowane na jednostki i grupy szczególnie zagrożone <i>używaniem narkotyków</i> (zob. <i>Czynnik ryzyka</i>). Istnieją dwa rodzaje profilaktyki ukierunkowanej: <i>profilaktyka wskazująca</i> (zwiększone ryzyko na skutek cech indywidualnych) i <i>profilaktyka selektywna</i> (zwiększone ryzyko na skutek przynależności do określonej grupy).
Profilaktyka uniwersalna (Universal prevention)	W kontekście <i>profilaktyki uzależnień od narkotyków</i> , działania ukierunkowane na grupy z przeciętnym ryzykiem <i>używania narkotyków</i> (za Springer and Phillips, 2007). Tego typu interwencje często obejmują swoim zasięgiem całe populacje w danym <i>miejscu realizacji</i> (np. szkoła, <i>społeczność</i> , społeczeństwo). Profilaktyka uniwersalna na ogół ma na celu zapobieganie bądź opóźnianie inicjacji narkotykowej. Osoby bądź grupy z ponadprzeciętnym ryzykiem używania narkotyków nie są wyodrębniane (zob. <i>Czynnik ryzyka</i> , <i>Profilaktyka ukierunkowana</i>).

Profilaktyka uzależnień od narkotyków (Drug prevention)	<i>Działania, które (przynajmniej częściowo) zmierzają do zapobiegania bądź redukcji zjawiska używania narkotyków oraz/lub jego negatywnych konsekwencji dla populacji ogólnej lub subpopulacji, w tym zapobieganie i opóźnianie inicjacji narkotykowej, promowanie abstynencji, redukcja częstotliwości używania i/lub ilości zażywanych narkotyków, zapobieganie przechodzeniu na ryzykowne lub szkodliwe wzory używania. Działania profilaktyczne mogą być prowadzone w różnych grupach docelowych (np. uczniowie, młodociani przestępcy), miejscach (np. społeczność, szkoła, rodzina), za pomocą różnych metod i treści (np. udzielanie informacji, szkolenia w zakresie umiejętności życiowych) oraz mogą mieć doraźny lub długoterminowy charakter. Niektóre działania odnoszą się bezpośrednio do narkotyków, inne zaś promują zdrowy styl życia i zachęcają do podejmowania świadomych decyzji, które w pośredni sposób przyczyniają się do zapobiegania bądź redukcji używania narkotyków. W zależności od grupy docelowej można wyróżnić następujące typy: profilaktyka uniwersalna, profilaktyka selektywna, profilaktyka wskazująca, profilaktyka progresywna czy profilaktyka środowiskowa. Do niedawna stosowana typologia składała się z profilaktyki pierwszo-, drugo- i trzeciorzędowej, jednak zastąpiła ją klasyfikacja oparta na grupie docelowej. Profilaktyka uzależnień od narkotyków bywa m.in. nazywana profilaktyką używania substancji psychoaktywnych.</i> <i>Aby podejmowane aktywności zostały uznane w rozumieniu Standardów jako działania z zakresu profilaktyki uzależnień od narkotyków, muszą one w wyraźny sposób nawiązywać w dokumentacji projektu do profilaktyki uzależnień od narkotyków.</i>
Profilaktyka uzależnień od narkotyków oparta na dowodach (Evidence-based drug prevention)	<i>Profilaktyka uzależnień od narkotyków oparta na systematycznej analizie najlepszych dowodów, wykorzystanie dowodów oraz postępowanie w oparciu o dowody. Termin ‘oparty na dowodach’ często stosowany jest zamiennie, z takimi terminami jak: ‘oparty na badaniach’ i ‘oparty na doniesieniach naukowych’ (Kellam i Langevin, 2003, str. 140), jednak różni się od terminów, takich jak: skuteczny w warunkach rzeczywistych (zob. Skuteczność rzeczywista) i skuteczny w warunkach eksperymentalnych (zob. Skuteczność eksperymentalna)</i>

Profilaktyka wskazująca (Indicated prevention)	W kontekście <i>profilaktyki uzależnień od narkotyków</i> , działania ukierunkowane na osoby ze zwiększonym indywidualnym ryzykiem (szkodliwego) używania (za Springer and Phillips, 2007). Obejmują one osoby, które zażywają już narkotyki (ale nie są uzależnione w rozumieniu klasyfikacji DSM-IV lub ICD-10) i/lub osoby ze zwiększonym indywidualnym ryzykiem używania w przyszłości (np. wskutek doświadczeń z dzieciństwa, zaburzeń psychicznych lub zachowania) (zob. <i>Czynnik ryzyka</i>). Profilaktyka wskazująca często polega na zapobieganiu inicjacji narkotykowej, jednak częściej redukuje istniejące używanie oraz zapobiega przejściu do bardziej szkodliwych wzorów używania. W praktyce, może występować nachodzenie na siebie działań z zakresu <i>profilaktyki wskazującej i selektywnej</i> bądź leczenia odwykowego (EMCDDA, 2009, str. 10).
Program (Programme)	W Standardach, suma jednej (bądź kilku) <i>interwencji</i> , towarzyszące badania (np. <i>ocena potrzeb, monitoring, ewaluacje końcowe</i>), a także kwestie administracyjne (np. <i>zarządzanie projektem, pozyskiwanie funduszy, szkolenie personelu, rekrutacja uczestników, rozpowszechnianie, struktury lokalne i priorytety</i>). Zatem termin 'program' obejmuje wszystkie interwencje oraz aspekty projektu działań profilaktycznych. <i>Strategia rządowa w zakresie profilaktyki uzależnień od narkotyków</i> może być postrzegana jako rodzaj programu. Niniejsza definicja obejmuje również działalność <i>placówek</i> .
Program profilaktyki uzależnień od narkotyków (Drug prevention programme)	zob. <i>Profilaktyka uzależnień od narkotyków; Program</i>
Projekt (Project)	Ograniczone czasowo przedsięwzięcie realizowane w określonym celu. W Standardach, termin ten stosowany jest szczególnie do działań administracyjnych i biznesowych związanych z <i>programem profilaktyki uzależnień od narkotyków</i> (np. zarządzanie zasobami). Projekt należy odróżnić od <i>strategii</i> , która stanowi szeroki plan zawierający priorytety i główne działania w zakresie profilaktyki uzależnień od narkotyków.
Próba (Sample)	Podgrupa populacji. Próbę <i>grupy docelowej</i> stanowią uczestnicy. Próba uczestników powinna być reprezentatywna dla grupy docelowej (tzn. odzwierciedlać jej cechy) tak, by wyniki mogły być <i>uogólnione</i> na szerszą grupę docelową. W badaniach <i>ewaluacyjnych</i> , najlepiej osiąga się to przez dobór próby losowej tak, by każda osoba lub grupa naturalna (np. klasa szkolna) miała równe szanse trafienia do próby. Doboru losowego można dokonać np. za pomocą komputera losowo generującego listę uczestników. Ponadto, próba uczestników musi być na tyle duża, by umożliwić przeprowadzenie analiz statystycznych.

Randomizacja (Randomisation)	W <i>ewaluacji wyniku</i> , proces losowego doboru uprawnionych osób lub naturalnych grup (np. klasa szkolna) do <i>grupy interwencyjnej</i> bądź <i>grupy kontrolnej</i> . Dobór ma charakter losowy pod warunkiem, że każda jednostka (tzn. osoba lub grupa) ma zapewnione równe szanse przypisania do grupy interwencyjnej lub kontrolnej. Takie działanie redukuje ryzyko systematycznych różnic między członkami obu grup. Randomizacja jest elementem <i>losowych badań kontrolowanych</i> .
Realizacja (Implementation)	Proces podejmowania działań zgodnie z <i>planem projektu</i> . W Standardach, 'realizacja' oznacza głównie wdrażanie zaplanowanej <i>interwencji</i> wśród <i>uczestników</i> , podczas gdy 'realizacja programu' obejmuje inne aspekty, takie jak: <i>rekrutacja</i> uczestników, szkolenie <i>personelu</i> itp. W Standardach, realizacja zwana jest również wdrażaniem. Standard 6: Realizacja i monitoring
Realizator (Provider)	W kontekście <i>profilaktyki uzależnień od narkotyków</i> , organizacja, która realizuje bądź wnosi wkład w działania związane z profilaktyką uzależnień od narkotyków, np. organizacje charytatywne działające na rzecz profilaktyki uzależnień od narkotyków, <i>placówki</i> dla młodzieży, szkoły.
Redukcja podaży (Supply reduction)	zob. <i>Redukcja podaży na narkotyki</i>
Redukcja popytu na narkotyki (Drug demand reduction)	Termin ogólny używany w międzynarodowych konwencjach dotyczących kontroli <i>narkotyków</i> , oznacza <i>działania</i> zmierzające do redukcji popytu detalicznego na (nielegalne) narkotyki. Do działań związanych z redukcją popytu zalicza się <i>profilaktykę uzależnień od narkotyków</i> , leczenie i rehabilitację. Różni się od redukcji podaży, który zmierza do ograniczania produkcji i dystrybucji (nielegalnych) narkotyków poprzez organy ścigania. W praktyce, redukcje popytu i podaży uzupełniają się w ramach kompleksowych strategii antynarkotykowych.
Rekrutacja (Recruitment)	Proces doboru <i>prób</i> uczestników z szerszej <i>grupy docelowej</i> . W niektórych interwencjach, uczestnicy nie są rekrutowani z grupy docelowej, ale spośród osób, które mają wpływ na członków grupy docelowej (np. rodzina). Rekrutacja obejmuje selekcję uprawnionych osób, przekazanie im informacji na temat <i>programu</i> , zaproszenie do uczestnictwa, przeprowadzenie zapisów i zadbanie o to, by rozpoczęły <i>interwencję</i> (np. wzięły udział pierwszej sesji). Standard 5.4: Rekrutacja i utrzymanie uczestników

Rozpowszechnianie (Dissemination)	1. Rozpowszechnianie informacji na temat <i>programu</i>: Przekazywanie szczegółów na temat programu oraz, tam gdzie to możliwe, wyników <i>ewaluacji</i> właściwym <i>użytkownikom</i>, takim jak <i>społeczność naukowa</i> i/lub profilaktyczna, <i>sponsorzy</i> i <i>grupa docelowa</i>. Etap 8: Rozpowszechnianie i doskonalenie 2. Rozpowszechnianie programu ('działanie na szeroką skalę'): <i>Powtarzanie</i> programu na szeroką skalę np. z większą liczbą <i>uczestników</i>, przy większym zasięgu terytorialnym itp. W tym scenariuszu, najpierw program testowany jest na małą skalę pod kątem <i>skuteczności</i> np. w niewielkiej liczbie szkół. W momencie udowodnienia skuteczności, program realizowany jest we wszystkich szkołach w kraju.
Rozwój personelu (Staff development)	Proces podnoszenia kompetencji <i>członków personelu</i> (tzn. wiedzy, umiejętności, zachowań) poprzez programy szkoleniowe, regularne przeglądy, wsparcie emocjonalne, nadzór, promowanie autorefleksji itp. Standard C: Rozwój i organizacja personelu
Rzetelność (Reliability)	<i>Wskaźnik jakości narzędzia zbierania danych</i>. Narzędzie jest rzetelne jeśli generuje spójne wyniki, np. w przypadku tych samych respondentów w kolejnych pomiarach (rzetelność test-retest), niezależnie od stosujących je osób (zgodność oceny badających) lub w odniesieniu do różnych itemów w badaniu (wewnętrzna spójność). Rzetelność test-retest stanowi niezbędny element <i>ewaluacji wyniku</i>; wykorzystanie rzetelnych narzędzi sprawia, że obserwowane zmiany odzwierciedlają faktyczne zmiany wśród <i>uczestników</i> i nie wystąpiły wskutek zastosowania nierzetelnego <i>narzędzia ewaluacyjnego</i>. Inne wskaźniki jakości narzędzi to <i>obiektywizm</i> i <i>trafność</i>.
Schemat eksperymentalny (Experimental design)	zob. <i>Losowe badania kontrolowane</i>

Schemat nieeksperymentalny (Non-experimental design)	W <i>ewaluacji wyniku</i>, badanie, w którym <i>wyniki</i> mierzone są jedynie w <i>grupie interwencyjnej</i>. Jeśli dane zbierane są z grupy interwencyjnej jedynie po zakończeniu <i>interwencji</i>, nie można sformułować żadnych wniosków co do jej <i>skuteczności</i>. Jeśli dane zbierane są przed i po interwencji, można opisać zmiany, które zaszły w międzyczasie. Jednak, niemożliwe jest udowodnienie, że zmiany te zostały spowodowane przez interwencję, ponieważ w tym celu byłoby konieczne zastosowanie <i>grupy kontrolnej</i>. Taki rodzaj schematu nieeksperymentalnego bywa również nazywany badaniem naturalistycznym (ang. naturalistic design) lub schematem pretest-posttest bez grupy kontrolnej (ang. pre-post design without control group). Do modeli badawczych z zastosowaniem grupy kontrolnej zalicza się <i>schemat quasi-eksperymentalny</i> i <i>losowe badanie kontrolowane</i> (RTC).
Schemat quasi-eksperymentalny (Quasi-experimental design)	W <i>ewaluacji wyniku</i>, badanie, w którym <i>wyniki</i> mierzone są w <i>grupie interwencyjnej</i> i <i>grupie kontrolnej</i> przed i po zakończeniu <i>interwencji</i>, jednak uczestnicy nie są losowo przypisywani do tych grup. Zamiast tego, z uwagi na fakt, iż grupa interwencyjna może być już w kontakcie z <i>placówką</i>, członkowie grupy kontrolnej mogą zostać dobrani celowo w celu dopasowania cech do grupy interwencyjnej ('dobór na podstawie podobieństw'). Ponieważ dobór nie jest losowy, istnieje ryzyko, że wystąpią (niezauważone) różnice między grupą interwencyjną i grupą kontrolną, które wpłyną na wyniki. Jeśli dane zbierane są z grupy interwencyjnej jedynie po zakończeniu <i>interwencji</i>, nie można sformułować żadnych wniosków co do jej <i>skuteczności</i>. Jeśli dane zbierane są przed i po interwencji, można opisać zmiany, które zaszły w międzyczasie. Jednak, niemożliwe jest udowodnienie, że zmiany te zostały spowodowane przez interwencję, ponieważ w tym celu byłoby konieczne zastosowanie <i>grupy kontrolnej</i>. Niniejszy model badawczy bywa nazywany schematem eksperymentalnym lub schematem pretest-posttest z grupą kontrolną (ang. pre-post design with control group). Do innych modeli badawczych zalicza się <i>schemat nieeksperymentalny</i> i <i>losowe badanie kontrolowane</i> (RTC).
Skuteczność eksperymentalna (Efficacy)	W <i>ewaluacjach</i> wyniku, zakres w jakim <i>interwencja</i> przynosi spodziewane <i>wyniki</i> w warunkach idealnych, nie wyrządzając przy tym szkody, np. w przypadku wdrażania programu przez jego twórcę bądź specjalnie przeszkolonego profesjonalistę. Warunki realizacji podlegają kontroli w celu wyeliminowania czynników różnicujących. Badania skuteczności eksperymentalnej różnią się od badań <i>skuteczności rzeczywistej</i>, które testują interwencje w warunkach rzeczywistych i wyraźnie skupiają się na wpływie czynników różnicujących.

Skuteczna interwencja (Effective intervention)	<i>Interwencja</i>, która przynosi spodziewane <i>wyniki</i> i nie wyrządza szkód. Amerykańskie Towarzystwo Badań nad Profilaktyką (USA Society for Prevention Research) zdefiniowało cechy skutecznej interwencji w publikacji pt. 'Standards of Evidence' (Flay i wsp., 2005). Standard 7.1: Działania w przypadku ewaluacji wyniku
Skuteczność rzeczywista (Effectiveness)	Zakres, w jakim <i>interwencja</i> przynosi spodziewane <i>wyniki</i> w praktyce, nie wyrządzając przy tym szkody. W <i>ewaluacji wyniku</i> badania skuteczności rzeczywistej polegają na sprawdzeniu czy interwencja jest skuteczna w rzeczywistych warunkach lub naturalnym <i>miejscu</i> (Flay i wsp., 2005), np. w przypadku realizacji interwencji przez nauczyciela zamiast specjalnie przeszkolonego profesjonalisty w badaniu klinicznym. Tego typu badania wskazują – poprzez analizę wpływu określonych czynników różnicujących (np. warunki czy jakość <i>realizacji</i>) – w jakich warunkach interwencje są skuteczne. Badania skuteczności rzeczywistej różnią się od badań <i>skuteczności eksperymentalnej</i>, w których interwencje testowane są w warunkach idealnych.
Skutek jatrogenny (Iatrogenic effect)	Negatywny wpływ (<i>wynik</i>) <i>interwencji</i> na uczestników. Do jatrogennych skutków interwencji z zakresu profilaktyki uzależnień od narkotyków mogą zaliczać się: zwiększenie <i>używania narkotyków</i>, szkody wśród uczestników itp. Jatrogenesa może dotyczyć głównych wyników, takich jak używanie narkotyków lub częstsze występowanie innych niepożądanych zachowań ('skutki uboczne'). Skutek jatrogenny różni się od braku skutku ('interwencja nieskuteczna'), w przeciwnym razie oznaczałoby to, że interwencja nie przyniosła ani pozytywnych, ani negatywnych skutków.
Skutek uboczny (Side effect)	zob. <i>Skutek jatrogenny</i>
Społeczność (Community)	1. Grupa ludzi mieszkająca i/lub pracująca na zdefiniowanym obszarze (np. osiedle, dzielnica) i/lub mająca wspólne cechy społeczne i <i>kulturowe</i>, zainteresowania lub doświadczenia (np. etniczne, religijne, językowe). <i>Miejsca realizacji</i> mogą odnosić się do określonych społeczności (np. szkoła, ośrodek młodzieżowy). W zależności od społeczności, można zaobserwować w różnym stopniu, wspólną tożsamość. Jednostki często przynależą do kilku społeczności, między innymi w oparciu o obszar, wykonywany zawód, sposoby spędzania wolnego czasu (WHO, 1998). Standardy 1.2: Ocena używania narkotyków i potrzeb społeczności; 2.1: Ocena grupy docelowej i zasobów społeczności 2. Społeczność profesjonalistów: Ogół specjalistów działających w określonej dziedzinie zawodowej (np. badania naukowe i/lub społeczność profilaktyczna).

Standard	<i>zob. Standard jakości</i>
Standard jakości (Quality standard)	Norma, która pomaga ocenić czy przykładowo <i>działanie</i> albo <i>realizator</i> spełnia kryteria wysokiej jakości. Standardy jakości na ogół powstają w oparciu o konsensus w środowisku zawodowym. Główny nacisk kładziony jest na strukturalno-proceduralne zagadnienia związane z zapewnianiem jakości, np. <i>ewaluacja</i>, skład i <i>kompetencje personelu</i>, bezpieczeństwo <i>uczestników</i>, itp. Standardy rozróżniają standardy jakości i <i>zalecenia</i>. <i>Więcej konkretnych informacji na temat Europejskich standardów jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków znajduje się we Wprowadzeniu.</i>
Strategia (Strategy)	1. Szeroki plan określający priorytety i główne działania całego projektu lub organizacji. W <i>profilaktyce uzależnień od narkotyków</i>, najważniejsze strategie tego typu to strategie antynarkotykowe tworzone przez lokalne, regionalne, krajowe rządy i międzynarodowe organizacje (np. Unia Europejska, Organizacja Narodów Zjednoczonych). Standard 1.1: Przegląd antynarkotykowych strategii i ustawodawstwa 2. Szeroki plan określający priorytety i główne <i>działania</i> w odniesieniu do konkretnego aspektu <i>projektu</i>, takiego jak komunikacja, pozyskiwanie funduszy, <i>ewaluacja</i>, dokumentacja, rozpowszechnianie. W Standardach, tego typu strategie są podsumowane w <i>planie projektu</i>. Standard 5.1: Zaplanowanie programu – przedstawienie planu projektu
Substancja (Substance)	<i>zob. Narkotyk</i>
Teoria (Theory)	<i>zob. Model teoretyczny</i>
Trafność (Validity)	<i>Wskaźnik jakości narzędzia zbierania danych</i> . Narzędzie jest trafne, jeśli bada to do czego zostało opracowane. Inne wskaźniki jakości narzędzi to <i>obiektywizm</i> i <i>trafność</i> .

Trwałość (Sustainability)	1. Prawdopodobieństwo, że <i>program profilaktyki uzależnień od narkotyków</i> będzie kontynuowany po pierwszej <i>realizacji</i> i/lub wyczerpaniu zewnętrznego dofinansowania, jak również czynniki wpływające na to prawdopodobieństwo. Standardy A: Trwałość i finansowanie; 8.1: Decyzja czy program powinien być kontynuowany 2. Prawdopodobieństwo, że pozytywne <i>wyniki interwencji</i> będą trwałe w przypadku <i>uczestników</i> po zakończeniu interwencji, tzn. zostaną również odnotowane w długoterminowych badaniach kontrolnych. 3. Prawdopodobieństwo, że <i>interwencja</i> będzie <i>realizowana</i> na wysokim poziomie jakości po ustaniu bezpośredniego zaangażowania twórców programu (np. kiedy <i>program</i> będzie <i>rozpowszechniany</i> na szeroką skalę). Badania kliniczne trwałości mają za zadanie ustalenie uwarunkowań ciągłej <i>wiernej</i> realizacji (Kellam and Langevin, 2003).
Ubytki (Attrition)	Nieplanowane spadki liczby <i>uczestników</i> po rozpoczęciu <i>interwencji</i>. Jest to spowodowane opuszczaniem programu przez uczestników bądź ewaluacji tzn. uczestnicy biorą udział w pierwszej sesji i pierwszym etapie zbierania danych, natomiast nie zostają do końca interwencji i końcowego etapu zbierania danych.
Uczestnik (Participant)	Osoba, która bierze udział bądź korzysta z <i>interwencji</i> w bezpośredni sposób. Uczestnicy wywodzą się z pośredniej i bezpośredniej <i>grupy docelowej</i>. Bezpośrednia grupa docelowa obejmuje osoby, wobec których interwencja ma przynieść pozytywne wyniki (np. młodzież zagrożona <i>używaniem narkotyków</i>), natomiast pośrednia grupa docelowa obejmuje osoby, które mają wpływ na grupę docelową (np. rodzina, rówieśnicy, nauczyciele). Na ogół, uczestnicy reprezentują jedynie <i>próbę</i> wszystkich uprawnionych do udziału w interwencji (np. pewna liczba dzieci spośród wszystkich zagrożonych w danej społeczności). W ramach badań ewaluacyjnych, pewni uczestnicy nie są beneficjentami interwencji, ponieważ wchodzi w skład <i>grupy kontrolnej</i>. Inna nazwa uczestników to bezpośredni beneficjenci.
Utrzymanie (Retention)	Dbałość o to, by <i>uczestnicy</i> brali udział w <i>interwencji</i> do jej zakończenia lub do momentu osiągnięcia <i>celów programowych</i> (w zależności od tego co jest ważniejsze). Standard 5.4: Rekrutacja i utrzymanie uczestników

Użytkownicy (Target audience)	W Standardach, ludzie, którzy otrzymują informacje na temat <i>działań</i> i <i>wyników programu</i>, np. w ramach regularnych sprawozdań w trakcie <i>realizacji</i>, raportu końcowego, warsztatów itp. Użytkownicy to najczęściej interesariusze typu grupa docelowa, sponsorzy, społeczność zawodowa itp. Standard 8.2: Rozpowszechnianie informacji na temat programu
Używanie narkotyków (Drug use)	Przyjmowanie <i>narkotyku</i> w celach innych niż farmakoterapia czy badania naukowe. Używanie narkotyków może być rzadkie (eksperymentowanie), okazjonalne (np. rzadziej niż raz w tygodniu) lub regularne (np. przynajmniej raz w tygodniu). Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), używanie ryzykowne zwiększa ryzyko wystąpienia szkodliwych fizycznych, psychicznych i społecznych konsekwencji dla użytkowników i ich otoczenia (np. rodzina, <i>społeczność</i>), podczas gdy używanie szkodliwe oznacza wzór, w którym dochodzi już do uszkodzeń zdrowia psychicznego i fizycznego. Mogą temu towarzyszyć negatywne skutki społeczne. Używanie narkotyków nazywane jest również nadużywaniem narkotyków/substancji psychoaktywnych czy narkomanią. Jednak terminy takie jak ‘nadużywanie’ czy ‘narkomania’ mogą być uznane za adekwatne, jeśli odnoszą się do używania w rozumieniu ogólnym; lepiej pasują wyłącznie do używania szkodliwego.
Używanie ryzykowne (Hazardous use)	zob. <i>Używanie narkotyków</i>
Używanie szkodliwe (Harmful use)	zob. <i>Używanie narkotyków</i>
Wdrażanie (Delivery)	zob. <i>Realizacja</i>
Wielkość efektu (Effect size)	zob. <i>Efekt</i>
Wierność (Fidelity)	Stopień, w jakim faktyczna <i>realizacja interwencji</i> odzwierciedla pierwotny plan twórców programu (lub starannie zaadaptowanej konstrukcji interwencji). Wierność obniża się jeśli, np. członkowie <i>personelu</i> nie postępują zgodnie z oryginalnym protokołem oraz dokonują nieplanowanych modyfikacji, np. poprzez zmniejszanie liczby sesji, zmianę treści interwencji.

Wrażliwość kulturowa (Cultural sensitivity)	Chęci i zdolności (np. członków <i>personelu</i>) do zrozumienia znaczenia <i>kultury</i>, docenienia odmienności kulturowej oraz skutecznego reagowania na potrzeby kulturowe a także uwzględniania aspektów kulturowych w prowadzeniu <i>profilaktyki uzależnień od narkotyków</i>. Wrażliwość kulturowa może wyrażać się np. w tłumaczeniu symboli i <i>materiałów</i>, dbałości o adekwatność kulturową treści <i>interwencji</i> bądź odzwierciedlania kwestii kulturowych w strukturze i zachowaniu <i>personelu</i>. Wrażliwość kulturowa znana jest również pod pojęciem kompetencji kulturowej. Standardy C: Organizacja i rozwój personelu; D: Etyczny wymiar profilaktyki uzależnień od narkotyków; 4.3: Dopasowanie interwencji do grupy docelowej
Wskaźnik (Indicator)	Jednowymiarowa miara zastępcza dla złożonego zjawiska, którego nie można bezpośrednio zmierzyć ani zaobserwować. Wskaźniki mogą być wykorzystywane do wielu celów np. w <i>ocenie potrzeb czy ewaluacjach</i> (zob. <i>Wskaźnik ewaluacyjny</i>). Na ogół gruntowne poznanie określonego zjawiska wymaga zastosowania kilku wskaźników.
Wskaźnik ewaluacyjny (Evaluation indicator)	Jednowymiarowa miara zastępcza dla zjawiska, którego nie można bezpośrednio zmierzyć ani zaobserwować (EMCDDA, 1998), tzn. konkretna informacja zbierana na potrzeby <i>ewaluacji procesu i wyniku</i>. <i>Cele programowe</i> i <i>częstkowe</i> często dotyczą <i>wyników</i>, których nie można zmierzyć w bezpośredni sposób (np. <i>używanie narkotyków</i>, <i>umiejętności społeczne</i>). Zatem przekłada się je na wskaźniki, które pomagają ocenić osiągnięcie celów programowych i częściowych. Wskaźniki wyniku wywodzą się z celów programowych i częściowych i dotyczą zmian wśród <i>uczestników</i>, np.: <i>używanie narkotyków</i> bądź <i>zamiary używania</i> w przyszłości podawane przez uczestników, <i>umiejętności komunikacyjne</i> (np. <i>kwestionariusz</i> lub <i>obserwacja</i>). Wskaźniki procesu wywodzą się z celów operacyjnych i dotyczą <i>realizacji programu</i>, np.: <i>liczba uczestników</i>, <i>frekwencja uczestników</i>, <i>liczba członków personelu</i>, <i>informacje zwrotne od uczestników i personelu</i>, <i>wierność realizacji</i>, itp. Z uwagi na to, że wskaźniki przybliżają jedynie złożone zjawiska, częstą praktyką jest stosowanie kilku wskaźników do pomiaru jednego zjawiska. W języku angielskim wskaźniki ewaluacyjne znane są również jako 'process and outcome measures', 'evaluation criteria' itp. <i>Rycina 5 (str. 151) ilustruje związki między celami szczegółowymi, operacyjnymi, wskaźnikami ewaluacyjnymi i normami.</i> Standard 4.4: Działania w przypadku planowania ewaluacji końcowych

Wydajność (Efficiency)	Optymalne wykorzystanie <i>zasobów</i>, tj. miara związku między <i>kosztem</i> i <i>wynikami programu</i>. Program jest mało wydajny, jeśli te same wyniki można osiągnąć mniejszym nakładem zasobów (np. tańszy sprzęt, mniej liczny <i>personel</i>) lub, jeśli te same zasoby generują lepsze produkty (np. angażują więcej <i>uczestników</i>). W przypadku dostępności kilku <i>skutecznych</i> programów, można przeprowadzić <i>analizę opłacalności</i> w celu zidentyfikowania relatywnie optymalnego programu przy minimalnym wykorzystaniu zasobów. Wydajność różni się jednak od <i>skuteczności</i>.
Wydolność (Capacity)	zob. <i>Zasób</i>
Wynik (Outcome)	Zmiana wśród <i>uczestników</i> na skutek uczestnictwa w <i>interwencji</i> lub wystawienia na jej działanie. W Standardach, wyniki klasyfikuje się w zależności od spodziewanego czasu ich wystąpienia i pomiaru. Wyniki bezpośrednie i pośrednie pojawiają się w trakcie interwencji zgodnie z <i>celami częściowymi</i>. Wyniki post-interwencyjne występują po zakończeniu interwencji zgodnie z <i>celami programowymi</i>. Często rozpatruje się również wyniki długoterminowe, które odpowiadają <i>celom strategicznym programu</i>. W ramach <i>ewaluacji wyniku</i>, prowadzi się badania kontrolne w celu zbadania <i>trwałości wyników</i>. Standardy sugerują następujące przedziały czasowe w badaniach kontrolnych: do 6 miesięcy po zakończeniu interwencji (krótki okres), od 6 do 12 miesięcy po zakończeniu interwencji (średni okres) i powyżej 12 miesięcy od zakończenia interwencji (długi okres). Wyniki należy odróżnić od <i>produktów programu</i>. <i>Rycina 6 (str. 153) ilustruje związki między normami, wynikami i pomiarami.</i>
Wynik długoterminowy (Long-term outcome)	zob. <i>Wynik</i>
Wynik krótkoterminowy (Short-term outcome)	zob. <i>Wynik</i>

Wynik średniookresowy (Medium-term outcome)	zob. <i>Wynik</i>
Wysokojakościowa profilaktyka uzależnień od narkotyków (High quality drug prevention)	W Standardach, <i>profilaktyka uzależnień od narkotyków</i>: wychodząca naprzeciw potrzebom uczestników, nawiązująca do strategii i przez to zasadna, oparta na zasadach etycznych, modelach i dowodach naukowych, przez co bardziej skuteczna; oraz wewnętrznie spójna i przez to bardziej wykonalna. <i>Działania z zakresu profilaktyki uzależnień od narkotyków, które spełniają niniejsze Standardy spełniają również powyższe kryteria i w konsekwencji uznawane są za wysokojakościowe.</i>
Zalecenia (Guideline)	1. Ogół zapisów determinujących wybór i konstrukcję <i>interwencji</i>. Zalecenia najczęściej opierają się na systematycznych przeglądach literatury fachowej. Często zawierają szczegółowe i etapowe instrukcje (wytyczne) w zakresie optymalnych działań w określonych warunkach (np. sposoby reagowania na konkretne potrzeby <i>grupy docelowej</i>). W języku angielskim zalecenia znane są również jako ‘practice guidance’, lub ‘practice recommendations’, itp. Standardy rozróżniają pojęcia, takie jak: zalecenia i <i>standardy jakości</i> 2. Ogólne instrukcje bądź zasady określające postępowanie (zawodowe) (np. zalecenia metodologiczne, zalecenia dla twórców strategii).
Zasięg (Coverage)	Stopień dotarcia <i>interwencji</i> do <i>grupy docelowej</i> . Zasięg może być wyrażony ilościowo jako stosunek liczby faktycznych <i>uczestników</i> do całkowitej liczby grupy docelowej. Wymaga to precyzyjnej definicji grupy docelowej oraz ilościowej ocen jej wielkości.
Zasoby ludzkie (Human resources)	zob. <i>Personel</i>
Zasób (Resource)	Środki finansowe, czas, ludzie (np. członkowie <i>personelu</i>, <i>grupa docelowa</i>), <i>kompetencje</i> (np. umiejętności, wiedza, doświadczenie), informacje, kontakty, <i>materiały</i> (np. sprzęt) itp. dostępne lub wymagane do realizacji <i>programu</i>. Etap 2: Ocena zasobów; 5: Zarządzenie i mobilizacja zasobów

Zespół (Team)	W Standardach, wszyscy członkowie <i>personelu</i> pracujący w <i>programie</i> . W ramach zespołu, można tworzyć podzespoły odpowiedzialne do realizacji określonych zadań, takich jak: pozyskiwanie funduszy, adaptacja <i>kulturowa</i> , <i>ewaluacja</i> , <i>rozpowszechnianie</i> itp. Podzespoły mogą być jednoosobowe.
Zestaw narzędzi ewaluacyjnych (Evaluation tool)	<i>Zasoby</i> techniczne wymagane do prowadzenia <i>monitoringu</i> i <i>ewaluacji</i> końcowych, np. narzędzia ewaluacyjne.

Glosariusze

EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2011), *EMCDDA online glossary*.
<http://www.emcdda.europa.eu/publications/glossary>

North East Public Health Observatory (2008), *Public Health Language. Version 2.0*.
<http://www.nphl.nhs.uk/>

Prevention by Design (2009), *Prevention Science Terminology*. Community Prevention Planning Program at the Institute for the Study of Social Change, University of California at Berkeley.
<http://socrates.berkeley.edu/~pbd/glossary.html>

Skills for Health (2009), *Glossary of Terms for use within competences*.
<http://www.skillsforhealth.org.uk/~media/Resource-Library/PDF/glossary09.ashx>
(stan na 01.06.2010)

Smith, B.J., Tang, K.C. and Nutbeam, D. (2006), WHO Health Promotion Glossary: new terms. *Health Promotion International*, 21 (4), pp. 340–345.

UNODCCP United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (2000), *Demand Reduction. A Glossary of Terms*. New York, United Nations.
http://www.unodc.org/pdf/report_2000-11-30_1.pdf

WHO World Health Organization (1994), *Lexicon of alcohol and drug terms*. Geneva: WHO.
http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/

WHO World Health Organization (1998), *Health Promotion Glossary*. WHO/HPR/HEP/98.1. Geneva, WHO.
http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf

Literatura

Wszystkie strony internetowe były aktualne na dzień 11.04.2011 roku, o ile nie wskazano inaczej.

Brotherhood, A., Sumnall, H.R. and the Prevention Standards Partnership (2011), *European drug prevention quality standards: Final project report*. Liverpool, Centre for Public Health.

CCSA Canadian Centre on Substance Abuse (2009), *Building on Our Strengths: Canadian Standards for School-based Youth Substance Abuse Prevention: A guide for education and health personnel (Version 1.0)*. Ottawa, ON, CCSA.

http://www.ccsa.ca/2009%20CCSA%20Documents/ccsa0117812009_e.pdf

Coggans, N. (2006), 'Drug education and prevention: has progress been made?', *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 13 (5), pp. 417–422.

CSAP Center for Substance Abuse Prevention (2002), *Comparison Matrix of Science-Based Prevention Programs: A Consumer's Guide for Prevention Professionals (Conference Edition)*. Rockville, MD., CSAP.

<http://www.eric.ed.gov/PDFS/ED469592.pdf>

EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (1998), *Evaluating Drug Prevention in the European Union*, EMCDDA Scientific Monograph Series No 2. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities.

http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_44761_EN_Monograph2.pdf

EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2009), *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention*, EMCDDA Thematic papers, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities.

<http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/indicated-prevention>

EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2010), *Prevention and Evaluation Resources Kit (PERK). A manual for prevention professionals*. Luxembourg, Publications Office of the European Union.

http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_105843_EN_Manual4PERK.pdf

EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2011), *EMCDDA online glossary*.
<http://www.emcdda.europa.eu/publications/glossary>

European Commission (2010), *Communicating research for evidence-based policymaking: A practical guide for researchers in socio-economic sciences and humanities (EUR 24230)*.
Luxembourg, Publications Office of the European Union.
http://ec.europa.eu/research/social-sciences/pdf/guide-communicating-research_en.pdf

European Council (2004), 'EU drugs strategy (2005–2012)', 15074/04.
http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_10375_EN_EU%20Drugs%20Strategy_EN.pdf

European Council (2005), 'EU drugs action plan (2005–2008)', *Official Journal of the European Union*, 2005/C 168/01, 8.7.2005.
<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index10360EN.html>

European Council (2008), 'EU drugs action plan for 2009–2012', *Official Journal of the European Union*, 2008/C 326/09, 20.12.2008.
<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index66221EN.html>

Evans, D. (2003), 'Hierarchy of evidence: a framework for ranking evidence evaluating healthcare interventions', *Journal of Clinical Nursing* 12, pp. 77–84.

Department of Health (2007), *You're Welcome quality criteria: Making health services young people friendly*. Gateway Ref: 7972. London: DH.
http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_073829.pdf (stan na 06.06.2009)
http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_073586

Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Burkhart, G. et al. (2010), 'The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-Month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial', *Drug and Alcohol Dependence*, 108 (1–2), pp. 56–64.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/B6T63-4Y648DM-1/2/a33c4c53bc9065aea7bcf0489e259b46>

Flay, B.R., Biglan, A., Boruch, R. F. et al. (2005), 'Standards of Evidence: Criteria for Efficacy, Effectiveness and Dissemination', *Prevention Science*, 6 (3), pp. 151–175.
<http://www.preventionresearch.org/StandardsofEvidencebook.pdf>

French, M. (2004), *Drug Abuse Treatment Cost Analysis Program (DATCAP)*. University of Miami.

<http://www.datcap.com/>

Gorman, D.M., Conde, E. and Huber, J.C. (2007), 'The creation of evidence in "evidence-based" drug prevention: a critique of the strengthening families program plus life skills training evaluation', *Drug and Alcohol Review*, 26, pp. 585–93.

Kling, A., Forster, M., Sundell, K. and Melin, L. (2010), 'A Randomized Controlled Effectiveness Trial of Parent Management Training With Varying Degrees of Therapist Support', *Behavior Therapy*, 41 (4), pp. 530–542.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/B7XMW-514R6H6-3/2/17522cc84879451a13b7dbeb25e052b>

Lammers, J., Goossens, F., Lokman, S. et al. (2011), 'Evaluating a selective prevention programme for binge drinking among young adolescents: study protocol of a randomized controlled trial', *BMC Public Health* 11, p. 126.

<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-11-126.pdf>

Miller, T. and Hendrie, D. (2009), *Substance Abuse Prevention Dollars and Cents: A Cost-Benefit Analysis*, DHHS Pub. No (SMA) 07-4298. Rockville, MD, Center for Substance Abuse Prevention, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

<http://store.samhsa.gov/shin/content/SMA07-4298/SMA07-4298.pdf>

Kellam, S.G. and Langevin D.J. (2003), A Framework for Understanding 'Evidence' in Prevention Research and Programs, *Prevention Science*, 4 (3), pp. 137–153.

Moos, R. H. (2005), 'Horizons Review Iatrogenic effects of psychosocial interventions for substance use disorders: prevalence, predictors, prevention', *Addiction*, 100 (5), pp. 595–604.

MRC Medical Research Council (2008), *Developing and evaluating complex interventions: new guidance*.

<http://www.mrc.ac.uk/complexinterventionsguidance>

Mrazek, P.J. and Haggerty, R.J. (eds.) (1994), *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*, Washington DC, Institute of Medicine, National Academy Press.

NICE National Institute for Health and Clinical Excellence (2006), *Community-based interventions to reduce substance misuse among vulnerable and disadvantaged children and young people*. London, NICE.

NICE National Institute for Health and Clinical Excellence (2009), *Methods for the development of NICE public health guidance (second edition)*. London, NICE.

<http://www.nice.org.uk/media/2FB/53/PHMethodsManual110509.pdf>

NIDA National Institute on Drug Abuse (2003), *Preventing Drug Use among Children and Adolescents. A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders (second edition)*. Bethesda, Maryland, U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health.

<http://www.drugabuse.gov/pdf/prevention/RedBook.pdf>

OCEBM Oxford Centre for Evidence-based Medicine (2009), *Levels of Evidence*.

<http://www.cebm.net/index.aspx?o=4590>

Petrie, J., Bunn, F. and Byrne, G. (2007), 'Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: a systematic review', *Health Education Research*, 22 (2), pp. 177–191.

Pilling, S., Hesketh, K. and Mitcheson, L. (2010), *Routes to Recovery: Psychosocial Interventions for Drug Misuse. A framework and toolkit for implementing NICE-recommended treatment interventions*, London, National Treatment Agency for Substance Misuse.

http://www.nta.nhs.uk/uploads/psychosocial_toolkit_june10.pdf

Plested, B., Smitham, D. M., Jumper-Thurman, P., Oetting, E. R. and Edwards, R. W. (1999), 'Readiness for Drug Use Prevention in Rural Minority Communities', *Substance Use and Misuse*, 34 (4–5), pp. 521–544.

Springer, J.F. and Phillips, J.L. (2007), 'The Institute of Medicine framework and its implication for the advancement of prevention policy, programs and practice', *Prevention Policy Paper Series*, EMT Associates, Inc, Folsom, CA.

http://www.ca-cpi.org/document_archives/iomarticle3-14-07fs.pdf (stan na 21.07.2009)

Sumnall, H.R., Brotherhood, A. and the Prevention Standards Partnership (2011), *European drug prevention quality standards: Evidence into Practice*, Liverpool, Centre for Public Health.

Sussman, S., Earleywine, M., Wills, T., et al. (2004), 'The Motivation, Skills, and Decision-Making Model of Drug Abuse Prevention', *Substance Use and Misuse*, 39 (10), pp. 1971–2016.

Toumbourou, J. W., Stockwell, T., Neighbors, C., Marlatt, G. A., Sturge, J. and Rehm, J. (2007), 'Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use', *The Lancet*, 369 (9570), pp. 1391–1401.

Trimbos-instituut (2010), *Handbook Healthy Nightlife Toolbox: How to create a healthy & safe nightlife*. Utrecht, Trimbos-instituut.

http://www.hnt-info.eu/File/handbook_section.aspx?id=1

Uhl, A., Ives, R. and Members of the Pompidou Group Prevention Platform (2010), *Evaluation of Drug Prevention Activities: Theory and Practice*. P-PG/Prev(2010)6. Strasbourg Cedex, Council of Europe.

<https://wcd.coe.int/wcd/com.instranet.InstraServlet?Index=no&command=com.instranet.CmdBlobGet&InstranetImage=1702660&SecMode=1&DocId=1657600&Usage=2>

UKDPC UK Drug Policy Commission (2008), *Working towards recovery. Getting problem drug users into jobs*. London: The UK Drug Policy Commission.

<http://www.ukdpc.org.uk/reports.shtml>

United Nations General Assembly (1998), *Declaration on the Guiding Principles of Drug Demand Reduction*. A/RES/S-20/3, Annex.

<http://www.un.org/documents/ga/res/20sp/a20spr03.html>

UNODC United Nations Office on Drug and Crime (2004), *Drug abuse prevention among youth from ethnic and indigenous minorities*. New York, United Nations.

http://www.unodc.org/pdf/youthnet/handbook_ethnic_english.pdf

UNODC United Nations Office on Drug and Crime (2009a), *Guide to implementing family skills training programmes for drug abuse prevention*. New York, United Nations.

<http://www.unodc.org/unodc/en/prevention/familyskillstraining.html>

UNODC United Nations Office on Drugs and Crime (2009b), *Political Declaration and Plan of Action on International Cooperation towards an Integrated and Balanced Strategy to Counter the World Drug Problem*, Adopted at the high-level segment Commission on Narcotic Drugs, Vienna, 11–12 March 2009, New York, United Nations.

<http://www.unodc.org/documents/commissions/CND-Uploads/CND-52-RelatedFiles/V0984963-English.pdf>

UNODCCP United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (2000), *Demand Reduction, A Glossary of Terms*, New York, United Nations.

http://www.unodc.org/pdf/report_2000-11-30_1.pdf

Werch, C. E. and Owen, D. M. (2002), 'Iatrogenic Effects of Alcohol and Drug Prevention Programs', *Journal of Studies on Alcohol*, 63, pp. 581–590.

WHO World Health Organization (1998), *Health Promotion Glossary*, WHO/HPR/HEP/98.1. Geneva: WHO.
http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf

Zonneville-Bender, M. J. S., Matthys, W., van de Wiel, N. M. H. and Lochman, J. E. (2007),
'Preventive effects of treatment of disruptive behavior disorder in middle childhood on substance use
and delinquent behavior', *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46
(1), pp. 33–39.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

EMCDDA Manuals No 7

European drug prevention quality standards

A manual for prevention professionals

Luxembourg: The Publications Office of the European Union

2011 — 284 pp. — 21 x 21 cm

ISBN: 978-92-9168-487-8

doi: 10.2810/48879

EMCDDA

Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) jest zdecentralizowaną agencją Unii Europejskiej. Centrum powstało w 1993 roku z siedzibą w Lizbonie z zamiarem przekazywania całościowych informacji na temat narkotyków i narkomanii w Europie.

EMCDDA zbiera, analizuje i rozpowszechnia obiektywne, rzetelne i porównywalne dane na temat narkotyków i narkomanii. Odbiorca uzyskuje zatem oparty na dowodach naukowych wgląd w zjawisko narkomanii na poziomie europejskim.

Publikacje EMCDDA stanowią główne źródło informacji dla szerokiego spektrum odbiorców, w tym decydentów, ich doradców, profesjonalistów oraz badaczy zajmujących się zjawiskiem narkomanii jak również mediów oraz opinii publicznej. Seria praktycznych podręczników EMCDDA kierowana jest do profesjonalistów i specjalistów z zakresu narkotyków i narkomanii.

KBPN

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN) powstało w 1993 roku powołane przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej. Celem działania KBPN jest wdrażanie i koordynowanie krajowej polityki przeciwdziałania narkomanii, ukierunkowanej na ograniczanie używania środków odurzających i substancji psychotropowych.

Podstawowymi dokumentami określającymi cele, zadania oraz obszar działań administracji rządowej oraz jednostek samorządu terytorialnego w tym zakresie są: Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii oraz Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii wyznaczający cele i kierunki działań na kolejne lata.