



Publikacja przeznaczona do bezpłatnej dystrybucji

ISBN 978-83-63332-36-5



Europejskie Centrum Monitorowania  
Narkotyków i Narkomanii



Angelina Brotherhood i Harry R. Sumnall  
Centrum Zdrowia Publicznego, Liverpool John Moores University, UK

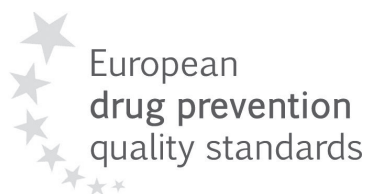
Europejskie standardy jakości  
w profilaktyce uzależnień  
od narkotyków – krótki przewodnik

Artur Malczewski  
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Europejskie standardy  
– prace w ramach drugiego etapu



European Monitoring Centre  
for Drugs and Drug Addiction



Angelina Brotherhood i Harry R. Sumnall

Centrum Zdrowia Publicznego, Liverpool John Moores University, UK

# Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków – krótki przewodnik

Artur Malczewski

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

## Europejskie standardy – prace w ramach drugiego etapu

Autorzy: Angelina Brotherhood i Harry R, Sumnall  
Autor: Artur Malczewski

Warszawa 2015

© Copyright by Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, 2015

Publikacja przeznaczona do bezpłatnej dystrybucji

ISBN 978-83-63332-36-5

Druk i oprawa:



ZAPOL Sobczyk Sp.j.  
al. Piastów 42, 71-062 Szczecin  
tel. +48 91 435 19 00, [www.zapol.com.pl](http://www.zapol.com.pl)

## Spis treści

### Część I. Europejskie standardy – prace w ramach drugiego etapu jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków - krótki przewodnik

|  |           |
|--|-----------|
| Przedmowa EMCDDA   | 7         |
| <b>Wprowadzenie</b>  | <b>9</b>  |
| O standardach jakości  | 9         |
| Cykl projektowy — trzy poziomy szczegółowości                          | 11        |
| Korzystanie z podręcznika  | 14        |
| Korzystanie z krótkiego przewodnika i list kontrolnych                 | 15        |
| <b>Standardy i listy kontrolne</b>                                     | <b>17</b> |
| Kwestie wspólne  | 17        |
| Etap projektu 1: Ocena potrzeb   | 19        |
| Etap projektu 2: Ocena zasobów   | 21        |
| Etap projektu 3: Ramy programu   | 22        |
| Etap projektu 4: Konstrukcja interwencji                               | 25        |
| Etap projektu 5: Zarządzanie i mobilizacja zasobów                     | 28        |
| Etap projektu 6: Realizacja i monitoring                               | 31        |
| Etap projektu 7: Ewaluacje końcowe                                     | 33        |
| Etap projektu 8: Rozpowszechnianie i doskonalenie                      | 35        |
| <b>Autorefleksja: plan działania</b>                                   | <b>37</b> |
| <b>Literatura</b>  | <b>38</b> |
| <b>Informacja prawna</b>   | <b>39</b> |
| <b>Część II. Europejskie standardy – prace w ramach drugiego etapu</b> | <b>43</b> |
| Badanie on-line wśród specjalistów                                     | 45        |
| Identyfikacja potrzeb  | 46        |
| Wyniki grup fokusowych   | 48        |
| Jak wdrażać standardy?   | 49        |
| Przeszkody we wdrażaniu standardów                                     | 51        |
| Podsumowanie wyników badań   | 52        |
| Europejskie Standardy w Polsce   | 53        |
| Szkolenia dla specjalistów w 2015 roku                                 | 53        |
| Konferencja dotycząca minimalnych standardów jakości w redukcji popytu | 54        |
| Wnioski z konferencji w 2015 roku                                      | 55        |



Część I.

Europejskie standardy  
jakości w profilaktyce  
uzależnień od narkotyków  
– krótki przewodnik



## Przedmowa EMCDDA

Niniejszy „krótki przewodnik” na temat europejskich standardów jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków został przygotowany przez Angelinę Brotherhood i Harry’ego R. Sumnalla dzięki finansowemu wsparciu EMCDDA w ramach projektu: „Przygotowanie beneficjentów IPA do członkostwa w Europejskim Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA)”, Projekt Nr 2011/280-057 finansowany przez Komisję Europejską w ramach Instrumentu Pomocy Przedakcesyjnej (IPA). Przewodnik bazuje na podręczniku EMCDDA w przedmiotowym zakresie wydanym w 2011 roku.

Celem niniejszego przewodnika jest dostarczenie praktycznych informacji na temat standardów jakości w profilaktyce dla krajów niebędących członkami Unii Europejskiej. Przewodnik zawiera opis ośmiu etapów cyklu projektowego w obszarze profilaktyki uzależnień od narkotyków wraz z autorefleksyjną listą kontrolną do wykorzystania w trakcie planowania i wdrażania programu profilaktycznego. Przewodnik kierowany jest do praktyków aktywnych w przedmiotowym obszarze.

Niniejszy produkt będzie dostępny w Internecie, początkowo w wersji angielskiej, a następnie w innych językach, w miarę rozwoju projektów współpracy merytorycznej z EMCDDA.

Pragniemy wyrazić nasze podziękowanie dla pani Angeliny Brotherhood i pana Harry’ego R. Sumnalla ze ich wkład w niniejszą publikację.





## Wprowadzenie

### 0 standardach jakości

Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków, opublikowane jako Podręcznik Nr 7 przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA)<sup>1</sup>, stanowią pierwszy w Europie model prowadzenia wysokiej jakościowej profilaktyki uzależnień od narkotyków. Standardy kładą nacisk na następujące aspekty jakości w działaniach profilaktycznych:

- zasadność działań wobec grup docelowych i strategii (między)rządowych
- przestrzeganie przyjętych standardów etycznych
- integracja i promocja naukowych dowodów skuteczności oraz
- wewnętrzna spójność, wykonalność i trwałość projektów.

Standardy zawarte w podręczniku zostały opracowane w ramach dwuletniego projektu współfinansowanego przez Unię Europejską jako część Programu Działania Wspólnotowego w dziedzinie Zdrowia Publicznego (2003-2008) (Projekt Nr 2007304). Projekt został zrealizowany przez Partnerstwo dla Standardów w Profilaktyce, interdyscyplinarne i wielosektorowe przedsięwzięcie skupiające siedem organizacji z Europy pod przewodnictwem Centrum Zdrowia Publicznego przy Uniwersytecie Johna Mooresa w Liverpoolu (LJMU)<sup>2</sup>. EMCDDA wspierało Partnerstwo w trakcie realizacji projektu, jak również sfinansowało publikację standardów w formie podręcznika, a także niniejszego krótkiego przewodnika.

Kiedy rozpoczynano realizację projektu, wytyczne w zakresie planowania i wdrażania skutecznej profilaktyki uzależnień od narkotyków istniały jedynie w kilku państwach członkowskich Unii Europejskiej. Różniły się one pod względem jakości, treści i zastosowania. Brakowało jednolitego europejskiego systemu tworzenia jakościowej profilaktyki uzależnień od narkotyków. W efekcie, jakość interwencji profilaktycznych uzależniona była od decyzji poszczególnych realizatorów i władz lokalnych. Projekt miał zatem na celu poprawę europejskiej polityki oraz praktyk w zakresie profilaktyki uzależnień od narkotyków poprzez opracowanie jednolitego modelu postępowania w przedmiotowym obszarze.

W tym celu dokonano przeglądu europejskich i międzynarodowych zasad postępowania w profilaktyce uzależnień od narkotyków. Na tym etapie wyróżniono zasady skupiające się na treści interwencji ('co') oraz zasady dotyczące formalnych aspektów działalności profilaktycznej ('jak'). Partnerstwo zdecydowało zająć się zasadami

---

<sup>1</sup> Brotherhood, A., Sumnall H., R. i Partnerstwo dla Standardów w Profilaktyce (2011), *Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków: podręcznik dla specjalistów profilaktyki uzależnień*, Podręcznik EMCDDA nr 7, Luxemburg. Dział Publikacji Unii Europejskiej.

<sup>2</sup> Organizacje partnerskie: ASL di Milano (Włochy), Consejeria de Sanidad – Servicio Gallego de Salud (Xunta de Galicia) (CS-SERGAS) (Hiszpania), Azienda Sanitaria Locale n. 2 – Savonese (ASL2) (Włochy), Institute for Social Policy and Labour – National Institute for Drug Prevention (SZMI-NDI) (Węgry), National Anti-Drug Agency (NAA) (Rumunia), i Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN) (Polska). Poszczególne osoby zaangażowane w projekt wymienione są w podręczniku.

dotyczącymi tego ‘jak’ realizować działania profilaktyczne<sup>3</sup>. W oparciu o konkretne kryteria selekcji i w wyniku analizy treści jakościowych zebrano dziewiętnaście zestawów standardów jakości i stworzono pierwszą wersję standardów. W kolejnym etapie, w ramach ankiet internetowych i grup fokusowych w gronie sześciu państw członkowskich UE dokonano oceny zasadności, użyteczności i wykonalności proponowanych standardów. W tych działaniach wzięło udział ponad 400 specjalistów, którzy przekazali swoje uwagi na temat treści proponowanych standardów oraz wskazali na przeszkody w ich realizacji. Na podstawie odbytych konsultacji Partnerstwo dokonało przeglądu standardów i wypracowało ich finalną wersję, jak również stworzono auto-refleksyjną listę kontrolną zawartą w niniejszym przewodniku. Więcej informacji na temat rozwoju standardów znajduje się w podręczniku EMCDDA. Po zakończeniu projektu europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków zostały również wykorzystane w badaniach na temat rozwoju Unijnego Systemu minimalnych standardów i wzorców jakości w redukcji popytu na narkotyki (EQUUS)<sup>4</sup>.

Istnienie jednolitego systemu postępowania, który można adaptować do lokalnych uwarunkowań, powinno stanowić zachętę dla państw członkowskich UE oraz innych krajów do tworzenia standardów jakości tam, gdzie ich do tej pory nie było (bądź przeglądu i aktualizacji istniejących standardów), jak również do wykorzystywania niniejszych standardów we własnych działaniach. Przyjęcie standardów usprawni działania z zakresu profilaktyki uzależnień od narkotyków, podniesie skuteczność wdrażania programów profilaktycznych, a także zredukuje ryzyko interwencji nieskutecznych lub szkodliwych. W ten oto sposób standardy będą stanowić wsparcie dla specjalistów profilaktyki uzależnień w procesie opracowywania i promocji najlepszych praktyk, jak również pozwolą im na skuteczne osiąganie szczegółowych celów w ramach lokalnych, regionalnych, krajowych i międzynarodowych strategii i polityk przeciwdziałania narkomanii.

Podręcznik zawierający wszystkie standardy dostępny jest nieodpłatnie na stronie internetowej EMCDDA: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention-standards>

Więcej informacji na temat standardów jakości można uzyskać kontaktując się z Partnerstwem dla Standardów w Profilaktyce. Dodatkowe materiały można uzyskać pod adresem: <http://www.prevention-standards.eu>

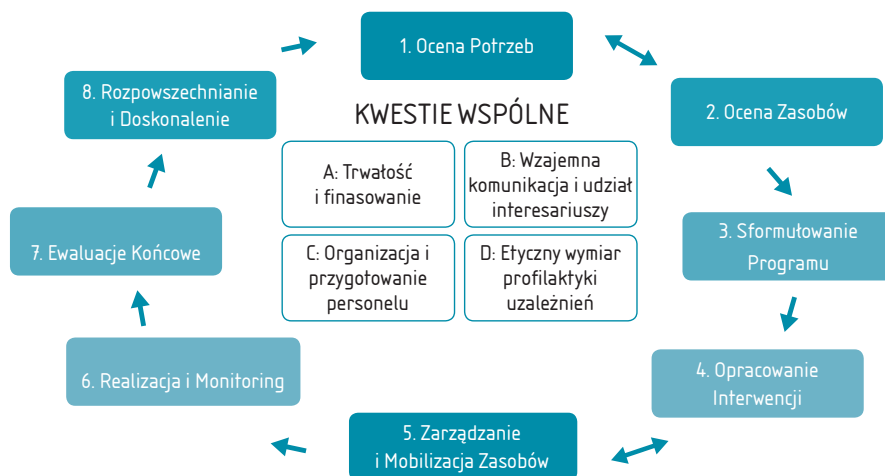
---

<sup>3</sup> Standardy dotyczące tego ‘czym’ zajmować się w profilaktyce zostały opublikowane przez Biuro Organizacji Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przystępczości (UNODC) pt. *International Standards on Drug Use Prevention*. Dostępne pod adresem: <http://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html>

<sup>4</sup> Projekt EQUUS realizowany był pod przewodnictwem Instytutu Badań nad Zdrowiem i Uzależnieniami Uniwersytetu w Zurychu i był również współfinansowany ze środków Unii Europejskiej. Więcej informacji pod adresem: <http://www.isgf.ch/index.php?id=59&uid=41>

## Cykl projektowy – trzy poziomy szczegółowości

Ryc. 1: Cykl projektowy programu profilaktycznego



Standardy ułożone są chronologicznie w cyklu projektowym. Cykl projektowy okazał się najlepszym sposobem uporządkowania standardów w oparciu o przegląd istniejących standardów i konsultacje ze specjalistami profilaktyki uzależnień od narkotyków.

Cykl projektowy składa się z ośmiu etapów: ocena potrzeb, ocena zasobów, ramy programu, konstrukcja interwencji, zarządzanie i mobilizacja zasobów, realizacja i monitoring, ewaluacje końcowe oraz rozpowszechnianie i doskonalenie. Ponadto w środku cyklu znajdują się kwestie wspólne, które odnoszą się do każdego z etapów. Są to trwałość i finansowanie, wzajemna komunikacja i udział interesariuszy, organizacja i rozwój personelu oraz etyczny wymiar profilaktyki uzależnień od narkotyków (zob. Ryc. 1).

Cykl stanowi szablon, który specjaliści mogą zastosować podczas planowania i wdrażania profilaktyki. Jednak jest to również uproszczony model działalności profilaktycznej, który specjaliści powinni ostrożnie adaptować do konkretnych warunków swojej pracy. Dla przykładu, jeśli program jest na etapie wdrażania, późniejsze etapy cyklu będą bardziej zasadne niż wcześniejsze dotyczące planowania.

Każdy etap cyklu projektowego podzielony został na kilka komponentów, które określają zalecane działania. Ogółem zdefiniowano 31 komponentów we wszystkich etapach oraz 4 komponenty w kwestiach wspólnych (zob. Tabela 1). W podręczniku każdy komponent zawiera wstęp, który uzasadnia jego obecność w standardach oraz kwestie do rozważenia w trakcie realizacji. Numeracja komponentów niekoniecznie odzwierciedla ich priorytetowość bądź chronologię.

Atrybuty stanowią trzeci poziom konstrukcji standardów i bardziej szczegółowo definiują każdy komponent. Na tym poziomie następuje podział na standardy podstawowe i specjalistyczne w celu odzwierciedlenia różnych form działań profilaktycznych oraz różne możliwości instytucji. W niniejszym dokumencie streszczono jedynie standardy podstawowe. Wszystkie standardy są naturalnie omówione w podręczniku.

**Tabela 1: 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         |
| <b>1. Ocena potrzeb</b>   |
| 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                                 |
| <b>2. Ocena zasobów</b>   |
| 2.1 Ocena grupy docelowej i zasobów społeczności                |
| 2.2 Ocena własnego potencjału                                   |
| <b>3. Ramy programu</b>   |
| 3.1 Zdefiniowanie grupy docelowej                               |
| 3.2 Zastosowanie modelu teoretycznego                           |
| 3.3 Określenie celów strategicznych, programowych i cząstkowych |
| 3.4 Określenie miejsca realizacji                               |
| 3.5 Odwołanie się do dowodów skuteczności                       |
| 3.6 Ustalenie harmonogramu                                      |

|   |
|---|
| <b>4. Konstrukcja interwencji</b>                         |
| 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  |
| <b>5. Zarządzanie i mobilizacja zasobów</b>               |
| 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 programu       |
| 5.6 Opis programu   |
| <b>6. Realizacja i monitoring</b>                         |
| 6.1 Działania w przypadku interwencji pilotażowej         |
| 6.2 Realizacja interwencji                                |
| 6.3 Monitoring w fazie realizacji                         |
| 6.4 Modyfikacje w fazie realizacji                        |
| <b>7. Ewaluacje końcowe</b>                               |
| 7.1 Działania w przypadku ewaluacji wyniku                |
| 7.2 Działania w przypadku ewaluacji procesu               |
| <b>8. Rozpowszechnianie i doskonalenie</b>                |
| 8.1 Decyzja czy program powinien być kontynuowany         |
| 8.2 Rozpowszechnianie informacji o programie              |
| 8.3 Działania w przypadku raportu końcowego               |

## Korzystanie z podręcznika

Niniejszy krótki przewodnik stanowi streszczenie standardów. Odnośnik do strony internetowej znajduje się na stronie 10. W podręczniku standardy rozumiane są jako wzorce, które mają za zadanie pomagać specjalistom profilaktyki uzależnień w ocenie jakości działań, realizatorów, etc. Podręcznik zachęca praktyków i innych profesjonalistów z dziedziny uzależnień do przemyślenia, w jaki sposób istniejące działania spełniają standardy jakości oraz jak można podnieść skuteczność za pomocą standardów i tym samym uzyskać (jeszcze) lepsze i trwalsze rezultaty.

Podręcznik zawiera szczegółowy instruktaż, w jaki sposób należy bądź nie należy korzystać ze standardów. W skrócie rzecz ujmując, specjaliści skorzystają najbardziej, jeśli będą wykorzystywać je:

- do informacji, edukacji oraz instruktażu (np. kursy uniwersyteckie, nadzór)
- do autorefleksji bądź dyskusji w grupach (np. przez praktyków będących w (bezpośrednim) kontakcie z grupą docelową, przez kierowników placówek bądź regionalne zespoły ds. planowania)
- jako listę kontrolną podczas tworzenia programu lub ewaluacji (np. twórcy programów, ewaluatorzy)
- do tworzenia lub aktualizowania kryteriów jakości (np. twórcy strategii, podmioty finansujące)
- w ocenie wyników pracy (np. do oceny potrzeb związanych z rozwojem zawodowym).

Standardy przeznaczone są do szerokiego zastosowania w działaniach profilaktycznych (np. edukacja na temat narkotyków, programy ustrukturyzowane, praca środowiskowa, krótkie interwencje), miejscach (np. szkoły, społeczności, rodzina, miejsca rekreacji, wymiar sprawiedliwości) oraz grupach docelowych (np. młodzi ludzie, rodziny, grupy etniczne). Profilaktyka uzależnień od narkotyków dyktowana niniejszymi standardami może skupiać się na substancjach legalnych (np. alkohol, tytoń) i/lub nielegalnych.

W uznaniu takiej różnorodności działań profilaktycznych pełna wersja standardów opiera się na dwóch poziomach: 'podstawowym' i 'specjalistycznym'. Standardy podstawowe należy stosować we wszystkich obszarach profilaktyki bez względu na konkretne uwarunkowania. Standardy specjalistyczne stanowią wyższy poziom jakości, jednak nie zawsze da się je zastosować i do ich użytkowników należy decyzja, czy są one zasadne, użyteczne i wykonalne w odniesieniu do konkretnej interwencji profilaktycznej. Z uwagi na uproszczony charakter niniejszy przewodnik dotyczy jedynie standardów podstawowych.

Mimo iż głównym zadaniem standardów są interwencje, standardy mogą okazać się pomocne w zrozumieniu, w jaki sposób ludzie, organizacje, polityki i strategie (rządowe) wpływają na kształt profilaktyki uzależnień od narkotyków. W rzeczywistości, niektóre standardy można osiągnąć jedynie poprzez analizę i doskonalenie praktycznych oraz strategicznych uwarunkowań interwencji. Dla przykładu, priorytety oraz strategie dyktowane przez rząd i podmioty finansujące muszą promować dobre praktyki w profilaktyce.

W oparciu o konsultacje przeprowadzone w procesie tworzenia standardów, podręcznik ma mniejsze zastosowanie w odniesieniu do niektórych celów. Standardy jakości nie mogą zastąpić ewaluacji procesu i wyniku. O ile mogą przyczynić się do lepszych wyników ewaluacji, o tyle ewaluacje nadal konieczne są do zrozumienia tego, czy

i w jaki sposób interwencja jest skuteczna. Zgodnie z tym, co przedstawiono w podręczniku, standardy mniej nadają się do formalnej samodzielnej oceny, ustrukturyzowanych szkoleń, zewnętrznej akredytacji czy decyzji dotyczących finansowania. Jednak projekt o nazwie 'Promocja Dobrych Praktyk w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków w Unii Europejskiej – Faza 2 Projektu Europejskich Standardów Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków' realizowany od kwietnia 2013 do marca 2015 roku ma za zadanie dostosowanie standardów do tych właśnie celów. Przedmiotem owego projektu jest również zbadanie możliwości wpływu standardów na doskonalenie działań profilaktycznych w rzeczywistości oraz tego, w jaki sposób możliwe jest formalne dokumentowanie wdrażania standardów. W ramach projektu Promocji Dobrych Praktyk zostaną opublikowane na stronie [www.emcdda.europa.eu/keywords/edpqs](http://www.emcdda.europa.eu/keywords/edpqs) przykłady wykorzystania standardów w Europie wraz z zestawami narzędzi potrzebnych do wdrażania standardów.

### Korzystanie z krótkiego przewodnika i list kontrolnych

Niniejszy krótki przewodnik kierowany jest do:

- specjalistów niezaznajomionych z koncepcją standardów jakości w profilaktyce oraz tych, którzy chcą dowiedzieć się więcej na ten temat
- specjalistów, którzy potrzebują dodatkowych informacji na temat standardów w celu oceny, czy w ich pracy konieczne będzie skorzystanie z podręcznika
- specjalistów, którzy pragną wykonać pierwszy krok w kierunku autorefleksji za pomocą standardów.

Niniejsza publikacja będzie dużym wsparciem dla grup zawodowych, decydentów i podmioty zlecających na poziomie krajowym, regionalnym i lokalnym, jak również kierowników placówek.

Mimo iż podręcznik został już przetłumaczony na kilka języków (szczegóły na stronie EMCDDA), niniejszy dokument służy również prezentacji standardów w krajach, gdzie tłumaczenie pełnej wersji standardów nie jest jeszcze dostępne.

Niniejszy dokument nie zastępuje istniejącego podręcznika. Zamiast tego stanowi jego streszczenie i zachęca profesjonalistów do wykorzystywania standardów do autorefleksji. Istnieje kilka zasadniczych różnic między podręcznikiem i krótkim przewodnikiem. Przede wszystkim podręcznik zawiera wszystkie standardy z podziałem na podstawowe i specjalistyczne. Krótki przewodnik nie zawiera standardów w pełnej wersji – jest tylko streszczeniem standardów podstawowych. Ponadto podręcznik zawiera szczegółowe wprowadzenie, dodatkowe informacje, jak korzystać ze standardów, szczegółowy glosariusz oraz wykaz dokumentów źródłowych wykorzystanych do ich opracowania. Niniejsza informacja jest konieczna dla dobrego zrozumienia kontekstu i sensu standardów.

Tam gdzie to możliwe, w celu lepszego zrozumienia standardów użytkownicy krótkiego przewodnika powinni czerpać informacje z podręcznika. Na stronie EMCDDA oraz projektu dostępne są również dodatkowe materiały w wersji elektronicznej (patrz linki na stronie 10).

Z uwagi na nieszczegółowy charakter niniejszego dokumentu oraz skupienie się na informacjach ogólnych i autorefleksji, krótki przewodnik jest mniej pomocny w innych obszarach (np. opracowanie kryteriów jakości). Specjaliści zainteresowani wykorzystaniem standardów w tych obszarach powinni bazować wyłącznie na podręczniku.



## Jak wypełniać listy kontrolne

| Standardy podstawowe (streszczenie):   | Niespełnione   | W części spełnione | W pełni spełnione | Nie dotyczy   | Uwagi na temat sytuacji bieżącej   | Zalecane działania  |
|--|--|--------------------|-------------------|---|--|---|
|  |  |                    |                   |   |  |   |
| <p>Niniejsza część zawiera tytuły komponentów i stanowi i stanowi streszczenie podstawowych standardów zawartych w każdym komponentcie. Podczas analizy każdego komponentu użytkownicy powinni korzystać z pełnej wersji standardów w celu szczegółowego porównania podstawowych i specjalistycznych standardów. To pomoże w zrozumieniu i określeniu własnej pozycji.</p> | <p>Ta część listy kontrolnej umożliwia użytkownikom ocenę własnej pracy (np. rozwoju zawodowego, działalności, organizacji, strategii, itp.) w odniesieniu do standardów na skali 'Niespełnione', 'W części spełnione' lub 'W pełni spełnione'. Ulokowanie własnej pracy na skali pomoże specjalistom w identyfikacji obszarów wymagających poprawy oraz śledzenia postępów w czasie. Ogólnie rzecz ujmując, kategorię 'Nie spełnione' należy wybrać w przypadku niespełnienia żadnych lub spełnienia kilku standardów. Kategorię 'W części spełnione' należy wybrać w przypadku spełnienia wszystkich lub prawie wszystkich standardów podstawowych. Natomiast kategoria 'W pełni spełnione' dotyczy wszystkich podstawowych oraz wszystkich lub większości standardów specjalistycznych, mimo iż będzie to również zależało od konkretnych uwarunkowań programu lub organizacji.</p> |                    |                   | <p>Opcję 'Nie dotyczy' należy zaznaczać, jeśli jest to konieczne oraz po dogłębnej analizie zastosowania standardów. Użytkownicy powinni wystrzegać się pochopnego odznaczania tej opcji. Należy wtedy uznać, że standard prawdopodobnie ma zastosowanie, jednak na obecnym etapie jest niewykonalny. W przypadku zaznaczenia opcji 'Nie dotyczy' należy dodać krótki komentarz w kolumnie 'Uwagi na temat sytuacji bieżącej' z wyjaśnieniem, dlaczego uznano, że dany komponent (na obecnym etapie) nie ma zastosowania.</p> | <p>Ta kolumna pozwala użytkownikom na skomentowanie własnej oceny. Stanowi okazję do opisu, jakie standardy zostały już spełnione oraz dostarczenia dowodów uzasadniających daną ocenę (poprzez odwołanie się tam, gdzie to możliwe, do konkretnych przykładów). Jest to również miejsce do identyfikacji słabych stron oraz obszarów wymagających poprawy (np. jakie standardy nie zostały jeszcze spełnione i dlaczego).</p> | <p>W tej kolumnie należy opisać działania i zmiany konieczne do naprawy bieżącej sytuacji. Dla przykładu, może być to potrzeba dokonania przeglądu planu projektu lub potrzeba przeprowadzenia dodatkowych szkoleń dla personelu. Działania i zmiany powinny mieć realistyczny wymiar, tak by refleksja była praktycznie użyteczna. "Jakie działania i zmiany możemy wprowadzić na obecnym etapie (lub w przewidywalnej przyszłości) w celu naprawy mojej/naszej działalności profilaktycznej?" Można również wziąć pod uwagę długofalowe działania i cele, które można zrealizować w przyszłości (np. po zakończeniu kolejnego przeglądu). W celu skonkretyzowania działań warto rozważyć, <i>kiedy</i> nastąpią przedmiotowe zmiany, <i>kto</i> będzie zaangażowany i jakie konieczne będą <i>zasoby</i>.</p> |

W trakcie autorefleksji należy korzystać z pełnej listy standardów podstawowych i specjalistycznych zawartych w podręczniku EMCDDA. Podręcznik znajduje się pod adresem: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention-standards>

## Standardy i listy kontrolne

### Kwestie wspólne

Istnieje wiele obszarów, które dotyczą nie tylko jednego etapu projektu, ale jego całości. Dla celów niniejszych standardów cztery takie obszary zostały ulokowane w centrum cyklu, ponieważ należy rozważać je na każdym etapie projektu.

**A: Trwałość i finansowanie** – Programy powinny być częścią szerszych działań z zakresu profilaktyki uzależnień od narkotyków. Należy zapewnić długoterminową realizację działań. Najlepiej, by program był kontynuowany po zakończeniu pierwszej realizacji i/lub po zakończeniu zewnętrznego finansowania. Jednak trwałość projektu nie zależy jedynie od tego, czy zapewnione jest dalsze finansowanie, ale również od trwałego zaangażowania personelu oraz innych partnerów danej organizacji i/lub z obszaru profilaktyki uzależnień od narkotyków. Standardy w niniejszym komponencie określają, w jaki sposób zapewnić trwałość programów poprzez umocowanie ich w istniejących systemach poprzez rozwój strategii w kierunku pozyskiwania niezbędnych zasobów, w szczególności finansowych.

**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 od narkotyków. 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. 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 należy przeprowadzić odpowiednie szkolenie w celu zapewnienia wysokiej jakości działań. Z uwagi na fakt, iż kwalifikacje zawodowe jako takie nie są przedmiotem standardów, standardy mogą okazać się pomocne w rozwoju planów szkoleniowych poprzez identyfikację kompetencji zawodowych, które powinni posiadać członkowie personelu<sup>5</sup>. Nieustanny rozwój personelu jest sposobem nagradzania i utrzymywania pracowników oraz aktualizowania ich wiedzy i umiejętności. W fazie implementacji programu należy zapewniać personelowi możliwość krytycznego spojrzenia na własną pracę oraz jej doskonalenia.

**D: Etyczny wymiar profilaktyki uzależnień od narkotyków** – Działania w obszarze profilaktyki uzależnień od narkotyków nie wymagają interwencji o charakterze fizyczno-klinicznym,

---

<sup>5</sup> Przykładem takiego zastosowania może być publikacja pt. *Competencies for Canada's Substance Abuse Workforce* opracowana przez Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA) i dostępna pod adresem: [www.ccsa.ca/eng/priorities/workforce/competencies/](http://www.ccsa.ca/eng/priorities/workforce/competencies/)

ale jednak stanowią formę ingerencji w ludzkie życie. Ponadto profilaktyka kierowana jest na ogół do ludzi młodych i w przypadku działań selektywno-wskazujących młodzi ludzie mogą stanowić grupę najbardziej narażoną w społeczeństwie. Specjaliści nie powinni zakładać, że profilaktyka uzależnień od narkotyków jest z definicji etyczna i korzystna dla odbiorców. Standardy określają etyczne zasady w profilaktyce uzależnień od narkotyków, 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 definiować odpowiednie procedury ochrony praw uczestników oraz oceniać i łagodzić potencjalne zagrożenia.

### Kwestie wspólne

| Standardy podstawowe (streszczenie):  | Niespełnione             | W części spełnione       | W pełni spełnione        | Nie dotyczy              | Uwagi na temat sytuacji bieżącej | Zalecane działania |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------|
| <b>A: Trwałość i finansowanie:</b> Program promuje długoterminowe spojrzenie na profilaktykę i nie stanowi odrębnej krótkoterminowej inicjatywy. Program cechuje spójność i praktyczne podejście. W ramach programu środki pozyskiwane są z różnych źródeł.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                  |                    |
| <b>B: Wzajemna komunikacja i udział interesariuszy:</b> Uwzględniono wielosługowy charakter profilaktyki uzależnień. Zidentyfikowano właściwych interesariuszy (np. grupa docelowa, inne instytucje) i zaangażowano ich w celu skutecznej realizacji programu. Organizacja współpracuje z innymi agencjami i instytucjami.                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                  |                    |
| <b>C: Organizacja i rozwój personelu:</b> Przed realizacją programu należy upewnić się, że kompetencje personelu odpowiadają kompetencjom potrzebnym do jego realizacji. O ile to konieczne, zapewniono wysokojakościowe szkolenie na podstawie analizy potrzeb szkoleniowych. W trakcie implementacji członkowie personelu otrzymują odpowiednie wsparcie. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                  |                    |
| <b>D: Etyczny wymiar profilaktyki uzależnień od narkotyków:</b> Opracowano kodeks etyczny. Chronione są prawa uczestników. Program generuje oczywiste korzyści dla uczestników i nie wyrządza im szkody. Dane uczestników są chronione. Uczestnicy i personel mają zapewnione bezpieczeństwo.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                  |                    |

W trakcie autorefleksji należy korzystać z pełnej listy standardów podstawowych i specjalistycznych zawartych w podręczniku EMCDDA. Podręcznik znajduje się pod adresem: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention-standards>

## 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. W przypadku gdy program realizuje cele strategiczne, które aktualnie nie są priorytetowe, należy zadbać o to, by realizacja wpisywała się w szerszy kontekst zgodnie ze strategiami krajowymi i międzynarodowymi. 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. W przypadku planowania działań profilaktycznych nie wystarczy polegać jedynie na założeniach czy ideologii. Programy profilaktyczne muszą opierać się na empirycznym dojściu do potrzeb ludzi. Ocena może bazować na metodach ilościowych i/lub jakościowych. Powinna również wykorzystywać rzetelne (epidemiologiczne) dane w tym zakresie tam, gdzie wysokiej jakości dane są dostępne (np. z krajowych ośrodków monitorujących narkotyki i narkomanię). Inne kwestie typu deprywacja czy nierówne szanse powinny być również poddawane ocenie pod kątem związku między używaniem narkotyków i innymi potrzebami. Jedna ocena potrzeb może stanowić podstawę dla kilku różnych działań w danym okresie czasu. Należy jednak zadbać o to, by dane były aktualne. Regionalne zespoły koordynujące działania z zakresu przeciwdziałania narkomanii mogą odgrywać istotną rolę w osiągnięciu przedmiotów standardów.

**1.3 Określenie potrzeby – Uzasadnienie interwencji:** Wyniki oceny potrzeb wśród społeczności są dokumentowane i umieszczane w kontekście w celu uzasadnienia potrzeby interwencji. Uzasadnienie powinno uwzględniać poglądy panujące w danej społeczności celem dbałości o adekwatność programu w tym zakresie. Skupienie się na 'potrzebach' aniżeli 'problemach' może pomóc w angażowaniu interesariuszy, inaczej mogą oni czuć się piętnowani. Analizowane są również funkcjonujące programy profilaktyki uzależnień od narkotyków w celu uzyskania wiedzy na temat tego, w jaki sposób przygotowany program może uzupełnić dostępną ofertę programową.

**1.4 Rozpoznanie grupy docelowej:** Kolejna faza oceny potrzeb obejmuje zbieranie szczegółowych danych na temat grupy docelowej typu czynniki ryzyka, czynniki chroniące oraz aspekty kulturowe grupy docelowej i jej codzienne życie. Prawidłowe zrozumienie grupy docelowej i jej uwarunkowań stanowi warunek skutecznej, opłacalnej i etycznej profilaktyki uzależnień od narkotyków. Tam gdzie to zasadne, oprócz bezpośredniej grupy docelowej (np. młodzież zagrożona narkomanią) warto rozważyć uczestnictwo w programie pośredniej grupy docelowej (np. rodzice, nauczyciele), która sama nie jest zagrożona.

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

## 1. Ocena potrzeb

| Standardy podstawowe (streszczenie):   | Niespełnione             | W części spełnione       | W pełni spełnione        | Nie dotyczy              | Uwagi na temat sytuacji bieżącej | Zalecane działania |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------|
| <b>1.1 Przegląd antynarkotykowych strategii i ustawodawstwa:</b> Wiedza na temat ustawodawstwa i strategii antynarkotykowych jest wystarczająca do realizacji programu. Program służy realizacji celów i priorytetów lokalnych, regionalnych, krajowych i/lub międzynarodowych strategii i polityk.                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                  |                    |
| <b>1.2 Ocena używania narkotyków i potrzeb społeczności:</b> Zbadano potrzeby społeczności (lub środowiska, w którym program będzie realizowany). Zebrano szczegółowe dane na temat używania narkotyków z różnych źródeł. Badanie w szerokim zakresie bazuje na istniejącej wiedzy epidemiologicznej i spełnia wymogi etyczne. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                  |                    |
| <b>1.3 Określenie potrzeby – Uzasadnienie interwencji:</b> Uzasadniono potrzebę interwencji. Główne potrzeby są opisane w oparciu o ocenę potrzeb i potencjalny przyszły rozwój potrzeb w przypadku zaniechania interwencji. Zidentyfikowane luki w zakresie dostępnej oferty programowej.                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                  |                    |
| <b>1.4 Rozpoznanie grupy docelowej:</b> Wybrano potencjalną grupę docelową w oparciu o ocenę potrzeb. Ocena potrzeb obejmuje kulturę grupy docelowej i jej stosunek do używania narkotyków.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                  |                    |

W trakcie autorefleksji należy korzystać z pełnej listy standardów podstawowych i specjalistycznych zawartych w podręczniku EMCDDA. Podręcznik znajduje się pod adresem: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention-standards>

## 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 się w nie włączyć, np. potrafią i chcą uczestniczyć bądź wspierać proces realizacji. Mogą oni również posiadać zasoby, które mogą być wykorzystane w programie (np. kontakty, umiejętności). Standardy w niniejszym komponencie zawierają wymóg oceny i rozważenia potencjalnych źródeł sprzeciwu i 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 spełnione zostaną kryteria w postaci odpowiedniej liczby personelu, środków finansowych oraz innych zasobów. Ten etap ma pierwszeństwo przed ramami programu w celu rozpoznania, które typy programów są wykonalne. Ponieważ celem oceny jest dostarczenie danych do planowania programu, nie musi być to ocena 'formalna', której dokonuje zewnętrzna organizacja, ale może dla przykładu przyjąć formę nieformalnej dyskusji między członkami personelu w celu identyfikacji mocnych i słabych stron organizacji w obszarze zasobów.

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

### 2. Ocena zasobów

| Standardy podstawowe (streszczenie):   | Niespełnione             | W części spełnione       | W pełni spełnione        | Nie dotyczy              | Uwagi na temat sytuacji bieżącej | Zalecane działania |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------|
| <b>2.1 Ocena grupy docelowej i zasobów społeczności:</b><br>Rozważno źródła sprzeciwu i wsparcia dla programu oraz sposoby zwiększenia wsparcia. Zbadano możliwość udziału grupy docelowej i innych ważnych interesariuszy w programie.          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                  |                    |
| <b>2.2 Ocena własnego potencjału:</b> Oceniono wewnętrzne zasoby i potencjał (np. zasoby ludzkie, technologiczne, finansowe). Ocena uwzględnia bieżącą dostępność, jak również możliwości dostępu do zasobów na potrzeby programu w przyszłości. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                  |                    |

W trakcie autorefleksji należy korzystać z pełnej listy standardów podstawowych i specjalistycznych zawartych w podręczniku EMCDDA. Podręcznik znajduje się pod adresem: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention-standards>

## Etap 3: Ramy programu

Ramy programu stanowią 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 sprowokować zmiany w kulturze zawodowej w kierunku metodycznego i opartego na dowodach podejścia do profilaktyki uzależnień od narkotyków.

**3.1 Zdefiniowanie grupy docelowej:** Prawidłowe określenie grupy docelowej sprawia, że interwencja 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. Niektóre programy rozróżniają bezpośrednie grupy docelowe (np. młodzież zagrożona narkomanią) i grupy pośrednie (np. rodzice, nauczyciele, rówieśnicy). Definicja powinna być szczegółowa i odpowiednia dla zakresu programu. Na przykład istotnym aspektem rozważań jest pytanie, czy program jest w stanie dotrzeć do grupy docelowej.

**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 związanych z narkotykami (np. intencje i przekonania mające wpływ na używanie) oraz określić wykonalne cele. Wszystkie interwencje powinny opierać się na solidnych 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 dla samego prowadzenia, a nie z korzyścią dla grupy docelowej. Standardy oparte są na trójstopniowej strukturze celów. Cele strategiczne określają długofalowy kierunek programu, jego założenia czy zamiary. Mogą, ale nie muszą być osiągalne w ramach konkretnej interwencji, jednak wyznaczają strategiczny kierunek działań. Cele programowe jasno definiują rezultaty dla uczestników (w zakresie zmiany zachowania) w momencie zakończenia interwencji. Cele częściowe opisują bezpośrednie lub pośrednie zmiany zachowania uczestników konieczne w osiągnięciu celu końcowego. Wreszcie cele operacyjne opisują działania konieczne w kierunku osiągnięcia celów programowych i częściowych.

Na stronie 129 podręcznika w wersji polskiej znajduje się rycina ilustrująca związki między celami strategicznymi, programowymi i częściowymi. Znajduje się tam również informacja na temat różnic między poszczególnymi celami programowymi (skupienie się na zmianie zachowania) oraz celami operacyjnymi (skupienie się na działaniach).

**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 zasadność jednego lub więcej miejsc, jednak przy wyborze miejsca trzeba również wziąć pod uwagę względy praktyczne (np. łatwość dostępu, konieczna współpraca). Jasna definicja miejsca ma kluczowe znaczenie dla zrozumienia, gdzie i jak interwencja będzie prowadzona.

**3.5 Odwołanie się do dowodów skuteczności:** W planowaniu działań profilaktycznych ważne jest wykorzystanie wiedzy na temat tego 'co działa'. Należy sięgnąć do istniejącej bazy dowodowej 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 dowodów skuteczności można opisać doświadczenie zawodowe i kwalifikacje interesariuszy. Jednak należy dokładnie rozważyć ograniczenia tego typu wiedzy w porównaniu z twardymi dowodami naukowymi (np. skłonność do generalizowania).

**3.6 Ustalenie harmonogramu:** Realistyczny harmonogram jest niezbędny w planowaniu i realizacji programu – po to, by członkowie personelu mogli ukierunkować i koordynować swoje działania. Harmonogram zawiera zaplanowane działania wraz z terminami realizacji. Harmonogram może być aktualizowany na bieżąco, tak by odzwierciedlał faktyczny stan realizacji.

### 3. Ramy programu

| Standardy podstawowe (streszczenie):  | Niespełnione             | W części spełnione       | W pełni spełnione        | Nie dotyczy              | Uwagi na temat sytuacji bieżącej | Zalecane działania |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------|
| <b>3.1 Zdefiniowanie grupy docelowej:</b> Określono grupę(y) docelową(e) programu. Można dotrzeć do grup(y) docelowej.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                  |                    |
| <b>3.2 Zastosowanie modelu teoretycznego:</b> Program opiera się na modelu teoretycznym opartym na dowodach naukowych, który pozwala zrozumieć specyficzne potrzeby związane z narkotykami oraz pokazuje, w jaki sposób można dokonać zmiany zachowania grupy docelowej.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                  |                    |
| <b>3.3 Określenie celów strategicznych, programowych i cząstkowych:</b> Dokładnie określono przedmiot działań profilaktycznych (np. rodzaje substancji psychoaktywnych). Cele strategiczne, programowe i cząstkowe są jasne, logicznie powiązane i oparte na ocenie potrzeb. Są zgodne z etyką zawodową i użyteczne dla grupy docelowej. Cele programowe i cząstkowe są szczegółowe i realistyczne. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                  |                    |



### 3. Ramy programu (cd.)

|  |                          |                          |                          |                          |  |  |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--|
| <b>3.4 Określenie miejsca realizacji:</b> Opisano miejsce/ miejsca realizacji programu. Miejsce realizacji jest adekwatne do celów strategicznych, programowych i częściowych, dostępnych zasobów oraz stwarza wysokie szanse na to, że program spowoduje pożądaną zmianę. Zidentyfikowano obszary wymagające podjęcia współpracy. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| <b>3.5 Odwołanie się do dowodów skuteczności:</b> Dokonano przeglądu literatury fachowej i/lub podstawowych publikacji w zakresie programu. Uzyskane dane są wysokiej jakości i są adekwatne do programu. Kluczowe informacje są wykorzystywane w procesie konstruowania interwencji.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| <b>3.6 Ustalenie harmonogramu:</b> Harmonogram programu jest realistyczny, jasny i spójny. Terminy, czas realizacji i częstotliwość działań są adekwatne do programu.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |

W trakcie autorefleksji należy korzystać z pełnej listy standardów podstawowych i specjalistycznych zawartych w podręczniku EMCDDA. Podręcznik znajduje się pod adresem: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention-standards>

## Etap 4: Konstrukcja interwencji

Treści merytoryczne interwencji zwykle opisywane są w zaleceniach aniżeli w standardach jakości, ponieważ zależą one od programu, jego celów strategicznych, itp. Jednak istnieje 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 stanowiąby część procesu konstruowania interwencji.

**4.1 Projektowanie z myślą o jakości i skuteczności:** Po scharakteryzowaniu fundamentów interwencji kolej na szczegóły. Planowanie działań opartych na dowodach, które uczestnicy uznają za stymulujące, interesujące i rzeczowe, to istotny aspekt osiągania wyznaczonych celów programowych i cząstkowych. Tam, gdzie to możliwe, interwencja powinna być konstruowana jako logiczny ciąg działań odzwierciedlających rozwój uczestników w trakcie interwencji. Sięganie do różnych źródeł na temat dotychczas zrealizowanych programów pomaga w uniknięciu działań, które okazały się nieskuteczne bądź przyniosły negatywne skutki.

Biuro Organizacji Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości (UNODC) opublikowało *International Standards on Drug Use Prevention*. Standardy opisują interwencje i strategie, które okazały się skuteczne wobec dzieci, młodzieży i dorosłych. Publikacja dostępna jest pod adresem <http://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html>

**4.2 Działania w przypadku wyboru istniejącej interwencji:** Zanim powstanie nowa interwencja, należy zbadać, czy nie istnieje już podobna, która jest realizowana bądź została opisana w formie podręcznika. Przy wyborze istniejącej interwencji należy uwzględnić kilka czynników, na przykład czy interwencja pasuje do uwarunkowań programu i (w przypadku programów odpłatnych) czy cena nie jest zbyt wysoka. Interwencja jest następnie adaptowana do konkretnych uwarunkowań programu. Na adaptację składają się szczegółowo zaplanowane zmiany w interwencji pierwotnej. Należy uczynić to przed implementacją w celu zadbania o to, by zmiany wychodziły naprzeciw konkretnym uwarunkowaniom programu (np. potrzeby grupy docelowej) oraz celem utrzymania bądź zwiększenia skuteczności.

**4.3 Dopasowanie interwencji do grupy docelowej:** Bez względu na to, czy konstruowana jest nowa interwencja, czy adaptowana jest już istniejąca, należy dopasować ją do grupy docelowej zgodnie z wynikami oceny potrzeb. Kluczową kompetencją personelu w tym zakresie jest wrażliwość kulturowa, tj. gotowość i umiejętność członków personelu do doceniania istoty różnych kultur, odmienności kulturowej, skutecznego reagowania na kulturowo dyktowane potrzeby oraz włączania aspektów kulturowych do działalności profilaktycznej. W przypadku wyboru istniejącej interwencji dopasowanie można przeprowadzić w fazie adaptacji. Ponadto konstrukcja interwencji powinna zawierać pole manewru, tak by praktycy mogli modyfikować ją w trakcie realizacji bez konieczności odchodzenia od pierwotnego planu.

**4.4 Działania w przypadku planowania ewaluacji końcowych:** Na niniejszym etapie należy również zaplanować monitoring działań oraz końcowe ewaluacje procesu i wyniku. Ewaluacja wyniku pozwala ocenić, czy zostały osiągnięte cele programowe i częściowe natomiast ewaluacja procesu pozwala zrozumieć, jak do tego doszło bądź nie. Zespół ds. ewaluacji powinien dokonać wyboru odpowiedniego wariantu ewaluacji oraz zdefiniować wskaźniki, które odpowiadać będą celom programowym i częściowym. Należy określić, które dane i w jaki sposób będą zbierane (np. ustalenie harmonogramu i wybór narzędzi). W przypadku planowania ewaluacji wyniku należy określić schemat badawczy. Planowanie ewaluacji na tym etapie sprawia, że dane konieczne do monitoringu i ewaluacji końcowych będą miały właściwą formę, kiedy będą potrzebne.

Podręcznik zawiera więcej informacji na temat ewaluacji procesu i wyniku, aspektów dotyczących zbierania danych oraz sposobów formułowania wskaźników i wzorców w oparciu o cele programowe i częściowe. Więcej informacji znajduje się w Etapie 7: Ewaluacje końcowe.

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

#### 4. Konstrukcja interwencji

| Standardy podstawowe (streszczenie):  | Niespełnione             | W części spełnione       | W pełni spełnione        | Nie dotyczy              | Uwagi na temat sytuacji bieżącej | Zalecane działania |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------|
| <b>4.1 Konstruowanie z myślą o jakości i skuteczności:</b> Treść interwencji jest zgodna z zaleceniami w zakresie dobrych praktyk opartych na dowodach. Zastosowane podejście naukowe jest opisane. Program bazuje na pozytywnych relacjach z uczestnikami poprzez docenianie ich doświadczeń i poszanowanie odmienności. Zdefiniowano ukończenie programu. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                  |                    |

## 4. Konstrukcja interwencji (cd.)

|  |   |   |   |   |  |  |
|--|---|---|---|---|--|--|
| <p><b>4.2 Działania w przypadku wyboru istniejącej interwencji:</b> Przeanalizowano korzyści i wady istniejących interwencji, jak również zbadano równowagę między adaptacją, wierną realizacją i wykonalnością. Oceniono czy interwencja pasuje do lokalnych uwarunkowań. Wybrana interwencja została precyzyjnie zaadaptowana, a zmiany są wyraźnie zaznaczone. Podani są twórcy interwencji.</p>  | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |  |  |
| <p><b>4.3 Dopasowanie interwencji do grupy docelowej:</b> Program jest adekwatny, dopasowany do konkretnych uwarunkowań (np. grupa docelowa, cechy) oraz odpowiednio pod tym kątem zmodyfikowany, o ile to konieczne. Elementy podlegające modyfikacjom: język, działania, przekazy, czas, liczba uczestników.</p>   | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |  |  |
| <p><b>4.4 Działania w przypadku planowania ewaluacji końcowych:</b> Ewaluacja postrzegana jest jako integralny i istotny element w zapewnianiu jakości programu. Ustalono, jakiego rodzaju ewaluacja będzie najlepiej pasować do interwencji, oraz zaplanowano ewaluację, która jest realistyczna i wykonalna. Określono odpowiednie wskaźniki ewaluacyjne oraz opisano proces zbierania danych.</p> | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |  |  |

W trakcie autorefleksji należy korzystać z pełnej listy standardów podstawowych i specjalistycznych zawartych w podręczniku EMCDDA. Podręcznik znajduje się pod adresem: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention-standards>

## Etap 5: Zarządzanie i mobilizacja zasobów

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

**5.1 Zaplanowanie programu – Przedstawienie planu projektu:** Odrębna procedura zapewnia metodyczne zaplanowanie i wdrożenie programu. Plan projektu sporządzony na piśmie dokumentuje wszystkie zadania i procedury wymagane do skutecznej realizacji programu. Jako jednolity mechanizm wskazuje 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.

Plan projektu powinien również ilustrować i obejmować główne komponenty programu, takie jak potrzeby grupy docelowej, cele programowe, cele częściowe, model teoretyczny, wskaźniki ewaluacyjne i wzorce, działania i wyniki. Można tego dokonać za pomocą macierzy logicznej. Publikacja EMCDDA pt. *Prevention and Evaluation Resources Kit (PERK)* zawiera przykłady opracowań i zastosowań macierzy logicznych. Publikacja dostępna jest pod adresem: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/perk>

**5.2 Określenie wymagań finansowych:** Wymagania finansowe (koszty) i wydolność (budżet) programu służą do umiejscowienia w kontekście 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 przydzielone kompetentnym osobom (tj. z odpowiednimi kwalifikacjami i/lub doświadczeniem). Niniejszy komponent należy rozważać w połączeniu z komponentem C: Organizacja i rozwój personelu.

**5.4 Rekrutacja i utrzymanie uczestników:** Rekrutacja oznacza selekcję uprawnionych osób z grupy docelowej, udzielanie im informacji na temat programu, zapraszanie do uczestnictwa oraz dbanie o to, by rozpoczęli interwencję (np. udział w pierwszej sesji). Uczestnicy powinni być rekrutowani ze zdefiniowanej grupy docelowej w sposób prawidłowy od strony metodologicznej i etycznej. Z kolei utrzymanie oznacza dbałość o to, by zostawali w programie do czasu jego ukończenia i/lub osiągnięcia celów pro-

gramowych (w zależności które bardziej zasadne). Jest to szczególnie istotne w programach, które wymagają długoterminowego uczestnictwa. Należy identyfikować, a następnie usuwać bariery utrudniające uczestnictwo w programie i jego ukończenie.

**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 ma go w czytelny sposób charakteryzować. Jego celem jest dostarczenie informacji potrzebnych dla potencjalnych interesariuszy (np. grupa docelowa, sponsorzy lub profesjonalści) przed rozpoczęciem programu i/lub w trakcie jego trwania. Interwencja i jej działania powinny być opisane szczegółowo, chociaż poziom szczegółowości zależeć będzie od zakresu programu oraz potencjalnych czytelników opisu. W przypadku wykorzystania opisu w rekrutacji uczestników należy położyć szczególny nacisk na potencjalne ryzyko oraz korzyści dla uczestników. Opis programu różni się od planu projektu (który jest wewnętrznym narzędziem dyktującym realizację programu) oraz raportu końcowego (który podsumowuje program po jego zakończeniu).

*Ten etap może być realizowany jednocześnie z konstrukcją interwencji.*

## 5. Zarządzanie i mobilizacja zasobów

| Standardy podstawowe (streszczenie):  | Niespełnione             | W części spełnione       | W pełni spełnione        | Nie dotyczy              | Uwagi na temat sytuacji bieżącej | Zalecane działania |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------|
| <b>5.1 Zaplanowanie programu – przedstawienie planu projektu:</b> Wyznaczono czas na zaplanowanie programu. Pisemny plan projektu zawiera główne elementy i procedury programu. Opracowano plany awaryjne.                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                  |                    |
| <b>5.2 Określenie wymagań finansowych:</b> Istnieje jasny i realistyczny kosztorys programu. Dostępny budżet jest odpowiedni do planowanego programu. Koszty i dostępny budżet są powiązane. Zarządzanie finansowe spełnia wymogi prawne. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                  |                    |

## 5. Zarządzanie i mobilizacja zasobów (cd.)

|  |                          |                          |                          |                          |  |  |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--|
| <p><b>5.3 Powołanie zespołu do realizacji programu:</b> Określono personel potrzebny do skutecznej realizacji programu (np. role personelu, liczebność). Personel jest lub prawdopodobnie będzie dostępny. Dobór personelu odpowiada potrzebom programu. Określono procedury w zakresie rekrutacji i zarządzania personelem.</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| <p><b>5.4 Rekrutacja i utrzymanie uczestników:</b> Metoda doboru uczestników ze zdefiniowanej grupy docelowej jest jasna, jak również stosowane w tym celu narzędzia. Podjęto odpowiednie działania mające na celu zaangażowanie i utrzymanie jak największej liczby uczestników.</p>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| <p><b>5.5 Przygotowanie materiałów do realizacji programu:</b> Określono materiały wymagane do realizacji programu. W przypadku zastosowania materiałów (np. podręcznika) podane informacje są rzeczowe i charakteryzują się wysoką jakością.</p>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| <p><b>5.6 Opis programu:</b> Istnieje pisemny, jasny opis programu i jest on (przynajmniej częściowo) dostępny dla wszystkich potencjalnych użytkowników (np. uczestników programu). Opis programu zawiera główne elementy programu, w szczególności jego potencjalny wpływ na uczestników.</p>                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |

W trakcie autorefleksji należy korzystać z pełnej listy standardów podstawowych i specjalistycznych zawartych w podręczniku EMCDDA. Podręcznik znajduje się pod adresem: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention-standards>

## Etap 6: Realizacja i monitoring

Na tym etapie, w życie wcielane są plany opracowane wcześniej. Szczególną uwagę należy zwrócić na potrzebę zachowania równowagi między wiernością (tzn. postępowaniem zgodnie z planem) i elastycznością (tzn. reagowaniem na bieżące wydarzenia). Poniższe komponenty wskazują, 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, w przypadku nowej interwencji lub transferze ze szczebla lokalnego na krajowy, interwencja powinna być przetestowana w postaci projektu na mniejszą skalę. Pomaga to zidentyfikować kłopoty natury praktycznej oraz inne słabe strony, których nie udało się przewidzieć na etapie planowania i których wyeliminowanie może okazać się kosztowne w trakcie realizacji na pełną skalę (np. z mniejszą liczbą uczestników, w jednym albo dwóch miejscach). W trakcie interwencji pilotażowej zbierane są dane procesu i wyniku (te w ograniczonym zakresie), a następnie prowadzona jest niewielka ewaluacja. Na podstawie wyników pilotażu 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. Nie oznacza to jednak, że należy wiernie realizować plan projektu w razie wystąpienia oczywistej konieczności modyfikacji. W celu ułatwienia prowadzenia późniejszych ewaluacji oraz działań sprawozdawczych faza realizacji powinna być szczegółowo dokumentowana również w zakresie wydarzeń nieprzewidzianych, odchyień i niepowodzeń.

**6.3 Monitoring w fazie realizacji:** W trakcie realizacji programu należy dokonywać regularnych przeglądów postępów w celu zlokalizowania obszarów wymagających poprawy. Należy wtedy systematycznie zbierać dane wyniku i procesu, na przykład w zakresie adekwatności interwencji dla uczestników, wierności wobec planu projektu i skuteczności. Realizacja interwencji oraz inne aspekty programu są 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 musi mieć elastyczny charakter, tak by możliwe było reagowanie 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 uzasadniać konieczność ich przeprowadzenia. Wprowadzane poprawki muszą być dokumentowane i ewaluowane w celu poznania ich wpływu na uczestników i skuteczność programu.



## 6. Realizacja i monitoring

| Standardy podstawowe (streszczenie):  | Niespełnione             | W części spełnione       | W pełni spełnione        | Nie dotyczy              | Uwagi na temat sytuacji bieżącej | Zalecane działania |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------|
| <b>6.1 Działania w przypadku interwencji pilotażowej:</b> Interwencja pilotażowa jest realizowana w razie konieczności. Należy ją rozważyć na przykład w przypadku implementacji nowej lub mocno zmodyfikowanej interwencji bądź w przypadku programów przeznaczonych do szerokiego rozpowszechniania. Wyniki ewaluacji interwencji pilotażowej służą doskonaleniu interwencji właściwej.     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                  |                    |
| <b>6.2 Realizacja interwencji:</b> Interwencja jest realizowana zgodnie z pisemnym planem projektu. Implementacja jest odpowiednio dokumentowana, w tym odnośnie do szczegółów niepowodzeń i odchyień od planu pierwotnego.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                  |                    |
| <b>6.3 Monitoring w fazie realizacji:</b> Monitoring postrzegany jest jako integralna część fazy realizacji. Dane wyniku i procesu zbierane są w trakcie realizacji i poddawane regularnym przeglądom. Plan projektu, zasoby itp. są również przedmiotem przeglądów. Celem monitoringu jest ustalenie czy program będzie skuteczny. Ma on również za zadanie określenie koniecznych poprawek. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                  |                    |
| <b>6.4 Modyfikacja w fazie realizacji:</b> W celu osiągnięcia skutecznej realizacji można lub należy mieć na względzie elastyczne podejście. Modyfikacje wprowadzane są w oparciu o wyniki monitoringu, tam gdzie to możliwe. Problemy rozwiązywane są w sposób właściwy dla programu. Modyfikacje są uzasadnione, a powody ich dokonania są dokumentowane.                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                  |                    |

W trakcie autorefleksji należy korzystać z pełnej listy standardów podstawowych i specjalistycznych zawartych w podręczniku EMCDDA. Podręcznik znajduje się pod adresem: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention-standards>

## Etap 7: Ewaluacje końcowe

Po zakończeniu interwencji prowadzone są ewaluacje końcowe w celu zbadania wyników i/lub procesu realizacji interwencji i całego programu. W skrócie, ewaluacje wyniku dotyczą zmiany zachowania uczestników (np. zmniejszenie rozpowszechnienia używania), podczas gdy ewaluacje procesu skupiają się na produktach działań (np. liczba zrealizowanych sesji, liczba uczestników, z którymi nawiązano kontakt). Do standardów w niniejszym komponencie należy stosować się wraz ze standardami w komponencie 4.4: Działania w przypadku ewaluacji końcowych, który opisuje właściwe działania w zakresie gromadzenia danych podczas realizacji interwencji.

W komponencie 4.4: Działania w przypadku ewaluacji końcowych w podręczniku zawarto krótkie wprowadzenie do ewaluacji procesu i wyniku zgodnie z koncepcją standardów oraz zilustrowano, w jaki sposób konkretne cele strategiczne, programowe i częściowe można sformułować i przełożyć na wskaźniki ewaluacyjne i wzorce.

Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii również opublikowało dokument pt. *Guidelines for the evaluation of drug prevention* (wersja zaktualizowana w 2012), który zawiera pomocne przykłady planowania i przekazywania różnych aspektów ewaluacji. Publikacja dostępna jest pod adresem [http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention\\_update](http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention_update)

**7.1 Działania w przypadku ewaluacji wyniku:** W ramach ewaluacji wyniku zbierane i analizowane są dane wyniku celem oceny skuteczności interwencji. Wszystkie wyniki powinny być raportowane zgodnie z pierwotnymi ustaleniami (tzn. w oparciu o zdefiniowane wskaźniki ewaluacyjne). W zależności od skali programu i zastosowanego schematu badawczego, w celu zbadania skuteczności osiągania celów programowych prowadzone 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 i zrozumieć, w jaki sposób doskonalic program.

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

## 7. Ewaluacje końcowe

| Standardy podstawowe (streszczenie):   | Niespełnione             | W części spełnione       | W pełni spełnione        | Nie dotyczy              | Uwagi na temat sytuacji bieżącej | Zalecane działania |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------|
| <b>7.1 Działania w przypadku ewaluacji wyniku:</b><br>Podano wielkość próby, na której oparto ewaluację końcową. Wielkość jest odpowiednia do przeprowadzenia analizy danych. Przeprowadzono odpowiednią analizę danych, uwzględniając wszystkich uczestników. Wszystkie wyniki zostały podane w mierzalnych kategoriach. Podano możliwe źródła błędów oraz alternatywne wyjaśnienia zaobserwowanych wyników. Oceniono skuteczność programu. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                  |                    |
| <b>7.2 Działania w przypadku ewaluacji procesu:</b><br>Realizacja programu jest udokumentowana i wyjaśniona. Ewaluacji poddano następujące aspekty: zaangażowanie grupy docelowej; działania; realizacja programu; wykorzystanie zasobów finansowych, ludzkich i materialnych.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                  |                    |

W trakcie autorefleksji należy korzystać z pełnej listy standardów podstawowych i specjalistycznych zawartych w podręczniku EMCDDA. Podręcznik znajduje się pod adresem: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention-standards>

## Etap 8: Rozpowszechnianie i doskonalenie

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

**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 powtórzenia interwencji należy udostępnić w jak najgłębszym zakresie (w zależności od wymogów związanych z prawem autorskim itp.) materiały interwencyjne oraz inne istotne informacje (np. informacje w zakresie kosztów).

**8.3 Działania w przypadku raportu końcowego:** Raport końcowy jest przykładem publikacji upowszechniającej. Może być sporządzony zgodnie z postanowieniami umowy o dofinansowanie lub zwyczajnie dla celów informacyjnych. Raport końcowy na ogół zawiera podsumowanie dokumentacji zgromadzonej na wcześniejszych etapach cyklu projektowego. Przedstawia działania programu i ich zakres oraz, tam gdzie to możliwe, wnioski z ewaluacji końcowych. Z uwagi na fakt, iż raport końcowy nie jest zawsze wymagany, a bardziej wskazane mogą być inne metody rozpowszechniania (np. prezentacje ustne), niniejszy komponent ma zastosowanie jedynie w przypadku sporządzenia raportu końcowego.

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

## 8. Rozpowszechnianie i doskonalenie

| Standardy podstawowe (streszczenie):  | Niespełnione             | W części spełnione       | W pełni spełnione        | Nie dotyczy              | Uwagi na temat sytuacji bieżącej | Zalecane działania |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------|
| <b>8.1 Decyzja, czy program powinien być kontynuowany:</b> Ustalono, czy program powinien być kontynuowany, w oparciu o dowody z monitoringu i/ lub ewaluacji. Jeśli ma być kontynuowany, opisano możliwości w tym zakresie. Doświadczenia zdobyte w trakcie pierwszej edycji powinny być wykorzystane w kolejnych edycjach.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                  |                    |
| <b>8.2 Rozpowszechnianie informacji o programie:</b> Wśród właściwych grup docelowych rozpowszechniono informacje o programie w odpowiednim formacie . W celu ułatwienia powtórzenia programu zawarto szczegóły na temat doświadczeń z realizacji programu wraz z nieprzewidzianymi wynikami. Uwzględniono aspekty prawne związane z rozpowszechnianiem programu (np. prawa autorskie). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                  |                    |
| <b>8.3 Działania w przypadku raportu końcowego:</b> Raport końcowy dokumentuje wszystkie ważne elementy planowania programu, implementacji i (tam gdzie to możliwe) ewaluacji, w jasny, logiczny i czytelny sposób.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                  |                    |

W trakcie autorefleksji należy korzystać z pełnej listy standardów podstawowych i specjalistycznych zawartych w podręczniku EMCDDA. Podręcznik znajduje się pod adresem: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention-standards>

## Autorefleksja: plan działania

Poniższa strona podsumowująca stanowi okazję do zestawienia głównych wniosków z autorefleksji oraz kroków, jakie należy podjąć w celu udoskonalenia bieżących działań. Jeśli chodzi o korzystanie z uwag w przyszłości, należy pamiętać, kiedy refleksja została sformułowana i kogo dotyczyła (może to być jedna osoba lub cały zespół programowy). Należy również określić datę kolejnego przeglądu i zaznaczyć ją w kalendarzu organizacji. Mimo że standardy powinny usprawniać bieżące działania, analiza i dokumentowanie osiągniętych standardów na ogół odbywa się rzadko i jest czynnością nietypową. Niemniej zaleca się konsultować listy kontrolne w regularnych odstępach celem śledzenia postępów i wzmacniania motywacji do poprawy tam, gdzie to konieczne.

### Podsumowanie głównych wniosków i działań wynikających z autorefleksji

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data przeglądu: .....

Osoba dokonująca przeglądu: .....

Data kolejnego przeglądu: .....

## Literatura

EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (1998), *Guidelines for the evaluation of drug prevention: a manual for programme-planners and evaluators*, Luxembourg, Publications Office of the European Union.

<http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/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/publications/perk>

EMCDDA Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (2011), *Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków: podręcznik dla specjalistów profilaktyki uzależnień*, Podręcznik EMCDDA nr 7, Luxemburg. Dział Publikacji Unii Europejskiej.

[www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention-standards](http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention-standards)

EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction Best practice portal

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

UNODC, United Nations Office on Drugs and Crime (2013), *International Standards on Drug Use Prevention*, Vienna, United Nations.

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

## Informacja prawna

Niniejsza publikacja Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) chroniona jest prawem autorskim. EMCDDA nie jest odpowiedzialna za wszelkie konsekwencje wynikające z wykorzystywania danych zawartych w niniejszym dokumencie. Treści zawarte w niniejszej publikacji niekoniecznie odzwierciedlają stanowiska partnerów EMCDDA, Państw Członkowskich UE oraz wszelkich agencji bądź instytucji Unii Europejskiej. Dużo dodatkowych informacji na temat Unii Europejskiej dostępnych jest w Internecie. Informacje te dostępne są za pośrednictwem serwera Europa (<http://europa.eu>).

© Po raz pierwszy opublikowana w języku angielskim przez European Drug Prevention Quality Standards: a quick guide

Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii © Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2013

Tłumaczenie na polski Paweł Nowocień, zweryfikowane przez Artur Malczewski

Niniejsza publikacja dostępna jest w następujących językach: bośniackim, angielskim, chorwackim, macedońskim, albańskim, serbskim i tureckim.





Część II.

# Europejskie standardy – prace w ramach drugiego etapu



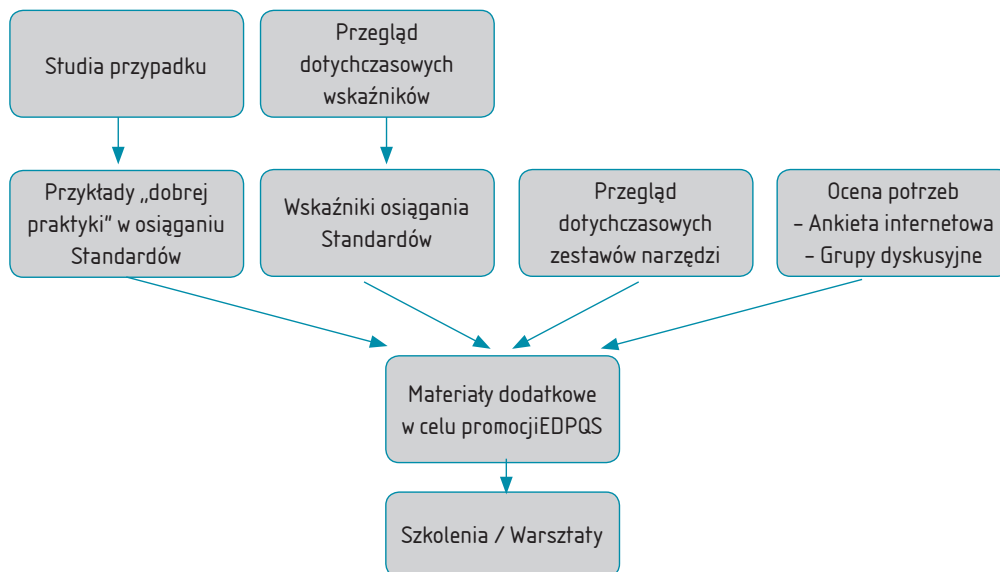
## Europejskie standardy – prace w ramach drugiego etapu

Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej<sup>1</sup> oraz Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii były zaangażowane w projekcie pt. Promocja Dobrych Praktyk w profilaktyce uzależnień od narkotyków, znanym również pod nazwą Europejskich Standardów Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków (EDPQS) Faza II. Niniejszy projekt finansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach unijnego Programu Informacji i Profilaktyki Uzależnień od Narkotyków (Drug Prevention and Information). Europejskie Standardy Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków zostały opracowane przez Partnerstwo dla Standardów w Profilaktyce w latach 2008-2010 a następnie opublikowane przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) w 2011 r. Pierwsza część publikacji zawiera skróconą wersję podręcznika z dodatkowymi informacjami. Oficjalna prezentacja podręcznika odbyła się na corocznej konferencji Europejskiego Towarzystwa Badań w obszarze profilaktyki (European Society for Prevention Research) w tym samym roku. Polska wersja została wydana przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN) i jest dostępna na stronie internetowej Centrum Informacji KBPN: [http://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res\\_id=454227](http://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=454227). Osoby zainteresowane otrzymaniem wersji wydrukowanej proszone są o kontakt emailowy: [nfpp@kbpn.gov.pl](mailto:nfpp@kbpn.gov.pl). Więcej informacji na temat Europejskich Standardów znajduje się na stronie internetowej projektu ([www.prevention-standards.eu](http://www.prevention-standards.eu)). Standardy zostały sformułowane w oparciu o ośmioetapowy cykl projektowy: 1) Ocena potrzeb, 2) Ocena zasobów, 3) Ramy programu, 4) Konstrukcja interwencji, 5) Zarządzanie i mobilizacja zasobów, 6) Realizacja i monitoring, 7) Ewaluacje końcowe oraz 8) Rozpowszechnianie i doskonalenie. Standardy sformułowano również w oparciu o cztery kwestie wspólne dla wszystkich etapów cyklu projektowego: A) Trwałość i finansowanie, B) Wzajemna komunikacja i udział interesariuszy, C) Organizacja i rozwój personelu, D) Etyczny wymiar profilaktyki uzależnień od narkotyków. Standardy nie narzucają żadnych strategii ani interwencji, a skupiają się na strukturalnych i proceduralnych aspektach działalności profilaktycznej (np. sposobach angażowania uczestników). Standardy stanowią zatem model postępowania w zakresie planowania, wdrażania i ewaluowania działań z obszaru profilaktyki uzależnień od narkotyków. Standardy pomagają określić z poziomu europejskiego, czym jest „wysokojakościowa” profilaktyka uzależnień od narkotyków. W drugiej fazie projektu EDPQS uczestniczy osiem regionów i krajów członkowskich UE, w tym – jak to zostało wspomniane – Polska. Liderem projektu jest Liverpool John Moores University. Działania w ramach drugiej fazy projektu zostały przedstawione na rycinie 1.

---

<sup>1</sup> Koordynatorami polskiego projektu byli pracownicy MCPS: Maria Wrońska oraz Piotr Oniszk

Rycina 1. Metodologia projektu Europejskich Standardów II Faza



Źródło: Angelina Brotherhood „Standardy jakości w profilaktyce uzależnień Faza 2 Projektu Europejskich Standardów Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków”

Druga faza projektu EDPQS ma na celu praktyczne wdrożenie Europejskich Standardów poprzez opracowanie materiałów dodatkowych, na które składać się będą:

- Materiały wspierające wdrożenie Standardów w działania praktyczne,
- Szkolenia, w tym szkolenia dla trenerów, dla różnych realizatorów działań praktycznych oraz twórców strategii w przedmiotowym zakresie
- Wskaźniki mające na celu potwierdzenie osiągnięcia Standardów
- Specjalistyczne publikacje na tematy ściśle związane ze standardami jakości w profilaktyce

W ramach drugiej fazy projektu opracowane zostaną materiały dla czterech grup docelowych:

- Decydenci (w tym twórcy strategii, sponsorzy i zleceniodawcy)
- Praktycy (w tym twórcy programów, kierownicy programów i personel)
- Zawodowi szkoleniowcy/edukatorzy (w tym wykładowcy akademicy)
- Koordynatorzy działań profilaktycznych na szczeblu lokalnym/regionalnym/krajowym

Powyższe materiały będą stanowić pomoc dla wszystkich osób zaangażowanych w działania profilaktyczne w procesie doskonalenia własnego warsztatu w oparciu o solidne zasady i dowody naukowe. Standardy zostały opracowane jako materiały do wykorzystania w profilaktyce narkotykowej, jednakże mogą one również znaleźć zastosowanie w innych obszarach działań profilaktycznych. W ramach opracowywania materiałów dodatkowych w styczniu i lutym 2014 roku ocenione zostały potrzeby klu-

czowych grup zajmujących się profilaktyką w odniesieniu do ich codziennej pracy, potrzeb i warunków działań w ramach badania on-line. Następnie w marcu 2014 zostały przeprowadzone grupy fokusowe z zamiarem szczegółowego omówienia wyników ankiety internetowej oraz określenia właściwego celu, grup docelowych i warunków opracowania przydatnych materiałów dodatkowych.

Tabela 1. Cele Europejskich Standardów Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków

| Cel   | Zalecany |
|---|----------|
| Informacja, edukacja i instruktaż (np. kierunki na studiach, szkolenie personelu) | ✓        |
| Opracowywanie bądź aktualizowanie kryteriów jakości (np. decydenci, sponsorzy)    | ✓        |
| Autorefleksyjna lista kontrolna (np. zleciodawcy, twórcy programów)               | ✓        |
| Dyskusje w grupach (np. kierownicy programów, pracownicy terenowi)                | ✓        |
| Oceny wyników pracy (np. ocena potrzeb szkoleniowych personelu)                   | ✓        |

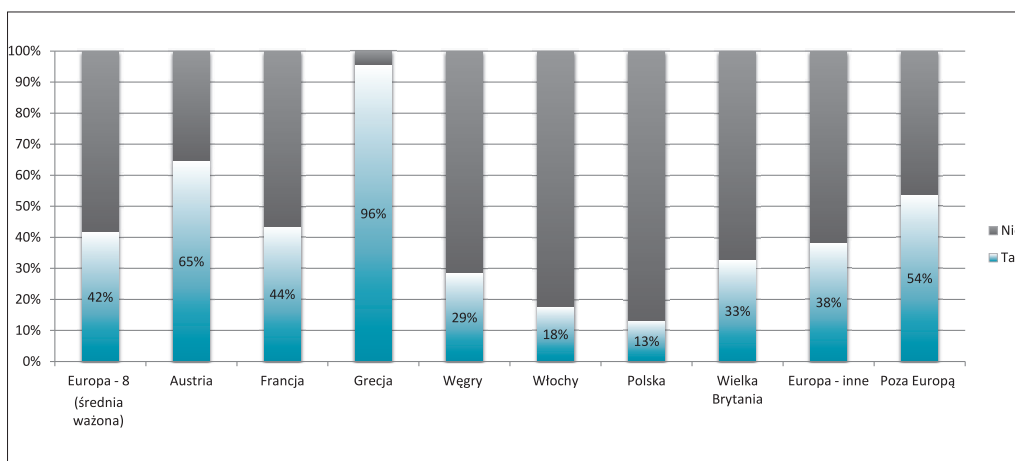
Źródło: Angelina Brotherhood „Standardy jakości w profilaktyce uzależnień Faza 2 Projektu Europejskich Standardów Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków”

## Badanie on-line wśród specjalistów

W badaniu wzięło udział 505 osób, przede wszystkim z 7 krajów uczestniczących w projekcie, ale również 60 respondentów z innych krajów europejskich oraz spoza Europy. Ankieta objęła w sumie swoim zasięgiem 30 krajów. Liczby uczestników w poszczególnych krajach wahały się od 49 osób (Węgry) do 90 (Grecja). W Polsce do badania udało się zrekrutować 61 osób, pracujących w różnych obszarach od wdrażania programów profilaktycznych po urzędników miejskich, czy z instytucji centralnych. W publikacji przedstawione zostały niektóre z wyników ankiety przeprowadzonej wśród specjalistów zajmujących się profilaktyką. Badani zostali zapytani, czy profilaktyka narkotykowa stanowi ich główne zajęcie. Większość respondentów była zawodowo związana z tym obszarem (wykres 1), a mniej niż połowa postrzegala profilaktykę jako główne zajęcie w pracy. W Austrii ten odsetek był relatywnie wysoki. W tym kraju pytanie dotyczyło profilaktyki uzależnień (a nie „profilaktyki uzależnień od narkotyków”), ponieważ ten termin wykorzystywany jest tam częściej. Porównując wyniki między krajami należy odnotować, że najniższe odsetki osób, które odpowiedziały twierdząco, odnotowano w Polsce (13%) oraz we Włoszech (18%). Warto zwrócić uwagę, że w Grecji 96% osób biorących udział w badaniu zaangażowane jest w profilaktykę narkotykową. Wynik jest efektem działania w Grecji specjalnych 71 Centrów zajmujących się profilaktyką (Prevention Centres for Addiction and Psychosocial He-

alth Promotion), które zajmują się również profilaktyką narkotykową. Wyniki pokazują, że w Polsce osoby zajmujące się profilaktyką są zaangażowane również w inne działania z tego zakresu, np. profilaktykę alkoholową. Ok. 30% respondentów z Polski deklaruje działalność z zakresu profilaktyki uzależnień w 2013 r. „rzadziej niż raz w miesiącu”. Respondenci wskazywali również na fakt, że dopiero od niedawna zajmują się profilaktyką (do 2 lat doświadczenia zawodowego). Wyniki z badania powinny być wyciągane z ostrożnością, ponieważ próba nie była reprezentatywna.

Wykres 1. Czy profilaktyka uzależnień od narkotyków to główny obszar Pani/Pana pracy?



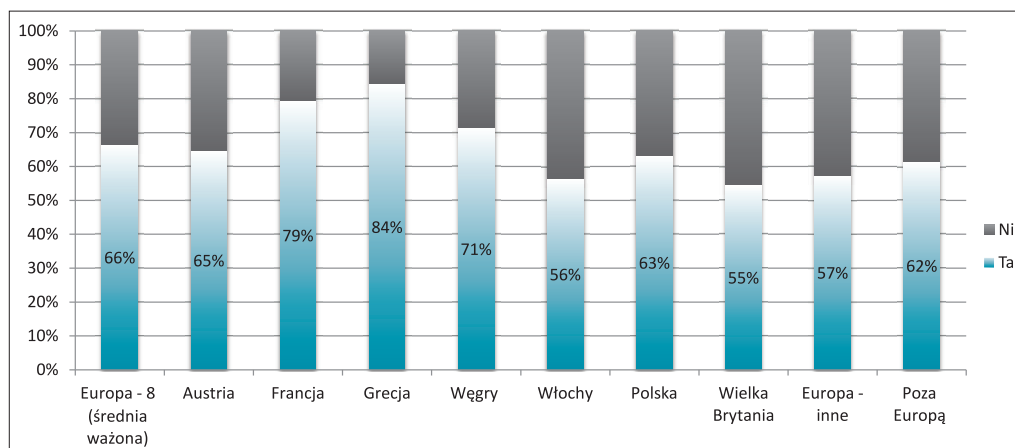
Źródło: Wyniki badania w ramach projektu EDPQS Faza II

W porównaniu z innymi krajami polscy respondenci najczęściej określali dziedzinę własnej działalności zawodowej jako sprawy społeczne. Sponsorzy, co oznacza przede wszystkim osoby zajmujące się finansowaniem profilaktyki, z ramienia administracji samorządowej i publicznej byli szczególnie mocno reprezentowani na tle innych krajów partnerskich.

## Identyfikacja potrzeb

W ramach badania on-line pytano, czy uczestnicy brali udział w szkoleniach z zakresu profilaktyki uzależnień od narkotyków (Wykres 2). W Polsce odsetek respondentów, który potwierdził udział w szkoleniach jest podobny do średniej europejskiej (63%). Największy odsetek badanych brał udział w szkoleniach w Grecji (84%), a najmniejszy w Wielkiej Brytanii (55%).

**Wykres 2.** Czy kiedykolwiek uczestniczył(a) Pani/Pan w specjalistycznym szkoleniu z zakresu profilaktyki uzależnień od narkotyków?



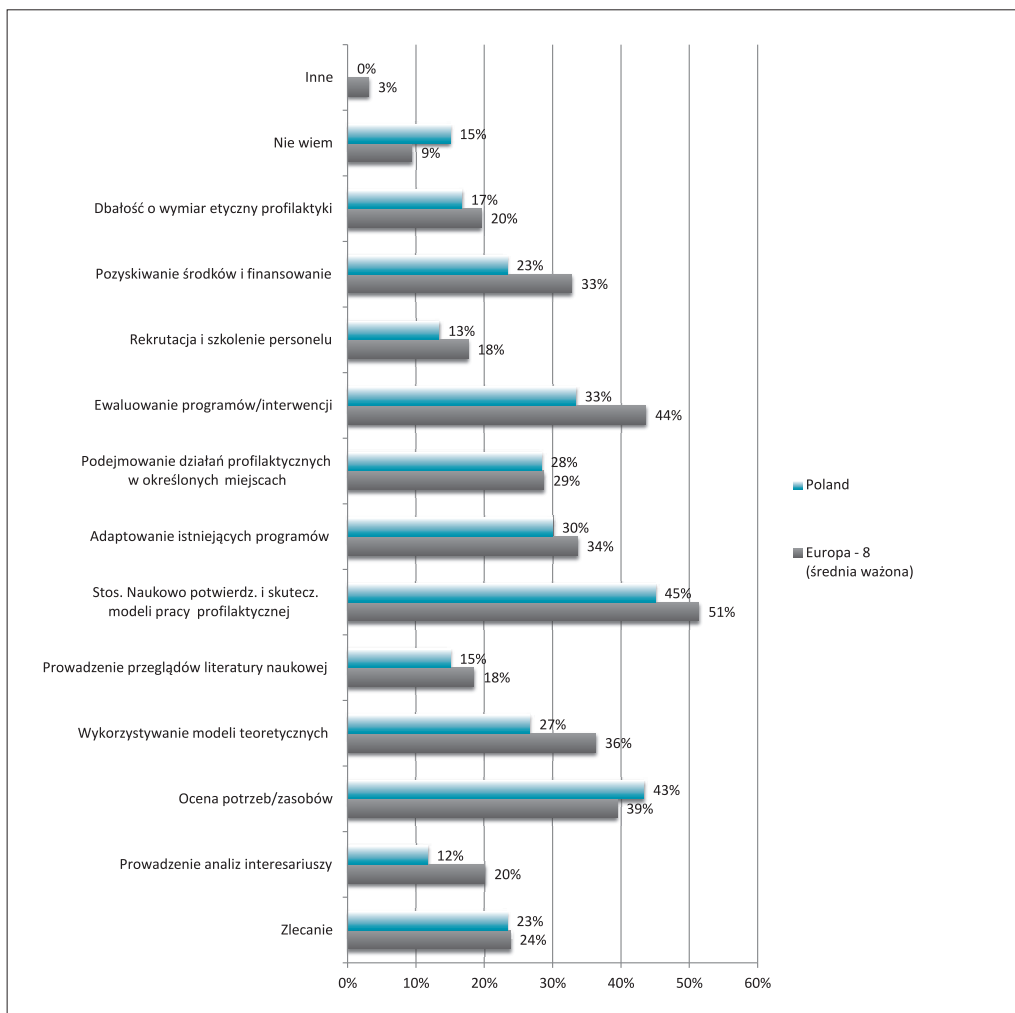
Źródło: Wyniki badania w ramach projektu EDPQS Faza II

Europejskie Standardy częściowo opierają się na polskich standardach przygotowanych w systemie rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego. Są one promowane w Polsce m.in. jako narzędzie do przygotowywania programów celem umieszczenia ich w bazie danych programów rekomendowanych. Przedmiotem badania on-line była m.in. próba identyfikacji deficytów i oczekiwanego wsparcia osób zajmujących się profilaktyką, jak również wykorzystania obecnych narzędzi. Odpowiedzi dotyczące wiedzy na temat Europejskich Standardów oraz ich wykorzystania w Polsce (88% znało lub/i wykorzystało standardy) były podobne do europejskiej średniej ważonej (84%). Polscy respondenci najczęściej zapoznali się z podręcznikiem EMCDDA po polsku. W pytaniu o przeszkody w korzystaniu z obecnych Europejskich Standardów respondenci najczęściej wymieniali brak wsparcia ułatwiającego wdrażanie standardów, np. materiały dodatkowe, szkolenia (38% w Polsce, a w Europie 23%). Jako główną przeszkodę w stosowaniu materiałów dodatkowych do standardów wskazywano brak czasu (25% w Polsce, a w Europie 34%) oraz brak wiedzy, jak standardy zastosować w praktyce (w Polsce 22%, a w Europie 17%).

Dla większości badanych najlepszym sposobem poznania Europejskich Standardów jest bezpośrednia prezentacja lub wykład, np. podczas konferencji (w Polsce 68%, a w Europie 45%) oraz kształcenie w ramach bezpośrednich programów szkoleniowych, np. warsztaty w małych grupach (w Polsce 65% a w Europie 55%). Mniejszą popularnością niż w Europie cieszyła się w Polsce forma samokształcenia w oparciu o materiały drukowane (w Polsce 37%, a w Europie 45%). Największy odsetek respondentów – w Europie (51%) oraz w Polsce (45%) – wskazał, że potrzebuje wsparcia w stosowaniu naukowo potwierdzonych i skutecznych modeli pracy profilaktycznej (Wykres 3). W drugiej kolejności wybrano w Polsce (43%) ocenę potrzeb i zasobów, która jest na trzecim miejscu w Europie (39%). Dla badanych ważna była również kwestia ewaluacji. W Polsce co trzeci respondent wskazał na potrzebę wsparcia w tym obszarze (33%), a w Europie blisko połowa (44%).



**Wykres 3. W jakich obszarach potrzebują Państwo wsparcia, by nabrać więcej pewności siebie i czuć się bardziej kompetentnym we własnej pracy profilaktycznej?**



Źródło: Wyniki badania w ramach projektu EDPQS Faza II

## Wyniki grup fokusowych

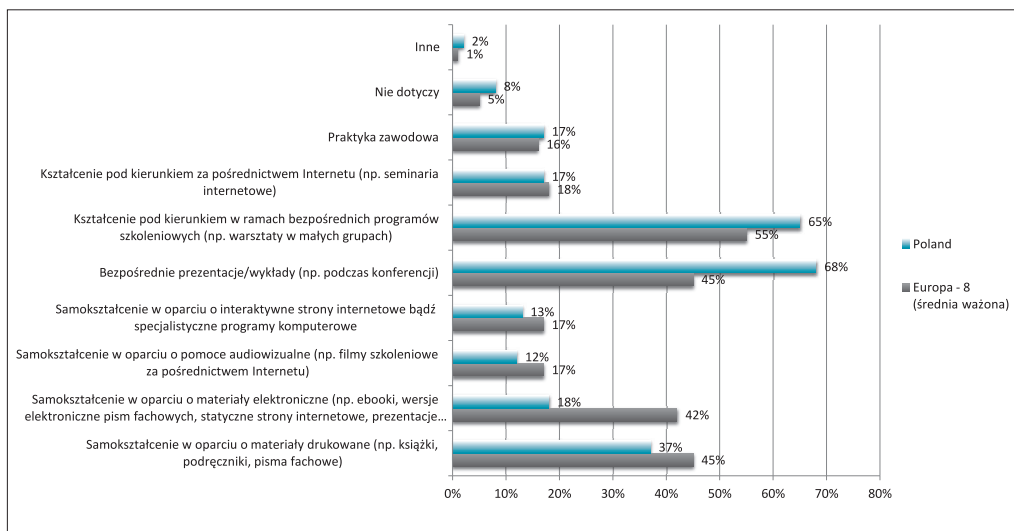
W ramach prac nad oceną potrzeb w obszarze profilaktyki i wdrażania EDPQS, które miały służyć przygotowaniu Europejskich Standardów, przeprowadzone zostały w krajach uczestniczących w projekcie grupy fokusowe mające na celu: omówienie wyników ankiety on-line i lepsze jej zrozumienie oraz zastanowienie się nad sposobami wdrażania standardów. W trakcie dwóch trzygodzinnych spotkań, które odbyły się w kilku krajach europejskich, dyskutowano nad treścią materiałów pomocniczych dla

Europejskich Standardów. Ponadto dodatkowo w Polsce rozmawiano nad wyzwaniem dla wdrażania profilaktyki w naszym kraju. W dwóch grupach fokusowych zorganizowanych przez MCPS wzięło udział 18 osób, które zajmują się profilaktyką na poziomie lokalnym (np. przedstawiciele gmin czy organizacji pozarządowych), wojewódzkim (ekspertki wojewódzcy ds. informacji o narkotykach i narkomanii) oraz centralnym (np. pracownicy Krajowego Centrum ds. AIDS oraz Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych). Wszyscy uczestnicy brali wcześniej udział w ankiecie on-line.

## Jak wdrażać standardy?

Wyniki badania fokusowego potwierdziły rezultaty ankiety on-line. Według uczestników wywiadu ważne są przede wszystkim dwie kluczowe grupy potencjalnych odbiorców standardów. W badaniu internetowym nazywani zostali jako „sponsorzy”, a w polskich realiach są to przede wszystkim przedstawiciele samorządu lokalnego, którzy wykorzystują środki z tzw. korkowego do przeciwdziałania narkomanii. Lokalni urzędnicy zlecają do realizacji programy profilaktyczne i w tym przypadku standardy mogą ułatwić im pracę przy rozstrzyganiu konkursów ofert. Ponadto wykorzystanie standardów może mieć wpływ na jakość realizowanej profilaktyki w gminach. Druga grupa odbiorców, która w największym stopniu może skorzystać z Europejskich Standardów, to praktycy (realizatorzy programów profilaktycznych oraz ich twórcy). Według badanych każda z grup docelowych jest w stanie osiągnąć korzyści z Europejskich Standardów, jednakże dwie wymienione powyżej wydają się najważniejsze. W trakcie dyskusji wyrażane były opinie, że warto docierać do osób decyzyjnych w samorządzie wojewódzkim lub gminnym w celu przekazywania informacji, czym powinna być dobrej jakości profilaktyka. W opinii niektórych badanych profilaktyka na poziomie lokalnym jest traktowana jako jedno z wielu zadań do realizacji. Środki na profilaktykę wydawane na poziomie gminy czy miasta są często obowiązkową pozycją w budżecie. Jednakże realizowane programy profilaktyczne nie zawsze są sprawdzane pod kątem efektów i skutków ich wdrażania. W wypowiedziach uczestników grup fokusowych podkreślano ważność przygotowania dodatkowych materiałów w ramach projektu, które byłyby przyjazne do zastosowania w praktyce. Nowa publikacja mogłaby zawierać Europejskie Standardy w pigułce: *„Istotną barierą jest brak krótkiego opracowania standardów, językiem przystępnym - zniechęca wielka „księga”, która obecnie jest stosowana”*. Dodatkowe materiały miałyby na celu przedstawienie standardów w łatwiejszy i bardziej przystępny sposób: *„Myślę, że obiektywnych przeszkód (do wdrażania standardów) nie ma, z pewnością standardy jeśli mają trafić do szerokiej rzeszy odbiorców, muszą być uproszczone i napisane bardziej zrozumiałym językiem”*. W celu ich promocji powinien zostać położony nacisk na przygotowanie atrakcyjnej oferty w postaci zarówno materiałów drukowanych, jak również multimedialnych. Odpowiedzi respondentów z badania on-line z Polski i Europy dotyczące sposobów promocji Europejskich Standardów przedstawione zostały na wykresie 4. Były one omawiane w trakcie grup fokusowych. W Polsce największy odsetek wskazał na bezpośrednie formy nauczania, jak np. konferencja (68%) oraz warsztaty (65%).

**Wykres 4. W jaki sposób respondenci chcieliby poznać Europejskie Standardy Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków.**



Źródło: Wyniki badania w ramach projektu EDPQS Faza II

Podczas dyskusji w trakcie grup fokusowej zaprezentowano różne formy docierania do potencjalnych zainteresowanych z opracowanymi Europejskimi Standardami:

- Przekazywanie treści w formie kontaktu z drugim człowiekiem, czyli konferencje, seminaria, szkolenia, wykłady, warsztaty.
- Forma drukowana – rozprowadzana do wszystkich zainteresowanych grup: samorządowcy, wdrażający programy profilaktyczne, itp.
- Wykorzystanie współpracy z organizacjami pozarządowymi, aby zwiększyć zasięg propagowania tych narzędzi.
- Zawarcie w materiałach praktycznych przykładów dobrych rozwiązań, które przyniosą oczekiwane efekty, np. dobre programy – przykłady sukcesu.
- Opracowanie atrakcyjnych materiałów multimedialnych i umieszczenie ich w portalu poświęconym Europejskim Standardom oraz promocja portalu.
- Szkolenia multimedialne (tańsze i bardziej dostępne) – programy e-learningowe oraz sensowna promocja tych form szkolenia.
- Bardziej promocyjno-informacyjna nazwa Europejskich Standardów (ES).
- Obowiązkowe wprowadzenie standardów na mocy prawa, np. zmiana Ustawy antynarkotkowej.

Ostatnia propozycja spotkała się również z komentarzami przeciwnymi. Niektóre z osób biorących udział w dyskusji uważały, iż obowiązkowe narzucenie standardów może być martwym biurokratycznym przepisem, jak jest np. obecnie w przypadku szkolnych programów profilaktycznych. Są one obowiązkowe dla każdej szkoły, a ich jakość czasami jest dyskusyjna.

## Przeszkody we wdrażaniu standardów

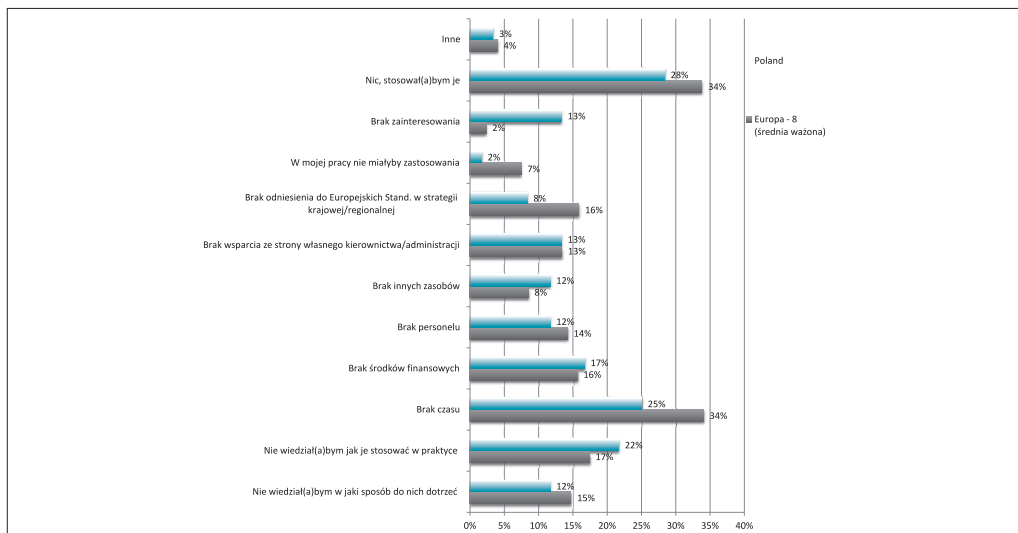
W trakcie grup fokusowych wskazywano na bariery we wdrażaniu standardów: stereotypowe myślenie, negatywne nastawienie do nakładanych z zewnątrz norm, traktowanie instrumentalne beneficjentów programu. Według wyników badania on-line najczęściej, poza brakiem czasu, wskazano brak wiedzy, jak je stosować (22%). W celu przewycięzania tych barier zaproponowano kształtowanie i uczenie realizatorów profilaktyki poprzez dostarczanie im przekonania, że dzięki wiedzy i umiejętnościom osiągną swoje cele (także finansowe) mniejszym nakładem pracy. Standardy w opinii badanych mogą być narzędziem ułatwiającym pracę, mimo że na początku wiążą się z dodatkowymi nakładami: „Potrzebne jest spowodowanie, żeby grupy docelowe spostrzegły Europejskie Standardy jako użyteczne ułatwienie ich pracy. Wypracowanie takiej postawy wymaga opracowania trafnego, specyficznego komunikatu promującego Europejskie Standardy”.

Do barier w promocji standardów zaliczono:

- Brak gratyfikacji w konkursach dla programów spełniających kryteria Europejskich Standardów
- Brak pomocy ze strony specjalistów
- Brak czasu na wdrażanie standardów europejskich
- Nieznajomość sposobów stosowania Europejskich Standardów
- Niechęć do korzystania z jakichkolwiek standardów (jako ogranicznika), uznawanie ich za rodzaj biurokratycznego wytworu, brak widocznych profitów wynikających z korzystania ze standardów oraz brak weryfikacji ich stosowania

Odpowiedzi respondentów badania on-line z Polski i Europy przedstawione zostały na wykresie 5.

Wykres 5. Jeśli materiały pomocnicze na temat Europejskich Standardów byłyby dostępne w przyszłości w Państwa języku, co mogłoby stać na przeszkodzie w ich stosowaniu?



Źródło: Wyniki badania w ramach projektu EDPQS Faza II

## Podsumowanie wyników badań

Uczestnicy wyrażali potrzebę wdrażania Europejskich Standardów w Polsce jako potrzebnego narzędzia dla podnoszenia jakości działań profilaktycznych. Wyniki ankiety internetowej wskazywały, iż największym zainteresowaniem będą się cieszyły tradycyjne formy szkoleniowe, takie jak publikacje, konferencje i szkolenia z wykorzystaniem warsztatów. Jednakże uczestnicy grup fokusowych wskazywali, iż warto zastanowić się nad wykorzystaniem Internetu do prowadzenia szkoleń czy promowania Europejskich Standardów. Polski system charakteryzuje decentralizacja działań oraz silna pozycja samorządu terytorialnego. Jeżeli weźmiemy pod uwagę wydatki gmin, miast oraz Urzędów Marszałkowskich na profilaktykę, widać wyraźnie, że samorząd terytorialny jest głównym źródłem finansowania profilaktyki w Polsce. W 2012 roku wydano z tzw. „korkowego” na przeciwdziałanie narkomanii w gminach i miastach 35 milionów, a na przeciwdziałanie alkoholizmowi 626 milionów. Dyskusja w trakcie grup fokusowych pokazała, że istnieje oczekiwanie wobec samorządu, aby był instytucją mającą wpływ na jakość wdrażanej profilaktyki w Polsce. Corocznie organizowane konkursy przez gminy czy miasta mogą być takim narzędziem, jeśli przedstawiciele samorządu wezmą pod uwagę wytyczne zawarte np. w Europejskich Standardach do organizowania corocznych konkursów dla organizacji pozarządowych. Dyskutowano także nad sposobami propagowania Europejskich Standardów wśród realizatorów działań profilaktycznych. Zapisanie wytycznych zawartych w Europejskich Standardach do konkursów gminnych w postaci np. dodatkowych punktów mogłoby mieć wpływ na korzystanie z Europejskich Standardów przez osoby aplikujące o środki. Podnoszenie jakości działań profilaktycznych wiąże się niewątpliwie z dodatkowymi nakładami ponoszonymi przez ich realizatorów. Dlatego też koncepcja promowania korzystania ze standardów przez samorządy wydaje się ciekawa, ale może być trudna do wdrożenia przy systemie zdecentralizowanym. Doświadczenia z wdrażania systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego pokazują, że zarówno gminy, jak i organizacje pozarządowe nie korzystają w pełni z istniejących możliwości. W bazie programów rekomendowanych jest obecnie trzynaście programów. Na podstawie danych z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w 2013 roku wiemy, że 1668 gmin wspierało programy profilaktyki uniwersalnej. Jednakże nadal w niewielkim stopniu finansowane są programy rekomendowane. Najwięcej gmin wspierało w 2013 roku programy „Szkoła dla Rodziców i Wychowawców” (89 gmin) koordynowany przez Ośrodek Rozwoju Edukacji oraz „Archipelag Skarbów” (62 gminy) koordynowany przez Fundację Homo Homini. W sumie 202 gminy finansowały realizację programów rekomendowanych w 2013 roku. Nadal widać zatem potrzebę prac nad rozwojem standardów i ich promowaniem, co może przelożyć się na powstanie kolejnych dobrych programów profilaktycznych. Do tego celu mogą służyć Europejskie Standardy, które są między innymi promowane na corocznych konferencjach KBPN i MCPS dla przedstawicieli samorządu terytorialnego.

## Europejskie Standardy w Polsce

Na początku października 2014 odbyła się w Warszawie konferencja pt. Europejskie Standardy Jakości w Profilaktyce Uzależnień (angielski skrót: EDPQS – European Drug Prevention Quality Standards), która została przygotowana przez Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (CINN KBPN) oraz Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej (MCPS). Coroczna konferencja organizowana jest dla gmin monitorujących problem narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym oraz Ekspertów Wojewódzkich ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii, ale biorą w niej również udział przedstawiciele innych samorządów lokalnych, organizacji pozarządowych czy placówek leczniczych. Konferencja miała na celu przedstawienie EDPQS oraz obecnych prac nad drugą fazą projektu. W sumie w konferencji udział wzięło około 120 osób oraz 20 ekspertów z zagranicy (ponad 10 krajów UE oraz Gruzja). Podczas pierwszej sesji konferencji przedstawiony został przez Angelinę Brotherhood (John Moores University Liverpool) projekt EDPQS oraz spodziewane efekty drugiej fazy działań. Inni uczestnicy projektu z Włoch (Rachele Donini), Francji (Carine Mutatayi) oraz Polski (Artur Malczewski) przedstawili prace prowadzone w ramach projektu. Prezentacja Angeliny Brotherhood dotyczyła koncepcji projektu oraz możliwości wykorzystania standardów w praktyce. Jednym z głównych tematów prezentacji była potrzeba wsparcia „orędowników EDPQS”, czyli osób chcących podnieść jakość działań profilaktycznych za pośrednictwem EDPQS. Skuteczne podniesienie jakości działań profilaktycznych wymaga pomocy osób zaangażowanych w profilaktykę na poziomie lokalnym. Druga faza projektu ma na celu opracowanie odpowiednich materiałów do wdrażania standardów. W ramach pakietu znajdują się: jednostronicowe streszczenie, materiały szkoleniowe do stosowania w warsztatach bezpośrednich, przewodnik dla trenerów, prezentacje multimedialne oraz ćwiczenia warsztatowe. EDPQS mogą być stosowane do potwierdzenia wdrażania dobrej praktyki w profilaktyce oraz identyfikacji obszarów wymagających dalszego rozwoju. Rachele Donini z Włoch zaprezentowała perspektywę praktyka-lekarza we wdrażaniu EDPQS, a Carine Mutatayi z Francji przedstawiła koncepcję publikacji (zestaw narzędzi tzw. toolkit) dla decydentów i osób zlecających programy profilaktyczne. W konferencji wzięła udział również przedstawicielka EMCDDA Alessandra Bo z Portugalii, która przedstawiła portal EMCDDA dotyczący dobrych praktyk w profilaktyce, leczeniu oraz redukcji szkód. W październiku uruchomiona została nowa odsłona portalu, który jest dostępny pod adresem: <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice>.

## Szkolenia dla specjalistów w 2015 roku

Wychodząc naprzeciw potrzebom osób zajmujących się profilaktyką, przygotowano pakiet szkoleniowy. Treningi, dotyczące Europejskich Standardów, składają się z modułów, co umożliwia ich przeprowadzenie w postaci jednego lub dwudniowego spotkania. Połowa zajęć prowadzona jest w trybie warsztatowym, co pozwala uczestnikom na analizę programu profilaktycznego w oparciu o standardy lub przygotowanie zarysu własnego programu, na podstawie Europejskich Standardów. Pierwsze

pilotażowe szkolenie w ramach projektu zostało zorganizowane przez MCPS i CINN KBPN w lutym 2015 roku. Wzięli w nim udział przedstawiciele samorządu terytorialnego z województwa mazowieckiego i pomorskiego. Polskie szkolenie trwało dwa dni, krótsze szkolenia zostały zorganizowane w Czechach, Grecji, na Węgrzech oraz we Włoszech. W oparciu o wyniki szkolenia przygotowano końcową wersję treningu dla różnych grup specjalistów z profilaktyki. MCPS planuje przeprowadzenie kolejnego szkolenia dla gmin w drugiej połowie roku dla przedstawicieli samorządu lokalnego z województwa mazowieckiego. Ponadto CINN KBPN będzie prowadził szkolenia z Europejskich Standardów w Gruzji (lipiec), na Łotwie (początek 2015) i być może na Litwie.

## Konferencja dotycząca minimalnych standardów jakości w redukcji popytu

Kolejnym działaniem mającym na celu promowanie europejskich standardów była międzynarodowa konferencja w Warszawie. W dniach 10–11 czerwca 2015 Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii we współpracy z Mazowieckim Centrum Polityki Społecznej zorganizowało konferencję dot. minimalnych standardów jakości w redukcji popytu na narkotyki dla przedstawicieli samorządu lokalnego, a także gości zagranicznych. Głównym tematem tegorocznej konferencji były minimalne standardy jakości w redukcji popytu na narkotyki opracowywane w trakcie włoskiej i łotewskiej prezydencji w Unii Europejskiej. W trakcie dwóch dni ogłoszonych zostało ponad 20 prezentacji, w tym połowa przez zagranicznych ekspertów. Informacje na temat minimalnych standardów przedstawiła osoba odpowiedzialna za ich opracowanie Agnese Zile-Visberga (Krajowy Koordynator ds. Narkotyków z Łotwy). Minimalne standardy mają zostać opracowane jako konkluzje Rady Europejskiej w 2015 roku. Ponadto przedstawiony został Europejski Raport Narkotykowy EMCDDA 2015 przez dr. Alessandro Pirona oraz najnowsze wyniki badań Fundacji CBOS dotyczące substancji psychoaktywnych i uzależnień behawioralnych z 2015<sup>2</sup>. Wśród prelegentów byli również m.in. koordynatorzy projektu Europejskich Standardów w Profilaktyce Uzależnień: prof. Harry Sumnall z Wielkiej Brytanii, Angelina Brotherhood z Austrii. Jedną z sesji podczas konferencji dotyczyła kwestii związanych z marihuaną. Dr Jean-Paul Grund (autor publikacji „Coffee shops i kompromis”) omówił założenia polityki narkotykowej w Holandii. Ponadto ogłoszono prezentacje na temat Nowych Substancji Psychoaktywnych przez ekspertów z Polski i zagranicy. Łącznie w konferencji wzięło udział około 150 osób, w tym goście zagraniczni z Austrii, Belgii, Czech, Holandii, Portugalii, Litwy, Łotwy, Wielkiej Brytanii oraz Gruzji. Podczas konferencji wypracowano konkluzje dotyczące minimalnych standardów, które zostały przedstawione na czerwcowym spotkaniu Grupy Roboczej ds. Narkotyków w Brukseli przez Dyrektora KBPN.

<sup>2</sup> Prezentacje z konferencji dostępne są na stronie CINN KBPN: <http://www.cinn.gov.pl/portal?id=842600>

## Wnioski z konferencji w 2015 roku

Minimalne Standardy oraz Europejskie Standardy w Profilaktyce mogą być wsparciem dla osób zajmujących się redukcją popytu na narkotyki. Wymagają one jednak współpracy ze strony praktyków w ich wdrażaniu, w szczególności na poziomie krajowym. Głównym wyzwaniem w promowaniu jakości w redukcji popytu jest kwestia wspierania specjalistów w korzystaniu i wdrażaniu standardów jakości w praktyce. W tym celu mogą być przygotowane kolejne dokumenty na poziomie krajowym lub regionalnym w oparciu o konsensus ze specjalistami pracującymi w tym obszarze. Istnienie standardów nie zawsze przekłada się na politykę czy praktykę. Przyjęcie i stosowanie ich pozostaje może być na niskim poziomie, nawet kiedy świadomość wytycznych/standardów i zgoda na nie wśród grupy docelowej była wysoka. Działania, w tym przypadku standardy, które są łatwe do zrozumienia, wykonania, oraz te, które nie wymagają konkretnych zasobów, mają większą szansę stosowania. Ważnym czynnikiem jest to, aby były one w czytelny sposób oparte na dowodach naukowych. Ponadto powinny im towarzyszyć strategie wdrożeniowe. Bardzo ważnym elementem we wdrażaniu standardów wydaje się zbudowanie krajowego konsensusu w odniesieniu standardów, co obecnie dzieje się w Belgii w odniesieniu do minimalnych standardów w redukcji popytu. W Belgii w celu wdrażania minimalnych standardów realizowany jest projekt mający na celu zbudowanie konsensusu społecznego za pomocą szerokich konsultacji ze specjalistami w postaci grup fokusowych oraz badań on-line. Warto podkreślić, że minimalne standardy są dokumentem pokazującym ważne dla Europy wartości, jak to, że np. interwencje muszą być dopasowane i realizowane w oparciu o zasady etyczne, z poszanowaniem praw człowieka, zasady poufności i cech kulturowych. Będą zatem nie tylko dokumentem do dalszego wykorzystania przez praktyków, ale mogą być traktowane jako deklaracja polityczna Unii Europejskiej.

Artur Malczewski  
Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii  
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii



