

Quality



Európai drogprevenációs minőségi standardok

Európai drogprevenációs minőségi standardok



Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ

Nemzeti Drog Fókuszpont
1097 Budapest, Gyáli út 2-6.
Tel.: +36-1 476 1100/2510
www.drogfokuszpont.hu



Európai drogprevenciós minőségi standardok



Jogi Közlemény

Az EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja) ezen kiadványát a szerzői jog védi. Az EMCDDA nem vállal felelősséget vagy kötelezettséget a dokumentumban szereplő adatok felhasználásából eredő következményekért. A kiadvány tartalma nem feltétlenül tükrözi az EMCDDA partnereinek, az Európai Unió tagállamainak vagy az Európai Unió bármely intézményének, ügynökségének hivatalos álláspontját.

Az Európai Unióval kapcsolatos további információk elérhetők az Interneten. Az oldal az Európa szerveren keresztül érhető el (<http://europa.eu>).

Jelen kiadványt a Prevenációs Standardok együttműködő partnerei készítették. A Standardok kidolgozásának pénzügyi feltételeit 60%-ban az Európai Bizottság (EC) biztosította a Népegészségügyi Program (2003-2008) keretében. A projekt címe: "Bizonyítékokon alapuló európai standardok a drogprevenció területén", a projekt száma: 2007304.

Az Európai drogprevenció minőségi standardok kiadvány szabadon sokszorosítható, és terjeszthető, amennyiben ez nem üzleti forgalomban történik, valamint amennyiben a kiadványra korrekt hivatkozás történik. A standardok nem változtathatók (nem lehet belőlük részeket megváltoztatni, kihagyni, vagy hozzáadni) az EMCDDA és az együttműködő partnerek engedélye nélkül.

A magyar kiadásban közreműködött:

Felvinczi Katalin
Nyírády Adrienn
Péterfi Anna
Port Ágnes
Sebestyén Edit
Tarján Anna



www.emcdda.eu.int

A kiadvány angol nyelven jelent meg *European drug prevention quality standards* címmel, 2011-ben az EMCDDA kiadásában, Lisszabonban.

Copyright © Nemzeti Drog Fókuszpont, 2012

TARTALOMJEGYZÉK

Köszönetnyilvánítások	5
Előszó	7
A prevenciós standardok kidolgozásában részt vevő együttműködők előszava	8
Első rész: Bevezetés	11
1. fejezet: Jelenlegi drogprevenciós megközelítések Európában	13
2. fejezet: A minőségi standardok használata	18
Hogyan definiálhatóak az európai drogprevenciós minőségi standardok?	18
A drogprevencióval kapcsolatban használt definíció	19
A Standardok használata és szándékolt célja	20
Mit lehet "értékelni" a standardok segítségével?	25
Ki használja a standardokat?	26
A standardok struktúrája, az általuk megjelenített tartalom	29
Mi a különbség az alapvető és a szakértői standardok között?	32
3. fejezet: A minőségi standardokról	35
Miért került sor a Standardok kidolgozására?	35
Milyen szakpolitikákat támogatnak a Standardok?	36
Hogyan zajlott a standardok kialakítása?	37
Milyen feltételek mellett kerülhet sor a Standardok alkalmazására, valamint milyen akadályokra lehet számítani?	39
Második rész: A standardok	43
<i>Átívelő megfontolások</i>	47
A: Fenntarthatóság és finanszírozás	49
B: Kommunikáció és az érdekhordozók bevonása	53
C: Munkaerő-fejlesztés	59
D: Etikus drogprevenció	65
1 Szükségletfelmérés	71
1.1 A vonatkozó szakpolitika és szabályozás ismerete	73
1.2 A drogfogyasztás és a közösségi szükségletek felmérése	75
1.3 A szükségletek leírása – a beavatkozás indoklása	79
1.4 A célcsoport megismerése	82
2 Erőforrások feltérképezése	87
2.1 Célcsoport- és közösségi erőforrások felmérése	88
2.2 Belső kapacitások felmérése	90

3 Programalkotás	93
3.1 A célcsoport meghatározása	95
3.2 Elméleti modell alkalmazása	97
3.3 Célok meghatározása	99
3.4 A szintér meghatározása	103
3.5 A hatásosság bizonyítékai	105
3.6 Ütemezés	107
4 A beavatkozás megtervezése	109
4.1 A minőség és hatásosság szempontjainak érvényesítése	111
4.2 Már létező beavatkozás adaptálása	115
4.3 A beavatkozás illesztése a célcsoportához	119
4.4 Végső értékelés tervezése	122
5 Projektmenedzsment és erőforrás-mobilizáció	133
5.1 A program tervezése (a projektterv)	135
5.2 Pénzügyi szükségletek tervezése	139
5.3 A team felállítása	142
5.4 Résztevők kiválasztása és programban tartása	145
5.5 Programanyagok összeállítása	149
5.6 Programleírás	151
6 Megvalósítás és monitorozás	153
6.1 Próba beavatkozás	155
6.2 A beavatkozás megvalósítása	157
6.3 A megvalósítás monitorozása	159
6.4 Módosítások a megvalósítás során	162
7 Végső értékelés	165
7.1 Eredményértékelés	166
7.2 Folyamatértékelés	170
8 Promóció és fejlesztés	173
8.1 Döntés a program folytatásáról	174
8.2 A program promotálása	177
8.3 Záró beszámoló készítése	181
Függelék	183
Az eredeti standard dokumentumok	186
További iránymutatások	190
Fogalomtár az Európai drogprevenciós minőségi standardokhoz	211
Irodalomjegyzék	236

Köszönetnyilvánítások

Szerzők

Angelina Brotherhood, Centre for Public Health, Liverpool John Moores University, Egyesült Királyság

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

Közreműködők (ABC sorrendben)

Franco Badii, Azienda Sanitaria Locale n. 2 - Savonese (ASL2), Olaszország

Cristina Bergo, ASL di Milano, Olaszország

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

Gregor Burkhardt, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Portugália

Rosario Caruso, Azienda Sanitaria Locale n. 2 - Savonese (ASL2), Olaszország

Corrado Celata, ASL di Milano, Olaszország

Rachele Donini, Azienda Sanitaria Locale n. 2 - Savonese (ASL2), Olaszország

Felvinczi Katalin, Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet, Nemzeti Drogmegelőzési Intézet (SZMI-NDI), Magyarország

Riccardo C. Gatti, ASL di Milano, Olaszország

Jesús Moran Iglesias, Consejería de Sanidad - Servicio Gallego de Salud (Xunta de Galicia) (CS-SERGAS), Spanyolország

Artur Malczewski, National Bureau for Drug Prevention (NBPD), Lengyelország

Roberto Mancin, ASL di Milano, Olaszország

Maurizio Panza, Azienda Sanitaria Locale n. 2 - Savonese (ASL2), Olaszország

Francesca Romani, Azienda Sanitaria Locale n. 2 - Savonese (ASL2), Olaszország

Sebestyén Edit, Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet, Nemzeti Drogmegelőzési Intézet (SZMI-NDI), Magyarország

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

Simon Katalin, Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet, Nemzeti Drogmegelőzési Intézet (SZMI-NDI), Magyarország

Nadia Vimercati, ASL di Milano, Olaszország

Anna Zunino, Azienda Sanitaria Locale n. 2 - Savonese (ASL2), Olaszország

Együttműködő intézmények

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)

Institute for Alcohol and Drug Research (SIRUS), Norvégia

Federal Centre for Health Education (BZgA), Németország

Institute for Drugs and Drug Addictions (IDT), Portugália

Studio Consulenza e Valutazione nel Sociale (CEVAS), Olaszország

A strukturált konzultációkban részt vevő intézmények és szervezetek listája a kézikönyvhöz tartozó on-line mellékletben található:

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

Előszó

A prevenció mindig az első megközelítések egyike, valahányszor egy társadalmi vita vagy egy stratégia a droghasználattal kapcsolatos problémákkal foglalkozik. A prevenciós eszközök többnyire úgy kerülnek bemutatásra, mint a jelenleg tapasztalható és a jövőben várható problémákat megoldó módszerek. Ugyanakkor azon a kérdésen, hogy „mi működik” a gyakorlatban sokszor átsiklanak. Valóban, számos kutatást ismerünk, amelyek fényében megállapítható, hogy a prevenciónak nincs hatása, vagy éppen a kívánatostól eltérő hatásokat eredményez.

Jelen publikáció a törekvéseket kívánja jó irányba terelni. Egy empirikusan megalapozott vonatkoztatási keretre támaszkodva, áthidalja a tudomány, a gyakorlat és a szakpolitika között észlelhető szakadékot. Ez a kiadvány az európai és a világ egyéb pontjain létező standardok áttekintését követően az európai és a nemzetközi szinten jól ismert szakemberek csoportja, valamint nemzetközi intézmények képviselőinek együttműködésében született meg. Több mint 400 szakember és érdekhordozó vett részt a diskussziókban és jutott végül konszenzusra a Delphi panelvizsgálat és a fókuszcsoportos megbeszélések során. Az eredeti, prevenciós standardokkal foglalkozó projekt pénzügyi feltételeit az Európai Bizottság biztosította, és ennek eredményeit tarthatja kezében az olvasó jelen kiadvány formájában, amely az EMCDDA Kézikönyvek (EMCDDA Manuals) sorozatban jelent meg.

E sorozat információt, tanácsot, útmutatást kíván adni a szakembereknek. A jól strukturált anyag használhatóságát táblázatok, ábrák segítik, melyek révén támpontokat találnak a gyakorlatban dolgozók a szükségletfelméréstől a program megvalósításán át a végső értékelésig tartó folyamat egyes állomásaival kapcsolatban. A bizonyítékokon alapuló prevenciós beavatkozások, melyek jól illeszkednek a szolgáltatások és ellátások egyébként létező struktúrájához, a hatásosság kulcstényezői, melyek révén elkerülhetőek a nem szándékolt, iatorgén hatások. Ez a könyv e tekintetben nyújt hasznos útmutatást és ahhoz kíván hozzájárulni, hogy a prevenciós beavatkozások kiteljesíthessék a bennük rejlő lehetőségeket.

Wolfgang Götz
Igazgató, EMCDDA

A prevenció standardok kidolgozásában részt vevő együttműködők előszava

Ez a kiadvány egy 2 éven át tartó projekt eredménye, melynek célja, hogy bemutassa az európai drogprenvenió standardokat. A projektet 60%-ban az Európai Unió Bizottsága, 40%-ban a megvalósításban részt vevő projekt partnerek finanszírozták. A standardok kialakítása az együttműködő partnerek munkájának az eredménye. Az együttműködés több szektort és tudományágot átfogó módon valósult meg 7 szervezet részvételével, Harry Sumnall és Angelina Brotherhood, a Liverpooli Egyetem Népegészségügyi Központja munkatársainak vezetésével, akik egyben jelen kiadvány szerzői is.

Az Európai Unió vonatkozó szakpolitikája, mint például az akciótervek (2005-2008, 2009-2012) egyértelműen megfogalmazták azt a törekvést, hogy kidolgozásra és alkalmazásra kerüljenek „bevált gyakorlatok” a drogprenvenió területén, ugyanakkor mindeddig nem létezett egy olyan irányadó vonatkoztatási keret, amely utat mutatott volna ehhez. Néhány uniós tagállamban találhatóak útmutatók e tekintetben, de azok között is jelentősek a különbségek a tartalom fókuszja, illetve a módszertani elvárások tekintetében, továbbá kérdéses érdembeli alkalmazhatóságuk egy tágabb európai kontextusban. Ez a projekt, válaszul az előzőekben leírtakra, arra törekedett, hogy létrehozson egy egyetértésen alapuló vonatkoztatási keretet, amely hozzájárulhat a drogprenvenió minőségi fejlesztéséhez az Európai Unióban.

Első lépésként európai és további nemzetközi drogprenvenió útmutatók kerültek összehasonlításra és átnézésre. Azok a minőségi standardok, amelyek az előzetesen definiált kritériumoknak eleget tettek, mennyiségi tartalomelemzés révén szintetizálásra kerültek, s ennek alapján jött létre az Európai drogprenvenió minőségi standardok első verziója. A következőkben az összegyűjtött standardok relevanciája, használhatósága és alkalmazhatósága került vizsgálatra strukturált konzultációk keretében, 6 európai uniós tagállamban. A konzultációkon résztvevők visszajelzést adtak a Standardok tartalmával kapcsolatban, de ugyanakkor arra is felhívták a figyelmet, hogy milyen nehézségek merülhetnek fel azok gyakorlati alkalmazása során. Ezen visszajelzések alapján a Standardok első verziója többször is átalakításra került. A Standardok végleges verziója tükrözi a konzultációk eredményeit, a prevenció szakemberekkel folytatott formális vagy informális megbeszélések során, avagy a konferenciákon elhangzott javaslatokat, illetve az együttműködő partnerek részvételével tartott rendszeres találkozók konklúzióit.

A projekt eredményeként sikerült kidolgozni mind alapvető, mind szakértői szintű drogprenvenió standardokat az Európai Unióban. A Standardok hasznosak lesznek mind azok számára, akik akár közvetlen, akár közvetett módon foglalkoznak drogprenvenióval. Az Európai drogprenvenió minőségi standardok dokumentum felvázolja a szükséges lépéseket a drogprenvenió programok tervezéséhez, kivitelezéséhez és értékeléséhez. Mindemellet a Standardok jól használhatóak a prevenció stratégiák megalkotása, a prevenció tevékenységet folytató szervezetek fejlesztése és értékelése, valamint a szakmai fejlődés irányainak meghatározása során is. A Standardok egyben az önképzés és az önreflexió eszközeiként is jól alkalmazhatóak, a drogprenvenió tevékenységek fejlesztése céljából.

A Standardok alapját egy 8 fázisból álló projektciklus adja, az egyes fázisok a következők: szükségletfelmérés; erőforrások feltérképezése; programalkotás; a beavatkozás megtervezése; projektmenedzsment és erőforrás-mobilizáció; megvalósítás és monitorozás; végső értékelés; promóció és fejlesztés. Mindezen túl 4 átívelő megfontolás is megemlítendő, melyeknek valamennyi fázisban érvényesülniük kell: fenntarthatóság és finanszírozás; kommunikáció és érdekhordozók bevonása; munkaerő-fejlesztés; és etikus drogrevenüció. Valamennyi projektfázis számos komponensre bomlik, amelyek meghatározzák, hogy konkrétan milyen lépésekre van szükség. A Standardok harmadik szintjét az ismérvek alkotják, amelyek bemutatják, hogy az egyes komponensek miképpen realizálhatóak.

Valamennyi standardot kiegészíti egy részletes bevezető, amely leírja, hogyan kell azokat a gyakorlatban alkalmazni. Ezen túl, valamennyi standard esetében a mindennapi életben történő megvalósítást elősegítendő javaslatok is bemutatásra kerülnek, és konkrétan a projektben együttműködő országokra is történik hivatkozás (online melléklet). A Függelék még további – a kivitelezést segítő – útmutatókat, valamint egy részletes fogalomtárat is tartalmaz. A kézikönyv online kiegészítéseként egy önreflexióhoz használható ellenőrző lista is elérhető.

Remélhetőleg – további pénzügyi támogatás függvényében – az együttműködő partnerek a kidolgozott standardokat egy terjedelmes eszköztár részévé teszik a jövőben, ahol további szakmai anyagok lesznek elérhetőek, továbbképzési és oktatási programokat fognak kínálni a drogrevenüciós szakemberek széles köre számára, valamint modell programokat akkreditálnak. Ezáltal biztosítható, hogy a standardok ne csak papíron létezzenek, hanem valóban hatást gyakoroljanak az európai szinten megvalósuló drogrevenüciós gyakorlat minőségi fejlődésére. Ha a standardok alkalmazásra és tesztelésre kerülnek a gyakorlatban, akkor azok felülvizsgálatára, további tökéletesítésére is sor kerülhet a jövőben.

A Standardoknak az EMCDDA Kézikönyvek (EMCDDA Manuals) sorozatában történő kiadása a promóció folyamatának első, rendkívül fontos lépése. Az EMCDDA már az eddigiekben is meghatározó mértékben járult hozzá a drogrevenüciós gyakorlat európai szintű fejlesztéséhez. A különböző publikációk és egyéb hozzáférhetővé tett eszközök, például az Eszköztár Prevenüciós Programok Tervezéséhez és Értékeléséhez (PERK), a drogrevenüciós beavatkozások értékeléséhez készített kézikönyv, valamint a Kábítószerkereslet Csökkentését Célzó Intézkedések Információs Rendszere (EDDRA), mind nagyban hozzájárultak ahhoz, hogy felmerült az igény a prevenüciós beavatkozások minőségi fejlesztésére is. Remélhetőleg a jelen kiadvány egy további mérföldkőnek tekinthető ebben a fejlődési folyamatban. Ezért az együttműködő partnerek szeretnék köszönetüket kifejezni az EMCDDA munkatársainak, Marica Ferrinek, Rosemary de Sousának, Roland Simonnak közreműködésükért, amivel lehetővé tették e kézikönyv megjelenését. A partnerek különösképp köszönetet mondanak Gregor Burkhartnak, hogy kezdeményezte a projekt létrejöttét, támogatta azt a projekt teljes időtartama alatt, emellett az európai droghelyzetről, valamint a jelenlegi prevenüciós trendekről szóló fejezetnek is ő a szerzője a kiadványban.

Az együttműködő partnerek szeretnék továbbá kifejezni köszönetüket a Reitox nemzeti fókuszpontoknak és EDDRA menedzsereknek, Katri Talanak és Giovanna Campellonak (United Nations Office on Drugs and Crime – UNODC), továbbá Asma Fakhrinak (Canadian Centre for Substance Abuse – CCSA) támogató segítségükért, a releváns szakmai útmutatók elérhetővé tételéért és megvitatásuk lehetőségéért.

Végül az együttműködő partnerek leginkább azoknak a szakembereknek szeretnék köszönetüket kifejezni, akik a korábbi verziókat véleményezték különböző formában: e-mailen, online kérdőív kitöltése révén, illetve a fókuszcsoportokban, vagy különböző konferenciákon való részvétel során.

Az együttműködő partnerek arra ösztönöznék mindenkit, aki a prevenció standardokat alkalmazza tevékenysége során, hogy küldjön visszajelzést, számoljon be arról, hogy konkrétan miként került sor a Standardok alkalmazására, illetve, hogy milyen javaslatokat tenne a jövőbeni fejlesztés érdekében. Az Európai drogprevenció minőségi standardokkal kapcsolatos további érdeklődés esetén keressék az együttműködő partnerek bármelyikét (a szerzők és résztvevők listája a köszönetnyilvánítási oldalon található). A projekt honlapján (<http://www.cph.org.uk/drugprevention/>) a jelen kiadvány szerzőinek az elérhetősége, valamint további fontos információk találhatóak a Standardokkal kapcsolatban.

The background is a solid blue color. Several thin, white, straight lines of varying lengths and orientations are scattered across the page, creating a modern, abstract geometric pattern. Some lines are parallel, while others intersect.

Első rész:

Bevezetés



1. fejezet: Jelenlegi drogprevenációs megközelítések Európában

A drogprevenációval kapcsolatban széles körben élő feltételezés (elsősorban a laikusok körében), hogy az nem jelent mást, mint a fiatalok tájékoztatását (általában figyelmeztetését) a droghasználat (többnyire káros) következményeiről. A prevenciót gyakran egyenértékűnek tartják a (tömegkommunikációs) kampányokkal. Ugyanakkor jelenleg semmilyen bizonyíték nem támasztja alá azt, hogy az egyszerű információátadás bármilyen hatást gyakorolna a szerhasználati szokásokra, vagy, hogy a tömegkommunikációs kampányok költséghatékonyak lennének.

Valójában a prevencióval kapcsolatos legnagyobb kihívás a fiatalok segítése abban, hogy hogyan alakítsák viselkedésüket, képességeiket és jóllétüket egy olyan rendkívül bonyolult hatásrendszer közegében, amely magában foglalja a társadalmi normákat, a kortársakkal való interakciót, az életkörülményeket, valamint saját személyiségük jellemvonásait. Ez a nézet tükröződik a jelenlegi drogprevenációs megközelítésekben is. Leegyszerűsítve a különböző prevenciók megközelítéseket, a környezeti stratégiák a társadalmi normákat; az általános prevenció a készségeket, a kortársakkal folytatott interakciókat és a társadalmi életet; a célzott prevenció a szociális - és életkörülményeket; míg a javallott prevenció az egyéni, személyes jellemvonásokat és a pszichopatológiai folyamatokat állítja a középpontba.

A prevenciók stratégiák jelenlegi osztályozása (Mrazek & Haggerty 1994), mely a medikális paradigma által definiált elsődleges, másodlagos és harmadlagos prevenció csoportosítást váltotta fel, a beavatkozás célcsoportjának veszélyeztetettségén alapul. Míg a korábbi csoportosítás alkalmas valamilyen patológiás viselkedés kialakulásának leírására, addig kevésbé megfelelő egy komplex emberi viselkedés leírására, különösen akkor, ha az nem is tekinthető diszfunkcionálisnak, vagy patológiásnak. Például a kannabiszt vagy kokaint kipróbálók kis százaléka válik csak gyakori használóvá (lásd az online mellékletet: *Kábítószerhelyzet Európában*).

Az általános, célzott és javallott prevenció külön csoportokba sorolásának alapját a célpopuláció veszélyeztetettségének becsült mértéke adja. Az általános prevenció esetében az a feltételezés, hogy a populáció egésze ugyanannak az általános kockázatnak van kitéve, jóllehet, ez a kockázat valójában egyénenként jelentősen különbözhet. A célzott prevenció esetében a szocio-demográfiai indikátorok alkalmasak arra, hogy megközelítőleg jelezzék az adott csoport kitétségének magasabb mértékét. Ez teszi lehetővé olyan célcsoportok definiálását, mint a marginalizált etnikai csoportok, a leromlott lakókörnyezetekben élő fiatalok, fiatal (kábitószeres) bűnelkövetők, veszélyeztetett családok, vagy bizonyos színterek megcélzását, mint pl. az éjszakai szórakozóhelyek. Jóllehet a fent felsorolt indikátorok alkalmasak azoknak a helyeknek vagy csoportoknak az azonosítására, ahol a droghasználat nagyobb valószínűséggel fordul elő, azonban azt nem teszik lehetővé, hogy egyértelműen megállapítható legyen, hogy ez a veszélyeztetettség milyen mértékben van jelen az egyén szintjén az egyes csoportokban. A javallott prevenció esetében egy szakember által felállított diagnózis, szűrések, értékelés útján kerülhet meghatározásra az egyénnek egy olyan jellemzője (figyelemzavar, magatartászavar), amely növeli a szerhasználat kockázatát.

Általános prevenció – az általános populáció számára biztosított beavatkozások

Az általános prevenció egy populáció (helyi közösség, lakóközösség, iskolás populáció) egészségét célozza meg. Ezen beavatkozások célja, hogy megakadályozza, vagy késleltesse a droghasználat kialakulását oly módon, hogy rendelkezésre bocsájtja az összes releváns információt és elsajátíttatja az összes lehetséges készséget. Az általános prevenció beavatkozások nagy csoportokat szólítanak meg, minden előzetes, a szerhasználatnak való kitettségre vonatkozó szűrés nélkül. Abból a feltételezésből indulnak ki, hogy a célpopuláció valamennyi tagja azonos mértékű kockázatnak van kitéve a droghasználat szempontjából.

Az iskolai prevenció programok valamennyi európai országban jelen vannak, azonban tartalmuk és lefedettségük eltérő. Az iskolai prevenció programok (általános prevenció) hatékonysága újra és újra megkérdőjeleződött az utóbbi időben (Coggans 2006; Gorman et al. 2007). A közelmúltban napvilágot látott irodalmi hivatkozások tükrében azonban elmondható, hogy az ilyen programok, illetve azok bizonyos *komponensei* – mint a normatív hiedelmek, életvezetési készségek – eredményesek lehetnek.¹ Az Európai Unióban utóbbi időben zajló kutatások némelyike egyértelműen bizonyítja, hogy ezek a programok alkalmasak a droghasználat bizonyos mintázatainak mérséklésére (Faggiano et al. 2010; Lammers et al. 2011). A rendelkezésre álló monitoring információ azonban továbbra is azt mutatja, hogy számos országban az iskolai prevenció során a nem bizonyíték-alapú beavatkozások (kizárólag információátadás a szerekről, droginformációs napok, külső szakember iskolai látogatása, színházi műhely-munkák) kerülnek a legnagyobb gyakorisággal alkalmazásra. Néhány bizonyítékokon alapuló beavatkozás meglehetősen elterjedt az európai országokban (szociális és személyes készségek fejlesztése), viszont valóban megalapozott, számos bizonyítékkal megtámogatott programok (strukturált beavatkozási protokollok ('programok'), adekvátan megvalósított kortársprogramok, főleg fiúkat célzó beavatkozások) csak nagyon kevés országban kerülnek alkalmazásra. Az ilyen bizonyítékokon alapuló programok arra törekednek, hogy javítsák a célpopuláció kommunikációs készségeit, konfliktus-, stressz- és frusztrációkezelő képességeit, vagy helyreállítsák a kábítószerrel kapcsolatos téves percepciókat. Ez az úgynevezett normatív nevelés nagyon kezdetleges állapotban van a kedvező tapasztalatok ellenére.

A családokat megcélzó általános prevenció beavatkozások szintén széles körben használatosak. 2007-ben 11 európai uniós tagállam jelentette az EMCDDA-nek, hogy teljes körű, vagy jó lefedettségű a családi prevenció programok biztosítása országukban. Azonban hasonlóan az iskolai szintű tapasztaltakhoz, a családi drogprevenció programok zöme is az egyszerű információátadáson alapul, viszonylag ritkán kerül sor intenzív felkészítésre és családi tréningekre, annak ellenére, hogy azok eredményességét konzisztensen tanúsítják kutatások (Petrie et al. 2007). Az utóbbi szolgáltatások jó lefedettségéről mindössze 7 ország számolt be.

¹ Lásd: EMCDDA Best Practice Portal: <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice>, és a További iránymutatások (Additional Guidance) részt a Függelékben, illetve az online mellékletben.

Céltzott prevenció – (veszélyeztetett) csoportok számára biztosított beavatkozások

A céltzott prevenció olyan csoportok számára nyújt beavatkozásokat, amelyek veszélyeztetettsége lényegesen nagyobb az átlagosnál akár a közeljövőre nézve, akár egy egész életen át. Ez a nagyobb fokú veszélyeztetettség eredhet a társadalmi kirekesztettségéből (fiatal bűnelkövetők, teljesítményzavaros fiatalok, iskolából kimaradók). A veszélyeztetett csoportokra való fókuszálás nagy előnye, hogy azok már azonosításra kerültek számos egyéb helyen és kontextusban. Azonban a veszélyeztetett csoportba tartozók (mint pl.: fiatalok bűnelkövetők, hajléktalanok, iskolakerülők, hátrányos-helyzetűek, kisebbségbe tartozók) kockázati tényezői ritkán kapnak figyelmet, annak ellenére, hogy ennek fontossága egyre nagyobb politikai hangsúlyt kap.

2004 óta számos drogpolitikai stratégia az ilyen csoportokat tartja a prevenció elsődleges célcsoportjának, ennek ellenére a beavatkozások lefedettsége nem emelkedett az elmúlt időszakban. Csak néhány ország számol be arról, hogy az alkalmazott beavatkozások a szociális hátrányokat is megcéloznák (pl. munkanélküliség), vagy segítséget nyújtanának a büntető igazságszolgáltatással összeütközésbe kerülőknek, illetve az etnikai kisebbségeknek és/vagy a mentális problémákkal küzdő marginalizált családoknak. Noha 13 olyan ország van, amelyek azt jelentették, hogy a családokra irányuló prevenció programjaik a céltzott prevenció kategóriájába tartoznak, mindössze hét olyan volt, amelyek teljes körű vagy sokakat elérő beavatkozásokról számoltak be a családon belüli droghasználatra vonatkozóan. Mindez annak ellenére történik így, hogy a legkülönbözőbb tanulmányok számolnak be a veszélyeztetett családok számára nyújtott beavatkozások bizonyított eredményességéről (Petrie et al. 2007). Mivel nehéz bevezetni kísérleti értékelési eljárásokat, viszonylag kevés bizonyíték áll rendelkezésre az egyéb, Európában végzett céltzott prevenció beavatkozások hatásossága tekintetében.

A tagállamok által jelentett adatok bemutatják a prevenció beavatkozások hozzáférhetőségét és lefedettségét – azaz mennyiségi mutatókkal bírnak az egyes célcsoportokban végzett beavatkozásokra vonatkozóan. Ugyanakkor arról, hogy *mi* történik a prevenció beavatkozások során, érdemi információ jelenleg még nem áll rendelkezésre, mivel az összehasonlíthatóságot is biztosító monitoring rendszerek még nem léteznek. Ez azonban egy nagyon fontos kérdés, ugyanis ezen beavatkozások hatásossága valójában azon múlik, hogy bizonyítékokon alapuló programok kerülnek-e megvalósításra – amely jelen esetben a motivációra, készségfejlesztésre, döntéshozatali technikákra fókuszáló programokat jelenti –, vagy pedig egyszerű információs anyagok terjesztéséről van szó (Sussman et al. 2004).

Javallott prevenció – (veszélyeztetett) egyének számára biztosított beavatkozások

A javallott prevenció elsősorban azokat az egyéneket célozza, akik olyan sajátosságokat mutatnak, amelyek nagy valószínűséggel együtt járnak a droghasználat egy későbbi életszakaszban történő kialakulásával (pszichiai rendellenességek, iskolai sikertelen-

ségek, antiszociális viselkedés), illetve, akik a problémás droghasználat korai jeleit mutatják (bár klinikailag nem diagnosztizálhatóak kábítószer-függőnek). A javallott prevenció beavatkozások célja nem szükségképpen a droghasználat, a drogok kipróbálásának megakadályozása, hanem a (gyorsan kialakuló) függőség megakadályozása, a droghasználat gyakoriságának mérséklése, illetve a még ártalmasabb szerhasználati mintázat kialakulásának megakadályozása (pl. intravénás használat).

A megnövekedett egyéni kockázatot az alábbi jelek indokolhatják: romló iskolai teljesítmény, elidegenedés a szülőktől, iskolától, a pozitív mintákat hordozó kortárs csoportoktól. A magatartászavaros gyerekek (figyelemzavar, viselkedészavar, hiperaktivitás) szintén nagy kockázatnak vannak kitéve a szerhasználat és ebből fakadó problémák kialakulása szempontjából. Ezen csoportok körében folytatott beavatkozások folyamatos együttműködést tesznek szükségessé a helyi közösségben működő egészségügyi, szociális és ifjúságsegítő intézmények/szolgáltatások részéről a gyermekkortól kezdődően. Ez a megoldás viszonylag ritkán kerül alkalmazásra, eltekintve néhány példától Németországban és Írországban, ahol a gyerekekkel foglalkozó gondozók és szülők részére nyújtott tanácsadás, az orvosi, a pszichoterápiás és a pszichoszociális támogatás, valamint az óvodai vagy iskolai nevelési támogatás kombináltan kerül alkalmazásra. E területen a beavatkozások viszonylag korlátozott mértékben állnak rendelkezésre, mindössze 6 ország számolt be olyan programokról, amelyek figyelemhiányos/hiperaktív vagy diszruptív magatartású gyerekekkel foglalkoztak, további tíz ország jelentette, hogy korai beavatkozást és tanácsadást nyújtott olyan egyének számára, akik már használtak valamilyen szert.

Összességében megállapítható, hogy a javallott prevenció programok – bár csekély számban állnak rendelkezésre – felépítése és értékelése jobb, mint az általános, vagy célzott prevenció programok esetében, és egyben hatásosságuk is magasabb szintű. (EMCDDA 2009). Például egy diszruptív magatartású fiatalok körében végzett holland beavatkozás (8-13 éves) sokkal jobb eredményeket mutatott az utánkövetéses vizsgálat során dohányzás és kannabisz-használat tekintetében, mint egy átlagos kezelés (Zonneville-Bender et al. 2007). A javallott prevenció jelenthet például a szülők számára egy felkészítést a diszruptív viselkedésproblémákkal küzdő gyerekek kontingencia menedzsmentjére. Például a svéd 'Komet för föräldrar' módszert az ország tartományainak 30%-ában alkalmazták externalizációs problémákat mutató és pozitív kortárs kapcsolatok kiépítésére kevésbé alkalmas gyerekek szüleinek a körében. Egy randomizált kontrollált vizsgálat (RCT) eredményei szerint, mely 159 család bevonásával valósult meg, szignifikánsan javultak a szülői kompetenciák a részt vevő szülők körében, valamint a gyerekek körében jelentősen csökkent a magatartás problémák előfordulási gyakorisága (Kling et al. 2010).

Mind a célzott, mind pedig a javallott prevenció alkalmas lehet arra, hogy enyhítse a korai fejlődési szakaszban kialakult hátrányosságokat, azok társadalmi elszigeteltségbe, és későbbi droghasználatba történő átfordulását. Számos kutatás és tanulmány alátámasztja azt, hogy az iskola első éveiben lebonyolított, a társadalmi kirekesztettséget csökkentő, illetve az oktatási környezetet kedvezőbbé formáló programoknak szintén van a későbbi droghasználat kialakulása szempontjából mérséklő hatása, noha ezek nem tartalmazzák szerhasználat specifikus elemeket (Toumbourou et al. 2007).

Környezeti prevenciós stratégiák – a társadalomra (és rendszerekre) irányuló beavatkozások

A környezeti stratégiák azt a közvetlen kulturális, szociális, fizikai és gazdasági környezetet kívánják befolyásolni, amelyekben az emberek szerhasználatra vonatkozó döntéseiket meghozzák. Ez a megközelítés abból indul ki, hogy az emberek drogokkal kapcsolatos viszonya nem pusztán személyes jellemvonásaiknak a függvénye. Hanem, az embereket mindig a környezetben fellelhető komplex tényezők befolyásolják, mint-hogy: mit várnak el és mit fogadnak el abban az adott közösségben, ahol élnek; milyen szabályozások és adórendszer van érvényben nemzeti szinten; milyen médiaüzenetek hatnak rájuk; illetve, hogy miként alakul az alkohol, a dohánytermékek és az illegális szerek hozzáférhetősége.

Ennél fogva a környezeti stratégiák gyakorta népszerűtlen, de hatékony elemeket tartalmaznak, pl. adó rendelkezések, reklámkorlátozás, korhatár, dohányzástilalom. Az iskolai szintén ezek a stratégiák az iskolai szabályozó rendszereken keresztül valósulnak meg, pl. dohányzás és alkohol-fogyasztás szabályozása a diákok, a tanárok és az iskolát látogató felnőttek tekintetében is. Szinte valamennyi tagállam az iskolai közegben a dohányzási tilalomról számol be, és a legtöbb tagállamban létezik mindenhol vagy a legtöbb helyen iskolai drogstratégia. Minthogy ezek a beavatkozások egy védő és normatív társadalmi környezet megteremtésére törekednek, hatással lehetnek a fiatalok droghasználatával kapcsolatos döntéseire (Toumbourou et al. 2007). Ezeket ki lehet egészíteni nem korlátozó intézkedésekkel, pl. olyanokkal, amelyek az iskolai környezet és az iskolai élet minőségét javítják.

A fentiekben röviden jellemzett prevenciós beavatkozás jelenleg elsősorban a legális szerhasználatra fókuszál, azonban a környezeti stratégiák fontosak a drogprevenciós szakterületen is, mert a korai, elterjedt és elfogadott alkoholfogyasztás és dohányzás sok országban kapcsolódik az illegális szerhasználathoz.

2. fejezet: A minőségi standardok használata

Hogyan definiálhatóak az európai drogprevenációs minőségi standardok?

A minőségi standardok általánosan elfogadott elvek, vagy szabályok arra vonatkozólag, hogy miképpen lehet a legmegfelelőbbben megvalósítani egy adott beavatkozást. Gyakran a minőségbiztosítás strukturális (formai) szempontjaira vonatkoznak, mint például a megvalósítás körülményeire, illetve a stáb összetételére. Ugyanakkor vonatkozhatnak egyéb, a folyamatot jellemző szempontokra is, mint a megfelelő tartalom, a megvalósítás vagy az értékelés folyamata.

(EMCDDA online fogalomtár: "Minőségi standardok")²

Minőségi standard: olyan mérce, amely segít megítélni, hogy egy tevékenység, egy szolgáltató stb. magas színvonalat képvisel-e. A minőségi standardok jellemzően szakmai konszenzuson alapulnak. A fókuszban a minőségbiztosítás strukturális és eljárárszerű aspektusai állnak, pl. értékelés, a stáb összetétele és kompetenciái, a résztvevők biztonsága, stb.

(Fogalomtár az Európai drogprevenációs minőségi standardokhoz, lásd Függelék)

Az Európai drogprevenációs minőségi standardok az első, európai kontextusban megfogalmazott átfogó keretrendszer arra vonatkozóan, hogy hogyan kell magas színvonalú drogprevenációs tevékenységet folytatni. Ezek a standardok egy belsőleg összerendezett és hosszútávra tekintő perspektívát jelenítenek meg a prevencióval összefüggésben, támogatják a fiatalok körében végzett munka kapcsán az integrált megközelítések alkalmazását, nagyra értékelik és visszatükrözik a terepen dolgozó szakemberektől származó visszajelzéseket. A Standardok leírják a drogprevenációs tevékenységek tervezése, megvalósítása és értékelése kapcsán szükséges egyes lépéseket. Hozzásegítenek ahhoz, hogy azok használói jobban értsék, hogy az emberek, a beavatkozások, a szervezetek és a kormányzati stratégiák miképpen járulnak hozzá a prevenció munkához. Arra ösztönzik a standardok használóit, hogy gondolják át azt is, a jelenlegi törekvések miképpen fejleszthetők annak érdekében, hogy még jobb és fenntarthatóbb eredmények szülessenek.

A Standardokat szem előtt tartó drogprevenációs munka minden bizonnyal releváns (hiszen a célpopuláció szükségleteire fog reflektálni, miközben figyelembe veszi a releváns irányelveket), etikus (hiszen a D: *Etikus drogprevenáció* címszó alatt leírtak megjelenését fogja előmozdítani: önkéntes részvétel; valódi hasznok a résztvevők számára, amennyire ezt a gyakorlati körülmények lehetővé teszik), bizonyítékokon fog alapulni (hiszen felhasználja a legjobb, elérhető tudományos bizonyítékokat), hatásos (olyan célokat ér el, amelyek nem okoznak ártalmakat közben), továbbá realiztikus lesz (vagyis olyan célokat fogalmaz meg, amelyek a rendelkezésre álló forrásokból megvalósíthatók, ugyanakkor logikus és koherens megközelítést képviselnek).

² Lásd: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/glossary>

A Standardok összefoglalják azokat a bizonyítékokat, amelyek leírják, *hogyan* kell drogprevenciós beavatkozásokat megvalósítani. Egy irányba mutatnak különböző, egyéb fontos dokumentumokkal, így a Prevenciós Programok Tervezéséhez és Értékeléséhez készített eszköztárral (PERK) (EMCDDA 2010), továbbá a Keresletcsökkentési Tevékenység Alapelveit megjelenítő Nyilatkozatban foglaltakkal, amelyet az ENSZ Kiemelt Kábítószerügyi Ülésén fogadtak el 1998-ban (United Nations General Assembly, 1998).

A drogprevencióval kapcsolatban használt definíció

Jelen kontextusban valamennyi olyan tevékenységet drogprevenciónak tekintünk, amely a droghasználat kialakulását kívánja megelőzni, annak későbbi életkorra történő eltolását, előfordulási gyakoriságának csökkentését, illetve a droghasználat káros következményeinek a mérséklését célozza (részben vagy egészében) az általános populációban, illetve annak alcsoportjaiban. Ez tehát magában foglalja a droghasználat kialakulásának a megelőzését, az első droghasználat időbeni késleltetését, a leszokás előmozdítását, a droghasználat gyakoriságának és/vagy mértékének a csökkentését, a kockázatos és ártalmas droghasználati mintázatok kialakulásának megakadályozását, és/vagy a droghasználattal járó károk mérséklését. Ebből adódóan a drogprevenciós tevékenységek céljai, amelyek a Standardok érvényességi körébe tartoznak, megegyeznek azokkal, amelyek felsorolásra kerültek az Európai Unió 2005-2012-re vonatkozó drogstratégiájában („megvédeni az embereket attól, hogy drogokat kezdjenek fogyasztani; megakadályozni, hogy a kísérletező használatból rendszeres droghasználat alakuljon ki; korán megelőzni a kockázatos droghasználati mintázatok kialakulását”, Európai Tanács, 2004, 10. o.). Ezek a tevékenységek ugyanakkor koncentrálhatnak az ártalomcsökkentésre is. **Ahhoz, hogy egy drogprevenciós tevékenység ezen Standardok kontextusába tartozóként legyen minősítve, a programnak a projekt dokumentációban egyértelműen utalnia kell a fentiekben megfogalmazott általános célok valamelyikére.**

A Standardok szempontjából releváns drogprevenciós tevékenységek bármilyen pszichoaktív szerre irányulhatnak. Pszichoaktív szernek kell tekinteni minden olyan anyagot, amelyik bizonyos mennyiségben fogyasztva befolyást gyakorol a használó mentális és/vagy fizikai állapotára. Ez a kategória tehát magában foglalja mind a legális (dohány, alkohol), mind pedig az illegális szereket (melyek előállítás, a velük való kereskedelem, továbbá fogyasztásuk is tiltott, vagy erősen korlátozott a nemzetközi és a nemzeti törvények és egyezmények értelmében), inhalánsokat (gázok, ragasztók, hajtógázok és más ehhez hasonló termékek), vény nélkül kapható és vényköteles gyógyszereket, valamint a piacon megjelenő új pszichoaktív szereket, melyek még a törvény által nem szabályozott anyagok. Elfogadható, hogy bizonyos prevenciós programok vagy stratégiák csak bizonyos szerekre koncentráljanak, amennyiben az adott szereket pontosan definiálják, ugyancsak elfogadható, hogy bizonyos programok nem specifikus szerekekkel, hanem általában a szerhasználattal, annak prevenciójával foglalkozzanak. Néhány program közvetlenül a droghasználatra koncentrál, míg más megközelítések az egészségfejlesztés tágabb kontextusába helyezik a drogproblémát, és arra ösztönzik az embereket, hogy egészségtudatos döntéseket hozzanak. Ezen utóbbi programok a drogprevenciót közvetett módon valósítják meg.

A fentiekből is következően a Standardok a drogvenció tévényesség széles spektrumban alkalmazhatóak (pl. drogokkal kapcsolatos felvilágosítás, strukturált programok, megkereső munka, rövid beavatkozások), eltérő szintereken (pl. iskola, helyi közösségek, család, rekreációs színtér, büntetés-végrehajtási intézetek) és különböző célpopulációkban (pl. iskolai tanulók, fiatal bűnelkövetők, családok és etnikai csoportok), függetlenül a programok hosszától (pl. az egy alkalomra korlátozódó beavatkozásoktól a hosszútávon működő programokig). Összhangban az Amerikai Orvostudományi Intézet (U.S. Institute of Medicine – IOM) által javasolt kategóriákkal ezek a programok tartozhatnak az általános prevenció (megszólítva a populáció egészét tekintet nélkül az esetleges kockázati tényezőkre), a célzott prevenció (amelyek olyan specifikus célcsoportokra vonatkoznak, amelyekben a droghasználat kialakulásának kockázata meghaladja az átlagos szintet), illetve a javallott prevenció körébe (olyan egyéneket megszólítva, akik esetében a droghasználat kockázata megnövekedett, illetve, akik esetében észlelhetőek a problémás droghasználat kezdeti jelei) (Mrazek & Haggerty 1994; Springer & Phillips 2007). Továbbá a Standardok túlnyomó többsége alkalmazható a környezeti prevenció stratégiák körébe tartozó beavatkozások esetében is, melyek a magatartást akarják formálni abban a környezetben, ahol az emberek élnek és szereket fogyasztanak (pl. társadalmi normák, épített környezet, adórendszer).

Manapság a drogvenció legfontosabb célja az, hogy meghatározásra kerüljenek azok az eszközök, amelyek leginkább alkalmasak arra, hogy támogassák a fiatalokat, különösen is a fiatal droghasználókat problémás élethelyzeteikben. Általánosságban az mondható, hogy a drogvenció beavatkozások olyan tévényességek, amelyek fejlesztik az egészséget, ahhoz járulnak hozzá, hogy az emberek megfelelő tájékozottság birtokában hozzanak helyes, egészségüket védő döntéseket; amelyek csökkentik a veszélyeztetettséget, a kockázati magatartásokat; és/ vagy növelik az integráltság mértékét, az egyenlőséget a szociális és egészségi állapotot érintő kérdésekben. A Standardok hasznos útmutatást jelenthetnek szélesebb kontextusban értelmezett prevenció és egészségfejlesztési tévényességek tekintetében is, pl. az ifjúsági munkához (erőszak megelőzés), egészségmagatartásokhoz (pl.: táplálkozási zavarok), egyéb függőségi problémákhoz (pl.: játékszenvedély) kapcsolódóan.

A Standardok használata és szándékolt célja

Ha számba vesszük a keresletcsökkentési tévényességeket, az azokra fordított anyagi erőforrásokat, valamint integrálódásukat a nemzeti drogpolitikákba, akkor megállapítható, hogy azon belül a drogvenció területén jelentős különbségek tapasztalhatóak a különböző uniós tagállamok között. Az Európai drogvenció minőségi standardokban felismerésre kerültek ezek a különbségek, s így a Standardok számos eltérő formában kerülhetnek alkalmazásra különböző munkaterületeken. A Standardoknak nem célja, hogy egységesítse a drogvenció tévényességet Európa-szerte, ehelyett a célkitűzés az, hogy általánosságban egy magasabb színvonalú szakmai tévényesség honosodjon meg, amely elismeri és méltányolja a gyakorlatok sokféleségét.

Számos célja lehet az Európai drogpreevenció minőségi standardok használatának, mindazonáltal a szakemberek akkor profitálnak a legtöbbet ezek alkalmazásából, ha az ebben a részben leírtaknak megfelelően járnak el. Az 1. táblázat bemutatja azokat a célokat, melyeket a leghatékonyabban tudnak a Standardok jelen formájukban szolgálni, valamint azt is, hogy milyen felhasználási módok kevésbé célszerűek, megfelelőek. Ezek az információk különböző európai uniós drogpreevenció szakemberekkel folytatott konzultációk eredményeképpen születtek meg.

1. táblázat: Az Európai drogpreevenció minőségi standardok első verziójának javasolt használati módja		
Cél	Javasolt	
Tájékoztató, képzés és útmutató	✓	
A minőségi kritériumok fejlesztése és frissítése	✓	
Önreflexió	✓	
Csoportos megbeszélések	✓	
Teljesítményértékelés	✓	
Hivatalos önértékelés	Még nem	További kidolgozás szükséges ahhoz, hogy ezekre a célokra alkalmasak legyenek a Standardok
Finanszírozási döntések	Még nem	
Külső akkreditáció	Még nem	
A program eredményeinek értékelése	Nem, bár a standardok tartalmaznak útmutatót az értékelésre vonatkozóan	

- **Tájékoztató, képzés és útmutató:** Az alapvető és szakértői minőségi standardok meghatározása által kijelölésre került az a szakmai irány, amelybe tartaniuk kell a drogpreevenció szakembereknek. Valamennyi szakember, aki szerepet vállal a drogpreevencióban, hasznát veheti a Standardoknak annak érdekében, hogy a szakterületen való tájékozottsága bővüljön, valamint, hogy megismerje mi is tekinthető jó és bevált gyakorlatnak ezen a téren. A Standardok ugyanakkor hozzájárulhatnak ahhoz, hogy a prevenció stratégiák megtervezése magasabb színvonalon történjen, valamint, hogy a prevenció tudományos megalapozottsága hasonló szintre kerüljön, mint a kezelési programoké. Vonatkoztatási keretnek is tekinthetők a prevenció szakemberek képzése során. Ha még inkább a gyakorlati szempontokat helyezük előtérbe, akkor a Standardok használhatók úgy is – pl.: finanszírozásra történő pályázat során –, mint egy lista, amely alapján ellenőrizhető, hogy a magas színvonalú prevenció munka minden aspektusát figyelembe vettük-e.
- **A minőségi kritériumok fejlesztése és frissítése:** A Standardok nem tartalmaznak kötelező előírásokat, ugyanakkor kritériumokat határoznak meg a magas színvonalú gyakorlati tevékenységhez, amelyet a célcsoport megérdemel, s amelyet bármely típusú szervezet képes elérni. A Standardok alkalmasak arra, hogy a szolgáltatók kidolgozzák saját minőségi kritériumaikat és a bevált gyakorlatokkal kapcsolatos útmutatójukat, illetve, hogy az aktuálisan használt kritériumokat és útmutatókat felülvizsgálják és továbbfejlesszék a helyi, regionális és/ vagy országos szükségletek és körülmények

fényében. A prevenciók tevékenységek finanszírozói oly módon használhatják a standardokat, hogy ezek alapján dolgozzák ki támogatási stratégiájukat, ennek alapján fogalmazzák meg a pályázati prioritásokat.

- **Önreflexió:** A felülről erőltetett standardok nem teremtik meg az azokhoz való illeszkedés erős késztetését, míg azok a szakmai szabályozók, amelyek előnyeiről a gyakorlatban dolgozó szakemberek is meg vannak győződve, megfelelő fejlődési motivációt hordoznak. Ezért valamennyi, a területen dolgozó szakembernek (a képviselőktől a gyakorlati szakemberekig) javasolt, hogy használják a Standardokat, mivel ezáltal visszajelzést kaphatnak saját munkájukra és gyakorlataikra vonatkozólag, pl. visszacsatolást kaphatnak saját személyes fejlődésükre nézve, mint gyakorlati szakemberek, prevenciók szakértők, kutatók, avagy szervezetük működésére, programjaik struktúrájára, prevenciók stratégiáikra vonatkozóan. A Standardok segítik a szakembereket abban, hogy meghatározzák aktuális helyzetüket, önbizalmat nyerjenek a már elért standardok által, illetve azonosítsák a még fejlesztésre szoruló területeket. Azokon a területeken, ahol gyakorlatuk nem illeszkedik a Standardokhoz, nem kell felhagyni azonnal a tevékenységgel, hanem a Standardok mentén fejleszthetik már meglévő törekvéseiket. A Standardok alkalmazhatóak eszközként egy hosszú távú fejlődési folyamathoz³.
- **Csoportos megbeszélések:** A Standardok segíthetnek abban is, hogy érdemi diskurzust kezdeményezzünk csoportos formában (team megbeszélések, finanszírozási tárgyalások során). Az önreflexió, ahogy az a fentiekben jellemzésre került, történhet csoportos megbeszélés során is. Például valamelyik stábtagot ki lehet jelölni, hogy olvassa el a Standardok teljes anyagát, majd pedig az "önreflexiók ellenőrző lista" (lásd: online melléklet) segítségével reflektálhat a saját programjukra, vagy a szervezeti működésre. Mindezt követheti egy csoportos megbeszélés, amikor is a résztvevők konszenzusra juthatnak és további észrevételeket tehetnek a saját program, vagy szervezeti működés helyzetével kapcsolatban. Ez esetben a Standardok inputot jelenthetnek a szervezeti fejlesztés tekintetében, valamint előmozdíthatják a közösségen belüli egyetértést a tekintetben, hogy mit is jelent a magas színvonalú prevenciók munka. Ez különösképp hatékony akkor, ha a teamben különböző szakmák képviselői vesznek részt.
- **Teljesítményértékelés:** A Standardok a teljesítményértékelés szempontjából is vonatkoztatási keretet teremthetnek a szakemberek fejlődésére és munkájukra vonatkozóan, például lehetőséget adnak arra, hogy megállapítsák: a szervezetben dolgozóknak milyen további képzésre lenne szükségük és mekkora a jövőbeli fejlődés valószínűsége.

A fentiekben leírtak a javasolt alkalmazási lehetőségek a Standardok jelenlegi verziójára vonatkozóan. Ugyanakkor a jövőben ez a lista még bővíülhet, amennyiben a Standardok továbbfejlesztésére sor kerül, valamint, ha gyakorlati alkalmazásukról is több információ áll rendelkezésre. A 2. táblázat és a 3. táblázat bemutatja azokat a lehetséges forráskönyveket, amelyekben a Standardok alkalmazására sor *kerülhet*. Ezek a helyzetek

³ Egy „önreflexiók ellenőrző lista” elérhető a kiadvány online mellékletei között, amelyek segítségével dokumentálhatóak a Standardok tükrében a saját prevenciók tevékenységgel kapcsolatos észrevételek.

azt mutatják be, hogy a Standardok számos helyzetben valóban hozzá tudnak járulni a prevenciók gyakorlat minőségi fejlesztéséhez és a megfelelő döntések meghozatalához.

Azonban fontos tudni, hogy vannak olyan helyzetek, amelyekben ezen Standardok használata nem alkalmas, ezek többek között azok, amelyek az alábbiakban bemutatásra kerülnek.

A Standardok jelenlegi listája nem alkalmas arra, hogy a finanszírozásra vonatkozó döntéseket megalapozzon. Ilyen irányú döntések során tekintetbe kell venni azt a szempontot is, hogy vajon a Standardok mennyire alkalmazhatóak a helyi körülmények ismeretében, továbbá arra is figyelmet kell fordítani, hogy milyen alternatív költségekkel jár, ha egyik program helyett a másikat részesítjük előnyben? A dokumentum jelen formájában nem ad eligazítást abban a tekintetben, hogy milyen módon lehet ilyen komplex döntéseket meghozni, ezért a Standardok ilyen irányú felhasználása nem javasolt. Ugyanakkor a finanszírozók számára hasznos lehet a dokumentum, amikor saját támogatási prioritásait meghatározzák.

Néhány standard példákat hoz azzal kapcsolatban, hogy az elért eredményekre vonatkozó bizonyítékok miképpen dokumentálhatóak kézzelfogható módon. A bizonyítékok lehetnek írásos dokumentumok, pl. a projekt tervezet, a szervezet leírása, de lehetnek munkafolyamatok vagy a program kivitelezésének közvetlen megfigyelései, illetve a stábtaggal, a résztvevőkkel vagy más érdekhordozókkal készített interjúk. Ugyanakkor nem minden standarddal kapcsolatban került sor a bizonyítékokat megalapozó indikátorok megfogalmazására, elsősorban azok általános sajátosságaiból adódóan. Továbbá jelen Standardok alapvető célja, az önreflexió ösztönzése, a reflektív gondolkodás lehetőségeinek megteremtése és ezáltal a prevenciók gyakorlat javítása. Ebből adódóan nem lenne célravezető azt elvárni, hogy a szervezetek írásos dokumentumokban rögzítsék, hogy milyen magas szinten tettek eleget a Standardokban foglalt elvárásoknak, annak érdekében, hogy hozzájussanak a kívánt pénzügyi támogatáshoz. Különösen is igaz ez a kisebb összegű pályázatok esetében, ahol is az az elvárás, hogy az adott program/szervezet bizonyítsa a Standardoknak való megfelelést, aránytalanságokat eredményezne a bizonyításhoz szükséges források és a pályázat útján megszerezhető támogatás között.

Ugyanezen okoknál fogva a Standardok jelenlegi formájukban nem alkalmasak arra, hogy egy hivatalos önértékelést hajtsunk végre segítségükkel, illetve, hogy a külső akkreditáció eszközeként használjuk ezeket. A Standardok legfőbb haszna abban látható, hogy motivációt jelentenek a szakemberek számára abban, hogy képesek legyenek reflektív módon viszonyulni saját gyakorlatukhoz, valamint, hogy azt a Standardokhoz igazítsák. Ezt a célt könnyebben érhetjük el akkor, ha a szakembereket a dokumentum használatára kérjük meg, és nem a teljesítmények mennyiségi értékelésére. Jóllehet, a jövőbeni verziók már tartalmazni fogják a hivatalos önértékeléshez szükséges, Standardokhoz igazított útmutatót.

Fontos megjegyezni és egyértelművé tenni, hogy a Standardok alapján végrehajtott önreflexió nem helyettesíti sem a folyamat, sem pedig az eredmények értékelését. Ha valaki a Standardoknak megfelelően jár el, akkor ez segítséget fog nyújtani abban, hogy

jobb eredményeket érjen el ezeken az értékeléseken, ugyanakkor a beavatkozások hatékonyságának bizonyítása, illetve a megvalósítási folyamatok megértése érdekében továbbra is szükséges elvégezni a folyamat- és eredményértékelést a Standardok használata mellett.

2. táblázat: Forgatókönyvek a standardok alkalmazására (1. rész)

<p>Egy nagy prevenciószolgáltató vezetősége a havi team megbeszélések keretében alkalmazza a Standardokat annak érdekében, hogy a szervezet gyengeségeit és erősségeit fel tudják mérni. A stáb egyik tagja rávilágít arra, hogy nem történik megfelelő intézkedés azzal kapcsolatban, hogy az intézményközi együttműködést előmozdítsák mindazzal összhangban, ami a B standardban: <i>Kommunikáció és az érdekhordozók bevonása</i> megfogalmazódik. Az említett kolléga azt javasolja, hogy a regionális drogprevenciót koordináló munkacsoporton keresztül szervezzenek egy találkozót, amelyen a régióban működő szolgáltatók vesznek részt.</p>	<p>Egy segítő szervezetnél dolgozó gyakorlati szakember elolvassa a Standardokat, hogy általános információkat szerezzen. A 3.2 komponens: <i>Elméleti modell alkalmazása</i> alatti standardok arra ösztönzik őt, hogy további ismereteket szerezzen a prevenciószolgáltatásokról, valamint, hogy olyan elméleti modelleket találjon, amelyek az ő tevékenységének minőségi javulásához is hozzájárulhatnak. A következő alkalommal, amikor szervezeténél az ő személyes előmeneteli lehetőségeiről beszélgetnek, megkérdezi, hogy nem kaphatna-e munkaidő kedvezményt, hogy egy egészségfejlesztéssel kapcsolatos egyetemi kurzust elvégezhesen.</p>
<p>Egy prevenciószolgáltató projekt javaslatot készít egy finanszírozó szervezet számára. A pályázó gondosan áttekinti a Standardokat annak érdekében, hogy a program valamennyi állomása megfelelő mértékben megjelenítésre kerüljön a pályázatban. Az A: <i>A fenntarthatóság és finanszírozhatóság</i> részben szereplő standardok arra ösztönzik őt, hogy utánanézzon az Interneten, hogy az adott finanszírozó szervezet milyen más projektek számára biztosított már forrásokat a korábbiakban. Ez az információ segíti őt abban, hogy saját pályázatát még színvonalasabban készítse el.</p>	<p>Egy megbízó elégedetlen a szolgáltatóktól beérkezett jelentések minőségével. Ezért kialakítja a jelentéshez egy formanyomtatványt a szolgáltatók részére, melynek tartalmi elemekire vonatkozó útbaigazítást a 8.2 és 8.3 alatt található standardok adták (8.2. <i>A program promotálása</i>, 8.3. <i>Záró beszámoló készítése</i>). Ez biztosítani fogja, hogy a jövőben átfogó, jól strukturált és összehasonlítható információkat kapjon a szolgáltatóktól.</p>
<p>Egy prevenciószolgáltató programmal foglalkozó kutató egy prevenciószolgáltatáshoz kapcsolódó eredményértékelést kíván elvégezni. Ehhez egy standardizált értékelési protokoll alkalmazása mellett dönt. A értékelés módszertanának kidolgozása során folyamatosan a 4.4. <i>Végső értékelés tervezése</i> és a 7.1 <i>Eredményértékelés</i> alfejezetekre hivatkozik.</p>	<p>Egy, a prevenció területével foglalkozó szakpolitikus át kívánja tekinteni a nemzeti szinten hozzáférhető standardokat a modell programok akkreditációjához. Felhasználja az Európai drogprevenciószolgáltatás minőségi standardokat annak érdekében, hogy meg tudja állapítani: melyek a hiányzó elemek a hazai standardokban. Ennek alapján kiegészíti a hazai standardokat egy további fejezettel, amely az etikus drogprevenció kérdéseivel foglalkozik.</p>

Mit lehet "értékelni" a Standardok segítségével?

A Standardok a létező drogprevenációs útmutatókra támaszkodnak, melyek általában foglalkoznak a drogprevenációs beavatkozásokkal, nem konkrétan egy-egy tevékenységgel (lásd Függelék). Ebből adódóan a Standardok a drogprevenációs beavatkozások, a színterek és a célpopulációk egy meglehetősen tág körére alkalmazhatóak. A Standardok tanácsokat nyújtanak azzal kapcsolatban, hogy a beavatkozások miként tervezhetők, megvalósíthatók és értékelhetők. Alkalmaskak arra is, hogy befejezett, folyamatban lévő, vagy új beavatkozásokra reflektáljunk.

A drogprevenációs beavatkozások egy tágabb szakmai környezet részei, és ez a tágabb kontextus is nagy jelentőségű a jó minőségű drogprevenációs tevékenység szempontjából. Az általános kérdéseket (mint pl. a finanszírozás, munkaerő-fejlesztés, erőforrás-menedzsment, fenntarthatóság és finanszírozás, kommunikáció és az érdekhordozók bevonásának kérdései) szervezeti szinten kell megfogalmazni. Rendkívül fontos, hogy mind a helyi, regionális, országos, és/vagy nemzetközi kormányzati és finanszírozó szervek által lefektetett stratégiák és prioritások a minőségi preventív tevékenységet támogassák. Az Európai drogprevenációs minőségi standardokban elismert, hogy szükséges egy megfelelő alap, amelyre épülve a beavatkozások megvalósíthatóak. Éppen ezért a Standardok nemcsak az egyes beavatkozásokkal, hanem a preventív munka szervezeti feltételeivel és stratégiai szempontjaival is foglalkoznak.

Bár a Standardok elsősorban a programokra vonatkoznak, ugyanakkor a preventív munka különböző szinteken releváns egyéb tényezőire is figyelmet fordítanak:

- **Emberek:** egyéni stábtagnak, team-ek. A Standardok a szakmai fejlődés eszközei, lehetővé teszik, hogy kritikailag tekintsünk a mindennapokban alkalmazott gyakorlatokra, s hogy megértsük azok szerepét a preventív egy tágabb kontextusában.
- **Tevékenységek:** egyes beavatkozások, vagy egész programok, melyek számos beavatkozásból állnak. A Standardok alkalmazása révén lehetőség nyílik arra, hogy konzisztens módon és magas színvonalon tervezzünk, finanszírozzunk és valósítsunk meg programokat, ezáltal teremtve meg a siker feltételeit.
- **Szervezetek:** a drogprevenációban érintett szervezetek, pl. szolgáltatók, iskolák. A Standardok segítségével az intézményi viszonyokat és stratégiákat úgy alakíthatjuk ki, hogy azok a lehető legnagyobb mértékben támogassák a szakmai tevékenységet és így a célpopuláció ellátási szükségleteit a lehető legoptimálisabb formában tudják kielégíteni.
- **Stratégiák:** prioritások, akciótervek és kormányzati szereplők vagy finanszírozó szervek által létrehozott pályázati rendszerek. A Standardok alkalmasak arra, hogy segítségével szakmapolitikai célrendszereket lehessen megfogalmazni, hogy reális vélemények és célok alakuljanak ki a preventív tevékenység tekintetében, valamint, hogy a megfelelő tevékenységek kapjanak finanszírozást és szerződést.

Nem állítható, hogy a Standardok a fentiekben felsorolt szintek mindegyikén azonos relevanciával bírnak, ugyanakkor ez a több rétegű megközelítés felhívja a figyelmet arra, hogy milyen szoros kapcsolat áll fenn ezen szintek között. Ez a tágabb perspektíva lehetővé teszi a korábban nem látható erősségek és gyengeségek azonosítását.

Ki használja a Standardokat?

A Standardok minden olyan szakember számára érdekesek lehetnek, akik a drogpreevenció területén dolgoznak. Informatívak általában a társadalom tagjai számára is (ideértve a fiatalokat, szülőket, a helyi közösség tagjait) a tekintetben, hogy mit is várhatnak a drogpreevenció tevékenységtől, de az elsődleges célközönség a drogpreevenció szakemberek köre. Ezek a szakemberek nagy valószínűséggel részt vesznek az alábbi tevékenységek valamelyikében, vagy egyszerre többben is:

- **Szakpolitika, döntéshozatal:** azok, akik a stratégiai döntéshozatal szintjén dolgoznak, pl. képviselők, megbízók, regionális koordinációs munkacsoportok tagjai, finanszírozók. A Standardok irányt mutatnak abban a tekintetben, hogy miként kell a prioritásokat meghatározni, hogyan kell szükségletfelmérést végezni, hogyan kell a prevenció tevékenységeket koordinálni, és hogy miképpen lehet a prevenció törekvések fenntarthatóságát biztosítani. Segíthetnek abban is, hogy átláthatóvá váljon mit is akarnak a prevenció szakemberek elérni, továbbá reflektálási lehetőséget biztosít a létező prevenció stratégiákra vonatkozóan. Alkalmask lehetnek a Standardok arra is, hogy azok alapján felülvizsgálják a meglévő bevált gyakorlatok útmutatóját és a minőségi kritériumokat (a finanszírozás vagy a modell program státusz miatt), illetőleg, hogy újak kialakítását kezdeményezzék. Ezek a szakemberek érdeklődhetnek esetleg a jelen projekt keretében kidolgozott tájékoztató anyag iránt, amely azzal foglalkozik, hogy miként ültethető át gyakorlatba a tudományos bizonyítékok (Sumnall et al. 2011).
- **Szolgáltatás menedzsment:** ezek azok a szakemberek, akiknek az a feladatuk, hogy a prevenció szervezetekben vezetői pozíciót betöltve mozdítsák elő a prevenció tevékenységek megvalósítását. Tipikus tevékenységek ebben a szerepkörben: programtervezési feladatok, a humán erőforrás és a pénzügyi feltételek biztosítása, valamint a jelentési kötelezettségeknek való megfelelés a hivatalok és a finanszírozók felé. A Standardok útmutatót tartalmaznak azzal kapcsolatban, hogy miképpen kell az beavatkozásokat megtervezni, megvalósítani, értékelni, de ezen felül kitérnek a szervezeti aspektusokra is (pl. a stáb továbbképzési szükségletei, egészség, biztonság). A szolgáltatások vezetői használhatják a Standardokat a munkamegbeszéléseken, valamint a finanszírozóval, vagy megbízókkal folytatott tárgyalások során.
- **Terepmunka/azok, akik közvetlen kapcsolatba kerülnek a célpopulációval:** azok, akik ténylegesen megvalósítják a drogpreevenció tevékenységet, mint például pszichológusok, ifjúsági munkások, szociális munkások, megkereső munkát végzők, tanárok, gyógyszerészek. A Standardok érdemi befolyást gyakorolnak az ő munkájukra, mivel felhívják a figyelmet a célpopuláció bevonására, arra, hogy az adott célpopuláció szükségleteire kell a beavatkozást szabni, hogy a tevékenység minősége magas színvonalú legyen, valamint, hogy indokolt esetben az egyéneket specializált ellátásokba kell továbbírányítani.
- **Képzés:** azok, akik a drogpreevenció területén képzési tevékenységet folytatnak. A képzések koncentrálhatnak már a gyakorlatban dolgozó szakemberekre (pl. szoci-

ális munkások), de megjelenhetnek a felsőoktatási intézményekben is (pl. egyetemi hallgatók körében). Ebben az esetben a Standardokat egy szöveggyűjteménynek tekinthetjük, amely bemutatja a magas színvonalú drogvédelem munkája valamennyi aspektusát.

- **Szupervízió:** azok, akik szupervíziót tartanak és támogatják a drogvédelem gyakorlati szakembereket. Ez jelenti a felettes vezetőket, illetve azokat, akik külső szupervízorként vesznek részt a stáb fejlesztésében. Ebben az esetben a Standardok vonatkoztatási alapként funkcionálnak, melyek alapján azonosíthatók a képzési és a későbbi fejlesztési szükségletek.
- **Programfejlesztés:** ebbe a kategóriába azok tartoznak, akik drogvédelem beavatkozásokat terveznek és fejlesztenek. A beavatkozások lehetnek szerzői jogi védelem alatt álló, jól dokumentált beavatkozások, vagy lehetnek konkrét projektek keretében, vagy szervezetek számára realizált fejlesztések. A Standardok ebben az esetben általános útmutatást hordoznak a beavatkozás felépítéséhez, ugyanakkor hangsúlyozzák annak jelentőségét, hogy mindig tekintetbe kell venni a tényleges megvalósíthatóság körülményeit a beavatkozás kidolgozása során.
- **Konzultáció/értékelés/kutatás:** ebbe a kategóriába azok tartoznak, akik tanácsadást végeznek a hatékony megelőzésre vonatkozóan, a megelőzési stratégiák kidolgozásával kapcsolatban, a programok adaptációja kapcsán, illetve amikor a bizonyítékok gyakorlatba történő átültetéséről, vagy az értékelésről van szó. Ez esetben a Standardok egy átfogó ellenőrző listaként és vonatkoztatási alapként funkcionálnak, valamint kritériumokat nyújtanak az értékeléshez és a kutatáshoz. Ezen szakemberek számára érdekes lehet az is, hogy milyen visszajelzések érkeztek a különböző szakemberektől a Standardok kifejlesztése során. Ezekkel kapcsolatban tájékoztatást nyújt az az anyag, amelyik a bizonyítékok gyakorlatba történő alkalmazhatóságáról szól, valamint a projekt záró beszámolója (Sumnall et al. 2011; Brotherhood et al. 2011).

Habár valamennyi szakembernek javasolt, hogy tanulmányozza az összes standardot, nyilvánvaló, hogy azok nem egyformán relevánsak a különböző szakértői csoportok számára. A fejlesztési folyamatban részt vevő együttműködő partnerek megvizsgálták annak a lehetőségét, hogy készítsenek egy olyan táblázatot, amelyik bemutatja, hogy a standardok mely csoportja melyik szakmai csoport számára lenne a leghasznosabb. Azonban az országokénti, szektoronkénti, intézményenkénti munkagyakorlatok között megfigyelt különbségek miatt arra a megállapításra jutottak, hogy ez nem valósítható meg. Egyik javasolt megoldás az, hogy a szakemberek tekintsék át a Standardokat, pl. a beavatkozás egyes szakaszai és elemei szerint, és ennek alapján hozzanak döntést arról, hogy saját szakmai szükségleteikhez mely standardok relevánsak. A standardok elsajátítása egy hosszú távú folyamat, mely során a szakemberek azokra folyamatosan támaszkodnak és fokozatosan fejlesztik vonatkozó ismereteiket és munkájukat.

3. táblázat: Forgatókönyvek a standardok alkalmazására (2. rész)

<p>Egy dropprevenciós szolgáltató vezetője észreveszi, hogy a kliensek egy része nem vesz részt gyakran az egyik programon. A helyzet kezelése érdekében az alábbi projektszakaszok standardjait hívja segítségül: 4. <i>A beavatkozás megtervezése</i> 5.4. <i>Résztevők kiválasztása és programban tartása</i>, 6. <i>Megvalósítás és monitorozás</i>, hogy ezek alapján felülvizsgálja a szolgáltatást, és megvitassa a kliensekkel a lehetséges akadályozó tényezőket. Világossá válik számára, hogy némely kliens azért nem tud részt venni a foglalkozáson, mert egyéb családi kötelezettségei vannak. Ennek alapján arra a következtetésre jut, hogy ezen klienscsoport számára speciális megkereső szolgáltatást kell létesíteni.</p>	<p>Egy programfejlesztő egy új iskolai egészségfejlesztési program megtervezésén dolgozik. Elolvassa valamennyi komponens elején található bevezetőt, és látja az alapvető és szakértői standardok közötti különbséget, valamint ráébred arra is milyen kihívásokkal kell megküzdeni amennyiben egy új program gyakorlati megvalósításáról van szó. A Standardok arra ösztönzik őt, hogy átgondolja, hogyan építhető be a rugalmasság a programba, amely által minimalizálható a megvalósítás során nem várt eltérések száma.</p>
<p>Egy megbízó a szükségletek felmérése érdekében fordul a Standardokhoz és használja az 1. <i>Szükségletfelmérés</i> projektszakaszt. A tapasztalatok azt mutatják, hogy a jelenlegi kínálatból hiányoznak a családra koncentrált beavatkozások, holott ezekre nagy igény mutatkozik. Ennek alapján finanszírozási lehetőséget teremt a család alapú prevenciós beavatkozások számára és kiír egy ilyen tematikájú pályázatot.</p>	<p>Egy prevenciós képzésekkel foglalkozó szakember áttekinti a tréningkurzusokon résztvevőktől származó értékelőlapokat. A visszajelzésekből kiderül, hogy a résztvevők szeretnék, ha nagyobb hangsúlyt helyeznének a kliensek egyéni szükségleteire adható válaszokra. A C. <i>Munkaerő-fejlesztés</i> alatti standardok arra ösztönzik őt, hogy beiktasson a képzési programba egy elemet, amelyik a meta-kompetenciákkal foglalkozik.</p>
<p>Egy egyetemi oktató a Standardokat szakirodalomként használja, hogy a diákok tájékozottak legyenek a dropprevenció területén épp aktuális bevált gyakorlatok témakörében. Főképp az egyes komponensek leírását bevezető megfontolásokat használja, melyek alapján csoportos diskusziókat kezdeményez a diákok körében. A diákok megvitatják az etikus dropprevenció elveit azok alapján, amelyek a D. <i>Etikus dropprevenció</i> részben kerültek megfogalmazásra.</p>	<p>Egy kezelőhely bővíteni kívánja a szolgáltatási palettát oly módon, hogy prevenciós szolgáltatást kíván bevezetni a fiatalok számára. Ennek érdekében megvizsgálja a Standardokra támaszkodva, hogy a tervezett új szolgáltatás miként integrálható a jelenlegi rendszerbe. A Standardok 2.2 <i>Belső kapacitások felmérése</i> komponens alatti megfontolásai arra világítanak rá, hogy jelen pillanatban nincs olyan szakember a teamben, aki megfelelő felkészültséggel rendelkezne a fiatalok körében végzendő prevenciós tevékenység terén.</p>

A Standardok struktúrája, az általuk megjelenített tartalom

Az Európai drogprevenciós minőségi standardok időrendi sorrendben, egy projektciklusban vázolják fel a drogprevenciós program kidolgozásának, megvalósításának és értékelésének folyamatát.

1. ábra: A drogprevenciós projektciklus



A cikluson belül a standardok felépítése 3 szintre osztható.

1. Projektszakaszok

A projektciklus nyolc projektszakaszból áll: a szükségletfelmérés; erőforrások feltérképezése; programalkotás; a beavatkozás megtervezése; projektmenedzsment és erőforrás-mobilizáció; megvalósítás és monitorozás; végso értékelés; illetve promóció és fejlesztés. A szükségletfelmérés és az erőforrások feltérképezése, valamint a beavatkozás megtervezése, illetve a projektmenedzsment és erőforrás-mobilizáció vélhetőleg párhuzamosan megvalósuló tevékenységek, ezért ugyanaz a szín jelöli őket az ábrán. Az ábra közepén pedig olyan területek vannak feltüntetve, amelyek nem szakasz-specifikusak, hanem folyamatosan szerepet kapnak a prevenciós munkában.

A Standardok leírása során, valamennyi projektszakasz egy rövid bevezetővel kezdődik, amely bemutatja az adott szakasz sajátos helyét a projektcikluson belül, valamint röviden jellemzi az adott szakaszhoz tartozó standardokat. A könnyebb használhatóság érdekében a standardok a projekt ciklusban elfoglalt helyüknek (1. ábra) megfelelő színnel lesznek jelölve.

A projektciklust úgy kell tekinteni, mint a drogpreevenció munka egyszerűsített modelljét. A projektciklus struktúra kiváló eszköz a minőségi standardok átfogó rendszerének bemutatására, ugyanakkor a valóságban a prevenció tevékenység megszervezése ettől eltérő algoritmust is követhet. **A Standardok használóinak körültekintően kell adaptálniuk a projektciklust saját munkájukhoz, közben munkájuk egyedi körülményeit is szem előtt tartva.** A lehetséges megfontolások a következők: mely projektszakaszok kerültek már befejezésre, mely komponensek lehetnek esetleg szükségtelenek ebben a konkrét projektben, meg kell-e változtatni a standardok sorrendjét reagálva egy konkrét helyzetre (elképzelhető, hogy az egyes szakaszok kronológiai sorrendje felcserélődik)? A Standardok használói indokolt esetben változtathatnak a struktúrán; ez a rugalmasság teszi relevánssá, alkalmassá és hasznossá a Standardokat a drogpreevenció valamennyi területén.

A Standardokat teljes egészében kell értelmezni, mivel a projektszakaszok kapcsolódnak egymáshoz. Például a szükségletfelmérésből adódó megállapítások befolyásolják a programalkotást, amely viszont meghatározza a projektmenedzsmentet és az erőforrás-mobilizációt. **Ezért is javasolt, hogy először nagy vonalakban tekintsük át a Standardokat, ahelyett, hogy egyes fejezeteket magukban elolvasnánk.** A részletettség mértéke első ránézésre elbátortalaníthatja az olvasót, azonban a standardok gyakorlatban történő használhatósága a lépésről-lépésre történő bemutatásban rejlik, arra vonatkozóan, hogy hogyan lehet magas színvonalú drogpreevenció tevékenységet folytatni.

2. Komponensek

Valamennyi projektszakasz számos komponenst tartalmaz (lásd 4. táblázat, 35. oldal). Ezek körülírják, hogy milyen konkrét tevékenységek szükségesek a projekt adott stádiumában. Összességében 31 komponens azonosítására került sor a projektszakaszok során, valamint meghatározásra kerültek az átívelő megfontolások is, melyek a projektciklus középpontjában állnak. Az átívelő megfontolások, jóllehet vélhetőleg nem a legfontosabb szempontok a prevenció tevékenység egésze szempontjából, mégis olyan megfontolásokat hordoznak, amelyeket fontos folyamatosan szem előtt tartani és ismételtlen átgondolni az egyes szakaszok során. A projektszakaszokban való ismétlődésük elkerülése végett kerültek az ábra középpontjába.

A komponensek számozása utal a projektszakaszra és a komponensre is, míg az átívelő megfontolások esetében a nagybetűs jelölés (A-D) került alkalmazásra. **A számozás nem jelent feltétlenül prioritási, vagy kronológiai sorrendet.** Néhány elem kivitelezése nem mindig szükséges, illetve alkalmazásuk nem életszerű, ennél fogva az adott standard alkalmazása csak akkor releváns, ha az adott tevékenység végrehajtására sor kerül (pl. 4.2 *Már létező beavatkozás adaptálása*).

A Standardok leírása során minden egyes komponens ismertetése egy új oldalon kezdődik, először is a gyakorlati alkalmazhatósággal kapcsolatos megfontolások ismertetésével. Az itt közölt tartalom főleg a szakemberekkel, illetve a kiadványban közreműködő partnerekkel folytatott konzultációk eredménye. Ezek általában leírják az adott kompo-

nens indokoltságát, ismertetik a gyakorlati alkalmazhatóság esetleges akadályait, valamint ezen nehézségek áthidalásának lehetséges módjait, és egyben arra is utalásokat tesznek, ha az adott komponens nem alkalmazható valamely prevenciósi tevékenység során. Arra is kitér ez a szakasz, hogy mely egyéb komponensek támogatják az éppen szóban forgónak a gyakorlati alkalmazását. Az adott komponens szempontjából további releváns útmutatásokra és komponensekre is utalás történik, amelyek segítik az adott komponens megfelelőbb implementálását. A használóknak javasolt, hogy a Standardokat a Függelékben található Fogalomtár vonatkozó részeivel összenézve olvassák.

3. Ismérvek

A projektciklus felépítésének harmadik szintje az adott komponens további jellemzését nyújtja. Ezen a szinten megkülönböztetünk alapvető és szakértői standardokat (lásd bővebben a következő részben). A bal oldali oszlop jeleníti meg az aktuális standardot (2. ábra). Amennyiben ezeket arra használjuk, hogy reflektáljanak a prevenciósi tevékenységre, akkor ezek az ismérvek azt határozzák meg, hogy miként lehet az adott komponens által megfogalmazott elvárást teljesíteni. A könnyebb követhetőség érdekében a standardok számozása azt jelöli, hogy az egyes standardok melyik projektszakaszhoz, illetve komponenshez kapcsolódnak. Fontos szem előtt tartani, hogy a számozás nem tükröz feltétlenül prioritási és/vagy kronológiai sorrendet.

A jobb oldali oszlop olyan megjegyzéseket tartalmaz, amelyek segítenek annak megértésében, hogy mi is a standard célja, tartalma, mivel ezek jelentése nagyban függ az alkalmazás környezetétől. Szintén ezek a megjegyzések jelzik, hogy a standard alapvetőnek tekinthető-e („alapvető standard, ha”), vagy vannak-e még további szem előtt tartandó megfontolások. A példák azt mutatják be, hogy a standardoknak való megfelelés miképpen bizonyítható. Ugyanakkor fontos tudni, hogy a jobb oldali oszlopban található példák nem kizárólagosak, nem az egyedüli lehetséges és megfelelő utat mutatják a standardok teljesíthetősége szempontjából. Ha túl sok a szöveg ebben az oszlopban, akkor azt vízszintesen helyeztük el a standard megnevezése alatt, ahelyett, hogy a jobb oldali oszlopot használtuk volna.

2. ábra: Az ismérvek felépítése

Alapvető standardok:

D.1 A program megvalósításához elégségesek általános szakpolitikai és szabályozást érintő ismeretek.	
	pl.: Vagyis a stáb és a résztvevők tisztában vannak az általánosan kötelező szabályokkal, jogi felelőségükkel és a belső szabályokkal és eljárásrendekkel. <i>Megjegyzés:</i> mindig a konkrét programtól függ, hogy milyen szakpolitikai előírások, illetve jogi szabályok bírnak jelentőséggel; további szempontokat lásd: <i>1.1 A vonatkozó szakpolitika és szabályozás ismerete.</i> <i>Példák a szakpolitikára és szabályozásra:</i> egyenlő esélyek politikája, titoktartási szabályok, gyermekvédelem, egészség és biztonságpolitika, a hulladékkezeléssel és a környezetvédelemmel kapcsolatos törvények.
D. 2 Az etikai szabályok meghatározásra kerültek.	

További szakértői standardok:

D. 15 A program helyszínén az alkoholfogyasztás, dohányzás és az illegális szerek használata tilos.	Alapvető standard, ha a törvény ezt előírja. <i>Megjegyzés:</i> Ezen elvárásoknak való megfelelés bizonyos esetekben nem biztosítható, például ha a program egy külső befogadó intézményben kerül megvalósításra (pl. egy szórakozóhelyen).
D. 16 A program illeszkedik a nemzeti és nemzetközi standardokhoz és irányelvekhez.	Alapvető standard, ha ezt az érvényben lévő szakpolitika és/vagy szabályozás írja elő. <i>Példa a standardokra:</i> Nemzeti foglalkoztatáspolitikai előírások a drogprevenációs tevékenységgel összefüggésben, amennyiben ilyenek léteznek.
D. 17 A résztvevők jogai közérthetőek és nyilvánosak.	

Mi a különbség az alapvető és a szakértői standardok között?

A drogprevenáció számos tevékenységet felel, amelyek különbözhetnek célkitűzéseikben, a tevékenységük fókuszában, a célpopulációban, a szintérben, a módszerekben, a program hosszában és/vagy a rendelkezésre álló, illetve szükséges erőforrások nagyságrendjében. Ebből adódóan bizonyos standardok relevánsabbnak, életszerűbbnek tűnhetnek bizonyos beavatkozások szempontjából, mint mások.

A relevancia tekintetében a Standardok kidolgozásában részt vevő partnerek amellet érveltek, hogy meg kell különböztetni a folyamatosan zajló, résztvevők és szükségletek által vezérelt szolgáltatásokat (megkereső munka, drop-in szolgáltatás, rövidtávú beavatkozás), illetve a strukturált, hosszú távú, előzetesen megtervezett programokat

(pl. kézikönyv alapján működő iskolai prevenció programok). Például olykor nem lehet biztosítani a hosszú távú részvételt azokban a szolgáltatásokban, amelyek a kliensek aktuális szükségletei mentén szerveződnek; ezekben az esetekben azok a standardok, amelyek tartós résztvevői bevonódást javasolnak (standardok, melyek a kliens szolgáltatásban maradását írják elő) nem szükségképpen alkalmazhatóak.

A gyakorlati megvalósíthatóság tekintetében a konzultációk nyomán az a következtetés született, hogy bizonyos standardok nem minden esetben megvalósíthatóak. A konzultációs partnerek rávilágítottak arra, hogy számos korlátozó tényezővel kell számolni, amennyiben a szolgáltatások nyújtói nem tudják teljes egészében ellenőrzésük alatt tartani a megvalósítási folyamatot (iskolai programok, szórakozóhelyek). Az is megfogalmazódott, hogy a Standardokat szigorúbban kell alkalmazni a nagyobb, széles körben megvalósított programok esetében, míg a kisebb programok során nem reális azt elvárni, hogy azok minden tekintetben képesek legyenek alkalmazkodni a Standardok által megfogalmazott kritériumokhoz. A nagyobb-, illetve kisebb-volumenű programok közötti megkülönböztetés a projekt és a szervezet hatóköre és mérete alapján történik; például, hogy mekkora stábbal dolgozik a szervezet, mekkora a költségvetése a programnak, milyen időtávban gondolkodik, hány főt ér el a beavatkozás. Egy hosszú távú, államilag finanszírozott, országos lefedettségű program tekinthető például nagy-volumenű programnak, míg egy alkalmi, valamely iskola által kezdeményezett, a diákok alacsony számú csoportja számára létesített program kis-volumenűnek minősül. A kisebb szervezetek általában kevesebb kapacitással is rendelkeznek, mint a nagyobbak, ezért nehézségekbe ütközhet a Standardoknak megfelelő működés. Azonban a Standardoknak megfelelő működés biztosítása valamennyi prevenció szervezet szakmai célkitűzései között kell, hogy szerepeljen.

A fentiekből is következően a Standardok három csoportba sorolhatóak: "alapvető", "alapvető, ha" és "szakértői". Ez a hármas felosztás a fejlesztési folyamat során zajlott konzultációk eredményeképpen született meg.

- **Alapvető standardok:** valamennyi drogprevenció tevékenység során szükség van alkalmazásukra, függetlenül a sajátos körülményektől. Ezek a standardok vonatkozási alapként kell, hogy funkcionáljanak azokban az esetekben is, amikor az adott szakember, szervezet, program vagy stratégia nem képes maradéktalanul eleget tenni a standardok teljes körének azért, mert nem rendelkezik elegendő erőforrással, vagy mert a szakmai fejlődés egy még kezdetleges szintjén áll. Ez érvényes lehet, például azon szervezetek esetében is, amelyek elsődlegesen nem prevenció szolgáltatók, hanem pl. iskolák. Ezen intézmények/szervezetek kiválóan működőnek minősülnek, amennyiben teljesíteni képesek az alapvető standardokban megfogalmazottakat. Ennek ellenére azok, akik csak az alapvető standardoknak való megfelelést tudják biztosítani, ne korlátozzák érdeklődésüket pusztán arra, hogy ezeket a standardokat tanulmányozzák, hanem foglalkozzanak a szakértői standardok hasznosíthatóságával, relevanciájával és megvalósíthatóságával is. A szakértői standardok részletesebb útmutatást tartalmaznak, mint az alapvető standardok, ebből adódóan iránymutatást jelenthetnek az alapvető standardok megvalósításában. További alapvető standardok (alapvető standardok, ha...) is hasznosak lehetnek bizonyos körülmények között.

- **További alapvető standardok (alapvető standardok, ha...):** ezek a standardok félkövér betűvel vannak szedve, melyek szintén alaphelyzetet írnak le bizonyos körülmények között. Például néhány standardot alapvetőnek kell tekinteni, amennyiben a szervezet eredményértékelést akar végezni, de nem kerülnek alkalmazásra, ha ezt az értékelést nem tervezik. Attól függően, hogy az adott témakörben hány standard került meghatározásra, vagy az alapvető standardokat követően kerülnek bemutatásra, vagy pedig a szakértői standardoknak fenn tartott jobb oldali oszlopban. Ha valaki csak az alapvető standardok megvalósítását tűzi ki célul, akkor is érdemes és fontos áttekintenie a szakértői standardok körét, ugyanis ezek közül némelyik alapvető szintet is képviselhet egy adott projektben.
- **További szakértői standardok:** ezeket az alapvető standardokkal együtt tanácsos szemlélni, mivel ezek egy magasabb színvonalú tevékenység szempontjait jelenítik meg. A szakértői standardok vonatkoztatási alapként funkcionálnak azon szakemberek, szervezetek és projektek számára, amelyek több erőforrással rendelkeznek, valamint azon kisebb szervezetek számára is, akik eleget tudtak tenni az alapvető standardokban megfogalmazottaknak. Bár kívánatos lenne, hogy az összes szakértői standard megvalósuljon, azok nem minden esetben alkalmazhatóak. Ezért a szakértő használóknak maguknak kell eldönteniük, hogy az adott prevenciós tevékenységük vonatkozásában mely szakértői standardok alkalmazása életszerű, releváns és hasznos.

Azok a szakemberek, akik saját tevékenységükre való reflexió céljából alkalmazzák a Standardokat, használhatják ezt a felosztást arra, hogy meghatározzák jelenlegi állapotukat, illetve azt, hogy mely területek szorulnak fejlesztésre. Miután az alapvető standardokban megfogalmazott szakmai iránymutatásnak már eleget tettek, törekedniük kell a munkájuk szempontjából releváns szakértői standardok megvalósítására is.

3. fejezet: A minőségi standardokról

Miért került sor a Standardok kidolgozására?

Az Európa-szerte széles körben alkalmazott, gyengén, vagy egyáltalán nem evidenciákra támaszkodó beavatkozások, illetve általánosságban véve, maga a prevenció alacsony szintű implementációja meglepő. Bár az ilyen minőségű beavatkozások általában kevesebb erőforrást igényelnek (kevesebb továbbképzés), hatásosság csak a prevenció programok adekvát megvalósítása és bizonyítékokon alapuló komponensek alkalmazása által érhető el. Még a jó szándékkal és jól megtervezett beavatkozások esetén is találkozhatunk a preventív helyett ártalmas hatásokkal (Moos 2005; Werch & Owen 2002). A fentiekben említett okoknál fogva a Standardok, illetve alkalmazásuk előmozdítása a finanszírozási követelmények révén nemcsak azért szükséges, hogy növeljük a beavatkozások hatásosságát, hanem etikai megfontolások okán is. A Standardok etikailag azért fontosak, hogy garantálják azt, hogy semmilyen ártalmat nem okoznak prevenció című alatt nyújtott beavatkozások révén, amelyekben a résztvevő egyébként a célpopuláció a legtöbb esetben nem is kérte.

A prevenció programok minősége, illetve bizonyíték-alapúsága ritkán kerül ellenőrzésre, illetve a finanszírozás nem kötődik a minőséghez. Mindazonáltal a prevenció minőségfejlesztése iránti igény egyre inkább megfogalmazódik az európai uniós tagállamok körében. Erre utal az is, hogy a tagállamok mintegy fele arról számol be, hogy törekednek a prevenció minőségi standardok kidolgozására. Az Európai drogprevenció minőségi standardok projekt megvalósításának kezdeti szakaszában csak néhány uniós tagállam rendelkezett minőségi standardokkal, illetve irányelvekkel a prevenció területén. A hozzáférhető szakmai útmutatások különböztek tartalmukat, módszertani követelményeket és a helyi vagy nemzeti szinten túl történő alkalmazhatóságukat tekintve. Ebből következően hiányzott egy közös, európai-szintű keretrendszer, amely a magas színvonalú drogprevenció tevékenység megvalósításához mutatott volna utat. Kérdéses volt továbbá, hogy a létező, nemzetközi szakirodalomban fellelhető útmutatók mennyire alkalmazhatóak Európában, és szükség esetén milyen módon lehet illeszteni azokat az európai kontextushoz (pl. az Egyesült Államok-beli *“the USA Standards of Evidence”* (Flay et al. 2005)).

Egy európai drogprevenció keretrendszer iránti igény egyértelműen megfogalmazódik az európai uniós szintű szakpolitikai dokumentumokban is, például az Európai Unió Kábítószerügyi akcióterveiben (European Council 2005, 2008). Ezek a drogpolitikai dokumentumok egyértelműen kifejezésre juttatják azt az igényt, hogy kerüljenek kialakításra és valósuljanak meg jó drogprevenció gyakorlatok, de ugyanakkor, ezzel egy időben nem tudott rendelkezésre bocsátani egy irányt adó vonatkoztatási keretet.

A fentiekből adódóan a Standardok célja, hogy fejlesszék az európai drogprevenció gyakorlatot oly módon, hogy bizonyítékokon alapuló vonatkoztatási keretet biztosítsanak, így hidalva át a tudomány, a szakpolitika és a napi gyakorlat közötti szakadékot.

A projekt specifikus célkitűzései az alábbiak szerint alakultak:

- Olyan kritériumrendszer kialakítása, amely lehetővé teszi a drogprevenációs standardok és útmutatók értékelését, valamint, azok alkalmazhatóságát minta projektekben;
- A bizonyítékokra vonatkozó nemzeti standardok, valamint a bizonyítékokon alapuló európai és nemzetközi útmutatók áttekintése és összevetése;
- Nemzeti standardok és útmutatók megvalósítását befolyásoló tényezők azonosítása és megvitatása;
- Európai uniós standardok és útmutatók közzététele a bizonyítékokon alapuló drogprevenációra vonatkozóan.

Jelen dokumentum a folyamat részeként kidolgozott standardokkal foglalkozik.

Milyen szakpolitikákat támogatnak a Standardok?

A Standardok közvetlenül támogatják az Európai Unió Kábítószerügyi Akciótervében (2009-2012) megfogalmazott főbb tevékenységeket és a prioritási területeket, valamint az Európai Unió Drogstratégiájában (2005-2012) meghatározott keresletcsökkentési, valamint a drogjelenség jobb megértését szolgáló célkitűzéseket, mint például:

- 17. pont: „A bevált gyakorlatokra vonatkozó minőségi standardok/útmutatók kidolgozása, gyakorlati alkalmazása és terjesztése a prevenció, a kezelés, az ártalomcsökkentés, valamint a rehabilitáció területén használatos beavatkozások és szolgáltatások tekintetében”;
- 19. pont: „Egy európai uniós szinten érvényes konszenzus kialakítása a minőségi standard minimumok és elbírálási kritériumok tekintetében, amelyek a prevenció, a kezelés, az ártalomcsökkentés, valamint a rehabilitáció területén használatos beavatkozások és szolgáltatások terén érvényesíthetőek, s amelyek tekintetbe veszik a célcsoportok sajátos szükségleteit, valamint az országos szintű és nemzetközi tapasztalatokat”;
- „A drogjelenség jobb megértése és az optimális válaszok kidolgozása a tudásanyag és a tudás infrastruktúra mérhető és fenntartható fejlesztése által.” (Európai Tanács, 2004, 18. o.; 2008, 13 o.).

A Standardok abban is segítséget nyújtanak a tagállamoknak, hogy meg tudják valósítani az ENSZ Kábítószerügyi Bizottsága (CND – Commission on Narcotic Drugs) 52. ülésének magas szintű tanácskozásán 2009-ben elfogadott ENSZ Akciótervben megfogalmazott célkitűzéseket, amelyek az alábbiak:

- „Tudományos bizonyítékokra alapozott prevenció programok megvalósítása szükséges mind az általános, mind pedig a célzott prevenció területén, valamint a különböző színtereken (pl. iskola, család, média, munkahely, helyi közösségek, egészségügyi és szociális szolgáltatások, büntetés végrehajtási intézetek)”;
- „Biztosítani szükséges, hogy a keresletcsökkentési törekvések az emberi jogokat és minden egyén méltóságát tiszteletben tartva kerüljenek megvalósításra. Meg kell

teremteni annak lehetőségét, hogy minden droghasználó hozzájusson a prevenció, szociális és egészségügyi szolgáltatásokhoz annak reményében, hogy ily módon is sikerül társadalmi integrációjukat előmozdítani”;

- „A helyi összes érdekhordozót (ideértve a célpopuláció tagjait, családjukat, a helyi közösség tagjait, a munkáltatókat és egyéb helyi szervezeteket) be kell vonni a keresletcsökkentési tevékenység megtervezésébe, kivitelezésébe, monitorozásába és értékelésébe”;
- „Támogatni szükséges a megfelelő egészségügyi standardok kifejlesztését és elfogadását, valamint folyamatos továbbképzést szükséges biztosítani a keresletcsökkentési beavatkozásokra vonatkozóan” (UNODC, 2009b, 24. o.).

Az, hogy immár létezik egy közös vonatkoztatási keret, amely adaptálható a helyi szükségleteknek megfelelően, ösztönzőleg hathat az egyes tagállamokra arra nézve, hogy helyi, regionális vagy nemzeti szintű minőségi standardokat dolgozzanak ki, amennyiben ezek korábban nem léteztek, illetve, hogy a létező minőségi standardokat felülvizsgálják, frissítsék és saját tevékenységükhöz igazítsák. A Standardok alkalmazása javítani fogja a drogprevenció gyakorlatot és növelni fogja a pénzügyi források felhasználásának hatékonyságát. Ugyanakkor csökkenni fog annak a valószínűsége, hogy olyan beavatkozások kerüljenek megvalósításra, melyek eredménytelenek, vagy éppenséggel iatrogén hatásuk van. Mindebből fakadóan a drogprevenció standardok érdemben fognak hozzájárulni ahhoz, hogy a helyi, regionális, nemzeti és nemzetközi stratégiák valóban megvalósuljanak.

Hogyan zajlott a Standardok kialakítása?

Az Európai drogprevenció minőségi standardok első verzióját 19, drogprevenció minőségi standardokat tartalmazó európai és nemzetközi dokumentum áttekintése és szintézise által készítették, majd európai drogszakértőkkel folytatott konzultációk során véglegesítették. Ezen folyamat során az együttműködő partnerek olyan módszertant alkalmaztak, amelyik nemcsak érvényes és megbízható eredményeket produkált, hanem egyben azt is lehetővé tette, hogy a partner országok szakmai kultúrája és gyakorlata is megismerhetővé váljon (értékek és preferenciák, szervezeti struktúrák). A 3. ábra áttekintést ad a kidolgozás folyamatáról.

A már létező drogprevenció útmutatók áttekintésére 2008-ban és 2009-ben került sor, a 27 EU tagállam releváns képviselőivel való kapcsolatfelvétel által, azaz az EMCDDA Reitox hálózatához tartozó nemzeti fókuszpontokkal, a Kábítószer és kábítószer-függőség európai információs hálózatával (European Information Network on Drugs and Drug Addiction), valamint a Kábítószer-kereslet Csökkentését Célzó Intézkedések Információs Rendszerének (EDDRA) országokénti menedzsereivel. Felkeresésre kerültek továbbá anyagok beszerzése céljából azon prominens szervezetek, melyek a drogprevencióval foglalkoznak, mint például a Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja (EMCDDA), az ENSZ Kábítószerügyi Hivatala (UNODC), a kanadai Addiktológiai Központ (CCSA) és az ausztrál Nemzeti Drogkutató Intézet (NDRI). Az interneten és egyéb adatbázisokban található szakirodalom is áttekintésre került.

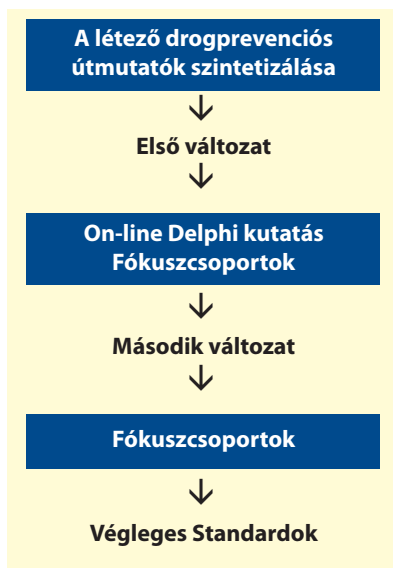
Összesen 77 dokumentum bizonyult további elemzésre alkalmasnak, de csak azokat a drogpreevencióra fókuszáló minőségi standardokat használták fel a későbbi munkához, amelyeknek országos, illetve – ahol ilyen lefedettségű nem akadt – regionális hatásköre volt. További kritérium volt, hogy az adott anyag hivatalos legyen, azaz vagy a kormány, vagy más vezető szerepet betöltő drogpreevenció intézet által publikált, vagy legalábbis elismert anyagról legyen szó. A végső válogatásba 19 dokumentum került, a nem angol nyelvűek angolra fordítása is megtörtént. Az áttekintésbe belevett dokumentumok listáját a Függelék tartalmazza. Az Európai drogpreevenció minőségi standardok első változata az ezen dokumentumokban fellelhető minőségi standardok szintéziséből keletkezett.

Ezután a standardvázlatokat a drogpreevenció szakemberekkel való konzultációk során tovább finomították. A meghívott résztvevők között valamennyi szakmai szint és a drogpreevencióban közreműködő szakmai területek széles skálája képviseltette magát: a regionális tervező csapatok, az oktatás, egészségügy, mentálhigiénia, szociális szolgáltatások, büntető igazságszolgáltatás, az önkéntes és a közösségi szektor, a kormányzat, a kutatás és tanácsadás, és a média. A konzultációkat a Prevenció Standardok együttműködő partnerei szervezték, mely a következő országokat vagy régiókat jelentette: Galícia (spanyolországú régió), Magyarország, Liguria (olaszországú régió), Lombardia (olaszországú régió), Lengyelország, Románia és az Egyesült Királyság. Egy kétkörös, on-line Delphi vizsgálatban a szakemberek minősítették az egyes standardok fontosságuk szerint (nagyon fontos – egyáltalán nem fontos). Az összes résztvevő országban és régióban 423 szakember vett részt a felmérésben. A konzultációk ezt követő részében valamennyi országban és régióban összesen 122 szakember találkozott tizennégy fókuszcsoport keretében 5 országban, hogy részletesen megvitassák a standardok relevanciáját, hasznosságát, megvalósíthatóságát. A Delphi felmérés eredményeit és a fókuszcsoportok tapasztalatait hasznosították a Standardok második verziójának elkészítéséhez.

A konzultációk utolsó szakaszában öt országból 72 szakember vett részt, akik segítettek annak meghatározásában, hogy miképpen kerülhet sor a standardok gyakorlati alkalmazására, valamint még további észrevételeket tettek azzal kapcsolatban, hogy miként lehet a standardokat továbbfejleszteni. A végső változat valamennyi konzultáció tapasztalatait, konferenciákon elhangzott javaslatokat, valamint az együttműködő partnerekkel egyeztetett következtetéseket tartalmazza.

A standardok kifejlesztéséről további információ, valamint a konzultációkon résztvevő szakemberek listája megtalálható a projekt záró beszámolójában (Brotherhood et al. 2011).

3. ábra: A Standardok kidolgozásának folyamata



Milyen feltételek mellett kerülhet sor a Standardok alkalmazására, milyen akadályokra lehet számítani?

A projekt kezdetén már nyilvánvaló volt, hogy a Standardok csak akkor fognak használható eszközzé válni a mindennapi szakmai tevékenység szempontjából, ha relevánsak és hasznosak a szakemberek széles csoportja számára a különböző országokban, valamint ha használhatóságuk igazolható a különböző színterek vonatkozásában is. Ezen kritériumok teljesülését szolgálták a fentiekben ismertetett konzultációk, s ezeket a szempontokat teszik nyilvánvalóvá a gyakorlati megfontolások, valamint az alapvető és szakértői standardok megkülönböztetése is.

Ugyanakkor a drogprevenációs szakemberekkel folytatott konzultációk azonosítottak számos olyan körülményt és lehetséges akadályozó tényezőt, melyeket érdemben nem lehetett kezelni a fejlesztési folyamat során. Az alábbi bekezdések röviden jellemzik azokat a kulturális, szervezeti és strukturális változtatásokat, amelyek szükségesek ahhoz, hogy a standardok széles körben történő gyakorlati alkalmazása megtörténhessen:

- **A minőségi standardok alkalmazásának előmozdítása:** Ösztönzőleg hatott, hogy a konzultációk során kiderült: számos a Standardokban megjelenített tevékenység már most is szerves része a napi gyakorlatnak, bár ezeket gyakran nem a Standardokban megjelenített magas színvonalon valósítják meg. A szakemberek tehát a meglévő gyakorlatra tudnak építeni és annak javítását kell, hogy elérjék, nem a nulláról indulnak. Szintén többen megjegyezték, hogy egy valóban jó projekt szükségképpen illeszkedik fog a minőségi standardokhoz. Ugyanakkor az is kiderült, hogy a szakemberek jelentős hányada számára a minőségi standardok, a program igazolása és a szakmai útmutatók koncepciója valójában nem ismert. Bár örömmel veszik a Standardok bevezetését, meglehetősen bizonytalanok a tekintetben, hogy miként fogják ezeket a gyakorlatban alkalmazni. Ezért szükségesnek tűnik, hogy a Standardok bevezetésének és gyakorlati alkalmazásának megkönnyítése érdekében célzott képzések és oktatási anyagok álljanak rendelkezésre. Szintén javasolható, hogy a Standardok, illetve azok használatának bevezetése lépésről-lépésre haladjon: először a terület igényét kell felkelteni a Standardok iránt, majd elkezdni a minőségi standardok bevezetését, s végezetül megismertetni a tényleges használókat, szintén célzott képzések keretében, az egyes standardok tartalmával.
- **Tartalmi útmutatók fejlesztése:** A konzultációk rávilágítottak arra, hogy iránymutatásra van szükség a bizonyítékokon alapuló prevenciós tevékenység tartalmi elemeivel kapcsolatban. A Standardok egy összerendezett keretrendszer alkotnak azzal kapcsolatban, hogy miként kell a prevenciós beavatkozásokat megvalósítani, milyen alapon lehet döntéseket hozni a tartalommal kapcsolatban, ugyanakkor nem határozzák meg, hogy milyen konkrét tevékenységeket kell végrehajtani. Éppen ellenkezőleg, bár számos nemzeti prevenciós standard hozzáférhető, ezek közül mindössze kettő volt olyan, amelyek valóban jól definiált útmutatást tartalmaztak, s amelyek igazán relevánsnak minősültek az európai standardok kidolgozásához (NICE, 2007; UNODC, 2009a). Mindkettő családi alapú prevenciós tevékenységekre vonatkozott, és a nyugat-európai országokban jellemző prevenciós struktúrákra voltak leginkább értelmezhetőek. A standardok jövőbeli sikeressége nagymértékben attól függ, hogy

párhuzamosan léteznek-e magas színvonalú prevenció útmutatók. Jóllehet a szisztematikus áttekintések és a metaanalízisek összefoglalóan bemutatják a bizonyítékokat, ugyanakkor a helyi megvalósításra, adaptációra vonatkozó részleteket nem tartalmazzák. Az egymásnak olykor ellentmondó, komplex bizonyítékok elérése és értelmezése gyakran nehézséget jelent a gyakorlatban dolgozó szakembereknek. Mindennek alapján nyilvánvaló, hogy további munkára van szükség annak érdekében, hogy a szakemberek eldönthessék, miként tudnak a leghatékonyabban dolgozni célcsoportjukkal.

- **Vonzó finanszírozási célok megjelenítése:** A Standardok célja, hogy kihívásokat jelentsenek, ugyanakkor mégis legyenek reálisan megvalósíthatóak. Az alapvető és szakértői standardok megkülönböztetése valójában az Európai Unió szerite tapasztalható prevenció gyakorlat napi sajátosságaira, valamint az elérhető finanszírozási forrásokra reflektál. Ideális esetben az (alapvető) standardok realizálhatóak az elérhető források felhasználása, illetve átcsoportosítása révén. A korlátozott forrásokkal rendelkező szervezeteknek ugyanakkor kiegészítő, vagy további forrásokhoz kell jutniuk, különösen, ha a szakértői standardok megvalósítását tűzik ki célul.
- **A prevenció tevékenység támogatása és pozicionálása:** A kezeléssel és a rehabilitációval összehasonlítva az utóbbi időben a prevenció tevékenység kevesebb figyelmet kap, elsősorban a pénzügyi forrásokat tekintve, s ebből adódóan kevésbé fontosnak is tűnik. A kiszámítható és stabil finanszírozási háttér a magas színvonalú drogprevenció tevékenység vitathatatlan előfeltétele. A Standardok alkalmazása hangsúlyozni fogja a prevenció tevékenység fontosságát az egyéb keresletcsökkentési beavatkozások kontextusában. Abban az esetben, ha valóban javítani akarjuk a prevenció tevékenység minőségét (pl. tudományosan megalapozott eredményértékelések lebonyolítása révén), akkor az ezért felelős megbízóknak és támogatóknak növelni kell a területre fordított források összegét. A Standardok jelen formájukban nem adnak útmutatást abban a tekintetben, hogy miként kell elosztani a forrásokat, ebből adódóan a megbízók, a források elosztásáért felelősök számára továbbképzésre lehet szükség ebben a témakörben (pl. az alternatív költségek átgondolásában).
- **Központi prevenció ügynökségek létrehozása és megerősítése:** A konzultációk során az is megerősítést nyert, hogy nagy szükség van a kormányzatok által fenntartott központi, vagy regionális koordinációs szervezetekre, melyek részt vesznek a stratégiák megvalósításában, támogatják és irányítják a prevenció szervezetek tevékenységét, szükségletfelmérést végeznek, segítik a szervezeteket abban, hogy a Standardokban megfogalmazottak szerint tudják szakmai tevékenységüket alakítani, bevált gyakorlatokról szóló útmutatókkal segítik a terepen zajló munkát, képzéseket és kapcsolatépítést elősegítő alkalmakat szerveznek, általában véve előmozdítják a prevenció szervezetek közötti együttműködést. A megbeszélések rávilágítottak arra, hogy milyen előnyökkel jár, ha ilyen intézmények léteznek és megfelelőképpen működnek, valamint, hogy milyen negatív következményei vannak annak, ha ilyen típusú szerveződések nincsenek, vagy gyengék (pl. vannak országok, ahol a prevenció stratégiák szakmai gondozására nincs kinevezett intézmény), vagy a megszűnés veszélye fenyegeti őket.

- **A prevenció gyakorlatban rejlő különbségek figyelembevétele:** A drogprevenció gyakorlat nagy különbségeket mutat az egyes országok, azokon belül egyes földrajzi területek és szakterületek között (pl. eltérő értékek és szakmai kultúra jellemzi a szociális, illetve az egészségügyi ágazatot). A Standardok elvileg széles körben alkalmazhatóak, azonban a konzultációk résztvevői alkalmasint aggályokat fogalmaztak meg azzal kapcsolatban, hogy vajon alkalmazhatóak lesznek-e oly módon, hogy reflektálnak az eltérő körülményekre (pl. helyi célcsoport; a szolgáltatások adott országra jellemző struktúrája). A Standardok jelen verziója nem tartalmaz részletes útmutatást azzal kapcsolatban, hogy azok miként integrálhatók a már létező intézményi környezetbe. A tervek szerint a Standardok később kialakítandó verziói jobban fogják illusztrálni, hogy a Standardok gyakorlati alkalmazása miként valósulhat meg, hiszen a későbbi verzió a tényleges, különböző körülmények közötti kipróbálás tapasztalatait is tükrözni fogja.
- **Együttműködések létrehozása:** Egy további lehetséges nehézség a drogprevenció területén a szakmai csoportok és érdekhordozók közötti koordináció és együttműködés viszonylag alacsony szintje. A konzultációk résztvevői számos példával illusztrálták ezt a helyzetet: párhuzamosságok a rendszerben, ami abból adódik, hogy az egyik szolgáltató nem tudja, hogy mit csinál a másik, a kutatók és a gyakorlatban dolgozó szakemberek közötti kommunikáció hiánya, melynek következtében a kutatások által feltárt ismeretek, bizonyítékok nem válnak széles körben ismertté, így nem is tudják segíteni a gyakorlati munkát. A kommunikáció nehézkessé válhat például abból adódóan is, hogy a drogprevenció céljai és módszerei tekintetében teljesen eltérő percepciói vannak a különböző szereplőknek. A B Komponens: *Kommunikáció és az érdekhordozók bevonása* éppen ezzel a témakörrel foglalkozik abból a felismerésből táplálkozva, hogy a jobb koordináció célzottabb beavatkozásokhoz és a források megfelelőbb elosztásához vezethet. Egyébként a Standardok gyakorlati megvalósításához számos érdekhordozó beleegyezésére van szükség; valódi együttműködés csak akkor jön létre, ha a felek valóban érdekeltek abban. A Standardok gyakorlatba történő átültetése olyan érdekhordozók bevonását is szükségessé fogja tenni, akik eredetileg nem voltak részei a prevenció tevékenységnek, és akik számára saját szerepük sem szükségképpen egyértelmű (pl. tanárok, gyógyszerészek, közös képviselők).
- **A szakmai készségek és attitűdök fejlesztése:** Egy következő témakör a stáb készsége és szakmai kompetenciái a Standardok gyakorlati alkalmazásával kapcsolatban. Bizonyos témakörök (pl. a bizonyíték alapú megközelítés, értékelés, adaptáció, stratégiai programtervezés) kapcsán felmerült az ismerethiány problémája. Úgy tűnik, hogy az elmélet és a gyakorlat elválik egymástól (pl., hogy miről gondoljuk, hogy eredményes és ehhez képest valójában mi történik a gyakorlatban). A megbeszélések során úgy tűnt, hogy a szakemberek bizonytalanok a Standardok alkalmazásával kapcsolatban, azokat túl bonyolultnak, vagy éppen az azoknak való megfelelést túl nehéznek látják. A gyakorlati szakemberekben az is megfogalmazódott, hogy a standardok az ő szakmai tapasztalataikat értékelik le. A Standardok célja a jobb gyakorlatok meghonosodásának előmozdítása, nem pedig egyszerűen a jelenlegi gyakorlat megerősítése. Az alapvető és szakértői standardok megkülönböztetése révén, továbbá az önreflexió előmozdításával hasznos eszközök lehetnek a Standardok, amennyiben a szakemberek hajlandóak azokat alkalmazni. Fontos, hogy a Standardok a valódi szakmai fejlődés eszközei legyenek, az arra vonatkozó tényleges döntések meghozatalát támogassák,

hogy milyen módon lehet a prevenció beavatkozásokat megtervezni és megvalósítani, és ne váljanak egyszerű bürokratikus eszközzé. Bár a standardok képesek arra, hogy hozzájáruljanak a prevenció jobb megértéséhez, és fontos kiegészítői lehetnek a munkaköri kívánalmaknak (pl. C. *Munkaerő-fejlesztés*), prevenció-specifikus képzésekre és továbbképzésekre feltétlenül szükség van. Mindezen túl, a szakmai attitűdök tekintetében valódi változásokat csak egy hosszú távú folyamat tud eredményezni, minden releváns szint részvételével.

A fenti megfontolások rávilágítanak arra, hogy a Standardok megvalósítása nem képzelhető el elszigetelt formában, a drogprevenció napi gyakorlatától elkülönülten. Éppen ellenkezőleg, azok gyakorlati megvalósítása csak a változások folyamatában történhet meg, amelyek a prevencióval kapcsolatos alapvető megfontolásokat is magukban foglalják, és amelyek eredményeképpen egy integrált és bizonyítékokon alapuló megközelítés tud érvényre jutni. A projekt megvalósításában együttműködő partnerek számos, országukra jellemző megfontolásnak adtak hangot, és nagy valószínűséggel más országok hasonló kihívásokkal fognak szembesülni. Ezek az ország-specifikus megfontolások szintén megtalálhatóak a kézikönyv online kiegészítésében.

Második rész:

A standardok



4. táblázat: Az Európai drogvenció minőségi standardokon belüli projektszakaszok és komponensek

Átívelő megfontolások

A: Fenntarthatóság és finanszírozás

B: Kommunikáció és az érdekhordozók bevonása

C: Munkaerő-fejlesztés

D: Etikus drogvenció

1. Szükségletfelmérés

1.1 A vonatkozó szakpolitika és szabályozás ismerete

1.2 A drogfogyasztás és a közösségi szükségletek felmérése

1.3 A szükségletek leírása – A beavatkozás indoklása

1.4 A célcsoport megismerése

2. Erőforrások feltérképezése

2.1 Célcsoport- és közösségi erőforrások felmérése

2.2 Belső kapacitások felmérése

3. Programalkotás

3.1 A célcsoport meghatározása

3.2 Elméleti modell alkalmazása

3.3 Célok meghatározása

3.4 A szintér meghatározása

3.5 A hatásosság bizonyítékai

3.6 Ütemezés

4. A beavatkozás megtervezése

4.1 A minőség és hatásosság szempontjainak érvényesítése

4.2 Már létező beavatkozás adaptálása

4.3 A beavatkozás illesztése a célcsoportához

4.4 Végső értékelés tervezése

5. Projektmenedzsment és erőforrás-mobilizáció

5.1 A program tervezése (a projektterv)

5.2 Pénzügyi szükségletek tervezése

5.3 A team felállítása

5.4 Résztevők kiválasztása és programban tartása

5.5 Programanyagok összeállítása

5.6 Programleírás

6. Megvalósítás és monitorozás

6.1 Próba beavatkozás

6.2 A beavatkozás megvalósítása

6.3 A megvalósítás monitorozása

6.4 Módosítások a megvalósítás során

7. Végső értékelés

7.1 Eredményértékelés

7.2 Folyamatértékelés

8. Promóció és fejlesztés

8.1 Döntés a program folytatásáról

8.2 A program promotálása

8.3 Záró beszámoló készítése

Átívelő megfontolások



Számos visszatérő téma van, amely nemcsak egy projektszakaszhoz kapcsolódik, hanem a teljes projektciklust érinti. A Standardok szempontjából négy ilyen visszatérő téma került azonosításra, amelyek – a grafikus megjelenítésben is – a projektciklus közepén helyezkednek el, mivel az abban foglaltakkal valamennyi projektszakaszban számolni kell.

A: Fenntarthatóság és finanszírozás

A programokat a drogreveniói tevékenységek szélesebb keretébe illesztve kell vizsgálni. A preveniói tevékenység hosszú távú életképességét szükséges biztosítani. Ideális esetben a programoknak az első megvalósítás után is folytatódniuk kell, és/vagy akkor is, ha a külső pénzügyi forrás már nem hozzáférhető. A fenntarthatóság azonban nemcsak a források folyamatos hozzáférhetőségétől függ, legalább ilyen jelentőséggel bír a stáb és az érdekhardozók elkötelezettsége a szervezet, vagy a drogrevenió, mint szakterület felé. Az ebben a részben bemutatott standardok azzal foglalkoznak, hogy miként biztosítható a fenntarthatóság a programok létező rendszerekbe való integrálása, valamint a szükséges források előteremtését biztosító stratégiák kidolgozása által.

B: Kommunikáció és az érdekhardozók bevonása: Érdekhardozók azok az egyének, csoportok és szervezetek, akiknek közvetlen érdekük fűződik az adott program tevékenységeihez, eredményéhez, illetve akikre a program közvetlenül, vagy közvetve hatást gyakorol, pl. a célcsoport tagjai, a helyi közösség, a program finanszírozói, vagy a drogrevenió területén tevékenykedő szervezetek. A releváns érdekhardozókat a szükséges mértékben kell bevonni a programokba. A célcsoport támogatása, illetve a velük való együttműködés valamennyi programmal szemben támasztott alapvető elvárás. Ennek részét képezheti a helyi közösségi vezetőkkel, avagy a helyi médiával való

kapcsolatfelvétel, akik támogathatják a programot és növelhetik annak láthatóságát. A területen működő egyéb szervezeteket pedig a törekvések koordinálásába, a megszerzett tapasztalatok megosztásába és a közös tervezés-finanszírozás elősegítésébe lehet bevonni. Egy kommunikációs stratégia elősegítheti, hogy a programban résztvevő különböző csoportok közötti információcsere ténylegesen megvalósuljon.

C: Munkaerő-fejlesztés: Ez a komponens három elemből áll: a stáb képzése; továbbképzése; szakmai és érzelmi támogatása. A stáb képzési szükségleteit fel kell mérni a megvalósítási folyamat megkezdése előtt, a képzésekre azért van szükség, hogy a munkatársak képesek legyenek munkájukat magas színvonalon végezni. A Standardok a képzési tervek kidolgozását is elősegítik. A folyamatos munkaerő-fejlesztés megerősítő és megtartó jelleggel hat a munkatársakra, valamint biztosítja, hogy a munkatársak úgy érezzék, hogy tudásuk és készségeik valóban naprakészek. A megvalósítási folyamat során fontos, hogy a munkatársaknak legyen lehetőségük reflektálni saját munkájukra, valamint építő javaslatokkal élhessenek a munkakörre vonatkozóan.

D: Etikus drogprevenció: A Standardok megfogalmazzák az etikus drogprevenció alapelveit, melyek az alábbiakra vonatkoznak: a prevenciószolgáltatók mindig jogszerűen járnak el; tiszteletben tartják a résztvevők jogait és autonómiáját; valódi előnyöket nyújtanak; nem ártanak; mindig tényszerű információkat közölnek; beleegyezést kérnek; az önkéntes részvételt és a bizalmasságot biztosítják; az egyes beavatkozásokat a résztvevők speciális szükségleteihez igazítják; a résztvevőket partnernek tekintik; a biztonság és az egészség szempontjait szem előtt tartják. Elképzelhető, hogy az etikus drogprevencióval kapcsolatos elvek mindegyikét nem lehet konzekvensen alkalmazni minden beavatkozás során, ugyanakkor a fentiekben jellemezett etikus megközelítésnek minden projektszakaszban egyértelműen és világosan meg kell jelennie. Ennek megfelelően protokollok kerültek kidolgozásra a résztvevők jogainak védelme érdekében, továbbá a beavatkozással kapcsolatos esetleges kockázatok előzetes megbecslése, valamint a kockázati tényezők hatásának lehetséges mértékű tompítása érdekében.

A: Fenntarthatóság és finanszírozás

A programokat úgy kell megtervezni, hogy azok biztosítsák a drogvédelem tevékenység folyamatosságát. Részei lehetnek egy tágabb drogvédelem tevékenységrendszernek (intézményi vagy regionális szinten). Ideális esetben a programoknak az első megvalósítás után is folytatódniuk kell, és/vagy akkor is, ha a külső pénzügyi forrás már nem hozzáférhető (pl. a program megismételhető hasonló jellemzőkkel bíró résztvevőkkel, az első, sikeres megvalósítást követően). A fenntarthatóság részben a program logikai koherenciájától, részben pedig az erőforrások folyamatos hozzáférhetőségétől (pénz, munkaerő, résztvevők) (lásd 5.2: *Pénzügyi szükségletek tervezése*), valamint az érdekhordozók támogatásától függ (lásd: *B: Kommunikáció és az érdekhordozók bevonása*).

Az ebben a részben található standardok arra ösztönzik a szolgáltatókat, hogy gondolják át, hogy a különböző projektszakaszokban az egyes tevékenységek miként kapcsolódnak egymáshoz és hogyan tudnak hozzájárulni a program fenntarthatóságához. Felvázolják azt is, hogy a fenntarthatóság leginkább akkor biztosítható, ha az aktuális program jól tud illeszkedni egy már meglévő rendszerbe, valamint, ha kidolgozásra kerülnek a szükséges erőforrásokat biztosító stratégiák. Az ismertetésre kerülő standardok közül némelyek inkább szervezeti, vagy stratégiai szinten bírnak relevanciával és kevésbé az adott program, vagy beavatkozás szintjén.

A szolgáltatók számára javasolt, hogy keressék meg a különböző finanszírozási rendszereket és pályázzanak annak érdekében, hogy ezekből forrásokhoz jussanak. Nem minden esetben szükséges külső finanszírozási forrásokat keresni. Előfordulhat, hogy a pénzügyi források a konkrét programtól függetlenül már rendelkezésre állnak és/vagy a program megvalósítása nem igényli többletforrások bevonását. Ideális esetben a programok megvalósíthatóak a már rendelkezésre álló, illetve átcsoportosított források felhasználása révén is. Amennyiben szükség van külső forrásokra a fenntarthatóság érdekében, akkor ezek biztosításáról gondoskodni kell. A program tartalmától, irányultságától függően különböző források jöhetnek szóba: kormányzati támogatás, vagy kevésbé formális megoldások, pl. közösségi, vagy egyéni adományozás.

Az a megközelítés, ami a Standardokban megjelenik, vagyis, hogy aktív forrásteremtő tevékenységet kell végezni, sokak számára újszerűnek tűnhet. A szolgáltatók azt gondolhatják, hogy lehetőségeik és képességeik az ilyen jellegű feladatok elvégzésére meglehetősen korlátozottak. A finanszírozási gyakorlatok különbözhetnek, de általában a helyi vagy regionális kormányzati források a legjelentősebbek a drogvédelem tevékenység finanszírozása szempontjából. Sajnos ezek a támogatások nem mindig tudják biztosítani a programok hosszú távú fenntarthatóságát. Gyakran csak meghatározott célra használható pénzekről van szó, amelyek csak bizonyos tevékenységek finanszírozására használhatók, ami akadályozza a szolgáltatókat abban, hogy a forrásokat tényleges szükségleteiknek megfelelően használhassák fel. Ha van egy kifejezetten a forrásteremtést célzó stratégiánk mind a kormányzati, mind a nem-kormányzati forrásokra vonatkozóan, az maximalizálja a programok megvalósíthatóságának és fenntarthatóságának esélyét.

A pályázati tevékenység során helyes, ha számolunk azzal, hogy relatíve hosszú idő telik el a pályázat benyújtása és a döntés megszületése között. Különösen igaz ez a nagy

szervezetek, pályázati rendszerek esetében (pl. Európai Uniók rendszerek). Amennyiben a támogatás odaítélését megelőzően értékelés is zajlik, akkor fontos, hogy a finanszírozó szervezet elvárásai is érvényesüljenek a pályázatban.

Fontos, hogy mind a finanszírozók (támogatók), mind pedig a drogprevenációs tevékenységeért felelős megbízók feladatuknak érezzék az ígéretes és eredményes programok fenntartásához szükséges pénzügyi források biztosítását (lásd még 8.1: *Döntés a program folytatásáról*).

A fenntarthatósággal kapcsolatos további információk elérhetőek például a UNODC egyik kézikönyvében: *A családi készségek fejlesztését célzó képzési programok a drogprevenáció területén (Guide to implementing family skills training programmes for drug abuse prevention)* (UNODC 2009a: 47 o.).

A Standardokban használt legfontosabb fogalmak definíciói a Fogalomtárban megtalálhatók.

Alapvető standardok:	
A.1 A program a drogprevenáció hosszú távú megközelítését támogatja.	Pl.: A drogügyi szükségletek szempontjából a "pánik" és a "közöny" jellemezte ciklusok elkerülése és a folyamatos drogprevenáció biztosítása.
A.2 A program nem töredékes, rövidtávú kezdeményezés.	<i>Lehetséges bizonyítékok:</i> a szervezeten belüli tevékenységek szélesebb körébe illeszkedik; közvetlen vagy közvetett módon egy tágabb hatókörű stratégia megvalósításához járul hozzá.
A.3 A program koherens mind logikájában, mind pedig gyakorlati megközelítésében.	
<p><i>Megjegyzés:</i> A program koherenciája valamennyi projektszakaszban megvizsgálandó, ennek során a program minden egyes eleménél ellenőrizni kell, hogy a többi elemmel összhangban áll-e.</p> <p><i>Cél:</i> Annak biztosítása és demonstrálása, hogy a program jól tervezett, releváns és életszerű hosszú távon.</p> <p><i>Példák a figyelembe vehető elemekre:</i> a célcsoport szükségletei, az általános-, fő-, és alcélok; az elvi megfontolások; bizonyíték-alapúság; a szintér; a módszerek és a konkrét tevékenységek, források.</p> <p><i>Példák a figyelembe vehető szempontokra:</i> vajon a tevékenységek segítik-e a fő- és alcélok elérését? Vajon a tervezett tevékenységek azokra a közvetítő változókra irányulnak-e, amelyeket az elméleti modellben megjelenítettünk? Vajon a módszerek megfelelőek az adott tevékenység megvalósításához? Vajon az erőforrások elegendőek-e a program megvalósításához?</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Lehetséges bizonyítékok:</i> A program elemei közötti összefüggésrendszer egy logikai modellbe rendezetten kerül bemutatásra, az összefüggések kifejtésével. - <i>További iránymutatás:</i> További eligazítást nyújt a fentiekkel kapcsolatban a <i>Prevenációs Programok Tervezéséhez és Értékeléséhez kapcsolódó Eszköztár (Prevention and Evaluation Resource Kit, PERK) (EMCDDA 2010)</i>. 	

A.4	A program különböző forrásokból vár támogatást.
	<p><i>Megjegyzés:</i> még akkor is, ha a program megvalósításához szükséges források rendelkezésre állnak, kiegészítő finanszírozás lehet szükséges a kapcsolódó tevékenységek megvalósításához, pl. a beavatkozások további differenciálása érdekében (kiegészítő szolgáltatások nyújtása), illetve a szükséges intézményi fejlesztések kivitelezése érdekében (pl. stáb továbbképzése).</p> <p><i>Példák a különböző finanszírozási forrásokra:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – belső források (újraelosztása); – források megosztása más szervezetekkel; – közösségi források és önkormányzat; – adományozók, egyéni adományok; – nem-kormányzati és magánügynökségek; – kormányzati és EU-s támogatás.

További szakértői standardok:	
A.5	A kezdeti megvalósítás után a program fenntarthatóságát biztosító tényezők egyértelmű kifejtése írásban.
A.6	A program összekapcsolódik a már létező szolgáltatást nyújtó rendszerekkel.
A.7	A releváns érdekhordozók körében - ahol erre szükség van - a drogproblémával kapcsolatos tudatosság növelése.
	<p><i>Cél:</i> a program folyamatos támogatásának megszerzése.</p> <p><i>Példák releváns csoportokra:</i> a helyi közösség képviselői, családtagok, megbízók, stáb, célpopuláció.</p> <p><i>Lehetséges bizonyítékok:</i> droginformációs nap/esemény rendezése, releváns csoportok pontos tájékoztatása a közösség vagy a célpopuláció szükségleteiről, droggal kapcsolatos témájú színházi előadás szervezése.</p>
A.8	Kapcsolatok kialakítása a közösség csoportjaival.
A.9	<p>A programnak független akkreditációs és minőségbiztosítási bizonyítványa van, vagy törekszik annak megszerzésére.</p> <p><i>Példa bizonyítványra:</i> International Organization for Standardization - (ISO) bizonyítványok.</p> <p><i>Példák elismerésre:</i> Európai Drogprevenációs Díj (Európa Tanács, Pompidou Csoport), Mentor Díj (The Mentor Foundation).</p> <p><i>Lehetséges bizonyítékok:</i> az akkreditációk és a minőségbiztosítási bizonyítványok felsorolásra kerülnek.</p>
A.10	Létezik a hosszú távú finanszírozásra és a források megszerzésére vonatkozó stratégia.

A.11 Ez a stratégia:	
– kijelöl egy személyt, vagy teamet, aki(k) az anyagi források feltérképezésével és megszerzésével foglalkoznak;	<i>Lehetséges bizonyítékok:</i> forrásteremtő (fundraising) menedzser kijelölése.
– azonosítja a támogatások minden lehetséges forrását, valamint a program támogatásában potenciálisan érdekelt szervezeteket;	<i>Megjegyzés:</i> a nem drogspecifikus forrásokból származó támogatás megszerzéséhez szükséges a drogmegelőzésről egy átfogó elképzeléssel rendelkezni (UNODC 2004); a releváns finanszírozási források fókuszálhatnak pl.: a HIV/AIDS csökkentésére, bűnmegelőzésre, vagy a fiatalok támogatására.
– vizsgálja a támogatás elfogadásának specifikus követelményeit.	<i>Példák forrásokra:</i> finanszírozással kapcsolatos útmutatók tanulmányozása, a támogató szervek projektmenedzserei-vel való konzultáció, korábbi támogatott programok áttekintése, a támogató szerv stratégiai célkitűzéseinek tanulmányozása. (UNODC 2004).
A.12 Megvizsgálendő, hogy a programon kell-e alakítani, hogy illeszkedjen a finanszírozás kritériumaihoz; a megfelelő változtatások elvégzése, ha szükséges.	<i>Megjegyzés:</i> a programnak a finanszírozási kritériumokhoz való illesztése során a célcsoport szükségleteit, valamint a program elméleti alapjait (elméleti modell) nem szabad figyelmen kívül hagyni.
A.13 A programleírás megfelel a finanszírozó intézmény kívánalmainak.	Vagyis meg kell felelni az adminisztratív előfeltételeknek. <i>Lehetséges bizonyítékok:</i> a programleírás a kívánt formátumban készült el.
A.14 Az adományok elfogadásának szabályai egyértelműen meghatározottak.	<i>Példák adományokra:</i> cégek és egyéb magánszervezetek adományai.

B: Kommunikáció és az érdekhordozók bevonása

Bármilyen drogvencióról is legyen szó, mindig vannak olyan egyének, csoportok, intézmények, akik érdekeltek az adott program keretében végzett tevékenységekben, illetve azok eredményeiben, mert azok közvetlen vagy közvetett formában hatást gyakorolnak rájuk. A szolgáltatóknak azonosítaniuk kell ezeket az érdekhordozókat, fel kell mérniük a programhoz való viszonyukat és el kell dönteniük, hogy az adott érdekhordozót, vagy érdekhordozói csoportot a program megvalósítás mely stádiumába érdemes bevonni a siker érdekében. Ezen komponens standardjai néhány kulcsfontosságú szempontot mutatnak be a kommunikáció és az érdekhordozók bevonására vonatkozóan. Fontos azt is szem előtt tartani, hogy a bevonás mértéke és természete a program sajátos feltételrendszerén fog leginkább múlni.

Az olyan érdekhordozók, mint a célcsoport, a helyi közösség vagy a média bevonása nehézségekbe ütközhet. Bevonásuk olykor további erőforrásokat igényelhet, és a folyamat egészét is lelassíthatja. A szolgáltatók sokszor megtapasztalhatják, hogy az érdekhordozók eredendően nem érdekeltek abban, hogy közreműködjenek vagy támogassák az adott programot (lásd még: *2.1 Célcsoport- és közösségi erőforrások felmérése*). Jelen komponensben bemutatott standardok azt javasolják, hogy a szolgáltatók vegyék számba az érdekhordozók bevonásának lehetőségeit a program megtervezése során. A célcsoport bevonása a program kialakításába elősegíti az igényeknek megfelelő beavatkozások kialakítását, s ezáltal a kitűzött célok elérését. Az etikus drogvenció egyik alapelveként tekinthető, hogy az értékelés eredményeiről visszajelzést adjunk a résztvevőknek (lásd: *D: Etikus drogvenció*). A média és a közösség támogatása hozzájárulhat a program hosszú távú fenntarthatóságához (lásd *A: Fenntarthatóság és finanszírozás*).

A Standardok kialakítását elősegítő konzultációs folyamat felhívta a figyelmet arra, hogy a drogvenció szolgáltatók között intenzívebb együttműködésre lenne szükség, valamint, hogy a szakmacsoportok közti információ- és tapasztalatcserét is nagyobb mértékben kell ösztönözni (pl. kutatók és gyakorlati szakemberek között). A kommunikáció rendkívül fontos, ugyanis ezáltal biztosítható a humán és a pénzügyi erőforrások összehangolt felhasználása, a tapasztalatok megosztása és a bizonyítékon alapuló megközelítések érvényesülése. Olykor nehézségekbe ütközhet más szervezetek bevonása, ezért az alábbiakban bemutatásra kerülnek a bevonás különböző szintjei, kezdve egy szervezet, vagy kezdeményezés létezésének tudatosításától (pl. a résztvevők továbbirányítása érdekében), egészen a formális együttműködés lehetőségéig (pl. a költségvetés közös elkészítése). Előfordul, hogy az együttműködés könnyebb az egyének, mint az intézmények szintjén, javasolt azonban, hogy a szervezetek keressék az intézményi, formálisabb együttműködés lehetőségét, amennyiben ez életszerű. A helyi vagy regionális drogvenciót koordináló munkacsoportok információval szolgálhatnak az adott földrajzi régióban releváns érdekhordozókról, egyben elő is segíthetik az együttműködések kiépítését.

Fogadó szervezetek, megbízók és finanszírozók bevonása általában szükségszerű drogvenció tevékenység folytatásakor. Fontos tekintettel lenni arra, hogy az egyes szereplők érdekei miként viszonyulnak a célcsoport és a résztvevők szükségleteihez az egyes projektszakaszokban. Mind a megbízóknak, mind pedig a finanszírozó szerveze-

tek képviselőinek tudomásul kell venniük, hogy olykor szükség van a rugalmasságra (pl. esetenként szükség lehet a pályázati kiírás módosítására a szükségletfelmérést követően; néha a megvalósítás eltérhet az eredeti tervtől, mivel az egyes tevékenységeket a résztvevők szükségleteihez kell igazítani). Bizonyos paramétereket – például hogy milyen nagyságrendű módosítás engedhető meg a nélkül, hogy a támogató előzetes engedélyét kérjük – már a szolgáltatási, vagy támogatási szerződés megtárgyalása során egyeztetni kell. A megvalósítás során folyamatosan jelenlévő kétirányú kommunikáció biztosíthatja, hogy a program megfelelő legyen a résztvevők szükségletei és az azt támogatók, vagy megrendelők szempontjából egyaránt.

Végezetül, a munkatársak közötti kommunikáció rendkívül fontos, mert ezáltal alakítható ki egy közös látásmód, egyrészt a drogrevenzióval kapcsolatban, másrészt konkrétan az adott programmal kapcsolatban. Multidiszciplináris teamekben a szakmai álláspontokban tapasztalható különbségek nehézséget okozhatnak abban, hogy a felek valóban a kitűzött célokra koncentrálnak (pl. az eltérő problémadefiníció következtében). Ez is alátámasztja egy egységes szakmai nyelvhasználat és kommunikációs stratégia szükségességét (lásd: 5.1 *A program tervezése (a projektterv)*). A megvalósítási folyamat során időben kapott visszajelzések segíthetnek a szükséges módosítások azonosításában és a beavatkozás ezek alapján történő kiigazításában (lásd: 6 *Megvalósítás és monitorozás*).

Az érdekhordozók bevonásával kapcsolatban további útmutatás található a *Biztonságos Éjszakai Szórakozás Eszközkészlet Kézikönyvben (Handbook Healthy Nightlife Toolbox)* (Trimbos-instituut 2010).

Alapvető standardok:	
B.1 A drogrevenzió több-szolgáltatós természetének figyelembe vétele.	Vagyis annak a felismerése, hogy számos különböző szervezet és rendszer járul hozzá a drogrevenziós tevékenység megvalósításához: különböző szolgáltatók, különböző szakmapolitikai irányelvek, multidiszciplináris közreműködők, stb.
B.2 Annak a figyelembe vétele, hogy különböző érdekhordozók különböző problémadefinícióval rendelkezhetnek.	<i>Megjegyzés:</i> Ez érvényes lehet a különböző team tagok esetében is. <i>Példa:</i> Érdemes átgondolni, hogy mi az a közös cél, amely mellett a különböző érdekhordozók képesek elköteleződni. Könnyen elképzelhető, hogy az érdekelteknek közösek a céljaik, ennek ellenére motivációik eltérőek, vagy különböző megközelítési módokat képviselnek.
B.3 A program releváns érdekhordozóinak azonosítása.	<i>Megjegyzés:</i> az érdekhordozók különböző projektszakaszokban kerülhetnek bevonásra, például, a programalkotással kapcsolatos konzultációba, vagy a megvalósítás során. A stábtagek is érdekhordozók, erről részletesen lásd a C. <i>Munkaerő-fejlesztés és az 5.3. A team felállítása</i> fejezet részeit.

<p>B.4 A program sikeres végrehajtásához szükséges-, az érdekhordozók bevonására vonatkozó hatáskörök definiálása és a megfelelő lépések megtétele.</p>	
	<p><i>Néhány példa figyelembe veendő szempontokra:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – mely csoportok kerüljenek bevonásra, milyen formában; pl. konzultáció, vagy együttműködés keretében; – melyik projektszakaszban; pl.: a szükségletfelméréshez folytatott adatgyűjtés, vagy a programalkotás, vagy a megvalósítás fázisában, vagy akár folyamatosan. <p><i>Lehetséges bizonyítékok:</i> releváns kapcsolatok azonosítása megtörtént, a koordináció, illetve az együttműködés megkezdődött; hatáskörök írásban rögzítve lettek.</p>
<p>B.5 A célcsoport mint érdekhordozó figyelembe vétele a program során.</p>	<p><i>Megjegyzés:</i> A célcsoport azt a csoportot jeleníti meg, amelyből a program résztvevői kikerülnek. A résztvevők képviselőit esetenként szintén érdemes tekintetbe venni (pl. a fiatalok szüleit).</p>
<p>B.6 A szolgáltató szervezet együttműködik más intézményekkel, szervezetekkel:</p>	
	<p><i>Példa lehetséges intézményekre és szervezetekre:</i> helyi szereplők; hivatalok; kormányhivatalok; fiatalok oktatásában és egészségfejlesztésében részt vállaló szervezetek; helyi kábítószerügyi egyeztető fórumok; ifjúsági szolgáltatások; egészségügyi szolgáltatók; iskolák; lakossági szerveződések, egyéb civil szervezetek.</p> <p><i>Lehetséges bizonyítékok:</i> az együttműködők és közreműködők listája.</p>
<p>– A területen található releváns szervezetek és intézmények feltérképezése.</p>	<p><i>Megjegyzés:</i> ez az információ már rendelkezésre állhat a helyi vagy regionális drogprevenციót koordináló munkacsoportoknál.</p>
<p>– A stábttagok információval rendelkeznek a társszervezetek munkájáról, és ezt fel is használják szükség esetén a kliensek továbbírányítása során.</p>	<p><i>Lehetséges bizonyítékok:</i> A stábttagok informáltak a kapcsolódó ellátások tekintetében; írásos anyagok állnak rendelkezésre a kliensutakkal kapcsolatban.</p>
<p>– A team kommunikál a többi szervezettel.</p>	<p>Vagyis megosztja szakértelmét és információt szerez másoktól.</p>
<p>– A team összehangolja törekvéseit a térségben működő egyéb releváns érdekhordozókkal.</p>	<p><i>Cél:</i> annak biztosítása, hogy a program szükségtelenül ne duplikáljon egy már meglévő tevékenységet, hacsak a szolgáltatások közötti választás felkínálása érdekében nem.</p>
<p>– A team együttműködik más szervezetekkel.</p>	<p><i>Cél:</i> a meglévő törekvések támogatása, kiegészítése. <i>Példák:</i> közös tevékenység, közös költségvetés, források megosztása. <i>Lehetséges bizonyítékok:</i> a team meghív más szervezeteket is a programot érintő megbeszélésekre, vagy felkér más szervezeteket a programban való részvételre.</p>

<p>B.7 Teamen belüli kommunikációt és rendszeres tapasztalatszerét lehetővé tevő mechanizmusok rendelkezésre állnak.</p>	<p>Vagyis a különböző szakmai szintek közötti belső kommunikáció biztosított. <i>Cél:</i> a program fejlődésének és minőségének nyomonkövetése, pl. a monitorozás eredményeinek megvitatásával. <i>Példák a kommunikációs mechanizmusokra:</i> találkozók, megbeszélések, értesítések közzétételére kialakított eszközrendszerek.</p>
--	---

További alapvető standardok, amennyiben a program egy fogadó intézmény felkérésére kerül megvalósításra:	
<p>B.8 A fogadó szervezet mint érdekhordozó figyelembe vétele a program során.</p>	<p><i>Példa a fogadó szervezetekre:</i> iskolák, közösségi házak.</p>
<p>B.9 A fogadó szervezet szükségleteinek felmérése a program relevanciájának megállapítása érdekében.</p>	
<p>B.10 A programról szóló információ érthető, és lehetővé teszi a fogadó szervezet számára, hogy megfelelő tájékozottsággal hozza meg döntését.</p>	<p>Lásd még: 5.6 Programleírás.</p>

További szakértői standardok:	
<p>B.11 A figyelembe veendő érdekhordozók köre:</p>	
<p>– a helyi közösség tagjai;</p>	<p>Alapvető standard, amennyiben a programhoz szükséges a közösség bevonása. <i>Példák a releváns közösség tagjaira:</i> üzlettulajdonosok, lakók, közösségi „vezetők”.</p>
<p>– más szervezetek képviselői;</p>	<p><i>Példák egyéb szervezetekre:</i> prevenciószolgáltatók, szociális szolgálatok, bűnüldöző szervek, népegészségügyi tisztviselők, helyi kórház sürgősségi osztályának személyzete, pedagógusok.</p>
<p>– finanszírozó szerv;</p>	<p>Alapvető standard, amennyiben a támogatás külső támogatótól származik.</p>
<p>– a (helyi) média;</p>	
<p>– egyéb érdekhordozók.</p>	<p><i>Példák egyéb érdekhordozókra:</i> kormány, kutatók.</p>
<p>B.12 A releváns érdekhordozók részvételi feltételeinek figyelembe vétele.</p>	<p><i>Példa a feltételekre:</i> kötelező irányelvek</p>
<p>B.13 A célcsoport a programalkotás minden szakaszában partnerként kerül bevonásra.</p>	

B.14 A célcsoport szempontjából releváns közösség bevonása:	
– A program támogatja a nyílt kommunikációt, dialógust.	
– Ösztönzi a közösséget a programban való részvételre, amennyiben ez releváns.	
– Kapcsolatok kiépítése a közösség releváns tagjaival.	<i>Példa a releváns közösségi tagokra: a közösség „vezetői”.</i>
B.15 A program szolgáltatója és a fogadó szervezet között írott szolgáltatási szerződés van érvényben.	
B.16 Együttműködéshez szükséges támogatás és megállapodás a többi intézménnyel és/vagy szervezettel.	Alapvető standard, amennyiben a megvalósítás ennek meglétét megköveteli. <i>Példák az együttműködőkre: iskolaigazgatók, adminisztratív munkatársak.</i> <i>Lehetséges bizonyítékok: hivatalos részvételi, együttműködési nyilatkozat megléte.</i>
B.17 A szervezet képviselteti magát létező hálózatokban, koordináló szervezetben, vagy új hálózatokat alakít ki.	<i>Példa koordináló szervezetre: helyi, vagy regionális drogpreevenciót koordináló munkacsoport, prevenció bizottság, szakértői csoport.</i>
B.18 A (helyi) média bevonása a programba, ahol ez lehetséges:	
– A média felkérést kap a programtól, hogy népszerűsítse a programot a célcsoport körében, illetve támogassa annak céljait.	<i>Példa média bevonására: a média reklámozza a programot, illetve drogpreevenció értékeit közvetíti.</i>
– A média felkérést kap, hogy népszerűsítse a programot a potenciális támogatók, vagy adományozók körében.	<i>Példa média bevonására: a média bemutatja a program sikereit.</i>
– Ahol ez lehetséges, a médiát felkéri és felkésztik a program szervezői, hogy segítsenek megváltoztatni a célcsoporttal szembeni negatív attitűdöket.	<i>Példa média bevonására: a média elkerüli a célcsoport stigmatizálását, címkézését.</i> <i>További források: Lásd: További iránymutatások – a média munkával kapcsolatos irányelvek.</i>
B.19 A támogató szerv irányában fennálló kötelezettségek teljesítése.	Alapvető standard, ha az anyagi támogatást külső szerv biztosítja.
B.20 A kommunikáció és a rendszeres tapasztalatcsere mechanizmusai rendelkezésre állnak:	
– a programban részt vevő különböző szervezetek között;	Alapvető standard, ha több szervezet is részt vesz a programban.
– a teamen belül és a résztvevőkkel;	

<p>B.21 A program előrehaladásával kapcsolatos információk közzététele:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - mindenki felé, aki részt vesz, vagy érdekelt a programban; 	<p>Vagyis valamennyi érdekhordozó felé, akiket a korábbiakban már azonosított a program, beleértve a munkatársakat és a szervezet felső vezetését. <i>Megjegyzés:</i> a támogatási szerződés speciális időközi jelentésekre vonatkozó előírásokat is tartalmazhat (pl. a jelentések gyakorisága, formátuma tekintetében).</p>
<ul style="list-style-type: none"> - rendszeresen; 	
<ul style="list-style-type: none"> - olyan felhasználóbarát formában, amely tekintetbe veszi a célközönség sajátosságait. 	

C: Munkaerő-fejlesztés

A stábtagek a drogprevenciós munka kulcsfontosságú erőforrásai. A program sikeres megvalósítása érdekében a munkatársaknak rendelkezniük kell az adott szakmai tevékenység által meghatározott készségek és jártasságok megfelelő repertoárjával. A kompetenciák négy nagyobb kategóriába rendezhetők: alapvető, a beavatkozáshoz kötődő kompetenciák (pl. a hatásos drogprevenciós megközelítések ismerete), a beavatkozáshoz specifikusan kötődő kompetenciák (pl. a beavatkozással kapcsolatos specifikus ismeretek, készségek és jártasságok), általános kompetenciák (pl. általános szociális kompetenciák, projektvezetési készségek), valamint meta- (főlérendelt) kompetenciák, amelyek biztosítják, hogy a stáb tagjai képesek legyenek reagálni a résztvevők egyéni szükségleteire (pl. kulturális érzékenység) (átvéve Pilling és mtsaitól, 2010). E standardok elősegítik, hogy a szakemberek figyelembe vegyék a munkaerő-fejlesztéssel kapcsolatos különböző követelményeket és lehetőségeket a projektmegvalósítás teljes folyamatában.

Előfordul, hogy a munkatársaktól elvárják, hogy egy adott szervezethez való csatlakozás pillanatában már rendelkezzenek valamennyi szükséges képzettséggel és tudással, ebből adódóan a munkatársak képzését nem szükségképpen biztosítják minden esetben. Ugyanakkor, a szolgáltató felelőssége gondoskodni arról, hogy a munkatársak mindegyike rendelkezzen a program sikeres megvalósításához szükséges kompetenciákkal, valamint, hogy minimalizálható legyen annak az esélye, hogy a stáb tagjai (akaratlanul is) olyan beavatkozásokat hajtsanak végre, amelyek hatástalanok, vagy nem kívánt következményekkel járnak (iatrogének). A szolgáltatóknak át kell tekinteniük, hogy milyen kompetenciákra van szükség a program sikeres megvalósításához, és ezek mentén fel kell mérniük a munkatársak (beleértve az önkéntesek) képzési szükségleteit. A felmérés juthat arra az eredményre, hogy a munkatársak valamennyi szükséges kompetenciával rendelkeznek, azonban ha hiányosságok mutatkoznak, akkor biztosítani kell a szükségleteknek megfelelő speciális képzéseket. A standardok definiálják, hogy milyen tartalmú képzésekre lehet szükség, valamint azt is, hogy a stábtageknek milyen kompetenciákkal kell rendelkezniük.

A munkatársak képzése rendkívül fontos, hiszen ezáltal biztosítható a programok magas színvonalú megvalósítása. Emellett a standardok rávilágítanak arra, hogy szükség van a stáb további fejlesztésére is. Ezek a standardok vélhetőleg intézményi szinten fontosabbak, mint az egyedi programok szintjén. A továbbképzések, túl azon, hogy szolgálják a konkrét program megvalósításának érdekeit, eszközei a munkatársak jutalmazásának, a stáb megtartásának, továbbá biztosítják a területre vonatkozó korszerű ismereteket és készségeket. A kormány, vagy egyéb hivatalos szervek által kiadott új irányelvek szintén megkövetelhetik a munkatársak továbbképzését. A szakmai fejlesztések és teljesítmények rendszeres felülvizsgálata lehetővé teszi a stáb tagjai számára, hogy megvitathassák egyéni karrierterveiket, valamint fejlesztési igényeiket.

A stáb számára biztosított képzések lehetnek a munkafolyamatba ágyazottak (pl. a team tapasztaltabb tagjai által biztosított formában), megvalósulhatnak szervezett, házon belüli kurzusok formájában, illetve a munkatársak abban is támogathatók, hogy keres-

senek külső képzési lehetőségeket (pl. országos képzési programok, konferenciák, felsőfokú képzési formák). Néhány szervezet vonakodhat támogatást nyújtani a munkatársak képzési igényeivel kapcsolatban, különösen, ha úgy ítélik meg, hogy a konkrét program szempontjából nem elengedhetetlenül szükséges az adott képzés. A külső képzési alkalmak ugyanakkor jó lehetőséget biztosítanak a szakmai kapcsolatok fejlesztésére, a jó gyakorlatok, tapasztalatok megismerésére (lásd *B: Kommunikáció és az érdekhordozók bevonása*). Általános tapasztalat, hogy az ilyen jellegű képzésekkel kapcsolatban a legnagyobb problémát a pénzügyi források vélt szűkössége okozza. A megbízóknak és a finanszírozó szervezeteknek tisztában kell lenniük azzal, hogy milyen haszonnal jár a munkatársak szakmai fejlesztése, és ennek megfelelően a szükséges forrásokról gondoskodniuk kell. Ideális esetben nekik kellene biztosítani vagy legalábbis elősegíteni regionális vagy országos továbbképzési, hálózatépítési lehetőségek megvalósulását.

A komponensen belül a harmadik pillér a stábtagnak érzelmi és szakmai támogatásával foglalkozik (elsősorban azon munkatársak körében, akik közvetlen kapcsolatba kerülnek a célcsoport tagjaival) a program megvalósítása során. Az ennek keretében biztosított alkalmak lehetőséget teremtenek arra, hogy a stábtagnak reflektáljanak személyes tapasztalataikra, melyeket a megvalósítás során szereztek, valamint, hogy az adott munkával kapcsolatos készségeik fejlődjenek. Előnyök ezek a lehetőségek a szolgáltató szervezet számára is, ugyanis egyidejűleg válnak azonosíthatóvá és kielégíthetővé a munkatársak és a program diktálta szükségletek is (pl. ha a munkatársak a megvalósítással kapcsolatos problémákról számolnak be) (lásd *6.3 A megvalósítás monitorozása*). Az, hogy az egyes munkatársak milyen mértékben részesülnek támogatásban, nagyban függ felettesük munkastílusától és személyes elköteleződésétől. Ha sikerül a standardokban foglaltaknak megfelelően eljárni, akkor a támogatás szükséges minimális szintje biztosított lesz a program megvalósítása során. Ahol csak lehetséges, a támogatás megfelelő formáját a stábtagnal együttműködésben kell meghatározni (pl. hogy a munkatársak az egyéni, vagy inkább a csoportos megbeszéléseket preferálják).

A stábtagnak kiválasztásával, képzésével és egyéb irányú támogatásával kapcsolatos további információk a *További iránymutatások* részben találhatóak.

Megjegyzés: A stábtagnak kiválasztására vonatkozó standardokat az *5.3 A team felállítása* komponens tartalmazza.

Alapvető standardok:	
C.1	Meghatározásra kerül, hogy a program sikeres végrehajtásához kinek milyen kompetenciákkal kell rendelkeznie.
C.2	A figyelembe veendő kompetenciák:
	– alapvető intervenciós kompetenciák;

	<p>Vagyis az eredményes drogpreevenció gyakorlat folytatásához szükséges ismeretek és készségek.</p> <p><i>Példák kompetenciákra:</i> elméleti és gyakorlati ismeretek a droghasználattal és a droghasználatra adott válaszokkal összefüggésben (pl. a drogok fajtáinak, hatásmechanizmusainak, a droghasználat előzményeinek, okainak, a kockázati és a védő tényezőknek az ismerete; droggal és alkohollal kapcsolatos ismeretek; arra vonatkozó tudás, hogy mi tekinthető bizonyítékon alapuló megközelítésnek a drogokkal kapcsolatos oktatási tevékenység során; a vonatkozó értékelő vizsgálatok és az általuk feltárt bizonyítékok ismerete; a helyi droghelyzet és ellátórendszer ismerete; tájékozottság a nemzeti drogstratégiával kapcsolatban; arra vonatkozó ismeretek, hogy a beavatkozás nem kívánt hatásai miképpen minimalizálhatóak), a szerepmodellnek megfelelő viselkedésmód (pl. a drogpreevencióval foglalkozó szakember nem használ drogokat), saját személyes viszony tisztázása a droghasználathoz, a droghasználóhoz, nyitottság a programban részt vevők gondolataival, felvetéseivel kapcsolatban.</p>
	– intervenció specifikus kompetenciák;
	<p>Vagyis a beavatkozás szempontjából specifikus ismeretek és készségek köre.</p> <p><i>Példák kompetenciákra:</i> a program általános-, fő- és alcéjainak ismerete, azonosulás a program célrendszerével, mögöttes filozófiájával, értékeivel; a projekttervnek, a beavatkozás megvalósítási módjának és tartalmának, az alkalmazott elméleti modellnek, a beavatkozás hasznainak (a résztvevők számára), továbbá a releváns partnereknek, a továbbírányítási szolgáltatásoknak és a célcsoportnak az ismerete (pl. a célcsoport percepcióinak és droghasználati szokásainak az ismerete).</p>
	– általános kompetenciák;
	<p><i>Példák kompetenciákra:</i> A résztvevők központú, interaktív módszerek és az ún. holisztikus megközelítés ismerete. Képesség a résztvevőkkel történő interakcióra, az előítéletmentes viszonyulás képessége, vezetői gyakorlat, a vezetői funkciók megosztására való képesség, hálózatépítési képesség, kommunikációs, döntéshozatali és problémamegoldó, konfliktuskezelő készségek, kreatív gondolkodás. Projektvezetési (pl. készség a rövid és hosszú távú tervezésre, adminisztratív feladatok ellátására) és módszertani készségek (pl. tájékozottság az értékelési és monitorozási módszerek terén, a programhűség fontosságának elismerése, felelősségtudat a minőségi megvalósítás tekintetében), magabiztosság, motiváltság és elkötelezettség a program iránt.</p>
	– metakompetenciák (főlérendelt kompetenciák).
	<p>Vagyis azon kompetenciák, melyek lehetővé teszik, hogy a munkatársak képesek legyenek reagálni a résztvevők egyéni szükségleteire.</p> <p><i>Példák kompetenciákra:</i> kulturális érzékenység (pl. a kulturális különbségek elfogadása, a kulturálisan meghatározott szükségletek tiszteletben tartása, a különböző „kultúrák” ismerete pl.: a szegénység kultúrája, kirekesztés, droghasználat), a többes identitás problémájának ismerete (pl. a kitűnő teljesítményeket elérő droghasználó), annak felismerése, hogy a kulturális sokszínűség a kapacitások növekedését segíti elő; etikai érzék, vagyis a résztvevők jogainak tiszteletben tartása; szükségletkielégítés képessége; érzékeny helyzetek kezelésének képessége; empátia.</p>

C.3 Képzési szükségletek felmérése a stáb azon tagjai körében, akik közvetlenül kapcsolatba kerülnek a célcsoporttal.	Vagyis szakértelmük felmérése a képzési szükségletek azonosítása céljából. <i>Megjegyzés:</i> ezt javasolt meghatározott időközönként elvégezni, nem pedig beavatkozásonként.
C.4 A stábtagnak képzésére a program megvalósítását megelőzően kerül sor, összhangban a képzési szükségletek előzetes felmérése során nyert tapasztalatokkal.	<i>Megjegyzés:</i> A szükségletek előzetes felmérése eredményezheti azt, hogy nincs a stábnak semmilyen releváns képzési szükséglete, ez esetben a képzéstől el lehet tekinteni.
C.5 A képzés magas színvonalú, mivel:	
– a képzés megfelelő a stáb számára.	<i>Példák:</i> kulturálisan érzékeny, egybeesik a stáb tagjainak szükségleteivel és preferenciáival.
– a képzés részvételen alapuló oktatási módszereket is alkalmaz.	Vagyis nem csak előadásokat alkalmaz.
– a képzést szolgáltatók megfelelően kvalifikáltak.	<i>Megjegyzés:</i> ahol megfelelő kvalifikációk nem léteznek, ott a képzést végzőknek legalább megfelelő tapasztalattal kell rendelkezniük.
– a stáb tisztában van a képzés céljaival.	
C.6 A képzés eredményeinek elemzése megtörténik.	<i>Cél:</i> annak megállapítása, hogy vajon a képzés valóban reflektált-e a stáb képzési szükségleteire, illetve, hogy szükséges-e még további képzés.
C.7 A végrehajtási fázis előtt biztosítva van, hogy a stáb kompetenciái megfelelőek a program végrehajtásához.	A fent felsorolt kompetenciáknak megfelelően.
C.8 A munkatársak a megvalósítás során folyamatos támogatásban részesülnek.	
C.9 A stáb támogatása a program megvalósítása során:	
– szakszerű és megfelelő;	
– rendszeres és folyamatos, a stáb tagjainak szükségletein, illetve a programban való részvételük mértékén alapul;	
– egyenlő mértékben hozzáférhető a teljes stáb számára.	Vonatkozik valamennyi stábtagra, beleértve a részfoglalkoztatású és önkéntes munkatársakat is.

További alapvető standardok, amennyiben rendelkezésre áll egy munkaerő-fejlesztési terv:	
C.10 A munkaerő-fejlesztési terv:	
– összhangban van a továbbképzésekre vonatkozó szakmai szabályokkal és ajánlásokkal;	
– megteremti a lehetőséget arra, hogy a munkatársak rendszeresen konzultálhassanak szakmai fejlődési és továbbképzési lehetőségeikről vezetőikkel;	Cél: az egyéni fejlesztési célok, képzési szükségletek meghatározása. Lehetséges bizonyíték: rendszeres teljesítmény-értékelés megléte
– egyenlő hozzáférést biztosít a továbbképzési lehetőségekhez;	
– rendszeresen felülvizsgálatra kerül.	

További szakértői standardok:	
C.11 Azon személyek képzési szükségletei is meghatározásra kerülnek, akik – bár nem állnak közvetlen kapcsolatban a célcsoporttal – hatást gyakorolhatnak rájuk.	Példák stábtagokra: adminisztratív személyzet, vezetőség, megbízók. Lehetséges bizonyíték: Ezen munkatársak felkérése egy, a programot bemutató ülésen való részvétellel.
C.12 A stáb képzésének folyamata pontosan meghatározásra került.	
C.13 A képzés országos szinten akkreditált.	
C.14 A képzés értékelése megtörténik.	Példák arra, hogy milyen szempontokat szükséges figyelembe venni: a résztvevők száma, az elégedettség mértéke, a tanulási eredménye.
C.15 A szervezet rendelkezik személyzetfejlesztési tervvel, és ahhoz igazodik.	
C.16 A munkaerő-fejlesztési terv:	
– felvázolja a stáb lehetséges karriercéljait és a továbbfejlesztési lehetőségeit;	
– ösztönzi, vagy kötelezi a stábot a további oktatáson, képzésen való részvétellel;	Példa továbbképzésre: a drogfüggőséggel kapcsolatos modellek, újdonságok a drogprevenció területén.
– a stáb jutalmazásának és megtartásának eszközeként tekinthető.	Vagyis lehetőség a stáb képzettségi szintjének emelésére és értékeinek elismerésére.
C.17 A stáb képzésére és továbbképzésére rendelkezésre álló anyagi források kielégítőek.	

<p>C.18 A stáb támogatása a program megvalósítása során az alábbi elemeket tartalmazza:</p>	
<p>– érzelmi támogatás;</p>	<p><i>Példa érzelmi támogatásra:</i> a stáb lehetőséget kap arra, hogy (jó és rossz) tapasztalatairól beszámoljon egy félig-strukturált beszélgetés keretében („debriefing”).</p>
<p>– külső szupervízió;</p>	<p><i>Példák tartalomra:</i> a stáb tudásának, attitűdjeinek és a team működésének felmérése.</p>
<p>– a munkatársak közötti strukturált támogatás;</p>	<p><i>Példa módszerre:</i> a stáb egyik tagja felvet egy problémát, és a stáb többi tagja segít megoldani azt egy strukturált beszélgetés keretében.</p>
<p>– a munkafolyamat során nyújtott támogatás.</p>	<p><i>Példa:</i> társmonitorozás.</p>

D: Etikus drogrevenció

Viszonylag gyakran találkozhatunk a kezelés, az ártalomcsökkentés vagy a kutatás etikai aspektusaival foglalkozó fejtegetésekkel, ugyanakkor ez a legkevésbé sem jellemző a drogrevenációs kapcsolatban. A drogrevenációs tevékenységek nem követelnek fizikai, vagy klinikai jellegű beavatkozásokat, ugyanakkor mégis az emberek életébe való beavatkozásról beszélhetünk. Valamennyi drogrevenációs beavatkozás háttérében meghúzódik egy elgondolás azzal kapcsolatban, hogy mi a jó és mi a rossz a résztvevőknek (ezeket például a program általános célkitűzései között fogalmazzák meg). Előfordulhat, hogy egy drogrevenációs program a társadalom egy speciális viselkedéssel kapcsolatos vélekedése miatt kerül bevezetésre, s ezt a vélekedést a célcsoport nem osztja. Márpedig a prevenciós beavatkozások többnyire a fiatalokat szólítják meg, az irányított prevenciós beavatkozások pedig a leginkább veszélyeztetett fiatalokra irányulnak.

A fentiekből adódóan, etikai kérdések számos szinten megfogalmazódnak, kezdve azzal, hogy van-e egyáltalán létjogosultsága a drogrevenációs tevékenységnek. A szakemberek nem indulhatnak ki abból, hogy a drogrevenációs tevékenységek *per definitionem* etikusnak tekintendők, ahogy abból sem, hogy azok szükségképpen előnyére válnak a résztvevőknek.

Az etikus drogrevenáció alapelvei az alábbiak:

- A jogszabályi előírásokhoz igazodik;
- A résztvevők jogait és autonómiáját tiszteletben tartja (az emberi jogokra és a gyermekek jogaira vonatkozó nemzetközi dokumentumok és keretszerződések előírásai szerint – lásd a *További iránymutatások* fejezetet);
- Biztosítja, hogy a program valóban a résztvevők hasznára váljon (pl. hogy valóban releváns és hasznos legyen számukra) (lásd 1.3 *A szükségletek leírása – a beavatkozás indoklása*);
- Nem okoz kárt, vagy számottevő hátrányt a résztvevőknek (iatrogén hatást, betegséget, sérülést, kirekesztést, stigmát);
- Transzparens, hiteles és érthető információt nyújt (lásd 5.4 *Résztvevők kiválasztása és programban tartása*; 5.6 *Programleírás*);
- A résztvevők beleegyezésüket adják a részvételt megelőzően;
- Az önkéntes részvétel feltételei biztosítottak;
- A résztvevők adatait bizalmasan kezeli;
- A beavatkozás a résztvevők szükségleteihez igazodik (lásd 4.3 *A beavatkozás illesztése a célcsoporthoz*, 6.4 *Módosítások a megvalósítás során*);
- A résztvevőket partnerekként kezeli a tervezés, a megvalósítás és az értékelés során (lásd B: *Kommunikáció és az érdekhordozók bevonása*);
- A résztvevők és a stábtagek biztonságát és egészségét megóvjá.

Az egyes programok sajátosságai függvényében nehézségekbe ütközhet valamennyi etikai alapelv betartatása. A tájékozott beleegyezés, valamint az önkéntesség biztosítása problematikus lehet az iskolai közegben megvalósuló általános prevenciós programok esetén, vagy például a büntetés-végrehajtás intézményeiben, ahol a résztvevőket köte-

lehetnek a programban való részvételre. Kapcsolódva ahhoz az alapelvhez, mely kimondja, hogy a beavatkozás ne okozzon semmilyen ártalmat, fontos megjegyezni, hogy bizonyos irányított prevenciós beavatkozások stigmatizálhatják a résztvevőket (EMCDDA 2009: 48. o.). A különböző alapelvek olykor konfliktusba is kerülhetnek egymással. Elképzelhető például, hogy a résztvevők olyan viselkedést kívánnak folytatni, ami veszélyezteti őket (pl. droghasználat). Olyan helyzet is előállhat, hogy a résztvevők a program tartalmának kialakításába történő bevonásuk során esetleg olyan megközelítéseket támogatnak, melyek a tapasztalatok alapján iatrogén hatásúak lehetnek (pl. beszélgetés egy leállt droghasználóval, vagy aktív droghasználó kortársal). Szintén problematikus lehet egy program etikai dimenzióit megítélni, mielőtt annak megvalósítási szakaszába érnék (vagyis előre megbecsülni a lehetséges hasznokat és az ártalmakat). Végezetül, fontos megjegyezni, hogy valamennyi felsorolt alapelvet bizonyos mértékig befolyásolja azok értelmezése (pl. mit tekintünk haszonnak?). E standardok célja, hogy a szolgáltatók megfogalmazzák, milyen értékekre és elvekre alapozzák programjukat.

Egy etikus megközelítésen alapuló programnak világosnak és egyértelműnek kell lennie valamennyi projektszakaszban. A szolgáltatóknak számba kell venniük, hogy mire van lehetőség egy adott program keretei között (pl. ha az írásos hozzájárulás nem lehetséges, legalább a szóbeli beleegyezés feltételeit meg kell teremteni), és külön figyelmet kell fordítaniuk minden speciális kérdésre, ami a program megvalósítás során felmerül. Ugyancsak figyelembe kell venniük a különböző érdekhordozói csoportokat (pl. stábtagnak, résztvevők, általános népesség, kormányzat), akik eltérő véleményen lehetnek az etikusság kérdéséről. Minden esetben a résztvevőknek kell a figyelem középpontjában lenniük.

Alapvető standardok:	
D.1	A program megvalósításához megfelelőek a szakmapolitikai és a jogszabályi ismeretek.
	Vagyis a stáb és a résztvevők tisztában vannak a jogszabályokkal, jogi felelőségükkel, a belső szabályokkal és eljárásrendekkel. <i>Megjegyzés:</i> mindig a konkrét programtól függ, hogy milyen szakmapolitikai előírások, illetve jogi normák bírnak jelentőséggel; további szempontokat lásd <i>1.1 A vonatkozó szakpolitika és szabályozás ismerete</i> pont alatt. <i>Példák a jogszabályokra és a szakmapolitikai rendelkezésekre:</i> esélyegyenlőségi szakpolitika, titoktartási szabályok, gyermekvédelem, egészség és biztonságpolitika, a hulladékkezeléssel és a környezetvédelemmel kapcsolatos jogszabályok.
D.2	Az etikai szabályok meghatározásra kerülnek.
D.3	A résztvevők jogai biztosítva vannak.
	– A program tiszteletben tartja és elősegíti a résztvevők, családjaik, és társas kapcsolataik alapvető és emberi jogainak érvényesülését. <i>Példák jogokra:</i> Az információhoz való hozzáférés joga, az egyenlő és nem diszkriminatív bánásmódhoz való jog. <i>Társas kapcsolatok:</i> barátok, rokonok.
	– Előzetesen megtörtént azon helyzetek azonosítása, amelyekben a résztvevők jogai esetleg sérülhetnek, valamint ezek elhárítása is megoldott.

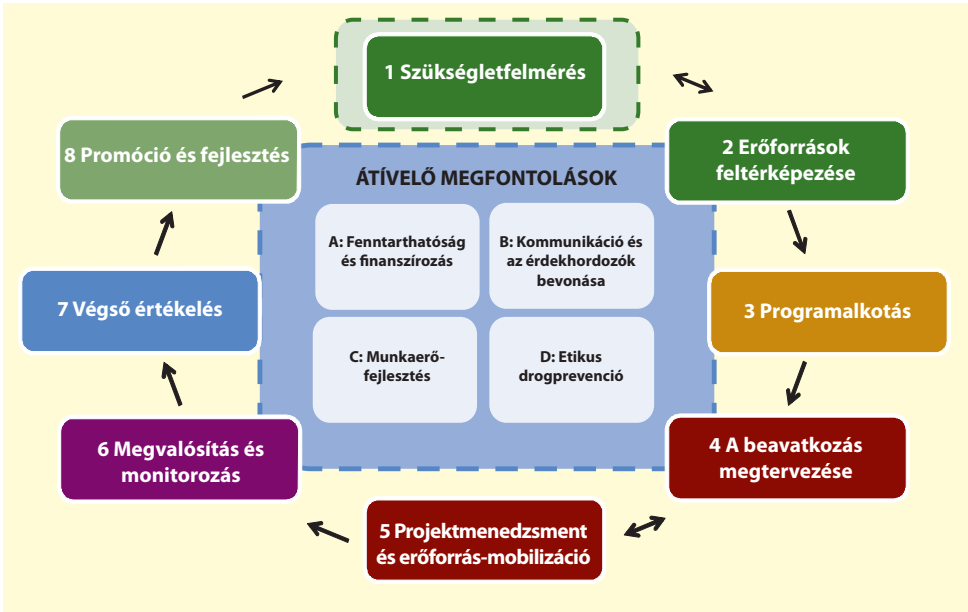
<p>– A résztvevők jogaira vonatkozó szabályok meghatározása.</p>	<p><i>Cél:</i> a hatalommal való visszaélés megakadályozása, amely a szervezet/stáb vs. résztvevő közötti státuszbeli különbségekből adódóan alakulhat ki. <i>Megjegyzés:</i> ez egy átfogóbb stratégia eleme is lehet (pl. iskolai drogpolitika), illetve lehet specifikusan az adott intervencióhoz kapcsolódó.</p>
<p>D.4 A stáb kötelezettségei:</p>	
<p>– a személyzeti etikai kódex betartása;</p>	<p><i>Példák jogokra:</i> Az információhoz való hozzáférés joga, az egyenlő és nem diszkriminatív bánásmódhoz való jog. <i>Társas kapcsolatok:</i> barátok, rokonok.</p>
<p>– a szakmai és etikai előírások szerint történő eljárás.</p>	<p><i>Megjegyzés:</i> különösen azokban az esetekben, ahol a korábbiakban már panaszok fogalmazódtak meg, vagy diszkrimináció, visszaélés történt.</p>
<p>D.5 A résztvevők jogainak valamely munkatárs általi megsértése, valamint az ezzel kapcsolatosan hozott intézkedések a személyzeti lapon rögzítésre kerülnek.</p>	
<p>D.6 A program egyértelmű haszonnal jár a résztvevők számára.</p>	
	<p>Vagyis a program nem azért kerül kivitelezésre, hogy az azt megvalósító vagy elrendelő szervezet az ismertségét növelje, vagy önmagát juttassa kedvezőbb helyzetbe. <i>Megjegyzés:</i> a program megvalósításából származó hasznok jelentkezhetnek az egyének, illetve a célcsoport, mint közösség szintjén. A hasznoknak nem kell közvetlenül a droghasználathoz kapcsolódniuk, érinthetik a célcsoport általános jól-létét, vagy általános egészségügyi tényezőket.</p>
<p>D.7 A célcsoportot és a lehetséges résztvevőket érintő esetleges kockázatok meghatározása, és figyelembe vétele a program kialakításakor.</p>	
	<p><i>Megjegyzés:</i> A lehetséges ártalmak és kockázatok mibenlétét és előfordulásuk valószínűségét előzetesen fel kell becsülni, valamint intézkedéseket kell bevezetni ezek csökkentésére. Amennyiben a várható kockázatok túl jelentősek, illetve előfordulásuk becsült valószínűsége túl nagy, javasolt eltekinteni a program megvalósításától, vagy alapvető módosításokat eszközölni. <i>Példák kedvezőtlen következményekre:</i> iatrogén hatások, alternatív költségek, betegség, sérülések, kirekesztés, stigmatizáció, a szabadidő jelentős mértékű korlátozása. <i>Példák olyan helyzetekre, melyeket szükséges tekintetbe venni:</i> szabadtéri tevékenységek, erőszakos cselekmények a résztvevők körében.</p>
<p>D.8 A programot megalapozó értékek és alapelvek egyértelmű megfogalmazása.</p>	<p>Vagyis valamennyi érdekhordozó és különösen a résztvevők számára egyértelmű, hogy a program milyen értékek és alapelvek mentén került kialakításra. <i>Lehetséges bizonyíték:</i> A programleírás tartalmazza, hogy a szervezet milyen elveket vall a droghasználattal, illetve a droghasználók jogaival kapcsolatban.</p>

D.9 A program "szabályainak" egyértelművé tétele a résztvevők számára.	
D.10 A résztvevők adatainak bizalmas kezelése, melynek részeként:	
– Az adatkezelési (adatvédelem, nyilvánosság tétel) eljárásrendek és folyamatok egyértelmű meghatározása.	<i>Megjegyzés:</i> ez egy átfogóbb stratégia eleme is lehet (pl. iskolai drogpolitika), illetve kapcsolódhat specifikusan az adott intervencióhoz.
– A résztvevők személyes adatainak védelme biztosított, amennyiben a program részeként adatgyűjtésre, vagy adatok kezelésére kerül sor.	
D.11 A program kulturális érzékenységet tanusít.	Vagyis a program egyértelműen kinyilvánítja, hogy tudatában van a résztvevők sajátos érték-választásainak, valamint hogy tiszteletben tartja a beavatkozásra, illetve a munkatársakra vonatkozó nézeteiket. <i>Szempontok, melyeket érdemes figyelembe venni:</i> a közösségi vezetők és "kapuőrök" fontossága, a stáb tagjai és a résztvevők közötti interakciók kulturális meghatározói (pl. milyen életkor, nemi és etnikai hovatartozás fogadható el a célcsoport tagjai számára).
D.12 A stábtagek és a résztvevők biztonsága garantált:	<i>Lehetséges bizonyíték:</i> a stáb és a résztvevők megítélése szerint biztonságos a helyszín.
– A biztonsági minimum követelmények meghatározása.	Vagyis az egészségügyi és a biztonsági előírások figyelembe vétele és megfelelés azoknak. <i>Példák:</i> a fertőző betegségek terjedésének megelőzése érdekében a helyiség takarítása és fertőtlenítése megfelelő; az élelmezés-biztonsági előírásoknak megfelel a működés, amennyiben a résztvevők főznek, vagy ételt hoznak a programhelyszínre.
– A stáb tagjainak biztonsága érdekében rendelkezésre állnak belső előírások és a működés azoknak megfelelően zajlik.	<i>Figyelembe vehető szempontok:</i> megfelelő munkafeltételek, felelősségbiztosítás az önkéntesek esetében is.
– A balesetek, vészhelyzetek és előre nem látható esetek kezelésére léteznek írott szabályok, és a működés azoknak megfelelően zajlik.	<i>Lehetséges bizonyíték:</i> a szervezeti és működési szabályzat tartalmazza az említett körülményeket és az elhárításukkal kapcsolatos előírásokat.
D.13 Azok a résztvevők, akiknek droghasználattal kapcsolatos, a program keretében nem ellátható szükségleteik vannak, speciális szolgáltatásokhoz kerülnek átirányításra.	
D.14 Azok a résztvevők, akiknek további, droghasználattal kapcsolatos szükségletei vannak kellő mértékben biztonságban érzik magukat ahhoz, hogy segítséget, támogatást kérjenek.	

További szakértői standardok:	
D.15 A program megvalósításának helyszínén az alkoholfogyasztás, dohányzás és kábítószer-fogyasztás tilos.	Alapvető standard amennyiben a törvény ezt előírja. <i>Megjegyzés:</i> Ezen elvárásoknak való megfelelés nem minden esetben biztosítható, például ha a program egy külső fogadó intézményben kerül megvalósításra (pl. egy szórakozóhelyen).
D.16 A program illeszkedik a nemzeti és nemzetközi standardokhoz és irányelvekhez.	Alapvető standard amennyiben ezt az érvényben lévő szakmapolitika és/vagy jogszabályok előírják. <i>Példa standardokra:</i> nemzeti foglalkoztatáspolitikai előírások a drogvédelem tevékenységgel összefüggésben (ahol létezik ilyen).
D.17 A résztvevők jogai érthetőek és nyilvánosak.	
D.18 Rendelkezésre állnak rögzített panaszkezelési eljárások.	<i>Példa a tartalomra:</i> a résztvevők információhoz juthatnak azzal kapcsolatban, hogy panaszai miként kerülnek rendezésre. <i>Lehetséges bizonyíték:</i> a panaszkezelési eljárásokat ismerik a résztvevők és a stáb tagjai, ezeket az eljárásokat írásos formában rögzítik.
D.19 A program támogatja a családon és a közösségen belüli kapcsolatok megerősítését.	
D.20 A résztvevők megkapják a részletes programleírást.	<i>Példák ennek tartalmára:</i> a program időtartama, tartalma, várható hatásai, hasznai, a kockázatok, szabályok, követelmények, a résztvevők viselkedésével kapcsolatos elvárások. <i>Lásd még:</i> 5.6 Programleírás.
D.21 Meghatározott, hogy a résztvevők miként férhetnek hozzá a programleíráshoz.	
D.22 A program célrendszerét valamennyi alkalom előtt ismertetik a résztvevőkkel.	<i>Megjegyzés:</i> Ezt a résztvevőkkel közösen is meg lehet határozni.
D.23 A résztvevők és a stábtagnak szerepköreinek, feladatainak, valamint jogainak és kötelességeinek egyértelmű meghatározása.	<i>Lehetséges bizonyíték:</i> az alapszabályokat minden alkalom/csoport esetében meghatározzák.
D.24 Tanulmányi szerződés kötése a résztvevőkkel.	<i>Megjegyzés:</i> a szerződéskötés történhet akár szóban, akár írásban. <i>Példák a tartalomra:</i> a résztvevők elvárásai a beavatkozással összefüggésben.
D.25 A program szabályai igazságosak.	<i>Példa:</i> az előírások a résztvevőkre és a stábtagnokra egyaránt vonatkoznak.

D.26 A programokban való részvétel a tájékozott be- egyezésen alapul.	Alapvető standard, ha megvalósítható az adott beavatkozás esetében.
D.27 A programban való részvétel önkéntes alapon törté- nik.	Vagyis a résztvevőket nem lehet megakadá- lyozni abban, hogy kilépjenek a programból. Alapvető standard, amennyiben a rész- vétel nem jogi kötelezettség. <i>Megjegyzés:</i> ez a standard bizonyos körül- mények között nem alkalmazható, pl. a büntető igazságszolgáltatás eljárásai ese- tében, vagy az általános iskolai prevenció programok esetén.
D.28 A közösség és a résztvevők megállapodnak abban, hogy kulturális sajátosságait miként lehet a pro- gram keretei között megjeleníteni.	<i>Lehetséges szempontok:</i> kulturális szimból- umok, vagy közösségi tudás felhasználása. <i>Lehetséges bizonyíték:</i> a program kialakítása a közösség, illetve a célcsoport képviselői- nek bevonásával történt.
D.29 A program szerkezete és az alkalmazott eljárások a de- mokratikus értékeket tükrözik.	<i>Lehetséges bizonyítékok:</i> a résztvevők visz- szajelzést adhatnak a programmal kapcso- latban; a résztvevők véleményét kikérik a megvalósítás folyamatában.
D.30 A stábtagnak részt vesznek azokon a megbeszéléseken, amelyeket külső szervezetek bevonásával tartanak.	<i>Megjegyzés:</i> ezt a standardot bizonyos esetek- ben nem lehet érvényesíteni, pl. amikor ennek következtében megsértenék a résztvevők sze- mélyiségi jogait, vagy ha az nincs összhang- ban a program egyéb célkitűzéseivel. <i>Példa külső szervezettel való együttműködés- re:</i> külső előadó bevonása (pl. rendőrtiszt) az iskolában végzett prevencióhoz.
D.31 A program rendelkezik forgatókönyvekkel a droghasz- nálattal összefüggő incidensek esetén végrehajtandó intézkedésekről. Ezek a következők lehetnek:	
– A program megvalósításának helyszínén, vagy annak környezetében történő droghasználat és egyéb problémás tevékenységek folyamatos ellenőrzése.	
– Arra vonatkozó eljárásrendek, hogy mit kell tenni panaszok, viselkedési szabályok meg- sértése esetén.	
– A droghasználatkal kapcsolatos problémák kezelése összhangban van a program általá- nos célkitűzéseivel.	
– A résztvevők droghasználati szükségleteinek kezelése érdekében egy megfelelő támogató rendszer működik.	
– Az állapotfelmérés folyamata és a továbbír- ányítási lehetőségek átláthatóak.	

1 Szükségletfelmérés



Mielőtt a konkrét beavatkozás részleteiben megtervezésre kerülne, fontos a drogokkal kapcsolatos szükségletek természetét és mértékét, a szükségletek mögött álló okokat és a kialakulásukhoz hozzájáruló egyéb tényezőket felderíteni, hogy biztosak lehessünk abban, a beavatkozás valóban szükséges, és a tényleges szükségletekre és célcsoport(ok)-ra fog irányulni.

A szükségletek 4 típusa azonosítható: szakpolitikai szükségletek; a közösség általános szükségletei; a prevenció szolgáltatásokban tapasztalható hiányok által definiált szükségletek; valamint a célcsoport speciális szükségletei.

1.1. A vonatkozó szakpolitika és szabályozás ismerete: A kábítószer-probléma kezelésével összefüggő szakpolitikának és szabályozásnak irányt kell mutatnia a prevenció beavatkozás számára. A tevékenységek szervezésében és megvalósításában részt vevő munkatársaknak a helyi, regionális, nemzeti és/vagy nemzetközi szakpolitikával és szabályozással tisztában kell lenniük, és munkájukat ehhez kell igazítaniuk. Az egyéb iránymutatásokat, pl. szakmai irányelveket, standardokat szintén figyelembe kell venni minden esetben, ahol mód van arra.

1.2. A drogfogyasztás és a közösségi szükségletek felmérése: A második komponens ebben a szakaszban a droghelyzet általános populációban és speciális alpopulációkban történő felméréseinek követelményeit részletezi. Ez a felmérés támaszkodhat kvalitatív és kvantitatív technikákra egyaránt, de feltétlenül figyelembe kell vennie a már rendelkezésre álló információkat, amennyiben azok magas minőségűek. Egyéb fontos kérdések – mint a depriváció és az egyenlőtlenségek – felmérése is javasolt, mivel ezek megválaszolása hozzásegít a droghasználat és az egyéb szükségletek közötti összefüggések feltáráshoz.

1.3 A szükségletek leírása – a beavatkozás indoklása: A közösségben elvégzett szükségletfelmérés eredményeinek dokumentálása és kontextuális információkkal való kiégyesítése elengedhetetlen, mivel ezekkel támasztható alá a beavatkozás szükségessége. A már elérhető drogrevenációs programok feltérképezése lehetővé teszi, hogy átlássuk: a tervezett program miképpen egészítheti ki a jelenlegi ellátási/szolgáltatási palettát.

1.4 A célcsoport megismerése: A fentiek után a szükségletfelmérés a célcsoportra vonatkozó részletes adatok összegyűjtésével folytatódik. Ennek ki kell terjednie a lehetséges kockázati és védő tényezők feltérképezésére, valamint a célcsoport kultúrájának, mindennapi életének megismerésére. A célcsoport és a célcsoport mindennapi valóságának alapos ismerete elengedhetetlen feltétele az eredményes, költséghatékony és etikus drogrevenációnak.

Ez a szakasz az erőforrások felmérésével egy időben, vagy azt követően is kivitelezhető.

1.1 A vonatkozó szakpolitika és szabályozás ismerete

A megfelelő eredmények elérése érdekében minden drogprenvenációs célú tevékenységnek ugyanazon cél elérésére kell törekednie, még akkor is, ha az eszközök különbözőek. A drogpolitika és a jogi szabályozás a drogprenvenáció céljainak meghatározásával egyfajta iránytűként segíti a drogprenvenációs munkát helyi, regionális, országos és nemzetközi szinten. Ezért alapvető, hogy a szakemberek – és nem csak azok, akik a „legfelső” szinten dolgoznak – ismerjék az aktuális drogpolitikai irányelveket, érvényben lévő paragrafusokat, mivel ezek segítenek mindenkint abban, hogy munkájukkal a célok megvalósulásához hozzájáruljanak. Egyéb útmutatásokat, mint például kötelező standardokat, irányelveket, amennyiben léteznek, szintén szükséges figyelembe venni.

Hasonlóan fontos, hogy a szakemberek naprakész ismeretekkel rendelkezzenek a drogpolitikát és jogszabályokat érintő esetleges változásokat illetően, hiszen azok hatást gyakorolhatnak a programra. Például a támogatási célkitűzések megváltozása új stratégia kidolgozását teheti szükségessé annak érdekében, hogy a program fenntartható legyen (lásd *A: Fenntarthatóság és finanszírozás*). A naprakész információ legalább ilyen fontos ott is, ahol a résztvevők tájékoztatást kapnak a drogokról, azok típusairól, hatásairól, ugyanis ott a szabályozásban történt változások megkívánhatják a beavatkozás tartalmi aktualizálását (pl. változások egyes drogok jogi státuszában, mint például egy szabályozatlan új pszichoaktív szer listára vétele).

Ezen felül a drogpolitika és az azzal kapcsolatos törvényi szabályozás nyomán követésével a szolgáltatók növelik az esélyeiket a szükséges támogatások megszerzésére. Egyes országokban az aktuális drogstratégia támogatásának kinyilvánítása kritériuma a kormányzati támogatások elnyerésének. Ez nem jelenti azt, hogy a programok ne reagálhatnak az aktuális szakpolitikai prioritások által ki nem emelt szükségletekre is. Hiszen megjelenhetnek olyan szükségletek egy adott célcsoporton vagy közösségen belül, melyek nem célterületei az aktuális szakpolitikának, finanszírozásnak (lásd *1.2 A drogfogyasztás és a közösségi szükségletek felmérése*). Ilyen esetben is szükséges, hogy a program a hazai és nemzetközi stratégiákban megfogalmazódó tágabb drogprenvenációs irányokat kövesse, miközben igazolja a feltárt egyéb szükségletek megválaszolásának szükségességét is.

Ezen a területen minden szakembertől elvárható egy általános tájékozottsági szint, függetlenül attól, hogy kizárólag a megbízó vagy a támogatást nyújtó feladata annak megállapítása, hogy egy adott program összhangban van-e az érvényben lévő szakpolitikával és jogszabályokkal. A gyakorlati szakemberek, akik munkaidejük nagy részét a terepen töltik, lehet, hogy úgy érzik, a drogüggyel kapcsolatos szakpolitikai és jogi ismeretek változásainak követése meghaladja munkakörüket. Ebben a kérdésben a munkáltató felelőssége, hogy például belső képzések szervezésével segítse a kollégákat a kapcsolódó standardok teljesítésében (lásd *C: Munkaerő-fejlesztés*).

Olykor nehézségekbe ütközhet eldönteni, mely szakpolitikai elképzelés vagy jogszabály a leglényegesebb a program szempontjából. A szakpolitikai prioritások gyakran változhatnak. Ezek hátterében állhat kormányváltás, a társadalmat nyugtalanító kérdések

változása, esetleg egy új kutatási eredmény. A *További iránymutatások* fejezet tartalmaz néhány fontos és aktuális dokumentumot nemzetközi és nemzeti drogpolitikákkal és szabályozással kapcsolatosan. Egy-egy dokumentum jelentősége attól függ, milyen típusú prevenció programról van szó. Például egy helyi program esetében a helyi és a regionális dokumentumok élveznek előnyt a nemzeti vagy nemzetközi dokumentumokkal szemben, mivel ez utóbbiak kevésbé relevánsak a helyi kontextus tekintetében.

Megjegyzés: A *D: Etikus drogprevenció* elnevezésű komponens is tartalmaz standardokat az általános drogpolitika és szabályozás témaköréhez kapcsolódóan.

Alapvető standardok:	
1.1.1 A drogpolitikával és jogszabályokkal kapcsolatos ismeretek elegendőek a program végrehajtásához.	<i>Példák szakpolitikára és szabályozásra:</i> kábítószerrel, alkohollal, dohánytermékekkel és szerves oldószerekkel kapcsolatos releváns jogszabályok; egészségfejlesztési szakpolitika.
1.1.2 A program összhangban áll a helyi, nemzeti, és/vagy nemzetközi prioritásokkal, a stratégiák, szakpolitikák által megfogalmazott célokkal.	<i>Megjegyzés:</i> a lokális/regionális programoknak különösen nagy figyelmet kell fordítaniuk a lokális/regionális szakpolitikai dokumentumokra. <i>Lehetséges bizonyítékok:</i> a programleírás világosan utal a releváns stratégiákra és szakpolitikai útmutatásokra, valamint jelzi a program ezekhez való illeszkedését.

További szakértői standardok:	
1.1.3 A program összhangban van a nemzeti és nemzetközi standardokkal és irányelvekkel.	Alapvető standard, ha elvárásként megfogalmazódik drogpolitikai dokumentumokban, szabályozásban. <i>Példa standardokra:</i> létező standardok a szolgáltatások fiatalbaráttá alakításával kapcsolatban (pl. Department of Health 2007).

1.2 A drogfogyasztás és a közösségi szükségletek felmérése

A drogprevenációs programoknak a célcsoport szükségleteire kell irányulniuk ahhoz, hogy etikusak és hatásosak legyenek. Éppen ezért nem elegendő csak feltételezésekre, ideológiákra támaszkodni egy beavatkozás megtervezésénél. Ehelyett, a programoknak empirikus úton végzett szükségletfelméréseken kell alapulniuk, függetlenül attól, hogy általános vagy irányított prevencióról van szó. A szükségletfelmérés megcélózhat egy általános populációt, de korlátozódhat egy szűkebb társadalmi csoportra is, mely valamilyen közösségi jellemző (pl. etnikai közösség), szintér (pl. iskola) vagy földrajzi terület (pl. lakókörnyezet) alapján határozható meg.

A program típusától függően kell eldönteni, hogy célszerű-e szükségletfelmérést végezni. Egy felmérés egy adott időszakaszban akár több különböző program számára is nyújthat információkat. Minthogy azonban a drogfogyasztás megjelenési formái gyorsan változhatnak, fontos az eredmények időnkénti frissítése. A felmérés történhet új adatok gyűjtésével és elemzésével, akár kvantitatív, akár kvalitatív módszerek alkalmazásával (pl. kérdőíves vizsgálat, fókuszcsoport, megfigyelés), és/vagy már meglévő (epidemiológiai) adatok másodelemzésével. Az általános populációra és/vagy alcsoportokra vonatkozó (pl. fiatalok, kezelésben lévők), drogfogyasztást leíró alapadatok már gyakran elérhetők rutin adatgyűjtésekből (lásd *További iránymutatások* fejezet). Azonban érdemes mindig óvatosan kezelni a meglévő adatokat, figyelembe venni azok korlátait (pl. adatok minősége, aktuális helyzet, relevancia). Például előfordulhat, hogy kizárólag országos szintű adatok érhetőek el, melyek ugyan hasznosak lehetnek a helyi adatok értelmezésében, de azokat nem helyettesítik. Ilyenkor érdemes többféle forrást megvizsgálni, hogy átfogó képet alkothassunk a helyzetről. Részletes útmutatás a szükségletfelmérés módszeréről a *További iránymutatások* fejezetben található.

A Standardok fejlesztését segítő konzultációk során felmerült, hogy gyakran nincs vagy nem megfelelő a kommunikáció a rendszeres adatgyűjtéssel foglalkozó szakemberek (pl. regionális drogkoordinációs testületek, népegészségügyi megfigyelő központok, kutatók) és azon szakemberek között, akik a programok fejlesztésében az adatokat felhasználhatnák (pl. megbízók, szolgáltatók). Például az iskolákban gyakran végeznek kutatásokat, azonban maguk az iskolák rendszerint nem férnek hozzá az eredményekhez, a tanulók adatainak védelméből kifolyólag. Ebből következően a meglévő adatok nem mindig hasznosíthatók a programfejlesztés során. Azonban még a fenti példa esetében is megoldható lehet, hogy az iskolák hozzáférjenek az adatokhoz, amennyiben több iskola vesz részt egy nagymintás, anonim adatfelvételben. Ha a szükségletfelmérést nem maguk a szolgáltatók végzik, akkor az adatok hozzáférhetőségének biztosítása érdekében strukturált együttműködésre van szükség az adatgyűjtőkkel (lásd *B: Kommunikáció és az érdekhordozók bevonása*). A helyi és regionális drogügyi koordinációs munkacsoportok (Magyarországon ilyenek például a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok, KEF-ek) sokat segíthetnek az adatfelvételek koordinálásában, valamint az elemzésekben és a párhuzamosságok kiszűrésében. Ezeknek a munkacsoportoknak érdemes lehet akár a rendszeres szükségletfelmérés lehetőségét is megvizsgálni, vagy egyéb adatforrások elérhetővé tételével segíteni a szolgáltatók prevenció munkáját a területükön.

Ebben a komponensben a standardok a drogfogyasztással összefüggő szükségletek feltérképezésére fókuszálnak a program számára megfelelő célcsoport és helyszín azonosítása érdekében. Ugyanakkor nem mindig elegendők a testreszabott, helyzetnek megfelelő beavatkozások megtervezéséhez a kizárólag a drogfogyasztási szokásokat leíró adatok. Hogy megértsük a droghasználat, mint probléma összetett jellegét, olyan egyéb szükségleteket is vizsgálni kell, mint például az egészséggel és társadalmi egyenlőséggel vagy az esetleges depriváció mértékével összefüggő szükségletek. Érdemes már ebben a projektszakaszban végiggondolni, melyik elméleti modell "vezérli" majd a programot, minthogy ez meghatározhatja, milyen adatokra lesz szükség, és azokat hogyan kell értelmezni. Az 1.4 A célcsoport megismerése elnevezésű komponens bemutat néhány lehetőséget a célcsoport közelebbi megismeréséhez.

Alapvető standardok:	
1.2.1 A kiindulási helyzetről feltáró vizsgálat készül.	
1.2.2 A vizsgálat meglévő epidemiológiai adatokra támaszkodik.	
1.2.3 A vizsgálat etikai szempontból helytálló.	<i>Példák az etikai helytállóságra:</i> a vizsgálat a résztvevők adatait bizalmasan és anonim módon kezeli, nem stigmatizál, és nem okoz hátrányt az informátoroknak. Lásd szintén: <i>D: Etikus drogprevenció.</i>
1.2.4 Részletes és sokrétű információ gyűjtése a droghasználatra vonatkozóan. A következő témákat lefedve:	<i>Példák a leírandó csoportokra:</i> általános populáció; nem, életkor, etnicitás és vulnerabilitás szempontjából definiált alpopulációk.
– használt drogok típusai,	<i>Példák drogokra:</i> legális, illegális és orvosi-lag ellenőrzött szerek.
– drogfogyasztás mértéke és trendjei.	<i>Példák indikátorokra:</i> előfordulás és gyakoriság mértéke; használat mértéke – prevalencia értékek (pl. elmúlt 30 napban, elmúlt évben, életprevalencia); a drogot nem használók aránya.
1.2.5 Egyéb szükségletek felmérése a közösségben vagy a szintéren.	<i>Cél:</i> indokolni a droghasználat és egyéb szükségletek közötti kapcsolatot. <i>Példák szükségletekre:</i> problémák, kívánságok, problémás viselkedés prevalenciája a múltban, szocio-ökonómiai depriváció és egyenlőtlenségek mértéke.
1.2.6 Az elkészült vizsgálat dokumentálása az információforrások megjelölésével.	Ez hasznos a tevékenységek indoklásánál, valamint adminisztratív szempontból.

További alapvető standardok meglévő adatok használata esetén:	
1.2.7 A meglévő adatok:	<i>Példák forrásokra:</i> helyi, regionális, országos adatbázisok
– naprakészek;	
– adekvátak a program hatóköre és a célcsoport szempontjából;	<i>Példa a megfelelésre:</i> helyi programok számára helyi adatok.
– érvényesek az alkalmazott indikátorok szempontjából;	<i>Példa indikátorokra:</i> droghasználatra vonatkozó prevalencia adatok alkalmazása, a drogfogyasztás szándékára vagy a kortársak körében észlelt drogfogyasztásra vonatkozó adatok helyett.
– megbízhatóak.	Az adatgyűjtés módszertana és az adatelemzés szempontjából.

További szakértői standardok:	
1.2.8 A kiindulási helyzetre vonatkozó vizsgálat:	
– feltérképezi azt a közösséget és környezetet, amelyben a leendő program megvalósul majd („környezeti légkör”);	Vagyis a közösség vagy szintér (pl. a fogadó szervezet), ahol a beavatkozás zajlani fog. <i>Példák a környezetre és környezeti kultúrára:</i> normák, célok, értékek, kapcsolatok, gyakorlatok, közösségen belüli releváns szervezeti struktúrák.
– szisztematikusan és precízen kerül végrehajtásra;	Vagyis szakmailag elfogadott szükségletfelmérési módszereket alkalmaz. <i>Lehetséges bizonyítékok:</i> a közösségi szükségletek felméréséhez használt eszközök és eszközrendszerek meghatározásra kerülnek. <i>További útmutatások:</i> részletes útmutató a szükségletek feltérképezéséről a <i>További iránymutatások</i> fejezetben található.
– a vizsgálatot végzők személyesen jelen vannak az adott közösségben;	<i>Lehetséges bizonyítékok:</i> terepkutatás, beszélgetés a közösség érdekhordozóival.
– szükség esetén szakértők bevonása a módszertan kidolgozásába.	<i>Példák szakértőkre:</i> egyetemi oktatók, kutatók, helyi kutatási szakértők.
1.2.9 Adatgyűjtést és -elemzést felügyelő szakmai munkacsoport létrehozása.	Vagyis a feladat- és felelősségi körök kijelölése. <i>Példák felelősségi körökre:</i> a szükségletfelmérés megtervezése és koordinálása, adatgyűjtés, -elemzés és -értelmezés, a szükségletfelmérés következtetéseinek összefoglalása.
1.2.10 Az adott földrajzi terület vagy közösség népesség száma meghatározott vagy megbecsült:	<i>Példák adatforrásokra:</i> statisztikai intézetek, helyi/városi tanács, oktatási közlönyök.

<p>– a teljes populációra vonatkozóan;</p>	<p>Alapvető standard, ha elérhető ilyen információ. <i>Példák teljes populációra:</i> általános populáció, minden iskolás gyermek, egy etnikai közösség minden tagja. <i>Példa forrásokra:</i> népszámlálási adatok.</p>
<p>– a lehetséges célcsoportra vonatkozóan.</p>	<p>Vagyis, akiket a beavatkozás megcélózni kíván (pl. mert részt vesznek benne, vagy hatással van rájuk). Alapvető standard, ha ilyen információ elérhető. <i>Példa:</i> a célcsoport becslése a teljes népesség arányában.</p>
<p>1.2.11 Az összegyűjtött és áttekintett információk kiterjednek:</p>	
<p>– a droghasználati mintázatokra és trendekre;</p>	<p><i>Példák indikátorokra:</i> a használat gyakorisága, a használatot jellemző helyzet és körülmények, a használat funkciói, életkor az első droghasználat idején és a legaktívabb droghasználat idején, az alkalmi, rendszeres és intenzív droghasználat gyakorisága és elterjedtsége, kockázatos technikák, magas kockázatú csoportok.</p>
<p>– a droghasználat káros hatásaira típusonkénti bontásban;</p>	<p><i>Példák indikátorokra:</i> az ártalom típusa és az érintett személyek, a droghasználat és –függőség egyénre és közösségre gyakorolt hatásai.</p>
<p>– a drogokkal kapcsolatos vélekedésekre;</p>	<p><i>Példák indikátorokra:</i> vélt ártalmak, drogok vélt hozzáférhetősége, a használat helytelenítésére vagy elfogadására vonatkozó vélekedések.</p>
<p>– kábítószerpiac létezésére vonatkozó információkra.</p>	
<p>1.2.12 A megszerzett adatok összehasonlítása más települések/helységek vagy régiók hasonló adataival, illetve az országos adatokkal.</p>	<p><i>Cél:</i> hogy a beavatkozás indoklásában segítsen. <i>Példák az összehasonlításra:</i> droghasználati prevalencia, a drogprobléma egyéni, intézményi, és társadalmi szintjeinek elemzése.</p>

1.3 A szükségletek leírása – a beavatkozás indoklása

A szakmai programok szükségleteit a drogpolitika (lásd *1.1 A vonatkozó szakpolitika és szabályozás ismerete*), a célcsoport és a közösségi igények (lásd *1.2 A drogfogyasztás és a közösségi szükségletek felmérése*, *1.4 A célcsoport megismerése*), valamint a már meglévő drogprevenációs szolgáltatások elérhetősége és természetete befolyásolják. Ebben a komponensben történik az előző komponensek eredményeinek dokumentálása és összefüggésrendszerbe helyezése, a beavatkozás szükségességének indoklása végett.

Ezekben a standardokban az a kérés fogalmazódik meg a szervezetek felé, hogy adjanak áttekintést a közösség főbb szükségleteiről, emeljék ki a legfontosabb problémákat, indokolják meg relevanciájukat. Ezt követően határozzák meg a helyzet javítása (vagy további romlásának elkerülése) érdekében szükséges teendőket. Ez az összefoglalás segít megállapítani, hogy a megfelelő célcsoport került-e kiválasztásra, (akikkel a következő komponensek foglalkoznak, mint az *1.4 A célcsoport megismerése*), és segítséget nyújt a program céljainak kiválasztásában is (lásd *3.3 Célok meghatározása*).

Az indoklásnak figyelembe kell vennie a közösség nézőpontjait, ezzel is biztosítva, hogy a program releváns legyen számukra (lásd *D: Etikus drogprevenció, B: Kommunikáció és az érdekhordozók bevonása*). Ezért is lényeges a közösség és a további érdekhordozók bevonása a szükségletek leírásánál. Különösen így van ez, amennyiben a közösségi szükségletek feltérképezése adatok másodelemzésével történt (pl. rendszeres, rutin adatfelvételek adatai alapján). Előfordulhat, hogy a közösség nem érzi szükségét a beavatkozásnak, mivel ez egyben a (drog)probléma jelenlétének beismerését is magában hordozná. Például az iskolaigazgatók tarthatnak attól, hogy a drogprevenációs programok elindítása ronthatja iskolájuk hírnevét. A stigmatizáció talán elkerülhető, amennyiben az iskolai drogprevenációs programok biztosítása törvénybe foglalt eleme a nemzeti drogpolitikának. Emellett a szolgáltatóknak és a szakpolitikuskoknak a "szükségeket" kellene a középpontba állítani ahelyett, hogy a "problémákra" fókuszálnak. Hiszen a preventációs programokra szükség lehet a probléma megjelenése előtt is.

A kiválasztott célterületen valószínűleg működnek már drogprevenációs programok. A létező és működő programok vizsgálatával képet kaphatunk arról, hogy egy új program hogyan illeszthető be a meglévő rendszerbe. A helyi vagy regionális drogprevenációt koordináló testületek információt adhatnak a környéken működő programokról. Egy új beavatkozásnak összhangban kell lennie a meglévő törekvésekkel, azáltal, hogy a preventációs szolgáltatások terén tapasztalható lyukakat igyekszik kitölteni. Például ha a meglévő szolgáltatások a célcsoportnak csak egy kis részét érik el, akkor indokolt lehet további programok elindítása. Amennyiben viszont a célcsoport nagy részét elérik a meglévő, eredményesen működő drogprevenációs programok, megfontolandó más célcsoportot választani a párhuzamosságok elkerülése érdekében. Hasonlóan jó megoldást jelenthet más típusú szolgáltatások kialakítása, a szolgáltatások sokszínűségének és a választás lehetőségének biztosítása érdekében.

Néhány esetben pályázati kiírások részét képezheti az adott intervenciós célok indoklása, iránya. Ilyenkor a szolgáltatók úgy érezhetik, hogy maga a pályázati kiírás támasztja

alá az adott program szükségességét. Nem szabad azonban elfelejteni, hogy egy beavatkozás valódi indoklásának az adott közösségből származó tényszerű információkon és nem feltételezéseken kell alapulnia. Éppen ezért a megbízóknak és támogatóknak el kell fogadniuk, hogy rugalmasságra van szükség (pl. szükségessé válhat a kiírás átdolgozása a szükségletfelmérést követően). A szolgáltató és a megbízó vagy támogató közötti kommunikáció hozzájárul a közösség és a beavatkozás megvalósítását elősegítő szereplők számára releváns program kialakításához (lásd *B: Kommunikáció és az érdekhordozók bevonása*).

Alapvető standardok:	
1.3.1 A populáció főbb szükségleteinek leírása és számszerűsítése, ha lehetséges.	<i>Megfontolások:</i> drogfogyasztással, egészséggel összefüggő szükségletek, szociális, szakpolitikai szükségletek.
1.3.2 A leírás a szükségletek felmérésén alapul.	
1.3.3 A leírás bemutatja a szükségletek lehetséges jövőbeni alakulását a beavatkozás hiányában.	<i>Lehetséges indikátorok:</i> droghasználat terjedésének mértéke; vér útján terjedő fertőzések terjedésének mértéke.
1.3.4 A szervezet ismeri a már létező és újabb keletű programokat és szolgáltatásokat, melyek hozzájárulnak a drogprevencióhoz.	
	<i>Megjegyzés:</i> ezen információk könnyen beszerezhetők a helyi vagy regionális drogprevenciót koordináló munkacsoportoktól. <i>Példák programokra:</i> meglévő szociális és egészségügyi szolgáltatások, a célcsoport számára szervezett korábbi programok, regionális és helyi stratégiák. <i>Megfontolások:</i> milyen egyéb szervezetek működnek a területen, milyen szolgáltatásokat nyújtanak.
1.3.5 Megvizsgálandó, hogy a már létező és újabb keletű drogprevenció programok mennyiben illeszkednek a célcsoport és a közösség szükségleteihez.	<i>Cél:</i> hiányok azonosítása a meglévő szolgáltatások vonatkozásában. <i>Megfontolások:</i> milyen célcsoportokat fednek le a meglévő szolgáltatások, mely szükségletekre irányulnak.
1.3.6 A program kiegészít más helyi, regionális és/vagy országos egészségfejlesztési vagy drogprevenció programokat.	<i>Példa:</i> a program olyan csoportokra fókuszál, amelyeket nem fednek le más programok, szolgáltatások (pl. más korcsoportokat céloz meg).
1.3.7 A beavatkozás szükségessége indokolt.	<i>Megfontolások:</i> a program hasznossága, várható költséghatékonysága.

További szakértői standardok:	
1.3.8 A populáció főbb szükségleteinek leírása, mely:	
– tartalmazza a (lehetséges) problémával kapcsolatban felmerülő kiadások kalkulációját;	<i>Példák költségekre:</i> pénzügyi, egészségügyi, szociális és közösségi költségek.
– specifikus alcsoportokat vagy helyszíneket azonosít;	

	<p><i>Cél:</i> releváns alcsoportok vagy helyszínek azonosítása kapcsolódva az 1.4 A célcsoport megismerése, 3.1 A célcsoport meghatározása és 3.4 A szintér meghatározása komponensekhez.</p> <p><i>Példák:</i> incidencia és prevalencia adatok alapján a droghasználat kezdetének meghatározása, ezek alapján csoportok és/vagy helyszínek azonosítása a drogprevenációs munkához (hogy a célcsoport életkora a droghasználat kezdete előttre essen); a droghasználat csökkentése érdekében csoportok és/vagy helyszínek azonosítása prevalencia adatok segítségével, annak megállapítására, hogy "kik", "mit" és/vagy "hol" fogyasztanak (CSAP 2002).</p>
<ul style="list-style-type: none"> – meghatároz egyéb tényezőket, amelyek a (lehetséges) droghasználathoz társulhatnak 	<p><i>Példák egyéb tényezőkre:</i> nem drogfogyasztással kapcsolatos szükségletek a közösségben; politikai, szociális és gazdasági kérdések, mint például depriváció, szegénység, egyenlőtlenségek</p>
<ul style="list-style-type: none"> – figyelembe veszi a közösség és a lehetséges célcsoport nézeteit az azonosított drogfogyasztással összefüggő szükségletekkel kapcsolatosan; 	<p><i>Cél:</i> annak biztosítása, hogy a tervezett beavatkozás releváns legyen, és nagy valószínűséggel elfogadottá váljon.</p> <p><i>Példa:</i> lehetséges, hogy a célcsoport nem látja problémának a drogfogyasztást.</p>
<ul style="list-style-type: none"> – szükséges változtatásokat azonosít, melyek a helyzet javítását szolgálják; 	<p><i>Példák változásokra:</i> változások a szakpolitikában, makroszintű beavatkozások.</p>
<ul style="list-style-type: none"> – különbséget tesz azon folyamatok (változások) között, amelyek szükségesek ugyan, de a program kereteit meghaladják, illetve amelyek megvalósíthatók a program segítségével. 	
1.3.9 Létező és jelenleg működő drogprevenációs programok vizsgálata:	<p><i>Cél:</i> hiányok azonosítása a meglévő szolgáltatások vonatkozásában.</p>
<ul style="list-style-type: none"> – a célcsoport lefedettségének mértéke alapján; 	<p>Vagyis a célcsoport százalékos részvételi aránya.</p> <p><i>Példa:</i> ha a "veszélyeztetett fiatalok" a célcsoport, a lefedettség a már létező programokban részt vevő veszélyeztetett fiatalok számának és a meghatározott területen lévő, összes veszélyeztetett fiatal számának százalékaként adható meg.</p>
<ul style="list-style-type: none"> – elrendezésük, végrehajtásuk és kifejtett hatásuk alapján. 	<p><i>Példák indikátorokra:</i> programhűség (vagyis hogy a programokat az eredeti tervek szerint hajtották-e végre), munkatársak kompetenciái, a beavatkozás hatékonysága és hatása.</p>
1.3.10 A beavatkozás olyan szükségletek kezelését célozza, melyek:	
<ul style="list-style-type: none"> – sürgetőek és fontosak; 	
<ul style="list-style-type: none"> – költségesek és/vagy gyakoriak; 	<p>Vagyis a kezeletlen szükségletek magas pénzügyi és társadalmi költségekkel járnak; és/vagy előfordulásuk gyakori a társadalomban vagy a közösségben.</p> <p><i>Megjegyzés:</i> vannak viselkedési formák, melyeknek előfordulása nem gyakori, mégis a társadalom számára magas költségekkel járnak, mint például a heroin-függőség.</p>
<ul style="list-style-type: none"> – és melyeket a helyi, regionális és nemzeti szervek prioritásként határoztak meg. 	

1.4 A célcsoport megismerése

A célcsoport alapos ismerete a (költség)hatékony és etikus drogpreevenció előfeltétele. A drogpreevenció nemcsak az emberekért, hanem az emberekkel együtt kell, hogy megvalósuljon. Ezért a drogfogyasztással összefüggő szükségleteket tágabb kulturális és társadalmi kontextusban kell értelmezni. A drogpreevencióval összefüggő és egyéb szükségletek általános feltárása az általános vagy alpopulációban (lásd 1.2 *A drogfogyasztás és a közösségi szükségletek felmérése*) mutatja, hogy kik lehetnek a célcsoport tagjai, és hogy milyen célok kerüljenek megfogalmazásra, azaz mire irányuljon a beavatkozás és miért. A lehetséges célcsoport irányába történő mélyebb vizsgálódás ezen a ponton elősegíti, hogy a későbbi projektszakaszokban a beavatkozás megfelelő tartalommal és felépítéssel kerüljön kialakításra (lásd 4.3 *A beavatkozás illesztése a célcsoporthoz*).

Ez a komponens pontosan meghatározza az elvárásokat a célcsoport kultúrájának, az adott közösségben betöltött helyének és a drogfogyasztással összefüggő perspektíváinak a feltérképezésével kapcsolatban. Ezek az adatok kiegészítik a drogfogyasztási szokásokhoz kapcsolódó – korábban összegyűjtött – adatokat, és fontos útmutatást adnak a beavatkozások megtervezéséhez. Ahol a célcsoport a szükségletfelmérést megelőzően került kiválasztásra (pl. pályázatkiírás részeként), ez a lépés a közösségi szükségletfelméréssel együtt is megvalósítható (lásd 1.2 *A drogfogyasztás és a közösségi szükségletek felmérése*). Amellett, hogy egy általános képet kapunk a célcsoport kultúrájáról, fontos megérteni a drogfogyasztás szerepét magában a kultúrában (UNODC 2004: 9. o.). Például bizonyos droghasználati formák esetleg elfogadhatóak a kulturális szokások részeként (pl. Újév ünneplése alkoholfogyasztással; droghasználat bizonyos beavatási szertartásoknál fiatalok körében), míg a drogfogyasztás más formái szankcionáltak. A programterv elkészítésekor ezeket a kulturális normákat és gyakorlatokat figyelembe kell venni, hogy a beavatkozás kulturálisan valóban adekvát legyen a célcsoport számára.

Azokat a tényezőket, melyek a drogfogyasztás valószínűségét csökkentik, vagy növelik, szintén szükséges áttekinteni. A kapott eredmények segítenek a célcsoport azonosításában (lásd 3.1 *A célcsoport meghatározása*), a célok kiválasztásában (lásd 3.3 *Célok meghatározása*), és a program tervének elkészítésében (lásd 4 *A beavatkozás megtervezése*). A célcsoport kockázati szintje meghatározható a kockázati és védő tényezők egyidejű előfordulása alapján. Általános prevenció programok esetén azonban nem létfontosságú ezeknek a tényezőknek a vizsgálata, hiszen ennél a típusú prevenciónál nem kerülnek kiválasztásra a magas kockázatú egyének vagy csoportok.

Néhány program megkülönböztet végső célcsoportot (pl. fiatalok drogfogyasztás szempontjából veszélyeztetett csoportja) és közbülső célcsoportot, mely utóbbi erőteljes hatást gyakorolhat a végső célcsoportra (pl. ezen fiatalok szülei). A közbülső célcsoport bevonásával megvalósított programok közvetetten gyakorolnak hatást a végső célcsoport viselkedésére. Ilyen esetekben a szolgáltatóknak mind a közbülső, mind a végső célcsoportot vizsgálnia és ismernie kell, mint például a kockázati és védő tényezőket a végső célcsoport esetén, a közbülső célcsoport vélekedését a drogfogyasztásról, valamint a két csoport közötti interakciókat.

Elképzelhető, hogy a célcsoportról már eleve elérhető részletes információ (pl. kutatási beszámolókból). A célcsoport még jobb megismerése érdekében érdemes felkutatni a releváns szakirodalmat. A célcsoportról érdekhordozókkal történő kapcsolatfelvétel során is szerezhető további információ (pl. regionális drogügyi koordinációs munkacsoportok, egészségügyi és szociális szolgáltatások a környéken) (lásd *B: Kommunikáció és az érdekhordozók bevonása*).

Alapvető standardok:	
1.4.1 A lehetséges célcsoport kiválasztása a szükségletek felméréseivel összhangban történik.	
	<i>Megjegyzés:</i> a célcsoport végleges kiválasztása a kockázati és védő tényezők elemzésétől függ. Már a szükségletek feltérképezése előtt is születhetnek a célcsoportot illetően döntések, például támogatott pályázati kiírásoknak köszönhetően. Ha a szükségletfelmérés azt jelzi, hogy egy másik célcsoport esetleg többet profitálna a beavatkozásból, akkor szükséges az eredeti stratégia továbbfejlesztése.
1.4.2 A célcsoport kultúrája és droghasználattal kapcsolatos perspektívái részét képezik a szükségletek felméréseinek.	<i>Cél:</i> a beavatkozás megtervezésének és a célcsoport szükségleteihez történő igazításának támogatása. <i>Megjegyzés:</i> a célcsoporton belüli különbségeket figyelembe kell venni.

További szakértői standardok:	
1.4.3 Kockázati és védő tényezők feltérképezésre kerülnek. Ez a következőket foglalja magában:	Vagyis a fő kockázati és védő tényezők számának, formáinak és mértékének a felmérése. <i>Megjegyzések:</i> a kockázati és védő tényezők elemzése nem annyira releváns általános prevenció esetén. Leginkább a célcsoport leírásánál lényeges eszköz, például az életviteli rendellenességek és az élménykeresés szempontjából.
– a kockázati és védő tényezők célcsoportjellemzők szerinti differenciálása;	<i>Példák indikátorokra:</i> kor, nem, kultúra, vulnerabilitás.
– a célcsoportra jellemző egyedi kockázati és védő tényezők azonosítása;	<i>Megfontolások:</i> mentális egészség, nemi szerepek (gender), szexuális orientáció, kultúra, etnikai, környezeti szempontok.
– a tágabb értelemben vett egészséget befolyásoló tényezők hatásának értékelése;	<i>Példák indikátorokra:</i> a család egy főre jutó jövedelme, szülők iskolai végzettsége, koragyermekkorai élmények.
– a közösség szerepének – mint kockázati vagy védő tényező – felmérése;	<i>Példák indikátorokra:</i> deprivációs mutatók, kábítószeres hozzáférhetősége, strukturális támogatás, közösségi normák.
– a kockázati és védő tényezők hatásainak megbecslése;	Vagyis a tényezők számszerűsítése vagy minősítése a droghasználattal összefüggésben. <i>Megfontolások:</i> relevanciájuk az egyén, család, kortársak, iskola, munkahely, közösség szempontjából.

– a hasonló kockázati és védő tényezők csoportosítása;	<i>Példák kategóriákra:</i> genetikai, biológiai, szociális, pszichológiai, családi, kontextuális, iskolázottsági, gazdasági, kulturális tényezők.
– a program által együttesen megcélozható kockázati vagy védő tényezők csoportjának azonosítása.	<i>Példa:</i> egy közösségi regenerációt/kohéziót erősítő program számos közösséggel összefüggő tényezőt képes egyszerre megcélozni.
1.4.4 A befolyásolható tényezők elkülönítése azoktól, amelyekre a programnak nincs hatása.	<i>Példák:</i> az egészséggel kapcsolatos tájékozottság (egészségműveltség vagy egészségkultúra) javulhat, míg a nemzeti nép-egészségügyi politika nem valószínű, hogy változni fog egy kisléptékű beavatkozás eredményeként.
1.4.5 A program által megcélt befolyásolható tényezők részletes, pontos meghatározása.	<i>Lehetséges bizonyíték:</i> e tényezők logikai modellben kerülnek ábrázolásra.
1.4.6 A célcsoport kockázati szintjének meghatározása.	<i>Példa kockázati szint meghatározására:</i> a korai kipróbálás magas kockázata magatartási zavarok diagnosztizálásához kapcsolódóan. <i>Megfontolások:</i> milyen típusú beavatkozás (általános, célzott vagy javallott prevenció) a legmegfelelőbb az adott kockázati szint esetén?
1.4.7 A célcsoport feltérképezése során a következő szempontokat szükséges figyelembe venni:	<i>Megjegyzés:</i> a célcsoporton belüli különbségeket figyelembe kell venni.
– a célcsoport magára vonatkozó észlelése (veszélyérzete);	<i>Példa indikátorokra:</i> a droghasználat vélt következményei önmaga és mások egészségére nézve.
– kulturális tényezők;	<i>Megfontolások:</i> általános tradíciók, szokások, hiedelmek, társas szabályok, értékek. <i>Lehetséges bizonyítékok:</i> hierarchiák és kapcsolattípusok a családban, iskolában, munkahelyen; a stresszkezelés általánosan elfogadott formái.
– általános problémák és szükségletek, elvárások, vélemények, attitűdök;	<i>Példa indikátorokra:</i> drogfogyasztás a célcsoport tagjainak életében.
– a célcsoport által használt nyelvezet;	<i>Példa indikátorokra:</i> a célcsoport által "fogyasztott" zene, könyvek, újságok, internetes oldalak, televíziós programok; a célcsoport tagjainak véleménye a droghasználatról és a prevencióról (pl. a fiatalok visszautasító magatartása a "Mondj NEM-et" üzenetekre).
– a célcsoport számára fontos személyek és intézmények;	<i>Példák személyekre, intézményekre:</i> közösségi szereplők, sztárok, példaképek, iskola.
– a droghasználat mögött álló motivációk;	<i>Példa indikátorokra:</i> a droghasználat funkciói, a drogoktól elvárt hatások.

<ul style="list-style-type: none"> – a drogfogyasztással járó hasznokról és ártalmakról kialakult felfogások; 	
<ul style="list-style-type: none"> – meglévő tudás és további információra/tudásra való igény; 	<i>Példa indikátorra:</i> a droghasználatra vonatkozó hazai jogszabályok ismerete.
<ul style="list-style-type: none"> – a médiáról és a média drogprevenációs/drogokat promotáló üzeneteiről alkotott nézetek; 	<i>Példa indikátorra:</i> médiakultúra.
<ul style="list-style-type: none"> – elvárások a prevenciós programok általános, fő- és alcéljait illetően; 	<i>Példák elvárásokra:</i> a célcsoport a személyes fejlődést és a speciális szolgáltatásokhoz való hozzáférést elősegítő programokat vár.
<ul style="list-style-type: none"> – a drogprevenációs területen tevékenykedő szolgáltatóhelyekről és azok munkatársairól alkotott kép. 	<i>Példa szolgáltatóra:</i> drogambulancia.
<p>1.4.8 Releváns érdekhordozói kör bevonása a célcsoport szükségleteinek meghatározásába.</p>	<i>Példák érdekhordozókra:</i> a célcsoport családtagjai (ahol ez lehetséges), pl. az iskolások szülei. <i>Példák az érdekhordozói részvételre:</i> a célcsoport drogfogyasztásával kapcsolatos kilátások, a droghasználatra adható válaszok típusai, szolgáltatókkal (pl. drogambulanciákkal) kapcsolatos elvárások.
<p>1.4.9 A célcsoport és a közösség közti kapcsolat jellege része a szükségletek feltérképezésének.</p>	<i>Megfontolások:</i> a célcsoport közösségről alkotott képe; a közösség célcsoporttól alkotott képe; a célcsoport helyzete, integráltságának mértéke a közösségben. <i>Példa indikátorokra:</i> szociális/ oktatási/ gazdasági/ szolgáltatási befogadás illetve ki-rekesztés mértéke.

2 Erőforrások feltérképezése



Egy programot nemcsak a célcsoport szükségletei befolyásolnak, hanem a rendelkezésre álló erőforrások is. Míg a szükségletfelmérés (lásd *1 Szükségletfelmérés*) hozzásegít annak meghatározásához, hogy a program milyen célokat kell, hogy elérjen, a források feltérképezése a hogyan kérdésre ad választ. Ezért a megfelelő programtípus és tartalom reális meghatározásához szükség van a rendelkezésre álló erőforrások vizsgálatára.

2.1 Célcsoport- és közösségi erőforrások felmérése: A drogprevenációs programok csak akkor lehetnek sikeresek, ha a célcsoport, a közösség, és a program szempontjából releváns további érdekhordozók készek közreműködni, például képesek és hajlandóak részt venni a megvalósításban vagy támogatni azt. Rendelkezhetnek olyan erőforrásokkal is, melyek felhasználhatók a program során (pl. kapcsolati tőke, készségek). A standardok ebben a komponensben a lehetséges ellenállás és támogatás forrásainak, valamint a releváns érdekhordozók birtokában lévő kapacitások felkutatásának kívánalmait írják le.

2.2 Belső kapacitások felmérése: A belső erőforrások és kapacitások feltérképezése elengedhetetlen, ugyanis a program csak akkor lesz megvalósítható, ha illeszkedik a rendelkezésre álló személyi, pénzügyi és egyéb erőforrások nyújtotta lehetőségekhez. Ez a lépés a programalkotás előtt valósul meg annak érdekében, hogy látható legyen, milyen típusú program megvalósításában gondolkodhatunk.

Ez a szakasz kapcsolódhat a szükségletfelméréshez is vagy azt megelőzően, a program kezdetekor is kivitelezhető.

2.1 Célcsoport- és közösségi erőforrások felmérése

A drogrevenziós programok csak akkor lehetnek sikeresek, ha élvezik a program szempontjából fontos összes érdekhordozó támogatását, mint például a célcsoport, a közösség, a fogadó vagy továbbküldő szervezetek (ahol lehetséges). A támogatás legfőbb feltétele, hogy ezek az emberek, szervezetek készek legyenek együttműködni a programmal, azaz legyenek tisztában a drogfogyasztással összefüggő helyi szükségletekkel, valamint érdeklődjenek a program iránt, legyenek képesek és hajlandók azt támogatni (pl. részvételükkel) (NIDA 2003).

A standardok ebben a komponensben azokat az elvárásokat fogalmazzák meg, hogyan kell felmérni, hogy a célcsoport, a közösség és a releváns érdekhordozók köre milyen mértékben fogékony a programra (lásd *B: Kommunikáció és az érdekhordozók bevonása*). A felmérés eredményei rávilágíthatnak, hogy például mit kell tennünk annak érdekében, hogy megkapjuk a szükséges támogatást, illetve milyen nehézségek jelentkezhetnek a program megvalósítása során (pl. a résztvevők kiválasztása és benntartása a programban). Ennek segítségével még realisabban tudjuk megbecsülni a szükséges időkeretet és erőforrásokat. Kutatások a közösség program iránti fogékonyságának határozottan elkülönülő szintjeit dokumentálják, ami segíthet megállapítani ennek aktuális szintjét a vizsgált célcsoportban vagy közösségben (pl. Plested et al. 1999).

A célcsoport vagy a tágabb közösség szintén rendelkezhet olyan erőforrásokkal, melyek hasznosíthatóak a programban. Néhány erőforrás gyakorlati szempontból is segítheti a program megvalósítását (pl. a közösség tagjai jó kapcsolatot ápolnak a célcsoport egyes tagjaival, így segíthetik a szolgáltatót a célcsoporttal történő kapcsolatfelvételben). Egyéb erőforrások a beavatkozás formájának és tartalmának a kialakításában lehetnek hasznosak (pl. a szolgáltatók olyan programot terveznek, ahol a résztvevők tehetségére, meglévő készségeire támaszkodnak) (lásd *4 A beavatkozás megtervezése*). Ez a komponens ezért a meglévő erősségeket és gyengeségeket is megvizsgálja az adott célcsoportban vagy közösségben.

Ebből következően, míg az *1.2 A drogfogyasztás és a közösségi szükségletek felmérése* és *1.4 A célcsoport megismerése* elnevezésű komponensek azzal foglalkoznak, hogy minél jobban megértsük azt az összefüggésrendszert, melyben a drogfogyasztás előfordulhat, a 2.1 komponens azt vizsgálja, hogy milyen a kapcsolat a lehetséges program és a célcsoport vagy közösség között, akikkel a program megvalósulhatna.

Alapvető standardok:	
2.1.1 Elutasítás és támogatás okainak vizsgálata; a támogatás növelésére alkalmas módszerek áttekintése	<i>Megjegyzés:</i> nem korlátozódik kizárólag a célcsoportra és a közösségre, hanem egyéb érdekhordozókra is irányulhat, mint például iskolaigazgatók, média, önkormányzat.
2.1.2 Annak felmérése, hogy a célcsoport és további érdekhordozók milyen mértékben képesek részt venni a programban, illetve támogatni azt.	

Vagyis a lehetőségük a programban való részvételre vagy annak támogatására (pl. van-e rá idejük, jelen tudnak-e lenni a programon).

Az Alapvető standardok vonatkoznak a közösségre is, ha a közösség tagjai (pl. helyi lakosság, hivatalos személyek) részt vesznek a programban, vagy ha a program bizonyos elemei a közösségben kerülnek megvalósításra.

Megjegyzés: a megfelelő érdekhordozók a B: *Kommunikáció és az érdekhordozók bevonása* elnevezésű komponenssel összhangban kerüljenek azonosításra.

Példa konklúzióra: társadalmi befogadással foglalkozó programok iskolai szünetekben vagy iskola után kerüljenek megvalósításra; rövid távú beavatkozások is olyan időzítéssel valósuljanak meg, hogy azok képesek legyenek elérni a célcsoportot.

További szakértői standardok:

2.1.3 A célcsoport és további érdekhordozók program iránti fogékonyságának felmérése, mely a következő szempontok vizsgálatára terjed ki:	
– a droghelyzetre és az ezzel kapcsolatos szükségletekre vonatkozó tudás;	
– érdeklődés a program iránt;	
– hajlandóság a programban való részvételre vagy annak támogatására.	
2.1.4 A célcsoport és a közösség rendelkezésre álló erőforrásainak a vizsgálata	<p><i>Cél:</i> hozzájárulni a programtervhez, segíteni a beavatkozás tartalmának és formájának a kialakítását.</p> <p><i>Példa további érdekhordozóra:</i> közösség.</p> <p><i>Példák erőforrásokra:</i> társadalmi tőke, meglévő tudás, készségek, erősségek, vulnerabilitás, materiális és emberi erőforrások.</p>
2.1.5 Annak vizsgálata, hogy egyéb helyi, regionális, nemzeti és/vagy nemzetközi drogstratégiák, kezdeményezések komponensei mennyiben használhatók.	<p><i>Példák további kezdeményezésekre:</i> országos vagy regionális kampányok a biztonságos vezetéssel kapcsolatban; AIDS világnap.</p>

2.2 Belső kapacitások felmérése

A drogprevenációs programok akkor megvalósíthatók, ha azok nem lépnek ki a rendelkezésre álló erőforrások által meghatározott keretektől, mint például stáb, kompetenciák (pl. készségek, tudás, tapasztalat), anyagok (pl. felszerelés) és szakmai hálózatok. Ezért elengedhetetlen feltérképezni azt, milyen belső erőforrások és kapacitások állnak aktuálisan rendelkezésre vagy melyek lesznek nagy valószínűséggel elérhetőek a program elindulásáig.

Ez a feltérképező munka a projektciklus elején kell, hogy megtörténjen annak érdekében, hogy kellő információt szerezzünk annak eldöntéséhez, milyen típusú program lenne megvalósítható. Például egy speciális beavatkozás sajátos végzettséget igényelhet a stáb egy bizonyos tagjától; utcai megkereső munkához szükség lehet a munkatársak szállítására; azok a programok, melyek különféle információs felületeket vagy kommunikációs eszközöket használnak, feltételezik az ehhez szükséges készségeket a stáb részéről; vannak olyan színterek vagy célcsoportok is, amelyek csak akkor érhetőek el, ha a szolgáltatók és az érintett érdekhordozók között már előzetesen kialakult egy jó szakmai kapcsolat. Ha a szükséges erőforrások nem állnak rendelkezésre és nem biztosíthatók, akkor ezek a típusú programok nem lesznek kivitelezhetőek, így a szolgáltatók kénytelenek lesznek módosítani terveiket.

Minthogy a vizsgálódások célja itt a programtervezés elősegítése, nem kell feltétlenül hivatalos formában történniük. A szervezet vagy a program méretétől és természetétől függően a felmérés állhat a stáb tagjai közti informális megbeszélésből, amely arra irányul, hogy meghatározzák a team erősségeit és gyengeségeit a különböző típusú erőforrások tekintetében. Ahol ez indokolt, ott a szervezet egésze is vizsgálható e szempontok alapján (amint az majd részletezésre kerül ennél a komponensnél). Ez a megbeszélés segíteni fogja annak eldöntését, hogy milyen típusú beavatkozások lehetnek (vagy nem lehetnek) megvalósíthatóak, illetve milyen további erőforrásokra lehet még szükség. A legtöbb esetben nincs szükség külső szervezetre e felmérés elvégzéséhez.

A felmérés a projekttervben dokumentálható (lásd 5.1 *A program tervezése (a projektterv)*). Érdemes lehet ezen információkat a pályázati anyagokban is feltüntetni.

Megjegyzés: Az erőforrások az 5 *Projektmenedzsment és erőforrás-mobilizáció* elnevezésű komponensben további tárgyalásra kerülnek.

Alapvető standardok:	
2.2.1 Belső erőforrások és kapacitások felmérése. Vizsgálandó erőforrások:	<i>Megjegyzés:</i> az erőforrások aktuális és lehetőség szerinti elérhetőségét is fel kell térképezni.
– humán erőforrások és szakértői kompetenciák a stáb körében;	<i>Példák humán erőforrásokra:</i> rendelkezésre állás (időben meghatározva), különböző típusú tudások, készségek (pl. projektmenedzsment, vezetés, kreativitás, kulturális érzékenység). <i>Lásd szintén:</i> C: <i>Munkaerő-fejlesztés; 5.3 A team felállítása.</i>
– korábbi tapasztalatok;	<i>Példa korábbi tapasztalatokra:</i> hasonló beavatkozások lebonyolítása a múltban.
– szervezeti erőforrások;	<i>Példák szervezeti erőforrásokra:</i> helyiségek, azok felszereltsége és alkalmassága sokrétű tevékenységre.
– technológiai erőforrások;	<i>Példák technológiai erőforrásokra:</i> számítógépek, internet, szoftvercsomag értékeléshez, a projektmenedzsment technikai támogatása, mint pl. nyomkövető vagy menedzsment-információs rendszer.
– anyagi erőforrások;	
– célcsoporttal fennálló kapcsolatok;	<i>Megjegyzés:</i> a közösséggel fennálló kapcsolatok is kerüljenek feltérképezésre, ha a közösséget is bevonjuk a programba.
– szakmai hálózat;	<i>Példa szakmai hálózatokra:</i> szakpolitikai erőforrások.
– bármilyen egyéb – a program végrehajtása szempontjából releváns – erőforrás.	<i>Példa egyéb erőforrásokra:</i> jármű a munkatársak szállításához.

3 Programalkotás



A programalkotás magában foglalja a program tartalmának és felépítésének kialakítását, és megalapozza a célzott, részletes, következetes és reális tervezést. A célcsoport szükségleteinek, valamint a rendelkezésre álló erőforrásoknak a feltérképezése alapján a program fő elemeit világosan meg kell határozni. Ezek a standardok támogatni kívánják a drogprevenációs szakmai kultúra változását a bizonyíték-alapú, rendszerszemléletű megközelítés irányába.

3.1 A célcsoport meghatározása: A célcsoport jól körülhatárolt definíciója biztosítja, hogy a program a megfelelő embereket célozza meg. A célcsoport állhat egyénekből, csoportokból, háztartásokból, szervezetekből, közösségekből, színterekből és/vagy egyéb egységekből, amennyiben azok világosan azonosíthatók és definiáltak. Néhány program megkülönböztethet végső célcsoportot (pl. drogfogyasztás szempontjából veszélyeztetett fiatalok), valamint közbülső célcsoportot (pl. szülők, tanárok, fiatalok kortársai). A definíció legyen specifikus és a program céljaival összhangban álló.

3.2 Elméleti modell alkalmazása: Az elméleti modell egy olyan feltételezésrendszer, mely megmagyarázza és valószínűsíti, hogy egy adott beavatkozás hogyan és miért éri el a tervezett eredményeket az adott célcsoport esetében. Egy olyan elméleti modell alkalmazása, amely jól illeszkedik az adott program kontextusához, növeli annak a valószínűségét, hogy a program sikeres lesz, és a céljait eléri. Ezenkívül segíti a drogfogyasztással összefüggő viselkedés közvetítő változóinak (mediátorainak) azonosítását, továbbá a fő- és alcélok meghatározását. Minden beavatkozásnak szilárd elméleti modellen kell alapulnia, különösen, ha új típusú kezdeményezésről van szó.

3.3 Célok meghatározása: Világos célok nélkül azzal a kockázattal kell szembenézni, hogy a drogrevenüciós program – ahelyett, hogy a célcsoport hasznát szolgálná – öncélúvá válik. A Standardok egy háromszintű célrendszer alkalmaznak: az általános célok (aims), a fő- (vagy végső) célok (goals) és az alcélok (objectives) rendszerét. Az általános célok (aims) a program hosszú távú irányát határozzák meg, a program mögött álló általános elképzelést vagy szándékot. A főcélok (goals) már a program eredményeire vonatkozó világos megállapítások, melyek a résztvevőkre vonatkoznak, és a program megvalósulásával érhetőek el. Az alcélok (objectives) a résztvevők körében közvetlenül vagy időközben megfigyelhető azon változásokat írják le, melyek szükségesek a végső célok eléréséhez. Végezetül az operacionalizált alcélok (operational objectives) a program specifikus al- és főcéljainak megvalósulásához szükséges tevékenységeket írják le.

3.4 A szintér meghatározása: A szintér az a társas és/vagy fizikai környezet, ahol a program megvalósul, mint például a család, iskola, munkahely, szórakozóhely, közösség vagy társadalom. A szükségletfelmérés eredményei már időben jelezhetik, hogy a kiválasztott szintér megfelelő-e, azonban gyakorlati szempontokat (pl. könnyű hozzáférhetőség, szükséges együttműködések) is figyelembe kell venni a végső döntésnél. A szintér pontos definíciója lényeges abból a szempontból is, hogy mások is megérthessék, hol és hogyan valósult meg a program.

3.5 A hatásosság bizonyítékai: A drogrevenüciós munka tervezésekor ismeretekkel kell rendelkezni arra vonatkozóan, hogy „mi működik”, és építeni kell ezen ismeretekre. Az eredményes drogrevenücióra vonatkozó tudományos bizonyítékok áttekintését követően ki kell emelni azokat az eredményeket, amelyek relevánsak a program vonatkozásában. A tudományos bizonyítékokat a gyakorlati tapasztalatokkal együtt kell felhasználni az egyes beavatkozások megtervezéséhez, annak érdekében, hogy azok relevánsak legyenek az adott program kontextusa szempontjából. Ahol nem áll rendelkezésre tudományos bizonyíték a hatásossággal kapcsolatban, ott a gyakorlati tapasztalatok, valamint az érdekhordozók szakmai ismeretei kerülhetnek leírásra.

3.6 Ütemezés: A reális időkeret a program tervezésének és megvalósításának kulcsfontosságú eleme (pl. a stáb így tudja megtervezni erőforrásainak felhasználását). Bemutatja a tevékenységek tervezett menetét és a határidőket. Az ütemezés frissítésre szorulhat a programmegvalósítás során, hogy reflektáljon a program aktuális alakulására.

3.1 A célcsoport meghatározása

Annak érdekében, hogy a megfelelő embereket érje el a program, és a beavatkozás sikeres legyen, alapvető fontosságú a célcsoport pontos meghatározása. A célcsoport emberekből, csoportokból, háztartásokból, szervezetekből, közösségekből, színterekből és/vagy egyéb egységekből is állhat, amennyiben azok egyértelműen meghatározhatók és azonosíthatók. Az irányított prevenciók megközelítései (azaz a célzott és javallott prevenció) esetén a precíz definíció különösen fontos. A célcsoport meghatározásának a szükségletfelmérésből származó információkra kell támaszkodnia. A célcsoport kiválasztásának és meghatározásának a program egyéb aspektusai szempontjából is jelentősége van, például meghatározza a beavatkozások megválasztását és kialakítását (lásd 4 A beavatkozás megtervezése). Továbbá más szolgáltatók, megbízók, kutatók számára is jelzi, hogy kiknek a körében lehet hatásos a beavatkozás.

A meghatározásnak specifikusnak kell lennie, hogy egyértelmű legyen, egy adott személy részt vehet-e a programban, vagy sem. Ugyanakkor eléggé tágan kell lennie ahhoz, hogy mindenki beleférjen, aki jogosult a részvételre, de kellőképpen szűknek is, hogy kizárja azokat, akik nem (pl. bekerülési és kizárási kritériumok felsorolásával). Ezen felül a definíciónak olyan csoportot kell meghatároznia, amelyet a program ténylegesen képes elérni. A program előrehaladtával szükség lehet a definíció felülvizsgálatára (pl. résztvevők kiválasztásakor) annak érdekében, hogy jól körülhatárolja azt a célcsoportot, melyet a program el kívánt érni. A célcsoport meghatározásakor a lehetséges stigmatizációs hatásokkal is számolni kell. Például bizonyos társas csoporthoz való tartozás összekapcsolódhat a drogfogyasztás nagyobb valószínűségének percepciójával (lásd D: *Etikus drogprevenció*).

Ahol lehetséges, ott a célcsoport teljes nagyságát meg kell adni vagy legalább megbecsülni. Ez az adat jelzi, hogy hány embert érint(het) a probléma, melyet a program megcéloz, és ebből következően hányan profitálhatnak abból, ha részt vesznek a programban. A program típusától függően ez az érték szintén meghatározhatja, hogy hány embernek kellene lehetőséget adni a programban való részvételre. A folyamatértékelés során ez az információ segít annak meghatározásában, hogy milyen mértékben sikerült a célcsoportot elérni a beavatkozással (azaz vajon a résztvevők megfelelő arányt képviseltek-e a célcsoportból) (lásd 7.2 *Folyamatértékelés*).

Néhány program megkülönböztet végső célcsoportot (pl. drogfogyasztás kockázatának kitett fiatalok) és közbülső célcsoportot, melyről feltehető, hogy erőteljes hatást gyakorol a végső célcsoportra (pl. szülők, tanárok, kortársak). A közbülső célcsoport bevonásával megvalósított intervenciók célja, hogy közvetetten hatást gyakoroljanak a végső célcsoport viselkedésére, tehát ilyenkor a végső célcsoport tagjai csak közvetett haszonélvezői a programnak. Ilyen megközelítést alkalmaznak többek között a családalapú programok, a kortársprogramok, illetve a képzők-képzése típusú programok. (EMCDDA, 1998). E programok számára elengedhetetlen mind a közbülső, mind a végső célcsoport leírása – ahol lehetséges, számokban meghatározva. A Standardok alkalmazása során az ilyen programokban dolgozó szervezeteknek kell megítélniük, hogy melyik célcsoportjukra vonatkoznak az egyes követelmények, amikor a standard „célcsoportot” említi. Például mind a közbülső, mind a végső célcsoportot figyelembe kell venni a szükségletfelmérés során, de a folyamatértékelés irányulhat csak a közbülső célcsoportra.

Alapvető standardok:	
3.1.1 A program célcsoportjának jellemzése.	<i>Megjegyzés:</i> ha a program megkülönbözteti a közbülső és a végső célcsoportot, akkor mindkét populációt figyelembe kell venni ennél a komponensnél.
3.1.2 A választott célcsoport elérhető.	

Alapvető standardok irányított prevenciók esetén:	
3.1.3 Bekerülési és kizárási kritériumok egyértelmű meghatározása.	
	<i>Megjegyzés:</i> az irányított prevenció magában foglalja a célzott és javallott prevenciót. <i>Példák kritériumokra:</i> szocio-demográfiai (pl. életkor, nem, etnikai hovatartozás, családi állapot, vallás), szocio-ökonómiai (pl. iskolázottság, foglalkozás), pszicho-biológiai kritériumok (pl. fejlettségi szint – pl. csecsemőkor, gyermekkor, serdülőkor), szintér (pl. intézményi, mint például az iskola vagy munkahely; földrajzi, mint például város, régió, adott helyek vagy szociális szinterek).
3.1.4 A bekerülési és kizárási kritériumok:	
– lehetővé teszik a populációk közötti egyértelmű különbségtételt;	
– megfelelően meghatározzák a célcsoportot;	
– kellőképpen indokoltak.	<i>Példa indoklásra:</i> a szükségletfelméréssel összhangban állnak.

További szakértői standardok:	
3.1.5 A programba való bekerülés és kizárási kritériumainak egyértelmű meghatározása.	Alapvető standard, ha a program eltérő populációkat céloz meg. <i>Megjegyzés:</i> figyelembe kell venni, hogy a program különböző célcsoportokat céloz-e meg.
3.1.6 A célcsoport nagysága a szükségletfelmérés alapján kerül meghatározásra vagy megbecslésre.	<i>Példa:</i> veszélyeztetett fiatalok száma.
3.1.7 A program közvetett haszonélvezőinek meghatározása.	<i>Példa a közvetett haszonélvezőkre:</i> fiatal droghasználók családjai, helyi közösség tagjai, munkáltatók, helyi egészségügyi ellátók, a célcsoport azon tagjai, akik nem vesznek részt a programban, végső célcsoport.

3.2 Elméleti modell alkalmazása

Az elméleti modell egy olyan feltételezésrendszer, mely megmagyarázza és valószínűsíti, hogy egy adott drogrevenüciós célú beavatkozás hogyan és miért éri el a tervezett eredményeket az adott célcsoport esetében, valamint magyarázatot adhat a drogfogyasztás okaira. Ez lehetővé teszi annak bemutatását, hogy „mi működik” és „miért”. Nem szabad összekeverni a szükségletfelmérés eredményeinek összefoglalásával vagy a beavatkozás indoklásával (lásd 1 *Szükségletfelmérés*). Az elméleti modellek ábrázolása gyakran folyamatábrák segítségével vagy grafikusán („logikai modellek”) történik. Ezek azt is szemléltetik, hogy a program által várt eredmények hogyan érhetők el a célcsoportban az ún. közvetítő változók (pl. attitűdök, készségek, melyek a drogfogyasztásra hatást gyakorolhatnak) megváltoztatása által. Ebből következően az elméleti modellek tisztázzák, hogy mely közvetítő változót kell a beavatkozásnak megcéloznia (lásd 3.3 *Célok meghatározása*). Továbbá, segítenek a beavatkozás tevékenységeinek kiválasztásában, biztosítva a szükségletek, tevékenységek és eredmények megfelelő összekapcsolódását. Új program esetén ezért elengedhetetlen egy elméleti modell használata, bár ideális esetben minden beavatkozásnak szilárd elméleti alapon kellene nyugodnia.

Az elméleti modell kiválasztásánál a szükségletfelmérés során kapott információkat és a megfogalmazott célokat kell szem előtt tartani. Az elméleti modellek rendszerint drogfogyasztással, egészségfejlesztéssel vagy emberi viselkedéssel és általában fejlődéssel (pl. pszichológia, szociológia) összefüggő kutatási eredményekre, elméletekre támaszkodnak. A drogrevenüció területén meglévő ismereteket is figyelembe vevő, bizonyítékokon alapuló megközelítés alkalmazásának alapvető jellemzője az elméleti modell használata. Ilyen elméletek például a kognitív diszonzancia elmélete, a szociális tanulás elmélete vagy a normatív modellek. Azonban a Standardok használata nem zárja ki, hogy a szakemberek maguk is új elméleteket alkossanak meg a szakirodalom áttekintésével megalapozva azokat. Új elmélet alkalmazása esetén, annak kellően kidolgozottnak kell lennie, hogy mások számára is egyértelmű legyen. Elméletekkel kapcsolatos további információk többek között egészségfejlesztéssel és drogrevenücióval foglalkozó kiadványokban található.

A választott elméletnek meg kell felelnie a program sajátosságai által támasztott követelményeknek (pl. célcsoport, droghasználati mintázatok). A gyakorlati szakembereknek fenntartásaik lehetnek az elméleti modellek alkalmazásával kapcsolatosan, például hogy túl általánosak, elvontak, vagy leegyszerűsítik a problémát, ezért valójában nincs hozzáadott értékük a szükségletfelmérés során szerzett specifikus, értékes információkhoz képest. Vagy éppen ellenkezőleg, az is előfordulhat, hogy az elméleti modelleket túlzottan specifikusnak találják, és azt feltételezik, hogy nem alkalmazhatóak az adott program sajátos körülményei között. Mindezek hangsúlyozzák annak fontosságát, hogy olyan elméletet kell kiválasztani, mely a legjobban illeszkedik a beavatkozás kontextusához (pl. amely legjobban illeszkedik az azonosított szükségletekhez és célokhoz). A megfelelő elmélet megkönnyíti a valóság megértését, valamint a drogfogyasztás összetettségeinek megragadását.

A gyakorlati szakemberekben felmerülhet, hogy az elméleti modellekre való hivatkozás szükségtelen, esetleg túlzottan bonyolult a mindennapi drogrevenüciós munkában. A tevékenységek megtervezéséhez elengedőnek tűnhet számukra a szükségletfelmérés, a célok megfogalmazása és/vagy a korábbi programok során szerzett tapasztalatok felhasználása. Azonban ezek az ellenérzések megszűnnek, ha megpróbáljuk az elméleti

modelleket eszközként értelmezni, melyek segítségével a szükségletfelmérés során szerzett információk kapcsolatba hozhatók a program tevékenységeivel és eredményeivel.

A standardfejlesztést elősegítő konzultációk során elhangzott példa olyan esetre is, amikor gyakorlati szakemberek munkájuk során elméleti modelleket alkalmaztak anélkül, hogy annak tudatában lettek volna. Elképzelhető, hogy bár nehézségeik vannak az elméleti modellek felismerésével vagy leírásával kapcsolatban, a mindennapi gyakorlatban mégis alkalmazzák őket. Ez is jelzi a drogprevenció háttérben nyugvó elméleti modellek hangsúlyozásának szükségességét a drogprevenciós szakemberek oktatása és továbbképzése során. A szolgáltatók felelőssége, hogy segítsék a munkatársakat a standardok elérésében, például belső továbbképzések szervezésével (lásd C: *Munkaerő-fejlesztés*). Felmerülhet annak az igénye is, hogy a modellek megalkotói bemutassák, hogyan alkalmazhatók az elméleti modellek különböző körülmények között, és hogyan használhatók a mindennapi gyakorlatban.

Alapvető standardok elméleti modell alkalmazásánál, valamint új beavatkozás kidolgozása esetén:	
3.2.1 A program elméleti modellen alapul.	
3.2.2 Az elméleti modell:	
– tudományos bizonyítékokon alapul;	Empirikus tanulmányokon alapul.
– a releváns szakirodalom áttekintésén alapul;	
– elfogadott (vagy várhatóan elfogadottá válik) a tudományos és/vagy prevenció szakmai közösségben;	
– elősegíti a droghasználattal kapcsolatos sajátos szükségletek és azok okainak megértését;	Vagyis összhangban van a szükségletfelmérés eredményeivel.
– segít megérteni, hogyan érhető el a viselkedés megváltoztatása.	
3.2.3 Az elméleti modell részletesen kifejtett és igazolt.	<i>Lehetséges bizonyítékok:</i> mint a "változás elmélete" kerül bemutatásra a változás eléréséhez szükséges ok-okozati mechanizmusok szemléltetésével; grafikusán ábrázolt elméleti logikai modellként.

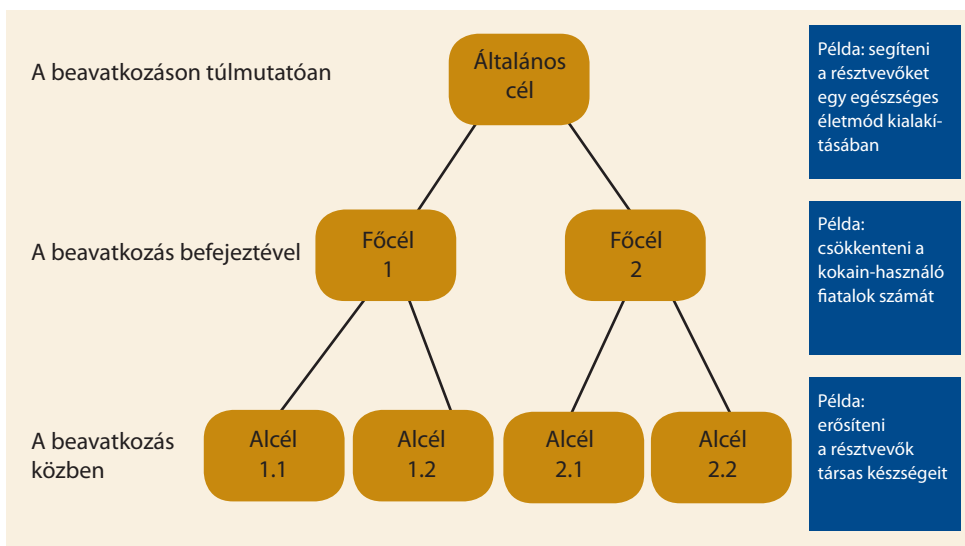
További szakértői standardok:	
3.2.4 A kezdeti elméleti modell kiigazítása (amennyiben szükségessé válik), mely vonatkozhat:	
– a célcsoportra;	
– a választott beavatkozásra;	
– a választott szintérré.	
3.2.5 Az elméleti modellen végzett kiigazítások indokoltak és dokumentáltak.	Alapvető standard, amennyiben kiigazítások történnek.

3.3 Célok meghatározása

A különböző szintű célok meghatározásával a szolgáltatók megválaszolják a drogprevenció legfontosabb kérdését, vagyis, hogy milyen haszonnal jár a résztvevők számára a programban való részvétel. Világos célok nélkül azzal a kockázattal kell szembenézni, hogy a drogprevenciós program – ahelyett, hogy a célcsoport érdekeit tartaná szem előtt – öncélúvá válik. A fő- és alcélok meghatározása szintén nélkülözhetetlen a program működésének monitorozásához, továbbá a folyamat- és eredményértékelés kivitelezéséhez a program megvalósítását követően (lásd 4.4 *Végső értékelés tervezése*).

A Standardok háromszintű célrendszert alkalmaznak: az általános célok, a fő- és az alcélok rendszerét. Az általános célok a program hosszú távú irányát határozzák meg, a program mögött álló általános elképzelést vagy szándékot. Nem kell közvetlenül mérhetőnek vagy elérhetőnek lenniük a program keretein belül. Például, az általános célok akár évekkel a beavatkozás lezárulása után is megvalósulhatnak, vagy az is elfogadható, ha egy beavatkozás csak részben járul hozzá a megfogalmazott általános célok eléréséhez. A megvalósíthatóság és a későbbi értékelés szempontjából a fő- és alcélok pontos, világos megfogalmazása azonban már kulcsfontosságú. A főcélok már a program konkrét eredményeire vonatkozó világos megállapítások, melyek a résztvevőkre vonatkoznak és a program megvalósulásával érhetőek el. A főcélok az általános célok alapján meghatározott specifikusabb és elérhetőbb célok. Például, a különböző főcélok reflektálhatnak az általános cél egyes elemeire. Minden főcél később konkrét alcélokká bomlik, így minden alcél valamelyik főcélhoz közvetlenül kapcsolódik. Az alcélok a közvetlen vagy időközbeni változásokat írják le, melyek a főcélok eléréséhez szükségesek. A fentiekből következően az általános célok, a főcélok és az alcélok logikailag egymásra épülnek. A 4. ábra egy példa segítségével mutatja be, hogy egy általános célból kiindulva hogyan határozhatók meg a fő- és alcélok.

4. ábra: Kapcsolat az általános-, fő- és alcélok között



Két eltérő típusú alcél létezik (lásd 5. ábra, 125. oldal). A specifikus alcélok (specific objectives) a főcélokhoz hasonlóan szintén a résztvevőkre vonatkozó eredményeket írják le (az „alcélok” kifejezés általában a specifikus alcélokot jelöli), míg az operacionalizált alcélok (operational objectives) arra vonatkoznak, hogy a szolgáltatónak mit kell tennie annak érdekében, hogy ezeket az eredményeket elérje. Az utóbbiak tehát a program outputjait és az azokhoz szükséges tevékenységeket részletezik (pl. a beavatkozás tartalma és megvalósítása, szükséges előkészületek, mint például a résztvevők kiválasztása). Az operacionalizált alcélokot a monitorozás és folyamatértékelés érdekében folyamatértékelési indikátorokká alakítjuk, és értékelési kritériumokat rendelünk hozzájuk (lásd 4.4 *Végső értékelés tervezése*). Az operatív indikátorok részletes leírása elősegíti a feladatok megfogalmazását a projektterv készítése során (lásd 5.1 *A program tervezése (a projektterv)*).

A szolgáltatók és a megbízók néha túl nagy hangsúlyt fektetnek a *tevékenységekre*, melyeket szeretnének megvalósítani, ugyanakkor figyelmen kívül hagyják azt a kérdést, hogy pontosan mit is szeretnének *elérni a célcsoporttal*. A drogprevenciós programokat meghatározott szükségletek kell, hogy irányítsák, nem pedig eredménymutatók (pl. a szolgáltatást használó kliensek száma). Az általános célokat a szükségletfelmérés eredményei alapján kell meghatározni. Közvetlenül a populáció szükségleteire kell irányulniuk, emellett persze drogpolitikai vonatkozásuk is lehet (lásd 1 *Szükségletfelmérés*). A főcélokat az általános célokból kell levezetni, az alcélokat pedig az elméleti modell tükrében kell kiválasztani (lásd 3.2 *Elméleti modell alkalmazása*). A jól kiválasztott elmélet (amely jól illeszkedik a beavatkozás kontextusához, és amelyet a szükségletfelmérés eredményei határoznak meg) megmutatja, hogy a kívánt eredmények hogyan érhetők el azáltal, hogy bizonyos közvetítő változóknak (pl. résztvevők tudása, készségei, attitűdjei) változást idézünk elő. Következésképpen, az alcéloknak ezeket a közvetítő változókat kell megcélolniuk, melyek hatással lehetnek a várható eredményekre (pl. korábbi kutatások alapján).

A céloknak nem kell közvetlenül a drogfogyasztás kérdésköréhez kapcsolódniuk. Például a fő- és alcélok nem feltétlenül kapcsolódnak a drogfogyasztáshoz egy olyan program esetében, amely olyan drogfogyasztást kíván megelőzni, ami csak évekkel később jelentkezhethet (pl. kisgyermekek körében végzett drogprevenciós tevékenység). Az általános célok vonatkozhatnak tágabb egészségügyi vagy szociális kérdésekre (pl. társadalmi befogadást elősegítő programok). Ilyen esetben a drogprevenció csak egy szelete a programnak, mely egy drogfogyasztással összefüggő főcélként kerülhet nevesítésre az egyéb általános főcélok mellett. Szintén a konkrét drogprevenciós program kereteitől és időtartamától függ, hogy milyen szintű célként fogalmazzunk meg egy elvárást. Például a viselkedésváltozás elérése lehet általános cél egy rövid távú program esetén; ugyanakkor egy hosszú távú programon belül működhet akár alcélként is.

Lehetőség szerint a szolgáltatóknak törekedniük kell arra, hogy a célokat elfogadtassák a résztvevőkkel vagy a célcsoport tagjaival. Ebben az esetben is biztosítani kell, hogy a célok relevánsak legyenek a program szempontjából (vagyis járuljanak hozzá a drogprevencióhoz), és még csak véletlenül se okozzanak hátrányokat a résztvevők számára (lásd D: *Etikus drogprevenció*).

Alapvető standardok:	
3.3.1 Annak megfogalmazása, hogy pontosan „mit is előz meg” a program.	<i>Megjegyzés:</i> amennyiben a program a droghasználatot célozza meg, akkor pontosítani kell, milyen drogokról is van szó. Például: csak illegális drogokra vonatkozik, vagy az alkohol- és dohánytermékekre, a vényre kapható gyógyszerekre és az egyéb legálisan beszerezhető új pszichoaktív szerekre is? Ha a program bizonyos viselkedésformákat céloz meg, akkor azokat definiálni kell (pl. kockázatvállaló magatartások).
3.3.2 A program általános-, fő- és alcéljainak meghatározása.	Vagyis egyértelmű, hogy milyen speciális szükségletek kielégítésére irányul a program.
3.3.3 Az általános célok, főcélok és alcélok egymástól függenek és logikailag egymásra épülnek.	Vagyis a program általános céljai specifikus főcélokra bomlanak, majd minden főcél további alcélokká bomlik, melyek szükségesek a főcélok eléréséhez.
3.3.4 Az általános célok, főcélok és alcélok:	<i>Lehetséges bizonyítékok:</i> a programleírásban a célok a standardokkal összhangban megfogalmazottak.
– a szükségletfelmérésen alapulnak;	Vagyis relevánsak a célcsoport és a helyi igények szempontjából. <i>Megjegyzés:</i> különböző célcsoportokhoz különböző általános, fő- és alcélok tartozhatnak.
– a célcsoport tagjai számára „hasznosak”;	Vagyis az egyén életminőségét javítják, nem csupán a közösség morális elvárásaira reflektálnak.
– világosak, érthetőek és könnyen azonosíthatóak;	<i>Megjegyzés:</i> például a programleírásban vagy pályázatokban.
– a résztvevőkre vonatkozóan elvárt változások (eredmények) fényében kerülnek megfogalmazásra;	Vagyis bemutatják, hogyan fognak a résztvevők változni a beavatkozás folyamán, ill. azt követően; az általános célok, főcélok, alcélok és specifikus alcélok a résztvevőkre vonatkozó változásokat írják le, nem a projekt tevékenységeit (outputjait).
– összhangban állnak a vonatkozó szakmai és etikai alapelvekkel.	Lásd szintén: <i>D: Etikus drogprevenció.</i>
3.3.5 A fő- és alcélok:	
– specifikusak;	Vagyis meghatározott tevékenységekhez köthetőek.
– reálisak.	Vagyis a meglévő erőforrásokkal megvalósíthatóak a választott célcsoport körében. <i>Megfontolás:</i> viselkedésváltozás nem valószínű, hogy elérhető rövid távú beavatkozás keretében.

3.3.6 A specifikus és operacionalizált alcélok elkülönülnek.	Vagyis a specifikus alcélok az eredményekre vonatkoznak, míg az operacionalizált alcélok az eredmények elérésének módját határozzák meg (tevékenységek, outputok).
--	--

További alapvető standardok, amennyiben értékelés is szerepel a programtervben:	
3.3.7 A fő- és alcélok:	
– időben meghatározottak;	Vagyis a változások bekövetkezésének várható ideje meg van határozva. <i>Példa ennek alkalmazására:</i> meghatározott a viselkedésváltozáshoz szükséges időintervallum, melynek vége a program lezárulását követő időszakra is eshet.
– mérhetőek.	

További szakértői standardok:	
3.3.8 Az általános célok, főcélok és alcélok:	
– összhangban vannak az elméleti modellel;	Alapvető standard elméleti modell alkalmazása esetén. <i>Megjegyzés:</i> az elméleti modell mutatja be, hogy mely közvetítő változókat szükséges megcélózni.
– összhangban vannak a programot megvalósító szervezet stratégiai céljaival;	
– a célcsoport által elfogadottak;	
– társadalmi szempontból kívánatosak;	Vagyis az a közösség/társadalom, amelyben a program majd végrehajtásra kerül, pozitívnak értékeli a kitűzött célokat. <i>Példa:</i> megfontolás tárgyát képezi, hogy vajon az ártalomcsökkentés elfogadott gyakorlat-e az adott társadalomban.
– fenntartható változásokat részesítenek előnyben.	Vagyis a rövid távú nyereségekkel szemben a résztvevők életének hosszú távú változását részesítik előnyben.
3.3.9 Részletesen meghatározzák a megcélzott közvetítő változókat.	<i>Példák közvetítő változókra:</i> tudás, attitűdök, normatív hiedelmek.
3.3.10 A program több közvetítő változót céloz meg.	

3.4 A színtér meghatározása

A színtér az a szociális és/vagy fizikai környezet, amelyben az intervenció megvalósul, mint például család, iskola, munkahely, szórakozóhely, közösség vagy társadalom. A színtér pontos definíciója azért lényeges, hogy mások számára is egyértelmű legyen, hol és hogyan valósult meg a beavatkozás, illetve, hogy maga a színtér hogyan járulhatott hozzá az elért eredményekhez. Amennyiben egy másik szolgáltató egy másik színtéren szeretné a beavatkozást megismételni, szüksége lesz az eredeti színtér leírására, hogy az információk alapján a beavatkozást az új színtérhez tudja igazítani.

A programtól függően a színtér leírása lehet általános (pl. iskola), vagy specifikus (pl. egy konkrét iskola megnevezésével). Ugyancsak a célcsoport szükségleteitől függően, a leírás korlátozódhat egy (típusú) színtérre, de vonatkozhat akár számos helyszínre, ahol a drogprevenációs tevékenységek zajlani fognak. A megvalósítás során elképzelhető, hogy szükség lesz a színtér meghatározásának felülvizsgálatára; például, hogy a program reagáljon a célcsoport szokásaiban bekövetkezett változásokra.

Ahogy a fentiekben elhangzott már, a színtér kiválasztása a szükségletfelmérés eredményein kell, hogy alapuljon (lásd *1 Szükségletfelmérés*). Olyan színteret javasolt választani, mely a célcsoport szempontjából releváns, például ahol a célcsoport tagjai sok időt töltenek, és/vagy olyan helyet, ami különös jelentőséggel bír számukra. Egy ilyen helyszín megválasztása (pl. iskola, közösségi ház) növeli annak az esélyét, hogy elérjék és a programban tartsák a célcsoport nagy részét, szemben olyan színterekkel, amelyek nem részei a célcsoport mindennapi életének (pl. a szolgáltató saját épülete). Ugyanakkor a program céljai és a beavatkozás típusa és tartalma igényelhet olyan megvalósítási helyszínt, mely szintén nem része a célcsoport mindennapi életterének. Például, amennyiben egy program a „diszkódrogokra” fókuszál, annak egy zenés-táncos szórakozóhely a legideálisabb helyszín, amit nem látogat a célcsoport minden tagja napi szinten.

A színtér kiválasztásánál gyakorlati szempontokat is szem előtt kell tartani. Sajátos vonatkozásai lehetnek annak, ha a beavatkozás egy fogadó szervezetnél valósul meg: pl. iskola, szórakozóhely, kórház, börtön, stb. Ha nem a fogadó szervezet „rendelte meg” a beavatkozást, akkor a célcsoporttal történő kapcsolatfelvétel sikere attól függ, hogy a fogadó szervezet együtt kíván-e működni a szolgáltatóval vagy sem. Előfordulhat például, hogy a célcsoport sok időt tölt a közösségi házban, amely nem engedélyez külső látogatókat. Így, bár elméletben a megfelelő színtér került kiválasztásra, a gyakorlatban a beavatkozás ezen a helyszínen kivitelezhetetlen. Az is előfordulhat, hogy a fogadó szervezet beleegyezik az együttműködésbe, azonban később eláll attól, mely következtében megszűnik a program hozzáférése a célcsoporthoz. Ez is jelzi annak szükségességét, hogy a szolgáltatók szoros szakmai kapcsolatot alakítsanak ki a releváns érdekhordozói csoportokkal (lásd *B: Kommunikáció és az érdekhordozók bevonása*).

Amennyiben a szolgáltató a saját épületén kívüli helyszínt választ, azzal korlátozhatja a beavatkozás megvalósításának lehetőségeit. Például a munkakörökkel, a programterv bizonyos aspektusaival kapcsolatban (lásd *4 A beavatkozás megtervezése*), a megvalósítás precizítására vonatkozóan (lásd *6 Megvalósítás és monitorozás*), vagy az etikai elvek

(például a titoktartás) betartásával kapcsolatban (lásd *D: Etikus drogrevenció*). A fogadó szervezet kérheti a szolgáltatót a rend vagy bizonyos szabályok betartására. Az is előfordulhat, hogy maga a fizikai környezet alkalmatlan a beavatkozás teljes körű megvalósítására – például nem engedélyezik vagy fizikailag nincs lehetőség a tanterem átrendezésére.

Ezek a megfontolások azonban nem szabad, hogy eltántorítsák a szolgáltatókat attól, hogy külső (nem saját) helyszínt válasszanak a programnak, amennyiben az tűnik a legalkalmasabbnak a célcsoport és a beavatkozás számára. Azonban a fogadó szervezetnél történő programmegvalósítás által támasztott esetleges kihívásokat előre szükséges megfontolni, a negatív hatások kiküszöbölése érdekében.

Alapvető standardok:	
3.4.1 A tevékenység szintere(i)nek meghatározása.	<i>Példák szinterekre:</i> iskolák, kortárs csoportok, munkahelyek, család/otthon, szociális szolgáltatók, rekreációs szinterek, börtönök, társadalom.
3.4.2 A szintér:	
– a lehető legjobb "helyszín" a kívánt változás eléréséhez;	Vagyis releváns a célcsoport szempontjából.
– illeszkedik a program általános, fő- és alcéljaihoz;	
– illeszkedik a meglévő erőforrásokhoz.	<i>Példák a számba veendő erőforrásokra:</i> meglévő szakmai hálózatok, támogatás, szállítási lehetőségek.
3.4.3 A szintér kapcsán szükséges együttműködések azonosítása.	<i>Megjegyzés:</i> az elemzés mutathatja azt is, hogy nincs szükség együttműködésre a választott szintér kapcsán (pl. ha a beavatkozás a szolgáltató saját épületében valósul meg). <i>Példa szükséges együttműködésre:</i> egy iskolai program esetén elengedhetetlen az igazgatóval való együttműködés.

További szakértői standardok:	
3.4.4 A szintér:	
– illeszkedik az azonosított kockázati és védő tényezőkhez;	Alapvető standard, ha a kockázati és védő tényezők feltárása megtörtént.
– illeszkedik a célcsoport számára tervezett tevékenységekhez;	
– nyugodt környezetet biztosít a résztvevők számára.	

3.5 A hatásosság bizonyítékai

A drogprevenációs munka tervezésekor fontos figyelembe venni és hasznosítani a tudhatóan működő programok tapasztalatait. A drogprevenáció „bizonyítékon alapul”, amennyiben a releváns szakirodalom (pl. tudományos szakfolyóiratok) szisztematikus elemzéséből indul ki, hasznosítja a szakirodalomban fellelhető bizonyítékokat, és biztosítja, hogy a tevékenységek a bizonyítékokkal összhangban legyenek. A bizonyítékokon alapuló szemlélet alkalmazása megóvja a szolgáltatókat korábban már hatástalannak vagy negatív (iatrogén) hatásúnak bizonyuló tevékenységek folytatásától és csökkenti a feleslegesen tett erőfeszítéseket. (Nincs szükség „a kerék újbóli feltalálására”). Az alábbi standardok a hatékony drogprevenációs munka tudományos bizonyítékainak áttekintésére, illetve a bizonyítékok programokban történő felhasználására vonatkozó követelményeket írják le.

A hatásosságra vonatkozó bizonyítékok általában tudományos kísérletekből, eredményértékelésekből, gyakorlati tapasztalatokból stb. származnak. A bizonyítékok különböző szintűek lehetnek attól függően, hogy milyen forrásból származnak. A bizonyítékok tudományos értékelése általában az ún. randomizált kontroll vizsgálatokból származó bizonyítékokat tekinti a legmagasabb szintűnek, míg a szakértői véleményeket (melyek szubjektív észrevételeken, nem strukturált megfigyeléseken stb. alapulnak) a legalacsonyabb szintűnek (OCEBM 2009; Evans 2003). A hatásosságra vonatkozó bizonyítékok áttekintése során az elérhető legmagasabb szintű evidenciát képviselő tanulmányokat kell előnyben részesíteni.

A gyakorlati szakemberekben felmerülhet, hogy nincs elegendő erőforrásuk a szakirodalom áttekintésére a prevenció munkája tervezése és megvalósítása során. Számos szervezet, mint például az EMCDDA⁴ foglalkozik azzal, hogy hozzáférhetővé tegye a rendelkezésre álló bizonyítékokat áttekintő, tájékoztató dokumentumokat. A *További iránymutatások* fejezetben található olyan adatbázisok és egyéb internetes szolgáltatások, melyek segítségével hozzáférhető friss, a drogprevenáció területéről származó bizonyítékok. A szakembereknek tehát nem maguknak kell átvizsgálni és előállítani ezeket. A programvezetők, megbízók és támogatók elősegíthetik a standardok teljesülését a szükséges többletidő (pl. a szakirodalom áttekintésére) vagy esetenként többletforrás (pl. a témában szervezett továbbképzéseken és konferenciákon való részvétel támogatása) biztosításával. (lásd C. *Munkaerő-fejlesztés*).

A bizonyíték ritkán „teljesen egyértelmű”, és ellentmondásos is lehet, hiszen gyakran egy adott célcsoportra, földrajzi helyre vagy környezetre (pl. szociális, politikai, jogszabályi) vonatkozik. Ezért, bár fontos, hogy tudományos kutatásokból származó bizonyítékok alapozzák meg a gyakorlati munkát, ezek mégsem helyettesíthetik a szakemberek gyakorlati tapasztalatait. A gyakorlati szakembereket a gyakorlat teszi „szakértővé”, ahogy ez megfogalmazódott a standardok előzetes konzultációi során is. A bizonyítékokon alapuló drogprevenáció megvalósítása során a valódi kihívás az, hogy képesek legyünk a tudományos bizonyítékokat a speciális helyi körülményekhez illeszkedően felhasználni. Ezért lényeges, hogy a szakemberek saját szakmai tudásukat (pl. helyi körülmények, célcsoport preferenciái, erőforrások elérhetősége, korábbi programok tapasztalatai) integrálják a szakirodalmi áttekintés eredményeivel, a célcsoport számára a lehető legmegfelelőbb tevékenységek kiválasztása érdekében.

⁴ Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction)

Ha a hatásosságra vonatkozóan tudományos bizonyítékok nem állnak rendelkezésre, akkor helyettük szakmai és érdekhordozói tapasztalatok is használhatók a korábbi és a tervezett intervenciók hatásosságának megítéléséhez. Azonban az ilyen típusú információk tudományos kutatásokból származó bizonyítékokhoz viszonyított korlátaival tisztában kell lenni. A szakértői vélemény nem tekinthető tudományosan érvényesnek (bár természeténél fogva értékes lehet bizonyos keretek között). Fontos például elkerülni a kevés számú esetből történő általánosítást, vagy azt, hogy a személyes véleményeknek és tapasztalatoknak széleskörű érvényességet tulajdonítsunk. Szükséges azonosítani az olyan körülményeket is, amelyek a korábban megfigyelt eredmények torzulásához és/vagy alternatív magyarázatához vezettek. Továbbá, amennyiben tudományos bizonyíték nem elérhető, ajánlott a program részeként eredményértékelést végezni, mert így hozzájárulhatunk a rendelkezésre álló bizonyítéktár fejlesztéséhez (lásd 4.4 Végző értékelés tervezése).

Megjegyzés: a hatásosságra vonatkozó bizonyítékok nem tévesztendőek össze sem a szükségletfelmérés összefoglalójával, sem a beavatkozás indoklásával (lásd 1 Szükségletfelmérés), sem a folyamatértékelés eredményeivel.

Alapvető standardok:	
3.5.1 A témával kapcsolatos cikkek és/vagy alapvető publikációk szakirodalmi áttekintése.	<i>Megfontolások:</i> azonos vagy hasonló célcsoport számára; ugyanolyan vagy hasonló szintéren nyújtott, azonos vagy hasonló szükségletek kielégítését célzó beavatkozások hatásossága és eredményei. <i>Példa bizonyítékokra:</i> releváns publikációkra való hivatkozás.
3.5.2 Az áttekintett információ:	
– tudományos megalapozottságú;	Vagyis érvényes módszertant használ, és igazolható konklúziókat von le.
– naprakész;	Vagyis nem veszítette érvényét frissebb publikációk következtében és/vagy még mindig releváns a jelenlegi gyakorlat számára.
– releváns a program szempontjából;	Vagyis biztosítja a szükséges tudományos bizonyítékokat a beavatkozás megtervezéséhez. <i>Megfontolások:</i> relevancia az azonosított szükségletek, a célcsoport, az elméleti modell stb. szempontjából.
– elfogadott a tudományos és/vagy prevenciók közösségein belül.	<i>Megjegyzés:</i> előfordulhat, hogy egy áttekintés magas színvonalú, de ajánlásai nem felelnek meg a prevenciók munkái etikai elvárásainak. <i>Példa:</i> az erősen büntető elvű, büntető igazságszolgáltatásra épülő stratégiák kevésbé elfogadottak lehetnek a prevenciók szakmai közösségein belül.
3.5.3 Az áttekintés nem elfogult.	Vagyis több forrás is áttekintésre kerül, beleértve olyan bizonyítékokat is, amelyek egyes megközelítések hatásosságát nem támasztják alá.
3.5.4 A főbb tanulságok felhasználása a beavatkozás megtervezésekor.	

3.6 Ütemezés

Központi kérdés a program ütemezésének meghatározása. Az ütemterv lehetővé teszi a munkatársak számára határidők kitűzését és a munka összehangolását más kollégákkal, valamint az egyéb teendőkkal. Az ütemterv megszabja azt is, hogy milyen forrásokra lesz szükség (pl. a személyi jellegű kiadások finanszírozása hogyan biztosítható a program teljes időtartama alatt) (lásd 5 *Projektmenedzsment és erőforrás-mobilizáció*). Ha tervezett végső értékelés, a program meghatározott ütemterve alapján időzíthető a folyamat- és/vagy eredménymutatók gyűjtése (lásd 4.4 *Végső értékelés tervezése*). Az eredeti ütemterv megléte kiemelt fontosságú a program előrehaladásának monitorozása szempontjából (pl. késésben van-e a megvalósítás, szükség van-e változtatásra az eredeti tervekhez képest?), és a folyamatértékelés során is (lásd 6.3 *A megvalósítás monitorozása*, 7.2 *Folyamatértékelés*). Végezetül, az ütemterv megléte azt mutatja, hogy a program alaposan átgondolásra került; ezért is lényeges az ütemezés bemutatása például pályázatokban.

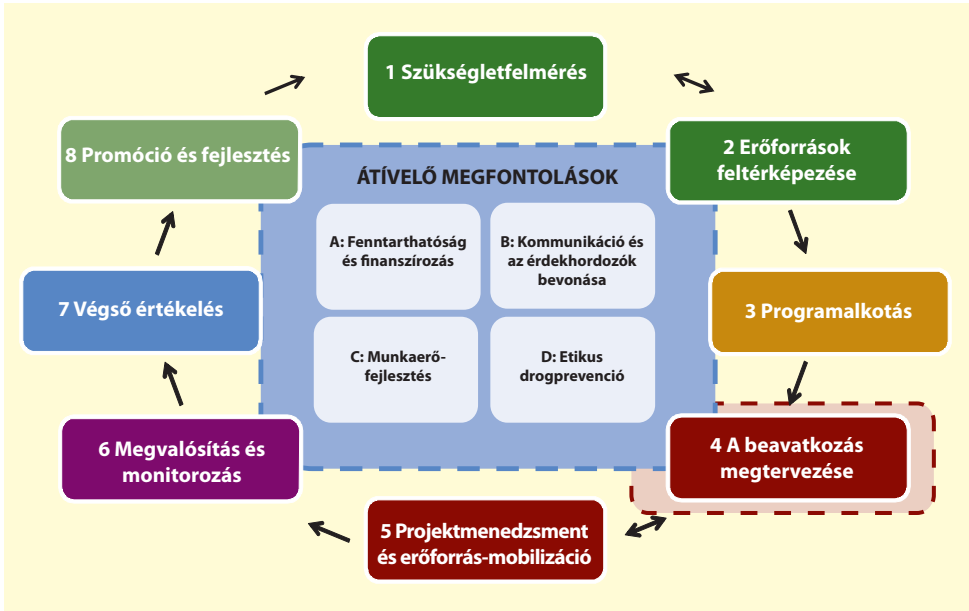
Az ütemezésnek reálisnak kell lennie, és ahol lehetséges, ott egyeztetni kell azokkal a munkatársakkal, akik nagy valószínűséggel részt vesznek majd a programban (lásd 5.3 *A team felállítása*). Tervezéskor érdemes végiggondolni, hogy mi az a legrövidebb időintervallum, amely alatt a program megvalósítható (amennyiben minden a tervek szerint halad), valamint azt is, hogy mi a leghosszabb (ha problémák vannak a résztvevők toborzásával, ha a támogatás késve érkezik meg stb.). Az 5.1 *A program tervezése (a projektterv)* komponens tartaléktervek (kontingencia tervek) készítését javasolja, melyek segítik a szolgáltatót az előre nem látható problémák hatékony kezelésében. Hasonló rugalmasság szükséges az ütemezés vonatkozásában is. Elegendő időt kell szánni a tevékenységek megvalósítására, és ha szükséges, az ütemtervet a megvalósítás során frissíteni kell a programmegvalósítás aktuális állapotának megfelelően. Projektmenedzsmenttel foglalkozó kiadványok részletes útmutatást nyújtanak a szükséges időtartamok becsléséhez és a tevékenységek ehhez igazodó tervezéséhez.

Lehetséges azzal érvelni, hogy az előre meghatározott ütemterv leginkább a hosszú távú, strukturált programok esetében releváns, és kevésbé fontos a folyamatos, kliens- és szükségletvezérelt programok esetén. Mégis célszerű ez utóbbi szolgáltatások esetén is valamilyen ütemezési tervet felállítani, még ha csak hozzávetőlegesen is.

Alapvető standardok:	
3.6.1 A programhoz ütemterv készül.	
3.6.2 A program ütemterve:	
– világos és érthető;	
– koherens;	
– reális;	
– bemutatja a tervezett események és tevékenységek sorrendjét;	
– különbséget tesz az intervenció tevékenységek, a monitorozáshoz és értékeléshez kapcsolódó tevékenységek, valamint az adminisztratív feladatok között;	
– feltünteti a program előrehaladásának mérföldköveit;	<i>Példák mérföldkövekre:</i> a különböző projekt-szakaszok befejezése; előírt monitorozási jelentések és adatszolgáltatás.
– kijelöli a betartandó határidőket.	
3.6.3 A tevékenységek időzítése, tartama és gyakorisága megfelelő a programcélok eléréséhez.	<i>Példák:</i> az időbeosztás megfelelő a célpopuláció számára; az intervenció intenzitása (pl. a foglalkozások száma) lehetővé teszi a kívánt mértékű változás elérését.

További szakértői standardok:	
3.6.4 Az ütemterv:	
– részletes;	
– vizuális formában megjelenített.	<i>Példák vizuális megjelenítésre:</i> mátrix, grafikon, oszlopdiagram.
3.6.5 Az ütemterv része egy tesztelési szakasz.	Alapvető standard, ha szükséges előzetes próba beavatkozás.
3.6.6 Az ütemterv magában foglal egy adaptációs szakaszt.	Alapvető standard már működő intervenció választása esetén.

4 A beavatkozás megtervezése



Az intervenciók tartalmát rendszerint nem minőségügyi standardok segítségével, hanem irányelvek mentén írják le, mivel a beavatkozás cél- és szükséglet-specifikus stb. Ugyanakkor, mégis van néhány általánosítható formai szempont. Az ebben a fejezetben ismertetett standardok új intervenció kidolgozásában, valamint már létező beavatkozás kiválasztásában és adaptálásában is segítenek. A standardok emellett ösztönzik az értékeléshez szükséges feladatok végiggondolását már a beavatkozás tervezésének részeként.

4.1 A minőség és hatásosság szempontjainak érvényesítése: A beavatkozás sarokköveinek lefektetését követően kerül sor annak részletes kidolgozására. A kitűzött célok elérése érdekében fontos, hogy bizonyíthaton alapuljon, a résztvevők számára nagy valószínűséggel vonzó, érdekes és értelmes tevékenységeket tervezzünk. Ahol lehetséges, a beavatkozás a résztvevőkkel elérendő fejlődést logikusan követő tevékenységekből épüljön egymásra.

4.2 Már létező beavatkozás adaptálása: Egy új beavatkozás kidolgozása előtt meg kell vizsgálni, hogy létezik-e olyan, már ténylegesen működő vagy elméletileg kidolgozott (pl. kézikönyvben dokumentált) intervenció, amely átvehető lenne. Egy már létező intervenció kiválasztásakor számtalan tényezőt kell figyelembe venni ahhoz, hogy az valóban megfeleljen a sajátos helyi körülményeknek (pl. valóban a célcsoport azonosított szükségleteire reagáljon). Ezt követően történhet meg a beavatkozás testre szabása a specifikus körülményeknek megfelelően.

4.3 A beavatkozás illesztése a célcsoporthoz: Függetlenül attól, hogy új intervenció fejlesztéséről vagy már létező intervenció adaptálásáról van szó, az intervenciót a célcsoport igényeihez kell igazítani, a szükségletfelmérés eredményeivel összhangban. Ha már létező beavatkozásról van szó, a szükségletekhez igazítás történhet az adaptációs folyamat részeként is. A beavatkozás tervezésének kellően rugalmasnak kell lennie, hogy a szakemberek a megvalósítás során anélkül alakíthassanak a beavatkozáson, hogy az eredeti tervektől eltérnének.

4.4 Végső értékelés tervezése: A monitorozás és a folyamat-, illetve eredményértékelés megtervezése szintén ebben a projektszakaszban történik. Egy „értékelő team” kiválasztja a megfelelő értékelési módszert, és a célokkal összhangban meghatározza a szükséges értékelési indikátorokat. Tisztázni kell, hogy milyen adatokat, milyen módszerrel kívánunk gyűjteni (pl. adatgyűjtés ütemezése, adatgyűjtési eszközök). Ha eredményértékelés tervezett, meg kell határozni az alkalmazott kutatás típusát is. Az értékelés már ebben a szakaszban történő átgondolása biztosítja azt, hogy a monitorozáshoz és a végső értékeléshez szükséges adatok megfelelő formában rendelkezésre álljanak majd, amikor szükség lesz rájuk.

Ez a projektszakasz a Projektmenedzsment és erőforrás-mobilizáció szakasszal egyidejűleg is megvalósítható.

4.1 A minőség és hatásosság szempontjainak érvényesítése

Az intervenció sarokköveinek felvázolását követően (lásd 3 *Programalkotás*) kerül sor a beavatkozás megtervezésére. A célok eléréséhez fontos, hogy a tervezett tevékenységek olyanok legyenek, amelyek a résztvevők számára érdekesek, értelmesek és amelyekbe könnyen bevonhatók. Ahol lehetséges, az intervenciót logikusan egymásra épülő tevékenységek sorozataként kell tervezni, mely követi a résztvevők fejlődését a beavatkozás folyamán. Az intervenció tervezésekor figyelembe veendő az etikus drogreprevenció alapelvei is (lásd *D: Etikus drogreprevenció*).

E komponens standardjai új intervenciók megtervezését segítik elő, de abban az esetben is figyelembe veendő, ha egy már létező intervenciót választunk és adaptálunk a helyi körülményekhez. A standardok alkalmazhatósága ugyanakkor az intervenció típusától függ. Néhány standard például nem alkalmazható olyan beavatkozások esetén, ahol a szolgáltatóknak nincs lehetőségük hosszú távú kapcsolat kiépítésére a résztvevőkkel (pl. kliens- és szükségletvezérelt szolgáltatások, rövid távú programok, rövid intervenciók, utcai megkereső munka).

A beavatkozás tervezését megelőzően érdemes különféle szakirodalmi forrásokat, például szisztematikus összefoglalókat áttekinteni (lásd 3.5 *A hatásosság bizonyítékai*), az intervenciók hatásosságára, korábbi programok (beleértve a próba beavatkozásokat is) eredmény- és folyamatértékelésére vonatkozóan, valamint modellprogramok adatbázisait is (pl. EDDRA 2. és 3. minőségi szint, NREPP adatbázis – lásd *További iránymutatók* fejezet). Ezek az információk segítenek megítélni, hogy mi az, ami jól működött a múltban és mi az ami kevésbé; megmutatják, hogyan valósultak meg az eredmények, és milyen tanulságokat lehet ezekből levonni a leendő intervenció számára. A bizonyíték alapú megközelítés megelőzi azt is, hogy a szolgáltatók olyan tevékenységeket szorgalmazzanak, melyek korábban már hatástalannak vagy iatrogén hatásúnak bizonyultak. Programfejlesztők és más szolgáltatók szintén megkereshetők, releváns programok megvalósításával kapcsolatos tapasztalatcseré céljából.

Érdemes megvizsgálni, hogy elérhető-e az adott céloknak megfelelő, már létező intervenció. Ha igen, az adaptálható egy teljesen új beavatkozás kidolgozása helyett. A 4.2 *Már létező beavatkozás adaptálása* komponens standardjai útmutatást adnak arra vonatkozóan, hogy milyen szempontok alapján választható ki a céloknak megfelelő beavatkozás. Amennyiben nem érhető el egyetlen megfelelő beavatkozás sem, a programfejlesztők és szolgáltatók, a bizonyítékok áttekintésének eredményei alapján, új intervenciót fejleszthetnek.

Alapvető standardok:	
4.1.1 Az intervenció tartalma bizonyítékon alapuló, bevált gyakorlati ajánlásokat követ.	
4.1.2 Az alkalmazott tudományos megközelítés felvázolása, és ahol lehetséges, részletes leírása.	<i>Bizonyítékok:</i> hivatkozások, melyek bizonyítják, hogy az intervenció bizonyítékon alapul.
4.1.3 A program épít a résztvevőkkel való pozitív kapcsolatra.	Vagyis a stáb és a résztvevők közötti kapcsolatot kölcsönösség, partnerség és kölcsönös tisztelet jellemzi.
4.1.4 A program értékesnek tartja a résztvevők tapasztalatait, és megértő (nehéz) helyzetükkel kapcsolatban.	
4.1.5 A program befogadó és tiszteletben tartja a sokféleséget.	<i>Megfontolások:</i> nemi, kulturális, műveltségbeli, szocioökonómiai különbségek, szellemi/fizikai fogyatékoságok.
4.1.6 Az intervenció befejezésének meghatározása.	
	<p><i>Megjegyzés:</i> Az intervenció sikeres befejezése azt jelenti általánosságban, hogy a tervezett célokat sikerült elérni a résztvevők körében. Azonban e célok elérése nem mindig sikerül, ezért fontos, hogy egyéb eszközökkel is egyértelműen meghatározható legyen a szolgáltató és a résztvevők számára is, hogy mikor tekinthető befejezettnek az intervenció. A sikert tehát a megvalósítás szintjén is definiálni kell (vagyis az intervenció a tervek szerint lezajlott-e). A célok néha csoportokhoz, nem pedig egyénekhez köthetők (pl. kokaint használó fiatalok számának csökkentése), ezért fontos a befejezés kritériumainak meghatározása az egyén szintjén is (pl. a résztvevők a részvételről tanúsítványt kapnak). Az intervenció befejezésének definíciója a beavatkozás típusának megfelelő kell, hogy legyen (pl. kliens- és szükségletvezérelt szolgáltatások más típusú definíciót igényelnek, mint a strukturált, hosszabb távú programok).</p> <p><i>Megfontolások:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – hány alkalmat lehet a beavatkozás elején kihagyni (pl. a résztvevők legkésőbb a harmadik alkalommal csatlakozhatnak); – hány alkalommal szükséges részt venni a beavatkozás befejezéséhez, mennyi hiányzás fogadható el; – a résztvevők pótolhatják-e a hiányzást, és ha igen, hogyan (pl. külön házi feladatok elvégzésével, a stábbal történő külön kapcsolatfelvétel során); – vannak-e a beavatkozásnak kötelező elemei (UNODC 2009a: 37. o.).

További szakértői standardok:	
4.1.7 A program az egészséget és a társas érintkezést átfogó szemléletben kezeli. Vagyis:	Vagyis figyelembe veszi a drogprobléma bio-pszicho-szociális természetét.
– az egyén életének különböző aspektusait célozza, és sokféle élettérben működik;	<i>Példák aspektusokra:</i> mentális egészség, szociális viselkedésformák. <i>Példák életterekre:</i> iskola, család, közösség.
– számos összetevőből áll, és többféle módszert használ;	<i>Példák összetevőkre:</i> információnyújtás, társas és érzelmi készségek fejlesztése, szervezeti változás (pl. jogszabályok), szolgáltatások nyújtása (pl. tanácsadás).
– a közösségbe integrált, ahol lehetséges.	

4.1.8 A program fejlődést tükröz. Így:	
– hosszú távú folyamatként felépített;	Vagyis követi a résztvevőket életük egy hosszabb periódusában. <i>Példák bizonyítékra:</i> a résztvevők növekvő képességeire és tudására épülő fejlődési utakat ír le.
– intenzitása fokozatosan nő;	Vagyis a jelentősebb változások eléréséhez időt biztosít.
– a résztvevők fejlődéséhez igazodva különböző beavatkozásokat, programverziókat kínál, és a program fejlődése a különböző szakaszok során következetes, folyamatos és logikus;	<i>Példa:</i> életkor függvényében változó beavatkozások.
– a beavatkozást követően a résztvevők számára további tanulási lehetőségeket ad meg;	
– meghatározott idő elteltével ismétlésre kerül.	Alapvető standard, amennyiben a hatásossághoz ismétlés szükséges a bizonyítékok alapján. <i>Példa:</i> „booster” (ismétlő) alkalmak az „életvezetési készségek fejlesztése” típusú képzésben.
4.1.9 A program segíti a résztvevőket saját erőforrásaik felfedezésében és kiaknázásában:	
– a résztvevők erősségeit illetően támogató és hangsúlyozza az egészségtelen választások alternatíváit;	
– támogatja a résztvevőket a saját egészségükről való gondoskodásban;	<i>Példa megfelelő célkitűzésre:</i> egészség tudatosság, egészségkultúra fejlesztése.
– egészséget támogató környezetben kerül végrehajtásra;	
	<i>Megjegyzés:</i> a „környezet” itt arra utal, hogy hogyan érzékelik a résztvevők és a stáb a szolgáltatót (pl. drogambulancia) (vagyis annak „kisugárzása”, atmoszférája). Ez többféle jellemző mentén írható le, mint például uralkodó normák, célok, értékek, személyek közötti kapcsolatok és szervezeti struktúrák (CCSA 2009). A szolgáltatónak törekednie kell például arra, hogy barátságos, nyitott, támogató és megnyerő legyen.
– ahol szükséges, erősíti és elismeri a hagyományos kulturális szokásokat.	
	<i>Cél:</i> a drogprevenációs célok támogatása, a résztvevők magabiztosságának növelése és a közösségi tevékenységekben való részvétel ösztönzése által (UNODC 2004). <i>Megjegyzés:</i> gyakran a hagyományos kulturális szokások bizonyos drogok használatát támogatják, míg másokét tiltják. Ez ellentétben állhat néhány résztvevő mindennapi szokásaival és/vagy az intervenció céljaival. Az intervenció nem népszerűsítheti a drogfogyasztást, de annak kulturális jelentőségére a beavatkozás kialakítása során tekintettel kell lenni.

4.1.10 A program épít a résztvevőkkel való pozitív kapcsolatra:	
– A stáb időt tölt a terepen a célcsoporttal;	<i>Megjegyzés:</i> A célcsoporttól függően kerüljön összeállításra a terepen dolgozó munkacsoport (pl. gyakorlati szakemberek, kortársoktatók).
– A célcsoportnak lehetősége nyílik megismerni a szolgáltatót és a stábtagokat;	<i>Példa szolgáltatóra:</i> drogambulancia.
– A célcsoport irányába tanúsított viselkedés következetes, kiszámítható;	
– A résztvevők az intervenciót várhatóan értelmesnek, produktívnak és relevánsnak tartják majd;	
– A program elismeri a közösség által fontosnak tartott személyeket;	<i>Példa:</i> közösségi vezetők.
– Amennyiben szükséges, a résztvevők családjának és/vagy más, hozzájuk közel álló egyéneknek a bevonása a tevékenységekbe, vagy konzultáció velük;	<i>Példa:</i> iskolás gyerekek szülei.
– A program elér kirekesztett és/vagy marginalizált csoportokat;	
– A stábtagokat a célcsoport valószínűsíthetően elfogadja.	
4.1.11 A tervezett tevékenységek vélhetően alkalmasak a résztvevők bevonására. Így:	
– valószínűsíthetően vonzóak és élvezhetőek a résztvevők számára;	
– kialakításukban kreatívak és újítók;	<i>Példa innovációforrásra:</i> tanulás más programok felismert hiányosságaiból, drogprevenció területén kívüli modellek alkalmazása, saját tapasztalatok.
– interaktív és didaktikus módszereket egyaránt alkalmaznak;	
– az egyéni és csoportos tevékenységekre egyaránt lehetőséget adnak;	<i>Megjegyzés:</i> figyelembe kell venni a résztvevők csoportmunkával kapcsolatos korábbi tapasztalatait, és amennyiben szükséges, a csoportmunkához nélkülözhetetlen készségeket erősíteni kell.
– a résztvevők aktív részvételét támogatják;	<i>Példa:</i> a résztvevők számára lehetőséget ad a vezetői szerep kipróbálására és véleményük kifejtésére, például azáltal, hogy vitacsoportot vezethetnek, kisebb rendezvényeket szervezhetnek, vagy kortársvezetőkkel válhatnak.
– a résztvevőkhöz igazodnak, és rugalmasak a szükségleteiket illetően.	

4.2 Már létező beavatkozás adaptálása

Teljesen új intervenció kidolgozása nem minden esetben szükséges, és nem is mindig kivitelezhető a gyakorlatban. Helyette hatásosabb és hatékonyabb is lehet egy már meglévő intervenció adaptációja, az azonosított helyi szükségletekhez igazodóan (lásd *1 Szükségletfelmérés*). Egy már létező intervenció adaptálásával elkerülhető a pazarló erőforrás-gazdálkodás, miközben a már bevált drogpreevenációs gyakorlatból származó tudás is hasznosítható. Az ismétlés tudományos szempontból is fontos, hiszen segítségével tesztelhető, hogy a korábban kapott eredmények újra megismételhetők-e. Ha a megvalósítás megváltozott körülmények között történik, az is vizsgálható, hogy az intervenció hatásosságára vonatkozó állítások mennyiben általánosíthatók (pl. más célcsoportra vagy helyszínre vonatkozóan).

A szolgáltatók különböző adatbázisokban és egyéb modellprogram-gyűjteményekben találhatnak leírásokat létező beavatkozásokról (pl. EDDRA 2. és 3. minőségi szint, NREPP adatbázis – lásd *További iránymutatások* fejezet). Az online adatbázisok lehetővé teszik a beavatkozások specifikus kritériumok (pl. célcsoport) szerinti szűrését, így azonosíthatóvá válnak az adott program sajátosságaihoz leginkább illeszkedő intervenciók. Egy már működő intervenció csak akkor választandó, ha az a helyi sajátosságokhoz valóban jól illeszkedik. E komponens standardjai leírják, hogy mely tényezőket kell figyelembe venni a lehetőségek közötti választás során. A választott beavatkozásnak összhangban kell lennie a *4.1 A minőség és hatásosság szempontjainak érvényesítése* elnevezésű komponens standardjaival is. Hasznos lehet annak végiggondolása is, hogy a választott intervenció javasolt struktúrája, tartalma és kivitelezése mennyiben felel meg az új program követelményeinek (NIDA 2003). A bizonyítékok standardizált kezelésére vonatkozó „USA Standards of Evidence” pedig jól használható a már létező intervenciók minőségének megítéléséhez (Flay et al. 2005).

A standardok kidolgozását megelőző konzultációkon felmerült, hogy sok országban nem biztosított megfelelően a programfejlesztők szerzői jogainak védelme. Említésre került, hogy a szolgáltatók olykor az eredeti programfejlesztők említése vagy bármilyen díjazása nélkül használnak beavatkozásokat, megsértve ezzel a szerzői jogokat. A standardok ezért tartalmazzák azt az elvárást is, hogy az eredeti intervenció kidolgozójának neve kerüljön feltüntetésre. Amennyiben a beavatkozáshoz való hozzáférés nem ingyenes, a szolgáltatóknak ezt tiszteletben kell tartani, és meg kell vásárolniuk az intervenció engedélyét, illetve az egyéb előírt anyagokat. Ezekkel a költségekkel a pénzügyi tervezéskor is számolni kell, hiszen leszűkíthetik a megfizethető programok körét. Ugyanakkor előfordulhat, hogy a programfejlesztők kérésre egy kevésbé drága programcsomagot is tudnak ajánlani (pl. olcsóbb háttéranyagokkal) (lásd *5.2 Pénzügyi szükségletek tervezése, 5.5 Programanyagok összeállítása*).

Már létező intervenció átvételekor fennáll annak a veszélye, hogy a szükségletfelmérés eredményeit, illetve a programalkotás egyéb elemeit figyelmen kívül hagyva valósítják meg a tevékenységeit, alkalmazzák a különböző összetevőit (pl. az elméleti modellt). Ez a komponens az adaptáció szükségességére hívja fel a figyelmet. Az adaptáció az eredeti intervenció szándékos és tervezett megváltoztatását jelenti a beavatkozás megvalósítá-

sát megelőzően, annak érdekében, hogy az illeszkedjen a program helyi sajátosságaihoz (pl. a célcsoport szükségleteihez), az eredeti beavatkozás hatásosságának megőrzése vagy növelése mellett. Minden módosításnak indokoltnak és a szükséges legkisebb mértékűnek kell lennie, hogy az intervenció minősége és hatásossága ne sérüljön. Az eredeti intervenció kulcselemeit azonosítani kell, és, amennyire lehetséges, meg kell őrizni azokat (NIDA 2003; CSAP 2002).

Amennyiben nem érhető el megfelelő intervenció, vagy ha kifejezetten innovatív megoldások fejlesztése és kipróbálása a cél, a szolgáltatók dönthetnek egy új intervenció kidolgozása mellett, a rendelkezésre álló bizonyítékok áttekintése alapján (lásd 3.5 *A hatásosság bizonyítékai*, 4.1 *A minőség és hatásosság szempontjainak érvényesítése*). Az alábbi komponens standardjai csak arra az esetre vonatkoznak, ha már meglévő beavatkozás adaptációjára kerül sor.

A 4.3 *A beavatkozás illesztése a célcsoporthoz* elnevezésű komponens standardjai további útmutatásokat adnak arra vonatkozóan, hogy mire kell tekintettel lenni egy beavatkozás átvételekor. További információk találhatóak az intervenciók kiválasztásával és kulturális adaptációjával kapcsolatban a következő kézikönyvekben: *Hogyan érhetőek el eredmények? (Achieving Outcomes)* (CSASP 2002); *Útmutató családi készségek fejlesztésére irányuló drogrevenziós programok megvalósításához (Guide to implementing family skills training programmes for drug abuse prevention)* (UNODC 2009a). Azt alábbiakban ismertetett standardok is ezeken a kiadványokon alapulnak.

Alapvető standardok már létező beavatkozás adaptálása esetén:	
4.2.1 A következő tényezők vizsgálandók már létező intervenciók kiválasztásakor:	
– az intervenció előnyei és hátrányai, beleértve az intervenció lehetséges negatív (iatrogén) hatásait;	<p><i>Megjegyzés:</i> a nem kívánt eredmények természetének és kockázatának előrejelzése tükrében (ha a kockázatok vagy a negatív hatások túl nagyok) az intervenciót el lehet vetni.</p> <p><i>Megfontolások:</i> várható előnyök és hátrányok a szolgáltató, a résztvevők és minden más releváns érdekhordozó szempontjából.</p> <p>Lásd még: <i>D: Etikusz drogrevenzió.</i></p>
– az adaptáció mértéke és az eredeti beavatkozáshoz való hűség közötti egyensúly;	
– az intervenció megvalósíthatósága.	<p>Vagyis az eredeti intervenció tevékenységei megvalósíthatók-e.</p> <p><i>Példák:</i> a pénzügyi források és a szakmai tudás elegendő, a módszerek nem túl bonyolultak.</p>
4.2.2 Meghatározásra kerül, hogy az intervenció mennyiben illeszkedik a helyi sajátosságokhoz:	

– az elért eredmények megfelelnek a leendő program kívánt céljainak;	
– az eredeti intervenció alkalmazható a leendő program választott színterén;	
– a szükségletfelmérés során azonosított alapvető körülmények hasonlóak;	<i>Példa:</i> a célcsoport hasonló szükségletei; hasonló kockázati és védő tényezők.
– a szükséges erőforrások rendelkezésre állnak.	
4.2.3 Az eredeti intervenció kidolgozóinak megnevezése.	
4.2.4 A meglévő intervenció adaptálása:	
– szisztematikus;	
– az eredeti és a jelenlegi beavatkozás körülményeiben található különbségek figyelembevételével történik;	
– az eredeti intervenció alapjául szolgáló elmélet értelmezésével történik;	
– az adaptáció és az eredeti intervencióhoz való hűség egyensúlyának megőrzésével történik;	Vagyis biztosított, hogy a beavatkozás bizonyítékon alapuló maradjon.
– tekintettel van a rendelkezésre álló erőforrásokra.	<i>Megjegyzés:</i> az erőforrásokkal kapcsolatos megfontolások ne menjenek a programhűség „kárára” (amennyiben az esetleges megtakarítás az intervenció minőségét vagy hatásosságát befolyásolhatja).
4.2.5 Az adaptáció mértékének egyértelmű jelzése.	Vagyis annak dokumentálása, hogy mely elemek kerültek megváltoztatásra.

További szakértői standardok:	
4.2.6 Az eredeti intervenció replikációs (ismétlő) vizsgálatának megfontolása.	<i>Példák ismétlésre:</i> egy létező beavatkozás adaptációja ugyanazon vagy különböző feltételekkel, mint például különböző célpopuláció, eltérő kivitelezők vagy kivitelezési módok.
4.2.7 A következő tényezők figyelembe vétele az adaptálandó intervenció kiválasztásakor:	
– a hatásosság bizonyítékainak szintje;	
	Vagyis az intervenció hatásossága megfelelő mértékben alátámasztott vagy legalább jellemzésre kerül. <i>Megjegyzés:</i> A hatásosság tekintetében a legmagasabb szintű bizonyítékkal rendelkező intervenciót kell előnyben részesíteni (pl. a legjobb hatásfokút). <i>További iránymutatás:</i> a hatásosság meghatározására használható az „USA Standards of Evidence” c. dokumentum (Flay et al. 2005).
– az intervenció akkreditált vagy modellprogramként regisztrált-e.	Előnyt élveznek az akkreditált vagy modellprogramok.

4.2.8 Az elméleti modellek kompatibilisek egymással.	Alapvető standard elméleti modell alkalmazása esetén.
4.2.9 Amennyiben szükséges, képzett értékelő segítségével történik a kiválasztás.	
4.2.10 Az intervenciót korábban megvalósító szervezetek felsorolása.	
4.2.11 "Kulturális adaptációs" team felállítása.	
4.2.12 A "kulturális adaptációs" team tagja:	
– a programfejlesztő (vagy képviselője);	
– fordító, amennyiben szükséges;	
– az értékelő team vagy egy kutatóintézet képviselője;	
– a közösség képviselői, amennyiben indokolt;	
– a célcsoport képviselői;	
– a stábtagok, amennyiben indokolt;	<i>Megjegyzés:</i> beleértve az önkénteseket, stb. is.
– a támogató képviselője, amennyiben indokolt.	
4.2.13 A fordítást hivatásos fordító végzi.	<i>Példa:</i> az intervenció anyagok lefordítása.
4.2.14 A korábbi hasonló programok és adaptációk tanulságainak megfontolása.	
4.2.15 Az adaptáció:	
– először minimális szintű;	Vagyis az adaptáció szakaszokban történik. Például az első szakaszban csak a nyelvezet, a képek és a példák kerülnek adaptálásra.
– az eredeti intervenció kulcselemeinek azonosításával és megtartásával történik;	
	Vagyis a kulcselemek változatlanok maradnak. Alapvető standard, amennyiben létezik és hozzáférhető az intervenció kulcselemeire vonatkozó vizsgálat. <i>Példák kulcselemekre:</i> az intervenciót megalapozó elméleti modell; a csoportvezetők ajánlott száma; foglalkozások száma, típusa, hossza és sorrendje; kulcsüzenetek, témák, információk, közvetítő változók, stratégiák.
– amennyiben szükséges, a programfejlesztővel konzultálva történik.	<i>Megjegyzés:</i> a konzultáció történhet telefonon, e-mailen, videokonferencia segítségével.

4.3 A beavatkozás illesztése a célcsoporthoz

Az intervenciót a program sajátosságaihoz kell igazítani, új intervenció kidolgozása vagy egy már létező intervenció választása esetén is. Például, az intervenció tevékenységei vagy segédanyagai módosíthatók a célcsoport szükségleteinek megfelelően. Ennek célja az intervenció hatásosságának megőrzése vagy javítása; azonban ez nem keverendő össze a bizonyos csoportok számára biztosított „speciális ellátással” (UNODC 2004). Már létező intervenció átvételekor az intervenció szükségletekhez illesztése történhet az adaptációs folyamat részeként is, az adaptáció mértéke és az eredeti intervencióhoz való hűség közötti egyensúly megőrzése mellett (lásd 4.2 *Már létező beavatkozás adaptálása*).

Egy alapvető kompetencia, mellyel a munkatársaknak rendelkeznie kell, a kulturális érzékenység (lásd C: *Munkaerő-fejlesztés*). Ez a stábtagnak képessége és hajlandósága a kultúra fontosságának felismerésére, a kulturális sokféleség tiszteletben tartására, az adott kultúra által meghatározott szükségletek hatékony kielégítésére, valamint a kulturális szempontok érvényesítésére a drogprevenációs munka valamennyi részében. A kultúra – mely közösen elfogadott értékekből, hiedelmekből, viselkedésből stb. áll és egy adott társas csoportot jellemez – sokféle vonatkozásában befolyásolhatja a programot. Például vonatkozhat az emberek által és az emberekkel szemben támasztott, életkortól és nemtől függő elvárásokra, amelyek aztán befolyásolhatják a munkatársak felé megfogalmazott elvárásokat, a drogfogyasztás kockázatával összefüggő hiedelmeket stb. Fontos szem előtt tartani, hogy különféle kultúrák léteznek (pl. etnikai kultúrák, fiatalok kultúrája, szegénység kultúrája).

A kulturális érzékenység biztosítja, hogy a beavatkozás vonzó és ebből adódóan valószínűleg hatásos legyen a célcsoport körében. A kulturális érzékenység hiánya akadálya is lehet a résztvevők toborzásának és programban tartásának (lásd 5.4 *Résztvevők kiválasztása és programban tartása*). Például, az intervenció megvalósításának helyszínén lévő jeleknek, feliratoknak, valamint az intervenció anyagoknak a célcsoport által könnyen érthetőnek, továbbá a beavatkozás tartalmának kulturálisan relevánsnak kell lennie (pl. drogfogyasztással összefüggő normák és szokások figyelembevétele). Bizonyos kulturális szokások ellentétben állhatnak a bizonyítékon alapuló, etikus drogprevenáció alapelveivel (pl. olyan szokások, melyek ösztönzik a droghasználat ártalmas formáit, a diszkriminációt és kirekesztést) (lásd D: *Etikus drogprevenáció, 3.5 A hatásosság bizonyítékai*). Ilyen esetben komolyan végig kell gondolni, hogy a fenti szokások hogyan kezelhetők a beavatkozás keretein belül. A csoporton belüli egyéni különbségeket is figyelembe kell venni és tiszteletben kell tartani. Például, az adott kultúra lehet, hogy nem azonos fontosságú a célcsoport minden tagja számára, és esetleges túlzott nyomatékosítása egyes résztvevőket elidegeníthet a programtól. A *Drogabúzus megelőzése fiatalok körében etnikai és kisebbségi csoportokban (Drug abuse prevention among youth from ethnic and indigenous minorities)* (UNODC 2004) című kézikönyvben további információk találhatók arról, hogy az etnikai kérdések hogyan vehetők figyelembe a tervezés során.

Amikor a beavatkozást a célcsoporthoz kívánjuk illeszteni, nem elegendő csupán feltételezésekre támaszkodni a célcsoportra vonatkozóan. A módosításoknak a szükségletfelmérés eredményein kell alapulnia (lásd 1.4 *A célcsoport megismerése*). Ahol lehetséges,

ott a célcsoport képviselőit aktívan be kell vonni a tervezésbe és az adaptációs folyamatba (lásd B: *Kommunikáció és az érdekhordozók bevonása*).

Az intervenciót még a megvalósítás előtt kell testre szabni. Fontos a tervezés során a rugalmasság, mely lehetővé teszi, hogy a gyakorlati szakemberek a megvalósítás során alakíthassanak a beavatkozáson anélkül, hogy eltérnének az eredeti tervtől (pl. többféle lehetőség felkínálása arra vonatkozóan, hogy a tevékenységek sorrendje miképpen változtatható úgy, hogy a résztvevők aktuális szükségleteihez igazodjon). A flexibilitás ilyen szintű beépítése az intervenció tervbe csökkenti annak valószínűségét, hogy spontán, előre nem tervezett változtatások történjenek a beavatkozás megvalósítása során (lásd 6.4 *Módosítások a megvalósítás során*).

Alapvető standardok:	
4.3.1 A program illeszkedik a programspecifikus körülményekhez a következők tekintetében:	
– a résztvevők szükségletei;	
– a választott szintér;	
– a környezet;	Vagyis a fogadó szervezet vagy közösség, ahol az intervenció lezajlik majd.
– a résztvevők életkora és fejlettségi szintje;	<i>Példák:</i> gyerekek, fiatal felnőttek, idős emberek.
– a résztvevők biológiai neme;	
– a résztvevők társadalmi neme;	
– a résztvevők kultúrája.	Vagyis a program valóban megjeleníti a kulturális érzékenységet.
4.3.2 Az illesztendő elemek:	
– a nyelvezet;	<i>Megjegyzés:</i> ez az írott és a szóbeli kommunikációra is vonatkozik. <i>Példák:</i> fordítás, tolmácsolás megfontolása, több nyelvet beszélő munkatársak, célcsoport által használt szleng ismerete (pl. drogok speciális elnevezései), információs táblák és jelek a beavatkozás helyszínén, monitorozási és értékelési eszközök.
– a tevékenységek és a megvalósítás módja;	
– az intervenció által közvetített üzenetek;	<i>Példák:</i> filmekben megjelenő üzenetek, megbeszélések témái, a drogok jogi helyzete, normatív adatok, dalok, történetek, táncok.
– az intervenció időtartama, gyakorisága és ütemezése;	
– a résztvevők száma tevékenységenként.	

További szakértői standardok:	
4.3.3 A program illeszkedik a specifikus körülményekhez a következők tekintetében:	
– az azonosított kockázati- és védő tényezők;	Alapvető standard, ha megtörtént a kockázati - és védő tényezők elemzése.
– a résztvevők által képviselt normák és értékek;	
– a résztvevők szocioökonómiai helyzete;	
– a földrajzi elhelyezkedés;	
– bármilyen más, a célcsoportra jellemző sajátosság;	
– a résztvevők közötti különbségek.	
4.3.4 Az intervenció anyagok a célcsoportnak megfelelőek.	Alapvető standard intervenció anyagok használata esetén (pl. kézikönyvek, internetes oldalak). <i>Példák:</i> a dizájn, a különböző szimbólumok, a kézikönyvek képeinek illesztése a célcsoporthoz.

4.4 Végő értékelés tervezése

A magas színvonalú prevenció tevékenység nélkülözhetetlen eleme az értékelés. Értékelés nélkül nem tudható, hogy a szándékolt módon működik-e egy beavatkozás: sikerül-e elérnie a kívánt eredményeket a résztvevőkkel, van-e nem kívánt hatása? Teljesülnek-e a kitűzött fő- és alcélok (lásd 3.3 *Célok meghatározása*)? A résztvevők és a munkatársak milyenek ítélik az intervenció minőségét, mennyire tartják az intervenciót relevánsnak? A szolgáltatók félhetnek attól, hogy egy esetleges értékelés felfedi a program gyengeségeit. Az értékelésre azonban lehetőségként kell tekinteni, mely a szolgáltatóknak segítséget nyújt a program jobb megértéséhez, fejlesztéséhez. Az értékelés eredményei annak eldöntésében is segítenek, hogy érdemes-e a programot folytatni, és ha igen, hogyan lehet azt tökéletesíteni (lásd 8 *Promóció és fejlesztés*).

Ez a komponens egyfelől az eredményértékelésre fókuszál, melynek célja a fő- és alcélok *megvalósulásának* vizsgálata. Másfelől a folyamatértékelésre koncentrálni, mely azt elemzi, hogy *milyen módon* valósultak – vagy egyes esetekben hiúsultak – meg a célok. Fontos az értékelés e két típusának megkülönböztetése, mivel eltérő célt szolgálnak, és más-más adatokat használnak. Léteznek egyéb értékelési formák is, melyek a program szempontjából relevánsak lehetnek, azonban a jelen standardok között nem kerülnek tárgyalásra (lásd Uhl et al. 2010). Az eredményértékelés tervezésének itt bemutatott standardjai többnyire az evidenciák standardizált kezelésére vonatkozó kézikönyv, az „*USA Standards of Evidence*” (Flay et al. 2005) tartalmán alapulnak.

Az eredményértékelés azt vizsgálja, hogy mennyire hatásos egy beavatkozás a tervezett eredmények elérésében, vagyis a résztvevőkben történt változások mennyiben vannak összhangban a fő- és alcélokkal. Minimum elvárás, hogy a résztvevőktől a beavatkozás kezdetekor (elővizsgálat) és a beavatkozás befejezésekor (utóvizsgálat) eredménymutatókat kell gyűjteni (pl. a droghasználatra vonatkozóan) (6. ábra, 126. oldal). A beavatkozás hatását az elővizsgálat és az utóvizsgálat adatainak összehasonlításával mérik, hogy megállapítsák, az intervenció kezdete és befejezése között történt-e szignifikáns változás a résztvevőkben. Amennyiben az értékelés a randomizált kontroll csoportos vizsgálat módszerét használja, az észlelt változások a beavatkozásnak tulajdoníthatóak (vagyis feltételezhető, hogy a változások a beavatkozásnak köszönhetőek). Az értékelés különböző kutatási módszereket alkalmazhat, mint például nem-kísérleti kutatás, kvázi-kísérleti kutatás vagy kísérleti kutatás (randomizált kontroll csoportos vizsgálat).

A folyamatértékelés az *outputokat* dokumentálja és elemzi (pl. milyen tevékenységek, kik által és kikkel valósultak meg). A folyamatmutatókat a megvalósítás teljes ideje alatt gyűjteni kell (pl. a monitorozás részeként), majd a beavatkozás befejezése után elemezni, a program újragondolása és a fejlesztési lehetőségek azonosítása végett. Vizsgálható tényezők például: a célcsoport elérése és lefedettsége (a résztvevők mennyire jól reprezentálták a célcsoportot?); a beavatkozás elfogadottsága a résztvevők körében (a tartalom és az intervenció anyagok megfelelőek voltak-e?); a programhűség (a tervek szerint valósult-e meg a beavatkozás; már létező beavatkozás adaptálása esetén, a megvalósítás a megfelelő mértékben hű maradt-e az eredeti, bizonyítékon alapuló beavatkozáshoz?); az erőforrások felhasználása (pl. költséghatékonyság). Ezek az aspektusok a megvalósítás monitorozása során is figyelembe veendőek, a megvalósítás magas színvonalának biztosítása érdekében (lásd 6.3 *Megvalósítás monitorozása*).

A jelenlegi gyakorlatban a folyamatértékelés az elterjedtebb, az eredményértékelés alkalmazása ritkább. A folyamatértékelés azonban nem helyettesítheti az eredményértékelést, amennyiben a szolgáltató azt szeretné megérteni, hogy a beavatkozás milyen hatással volt a résztvevőkre (pl. a résztvevők elégedettsége nem megfelelő indikátora az intervenció hatásosságának).

Annak ellenére, hogy az értékelések elvégzésére csak az intervenció befejezését követően kerül sor (lásd 7 *Végső értékelés*), megtervezésük már ebben a szakaszban fontos. Ez által ugyanis az értékelés is a beavatkozási terv részévé válik, és ez biztosítja, hogy a szükséges adatok és erőforrások a megfelelő időben rendelkezésre álljanak majd.

A komponensen belüli első standard a legmegfelelőbb típusú értékelés meghatározását írja elő. Tudományos szempontból minden intervenciót értékelni kellene, hogy kiderüljön, mi tesz egy drogprevenációs beavatkozást hatásossá. A gyakorlatban azonban egy átfogó értékelés elkészítése sok akadályba ütközhet. A standardok fejlesztését megelőző konzultációkon leggyakoribb akadályként a magas színvonalú értékelés költségeit (pl. az adatgyűjtés, adatelemzés költségei), a pénzügyi források hiányát (pl. az intervenció megvalósítására elérhető támogatás, de az értékelésre nem), az emberi erőforrás hiányát (pl. hiányzó szaktudás), a technikai támogatás hiányát (pl. adatgyűjtéshez, adatelemzéshez), valamint a megvalósítás gyakorlati akadályait (pl. kísérleti kutatás lefolytatása kliensközpontú egészségügyi és szociális szolgáltatások esetén, hosszú távú követéses vizsgálatok végzése) említették. Ezen akadályok többsége mind a folyamat-, mind az eredményértékelést érinti, néhány ugyanakkor kifejezetten az eredményértékelés kapcsán merülhet fel. Az alkalmazott módszerek eltolódása (készség alapú módszerek információ alapú módszerek helyett), és ezzel összefüggésben a viselkedés-központú eredmények hangsúlyozása (tudásközpontú eredmények helyett) következtében még komplexebb feladattá vált az értékelés. Mindazonáltal, a konzultációk szakértői hangsúlyozták az idevonatkozó standardok fontosságát, amellet érvelve, hogy az európai drogprevenáció bizonyítéktárának fejlesztéséhez sürgető feladat lenne jó minőségű értékelések készítése.

Az értékelés típusának tehát igazodnia kell a (valószínűsíthetően) rendelkezésre álló erőforrásokhoz. Nagyobb volumenű programok (pl. ha a program célja valamely megközelítés hatásosságának vagy eredményességének demonstrálása; nagyobb állami támogatásban részesülő program; országosan megvalósításra kerülő program) esetén mindig szükséges folyamat- és eredményértékelés végzése. Ilyen esetekben a randomizált kontroll vizsgálat az elfogadott kutatási típus, mert ez szolgál a legmagasabb szintű bizonyítékokkal. Más típusú kutatás alkalmazása csak akkor javasolt, ha a fenti nem kivitelezhető. Kisebb léptékű, korlátozott forrással rendelkező programok esetén a folyamatértékelés a program minőségével kapcsolatban nyújthat fontos információkat, valamint segíthet felmérni, hogy szükség van-e eredményértékelésre (lásd 8.1 *Döntés a program folytatásáról*). Kisebb forrásigényű eredményértékelés is lehetséges (pl. nem-kísérleti kutatás elő- és utóvizsgálati mérésekkel; egyszerű rutin értékelések, csak néhány indikátor használatával).

Szintén fontos eldönteni, hogy az értékelés „külső” vagy „belső” legyen-e, vagyis hogy az értékelést végző személy vagy team a programot megvalósító szervezet munkatársai közül

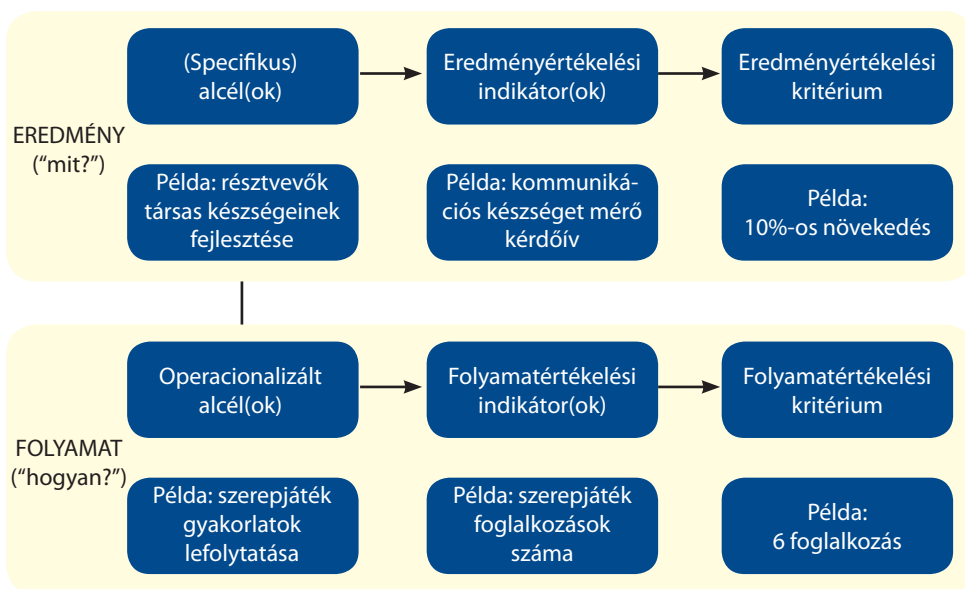
kerüljön-e ki, vagy azt egy külső szervezet (pl. egyetem, tanácsadó cég) végezze. Mindkét megközelítésnek vannak előnyei és hátrányai. Egy külső értékelő megbízása jóval költségesebb lehet, viszont nagyobb szakértelemmel rendelkezhet, és elfogulatlanabban, objektívebben tudja megítélni a programot; a belső értékelő könnyebben hozzáfér az informális információkhoz, azonban kevesebb lehet az értékeléshez rendelkezésre álló ideje, valamint szakértelme. A belső értékelő személye felveti az elfogultság problémáját is, hiszen egy belső értékelő (akaratlanul is) pozitívabb színben tüntetheti fel saját szervezete munkáját, tevékenységének eredményeit. A külső értékelőt általában alkalmasabbnak tartják eredményértékelés elvégzésére, míg a belső munkatársak feladataihoz jobban illeszkedik a monitorozás és a folyamatértékelés elvégzése (EMCDDA 2010).

A legmegfelelőbb értékelési forma kiválasztását követően kerülnek meghatározásra az értékelési indikátorok és kritériumok. Az értékelési indikátorok azt mutatják meg, hogy milyen specifikus információ (eredmény- és/vagy folyamatmutató) gyűjtése szükséges az intervenció megvalósítását megelőzően, az alatt és annak befejeztével. A folyamatindikátorok az operacionalizált (konkrét, tevékenységhez köthető) alcélokból kerülnek levezetésre, és a program megvalósításával függnek össze, az eredményindikátorok pedig a főcélokhoz és a specifikus alcélokhöz kapcsolódnak, és a résztvevőknél elért változásokra fókuszálnak (lásd 3.3 *Célok meghatározása*). Attól függően, hogy mik a program fő- és alcéljai, az eredmények nem kell, hogy feltétlenül a droghasználatra koncentráljanak, hanem, összhangban az azonosított szükségletekkel és az alkalmazott elméleti modellel, egyéb aspektusokra is vonatkozhatnak (lásd 3.2 *Elméleti modell alkalmazása*).

A választott indikátoroknak érvényesnek kell lenniük, vagyis alkalmasnak kell lenniük az adott fogalom mérésére (szerkezeti vagy konstrukciós érvényesség). Például egy eszköz lehet, hogy pontosan méri a résztvevők droghasználattal szembeni attitűdjét, azonban a droghasználattal szembeni attitűd nem érvényes indikátora a későbbi tényleges droghasználatnak. A konstrukciós validitás az elméleti modellre és a meglévő szakirodalomra való hivatkozás révén biztosítható. Továbbá, minthogy az indikátorok csak komplex fogalmak közelítései, rendszerint többféle indikátor használata szükséges.

Meg kell határozni valamennyi indikátorhoz kapcsolódóan egy ún. értékelési kritériumot is. Ez kvantitatív formában – vagy amennyiben ez nem lehetséges, leíró módon – adja meg az adott indikátor esetében elérendő célt. Az értékelési kritérium meghatározhatja például, hogy a társas készségek 10%-os átlagos javulása esetén - amit egy kérdőív segítségével állapítanak meg - tekinthető a beavatkozás sikeresnek. A siker osztályozható is több mint egy kritérium megadásával, például minimum (5%-os növekedés), reális (10%-os növekedés) és optimális (15%-os növekedés) teljesítményre vonatkozóan. Az értékelési kritérium meghatározásakor fontos tudni az indikátor aktuális értékét (pl. a résztvevők eredménye az adott indikátor kapcsán a beavatkozás kezdete előtt), és hogy milyen fejlődés várható el reálisan az intervenció során (WHO 1998). Külön értékelési kritériumokat kell kitűzni az eredményértékelés, valamint a folyamatértékelés során alkalmazott indikátorok vonatkozásában. Az 5. ábra a specifikus és az operacionalizált alcélok, az értékelési indikátorok, valamint az értékelési kritériumok közötti összefüggést mutatja be.

5. ábra: A specifikus és a konkrét (operacionalizált) alcélok, az értékelési indikátorok és az értékelési kritériumok kapcsolata



A monitorozás és az eredményértékelés elősegítése céljából az alábbi információkat kell tehát megadni valamennyi fő- és alcélra vonatkozóan: időkeret, amin belül a fő- és alcélok megvalósulnak; célcsoport; eredményértékelési indikátor a meghatározott értékelési kritériummal; a mérésre vonatkozó részletek (pl. értékelési eszköz, adatgyűjtés ütemezése). A folyamatértékelést elősegítendő, az operacionalizált alcélok esetében a következő információk megadása szükséges: a specifikus alcél eléréséhez szükséges output; az operacionalizált alcél eléréséhez szükséges idő; folyamatértékelési indikátor meghatározott értékelési kritériummal. A következő példák illusztrálják, hogy hogyan határozhatók meg az általános -, a fő- és az alcélok.

Általános cél (példa): A résztvevők segítése az egészséges életmód kialakításában.

Fő cél (példa): Előző havi kokainhasználatról beszámoló fiatalok számának csökkentése a 12 hónapos intervenció végére. Értékelési indikátor/kritérium: a kiinduló adatokhoz képest 25%-os csökkenés az előző havi kokainhasználatról beszámoló fiatalok számában. Adatgyűjtés: droghasználat mérése a résztvevők saját visszajelzése alapján, létező skála segítségével, az intervenció kezdetekor, 6 hónap elteltével, valamint az intervenció befejezésekor.

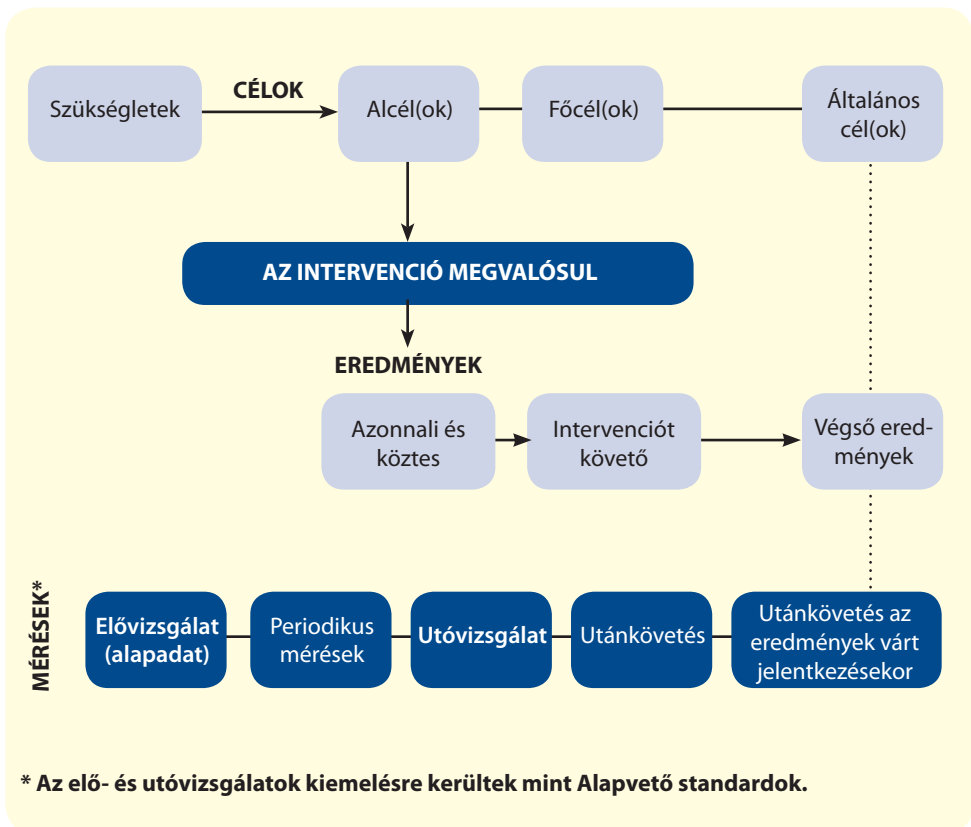
Specifikus alcél (példa): A résztvevők társas készségeinek javítása az intervenció első 6 hónapjának a végére. Értékelési indikátor: Asszertivitás és kommunikációs készségek mint a társas készségek indikátorai. Értékelési kritérium: a kiinduló adatokhoz képest 10%-os átlagos javulás az „asszertivitás” skálán, és 15%-os javulás a „kommunikációs készség” skálán. Adatgyűjtés: Kérdőíves adatfelvétel validált skálák alkalmazásával, az intervenciót megelőzően, 6 hónap után és a beavatkozás végeztével.

Operacionalizált alcél (példa): A társas készségek fejlesztése céljából szerepjáték gyakorlatok megvalósítása a résztvevőkkel az intervenció első 6 hónapjában. Értékelési indikátor/kritérium: 6 szerepjáték foglalkozás megvalósulása a projektterv szerint.

Hasznos lehet a releváns érdekhordozók (pl. célcsoport) bevonása az értékelési indikátorok és kritériumok meghatározásába, valamint az adatgyűjtési és -elemzési módszerek kiválasztásába, mivel ez segíti az értékelés későbbi megvalósíthatóságát (pl. lehet, hogy a résztvevők szívesebben beszélnek az intervencióról egy fókuszcsoport keretében kérdőív kitöltése helyett) (lásd *B: Kommunikáció és az érdekhordozók bevonása*).

Az általános célok, a fő- és alcélok, valamint az elméleti modell határozzák meg, hogy mikorra várható az eredmények, és ebből következően, hogy mikor kell a méréseket elvégezni. A különböző értékelési indikátorokban különböző időpontokban jelentkezhetnek változások (pl. a résztvevők tudása előbb változhat, mint a viselkedésük). Az adatok összehasonlíthatóságának biztosítása érdekében ugyanakkor fontos, hogy következetesen ugyanazokat az értékelési indikátorokat és értékelési eszközöket használják a program során. A 6. ábra a célok, eredmények és mérések közötti kapcsolatot mutatja be.

6. ábra: A célok, eredmények és mérések kapcsolata



Az azonnali és a köztes eredmények a beavatkozás során mutatkoznak, az alcélokhöz kapcsolódóan. Az intervenciót követő eredmények a beavatkozás befejeztével jelentkeznek, és a főcélokkal vannak összefüggésben. A hosszú távon jelentkező végső eredményeket is szokták vizsgálni, ezek a program általános céljaihoz kapcsolódnak. Az in-

tervenció előtt és után gyűjtött adatok az intervenció hatékonyságának megállapítására, míg a periodikus mérések az intervenció előrehaladásának értékelésére szolgálnak a megvalósítás során (pl. a monitorozás részeként). Az intervenció befejezését követően utánkövetéses vizsgálatokat végezhetnek, melyek az intervenció eredményeinek tartósságát vizsgálják (pl. amennyiben az intervenció befejezésekor a résztvevők attitűdjében vagy viselkedésében pozitív változás figyelhető meg, ez fennmarad-e hónapokkal később is, vagy visszaesés tapasztalható?). A standardok a következő időintervallumokban javasolják az utánkövetéses vizsgálatok elvégzését: az intervenciót követő 6 hónapon belül (rövidtáv), az intervenciót követő 6 és 12 hónap között (középtáv) és legalább 12 hónap eltelte után (hosszú táv). Egy további mérés végezhető a végső eredmények várható bekövetkezésekor. Például, ha egy beavatkozást kisgyerekekkel valósítanak meg, a végső eredmények vonatkozhatnak arra is, hogy vajon az intervenció után több évvel kialakulnak-e náluk káros droghasználati szokások. Gyakorlatban azonban az ilyen hosszú távú követéses vizsgálatok nehezen kivitelezhetők, ráadásul a költségeik is magasak. Minimum elvárásként az intervenció utáni eredményeket annak vonatkozásában szükséges értékelni, hogy a beavatkozás hatásos volt-e a célok elérésében. Ez arra hívja fel a figyelmet, hogy a megfogalmazott főcéloknak realiztikusnak és az intervenció időtartamán belül elérhetőnek kell lenniük.

A 7.1 *Eredményértékelés* és a 7.2 *Folyamatértékelés* komponensek további standardokat tartalmaznak a végső értékelés részeként végzett vizsgálatok eredményeinek értelmezésére és dokumentálására vonatkozóan. További információk találhatóak az értékelésről a *További iránymutatások* fejezetben is.

Amennyiben a végső eredmény- és folyamatértékelést nem tartják szükségesnek vagy nem kivitelezhető, az átfogó, formális értékelés elfogadható alternatívája a monitorozás lehet (lásd 6.3 *A megvalósítás monitorozása*). Az itt található standardok csak abban az esetben irányadók, ha tervezett a végső értékelés.

Alapvető standardok, amennyiben végső értékelés tervezett:	
4.4.1 A program szempontjából leginkább megfelelő értékelés meghatározása.	<i>Megfontolások:</i> míg a folyamatértékelés segíthet meghatározni, hogy miért sikerült elérni az eredményeket, addig az eredményértékelés az intervenció hatékonyságának megítélésében fontosabb.
4.4.2 Írásos értékelési terv készül.	<i>Példák ennek tartalmára:</i> az értékelés típusa, kutatási modell, az értékelési indikátorok bemutatása, adatgyűjtés, monitorozás, végső értékelések, jelentéskészítés, ütemezés.
4.4.3 A tervezett értékelés realiztikus és kivitelezhető.	Vagyis tekintetbe veszi, hogy mi valósítható meg a valóságban, a rendelkezésre álló erőforrásokkal.
4.4.4 Az értékelés szerves és fontos elem a program minőségének biztosításában.	

4.4.5 Kijelölésre kerül az értékelésért felelős értékelési team.	<i>Megjegyzés:</i> a „team” akár egy embert is jelenthet.
4.4.6 Az értékelési team:	
– elkészíti az értékelési stratégiát és tervet, meghatározza az értékelési indikátorokat és az adatgyűjtési eszközöket;	
– elkészíti az értékelési jelentést;	
– kijelöli az egyes feladatokért felelős személyeket.	<i>Példák:</i> adatgyűjtésért, adatrögzítésért, adatelemzésért felelős személyek.
4.4.7 A rendelkezésre álló humánerőforrás megfelelő az értékelés elvégzésére.	Vagyis az értékelési team elegendő képzett szakemberrel rendelkezik az értékelés lebonyolításához; az értékeléssel kapcsolatos ismeretek szintje megfelelő.
4.4.8 Értékelési indikátorok meghatározása.	
4.4.9 Az értékelési indikátorok:	
– egyértelműek, világosak;	
– mérhetőek kvantitatív és/vagy kvalitatív módon;	
– mérhetőek empirikus technikák alkalmazásával;	<i>Példa:</i> megfigyelések.
– megfelelnek az értékelés típusának.	<i>Bizonyíték:</i> ha mind folyamat-, mind eredményértékelés tervezett, a két típushoz külön-külön indikátorok meghatározása.
4.4.10 Az értékelési indikátorok kiválasztása függ:	
– a program fő- és alcéljaitól;	Vagyis minden fő- és alcélhoz tartozik egy vagy több indikátor.
– a választott tevékenységektől.	
4.4.11 A résztvevők kiválasztásának folyamata meghatározásra kerül.	<i>Megjegyzés:</i> a résztvevők a meghatározott célcsoportból kerüljenek kiválasztásra. Lásd még: 3.1 <i>A célcsoport meghatározása</i> , 5.4 <i>Résztvevők kiválasztása és programban tartása</i> .
4.4.12 Az értékelés ütemezése meghatározott.	Vagyis egyértelmű, hogy az értékelés(ek)re mikor kerül sor. <i>Példa:</i> rövid kérdőívek a munkatársak és a résztvevők számára minden foglalkozást követően. <i>Bizonyíték:</i> mérési ütemtervek.
4.4.13 Az adatszolgáltatásba bevont személyek:	
– pontosan meghatározásra kerülnek;	
– az értékelés céljainak megfelelőek.	
	Vagyis rendelkeznek az értékelési indikátorokhoz szükséges információval. <i>Példa:</i> eredménymutatók gyűjtése a résztvevőktől vagy olyan egyénektől, akik jó minőségű „helyettesítő” adatokkal tudnak szolgálni (pl. klinikai besorolás, iskolai tanár beszámolója a résztvevők osztálytermi viselkedéséről, munkatársak szociális interakciókkal kapcsolatos megfigyelései).

4.4.14 A résztvevők és a munkatársak eléggé biztonságban érzik magukat ahhoz, hogy őszinte válaszokat és véleményeket fogalmazzanak meg.	<i>Példa:</i> elég kényelmesen érzik magukat ahhoz, hogy beszámoljanak droghasználatukról vagy kritizálják a programot.
4.4.15 Az adatgyűjtés módszereinek és eszköztárának leírása.	
4.4.16 Az adatgyűjtés módszerei és eszköztára:	
– megfelelőek a program számára;	Vagyis az adatgyűjtési módszer összeegyeztethető a program szakmai szintjével.
– az értékelési indikátorok szempontjából releváns információk gyűjtésére alkalmasak;	
– korábban már jól bevált (standardizált) mérőeszközöket és/vagy gondosan kialakított új eszközöket tartalmaznak;	
– konzisztens módon használhatók a program teljes időtartama alatt.	Vagyis ugyanazokat az eszközöket alkalmazzák a program teljes időtartama alatt (pl. az alapadatok és a végső adatok felvételekor). <i>Cél:</i> az adatok összehasonlíthatóságának biztosítása.
4.4.17 Rendelkezésre áll az információk kezelésére alkalmas rendszer.	Vagyis eljárásrendek, papíralapú és elektronikus háttértámogatás stb. <i>Cél:</i> az adatok gyűjtésének és feldolgozásának megkönnyítése.

További alapvető standardok, amennyiben eredményértékelés tervezett:	
4.4.18 Az eredményértékelés egy adott kutatási típust követ. Az értékelés:	
– lehetővé teszi a beavatkozás és az eredmények közötti összefüggés elemzését;	
– érvényesíti az intervenció körülményei függvényében megvalósítható legerősebb kutatási típust.	<i>Példa:</i> amennyiben a randomizálás nem lehetséges vagy nem praktikus, akkor egyéb kutatási módszert kell választani, pl. randomizálás nélküli ismételt idősorlemezések, diszkontinuitásmodellek, illesztett kontroll csoportos vizsgálat.
4.4.19 Az alkalmazott kutatási módszerhez megfelelő mintanagyság meghatározása.	<i>Megfontolás:</i> Mi az a legkisebb mintanagyság, melyen a tervezett statisztikai elemzések elvégezhetők?
4.4.20 Az adatelemzés módjának leírása.	
4.4.21 Az eredményértékelés szempontjából releváns adatokat szolgáltató személyek meghatározása.	
4.4.22 Eredménymutatók gyűjtése az intervenció csoport tagjaitól.	
4.4.23 Az eredménymutatók mérése:	
– a beavatkozás kezdetekor vagy a szükségletfelmérés során;	Vagyis alapadatok gyűjtése, mely lehetővé teszi az összehasonlítást a beavatkozás előtt és után.
– a beavatkozás után.	Vagyis a beavatkozás befejezését követően.

További alapvető standardok, amennyiben kontroll csoportos vizsgálat tervezett:	
4.4.24 Legalább egy összehasonlítási feltétel (azaz kontroll csoport) alkalmazása.	
4.4.25 A résztvevők toborzási kritériumainak, valamint a különböző csoportokba történő besorolási módjának meghatározása, mind az intervenció, mind a kontroll csoport esetében.	<i>Példa besorolási módra: önbesorolás.</i>
4.4.26 Mérések elvégzése mind a beavatkozási, mind a kontroll csoportban.	Vagyis eredménymutatók gyűjtése a kontroll csoport tagjaitól is.
4.4.27 Mind a beavatkozási, mind a kontrollcsoport elemzése több jellemző mentén, az észlelt eltérések kontrollálása az adatelemzés során.	Vagyis az előzetes különbségek felmérése.

További alapvető standardok, amennyiben folyamatértékelés tervezett:	
4.4.28 A folyamatértékeléshez adatokat szolgáltató személyek meghatározása.	
4.4.29 Folyamatmutatók gyűjtése:	
– az intervenció csoport tagjaitól;	
– a stábtagoktól.	

További szakértői standardok:	
4.4.30 A végső értékelés mind az intervenció folyamatára, mind az intervenció eredményeire kiterjed.	
4.4.31 Az értékelés több szempontú.	<i>Példák szempontokra: a hatékonyság bizonyítékai (eredmények); gyakorlati megvalósítás (folyamat); bevált gyakorlatok útmutatásainak követése, etikai megfontolások.</i>
4.4.32 A célcsoport az értékelés valamennyi szakaszában részt vesz.	
4.4.33 A releváns érdekhordozók bevonása az értékelés megtervezésébe.	
4.4.34 Az értékelő team:	
– gyűjti, elemzi és értelmezi az adatokat;	
– sokféle érintettet bevon.	<i>Megfontolandó csoportok: munkatársak, résztvevők, tudományos munkatársak.</i>
4.4.35 Konzultáció értékelési szakértőkkel, amennyiben szükséges.	<i>Példák szakértőkre: egyetemi és/vagy külső tanácsadók, akik rendelkeznek értékelési szakértelemmel.</i>
4.4.36 Ahol lehetséges, külső értékelés megvalósítása.	Vagyis formális értékelés egy külső szervezetnek dolgozó személy vagy csoport bevonásával (pl. egyetem, tanácsadó cégek).

4.4.37 Az értékelési indikátorok:	
– mutatják a résztvevők fejlődését a program során;	Vagyis több különböző indikátor használata a fejlődés különböző szintjeinek megjelenítéséhez. <i>Megjegyzés:</i> bár többféle indikátor jelezheti a résztvevők fejlődését, a méréseket mindig ugyanazon indikátorok és módszer mentén kell végezni az intervenció folyamán.
– a kívánt változás minimális és optimális szintjét megadó értékelési kritériumok kijelölése.	Vagyis konkrét értékek, melyek elérendők a beavatkozás során vagy azt követően egy adott értékelési indikátor vonatkozásában. <i>Példa:</i> a beavatkozás legalább 20%-os, ideális esetben pedig 50%-os csökkenést kíván elérni a droghasználat mértékében.
4.4.38 Az értékelési indikátorok kiválasztása támaszkodik az alkalmazott elméleti modellre.	Alapvető standard elméleti modell alkalmazása esetén. <i>Példa:</i> az elméleti modell közvetítő és moderátor változóinak alkalmazása.
4.4.39 Az értékelés valós körülmények között történik.	Alapvető standard, amennyiben a program hatásosság vizsgálat részét képezi. <i>Példa:</i> az intervenciót tanárok, nem pedig kutatók vezetik.
4.4.40 A kutatás típusa tartalmaz valamilyen kontroll feltételt.	<i>Cél:</i> a bekövetkező hatások az intervenciónak tulajdoníthatóak legyenek.
4.4.41 Az adatgyűjtés legalább egy formája „vak elrendezésű”.	Vagyis az adatgyűjtő nem tudja, hogy a résztvevők a beavatkozási vagy a kontroll csoport tagjai.
4.4.42 A kutatás típusa randomizált. Vagyis:	<i>Cél:</i> a torz minta(vétel) elkerülése.
– a résztvevők besorolása a beavatkozási és kontroll csoportba véletlenszerű, minden résztvevőnek azonos esélye van bármelyik csoportba bekerülni (randomizáció);	Alapvető standard randomizált vizsgálat esetén.
– az érdekhordozók szükség szerinti bevonása a randomizációs eljárásba.	
	<i>Cél:</i> szükség lehet az érdekhordozók segítségére a randomizáció elvégzéséhez (pl. valamilyen lehetséges résztvevő vagy fogadószervezet listájának az összeállításához). Az érdekhordozóknak is fontos megérteniük, hogy miért fontos a randomizáció, és miért van az, hogy bizonyos egyének vagy csoportok nem vesznek részt a beavatkozásban (a kontroll csoportba kerülnek). <i>Példa az érdekhordozók bevonására:</i> az iskolaigazgató segíthet az osztályok beavatkozási és kontroll csoportokba történő besorolásában.
4.4.43 Az adatgyűjtéshez használt módszer- és eszköztár:	
– különböző mérési eszközöket és módszereket tartalmaz;	<i>Példák eszközökre:</i> kérdőívek, jelenléti ívek, elégedettségi skálák, nyomtatványok, ellenőrzési listák, független megfigyelések.

<ul style="list-style-type: none"> – pszichometriai értelemben objektív, érvényes és megbízható módszerekből és eszközökből áll; 	<p>Vagyis valóban azt mérik, amit mérni szeretnének (validitás); konzisztens eredményeket adnak (megbízhatóság: belső konzisztencia, mérés és újramérés, az értékelő megbízhatósága); az eredmények függetlenek attól, hogy ki használja az eszközt (objektivitás).</p> <p><i>Megjegyzés:</i> a konstrukciós (szerkezeti) validitást szintén szem előtt kell tartani: vagyis, a szakirodalom alapján az indikátorok valóban érvényes mérőeszközei-e az adott viselkedésnek?</p>
<ul style="list-style-type: none"> – ahol releváns, kulturális szempontból megfelelőek és már kipróbálásra kerültek. 	
4.4.44 Az adatgyűjtés módjára vonatkozó iránymutatás biztosítása.	<i>Példa iránymutatásra:</i> elemzési stratégiák és részletes irányelvek terepkutatáshoz.
4.4.45 Folyamatmutatók gyűjtése:	
<ul style="list-style-type: none"> – a kontroll csoport résztvevőitől; 	
<ul style="list-style-type: none"> – egyéb releváns érdekhordozóktól, amennyiben szükséges. 	<i>Példák érdekhordozókra:</i> támogatók, ügynökségek, közösség tagjai, média.
4.4.46 Meghatározott folyamatmutatók gyűjtése valamennyi foglalkozást követően.	<i>Példák folyamatmutatókra:</i> résztvevők elégedettsége, visszajelzés a munkatársaktól a foglalkozás minőségére és sikerére vonatkozóan.
4.4.47 Eredménymutatók mérése:	
<ul style="list-style-type: none"> – meghatározott időközönként (ahol releváns); 	
<ul style="list-style-type: none"> – rövidtávon; 	Vagyis az intervenciót követő 6 hónapon belül.
<ul style="list-style-type: none"> – középtávon; 	Vagyis az intervenciót követő 6-12 hónapon belül.
<ul style="list-style-type: none"> – hosszú távon. 	Vagyis az intervenciót követő 12 hónapon túl.
4.4.48 Azon intervenciók esetében, melyeknél a végző eredmények jelentkezése hosszú távon várható, adatgyűjtés ütemezése az eredmények valószínűsíthető jelentkezésének időpontjára.	<i>Megfontolás:</i> kisgyerekeket megcélzó program esetén akkor gyűjtjük az eredménymutatókat, amikor a végző eredmények jelentkezése a fejlettségi szint tükrében elvárható.

5 Projektmenedzsment és erőforrás-mobilizáció



Egy drogreprevenációs program nem csupán a tényleges intervencióból áll, megvalósítása részletes tervezést és megfelelő menedzsmentet is igényel. Az intervenció megtervezése mellett szükséges tehát a menedzsmentet érintő kérdések, szervezeti és gyakorlati aspektusok áttekintése is. A megvalósítás megkezdéséhez a rendelkezésre álló forrásokat mobilizálni kell, illetve szükség lehet további új források bevonására is. Projektmenedzsmenttel foglalkozó szakkönyvek részletes útmutatással szolgálnak projekttervezési és -irányítási kérdésekben. Az ebben a fejezetben, valamint a harmadik fejezetben (3 Programalkotás) ismertetett standardok ugyanakkor kifejezetten a drogreprevenációs munkával összefüggő megfontolásokat veszik sorra.

5.1 A program tervezése (a projektterv): A jól végiggondolt eljárásrend biztosítja, hogy a tervezés és a megvalósítás szisztematikus legyen. Az írásos projektterv tartalmazza az összes folyamatot és feladatot, amelyek szükségesek a program sikeres megvalósításához. A projekt megvalósítása során ez a terv egyfajta keretként szolgál a munkatársak számára: későbbi szakaszokban ennek segítségével látható, hogy a program megvalósítása az eredeti terv szerint halad-e, illetve, hogy szükséges-e bármilyen kiigazítás.

5.2 Pénzügyi szükségletek tervezése: A program pénzügyi szükségleteit (költségek) és a rendelkezésre álló kapacitásokat (költségvetés) is meg kell határozni, hogy lehetővé váljon a szükséges és a rendelkezésre álló források összevetése. A tervezett költségek nem haladhatják meg a rendelkezésre álló (vagy elérhető) költségvetési keretet. Ha nincs elegendő forrás, akkor pénzügyi terv készül a még szükséges pénzügyi eszközökről, vagy a projektterv (elérhető forrásokhoz igazított) módosításáról.

5.3 A team felállítása: A stáb azokból a munkatársakból áll, akik a programon dolgoznak (pl. menedzsmenntel, szakmai megvalósítással, értékeléssel foglalkozó munkatársak). A stáb tagjait (beleértve az önkénteseket is) a program szükségleteinek és az aktuális jogi előírásoknak megfelelően kell kiválasztani. A feladatok és felelősségi körök kiosztásánál törekedni kell arra, hogy mindig az arra legmegfelelőbb ember kerüljön adott munkakörbe, pozícióba.

5.4 Résztevők kiválasztása és programban tartása: A résztvevőket módszertanilag és etikailag korrekt módon kell kiválasztani a célcsoportból. A toborzás azt a folyamatot jelöli, amikor a „jogosult” egyéneket kiválasztják a célcsoportból, tájékoztatják őket a programról, meghívják őket a programban való részvételre, regisztrálják őket, és biztosítják, hogy valóban elkezdjék a beavatkozást. A résztvevők benntartása pedig arra utal, hogy megpróbálják a résztvevőket az intervencióban tartani annak befejeződéséig, és/vagy a kitűzött célok eléréséig. A részvételt akadályozó tényezőket fel kell tárni, és lehetőség szerint kiküszöbölni, hogy a résztvevők teljesíteni tudják a programot.

5.5 Programanyagok összeállítása: A program lebonyolításához szükséges anyagokat, úgymint intervenciók anyagok, a monitorozás és értékelés eszközei, technikai felszerelés, fizikai környezet (pl. helyiségek) stb. számba kell venni. Ezután véglegesíthető a pénzügyi terv, és el lehet kezdeni a szükséges anyagok beszerzését. Fontos, hogy az intervencióhoz használt intervenciók anyagok (pl. kézikönyvek, filmek, weboldalak) magas színvonalúak és a célcsoportnak megfelelőek legyenek.

5.6 Programleírás: A programleírás világos áttekintést ad a programról. Célja, hogy az érdekhordozók (pl. célcsoport, támogatók, szakmabeli érdeklődők) információt szerezhessenek a programról. Az intervenciót és az annak során végzett tevékenységeket részletesen be kell mutatni, bár a részletezés szükséges szintje függ magától az program tartalmától, valamint a programleírást olvasó közönségtől is. Amennyiben a leírást használják a résztvevők toborzása során is, akkor külön hangsúlyt kell helyezni a programban való részvételből származó előnyök, és a lehetséges kockázatok ismertetésére.

Ez a szakasz megvalósulhat a beavatkozás megtervezésével párhuzamosan is.

5.1 A program tervezése (a projektterv)

Egy drogrevenziós program nem csupán az intervencióból áll, az azt kísérő kutatások (pl. szükségletfelmérés, értékelés), valamint adminisztrációs feladatok (pl. projektmenedzsment, pénzügyi források előteremtése, munkatársak továbbképzése, résztvevők kiválasztása, a program promóciója stb.) is szerves részét képezik. Csak elkötelezett, komoly tervezési folyamat biztosíthatja valamennyi szempont összehangolását és az intervenció szisztematikus előkészítését, majd megvalósítását. A legfontosabb elem ebben a tekintetben az írásos projektterv, mely bemutatja a sikeres megvalósításhoz szükséges fő feladatokat és stratégiákat. A terv megírását nem mindig kell a nulláról kezdeni, elkészítéséhez felhasználhatók már meglévő pályázati anyagok vagy hasonló tartalmú dokumentumok.

A projektterv segíti a program megvalósítását azáltal, hogy a munkatársak számára egy egységes keretrendszert biztosít. A megvalósítás során, a projektterv használható az egyes programelemek megvalósulásának nyomon követésére és dokumentálására; annak megítélésére, hogy a beavatkozás megvalósítása követi-e az eredeti terveket; a program fejlődésének értékelésére; és az esetlegesen szükséges módosítások indoklására (pl. az ütemezésre vonatkozóan) (lásd 6 *Megvalósítás és monitorozás*). Így használva, a projektterv kulcsfontosságú információforrásként áll majd rendelkezésre a folyamatértékeléshez és a záró beszámoló elkészítéséhez is. A projektterv tehát még akkor is fontos eszköz, ha nem az eredeti tervet követik (pl. változás történik az ütemezésben). Ezen felül, a tartaléktervek (kontingencia tervek) lehetővé teszik, hogy a szolgáltatók hatékonyan kezeljék a felmerülő nehézségeket.

A projektterv dokumentálja a korábbi projektszakaszokban hozott döntéseket, és körvonalazza azok gyakorlati megvalósítását. Az, hogy egy projektterv mennyire részletes, a program jellegétől függ. Fontos, hogy kellően átfogó legyen ahhoz, hogy a munkatársak haszonnal forgathassák, és ne bürokratikus aktaként tekintsenek rá, ami nem képvisel hozzáadott értéket a program számára. Célszerű minden érdekhordozói csoport képviselőjének részt vennie a tervezésben (pl. célcsoport, fogadó szervezet). Ez nemcsak azt segíti elő, hogy a program megfeleljen a szükségleteiknek és az elvárásaiknak, hanem támogatásuk megszerzését is biztosíthatja a program későbbi szakaszaiban is (lásd B: *Kommunikáció és az érdekhordozók bevonása*). Ideális esetben a projekttervet a tervezői találkozón rendszeresen megvitatják, a program haladása és a soron következő lépések áttekintése végett (pl. a monitorozási folyamat részeként – lásd 6.3 *A megvalósítás monitorozása*).

Néhány szakember úgy vélheti, hogy a programtervezésre szánt idő „luxus”, „nem produktív”, mert nem közvetlenül a célcsoporttal foglalkozik. Azonban a szakirodalom áttekintésével és megvitatásával töltött idő, az elkészült tervek tanulmányozása stb. a magas színvonalú drogrevenziós munka lényegi eleme. Fontos lenne, hogy a megbízók és a támogatók segítsék az idekapcsolódó standardok teljesülését az által, hogy pénzügyi forrásokat biztosítanak a fentiekre is.

A projektterv különbözik a programleírástól, mely utóbbi külső személyeknek szól (pl. célcsoport, támogatók), és a programról ad tájékoztatást (lásd 5.6 *Programleírás*). Új pályázatok esetén érdemes olyan dokumentumot készíteni, mely egyaránt tartalmazza a projekttervet és a programleírást.

Alapvető standardok:	
5.1.1 Idő biztosítása a programtervezésre.	<i>Bizonyíték:</i> a becsült pályázati költségek között szerepel a tervezésre fordított idő költsége.
5.1.2 A program szisztematikus tervezése.	Vagyis idő biztosítása a tervezéshez; valamennyi projektszakasz tevékenységeinek átgondolása.
5.1.3 Átlátható tervezés és menedzsment.	<i>Megfontolások:</i> minden munkatárs tisztában van-e azzal, hogy hogyan történik a program tervezése és menedzselése?
5.1.4 Írásos projektterv készítése.	<i>Egyéb elnevezések:</i> munkaterv, akcióterv, megvalósítási terv.
5.1.5 A projektterv:	
– világos és mindenki számára érthető;	
– bemutatja és összeköti a program főbb elemeit;	<i>Példák:</i> a célpopuláció szükségletei, általános célok, főcélok, alcélok, értékelési indikátorok, értékelési kritériumok, tevékenységek, eredmények és értékelések közötti összefüggések ábrázolása. <i>Bizonyíték:</i> a programtevékenységek logikus folyamata grafikusan megjelenített (vagyis egy logikai modellben). <i>További útmutatás:</i> logikai modellekkel foglalkozik a <i>Hogyan érjünk el eredményeket? (Achieving outcomes)</i> c. kiadvány (CSAP 2002).
– alkalmas a program előrehaladásának nyomon követésére a megvalósítás során;	
– reális;	
– minden munkatárs számára hozzáférhető.	
5.1.6 A projektterv a következőket vázolja föl:	
– általános cél(ok), fő- és alcél(ok);	
– az egyes alcélokhöz tartozó tevékenységek;	
– a beavatkozás – a célcsoporttal végzendő konkrét tevékenységek;	<i>Megfontolások:</i> az intervenció során milyen tevékenységek valósíthatók meg a célcsoporttal, kiknek a segítségével és hogyan.
– a program minőségének monitorozására vonatkozó stratégia;	<i>Megfontolások:</i> programhűség, hatékonyság, résztvevők elégedettsége.
– a program ütemterve;	Vagyis a különböző szakaszok és tevékenységek tervezett kezdő, illetve befejező időpontjai. <i>Megjegyzés:</i> a konkrét kezdő és befejező időpontokat a megvalósítás során kell megadni.

– a résztvevők kiválasztásának és programban tartásának módja;	
– a stáb kiválasztásának folyamata.	
5.1.7 Tartalékterv (kontingencia terv) kidolgozása, amely felvázolja:	
– az esetlegesen felmerülő problémák megelőzésére és kezelésére vonatkozó szabályokat és eljárásokat;	Vagyis olyan lehetséges helyzetek felvázolása, amelyek veszélyeztethetik a program megvalósítását vagy sikerét, valamint e helyzetek megelőzésének, illetve kezelésének módjai. <i>Példa ilyen helyzetekre:</i> bizonyos tevékenységek a meghatározott időkereten belül nem teljesíthetők.
– a szervezeti kapacitásokkal összefüggő problémákra vonatkozó megoldási stratégiát.	<i>Példák helyzetekre:</i> távozó munkatárs, túlköltekezés.

További alapvető standardok, amennyiben értékelés tervezett:

5.1.8 A projektterv tartalmazza a következőket:	
– adatgyűjtési stratégia;	Vagyis, hogy ki fogja a méréseket végezni, mit fog mérni, mikor és milyen módon.
– végső értékelések határideje.	

További szakértői standardok:

5.1.9 Munkacsoport felállítása.	<i>Megjegyzés:</i> tagjai lehetnek a célcsoport és egyéb érdekhordozói csoportok képviselői.
5.1.10 A programtervezés folyamatának kialakítása.	<i>Megfontolások:</i> tervezéssel összefüggő felelősségi körök, jelentési rendszer kidolgozása, visszajelzések, utánkövetés.
5.1.11 Tervezői találkozók tartása és jegyzőkönyvbe vétele.	<i>Bizonyíték:</i> a munkacsoport rendszeres megbeszélései, melyek emlékeztetői hozzáférhetők.
5.1.12 Rövid-, közép- és hosszú távú szempontok figyelembevétele a program tervezése és megvalósítása során.	
5.1.13 Az írásos projektterv:	
– szisztematikus, lépésről lépésre kidolgozott;	
– egy általános projekttervből és részletes akcióterv(ek)ből áll;	
– a feladatokat munkacsomagok vagy munkafázisok szerint csoportosítja.	
5.1.14 A projektterv felvázolja a következőket:	

– a program sikere szempontjából legfontosabb tevékenységek;	Vagyis a „kritikus” tevékenységek.
– stratégia a célpopuláció programfejlesztésbe és -megvalósításba történő bevonására;	
– a projektterv rendszeres felülvizsgálatára vonatkozó ütemterv;	
– az intervenció elindításához szükséges előkészítő feladatok;	
– a külső együttműködők kiválasztására és megtartására vonatkozó módszerek;	<i>Példa külső együttműködőre:</i> fogadó szervezet (pl. iskola).
– a stáb képzésének módja;	
– a projektterv megvalósításáért felelős személyek megnevezése;	Vagyis a feladatok és a felelősségi körök kiosztása.
– a stáb szupervíziója;	
– a program dokumentációjára vonatkozó stratégia;	
– kommunikációs stratégia;	<i>Példa:</i> monitorozással összefüggő visszajelzések közvetítésének folyamata (pl. a stáb felé).
– külső személyekkel és szervezetekkel történő együttműködés formái.	<i>Példák külső személyekre és szervezetekre:</i> szociális munkások, pártfogó felügyelők, média, rendőrség.

5.2 Pénzügyi szükségletek tervezése

A drogprevenációs programok csak akkor valósíthatók meg és tarthatók fenn hosszú távon, ha a rendelkezésre álló és a szükséges erőforrások összhangban vannak. A finanszírozási források kulcsfontosságú erőforrások, mert ezek (indirekt módon) egyéb erőforrások hozzáférhetőségét is meghatározhatják. Az alábbi standardok a pénzügyi terv elkészítésére vonatkozó elvárásokat írják le. A pénzügyi tervnek tartalmaznia kell a programhoz szükséges pénzügyi követelményeket (költségeket) és a rendelkezésre álló kapacitásokat (költségvetés). A világos pénzügyi terv elősegíti, hogy elegendő forrás álljon rendelkezésre valamennyi tervezett tevékenység megvalósításához. E nélkül fennáll a kockázat, hogy a pénzügyi keretek kimerülése miatt a program megvalósítása félbeszakad.

A költségek arra a pénzösszegre vonatkoznak, amely (nagy valószínűséggel) szükséges a program megvalósításához. Fontos megjegyezni, hogy költségek nem csak a beavatkozás megvalósításával összefüggésben jelentkeznek. A teljes költség kiszámítása valamennyi, a projektterv gyakorlatba ültetéséhez szükséges erőforrás (pl. anyagok, stáb képzése, projektmenedzsment, értékelés) számbavételével történik. Olyan eszköztárak, mint a *“Drug Abuse Treatment Cost Analysis Program” (DATCAP) (Drogabúzus kezelésének költségelemzési programja)* (French 2004) segíthetnek reálisan megbecsülni a költségek teljes összegét. A standardok az alternatív költségek (lehetőségeköltségek)⁵ figyelembe vételét is ösztönzik, melyek természetben kifejezett elemeket is tartalmazhatnak, mint például az elvesztett idő (vagyis amit a munkatársak vagy a résztvevők nem tudnak más tevékenységekre fordítani a program következtében). Az alternatív költségek elemzésekor a munkatársak, résztvevők, és egyéb érdekhardozók szempontjait is érdemes figyelembe venni (CCSA 2009).

A költségvetés arra a pénzösszegre utal, amely a programmegvalósítás során (valószínűsíthetően) rendelkezésre áll, így az elkölthető pénz maximális összegét is megadja (tehát a költségek nem lehetnek magasabbak a költségvetésben szereplő összegnél). Ebből következik, hogy a költségeket a költségvetéssel összhangolva kell megtervezni. Ha a becsült költségek magasabbak, mint a becsült költségvetés, a szolgáltatónak további támogatás után kell néznie (lásd *A: Fenntarthatóság és finanszírozás*), vagy módosítania kell a projekttervet oly módon, hogy az megvalósítható legyen a rendelkezésre álló források keretein belül. A programfejlesztők segíthetnek a költségek finomításában, például kevésbé drága anyagokat használó, alternatív beavatkozási forma ajánlásával. A költséghatékonyság érdekében azonban nem szabad feláldozni az intervenció minőségét vagy hatásosságát (pl. a stábtagok számának csökkentése negatív hatással lehet a megvalósítás minőségére). Amennyiben a költségek csökkentése érdekében történő módosítások veszélyeztetnék a beavatkozás minőségét vagy hatásosságát, szükség lehet arra, hogy a megbízók és támogatók reálisabban mérjék fel a hasonló programok és az értékelés költségeit, és ennek fényében biztosítsák a finanszírozást.

Az alábbi standardok használhatók attól függetlenül, hogy a támogatás már rendelkezésre áll (pl. a szervezeti költségvetés részeként vagy már megkapott pályázati támogatás formájában) és/vagy még meg kell azt szerezni (pl. program fejlesztése egy pályázati

⁵ Abból adódó költség, hogy egy adott tevékenység választásával lemondunk más, ugyancsak nyereséggel bízható lehetőségekről, alternatívákról, más feladatok elvégzéséről (ford.).

kiírás kapcsán). A költségek és a finanszírozási források részletes lebontása, valamint az egyes költségelemek és költségvetés típusok egymáshoz rendelése lehetővé teszi az adott program költségvetésének elkülönítését, így valószínűbb, hogy az valóban rendelkezésre áll majd, amikor szükség lesz rá.

Amennyiben a programfejlesztők egy új programot terveznek, melyet a szolgáltatók egymástól függetlenül valósítanak majd meg, akkor nem biztos, hogy lehetséges vagy érdemes a program összes költségét és teljes költségvetését megbecsülni, hiszen azokat a szolgáltatók egymástól független körülményei befolyásolják. Ilyen esetekben a költségek becslése az intervenciós anyagokra, az engedélyezés költségére stb. vonatkozhat.

Alapvető standardok:	
5.2.1 Világos, érthető pénzügyi terv írásos formában.	Vagyis a költségek és a költségvetés meghatározása.
5.2.2 A program világos költségbecslésének elkészítése.	
5.2.3 A költségbecslés realisztikus a tervezett programra nézve.	
5.2.4 A program számára elérhető teljes költségvetés reális becslésének elkészítése.	
5.2.5 Támogató szervezetek és egyéb jövedelemforrások felsorolása.	
5.2.6 A rendelkezésre álló költségvetés az elképzelt program kívánalmainak megfelelő.	
5.2.7 A költségek és a költségvetés/elérhető források összekapcsolása.	
5.2.8 A költségvetés ellenőrzéséért felelős személy egyértelmű kijelölése.	
5.2.9 A könyvelés egyértelmű, átlátható.	
5.2.10 A költségvetés eleget tesz a jogi és egyéb általános követelményeknek.	<i>Példa jogi követelményekre: könyvelési előírások például a számlák megőrzésének időtartamára vonatkozóan.</i>

További szakértői standardok:	
5.2.11 A költségek részletezett és átfogó lebontása.	
	<p>Példák:</p> <ul style="list-style-type: none"> – a stáb – beleértve az önkénteseket is – költségei és időbeosztása; – alternatív költségek; – kézikönyvek és egyéb anyagok; – fix költségek, mint pl. bérleti díjak, helyszínek, technikai felszerelés; – projektmenedzsment és adminisztráció; – a stáb képzése; – résztvevők toborzása, kiválasztása és programban tartása; – adatgyűjtés, monitorozás és végső értékelések; – a programmal kapcsolatos információk terjesztésének költségei.

<p>5.2.12 A költségvetés átfogó és részletezett lebontása.</p>	<p>Vagyis a különböző finanszírozási források feltüntetése. <i>Példák finanszírozási forrásokra:</i> jótékonyági hozzájárulások, belső források. Lásd még: A: Fenntarthatóság és finanszírozás.</p>
<p>5.2.13 A pénzügyi szükségletek felülvizsgálata a megvalósítási szakaszban az esetlegesen felmerülő új prioritások, fejlesztések tükrében.</p>	

5.3 A team felállítása

Egy drogrevenziós program csak akkor lehet sikeres, ha megvalósításában a megfelelő emberek vesznek részt. A munkatársak (beleértve az önkénteseket is) kiválasztásánál figyelembe kell venni a törvényi előírásokat és a program szükségleteit. A szerepek és felelősségi körök elosztásánál fontos, hogy az adott feladatot mindig az arra leginkább alkalmas emberek végezzék.

A program típusa és tartalma határozza meg, hogy milyen végzettséggel és kompetenciákkal (pl. tudás, készségek, attitűdök) rendelkező munkatársak szükségesek a program sikeres megvalósításához. A C: *Munkaerő-fejlesztés* elnevezésű komponens tartalmaz a munkatársak kompetenciáira, a stáb képzésére, fejlesztésére és támogatására vonatkozó standardokat, a program tervezésétől a megvalósítás végéig.

Egy program tervezésekor a standardok gyakorlati értelmezése attól függ, hogy a stábot a későbbiekben kiválasztott munkatársak vagy a szervezet állandó munkatársai alkotják majd. Az alábbi standardok mindkét esetre vonatkozóan részletezik, hogy milyen szempontokat kell figyelembe venni a stáb összeállításánál.

Alapvető standardok:	
5.3.1 A stábtagok kiválasztására és alkalmazására vonatkozó eljárás rögzítése írásban.	
5.3.2 A stábtagok kiválasztása és alkalmazása összhangban van a jogi előírásokkal.	
5.3.3 A szervezeti struktúra és irányítás bemutatása írásban.	<i>Megjegyzés:</i> nagy szervezetek esetében a programért felelős részleg bemutatása elegendő.
5.3.4 A munkatársak alkalmazási formája egyértelmű, és összhangban van a nemzeti szabályozással.	<i>Bizonyíték:</i> a munkaszerződések kitérnek pl. az alkalmazottak jogaira, előnyökre, baleseti biztosításra, fizetésre, túlórapénzre, a kompenzáció egyéb formáira.
5.3.5 A program sikeres megvalósításához szükséges stáb meghatározása.	<i>Megjegyzés:</i> a stáb tagjai lehetnek szakmai munkatársak, önkéntesek, gyakornokok, külső közreműködők stb.
5.3.6 A stáb meghatározásakor a következők figyelembevétele:	
– szükséges munkakörök;	<i>Példák munkakörökre:</i> utcai megkereső munkatárs, alkoholfüggőkkel foglalkozó ápoló, adminisztratív munkatárs.
– szükséges stáblétszám;	<i>Bizonyíték:</i> feladatok és stábtagok számának aránya.
– szükséges végzettségek;	<i>Példák:</i> egyetemi fokozat releváns szakterületen, képzettség egészségfejlesztés, megelőzés területén.
– szükséges munkatársi kompetenciák.	

	<p>A C: <i>Munkaerő-fejlesztés</i> elnevezésű komponensnek megfelelően.</p> <p><i>Megjegyzés:</i> Valószínűsíthető, hogy a munkakörök között átfedések lesznek, vagyis ugyanazon egyén(ek) több különböző funkciót is elláthat(nak).</p> <p><i>Lehetséges funkciók/munkakörök:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – program vezetése, vagyis a projektmunka megfelelő szintű ismerete; – projektmenedzsment; – a beavatkozás megvalósítása; – a program minőségének és hatásosságának monitorozása; – adminisztratív és gazdálkodási feladatok, pl. könyvelés, beszerzés; – külső koordináció, vagyis kapcsolatépítés, együttműködések előkészítése, marketing.
5.3.7 A stáb összeállítása a célcsoportnak megfelelő.	<i>Példa:</i> a stábtagok etnikai hovatartozása, sokfélesége elfogadható a célcsoport számára.
5.3.8 A stáb tagjai között megfelelő a feladat- és funkciómegosztás.	
	<p><i>Megjegyzés:</i> a feladatok és funkciók elosztásánál szem előtt kell tartani a munkatársak végzettségét, eddigi szakmai tapasztalatait. A munkaterhelés legyen kiegyensúlyozott.</p> <p><i>Megfontolások:</i> Speciális végzettséget igénylő, vagy engedélyhez kötött feladatok a megfelelő kvalifikációval rendelkező munkatársak által végezhetők (pl. okleveles pszichológus); ha szükséges, külsős szakember is bevonható a stádba.</p>
5.3.9 A szükséges humán erőforrás rendelkezésre áll (fog állni).	<p><i>Megfontolások:</i> rendelkezésre álló idő, betölthető munkakörök, szükséges létszámú munkatárs elérhetősége.</p> <p><i>Bizonyíték:</i> meglévő munkatársak vagy hálózatok.</p>
5.3.10 A stábtagok készséggel vesznek részt a programban.	<i>Példa:</i> a tanárok elfogadják az iskolai intervenció szükségességét.
5.3.11 A stábtagok számára egyértelműek a kiosztott felelősségi- és feladatkörök.	<i>Bizonyíték:</i> a feladatok elosztása minden projektszakaszra vonatkozóan írásban megtörtént.
5.3.12 A stábtagok a program szükségleteinek megfelelően kerülnek kiválasztásra.	<i>Megjegyzés:</i> ez vonatkozhat az állandó munkatársak programba való bevonására, valamint új munkatársak felvételére is.

További szakértői standardok:	
5.3.13 A stáb kiválasztásának és alkalmazásának írásban rögzített folyamata tartalmazza az alábbiakat:	
– a belső munkaerő-kiválasztási szabályok, amennyiben a hatályos jogszabályok túl általánosak;	<i>Megfontolások:</i> szakmai képzettség és/vagy tapasztalat, célcsoport elvárásai a stábbal szemben.
– gyakornokok és önkéntesek programba történő bevonásának szabályai;	Alapvető standard gyakornokok és önkéntesek bevonása esetén. <i>Megjegyzés:</i> például erkölcsi bizonyítvány kérhető.
– olyan munkatársak bevonásának szabályai, akikkel korábban (vagy jelenleg) problémák voltak (vannak).	
	<p>Alapvető standard gyógyult vagy jelenleg is droghasználó személy alkalmazása esetén.</p> <p><i>Megjegyzés:</i> a szabályok legyenek tekintettel arra, hogy a foglalkoztatás a volt vagy jelenlegi droghasználók szociális integrációjában és rehabilitációjában kiemelten fontos értéket képviselhet. Ne kerüljön általánosan elutasításra olyan gyógyult vagy aktív droghasználó, aki szeretne munkatapasztalatot szerezni (UKDPC 2008). A szabályozás vonatkozhat a munkatársak továbbképzésével kapcsolatos elvárásokra is (lásd C: <i>Munkaerő-fejlesztés</i>).</p> <p><i>Példák problémákra:</i> legális vagy illegális droghasználattal kapcsolatos jelenlegi vagy korábbi probléma, büntetett előéletű személyek, gyermekek ellen elkövetett korábbi bűncselekmények.</p>
5.3.14 A stáb jelenlegi szakmai képzettségének feltüntetése.	<i>Példák meglévő munkatársakra:</i> gyakorlati szakember, programmenedzser.

5.4 Résztevők kiválasztása és programban tartása

Résztevők azok a személyek, akik közvetlenül részt vesznek az adott beavatkozásban, vagy akiket az közvetlenül elér (pl. részt vesznek egy intervenció tevékenységben, vagy közvetlenül eljut hozzájuk valamilyen drogrevenüció üzenet). A program típusától függően, a résztvevők vagy a végső- (pl. droghasználat szempontjából kockázati csoportnak számító fiatalok), vagy a közös célcsoportból kerülnek kiválasztásra (pl. család, kortársak, tanárok) (lásd 3.1 A célcsoport meghatározása).

A toborzás során kiválasztják a célcsoportból a megfelelő egyéneket, tájékoztatják őket a programról, felkérlik őket a részvételre, regisztrálják őket, és biztosítják, hogy valóban elkezdjék a beavatkozást (pl. részt vegyenek az első foglalkozáson). A programban való részvétel sokféle módon ösztönözhető (pl. utcai megkereső munka, szóbeli tájékoztatás, hirdetések, más szervezetek bevonása) (UNODC 2009a). A résztvevők toborzása és kiválasztása során is szem előtt kell tartani az etikus drogrevenüció alapelveit, és ahol lehetséges, átlátható, megbízható és részletes információkat kell nyújtani a programról, illetve meg kell szerezni a résztvevők beleegyezését a programban való részvételbe (lásd D: Etikus drogrevenüció, 5.6 Programleírás).

A résztvevőkből álló mintának reprezentálnia kell a célcsoportot (tehát tükröznie kell annak jellegzetességeit), hogy az eredmények általánosíthatók legyenek a tágabb célcsoportra nézve. Ez alapvető követelmény, amennyiben a beavatkozás tudományos kísérlet része. Ilyenkor a torzítás elkerülése érdekében fontos, hogy a résztvevők módszertanilag helyesen kerüljenek kiválasztásra. Erre a legalkalmasabb a véletlenszerű mintavétel, melynél minden egyes egyén vagy természetes csoport (pl. iskolai osztály) ugyanazzal az eséllyel kerülhet a mintába. A véletlenszerű kiválasztás történhet számítógép által generált véletlenszámok segítségével is. A résztvevői mintának kellően nagyoknak kell lenni ahhoz, hogy többféle statisztikai elemzés (megfelelő erejű statisztikai próbák) is elvégezhető legyen. Amennyiben a beavatkozás nem tudományos kísérlet részeként valósul meg (pl. folyamatos, kliensközpontú szolgáltatások), egyéb módszerek is alkalmazhatók a résztvevők kiválasztására. Ilyenkor nagyon fontos dokumentálni a kiválasztási metódust, hogy az mások számára is átlátható legyen.

A résztvevők benntartása arra utal, hogy az intervenció befejeződéséig és/vagy a kitűzött célok eléréséig (amelyik megfelelőbb) (a "befejezés" definíciójára vonatkozóan lásd még a 4.1 A minőség és hatásosság szempontjainak érvényesítése elnevezésű komponenst) a résztvevőket megpróbálják a programban tartani. A beavatkozás hatásosságának biztosításához a résztvevők benntartása alapvető fontosságú (a résztvevőkkel nem érhetők el a célok, ha idő előtt abbahagyják a programot). Különösen fontos a résztvevők benntartása a programban, ha eredményértékelés is tervezett (lásd 4.4 Végső értékelés tervezése, 7.1 Eredményértékelés). Amennyiben nem áll rendelkezésre az intervenció befejezése után gyűjtött eredménymutató minden résztvevőtől, akkor a kisebb mintanagyság következtében előfordulhat, hogy nem lehet elvégezni valamennyi tervezett statisztikai számítást. Ebben az esetben olyan elemzéseket kell alkalmazni, melyek figyelembe veszik a beavatkozásból való visszalépéseket vagy kieséseket, mint például a kezelési szándék szerinti elemzés (Intention-to-Treat, ITT analysis). Amennyiben az értékelés tanulságait általánosítani szeretnénk a tágabb célpopulációra, meg kell vizsgálni azt is, hogy a beavatkozásból

kiesők különböznek-e, és ha igen, mennyiben-, azoktól, akik bennmaradtak. A megfelelő pénzügyi tervezés azért is fontos, hogy elegendő forrás álljon rendelkezésre ahhoz, hogy minden résztvevő be tudja fejezni a beavatkozást (lásd 5.2 *Pénzügyi szükségletek tervezése*).

A résztvevők toborzása és programban tartása nagyobb valószínűséggel sikerülhet, ha különböző eszközökkel megpróbálják vonzóbbá tenni a programban való részvételt. Fontos elem a részvételt potenciálisan akadályozó tényezők azonosítása és kiküszöbölése. Ezek lehetnek gyakorlati jellegű (pl. nem megfelelő helyszín vagy időpont, családi kötelezettségek, írástudatlanság) vagy kevésbé kézzel fogható akadályok (pl. a résztvevők stigmatizálódásának kockázata, kulturálisan nem elfogadható a program, irrelevánsnak vélik a beavatkozást). Lehetséges a résztvevők kényelmét szolgáló ösztönzők vagy szolgáltatások nyújtása is (pl. tömegközlekedés költségeinek kifizetése, gyermekmegőrzés biztosítása, valamilyen „jutalom” felajánlása a beavatkozás teljesítéséért). A pénzügyi ösztönzők alkalmazásának meg kell fontolni a lehetséges előnyeit és hátrányait. Készpénz helyett szerencsésebb lehet utalványokat (pl. étkezési jegyek, ajándékutalványok) adni, amennyiben fennáll a veszélye, hogy a résztvevők a pénzt drogra költenék. A program hozzáférhetősége is javítható, például a nehezen elérhető csoportok bevonására tett külön erőfeszítések révén.

A résztvevők bennmaradási arányára gyakran a program egészének minőségét jelző indikátorként tekintenek (azaz, ha a résztvevőknek „tetszik” a program, részt is vesznek benne). Még ha a komolyabb problémával (szükséglettel) rendelkező résztvevők nagyobb valószínűséggel esnek is ki a programból, a bennmaradók aránya valóban függhet magától a programtól is. Például, a stáb összetétele és viselkedése hatással lehet a bennmaradók arányára (lásd 5.3 *A team felállítása, C: Munkaerő-fejlesztés*), vagy az intervenció tartalmára és megvalósítási módjára. A standardfejlesztő konzultációk szerint a beavatkozás illesztése a célcsoport igényeihez fontos tényező a résztvevők benntartásában (lásd 4.3 *A beavatkozás illesztése a célcsoporthoz*). Előfordulhat, hogy a szolgáltatók a megvalósítás közben változtatnak az intervención, például a tervezett előadás helyett interaktív foglalkozást tartanak az iskolai osztályban, ha a tanulók nagyon fáradtak. Az ilyen módosításoknak azonban indokoltnak kell lenniük: a módosítás nem mehet a programhűség és a hatásosság rovására (lásd 6.4 *Módosítások a megvalósítás során*). Ideális esetben az intervenció tervezése biztosítja a megfelelő szintű rugalmasságot (pl. körvonalazza, hogy a foglalkozások sorrendje hogyan változtatható annak érdekében, hogy illeszkedjen a résztvevők adott napi szükségleteihez).

Figyelnünk kell ugyanakkor arra, hogy a bennmaradási arány növelése érdekében ne szoruljanak háttérbe az etikus drogprevenáció alapelvei. Amennyiben a részvétel nem a törvény által előírt, annak önkéntességen kell alapulnia. A szolgáltatóknak tiszteletben kell tartania a résztvevők jogait, így az indoklás nélküli kilépés lehetőségét is, a beavatkozás bármely pontján. A résztvevők szabad egyénként kezelendők, és akarataik ellenére nem kényszeríthetők a programban maradásra.

Nem minden prevenció tevékenység esetén lehetséges vagy szükséges a fentiekben vázolt módon toborozni és megtartani a résztvevőket. Utcai megkereső munkánál például, az itt felvázolt alapelvek figyelembe vétele mellett, egy kevésbé formális megközelítés működőképesebb lehet. Bizonyos esetekben a toborzás és a benntartás egyének helyett nagyobb csoportokra is irányulhat (pl. a fogadó szervezetre). Például, iskolában folytatott általános prevenció tevékenység esetén a gyerekeket nem kell formálisan

toborozni és benntartani a programban, ha a drogvenció a tanterv részét képezi. A toborzás és benntartás ilyenkor magukat az iskolákat célozza (pl. iskolák tájékoztatása a programról, az iskola és a szolgáltató közötti együttműködés folyamatosságának biztosítása) (lásd *B: Kommunikáció és az érdekhordozók bevonása*).

További információk találhatóak a résztvevők toborzásáról és programban tartásáról az alábbi kézikönyvben: *Útmutató családi készségek fejlesztését célzó drogvenció program megvalósításához (Guide to implementing family skills training programmes for drug abuse prevention)* (UNODC 2009a). Azt itt található standardok elsődlegesen ezen a kiadványon alapulnak.

Alapvető standardok:	
5.4.1 A résztvevők célpopulációból történő kiválasztásának módja egyértelmű.	Vagyis világos, hogy a teljes célpopulációból hogyan kerülnek kiválasztásra a beavatkozásban résztvevők.
5.4.2 Meghatározott a résztvevők toborzásának módja.	Vagyis világos, hogy a célpopulációt hogyan hívják meg a beavatkozásban való részvételre. <i>Példa toborzási módszerre:</i> tájékoztató poszter kihelyezése STD klinikákon.
5.4.3 Különböző intézkedések a résztvevők számának maximalizálása és a résztvevők programban tartása érdekében. A program:	
– a célpopuláció számára anyagilag nem megterhelő;	Vagyis alacsony áron vagy ingyenesen elérhető.
– a célpopuláció számára alkalmas időpontokban és helyszíneken zajlik;	
– a résztvevők adatait bizalmasan kezeli;	
– kerüli a résztvevők, valamint a tágabb célpopuláció megbélyegzését.	<i>Cél:</i> biztosítani, hogy a résztvevők ne szégyelljék a részvételüket a programban.

További alapvető standardok, amennyiben a toborzás részeként a résztvevők tájékoztatást kapnak a programról:	
5.4.4 A programról adott információ:	Lásd még: 5.6 Programleírás.
– valóságos és naprakész;	
– a célpopuláció számára megfelelő és érthető;	
– a megfelelő médiumokon és kommunikációs csatornákon keresztül közvetített.	

További szakértői standardok:	
5.4.5 A résztvevők kiválasztása a célpopulációból a következőképp történik:	
– valószínűségi mintavétel alkalmazásával;	Alapvető standard, ha a beavatkozás randomizált kontroll vizsgálat (RCT) részeként valósul meg.

<ul style="list-style-type: none"> – meglévő szakmai hálózatok és egyéb tevékenységek segítségével; 	<i>Példák:</i> létező iskolai vagy közösségi kapcsolatok, utcai megkereső munka.
<ul style="list-style-type: none"> – a célpopuláció tagjai életének fontos, releváns időszakaiban (amikor a leginkább sérülékenyek). 	<i>Példák:</i> várt események, pl. általános iskolából középiskolába való átlépés; nem várt események, pl. szülők válása (UNODC 2009a: 24. o.).
5.4.6 A programban való részvétel lehetősége a célpopuláció minden tagja számára nyitva áll.	
	<p>Vagyis nem diszkrimál a célpopuláció tagjai között. <i>Megjegyzés:</i> amennyiben indokolható a célpopuláció egyes tagjainak kizárása, akkor a célpopuláció definíciója revízióra szorulhat. <i>Megfontolások:</i> egyenlő hozzáférés a programhoz életkorra, nemre, etnikai- és vallási hovatartozásra való tekintet nélkül.</p>
5.4.7 A lehetséges résztvevőket toborzó személy megfelelő kiválasztása.	<i>Példa:</i> inkább sikeres korábbi résztvevő, mint egyetemi kutató.
5.4.8 A célcsoport tájékoztatást kap a programról.	
5.4.9 Nyilvánosan elérhető információk a programról.	
5.4.10 A résztvevők számának maximalizálása és a résztvevők benntartása érdekében a program:	
<ul style="list-style-type: none"> – szükségtelen késedelem nélkül elérhető (elindul); 	<i>Példa:</i> a programba való felvétel és az első foglalkozás között eltelt idő a lehető leg-rövidebb.
<ul style="list-style-type: none"> – azonosítja a részvételt akadályozó esetleges gyakorlati tényezőket, és lépéseket tesz azok kiküszöbölésére; 	<i>Példa akadályokra:</i> írástudatlanság. <i>Példa lehetséges intézkedésekre:</i> a problémák megvitatása a résztvevőkkel az első foglalkozás alkalmával, ötletbörze megoldások találására.
<ul style="list-style-type: none"> – a részvételt megkönnyítő szolgáltatásokat nyújt; 	<i>Példák szolgáltatásokra:</i> gyermekmegőrzés, étkeztetés, utaztatás, lehetőség arra, hogy a résztvevők ismerősöket hozzanak bizonyos foglalkozásokra (pl. házastárs, munkáltató, idősebb hozzátartozó).
<ul style="list-style-type: none"> – a résztvevők számára választási lehetőséget biztosít a stábtagekkel illetően, beleértve a résztvevőkéhez hasonló háttérrel rendelkező munkatárs elérhetőségét; 	
<ul style="list-style-type: none"> – ösztönzőket kínál a résztvevők számára; 	<i>Példák ösztönzőkre:</i> apró ajándékok vagy "tombola", befejezési ünnepség szervezése a résztvevőkkel együtt (UNODC 2009a).
<ul style="list-style-type: none"> – külön erőfeszítéseket tesz a nehezen elérhető populációk elérése érdekében. 	<i>Megjegyzés:</i> a nehezen elérhető populációk tagjai olyan emberek, akik nem férnek hozzá programokhoz és szolgáltatásokhoz az életvitelük okozta marginalizáció és a társadalmi kirekesztés következtében. <i>Példa ilyen csoportokra:</i> tanulók (és családjaik), akiket kizártak az iskolából.

5.5 Programanyagok összeállítása

E komponens standardjai a program megvalósításához szükséges anyagokra vonatkoznak. Ide tartoznak a monitorozás és az értékelés eszközei (pl. kérdőívek), a technikai felszerelés (pl. számítógépek, DVD lejátszó, projektor), a fizikai környezet (pl. külső és belső helyszínek), stb. A szükséges anyagok pontos meghatározásával a költségbecslés véglegesíthető a pénzügyi tervben (lásd 5.2 *Pénzügyi szükségletek tervezése*), és elkezdődhet a szükséges anyagok beszerzése.

A komponens külön hangsúlyt helyez azokra az anyagokra, melyek a beavatkozás (szakmai) tartalmának megvalósításához szükségesek („intervenciós anyagok”), mint például munkafüzetek, DVD-k, a munkatársak kézikönyvei, előadások, honlapok stb. Az ezekben szereplő információknak, valamint az alkalmazott média típusainak alkalmazkodni kell a megcélzott felhasználók igényeihez. Például az intervenciós anyagoknak illeszkedniük kell a célcsoport szükségletfelmérés során azonosított szükségleteihez és jellemzőihez. (lásd 1 *Szükségletfelmérés*, 4.3 *A beavatkozás illesztése a célcsoport*hoz). Az intervenciós anyagoknak meg kell felelniük az etikus drogreprevenció alapelveinek is: valósághű információkat kell tartalmazniuk, kerülve a résztvevők megfélemlítését és manipulálását (lásd D: *Etikus drogreprevenció*).

Az alkalmazott média típusának (pl. internet, könyvek, filmek) összhangban kell lennie a szükségletfelmérés során szerzett információkkal, az elméleti modellel és a rendelkezésre álló tudományos bizonyítékokkal (lásd 1 *Szükségletfelmérés*, 3.2 *Elméleti modell alkalmazása*, 3.5 *A hatásosság bizonyítékai*). A rendelkezésre álló források lehetnek korlátozottak, de az intervenciós anyagoknak olyannak kell lenniük, amiket a célpopuláció tagjai maguk is használnak és/vagy amiket a célpopuláció nagy valószínűséggel ismer. Néha a szolgáltatók azért döntenek egy bizonyos megvalósítási forma mellett, mert az olcsó, könnyen hozzáférhető, vagy egyedülállóan, innovatívnak tűnik (pl. internetes közösségi oldalak). Az ilyen megfontolások azonban nem szoríthatják háttérbe azt a kívánalmat, hogy a megvalósítás eszközeinek illeszkednie kell a célpopuláció szükségleteihez (pl. internet alapú drogreprevenció nem alkalmas számítógép-használatban nem jártas résztvevők esetében).

Amennyiben lehetséges, az intervenciós anyagokat a célpopuláció körében előzetesen tesztelni kell, hogy azok számukra biztosan vonzóak, érdekesek, könnyen érthetőek és érettségüknek megfelelőek legyenek (lásd 6.1 *Próba beavatkozás*). Az alkalmazott anyagokat a tesztelés eredményeihez kell igazítani.

Minthogy nem minden drogreprevenációs program használ intervenciós anyagokat, az itt szereplő standardok csak akkor érvényesek, ha a program használ ilyeneket.

Alapvető standardok:	
5.5.1 Az program megvalósításához szükséges anyagok meghatározása.	<i>Példák:</i> intervenció anyagok (pl. munkafüzet, DVD, a stáb kézikönyvei), monitorozás és értékelés eszközei, technikai felszerelés, fizikai környezet. <i>Megjegyzés:</i> itt akár az is jelezhető, hogy a program nem használ segédanyagokat.

További alapvető standardok intervenció anyag használata esetén:	
5.5.2 Az intervenció anyagok által nyújtott információ:	
– specifikus;	
– a felhasználók (vagyis a résztvevők, illetve a stáb) szükségleteinek megfelelő;	
– naprakész;	
– valóság-hű tényeket közöl;	
– nem elfogult a droghasználat pozitív és negatív aspektusait illetően;	<i>Cél:</i> az információ torzításának és a résztvevők manipulációjának elkerülése. <i>Megjegyzés:</i> egyes beavatkozás-típusok esetén a droghasználat pozitív aspektusai nem relevánsak (pl. a droghasználat jogi következményeinek bemutatásakor). Lásd még: <i>D: Etikus drogprevenció.</i>
– megfelelően szerkesztett.	Vagyis pontos, követhető, izlésesen bemutatott.

További szakértői standardok:	
5.5.3 Az anyagok költségei összhangban vannak a rendelkezésre álló költségvetéssel.	Alapvető standard, amennyiben bármilyen anyag szükséges. <i>Megfontolások:</i> anyagok költségei, munkatársak képzési szükséglete.
5.5.4 Már meglévő, potenciálisan felhasználható anyagok számbavétele és alkalmazhatóságuk ellenőrzése.	<i>Cél:</i> erőforrások optimális kihasználása. <i>Példák meglévő anyagokra:</i> intervenció anyagok (pl. kézikönyvek), monitorozási és értékelési eszközök.
5.5.5 Az intervenció anyagokban szereplő információk:	
– nem túlzottan leegyszerűsítettek;	
– hivatkozással ellátottak.	Alapvető standard a stábtagek kézikönyveire vonatkozóan.
5.5.6 Az intervenció anyagok elérhetők:	<i>Példák intervenció anyagokra:</i> kézikönyvek, kiosztott dokumentumok.
– a stábtagek és a résztvevők számára;	
– egyéb releváns érdekhordozók számára.	<i>Példák további releváns érdekhordozókra:</i> a célcsoport olyan tagjai, akik nem vesznek részt a programban, szakértők, tanárok, laikusok.

5.6 Programleírás

A programleírás célja, hogy minden érintett (a célcsoport tagjai, a támogatók és más érdekhordozók) betekintést nyerhessen a programba. A leírás célja tehát világos áttekinthetést nyújtani a programról. Ha a leírás a célcsoport tájékoztatására is szolgál (pl. a toborzás során), akkor külön ki kell emelni a részvétel feltételeit és a részvétellel járó következményeket (pl. ár, előnyök, kockázatok).

A program tartalmától, valamint a leendő olvasóktól függ az, hogy mennyire kell a programleírásnak részletesnek lennie. Amennyiben a leírást a résztvevők toborzásához használják, az intervenció tevékenységeit olyan részletességgel kell bemutatni, hogy annak alapján a lehetséges jelentkezők el tudják dönteni, hogy szeretnének-e részt venni a programban vagy sem (lásd 5.4 *Résztvevők kiválasztása és programban tartása, D: Etikus drogvédelem*). Lehetséges ugyanakkor, hogy a megvalósítás során a program bizonyos elemei változnak, és ha a leírás túl részletes volt, később nem szándékoltan ugyan, de úgy tűnhet, hogy bizonyos részletek nem felelnek meg a valóságnak. A leírásnak tehát elég általánosnak kell lennie ahhoz, hogy kellő mértékű rugalmasságot és változtathatóságot biztosítson. Ez különösen fontos, ha a programleírás pályázati jelentkezéshez készül.

Amennyiben a programleírás a megvalósítás során kívülálló számára is elérhetővé válik (pl. az iskolai drogpolitika részeként vagy a szolgáltató honlapján), akkor tartalmát rendszeresen frissíteni kell, hogy a benne szereplő információk mindig naprakészek legyenek. Ha a program a jövőben új résztvevők bevonásával folytatódik, az eredeti megvalósítást követően (a tapasztalatok fényében) a programleírást aktualizálni kell, hogy tartalmazza az újabb információkat és tükrözze az esetleges módosításokat is.

A programleírás különbözik a projekttervtől, mely utóbbi egy belső felhasználásra szánt iránymutató dokumentum a program megvalósításához (lásd 5.1 *A program tervezése (a projektterv)*). Új pályázati dokumentum készítése esetén érdemes olyan anyagot készíteni, mely magában foglalja mind a programleírást, mind a projekttervet. A programleírás különbözik a záró beszámólótól is, mely a program megvalósításának tapasztalatait és tanulságait foglalja össze annak befejeztével (lásd 8.3 *Záró beszámoló készítése*).

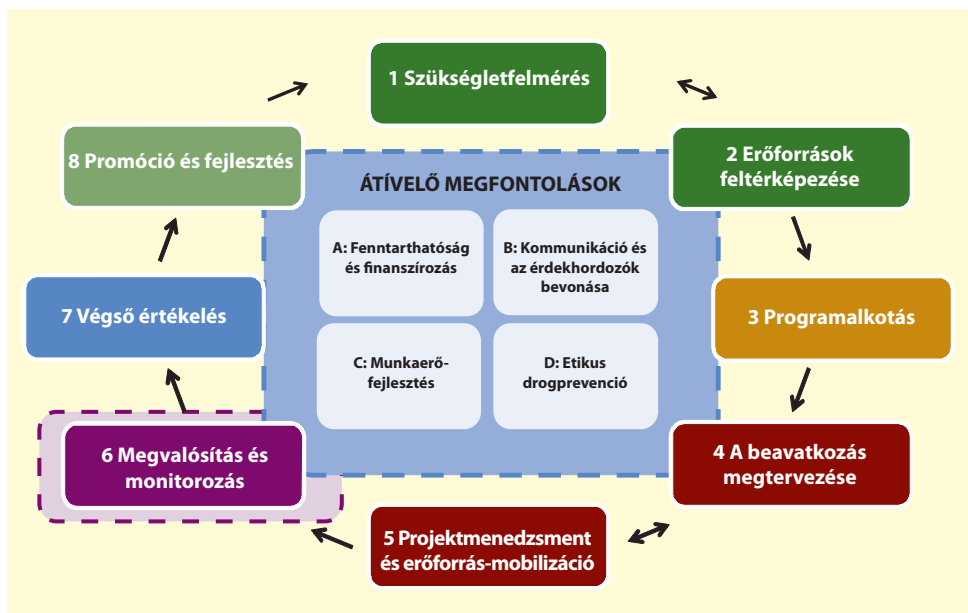
Alapvető standardok:	
5.6.1 A programleírás rendelkezésre áll írásos formában.	
5.6.2 A programleírás:	
– világos és érthető valamennyi célközönség számára;	
– (legalább részben) hozzáférhető valamennyi célközönség számára;	<i>Példák célközönségre:</i> célcsoport, támogatók.
– rendszeresen felülvizsgált a megvalósítás során bekövetkező változások követése érdekében.	

5.6.3 A programleírás felvázolja a következőket:	
– a program indoklása;	<i>Megjegyzés:</i> előfordulhat, hogy a stábtagok bizonyos információkat nem szeretnének megadni (pl. a szükségletfelmérésből származó szenzitív adatok; arra vonatkozó előrejelzések, hogy a populáció körében milyen következményei lehetnek, ha a beavatkozás nem valósul meg. <i>Példa:</i> a szükségletfelmérés eredményei.
– általános célok, főcélok, alcélok;	
– célcsoport definíciója;	
– a beavatkozás;	
	Vagyis a beavatkozás tartalmát és a beavatkozás során a résztvevőkkel folytatott tevékenységeket. <i>Megfontolások:</i> a tevékenységek időtartama, intenzitása és gyakorisága, besorolás: általános, célzott, javallott vagy lépcsőzetes prevenció. <i>Példák a felépítésre:</i> alcéloknak, szintereknek megfelelően (ha több szintér is van).
– a program ütemterve;	Vagyis a tervezett kezdő és befejezési időpontok.
– a részvételből várható hasznok;	
– a részvétellel járó kockázatok;	
– a résztvevők bizalmas adatainak kezelésére vonatkozó szabályok.	

További szakértői standardok:

5.6.4 A programtevékenységek logikus menetének grafikai megjelenítése.	Vagyis egy logikai modellben történő megjelenítése.
5.6.5 A leírás felvázolja a következőket:	
– az alkalmazott elméleti modell;	
– a hatásosság bizonyítékai;	<i>Példa bizonyítékra:</i> hivatkozás a szakirodalomra
– értékelési indikátorok és kritériumok;	Vagyis az eredmény- és/vagy folyamatmérések és a különböző becslések felvázolása.
– már létező beavatkozás tervezett adaptációi;	
– a program kapacitása;	Vagyis a résztvevők minimális és maximális száma.
– a résztvevők jogaira vonatkozó nyilatkozat;	
– a résztvevők biztonságának szavatolására vonatkozó minimális szabályok;	
– etikai kódex;	
– a programban való részvétel ára.	Alapvető standard, amennyiben a programban való részvétel nem ingyenes.

6 Megvalósítás és monitorozás



Ebben a szakaszban következik az előzetesen elkészített tervek gyakorlatba való átülte-tése. Ezen a ponton különösen fontos megtalálni az egyensúlyt a programhűség (vagyis a projektterv követése) és a kellő rugalmasság (vagyis az új fejleményekre történő reagálás) között. A következő standardok felvázolják, hogy hogyan teremthető meg ez az egyensúly a megvalósítás minőségének és előrehaladásának figyelemmel kísérésével, valamint a program adott kereteken belüli módosításával.

6.1 Próba beavatkozás: Bizonyos esetekben az intervenciót annak kisléptékű megvaló-sításával tesztelik. Ez segíthet olyan gyakorlati problémák és egyéb gyengeségek azono-sításában, melyek az elméleti tervezés során nem merültek fel, és lehetővé teszi, hogy a program tervezői még a megvalósítást megelőzően, költségkímélő módon módosíthas-sanak a beavatkozáson.

6.2 A beavatkozás megvalósítása: Amennyiben elegendő bizonyíték áll rendelkezésre arra vonatkozóan, hogy a tervezett beavatkozás várhatóan hatásos, megvalósítható és eti-kus lesz, az intervenció a projekttervben foglaltaknak megfelelően megvalósításra kerül. A későbbi értékelések és jelentések elkészítését elősegítendő, a megvalósítást részletesen dokumentálni kell, beleértve a nem várt eseményeket, eltéréseket és kudarcokat is.

6.3 A beavatkozás monitorozása: A program megvalósítása során az előrehaladás rendszeres felülvizsgálata segít az esetlegesen szükséges módosítások azonosításában. A megvalósítás alatt, meghatározott időközönként eredmény- és folyamatmutatókat gyűjtenek, például a beavatkozás relevanciájával, projekttervhez való hűségével és ha-tásosságával kapcsolatban. Az intervenció, illetve a program egyéb elemeinek gyakorlati

megvalósítása összevetésre kerül a projekttervvel. A monitorozás biztosítja a gyakorlati megvalósítás magas színvonalát, és lehetővé teszi, hogy a szolgáltató még azelőtt reagáljon a megváltozott vagy újonnan felmerült szükségletekre, mielőtt azok veszélyeztetnének a program sikerét, ezáltal is növelve a prevenciós gyakorlat színvonalát.

6.4 Módosítások a megvalósítás során: A megvalósításnak kellően rugalmasnak kell maradnia ahhoz, hogy a megvalósítás során felmerülő problémákat, megváltozott prioritásokat stb. kezelni tudja. Ahol szükséges és lehetséges, ott a program megvalósítását folyamatosan a monitorozás eredményeihez kell igazítani. Ugyanakkor törekedni kell a módosítások számának minimalizálására. A módosításoknak kellően indokoltnak kell lenniük, és azok lehetséges negatív hatásait is számba kell venni. Minden változtatást dokumentálni és értékelni kell, hogy látható váljon a résztvevőkre és a program sikerére gyakorolt hatásuk.

6.1 Próba beavatkozás

Még ha elméletben jól megalapozott is a program, lehetséges, hogy a gyakorlatban a várttól eltérően működnek a dolgok. Kiderülhet például, hogy a célcsoport nem áll készen az intervencióban való részvételre, vagy hogy az intervenció anyagokat a résztvevők nem a várt módon fogadják, vagy jelentkezhetnek más, előre nem látott, a részvételt akadályozó tényezők (lásd 5.4 *Résztvevők kiválasztása és programban tartása*). Különösen akkor maradhatnak rejtve ezek a tényezők a tervezési fázisban, ha a program kidolgozása a célcsoport képviselőinek bevonása nélkül történt. A megvalósítás alatt igen költséges lehet ilyen problémákkal szembesülni, melyeket ha nem sikerül kielégítően kezelni, előfordulhat, hogy a program megvalósítását el kell halasztani, vagy akár teljesen le kell állítani. A próba beavatkozás alkalmat ad arra, hogy kevésbé költséges módon változtatásnak az intervenció kialakításán és a projektterven, még a program széleskörű megvalósítását megelőzően.

A próba beavatkozás az intervenció kis léptékű, előzetes kipróbálását jelenti, annak teljes megvalósítása előtt (pl. kevesebb résztvevővel, csak egy vagy két helyszínen). Célja a tervezett beavatkozás gyengeségeinek feltérképezése, például a megvalósíthatósággal (pl. megfelelően becsülték-e fel a szükséges erőforrásokat; nem túl vakmerőek-e a program célkitűzései?), a hatással (pl. jelentkeznek-e a várt eredmények?), valamint a tartalom, az intervenció anyagok, az értékelési eszközök stb. megfelelőségével kapcsolatban (UNODCCP 2000). A próba beavatkozás során folyamatmutatókat és – korlátozottan rendelkezésre álló – eredménymutatókat gyűjtenek és kisebb léptékű értékelést végeznek. Ennek az előzetes értékelésnek az információit használják fel a végleges intervenció finomításához.

A standardfejlesztő konzultációk javaslatai alapján, a program sajátos körülményeitől függ, hogy szükséges-e próba beavatkozást végezni, mivel az erőforrások általában szűkösek. Próba beavatkozás megvalósítása abban az esetben kulcsfontosságú, amennyiben:

- korábban még nem valósították meg az intervenciót (vagyis új intervencióról van szó);
- már meglévő, de jelentősen módosított intervenció használatakor;
- a program jelentős anyagi támogatásban részesül (pl. minisztériumtól);
- a programot széles körben szeretnék elterjeszteni (pl. országosan);
- új intervenció anyagok tesztelése szükséges (pl. kézikönyv, honlap);
- a beavatkozás tudományos kutatás részeként valósul meg (és a próba beavatkozás „hatásossági tesztként” szolgál).

Előfordulhatnak természetesen egyéb olyan helyzetek is, amikor kulcsfontosságú a próba beavatkozás, a fenti lista csupán a legjellemzőbb eseteket sorolja fel. Nem feltétlenül szükséges próba beavatkozás abban az esetben, ha kellő körültekintéssel adaptált, a múltban sikeresen megvalósított intervenciót használ a program (lásd 4.2 *Már létező beavatkozás adaptálása*).

A próba beavatkozás nem minden esetben kivitelezhető gyakorlati tényezők vagy erőforráshiány miatt. Például egy eleve kis volumenű program esetén nehezen megvaló-

sítható egy még kisebb volumenű tesztbeavatkozás (pl. célzott prevenciós program mindössze egy iskolában). Ilyen esetben különösen fontos a megvalósítás monitorozása (lásd 6.3 *A megvalósítás monitorozása*). Ahol a program többször ismétlésre kerül, ott a program első megvalósításának tapasztalatai felhasználhatók a későbbiek során.

Máskor a rendelkezésre álló erőforrások nem teszik lehetővé a program tesztelését. Ez arra hívja fel a figyelmet, hogy amennyiben próba beavatkozás elvégzése kifejezetten javasolt (lásd a fenti példákat), a megbízóknak, támogatóknak ezt finanszírozniuk kellene. Előfordulhat az is, hogy a próba beavatkozás megvalósul, a fő beavatkozás viszont forráshiány miatt végül nem. Ezen a problémán segíthet egy arra vonatkozó stratégia, hogy hogyan tartható fenn a program a kipróbálási szakaszt követően (lásd *A: Fenntarthatóság és finanszírozás, 8.1 Döntés a program folytatásáról*).

A Komplex intervenciók fejlesztése és értékelése: új útmutató (Developing and evaluating complex interventions: new guidance) (MRC 2008) című kiadvány harmadik esettanulmánya két példát tartalmaz arra vonatkozóan, hogy hogyan valósult meg próba beavatkozás, és annak az eredményeit hogyan használták fel a beavatkozás végső formájának a kialakításához.

Standardok

Az előzetesen áttekintett drogprevenciós standardok nem tartalmaztak részletes útmutatást próba beavatkozásokra vonatkozóan, így ez a komponens nem ad meg konkrét standardlistát.

6.2 A beavatkozás megvalósítása

Amennyiben a tervezett drogprevenciós beavatkozás hatásosságára és megvalósíthatóságára vonatkozóan elegendő bizonyíték áll rendelkezésre, és a program megfelel az etikai alapelveknek is, akkor megvalósítható a teljes intervenció (pl. sok résztvevővel, több helyszínen, rendszeres szolgáltatásként) (lásd 3.5 *A hatásosság bizonyítékai*, 6.1 *Próba beavatkozás, D: Etikus drogprevenció*).

Az intervenció lebonyolításának a projekttervet kell követnie (lásd 4 *A beavatkozás megtervezése*, 5.1 *A program tervezése (a projektterv)*). A programhűség arra vonatkozik, hogy az intervenció tényleges megvalósítása milyen mértékben követi az eredeti tervet (vagy a körültekintően adaptált beavatkozás tervezetét). Ha a stábtagnak előre nem tervezett módosításokat hajtanak végre a beavatkozáson, például csökkentik a foglalkozások számát vagy megváltoztatják az intervenció tartalmát, az befolyásolhatja az intervenció hatásosságát, és azt eredményezheti, hogy az intervenció kevésbé lesz hatásos, hatástalan, vagy iatrogén hatású lesz a résztvevőkre nézve. Ez persze nem jelenti azt, hogy makacsul ragaszkodni kell a projekttervhez, ha nyilvánvalóan szükséges a változtatás. A 6.3 *A megvalósítás monitorozása* és a 6.4 *Módosítások a megvalósítás során* komponensek körvonalazzák, hogy hogyan monitorozható a megvalósítás, illetve hogyan módosítható úgy, hogy a rugalmasság és az eredeti tervekhez való hűség egyensúlyban legyen.

Annak megértéséhez, hogy a kívánt eredményeket hogyan és miért sikerült (vagy nem sikerült) elérni, tudni kell, hogy pontosan mi történt a megvalósítás során. Folyamatosan dokumentálni kell a történeteket, beleértve az eredeti tervtől való eltéréseket és az egyéb említésre méltó eseményeket is (pl. kudarcok, balesetek). Ez a fajta dokumentáció fontos a későbbi folyamatértékelés, valamint a beszámolók készítése szempontjából is.

Amennyiben eredményértékelés tervezett, minimum kétszer, a beavatkozás kezdete előtt és annak befejezését követően rögzíteni kell bizonyos eredménymutatókat, hogy a változások beazonosíthatók legyenek. Az eredmény- és folyamatmutatók gyűjtése a monitorozás szempontjából is fontos, ahogy azt a 6.3 *A megvalósítás monitorozása* komponens standardjai is kiemelik.

A programhűsége és annak biztosítására vonatkozó további információk találhatóak a *További iránymutatások* fejezetben.

Alapvető standardok:	
6.2.1 Az intervenció megvalósítása:	
– az írásos projektterv alapján történik;	
– magas színvonalú;	Vagyis megfelelő drogprevenciós és projekt munkában szerzett tudás és tapasztalat alapján és a módszertani követelmények betartásával történik.
– a résztvevők érdekeit szem előtt tartja.	<i>Példa:</i> a résztvevők nézőpontjainak figyelembevétele.

6.2.2 Az intervenció végrehajtása megfelelően dokumentált.	
6.2.3 A dokumentáció tartalmazza a következőket:	
– a tervezési fázisban kialakított projektterv mentén az intervenció megvalósításának nyomon követése;	<i>Bizonyíték:</i> az egyes programszakaszok tényleges megvalósulásának időpontja dokumentálásra került.
– a megvalósítás során felmerült hibák és azok kezelésének módja;	
– az eredeti projekttervhez képest végrehajtott kiigazítások és módosítások;	
– rendkívüli események és az ezekre adott válaszok.	<i>Példák rendkívüli eseményekre:</i> balesetek, vészhelyzetek.

További alapvető standardok eredményértékelés esetén:

6.2.4 Eredményértékelés céljából adatok gyűjtése:	
– az intervenció előtt (alapadatok);	Vagyis az eredményértékelési indikátorok kezdeti mérése.
– az intervenció befejezése után.	<i>Példa időzítésre:</i> változások értékelése az utolsó alkalmat követően.

További szakértői standardok:

6.2.5 Az intervenció megvalósítása:	
– szisztematikus, az egyes elemek egymást követik;	
– a résztvevők aktív bevonásával történik.	<i>Példa:</i> visszajelzés kérése a résztvevőktől a tevékenységekkel kapcsolatban (ez a folyamatértékelés és a monitorozás része is lehet).
6.2.6 Eredményértékelés céljából periodikus adatfelvételek az intervenció ideje alatt.	<i>Példa ütemezésre:</i> a változások értékelése minden foglalkozást követően.

6.3 A megvalósítás monitorozása

Még ha egy program jól megtervezett, előzetesen kipróbált és a terveknek megfelelően kivitelezett is (lásd 3 *Programalkotás*, 6.1 *Próba beavatkozás*, 6.2 *A beavatkozás megvalósítása*), akkor sincs garancia arra, hogy megvalósítása zökkenőmentes lesz, és a kívánt eredményeket hozza. A megvalósítás gyakori felülvizsgálatával a felmerülő problémák gyorsan azonosíthatóak és kezelhetők (lásd 6.4 *Módosítások a megvalósítás során*).

A standardfejlesztő konzultációk során elhangzott, hogy több országban, így az Egyesült Királyságban is a "monitorozás" fogalmához a külső minőségellenőrzést (pl. rendszeres előrehaladási jelentések a támogató számára) vagy a külső elemzésekhez szükséges adatgyűjtést (pl. a megbízó számára gyűjtött adatok a regionális célok megvalósulásának követése céljából) társítják. Bár a szolgáltató a monitorozás során gyűjtött adatokat a megbízó és a támogató informálására is felhasználhatja, mégis, az alábbi standardok elsődleges célja a belső minőségellenőrzés ösztönzése.

A monitorozás részeként, a megvalósítás folyamán rendszeres időközönként eredmény- és folyamatmutatókat gyűjtenek és elemznek, majd ezeket összehasonlítják a projekttervben megfogalmazottakkal (lásd 5.1 *A program tervezése (a projektterv)*). A monitorozás célja információgyűjtés többek között arról, hogy a program:

- a szándékoltan megfelelően került-e megvalósításra (pl. a projekttervben meghatározott módon);
- releváns-e a résztvevők számára (pl. összhangban van-e a résztvevők szükségleteivel? Megfelelő-e az adaptáció?) (lásd 1 *Szükségletfelmérés*, 4 *A beavatkozás megtervezése*);
- etikus-e (pl. panaszkodtak-e a résztvevők? A stábtagok magatartása megfelelő-e?) (lásd D: *Etikus drogrevenió*);
- hatásos-e (pl. jelentkeznek-e a remélt változások az intervenciónak köszönhetően? A tervezettnél lassabban haladnak-e a résztvevők a fejlődésben?) (lásd 3.3 *Célok meghatározása*); és
- megvalósítható-e (pl. elegendőek-e a rendelkezésre álló erőforrások a program végéig? Elérhetőek-e a főcélok? Teljesül-e a programhűség?).

A monitorozás így mind az intervenciók tevékenységekre, mind a program egyéb aspektusaira vonatkozik, mint például a résztvevők szükségletei, erőforrások stb.

A monitorozás biztosítja azt, hogy a program magas színvonalon valósuljon meg. E mellett lehetővé teszi, hogy a szolgáltató még azelőtt felismerje és kezelje a megváltozott vagy új elvárásokat, mielőtt azok veszélyeztetnék a program sikerét. A monitorozás ütemezésének igazodnia kell a beavatkozás időtartamához és intenzitásához. Ha túl gyakoriak a monitorozás céljából végzett elemzések, az időszakok túl rövidek lehetnek ahhoz, hogy változásokat tapasztaljunk, ugyanakkor túl sok erőforrást is igényelhetnek. Ha viszont a vizsgálatok között hosszú idő telik el, akkor a problémák jelentkezését nehezebb felismerni és még időben közelélni.

Amennyiben a folyamat- és eredményértékelés nem javasolt vagy nem kivitelezhető (lásd 4.4. *Végső értékelés tervezése*), a monitorozás az átfogó, formális értékelések megfelelő alternatívája lehet.

A *További iránymutatások* fejezetben további információk találhatóak a megvalósítás minőségére vonatkozóan.

Alapvető standardok:	
6.3.1 A monitorozás a megvalósítás szerves része.	Vagyis a munkatársak megértik fontosságát.
6.3.2 Monitorozásért felelős személy vagy team kijelölése.	
6.3.3 A monitorozási eljárás pontos meghatározása.	
6.3.4 Az eredmény- és folyamatmutatók:	
– rendszeres gyűjtése a megvalósítás során;	
– rendszeres elemzése a megvalósítás során;	
– elemzése szisztematikus.	Vagyis összehasonlításra kerülnek az írott projekttervvel.
6.3.5 A monitorozás során vizsgált elemek:	
– a projektterv;	Vagyis, hogy szükséges-e a frissítése.
– a résztvevők reprezentálják-e a meghatározott célcsoportot;	
– bekövetkeznek-e a várt változások;	Vagyis vannak-e különbségek az elvárt eredmények (kitűzött alcélok) és a tényleges eredmények között.
– lehetséges iatrogén hatások (beleértve az intervenció esetleges „mellékhatásait”);	<i>Példa lehetséges „mellékhatásra”:</i> erősödő kötődés deviáns kortársakhoz a program során létesített kapcsolatok következtében.
– használhatóság;	Vagyis mi az, ami a résztvevőkkel „működik” és mi az, ami nem.
– a megvalósítás minősége és a programhűség szintje;	Vagyis a program a projekttervben leírtaknak megfelelően kerül-e végrehajtásra.
– erőforrások.	<i>Megfontolások:</i> a tervezett erőforrások valóban elérhetők-e; a rendelkezésre álló erőforrások elégségesek-e a program megvalósításához; túl magas vagy váratlan költségek.
6.3.6 A monitorozás eredményei megmutatják, hogy a sikeres befejezéshez szükséges-e módosítani a programon, és ha igen, mely elemein.	

További szakértői standardok:	
6.3.7 A monitorozási folyamat struktúrájának meghatározása.	<i>Bizonyítékok:</i> a monitorozással kapcsolatos egyértelmű beszámolási rendszer kialakítása (pl. a felülvizsgálati értekezletek időpontjainak és gyakoriságának meghatározása).
6.3.8 A monitorozás során vizsgált elemek :	
– a résztvevők szükségletei;	Vagyis a résztvevők szükségletei teljesülnek-e, illetve változtak-e a szükségletfelmérés óta vagy a megvalósítás folyamán.
– a résztvevők reakciója az intervencióra;	<i>Megfontolások:</i> az intervencióra való fogékonyság.
– az adaptációs folyamat;	<i>Megfontolások:</i> a (kulturális) adaptáció mértéke megfelelő-e a résztvevők számára; hozzájárul-e vagy akadályozza-e a program sikerességét.
– külső hozzájárulás;	Vagyis a harmadik fél(ek) közreműködésének minősége. Alapvető standard külső szolgáltatóval való együttműködés esetén.
– szükséges-e módosítani a program fő- és alcéljait;	<i>Megfontolások:</i> megvalósulásuk mértéke, vagy a résztvevők változó szükségleteinek függvényében.
– egyéb problémák.	<i>Megfontolások:</i> etikai vonatkozások.
6.3.9 A monitorozás eredményeiről visszajelzés a stábtagnak.	<i>Megjegyzés:</i> a stáb magában foglalja az önkénteseket, gyakornokokat stb. is.

6.4 Módosítások a megvalósítás során

Amennyiben az intervenció nem a várt eredményeket hozza, vagy ha a szolgáltató a megvalósítás során nehézségekkel szembesül (pl. a résztvevők toborzása nehezen megy), akkor az intervenciót vagy módosítani kell, vagy amennyiben ez nem lehetséges, meg kell szakítani (lásd 8.1 *Döntés a program folytatásáról*). A rendszeres monitorozás segíthet a felmerülő problémák és a megváltozott prioritások stb. azonosításában (lásd 6.3 *A megvalósítás monitorozása*). Annak érdekében, hogy a résztvevők profitáljanak a változtatásokból, azokat minél hamarabb véghez kell vinni (vagyis amíg még működik a program).

Ugyanakkor, fontos az alkalmazkodás az eredeti projekttervhez, és csak akkor szabad módosítani a beavatkozáson, ha ez feltétlenül szükséges a program javításához (lásd 6.2 *A beavatkozás megvalósítása*). A standardfejlesztő megbeszéléseken elhangzott, hogy a változtatások gyakran nem a program javításának szándékával történnek, hanem vagy információhiányból fakadnak (pl. nem ismerik fel a projekttervhez való igazodás fontosságát), vagy pénz- és időhiányból erednek (pl. időhiány miatt a beavatkozás egyes elemeinek kihagyása), vagy egyszerűen kényelmességgel magyarázhatók (pl. a tervezett tevékenységek végül túl soknak tűnnek). Ez rávilágít a kommunikáció szükségességére, hogy minden felelős munkatárs (pl. gyakorlati szakemberek, külső munkatársak) és érdekhordozó (pl. fogadó szervezet) megértse az eredeti tervekhez való igazodás fontosságát (lásd B: *Kommunikáció és az érdekhordozók bevonása*).

A változtatásoknak indokoltnak kell lenniük (pl. a monitorozás eredményei alapján), és összhangban kell lenniük a program felépítésével (pl. támogassák a program általános céljait, és ne veszélyeztessék a bizonyítékokat, melyeken a program alapul) (lásd 3 *Programalkotás*). A módosításoknak várhatóan pozitív eredményeket kell hozniuk, iatrogén hatások nélkül, és meg kell felelniük az etikus drogprevenció alapelveinek is (lásd D: *Etikus drogprevenció*). Végezetül, törekedni kell a változtatások minimalizálására, megőrizve az egyensúlyt a rugalmasság és a programhűség között.

A gyakorlati szakembereknek el kellene kerülni a program tényleges megvalósítása során annak spontán módosításait. Némely esetben ugyanakkor indokolt lehet a beavatkozás spontán módosítása a résztvevők szükségleteinek jobb kielégítése érdekében (lásd 4.3 *A beavatkozás illesztése a célcsoporthoz*). Például iskolai program esetén a szakember dönthet úgy, hogy interaktív foglalkozást tart a tanulóknak a tervezett előadás helyett, ha úgy látja, hogy a tanulók aznap arra nem fogékonyak. A konzultációk során az egyik képviselő ezt úgy jellemezte, hogy "rugalmasság a tervezett eredmények keretein belül" (vagyis képesség más módszerekkel ugyanazon eredmények elérésére). Egy ilyen döntést azonban alaposan meg kell fontolni annak fényében, hogy az milyen hatással van a programhűsésre és a beavatkozás hatásosságára. Jó esetben a megfelelő mértékű rugalmasság benne rejlik a beavatkozás tervezetében (pl. körvonalazott, hogy a tevékenységek sorrendje hogyan változtatható a résztvevők aznapi igényének megfelelően) vagy a projekttervben (pl. tartaléktervek) (lásd 5.1 *A program tervezése (a projektterv)*). A stábtagnak, felkészítésük és szupervíziójuk részeként szintén kaphatnak az ilyen helyzetek megoldására vonatkozó útmutatást (lásd C: *Munkaerő-fejlesztés*).

A munkatársakat informálni kell a programot érintő minden változásról; ideális esetben az ilyen döntéseket a stábtagok egyetértésével kellene meghozni. Például ha egy foglalkozás nem sikerült igazán jól, megvitatható egymás között, hogy mi nem sikerült, és mit lehetne másképp tenni legközelebb. Ahol ez lehetséges vagy elvárt, ott a változtatásokat az érdekhordozói csoportokkal is egyeztetni kell (pl. résztvevők, megbízók, támogatók). Ugyanakkor, a rugalmasság fontosságát a programmenedzsereknek, megbízóknak és támogatóknak is el kell fogadniuk. Ez elősegíthető például egy előzetes megállapodással arra vonatkozóan, hogy milyen szintű változtatások fogadhatók el még formális engedély nélkül (pl. a támogatási vagy a szolgáltatói szerződés részeként).

A változtatásokat nagyon lényeges dokumentálni és értékelni, hogy azok hatása követhető legyen. Folyamat- és eredménymutatók gyűjtésével és elemzésével válhat egyértelművé, hogy a módosítás valóban javított-e a beavatkozás minőségén és hatásosságán. Amennyiben igen, akkor ezek a tanulságok hozzájárulhatnak a drogreprevenció bizonyítéktárának bővítéséhez, és érdemes őket továbbadni (lásd 8.2 *A program promotálása*). A monitorozás és az értékelés azt is megmutatják, hogy a változtatások nem befolyásolták-e negatívan a programot, nem eredményeztek-e például iatrogen hatásokat, és nem kell-e visszavonni őket.

Tudományos kísérletek során különösen fontos, hogy a megvalósítás szigorúan igazodjon a projekttervhez, és ezért előfordulhat, hogy az intervenció módosítása nem lehetséges amíg be nem fejeződik a program. Ilyen esetekben az aktuális program módosításához nem használhatók fel a monitorozás eredményei, azonban a folyamatértékelés részeként a program jövőbeli változatainak javítására igen.

További információk találhatóak a megvalósítás minőségére vonatkozóan a *További iránymutatások* fejezetben.

Alapvető standardok:	
6.4.1 A megvalósítás rugalmas.	Vagyis amennyiben szükséges, lehetőség van a program módosítására a megvalósítás során; a stábtagoknak lehetősége van a résztvevők egyedi szükségletei és körülményei alapján döntéseket hozni.
6.4.2 Ahol lehetséges, a program módosítása összhangban van a monitorozás eredményeivel.	<i>Példák módosításokra:</i> fő- és alcélok módosítása; tevékenységek módosítása; szükségletek újradefiniálása; váratlan helyzetekre adott válaszok; projektterv változtatásai; amennyiben az eredeti stratégia nem működik, másik stratégia kipróbálása; további kulturális adaptáció.
6.4.3 A problémák és helyzetek kezelése a programnak megfelelő módon történik.	Vagyis a célcsoport az általános-, fő- és alcélok szempontjából megfelelő, a probléma nagyságával arányos.

6.4.4 A módosítások kellően megindokoltak, és a módosítások okai dokumentálásra kerülnek.	<i>Megjegyzés:</i> a módosításokat az általános-, és ahol lehetséges, a fő- és alcélokkal összhangban kell megtenni. A dokumentációnak tartalmaznia kell, hogy miért történtek változtatások, és ki kezdeményezte őket.
---	---

További szakértői standardok:	
6.4.5 A program frissítése a külső változásoknak megfelelően.	<i>Példák külső változásokra:</i> változás a drogok helyi hozzáférhetőségében, változás a célpopuláció droghasználati mintáiban, változások a helyi közösségben, új fejlemények a drogprevenció területén, új bizonyítékok.
6.4.6 A résztvevők bevonása a program megvalósításának változását érintő döntésekbe.	

7 Végső értékelés



Az intervenció befejezését követően a végső értékelések segítségével mérhetők fel az intervenció eredményei, illetve az intervenció és a teljes program megvalósításának folyamata. Az erre a projektszakaszra vonatkozó standardok a 4.4 *Végső értékelés tervezése* komponens standardjaival együtt olvasandók, mely utóbbi részletesen bemutatja az értékelést és azt is, hogy milyen előkészületek szükségesek ahhoz, hogy biztosan a megfelelő adatokat gyűjtsék a beavatkozás megvalósítása során.

7.1 Eredményértékelés: Valamennyi eredményt számba kell venni az eredeti beavatkozási tervben meghatározottak szerint (vagyis a meghatározott értékelési indikátoroknak megfelelően). A program nagyságától és az alkalmazott kutatási típustól függő statisztikai elemzések célja annak megállapítása, hogy a beavatkozás mennyire volt hatásos a célok elérésében. Ahol lehetséges, ott az intervenció hatásosságára vonatkozó ok-okozati állítás megfogalmazásával kell összegezni az eredményértékelés következtetéseit.

7.2 Folyamatértékelés: A folyamatértékelés dokumentálja, hogy mi történt a program megvalósítása során. Emellett elemzi a program minőségét és hasznosságát annak tükrében, hogy kiket ért el a program, mennyire sikerült lefednie a célcsoportot, milyen volt az intervenció fogadtatása a résztvevők körében, mennyiben igazodott a megvalósítás a tervekhez, és milyen volt az erőforrások felhasználása. A folyamatértékelés eredményei segítenek értelmezni az eredményértékelés következtetéseit, valamint segítenek felismerni, hogy hogyan javítható a jövőben a program.

A program sikerének alapos és pontos megértéséhez az eredmény- és folyamatértékelés által feltárt tények együttes elemzése szükséges. Ez a tudás alapozza majd meg a végső projektszakaszt: *8 Promóció és fejlesztés*.

7.1 Eredményértékelés

Az eredményértékelés során eredménymutatók szisztematikus gyűjtésére és elemzésére kerül sor az intervenció hatásosságának értékelése céljából. A komponens standardjai azt mutatják be, hogy milyen elemzések végzendők az előzetesen gyűjtött adatokon, hogyan mutathatók be az eredmények, és hogyan határozható meg és dokumentálható az intervenció hatásossága.

Az eredményértékelés minimum szintje annak megállapítását tűzi ki célul, hogy a fő- és alcélokban megfogalmazott változások bekövetkeztek-e a résztvevőknél, bármilyen kár okozása nélkül (lásd 3.3 *Célok meghatározása, D: Etikus drogprevenció*). A szakértői szintű értékelés célja lehet például annak felmérése, hogy az intervenció egyes összetevői hogyan befolyásolták az intervenció hatásosságát, mennyiben voltak eltérő hatással az egyes résztvevőkre, valamint hogy a kapott eredmények általánosíthatók-e.

Amennyiben a program randomizált kontroll vizsgálat keretében valósult meg, a tapasztalt változások az intervenciónak tulajdoníthatók (vagyis feltételezhető, hogy a változásokat az intervenció váltotta ki). Amennyiben a résztvevők kiválasztása vagy a beavatkozási- és kontroll csoportba történő besorolása nem véletlenszerűen történt, a kiválasztás okozta lehetséges torzítást ki kell szűrni az eredmények és az intervenció közötti ok-okozati kapcsolat megállapítását megelőzően. A torzítás lehetőségével mindig számolni kell, és meg kell magyarázni azt. Ugyanígy, az alkalmazott kutatási típus korlátait is figyelembe kell venni az eredményértékelés során, különösen a beavatkozás eredményességére vagy hatásosságára vonatkozó megállapításoknál.

E komponens alapvető standardjai valószínűsíthetően a legtöbb kisebb szabású program eredményértékeléséhez megfelelők. Azonban nagyobb programok esetén, ahol a széleskörű alkalmazásra való tekintettel fontos a beavatkozás hatásosságának és eredményességének bemutatása, a szakértői standardokat is fontos figyelembe venni (tehát a nagyobb programok esetében az összes alább felsorolt standard alapvetőnek tekinthető). A nagyobb programoknak igazodniuk kell az evidenciák standardizált kezelésére vonatkozó anyaghoz („*USA Standards of Evidence*” (Flay et al. 2005)) is, mely alapján e komponens standardjai is kidolgozásra kerültek. A komponens standardjai ugyanakkor csak abban az esetben érvényesek, ha eredményértékelésre kerül sor.

Az eredményértékelésből származó információkat a folyamatértékelés eredményeinek fényében kell értelmezni annak megítélésakor, hogy az eredményeket mennyiben sikerült (vagy nem sikerült) elérni (lásd 7.2 *Folyamatértékelés*). Ez lehetővé teszi, hogy a szolgáltató dönthessen arról, érdemes-e a programot folytatni vagy továbbfejleszteni (lásd 8 *Promóció és fejlesztés*).

A 4.4 *Végző értékelés tervezése* elnevezésű komponens további információkat tartalmaz a folyamat- és eredményértékelés jelentőségéről, illetve a kettő közötti különbségekről. A szükséges előkészületeket (pl. adatgyűjtés, értékelési indikátorok meghatározása) és a lehetséges kihívásokat szintén tárgyalja a fejezet.

Az értékelésről további információk találhatóak a *További iránymutatások* fejezetben is.

Alapvető standardok eredményértékelés esetén:	
7.1.1 Az adatelemzések elvégzéséhez megfelelő nagyságú minta meghatározása.	Vagyis azon résztvevők (száma), akik körében kiinduló adatfelvétel, majd a beavatkozást követően ismételt adatfelvétel történt.
7.1.2 Megfelelő adatelemzés, mely tartalmazza a következőket:	
– teljes körű esetelemzés;	Vagyis az intervenció csoport valamennyi tagjára (és amennyiben van, a kontroll csoport valamennyi tagjára) kiterjed az adatelemzés.
– a lemorzsolódás okozta torzítás számbavétele és lehetőség szerinti minimalizálása az intervenció utáni vizsgálatok során;	<i>Bizonyíték:</i> Az intervenció utáni vizsgálatokból kimaradó résztvevők, valamint kimaradásuk okainak leírása.
– a hiányzó adatok jelentése és megfelelő kezelése;	Vagyis a hiányzó adatok arányáról és jellemzőiről is be kell számolni.
– a megfigyelt hatások lehetséges magyarázatai.	<i>Példa:</i> A kedvezőtlen viselkedés gyakoribb előfordulásának egyik lehetséges magyarázata lehet a problémás viselkedéssel kapcsolatos tájékozottság növekedése.
7.1.3 A következtetések összefoglalása és jelentése, beleértve a következőket:	
– alapadatok;	
– az intervenciót követő adatfelvétel eredményei.	Vagyis a meghatározott értékelési indikátorok értékei.
7.1.4 Az értékelési indikátorok valamennyi mért értékének jelentése.	Vagyis a pozitív és negatív, valamint a statisztikailag nem szignifikáns eredményeket is közölni kell.
7.1.5 A változások kifejezése kvantitatív és/vagy kvalitatív formában.	
7.1.6 A magatartásbeli változások elkülönítése más eredményektől.	<i>Példa:</i> A droghasználat szándéka és a tényleges droghasználat nem tekinthető egyenértékűnek.
7.1.7 A beavatkozás hatásosságának és a program általános sikerességének vizsgálata során a tényleges eredmények összehasonlítása:	
– a kiinduló helyzettel;	Vagyis az intervenciót követő eredmények összehasonlítása az alapadatokkal az értékelési indikátorok mentén.
– a program fő- és alcéljaival;	Vagyis az intervenció mennyiben volt megfelelő e célok eléréséhez. <i>Bizonyíték:</i> a célok teljesülésének mértéke osztályozásra kerül (maximálisan, minimálisan, egyáltalán nem).
– az esetleges iatrogén hatásokkal;	Vagyis annak megállapítása, hogy a beavatkozásnak nem voltak negatív hatásai a résztvevőkre. <i>Bizonyíték:</i> kockázat-haszon elemzés elvégzése.
– a beavatkozás gyakorlati hasznával és népegészségügyi jelentőségével.	

További szakértői standardok:	
7.1.8 Az intervenciót követő vizsgálatokban az erede- teti résztvevők jelentős hányada részt vesz.	<i>Megjegyzés:</i> 80%-os vagy annál magasabb retenciósráta jónak tekinthető (NICE 2009: 219. o.). Kétségtelen ugyanakkor, hogy ezt az arányt nehéz elérni bizonyos körülmé- nyek között (pl. az intervenció után több évig végzett követéses vizsgálatok esetén).
7.1.9 Az adatelemzések tartalmazzák a következőket:	
– alcsoport elemzések a beavatkozás hatá- sosságára vonatkozóan a résztvevők külön- böző csoportjaiban;	Vagyis különböző mértékű hatások elkülö- nítése az egyes csoportokra vonatkozóan, megfelelő mintanagyság esetén.
– az egyes tevékenységek önálló hatásának és a tevékenységek kumulatív hatásának összehasonlítása;	Vagyis az egyes tevékenységek hatásossá- gának felmérése. Példák összehasonlításra: a beavatkozás hatása ismétlődő foglalkozások nélkül versus ismétlődő foglalkozásokkal; több intervenció együttes hatása versus egy önál- ló intervenció hatása.
– „kísérleti dózis” elemzések;	Vagyis „a kapott” intervenció mennyisé- ge és az eredmények közötti összefüggés vizsgálata.
– az intervenció és a kontroll csoport ered- ményei között tapasztalható, mintavételi hibák okozta eltérések statisztikai korrigá- lása;	<i>Példa:</i> Variancia-, kovariancia analízis (ANCOVA/RANCOVA) alkalmazása.
– súlyozási, kiigazítási technikák alkalmazása a többszörös összehasonlítások megbízha- tó elvégzése érdekében;	
– elemzések elvégzése nemcsak az egyének, hanem a randomizálás szintjén is.	<i>Példa:</i> Ha a randomizálás alapja az iskolai osztály volt, nem pedig az egyén, akkor számolni kell a klaszterképzés okozta tor- zítással.
7.1.10 A következtetések tartalmazzák:	
– a rövid-, közép- és hosszú távú eredménye- ket;	Vagyis eredmények az intervenció befeje- zését követő 6 hónapon belül, 6 és 12 hó- nap között, illetve 12 hónapon túl. <i>Cél:</i> annak megállapítása, hogy az eredmé- nyek mennyi ideig maradnak fenn az inter- venciót követően.
– a végső eredményeket.	Vagyis a hosszú távra vonatkozó, általános célokhoz kötődő eredményeket (pl. több évvél az intervenció után).
7.1.11 Az intervenció hatásosságának értékelése a várt és a tényleges változások összehason- lítása által.	Vagyis a program mennyiben éri el az egyes eredményértékelési indikátorok tekintet- ben a meghatározott kritériumokat.
7.1.12 Egy adott (egyedi) intervenció hatásosnak tekinthető, ha:	

– legalább egy hatás statisztikailag szignifikáns és pozitív a program fő- és alcéljait tekintve;	<i>Megjegyzés:</i> következetes pozitív és szignifikáns elmozdulás kívánatos több indikátor vonatkozásában is.
– a fontos eredmények tekintetében egyetlen negatív (iatrogén) hatás sem tapasztalható;	<i>Példa:</i> az intervenció nem növeli a droghasználatot.
– pozitív és statisztikailag szignifikáns hatások tapasztalhatóak a hosszú távú mérések vonatkozásában.	Vagyis 12 hónappal a beavatkozás után is.
7.1.13 Az eredmények összehasonlítása a beavatkozást értékelő más tanulmányok eredményeivel.	<i>Megjegyzés:</i> előfordulhat, hogy ez nem lehetséges, amennyiben más értékelés (még) nem érhető el.
7.1.14 Amennyiben több értékelő tanulmány is rendelkezésre áll, a beavatkozás hatásosságának meghatározásakor a legjobb minőségű tanulmányok az irányadók.	
7.1.15 Az intervenció összességében hatásosnak tekinthető, ha:	
– az intervenció hatásfoka az intervenció különböző teszteléseikor hasonló;	
– megfelelő statisztikai erővel bíró, következetes pozitív következtetései vannak legalább két különböző, jó minőségű tanulmányok/ ismétlő vizsgálatnak;	
– legalább egy olyan ismétlő vizsgálatnak (replikáció) pozitív következtetései vannak, amit független szakemberek (nem a programfejlesztők) végeztek.	
7.1.16 Ok-okozati összefüggés megfogalmazása a beavatkozás eredményességére/ hatásosságára vonatkozóan.	Vagyis X beavatkozás eredményes/ hatásos Y eredmény elérésében Z célcsoportban.
7.1.17 A beavatkozás eredményességére/ hatásosságára vonatkozó ok-okozati megállapítás:	
– egyértelmű, nem félreérthető;	
– megnevezi a célcsoportot;	
– megnevezi az eredményeket;	
– meghatározza azt az időkeretet, melyen belül az adott hatások fennmaradása elvárható.	<i>Megjegyzés:</i> Hosszú távú követéses vizsgálatok alapján. <i>Példa:</i> Rövid távon az intervenció befejezését követő 6 hónapon belül, középtávon 6 és 12 hónap között, hosszú távon 12 hónapon túl is kimutathatóak az eredmények.
7.1.18 Egyértelműen megállapítható, hogy milyen körülmények között várható, hogy a beavatkozás hatásos lesz.	
7.1.19 A populáció(k) meghatározása, mely(ek)re vonatkozóan a tapasztalatok általánosítható(k).	

7.2 Folyamatértékelés

A folyamatértékelés részeként folyamatmutatók (adatok) szisztematikus gyűjtésére és elemzésére kerül sor annak vizsgálata céljából, hogy miért sikerült (vagy nem sikerült) az eredményeket elérni, és hogyan fejleszthető tovább a program. A folyamatértékelés dokumentálja, hogy mi történt a program végrehajtása során (pl. milyen tevékenységek zajlottak, kikkel, kinek a segítségével, mikor és mennyi ideig) (CSAP 2002). Azután vizsgálja, hogy miért oly módon valósult meg a program, ahogyan, és mindez hogyan befolyásolta a beavatkozás hatásosságát. Az elemzés tárgyát képezhetik: az elérés és lefedettség (azaz a résztvevők mennyire képviselték a célpopulációt); a beavatkozás fogadtatása (pl. a tematika és a használt intervenciók anyagok mennyire voltak megfelelőek a résztvevők számára); a programhűség (azaz a tervek szerint valósult-e meg az intervenció); a források felhasználása (pl. költség-hatékonyság elemzések) (CCSA 2009). A folyamatértékeléshez felhasználhatók a monitorozás során gyűjtött adatok és azok elemzésének eredményei (lásd 6.3 *A megvalósítás monitorozása*).

A folyamatértékelésből származó információk segítenek az eredményértékelés megállapításainak értelmezésében (lásd 7.1 *Eredményértékelés*). Továbbá szemléltethetik a programhűségnek való megfelelést már létező beavatkozás megvalósítása esetén. Az eredmények alapján a szolgáltatók következtetéseket tudnak levonni annak megválaszolásához, hogy kell-e folytatni és egyben fejleszteni a programot, és ha igen, hogyan (lásd 8 *Promóció és fejlesztés*). Például a résztvevők nagyarányú lemorzsolódása arra kell, hogy ösztönözze az értékelőket, hogy kivizsgálják az okokat (pl. elköltöztek a résztvevők, vagy nem voltak elégedettek a programmal). Mindez jelezheti a torzítások forrását, amelyekre figyelni kell az eredményértékelésnél, de mutathatja azt is, hogyan fejleszthető tovább a program annak érdekében, hogy emelkedjen a bennmaradók száma. A folyamatértékelés szintén rávilágíthat arra, hogy például szükséges a célcsoport fogalmának újragondolása, vagy a program kapacitásainak növelése, mert a teljes célcsoportnak csak nagyon kis százaléka vett részt benne.

Ezek a standardok csak akkor érvényesek, ha történik folyamatértékelés. A 4.4 *Végső értékelés tervezése* elnevezésű komponens további információkat tartalmaz a folyamat- és eredményértékelés fontosságáról, azok különbségeiről. A szükséges előkészületek (pl. adatgyűjtés, értékelési indikátorok kidolgozása) és a lehetséges kihívások szintén tárgyalásra kerülnek abban a fejezetben.

További információk az értékelésről a *További iránymutatások* fejezetben találhatók.

Alapvető standardok folyamatértékelés esetén:	
7.2.1 A folyamatértékelés:	
– dokumentálja a program megvalósítását;	Pl. megmutatja, hogyan valósult meg a beavatkozás.
– megmagyarázza, hogy a program miért az adott módon valósult meg;	
– szisztematikusán készül;	Pl. írott projektterv és az előre meghatározott folyamatértékelési indikátorok használata.
– szemlélteti az operacionalizált alcélok és a tényleges outputok közötti különbséget.	

7.2.2 A célcsoport bevonásának dokumentálása és értékelése, ami az alábbiakat foglalja magába:	
– a program résztvevőinek száma;	
– a résztvevők toborzásának módszerei;	
– információ arról, hogy a tényleges résztvevők mennyiben reprezentálták a meghatározott célcsoportot.	
7.2.3 A tevékenységek dokumentálása és értékelése, ami az alábbiakat foglalja magába:	
– az egyes tevékenységek leírása;	
– a résztvevőktől származó visszajelzések;	<i>Megfontolások:</i> vajon a résztvevők elfogadhatónak, élvezetesnek, kielégítőnek találták-e a programot.
– egyéb releváns érdekhordozói csoportoktól származó visszajelzések.	
7.2.4 A programmegvalósítás egészének dokumentálása és értékelése, ami az alábbiakat foglalja magába:	
– a stábtagnak visszajelzései a lebonyolítás minőségét illetően;	
– a programhűség;	Pl. a megvalósítás során mennyire sikerült az eredeti programtervet követni.
– a tervezett és a tényleges tevékenységek közötti nem szándékolt eltérések;	
– szándékos változtatások;	Pl. történtek-e szükséges kiigazítások a program megvalósítása során.
– egyéb, előre nem látott problémák és körülmények és azok kezelésének módja.	
7.2.5 Az erőforrások felhasználásának dokumentálása és értékelése, ami az alábbiakat foglalja magába:	<i>Példák erőforrásokra:</i> pénzügyi-, emberi- és dologi erőforrások.
– a költségek meghatározása;	<i>Példák költségtípusokra:</i> direkt, indirekt, alternatív költségek.
– mennyi pénzügyi erőforrás került felhasználásra;	
– a résztvevők toborzásának költségei;	<i>Megfontolás:</i> a program népszerűsítésének költségei.
– az adatgyűjtés, monitorozás és értékelés költségei;	
– milyen mértékű humán erőforrás került felhasználásra;	<i>Megfontolások:</i> a stáb létszáma, a programra fordított munkaórák száma.
– vajon a program munkatársai megfelelően találták-e saját felkészültségüket és a kapott támogatást;	
– mennyi dologi erőforrás került felhasználásra;	

– különbségek a tervezett és a megvalósult időbeli ütemezés között;	
– az erőforrások elegendőek voltak-e a kitűzött fő- és alcélok eléréséhez.	

További szakértői standardok	
7.2.6 A folyamatértékelés:	
– elmagyarázza, hogy a program eredményei hogyan valósultak meg;	Alapvető standard, ha történt eredményértékelés.
– különbséget tesz a folyamatértékelési indikátorok elvárt és tényleges eredményei között.	Pl. az előre meghatározott folyamatértékelési mércék alkalmazása.
7.2.7 A célcsoport bevonásának dokumentálása és értékelése. Ez az alábbiakat foglalja magába:	
– a résztvevők bevonásának hatásossága;	Pl. toborzás, részvétel, bennmaradók aránya.
– problémák, melyek a résztvevők program iránti befogadó készségét befolyásolták;	
– a résztvevők jellemzői;	<i>Példák jellemzőkre:</i> szocio-demográfiai (életkor, fejlettségi szint, nem, etnikai hovatartozás, családi állapot); szocio-ökonomiai (pl. képzettség, foglalkozás); kulturális (pl. vallás); földrajzi (pl. város, régió).
– a célcsoport lefedettségének (becsült) mértéke.	
7.2.8 A tevékenységek dokumentálása és értékelése, beleértve az alkalmazott intervenció anyagokat is.	Alapvető standard intervenció anyagok használata esetén. <i>Megfontolások:</i> vajon az anyagok érthetőek voltak-e a résztvevők számára; a tartalom adekvát volt-e.
7.2.9 A programmegvalósítás egészének dokumentálása és értékelése, beleértve, hogy az intervenció mekkora része valósult meg a résztvevőkkel.	<i>Megfontolás:</i> vajon minden tervezett foglalkozás megvalósult-e.
7.2.10 A forrásfelhasználás dokumentálása és értékelése, beleértve:	
– a résztvevőkre, illetve más érdekhordozókra háruló becsült költségek;	<i>Példa:</i> alternatív költségek.
– munkatársak teljesítménye;	<i>Megfontolások:</i> a szerepeknek és kötelezettségeknek megfelelően viselkedtek-e, az ütemtervek betartásra kerültek-e.
– vajon a stábtagok aktívan részt vettek-e a program minőségének javítását célzó tevékenységekben;	
– a koordináció és együttműködés tényleges szintje.	<i>Megfontolások:</i> a résztvevő intézmények száma és típusa, a koordinációs megbeszélések száma, következtetések és megállapodások.
7.2.11 Rendelkezésre állnak a költséghatékonysági és költség-haszon elemzési becslések.	<i>További iránymutatások:</i> Miller és Hendrie (2009).

8 Promóció és fejlesztés



A program utolsó szakaszában a program jövője kap központi figyelmet: folytassuk-e a programot, és ha igen, hogyan, milyen formában?

A programról nyújtott információk megosztása hozzásegíthet a folytatáshoz, de emellett mások számára is lehetőséget ad arra, hogy tanuljanak a program tapasztalataiból.

8.1 Döntés a program folytatásáról: Ideális esetben egy magas színvonalú drogvenció program folytatódhat az első teljesítés és/vagy a külső támogatás megszűnése után is. A monitorozás és a végso értékelések során gyűjtött empirikus bizonyítékok segítenek döntést hozni arról, hogy a programot érdemes-e folytatni. Amennyiben igen, akkor meg kell tervezni és végre kell hajtani a megfelelő lépéseket és az utánkövetést.

8.2 A program promotálása: A programmal kapcsolatos információk terjesztése sok szempontból hasznos lehet a program számára. Például ennek révén támogatás szerzhető a program folytatásához a releváns érdekhordozói csoportoktól, vagy a kapott visszajelzések segíthetnek a program fejlesztésében. Ugyancsak hozzájárul a hatásos drogvenció bizonyítékaihoz, így hatással lehet a jövőbeni drogpolitikára, gyakorlatra és a kutatásokra. Ahhoz, hogy más szolgáltatók is megismételhessék a programot, elérhetővé kell tenni minden releváns információt (pl. költségek) és intervenció anyagot.

8.3 Záró beszámoló készítése: A záró beszámoló a terjesztési munka egyik terméke lehet. Rögzítheti a program megvalósulását, például a támogatási szerződés részeként, de egyszerűen arra is szolgálhat, hogy másokat tájékoztasson a programról. A záró beszámoló gyakran a korábbi projektszakaszok dokumentációjának egyfajta összegzése. Ismerteti a program tartalmát és tevékenységeit, és ahol elérhető, a végso értékelések eredményeit.

Ez a szakasz akár egy új projektciklus kezdetét is jelentheti, melynek célja a meglévő program javítása és továbbfejlesztése.

8.1 Döntés a program folytatásáról

Ideális esetben egy magas színvonalú drogvenció program folytatódhat az első megvalósítása és/vagy a külső támogatás megszűnése után is (pl. megismételhető egy új résztvevői csoporttal, miután az első csoport sikeresen teljesítette a programot). Az *A: Fenntarthatóság és finanszírozás* elnevezésű komponens rávilágít néhány olyan tényezőre, amelyek befolyásolják a programok fenntarthatóságát, valamint arra, hogyan növelhető a program folytatásának esélye a fenntarthatóságra irányuló stratégia segítségével. Azonban, ha a beavatkozás véget ért, mindenekelőtt arról kell döntenie, hogy a program valójában érdemes-e a folytatásra.

A program továbbvitele mellett szól, ha szilárd, tudományosan megalapozott érvek állnak rendelkezésünkre, melyek a program folytatását támogatják. Ideális esetben ezek az érvek az eredményértékelésből származnak, demonstrálva a program (költség)hatékonyságát a résztvevőkkel elért pozitív eredmények tekintetében (lásd 7.1 *Eredményértékelés*). Ha a program hatásos volt, javasolt a folytatás. Ha nem volt az, vagy jelentős negatív hatásokkal járt, akkor be kell szüntetni, vagy legalábbis jelenlegi formájában nem folytatódhat.

Ha nem történt eredményértékelés, akkor a folyamatértékelés tapasztalatai jelezhetik azt, hogy a programot érdemes-e folytatni, például magas volt a részvételi arány, és nagyfokú elégedettségéről számoltak be a résztvevők és az egyéb érdekhordozói csoportok (lásd 7.2 *Folyamatértékelés*). Ahol nem történt végső értékelés, tehát sem eredmény-, sem folyamatértékelési eredmények nem állnak rendelkezésre, ott a monitorozás adatai és azok elemzése segíthet a program folytatásával kapcsolatos döntések meghozatalában (lásd 6.3 *A megvalósítás monitorozása*). Vagyis az eredményértékelés nem alapvető elvárás a program jövőjének a meghatározásában. Ha a monitorozási tevékenységből, és/vagy a folyamatértékelésből származó adatok azt mutatják, hogy a program magas szakmai színvonalat képviselt (pl. releváns a célcsoport számára, jól fogadták, etikus, kivitelezhető, jól megvalósított), akkor azt érdemes folytatni. Ugyanakkor, a program hatásosságának bizonyítása érdekében (és a hosszú távú fenntarthatóság okán) a megvalósítás részeként erősen ajánlott eredményértékelést végezni a jövőben. Ha a monitorozás és/vagy folyamatértékelés szerint a program nem volt magas színvonalú (pl. alacsony részvételi arány, bonyolult megvalósíthatóság), akkor a program folytatása annak jelenlegi formájában nem javasolt.

Ha a tudományos bizonyítékok alapján ajánlott a folytatás, megfelelő lépéseket és utánkövetést kell kidolgozni és megvalósítani, összhangban az *A: Fenntarthatóság és finanszírozás* elnevezésű komponensben javasolt stratégiával. A pénzügyi fenntarthatóság azonban sajnos még a biztonságos finanszírozásra törekvő stratégia megléte esetén is kívül esik a szolgáltató hatáskörén, mert a támogatások megszűnhetnek, vagy éppenséggel másnak ítélik oda. A standardfejlesztő szakmai konzultációk is megerősítették, hogy néha hatásos vagy ígéretes programok állnak le, mert a pénzügyi támogatások változnak, vagy mert hosszú távon túl költségesnek ítélték a programot (pl. a résztvevőkkel kialakított egyénre szabott, intenzív kapcsolatok hangsúlyossága miatt). Vagyis, a támogató feladata felismerni és fenntartani a hatásos vagy ígéretes programokat.

Ha a tudományos bizonyítékok azt jelzik, hogy a programot nem javasolt folytatni, akkor a monitorozásból és – ahol elérhető – a folyamatértékelésből származó eredményeket

közelebbről meg kell vizsgálni annak megállapítása végett, hogy miért nem sikerült az eredményeket elérni, miért voltak a résztvevők elégedetlenek, miért adódtak problémák a megvalósítás során stb. Mindezek megmutathatják, hogyan javítható a program, továbbá támogathatják a módosított programverzió kipróbálását.

Néhány program esetén ez a komponens kevésbé lehet releváns. Bizonyos programoknál már a kezdetektől nyilvánvaló lehet, hogy nem lesz folytatás, például a program típusából, általános céljaiból és/vagy a szükséges forrásokból adódóan. Előfordulhat, hogy a program specifikus céljai csak egy adott időszakon belül érvényesek. Például a kokainhasználat veszélyeinek tudatosítására irányuló kampány indulhat szilveszter előtt, azokat megcélözva, akik "különleges" alkalmakkor használnak drogot; egy drogfogyasztással összefüggő incidenst követően egy fiatalokból álló csoport dönthet egyalkalmas program megvalósítása mellett; egy regionális drogkoordinációs csoport megrendelhet egy programot egy adott közösség drogfogyasztásának csökkentése érdekében, és ha a program elérte a célját, akkor leállíthatja azt. Ilyen esetekben nem feltétlenül szükséges a program folytatása az első megvalósítás után. Ettől függetlenül, a programért felelős szervezet gondolkodhat hosszabb távon is (pl. érdemes-e egy éven belül megismételni a programot? Szükség van-e más prevenciók tevékenységeire az első program eredményeire építve?) Még ha egy adott program szintjén nem is fontos a fenntarthatóság, szervezeti szinten az lehet (a szervezetnek folytatnia kell a drogprevenciók tevékenységet) (lásd A: *Fenntarthatóság és finanszírozás*).

Alapvető standardok:	
8.1.1 Annak eldöntése, hogy a program folytatódjon-e („fenntartás”).	<i>Megjegyzés:</i> ez a monitorozás, folyamatértékelés és/vagy az eredményértékelés tanulságainak áttekintése alapján történjen.
8.1.2 Az első megvalósítás tanulságainak felhasználása a jövőbeni tevékenységekhez.	<i>Megjegyzés:</i> monitorozási és/vagy értékelési eredmények alapján. <i>Lehetséges bizonyítékok:</i> ha a program folytatódik a jövőben, kiigazítások történnek a program minőségének javítása érdekében; javaslatok megfogalmazása a fejlesztésre vonatkozóan.

További alapvető standardok a program folytatása esetén:	
8.1.3 A program mellett szilárd, tudományosan meg-alapozott érvek szólnak.	<i>Megjegyzés:</i> az érvelés a monitorozás, folyamatértékelés és/vagy az eredményértékelés tanulságainak alapján történjen. Ilyen adatok hiányában további monitoring elemzésekre és/vagy értékelésekre van szükség, melyek segítenek dönteni a program jövőjéről.
8.1.4 A folytatás lehetőségeinek megfontolása és dokumentálása.	

További szakértői standardok a program folytatása esetén:	
8.1.5 Pénzügyi és egyéb források felkutatása.	Alapvető standard, amennyiben a források (pl. pályázati támogatás) csak az első projekt időtartamára voltak biztosítottak.
8.1.6 Meglévő szakmai hálózatok és kapcsolatok igénybevétele a program folytatása érdekében.	<i>Példák kapcsolatokra:</i> szakmai kapcsolat a támogatókkal, kulcsszervezetekkel, a közösség tagjaival.

8.2 A program promotálása

A beavatkozás befejeztével a programról szóló információkat, és ahol lehetséges, az értékelés megállapításait érdemes kommunikálni a releváns érdekhordozók felé (pl. résztvevők, tudományos és vagy prevenciós szakmai közösség). A szolgáltatók úgy érezhetik, hogy a tervezéshez, a megvalósításhoz és az értékeléshez képest a kommunikáció a legkevésbé fontos elem a projektciklusban. Ez a komponens arra hívja fel a figyelmet, hogy a magas szakmai színvonalú drogmegelőzési munka során a programról szóló információk terjesztése ugyanolyan fontos.

Minthogy a kommunikáció a programciklus legvégén történik, előfordulhat, hogy minden forrás felhasználásra kerül, és nem marad pénz a program népszerűsítésére és az eredmények közlésére. Éppen ezért lényeges belefoglalni a kommunikációs költségeket a pénzügyi tervbe (lásd 5.2 *Pénzügyi szükségletek tervezése*). Gyakran éppen a disszeminációs tevékenységek költsége az, amit lecsökkentenek, ha egy pályázati programban módosítani kell a költségvetést. Ez a megközelítés nem veszi figyelembe, hogy a kommunikációból nemcsak másoknak van haszna, hanem abból a szervezet is profitálhat. A disszeminációs költségek csökkenthetők a disszeminációs tevékenység koncentráálásával (pl. azonosítva annak legfontosabb célcsoportjait). Az alapos tervezés biztosítja, hogy a releváns információk adekvát formában jussanak el a megfelelő célközönséghez (pl. Interneten keresztül, szóróanyagok, előadások, tudományos publikációk formájában).

A programról szóló információk terjesztése a projektciklus újbóli elkezdésének fontos aspektusa. Segíti a program folytatását, hosszú távú fenntarthatóságát azáltal, hogy népszerűsíti a programot a támogatók, a közösség tagjai és más kulcsfontosságú érdekhordozók körében (lásd *A: Fenntarthatóság és finanszírozás*). Mindez felkeltheti más szervezetek érdeklődését is, hogy hozzájáruljanak vagy támogassák a programot (pl. közös tevékenységek más szervezetekkel, új fogadó szervezetek, például iskolák érdeklődhetnek) (lásd *B: Kommunikáció és az érdekhordozók bevonása*). A célpopuláció körében is növelheti a program ismertségét, amely növelheti a részvételi hajlandóságukat, valamint új résztvevőket toborozhat a megvalósítás következő körében (lásd 2.1 *Célcsoport- és közösségi erőforrások felmérése*, 5.4 *Résztvevők kiválasztása és programban tartása*).

A promóció szintén segítségünkre lehet a program továbbfejlesztésében vagy, a visszajelzések révén (pl. más szolgáltatóktól, tudományos területről) új nézőpontok kialakításában. A visszajelzések ösztönözhetik a szolgáltatókat arra, hogy felülvizsgálják az eredeti programdokumentációt vagy programleírást, a programtervet vagy a monitorozás és az értékelés eredményeinek értelmezését. A visszajelzések rávilágíthatnak új fejleményekre is (pl. szakpolitikában, jogszabályokban), további tudományos bizonyítékokra, forrásokra, vagy olyan anyagokra, amelyeket korábban nem vettek figyelembe. Ha visszajelzés érkezik, azt alaposan meg kell fontolni, mert bárminemű változtatást a programon csak indokolt esetben érdemes végrehajtani (lásd 6.4 *Módosítások a megvalósítás során*).

Az információk kommunikálása ezen felül lehetőséget ad másoknak arra, hogy tanuljanak a program megvalósításának (pozitív és negatív) tapasztalataiból, és hozzájárul a drogprevenciós tudástár növeléséhez. Például ha történt eredményértékelés, annak

megállapításait mások referenciaként felhasználhatják a saját programjuk tervezése során a hatásosság bizonyítékainak vizsgálatakor. A nem szándékolt negatív eredményekről, kudarcokról, és felmerült nehézségekről adott információk szintén kulcsfontosságúak mások számára a program megvalósításával járó kihívások megismeréséhez. A szolgáltatók azonban nem szívesen osztanak meg ilyen információkat, mert árthat a hírnevüknek és ronthatja az esélyeiket a támogatások megszerzésére. Ennek ellenére a negatív eredmények közzétevése lényeges, egyébként az információk félrevezetőek és etikailag problémásak lehetnek (pl. előfordulhat, hogy mások megismétlik a programot, de anélkül, hogy tudatában lennének a lehetséges negatív következményeknek).

A standardok arra is biztatják a szolgáltatókat, hogy annyira részletes információkat közöljenek a programról, melyek lehetővé teszik, hogy más szolgáltatók azt megismételjék és adaptálják (el tudják dönteni az információk alapján, hogy szeretnék-e megismételni vagy adaptálni). Egy ilyen programdokumentáció tartalmaz információkat a költségekről, intervenció anyagokról (ha volt) stb. Azáltal, hogy mások számára lehetővé válik egy meglévő program kiválasztása egy új kidolgozása helyett, a duplán tett erőfeszítések is jelentősen csökkenthetők. A program megismétléséből a program fejlesztője is profitálhat, mivel tesztelheti, hogy az eredmények megismételhetők-e hasonló körülmények között, vagy általánosíthatók-e más célpopulációra, szintérre stb. vonatkozóan. Ha a program konzisztensen hatásosnak bizonyul, nagy esély van arra, hogy hosszabb távon fenntartott, jól ismert programmá váljon.

A standardfejlesztő szakmai konzultációk felvetették azt a problémát, hogy a programfejlesztők és a szolgáltatók nem szívesen osztják meg az intervenció anyagokat (pl. kézikönyvek), részletes programleírásokat másokkal. Ez olyan esetekben valószínű, amikor üzleti cél áll a program fejlesztésének háttérében (tehát nem ingyenes a program) vagy a szolgáltatónak valamilyen más okból nagyon fontos (pl. kizárólagosan szeretné nyújtani a programot). A programfejlesztők és a szolgáltatók esetleg aggódhatnak, hogy más szervezetek engedély nélkül használnák a programot (vagy annak egy részét) az eredeti szerző elismerése vagy bármilyen ellenszolgáltatás nélkül. Különösen azokban az országokban jogosak ezek a féltelmek, ahol nincs megfelelő szabályozás a szerzői jogok védelmére. Éppen ezért fontos a jogi aspektusok számbavétele a program kommunikációja kapcsán. Ha számolni kell szerzői jogsértéssel, akkor ajánlatos csak annyi információt közzétenni, mely segíti más szolgáltatókat annak eldöntésében, hogy szeretnék-e a programot alkalmazni, de nem teszi lehetővé, hogy lemásolják és megvalósítsák a programot. További részletek és anyagok egy engedélyezési megállapodás keretében adhatók át (pl. meghatározva, hogy milyen feltételek mellett futtatható a program), és ahol szükséges, ott licenrdj kérhető.

A kommunikáció a programról nem minden esetben hasznos, például, ha a program megvalósítása elégtelen volt; ha nem jelentkeztek az elvárt eredmények (eredménytelen vagy káros volt); ha a program specifikus céllal készült; vagy ha nincs is szándék az újbóli végrehajtásra. Azonban, mint említésre került, még ezekben az esetekben is fontos az információ megosztása a programról. Ez hozzájárul a drogprevenációs tudástárhoz, és informálja a jövőbeni programtervezést, drokutatást és szakpolitikát. Ha egy konkrét szükségletre vagy speciális célcsoportra íródott egy program, hasznos tanulsá-

gokkal szolgálhat olyanok számára, akik hasonló problémával szembesülnek egy másik régióban. Még ha egy program nem is működött jól, akkor is lehet hosszabb távon pozitív hatása a drogreprevencióra azért, hogy segít másoknak elkerülni ugyanazokat a problémákat.

További információk a promóciós tevékenységről például a *Kutatási eredmények kommunikálása a bizonyítékon alapuló szakpolitika érdekében (Communicating research for evidence-based policymaking, European Commission, 2010)* című kézikönyvben található. A *További iránymutatások* fejezet útmutatásokat ad, hogy hogyan lehet a tudományos bizonyítékokat a gyakorlati munka számára kommunikálni, azaz a program megvalósításából adódó tanulságok hogyan segíthetik (más) szolgáltatók és szakemberek mindennapi munkáját.

Alapvető standardok:	
8.2.1 A programmal kapcsolatos információ kommunikálása.	<i>Megjegyzés:</i> a promóció helyi, regionális, országos és nemzetközi szinten is történhet.
8.2.2 A kommunikáció megfelelő formájának meghatározása.	<i>Példák:</i> online, nyomtatott anyagok, workshopok prezentációi, tudományos publikációk.
8.2.3 A programról szóló információk kommunikációjáért felelős személy vagy csoport kijelölése.	<i>Megjegyzés:</i> egyéb feladatok tartalmazhatják a kommunikációt érdekhordozói csoportokkal, a program promócióját.
8.2.4 A célközönség meghatározása, beleértve:	
– a programba és az értékelésébe vont személyeket;	<i>Példák:</i> stábtagok, vezetők, résztvevők.
– más releváns érdekhordozói csoportot.	<i>Példák:</i> támogatók, közösség, projekt partnerek.
8.2.5 A promóció eszközei megfelelőek a célközönség számára.	<i>Példa:</i> más módon történik a kommunikáció a közösség tagjai felé, mint a drogreprevenációs területen dolgozó tudományos szakemberek körében.
8.2.6 A programmal kapcsolatos kommunikáció jogi aspektusainak figyelembevétele.	<i>Megfontolások:</i> szellemi termék, a programtermékek lehetséges eladása vagy annak tilalma.
8.2.7 A program megismétlésének/másolásának elősegítése érdekében a kommunikációs anyagok tartalmazzák:	
– a program végrehajtása során szerzett tapasztalatokat;	<i>Megfontolások:</i> elméleti és gyakorlati következtetések a tevékenységekre vonatkozóan, innovatív működéssel kapcsolatos tudás és tapasztalat.
– információkat a negatív vagy más, nem tervezett eredményekről.	
8.2.8 A közzétett információ olyan részletes, hogy az érdeklődő felek döntést tudnak hozni a programról.	Vagyis az intervenciót érdemes-e adaptálni, megismételni, nagyobb léptékben megvalósítani, kapjon-e modellprogram státuszt stb.

További szakértői standardok:	
8.2.9 Az eredmények kommunikációjára vonatkozó terv kialakítása.	
8.2.10 Az azonosított célközönségbe a célcsoport is beletartozik.	
8.2.11 A kommunikáció időkeretének meghatározása.	
8.2.12 A programról szóló információ terjesztésének sikere felmérésre kerül.	
8.2.13 A program megismétlésének elősegítése érdekében a kommunikációs anyagok tartalmazzák:	
– a program adaptálásához, végrehajtásához, fenntarthatóságához szükséges feltételekre és erőforrásokra vonatkozó részletes információkat;	<i>Megfontolások:</i> szükséges pénzügyi- és emberi erőforrások, a munkatársak szükséges szakmai képzettsége.
– a program hibáit;	Megfontolások: célok, melyeket nem sikerült elérni.
– a minta végtermékeket;	
– az esettanulmányokat;	<i>Megfontolások:</i> a program megvalósításának és lehetséges eredményeinek az illusztrálása.
– a programban használt eszközöket és anyagokat, kiegészítve részletes használati útmutatókkal.	<i>Példák:</i> intervenciós anyagok (pl. munkafüzetek, kézikönyvek a stáb képzéséhez), monitorozási és értékelési eszközök.
8.2.14 A közzétett termékek olyan részletes bemutatása, amely lehetővé teszi az alkalmazását/ a program megismétlését.	
8.2.15 Az érdeklődők számára képzési és technikai támogatás/segítség felajánlása.	<i>Példák:</i> meglévő képzési rendszerekbe beépített tananyagok, képzési tapasztalatcserre más szolgáltatókkal.
8.2.16 A programmal kapcsolatos információk publikálása.	<i>Példák publikációkra:</i> tudományos szakfolyóiratokban, végső beszámolóként a szolgáltató honlapján.

8.3 Záró beszámoló készítése

A záró beszámoló dokumentálja a program tartalmát és tevékenységeit, és ahol elérhető, a végső értékelés eredményeit. Ennél a komponensnél a standardok röviden körvonalazzák, hogy mit kell tartalmaznia egy záró beszámolónak. További információ a kommunikációról a 8.2. *A program promotálása* elnevezésű komponensnél található. Minthogy a záró beszámoló is a kommunikációs anyagok egyik példája, azokat a standardokat is figyelembe kell venni az elkészítésénél.

A záró beszámoló írásakor érdemes támaszkodni a projekt korábbi szakaszaiban készült dokumentációra (lásd 1.3 *A szükségletek leírása – a beavatkozás indoklása*, 3 *Programalkotás*, 5.1 *A program tervezése (a projektterv)*, 5.6 *Programleírás*, 6.2 *A beavatkozás megvalósítása*, 7 *Végső értékelés*). A tartalomnak és a formátumnak illeszkednie kell a célközönségéhez, akinek szánják. Ezért, ha már létező dokumentációt használnak fel, azt gondosan szerkeszteni kell. Például ha a beszámoló a nagyközönségnek szól, nem ajánlatos a hatásosságra vonatkozó információkat olyan részletességgel közzétenni, mint az eredeti programtervezetben. Ezzel szemben, az evidenciák részletes leírása kulcsfontosságú, ha a beszámoló szakmai közönségnek készül.

A standardok fejlesztését elősegítő konzultációk során felmerült, hogy néhány területen bevett szokás, hogy a szolgáltatók rendszeresen beszámolnak az előrehaladásról a megbízónak és a támogatóknak. Azonban ezek a beszámolók általában a szakmai közösség, a célcsoport vagy a nagyközönség számára nem elérhetők. A konzultáción résztvevők éppen ezért javasolták, hogy ezeket a beszámolókat elérhetővé, nyilvánossá kell tenni (pl. a szolgáltató honlapján), megfelelő formában szerkesztve. Mindez segítené a szolgáltató munkájának bemutatását, továbbá támogatná a disszeminációs tevékenységet, és a bevált gyakorlatok kommunikációját a prevenciók szakma körében.

Nem mindig lehetséges vagy szükséges elkészíteni a záró beszámolót. Az ebben a fejezetben található standardok csak akkor alkalmazandók, ha készül záró beszámoló. Amennyiben nem készül, akkor a programról szóló információkat más eszközök segítségével kell kommunikálni, például előadásokat tartva (lásd 8.2 *A program promotálása*).

Alapvető standardok, ha záró beszámoló készül:

8.3.1 Záró beszámoló készül.	
8.3.2 A záró beszámoló a következőkről tartalmaz információkat:	
– a program létjogosultsága;	<i>Megjegyzés:</i> ez a szükségletfelmérés összefoglalója.
– célcsoport;	
– program általános céljai;	
– színtér;	
– beavatkozás és az egyes tevékenységek;	

Alapvető standardok, ha záró beszámoló készül:	
– projektterv;	<i>Megjegyzés:</i> ez nem a részletes projektterv, amit a program tervezése során alakítottak ki, hanem a főbb tevékenységek összefoglalása.
– támogató szervezetekre és más bevételi forrásra vonatkozó információk.	
8.3.3 Az információ a záró beszámolóban:	
– világos és könnyen olvasható;	Vagyis széles körben érthető, vagy ahol a célközönség azonosításra került, ott a célközönség körében érthető.
– logikus felépítésű és konzisztens.	

További szakértői standardok:	
8.3.4 A záró beszámoló a következőkről tartalmaz információkat:	
– a program fő- és alcéljai;	Alapvető standard, amennyiben a beszámoló szakmai közönségnek készül.
– az eredeti beavatkozás, valamint az adaptáció mértéke;	Alapvető standard már meglévő beavatkozás megvalósítása esetén.
– a program elméleti kerete;	Alapvető standard elméleti modell alkalmazása esetén.
– a hatásosságra vonatkozó bizonyítékok;	Alapvető standard, amennyiben a beszámoló szakmai közönségnek készül.
– az eredményértékelés eredményei;	Alapvető standard, ha történt eredményértékelés.
– a folyamatértékelés eredményei;	Alapvető standard, ha történt folyamatértékelés. <i>Megjegyzés:</i> ha nem történt folyamatértékelés, helyette a monitorozás eredményei is közlétehetők.
– a programköltségekre vonatkozó információk.	
8.3.5 A beszámoló későbbi kiegészítése az utánkövetéses vizsgálatok eredményeivel.	<i>Megjegyzés:</i> hosszú távú követéses vizsgálatok alapján, ha lehetséges. <i>Példa:</i> rövid táv: kevesebb mint 6 hónappal; középtáv: 6-12 hónappal; hosszú táv: több mint 12 hónappal az intervenció befejezése után.

Függelék



Függelék

Ehhez a kézikönyvhöz tartozik egy online segédanyag is <http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention-standards/annex>, mely az alábbiakat tartalmazza:

- az egyes standardok témájához kapcsolódó források (munkaerő-fejlesztés, etikus drogprevenció, vonatkozó szakpolitika és szabályozás ismerete, a drogfogyasztás és a közösségi szükségletek felmérése, bizonyítékon alapuló programtervezés, modell-programok adatbázisai, programhűség, értékelés, promóció);
- a standardok rövidített változata egy önreflexióra alkalmas lista formájában;
- megfontolások és javaslatok a standardok gyakorlati alkalmazásához;
- azon szervezetek listája, melyek részt vettek a strukturált konzultációkon a standardok fejlesztése során;
- további információk a jelenlegi droghelyzetről az Európai Unióban.

Az eredeti standard dokumentumok

Az Európai drogprevenációs minőségi standardok első változata az alább felsorolt dokumentumokban megfogalmazott minőségi kritériumok szintetizálása révén készült. A dokumentumok régiók szerint vannak csoportosítva (Európa, Észak-Amerika, nemzetközi), a régió belül pedig az országok abc sorrendben következnek. Néhány esetben a dokumentumok megjelenésének éve csak hozzávetőleges. Ezek a dokumentumok nem kerültek be a *További iránymutatások* listájába; habár több dokumentum nemcsak minőségi kritériumokat tartalmaz, hanem általános, a drogmegelőzésre vonatkozó útmutatásokat is, ezért a Standardokkal együttesen használhatók.

A hivatkozott internetes oldalak utolsó letöltésének dátuma: 2011. április 11. (kivéve, ha másképp van jelölve).

Csehország

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR (Czech Ministry of Education, Sport and Youth) (2008) *Standardy odborné způsobilostiposkytovatel programů primární prevence užívání návykových látek (schválená revize) (Professional Qualification Standards for Providers of Primary Addictive Drug Use Prevention Programmes (revised edition))*. Prague: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR.

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

Egyesült Királyság

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

Finnország

STAKES (2006) *Reaching For The Quality Star: Quality criteria for substance abuse prevention*. National Research and Development Centre for Welfare and Health.

<http://neuvoa-antavat.stakes.fi/NR/rdonlyres/73F39AD6-6A0B-41CD-BA0C-7D18AB0A6FB3/0/Reachingforquality.pdf>

Írország

Drug Education Workers Forum (DEWF) (2007) *A manual in quality standards in substance use education*. Dublin: DEWF. Példány kérhető ezen a címen: info@dewf.ie.

Lengyelország

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (National Bureau for Drug Prevention (NBDP)) (2008) *Projekt systemu rekomendacji programów profilaktyki i promocji zdrowia psychicznego (Draft recommendation system for prevention and mental health promotion programmes)*. Warsaw: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

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

Litvánia

Narkotikų kontrolės departamento prie Lietuvos Respublikos (Drug Control Department) (2007) *PSICHOAKTYVIŲ MEDŽIAGŲ VARTOJIMO PREVENCIJOS PROJEKTO VERTINIMO FORMA (Psychoactive substances abuse prevention project evaluation form)*.

Németország

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Federal Centre for Health Education) & Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (n.d.) *Qualität in der Prävention (Quality in Prevention)*.

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

Olaszország

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

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

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

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

Portugália

Instituto da Droga e da Toxicodependência (Institute on Drug and Drug Addiction (IDT)) (2005) *Programa de Intervenção Focalizada - PIF (Focused Intervention Programme – FIP)*.

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

România

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

Galícia (Spanyolország)

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

Európai Unió

Council of Europe Pompidou Group (1998) *Handbook Prevention: alcohol, drugs and tobacco*. http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_21033_EN_Prevention%20Manual%20Pompidou%20Group.pdf

Egyesült Államok

Office of National Drug Control Policy (ONDCP) (n.d.) *Evidence-Based Principles for Substance Abuse Prevention*. <http://www.whitehousedrugpolicy.gov/PREVENT/practice.html>

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

Society for Prevention Research (SPR) (2004) *Standards of Evidence: Criteria for Efficacy, Effectiveness and Dissemination*. <http://www.preventionresearch.org/StandardsofEvidencebook.pdf>

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

Megjegyzés: olasz nyelvű verzió elérhető: Serpelloni, G. (2005) *Prevenire l'uso di droghe tra i bambini e gli adolescenti. Una guida per genitori, educatori e amministratori basata sulla ricerca scientifica a cura del National Institute on Drug Abuse*. http://www.dronet.org/pubblicazioni/monografie_dettaglio.php?monografie=18

Center for Substance Abuse Prevention (CSAP) (2002) *Achieving Outcomes: A Practitioner's Guide to Effective Prevention (Conference Edition)*. Rockville, MD.: CSAP. <http://www.eric.ed.gov/PDFS/ED469593.pdf>

Kanada

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

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

Megjegyzés: Ennek a dokumentumnak az 1.0 verziója volt az Európai drogreprevenációs minőségi standardok alapja. A 2.0 verzió 2010-ben került kiadásra. Jelentősebb változtatások az új verzióban: a standardok közötti átfedések megszüntetése, a standardok számának csökkentése (18-ról 17-re), az „Értékelés és monitorozás” című fejezet átdolgozása, a standardok célközönségének tisztázása, az egyes elemek közötti összefüggések kiemelése.

Egyesült Nemzetek Szervezete

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

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

Megjegyzés: olasz nyelvű verzió elérhető: Dipartimento Politiche Antidroga (a cura del) (2009) *Guida alla realizzazione di programmi di formazione sulle abilità genitoriali per la prevenzione dell'uso di droghe*.

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

Megjegyzés: spanyol nyelvű verzió elérhető: Naciones Unidas Oficina contra la Droga y el Delito (2009) *Guía para la ejecución de programas de desarrollo de aptitudes de la familia en materia de prevención del uso indebido de sustancias*. Nueva York: Naciones Unidas.

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

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

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

További iránymutatások

A következőkben felsorolt források további információkat és iránymutatásokat nyújtanak az Európai drogprevenációs standardok kapcsán tárgyalt témákhoz, segítve a standardok gyakorlati alkalmazását.

A dokumentumok három csoportra lettek osztva: általános források, az egyes standardok témájához kapcsolódó források (munkaerő-fejlesztés, etikus drogprevenáció, vonatkozó szakpolitika és szabályozás ismerete, a drogfogyasztás és a közösségi szükségletek felmérése, bizonyítékon alapuló programtervezés, modellprogramok adatbázisai, programhűség, értékelés, promóció), valamint a fogalomtár. Nem minden standardhoz tartoznak hivatkozások, csupán azokhoz, melyek a szakemberekkel folytatott konzultációk alapján további útmutatást igényeltek. Az előző fejezetben szereplő eredeti standard dokumentumok itt nem kerültek felsorolásra, habár többségük tartalmaz hasznos iránymutatásokat is.

A projektpartnerek nem vállalnak felelősséget a hivatkozott források és internetes oldalak tartalmáért. A források az alapján kerültek kiválasztásra, hogy a standardok alkalmazói számára melyek lehetnek hasznosak és érdekesek. A magas szintű minőség biztosítása érdekében a további források kiválasztása tudományos publikációkra, valamint kormányok hivatalainak, vezető szakintézményeknek a publikációira korlátozódik. További szakirodalmi források is bekerülhettek volna a listába, azonban a korlátozott kapacitások nem tették lehetővé ezek egyesével történő áttanulmányozását. A projektpartnerek anyanyelvén elérhető dokumentumok is jelen vannak a jegyzékben, jelezve, hogy lefordított vagy helyi szinten készült útmutatások is elérhetők.

A drogprevenáció területén gazdag a kínálat a hozzáférhető szakanyagokból, ezért a lista nem tekinthető teljesnek. Például specifikus intervenciókkal (bár néhány forrás foglalkozik ezekkel, pl. EDDRA adatbázis), továbbá specifikus területekkel foglalkozó források, mint például gender kérdések vagy komorbiditás, nem kerültek a listába. A szerzők azonban szívesen vesznek javaslatokat további forrásokra, melyek a projekt internetes oldalán közzétehetők.

A hivatkozott internetes oldalak utolsó letöltésének dátuma: 2011. április 11. (kivéve, ha másképp van jelölve)

Általános források

CCSA Canadian Centre on Substance Abuse (ongoing) *Youth Drug Prevention*.
<http://www.ccsa.ca/ENG/PRIORITIES/YOUTHPREVENTION/Pages/default.aspx>

Council of Europe Pompidou Group (ongoing) *The Prevention Platform*.
http://www.coe.int/t/dg3/pompidou/Activities/prevention_en.asp

EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (ongoing) *Best practice portal*.
<http://www.emcdda.europa.eu/best-practice>

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

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

IREFREA European Institute of Studies on Prevention.

<http://www.irefrea.org>

SCIE Social Care Institute for Excellence.

<http://www.scie.org.uk/>

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

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

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

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

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

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

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

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

Magyar nyelvű források

A Nemzeti Drogmegelőzési Intézet által működtetett Szakmai Információs Portál.

<http://www.ndi-szip.hu>

Olaszország

Dipartimento politiche antidroga.

<http://www.politicheantidroga.it>

Fenntarthatóság és finanszírozás (Standard A)

Egyesült Királyság

National Youth Agency (NYA) (2008) *NYA Quality Mark*.

<http://www.nya.org.uk/quality/quality-mark>

Kommunikáció és az érdekhordozók bevonása (Standard B)

Egyesült Királyság

National Children's Bureau (ongoing) *National Quality Improvement Network*.

http://www.ncb.org.uk/ecu_network/nqin/nqin_home.aspx

Munkaerő-fejlesztés (Standards C, 5.3)

CCSA Canadian Centre on Substance Abuse (2010) *Competencies for Canada's Substance Abuse Workforce*. Ottawa, ON: CCSA.

<http://www.cnsaap.ca/Eng/DevelopingTheWorkforce/Competencies/Pages/default.aspx>

International Certification & Reciprocity Consortium (IC&RC).

<http://internationalcredentialing.org/>

NTA National Treatment Agency for Substance Misuse (2003) *Staff development toolkit for drug and alcohol services*. London: NTA.

http://www.nta.nhs.uk/uploads/nta_staff_dev_toolkit_drug_alcohol_services_2003_sdgen.pdf

Megjegyzés: Bár ez a dokumentum az Egyesült Királyságbeli nemzeti munkaügyi standardokra hivatkozik, a munkaerő-fejlesztésről szóló fejezetek relevánsak lehetnek minden uniós tagország számára.

Pilling, S.; Hesketh, K. & Mitcheson, L. (2010) *Routes to Recovery: Psychosocial Interventions for Drug Misuse. A framework and toolkit for implementing NICE-recommended treatment interventions*. London: National Treatment Agency for Substance Misuse.

http://www.nta.nhs.uk/uploads/psychosocial_toolkit_june10.pdf

Skinner, N.; Freeman, T.; Shoobridge, J. & Roche, A. (2003) *Workforce development and the alcohol and other drugs field: A literature review of key issues for the NGO sector*. Adelaide: National Centre for Education and Training on Addiction (NCETA), Flinders University.

<http://www.nceta.flinders.edu.au/pdf/NGO.pdf>

Wylie, L.W.J. (2010) Assessing user perceptions of staff training requirements in the substance use workforce: A review of the literature. *Drugs: education, prevention and policy*, 17 (5), 618–631.

Megjegyzés: Bár az áttekintés a kezelés témakörére fókuszált, néhány következtetés releváns a drogmegelőzés számára is. Fontos azonban szem előtt tartani, hogy a résztvevők elvárásai a stáb jellemzőire vonatkozóan nem mindig vannak átfedésben az intervenció hatásossága szempontjából fontos jellemzőkkel a munkatársak körében. Ezért elvárás a két nézet közötti egyensúly megteremtése.

Egyesült Királyság

FDAP Federation of Drug & Alcohol Professionals (ongoing) *Workforce Development: Training & Qualifications*.

<http://www.drinkanddrugs.net/workforcedevelopment/trainingandqualifications.php>

Keresés funkcióval ellátott online adatbázist tartalmaz.

Skills for Health (2008) *Drugs and Alcohol National Occupational Standards (DANOS) Guide*. Bristol: Skills for Health.

http://www.skillsforhealth.org.uk/component/docman/doc_download/130-ad-danos-guide.html

Etikus drogprevenció (Standard D)

Council of Europe (2005) *Ethical eye: Drug addiction*. Strasbourg Cedex: Council of Europe Publishing.

<https://wcd.coe.int/com.instranet.InstraServlet?command=com.instranet.CmdBlobGet&InstranetImage=1287976&SecMode=1&DocId=1426704&Usage=2>

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

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

European Union (2000) Charter of fundamental rights of the European Union. *Official Journal of the European Communities*, 2000/C 364/01, 18.12.2000.

<http://www.europarl.europa.eu/charter/>

A Charta több nyelven is hozzáférhető.

National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research (1979) *The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the protection of human subjects of research*.

<http://ohsr.od.nih.gov/guidelines/belmont.html>

United Nations Children's Fund (UNICEF) (2008) *A World Fit for Children*. New York: United Nations.

http://www.unicef.org/publications/files/A_World_Fit_for_Children_072808.pdf

Ez a dokumentum tartalmazza a Gyermekek Jogairól szóló Konvenciót (*Convention on the Rights of the Child*).

United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights (1998/1948) *Universal Declaration of Human Rights*. New York: United Nations Department of Public Information.

http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/eng.pdf

A nyilatkozat minden EU nyelven hozzáférhető.

Egyesült Királyság

Children Act 2004.

<http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2004/31/contents>

Human Rights Act 1998.

<http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1998/42/contents>

Department for Children, Schools and Families (2010) *Working Together to Safeguard Children: A guide to inter-agency working to safeguard and promote the welfare of children.* HM Government.

<http://www.education.gov.uk/publications/eOrderingDownload/00305-2010DOM-EN.PDF>

Department for Education (ongoing) *Child protection.*

<http://www.education.gov.uk/schools/pupilsupport/pastoralcare/childprotection>

Department for Education (ongoing) *Safeguarding children.*

<http://www.education.gov.uk/childrenandyoungpeople/safeguarding/safeguardingchildren>

FDAP Federation of Drug & Alcohol Professionals (2008) *Code of Practice for Drug & Alcohol Professionals.*

http://www.fdap.org.uk/code_of_practice.php

A vonatkozó szakpolitika és szabályozás ismerete (Standard 1.1)

Az Európai Unió és az Egyesült Nemzetek Szervezetének dokumentumai több nyelven is hozzáférhetőek.

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

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

Ez a weboldal nemzeti stratégiákra/akciótervekre és jogszabályokra vonatkozó információkat tartalmaz.

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

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

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

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

European Council (2004) *EU Drugs Strategy (2005-2012).* 15074/04.

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

European Council (2005) EU Drugs Action Plan (2005-2008). *Official Journal of the European Union*, 2005/C 168/01, 8.7.2005. <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index10360EN.html>

European Council (2008) EU Drugs Action Plan for 2009-2012. *Official Journal of the European Union*, 2008/C 326/09, 20.12.2008. <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index66221EN.html>

United Nations Single Convention on Narcotic Drugs of 1961 as amended by the 1972 Protocol.
<http://www.unodc.org/unodc/en/treaties/single-convention.html>

United Nations Convention on Psychotropic Substances of 1971.
<http://www.unodc.org/unodc/en/treaties/psychotropics.html>

United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances of 1988.
<http://www.unodc.org/unodc/en/treaties/illicit-trafficking.html>

United Nations General Assembly (1998) *Declaration on the Guiding Principles of Drug Demand Reduction*. A/RES/S-20/3, Annex.
<http://www.un.org/documents/ga/res/20sp/a20spr03.htm>

UNODC United Nations Office on Drugs and Crime (2009) *Political Declaration and Plan of Action on International Cooperation towards an Integrated and Balanced Strategy to Counter the World Drug Problem*. Adopted at the High-level segment Commission on Narcotic Drugs, Vienna, 11-12 March 2009. New York: United Nations.
<http://www.unodc.org/documents/commissions/CND-Uploads/CND-52-RelatedFiles/V0984963-English.pdf>

Galícia, Spanyolország

Law 11/2010, of December 17th, on children alcohol use prevention. *Diario Oficial de Galicia*, Nº 248, 28.12.2010.

Magyarország

Nemzeti Stratégia a kábítószer-probléma kezelésére (2010-2018).

Olaszország

Dipartimento Politiche Antidroga (2010) *Piano di Azione Nazionale (PAN) sulle Droghe*.
<http://www.politicheantidroga.it/comunicazione/notizie/2010/ottobre/pan.aspx>

D. P. R. del 9 ottobre 1990, n° 309.

“Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza”

Legge 18 febbraio 1999, n°45.

“Modifiche al Testo unico sulle tossicodipendenze”

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 10 settembre 1999.

“Atto di indirizzo e coordinamento del Governo alle Regioni inerente i criteri generali per la valutazione e il finanziamento dei progetti finalizzati alla prevenzione e al recupero delle tossicodipendenze e dall’alcooldipendenza correlata e al reinserimento lavorativo dei tossicodipendenti”

Decreto del Ministro per la Solidarietà Sociale, 14 settembre 1999.

“Istituzione dell’Osservatorio permanente per la verifica dell’andamento del fenomeno delle droghe e delle tossicodipendenze”

Legge Costituzionale n°3 del 2001, modifica art. 117 della Costituzione.

“La tutela della salute diviene materia di legislazione concorrente tra Stato e Regioni, spetta quindi alle Regioni la potestà legislativa, salvo per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato. Inoltre spetta alle Regioni la potestà legislativa in riferimento ad ogni materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato.”

Decreto del Vice Presidente del Consiglio dei Ministri 31 Maggio 2004.

“Linee di indirizzo amministrativo in tema i promozione e coordinamento delle politiche, per prevenire e contrastare il diffondersi delle tossicodipendenze e delle alcooldipendenze correlate”

Legge 21 febbraio 2006 n°49 (legge “Fini-Giovanardi”).

“Conversione in legge, con modificazioni al decreto legge 30 dicembre 2005, n°272, recante misure urgenti per garantire la sicurezza ed i finanziamenti per le prossime Olimpiadi invernali, nonché la funzionalità dell’Amministrazione dell’interno. Disposizioni per favorire il recupero dei tossicodipendenti recidivi.”

Lengyelország

Act of Law of 29 July 2005 on Counteracting Drug Addiction.

<http://www.cinn.gov.pl/portal?id=216853>

Regulation of the Council of Ministers of 27 June 2006 on National Programme for Counteracting Drug Addiction 2006-2010.

<http://www.cinn.gov.pl/portal?id=216853>

România

GOVERNMENTAL DECISION no. 73 of January 27, 2005 on the approval of the National Anti-Drug Strategy 2005-2012. Official Journal of Romania, no.112 of February 3, 2005.

Law no. 143 of 26 July 2000 on combating illicit drugs trafficking and use with ulterior amendments and additions.

LAW no. 300 of 17 May 2002 regarding the legal regime of the precursors used for illicit drug production.

DECISION no. 1.121 of 10 October 2002 for the enforcement of the application regulation of the Law no. 300/2002 on the legal regime of precursors used in the illicit manufacture of drugs.

DECISION no. 1.563.395 of 13 July 2005 on the setup of the national centre for training and research in addictions within the National Anti-Drug Agency and accreditation of the training programs, of the trainers and trainers of trainers in the field of addiction.

DECISION no. 860 of 28 July 2005 for the approval of the enforcement Regulation of the Law no. 143/2000 on preventing and countering the illicit drug trafficking and use, as last amended and supplemented.

LAW no.339 of 29 November 2005 regarding the legal regime of the plants and substances and preparations with narcotic and psychotropic content.

NAA President's DECISION no. 1.862.064 / 23. 01. 2006 regarding minimum quality standards for school-based prevention programmes.

DECISION no. 17 of 2 October 2006 for the approval of the design, amendment and implementation methodology of the customized care plan for drug users.

EMERGENCY ORDINANCE no. 121 of 21 December 2006 on the legal regime of drug precursors.

DECISION no. 1915 of 22 December 2006 approving the methodological enforcement regulations of the provisions of the Law no. 339/2005 on the juridical regime of plants, substances and preparations with narcotic and psychotropic contents.

DECISION no. 1.873 of 21 December 2006 amending and supplementing the Governmental Decision no. 1.489/2002 regarding the establishment of the National Anti-Drug Agency.

LAW no. 186 of 13 June 2007 for the approval of the Governmental Emergency Ordinance no.121/2006 laying down the legal regime of drug precursors.

EMERGENCY GOVERNMENTAL ORDINANCE no. 20 /11 of March 2009 for restructuring and efficiency of some units under Ministry of Administration and Interior.

Egyesült Királyság

Home Office (2010) *Drug strategy 2010. Reducing demand, restricting supply, building recovery: supporting people to live a drug-free life.* HM Government.

<http://www.homeoffice.gov.uk/publications/drugs/drug-strategy/drug-strategy-2010?view=Binary>

Home Office (2008) *Drugs: protecting families and communities. The 2008 drug strategy*. HM Government.

<http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20100419085703/http://drugs.homeoffice.gov.uk/publication-search/drug-strategy/drug-strategy-20082835.pdf?view=Binary>

Department for Education and Skills (2004) *Drugs: Guidance for Schools*.

<http://www.education.gov.uk/publications/standard/publicationdetail/page1/DfES%200092%202004>

Megjegyzés: Rövidesen megjelenik a dokumentum új verziója.

Drugs Act 2005.

<http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/17/contents>

Misuse of Drugs Act 1971.

<http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1971/38/contents>

DCSF Department for Children, Schools and Families (2007) *Quality Standards for Young People's Information, Advice and Guidance (IAG)*. Crown Copyright.

<http://www.education.gov.uk/publications/eOrderingDownload/IAGQS07.pdf>

Department of Health (2007) *You're Welcome quality criteria: Making health services young people friendly*. Gateway Ref: 7972. London: DH.

http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_073829.pdf (accessed 06.06.2009)

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_073586

Beard, S. & the NYA's Youth Work for Health team (2008) *Good Practice Guidelines for Health Youth Work*. Leicester: The National Youth Agency.

A drogfogyasztás és a közösségi szükségletek felmérése (Standard 1.2)

EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2000) *Understanding and responding to drug use: the role of qualitative research*. EMCDDA Scientific Monograph Series Nr. 4. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_34018_EN_Monograph4.pdf

EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2009) *Drug use: an overview of general population surveys in Europe*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_78300_EN EMCDDA-TP-gps.pdf

EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (ongoing) *Statistics and country data*.

<http://www.emcdda.europa.eu/data>

ESPAD European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.

<http://www.espad.org/>

Hawkins, J.D. (1992) Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112 (1), 64-105.

Hawkins, J.D.; Van Horn, M.L. & Arthur, M.W. (2004) Community Variation in Risk and Protective Factors and Substance Use Outcomes. *Prevention Science*, 5 (4), 213-220.

HBSC Health Behaviour in School-aged Children.

<http://www.hbsc.org/>

National Advisory Committee on Drugs (2010) *Risk and Protection Factors for Substance Use Among Young People. A Comparative Study of Early School-Leavers and School-Attending Students*. Dublin: Government Publications.

<http://www.nacd.ie/publications/RiskYoungPeopleSchool.pdf>

Ez a dokumentum mintaként szolgálhat a helyi kockázati és védő tényezők azonosításához.

NICE National Institute for Health and Clinical Excellence (2008) *Community engagement to improve health*. NICE public health guidance 9. London: NICE.

<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11929/39563/39563.pdf>

NTA National Treatment Agency for Substance Misuse (2007) *Assessing young people for substance misuse*. London: NTA.

http://www.nta.nhs.uk/uploads/nta_assessing_young_people_for_substance_misuse_yp1.pdf

NTA National Treatment Agency for Substance Misuse (2009) *Young people's specialist substance misuse treatment. Need assessment good practice guidance 2010/11*. DH Gateway reference: 12054.

http://www.nta.nhs.uk/uploads/ypssmtp_needs_assessment_2010_11.pdf

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

http://www.nta.nhs.uk/uploads/needs_assessment_2010_11.pdf

Plested, B. et al. (1999) Readiness for Drug Use Prevention in Rural Minority Communities. *Substance Use & Misuse*, 34 (4-5), 521-544.

UNODC United Nations Office on Drugs and Crime (ongoing) *World Drug Report - Global Illicit Drug Trends*.

<http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR.html>

UNODC United Nations Office on Drugs and Crime (2004) *A Strong Start. Good practices in using a local situation assessment to begin a youth substance abuse prevention project*. New York: United Nations.

http://www.unodc.org/pdf/globalinitiative/initiative_goodpractice_assessing_strong_start.pdf

Winters, M. & Patel. K (2003) *Community Engagement. Report 1: The Process*. Preston: Centre for Ethnicity & Health, University of Central Lancashire.

http://www.uclan.ac.uk/iscr/files/Report_2_The_Findings.pdf

Bár ez a dokumentum specifikus az Egyesült Királyságra vonatkozóan, az ismertetett folyamat alkalmazható más EU tagországokban is.

WHO World Health Organisation (1998) *The assessment of drug problems*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

http://whqlibdoc.who.int/euro/1998-99/EUR_ICP_LVNG_02_06_01%28A%29.pdf

WHO World Health Organization (2000) *Needs assessment. Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment Workbook 3*. WHO/MSD/MSB 00.2d. Geneva: WHO.

http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MSD_MSB_00.2d.pdf

WHO World Health Organization (2001) *Community Health Needs Assessment. An introductory guide for the family health nurse in Europe*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/102249/E73494.pdf

WHO World Health Organization (2003) *Rapid Assessment and Response: Technical Guide (TG-RAR)*. WHO/HIV/2002.22. Geneva: WHO.

<http://www.who.int/docstore/hiv/Core/Index.html>

Ez a dokumentum ismerteti a gyors szükségletfelmérés módszerét.

Olasz nyelvű források

Osservatorio Regionale sulle Dipendenze, Lombardia.

<http://www.ored-lombardia.org/>

Relazioni annuali al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia.

<http://www.politicheantidroga.it/progetti-e-ricerca/relazioni-al-parlamento.aspx>

Tutti i dati statistico-epidemiologici sullo stato delle tossicodipendenze in Italia sono oggetto di un rapporto che viene presentato al Parlamento, per legge, ogni 12 mesi con riferimento all'anno precedente.

Spanyol nyelvű források

Naciones Unidas Oficina contra la Droga y el Delito (2004) *¡Un buen comienzo! Buenas prácticas para utilizar una evaluación de la situación local a fin de iniciar un proyecto de prevención del uso indebido de sustancias nocivas por los jóvenes*. Nueva York: Naciones Unidas.

http://www.unodc.org/pdf/globalinitiative/initiative_goodpractice_assessing_strong_start_S.pdf

Források Angliából

NHS Information Centre (ongoing) *Smoking, Drinking and Drug Use Among Young People in England*. Health and Social Care Information Centre, Lifestyles Statistics.

<http://www.ic.nhs.uk/statistics-and-data-collections/health-and-lifestyles-related-surveys/smoking-drinking-and-drug-use-among-young-people-in-england>

Bizonyítékon alapuló programleírás (Standard 3.2, 3.5, 4)

Ajánlott kulcsforrások

Jones, L.; Sumnall, H.; Witty, K.; Wareing, M.; McVeigh, J. & Bellis, M.A. (2006) *A review of community-based interventions to reduce substance misuse among vulnerable and disadvantaged young people*. Liverpool: National Collaborating Centre for Drug Prevention.

<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11378/31910/31910.pdf>

NICE National Institute for Health and Clinical Excellence (ongoing) *NICE guidance by topic 'Public Health'*.

<http://guidance.nice.org.uk/Topic/PublicHealth>

The Cochrane Collaboration (ongoing) *Cochrane Reviews - by topic 'Drugs and Alcohol'*.

http://www2.cochrane.org/reviews/en/topics/59_reviews.html

Egyéb források

Bandura, A. (1977) Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

<http://des.emory.edu/mfp/BanduraPubs.html>

Beddoes, D.; Sheikh, S.; Khanna M. & Pralat, R. (2010) *The Impact Of Drugs on Different Minority Groups: A Review Of The UK Literature. Part 1: Ethnic groups*. London: The UK Drug Policy Commission.

http://www.ukdpc.org.uk/resources/ethnic_groups.pdf

Ez a beszámoló az Egyesült Királyságban elérhető szakirodalom áttekintésén alapul, de hasznos lehet más országok számára is.

Drug and Alcohol Findings (ongoing) *Effectiveness Bank Bulletins*.

<http://findings.org.uk/e-bank.htm>

DrugScope (ongoing) *DS Daily: A daily drug and alcohol news service*.

<http://www.dsdaily.org.uk/>

Dunn, C.W.; Deroo, L. & Rivara, F.P. (2001) The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioural domains: A systematic review. *Addiction*, 96 (12), 1725-1742.

EDACT Eastern Drugs and Alcohol Coordination Team (2005) *Guiding Effective Drug Prevention*. Belfast: EDACT.

http://www.edact.org/pub_docs/Drug_Prevention_Booklet.pdf

EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2008) *Prevention of substance abuse*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_52392_EN_Insights7.pdf

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

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

European Drug Addiction Prevention trial (EU-Dap).

<http://www.eudap.net/>

Hawkins, J.D.; Oesterle S.; Brown, E.C.; Arthur, M.W.; Abbott, R.D.; Fagan, A.A. & Catalano, R.F. (2009) Results of a type 2 translational research trial to prevent adolescent drug use and delinquency: a test of Communities That Care. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 163 (9), 789-98.

Hawks, D.; Scott K. & McBride, M. (2002) *Prevention of Psychoactive Substance Use: A Selected Review of What Works in the Area of Prevention*. Geneva: World Health Organization.

http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/prevention_substance_use.pdf

ILO International Labour Organization (ongoing) *SafeWork: Health Promotion and Well-Being in the Workplace*.

http://www.ilo.org/safework/areasofwork/lang--en/WCMS_DOC_SAF_ARE_PROM_EN/index.htm

Loxley, W.; Toumbourou, J.W.; Stockwell, T.; Haines, B.; Scott, K.; Godfrey, C.; Waters, E.; Patton, G.; Fordham, R.; Gray, D.; Marshall, J.; Ryder, D.; Siggers, S.; Sanci, L. & Williams, J. (2004) *The Prevention of Substance Use, Risk and Harm in Australia: A review of the evidence*. Canberra: Commonwealth of Australia; the National Drug Research Institute and the Centre for Adolescent Health.

[http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/health-pubhlth-publicat-document-mono_prevention-cnt.htm/\\$FILE/mono_prevention.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/health-pubhlth-publicat-document-mono_prevention-cnt.htm/$FILE/mono_prevention.pdf)

Meyer, L. & Cahill, H. (2004) *Principles for school drug education*. Canberra: Australian Government Department of Education, Science and Training.

<http://www.dest.gov.au/NR/rdonlyres/60B9A2F3-BF3C-4A7E-90D7-AF5DD95EC97A/7601/PrincSchoolDrugEd.pdf>

Moos, R. H. (2005) HORIZONS REVIEW Iatrogenic effects of psychosocial interventions for substance use disorders: prevalence, predictors, prevention. *Addiction*, 100 (5), 595-604.

NCCA National Council for Curriculum and Assessment (2001) *Social, Personal & Health Education. Junior Certificate. Guidelines for Teachers.*

http://www.curriculumonline.ie/uploadedfiles/PDF/jc_sphe_guide.pdf

Petrie, J.; Bunn, F. & Byrne, G. (2007) Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: a systematic review. *Health Education Research*, 22 (2), 177-191.

Rosiers, J. & Möbius, D. (eds.) (2008) *To Empower the Community in response to Alcohol Threats (ECAT). Scientific evidence for the ECAT methodology.* Brussels: Frieda Matthys, VAD Vereniging voor Alcohol - en andere Drugprobleem vzw.

http://www.vad.be/media/47498/ecat_scientific%20evidence.pdf

Rosiers, J.; Möbius, D. & Autrique, M. (eds.) (2008) *To Empower the Community in response to Alcohol Threats (ECAT). Manual for alcohol prevention in local communities.* Brussels: Frieda Matthys, VAD Vereniging voor Alcohol - en andere Drugprobleem vzw.

http://www.vad.be/media/47495/ecat_manual.pdf

SAMHSA Substance Abuse and Mental Health Services Administration (ongoing) *Division of Workplace Programs.*

<http://www.workplace.samhsa.gov/>

Stewart-Brown, S. (2006) *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?* Health Evidence Network report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

<http://www.euro.who.int/document/e88185.pdf>

Sumnall, H.; McGrath, Y.; McVeigh, J.; Burrell, K.; Wilkinson, L. & Bellis, M. (2006) *Drug use prevention among young people. Evidence into practice briefing.* London: National Institute for Health and Clinical Excellence.

<http://www.cph.org.uk/showPublication.aspx?pubid=221>

Sussman, S.; Earleywine, M.; Wills, T.; Cody, C.; Biglan, T.; Dent, C. W. & Newcomb, M. D. (2004) The Motivation, Skills, and Decision-Making Model of Drug Abuse Prevention. *Substance Use & Misuse*, 39 (10), 1971-2016.

Trimbos Institute, Centre for Public Health, National Institute for Drug Prevention, VAD & IREFREA (ongoing) *Healthy Nightlife Toolbox - Literature.*

<http://www.hnt-info.eu/File/literature.aspx>

Toumbourou, J. W.; Stockwell, T.; Neighbors, C.; Marlatt, G. A.; Sturge, J. & Rehm, J. (2007) Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use. *Lancet*, 369 (9570), 1391-1401.

UNODC United Nations Office on Drugs and Crime (ongoing) *The Global Youth Network – 'Taking Action'*.

http://www.unodc.org/youthnet/youthnet_action.html

Ez a weboldal adott színterekre (pl. iskola, család), valamint megközelítésekre (pl. kortárs alapú, internet alapú, sport) és adott célcsoportokra (etnikai kisebbségek, csellengők) vonatkozó útmutatásokat ad.

Werch, C. E. & Owen, D. M. (2002) Iatrogenic Effects of Alcohol and Drug Prevention Programs. *Journal of Studies on Alcohol*, 63, 581-590.

WHO World Health Organization Regional Office for Europe & BZgA Federal Centre for Health Education (2010) *Standards for Sexuality Education in Europe: A framework for policy makers, educational and health authorities and specialists*. Cologne: BZgA.

<http://www.bzga-whocc.de/pdf.php?id=061a863a0fdf28218e4fe9e1b3f463b3>

Olasz nyelvű források

Droganews

<http://www.droganews.it>

Selezione, raccolta e distribuzione di documentazione scientifica e didattica nell'area delle tossicodipendenze e delle patologie diffuse correlate.

Il progetto è impostato per sostenere due principali funzioni:

- 1) Trasmettere in maniera sistematica e regolare agli specialisti e agli operatori delle dipendenze gli orientamenti, le linee guida e gli indirizzi di politica sanitaria del Governo, nonché i più recenti ed accreditati aggiornamenti scientifici nazionali e internazionali;
- 2) Assicurare uno spazio di confronto e di dialogo tra gli esperti e gli operatori impegnati sul campo, facilitando lo scambio di esperienze e di novità nel lavoro quotidiano, l'espressione delle esigenze e delle difficoltà operative, il miglioramento e l'affinamento degli strumenti di lavoro e della comunicazione interistituzionale.

Leone, L. e Celata, C. (a cura di) (2006) *Per una prevenzione efficace. Evidenze di efficacia, strategie di intervento e reti locali nell'area delle dipendenze*. Milano: Ed. Il Sole 24 ore.

Programmare e progettare interventi efficaci di prevenzione nell'area delle dipendenze. Destinato a: professionisti che si occupano di pianificazione e programmazione nell'area delle dipendenze e delle attività socio-sanitarie (Funzionari Regionali, Direttori dei Dipartimenti delle Dipendenze, Responsabili degli Uffici di Piano, ecc.), agli operatori del settore socio-sanitario (Assistenti sociali, Educatori, Medici, Psicologi, ecc.), agli studenti universitari o di corsi di specializzazione che intendano approfondire il tema della prevenzione e comprendere l'organizzazione del sistema di intervento delle dipendenze.

Serpelloni, G.; Simeoni, E. e Rampazzo, K. (a cura di) (2002) *Quality Management (Gestione della Qualità). Indicazioni per le Aziende Socio Sanitarie e il Dipartimento delle Dipendenze*. Edizioni La Grafica.

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

Drogprevenció programok adatbázisai (Standard 4.2)

Center for the Study and Prevention of Violence (ongoing) *Blueprints for Violence Prevention*.

<http://www.colorado.edu/cspv/blueprints/index.html>

Ez az adatbázis tartalmaz drogmegelőzési programokat is.

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

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

EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (ongoing) *Példák: of evaluated practices: EDDRA*.

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

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

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

Trimbos Institute, Centre for Public Health, National Institute for Drug Prevention, VAD & IREFREA (ongoing) *Healthy Nightlife Toolbox - Interventions*.

<http://www.hnt-info.eu/File/interventions.aspx>

UNODC United Nations Office on Drugs and Crime (2010) *Compilation of Evidence-Based Family Skills Training Programmes*.

http://www.unodc.org/docs/youthnet/Compilation/10-50018_Ebook.pdf

SAMHSA U.S. Department of Health and Human Services Substance Abuse and Mental Health Services Administration (ongoing) *NREPP: National Registry of Evidence-based Programs and Practices*. <http://www.nrepp.samhsa.gov/>

Programhűség (Standard 6)

Bellg, A.J. et al. (2004) Enhancing Treatment Fidelity in Health Behavior Change Studies: Best Practices and Recommendations From the NIH Behavior Change Consortium. *Health Psychology*, 23 (5), 443–451.

Carroll, C. et al. (2007) A conceptual framework for implementation fidelity. *Implementation Science*, 2, 40. <http://www.implementationscience.com/content/2/1/40>

Hill, L.G.; Maucione, K. & Hood, B.K. (2007) A Focused Approach to Assessing Program Fidelity. *Prevention Science*, 8 (1), 25–34.

Monitorozás és értékelés (Standard 4.4, 6.3, 7)

Byford, S.; McDaid D. & Sefton, T. (2003) *Because it's worth it: A practical guide to conducting economic evaluations in the social welfare field*. York: Joseph Rowntree Foundation.
<http://www.jrf.org.uk/sites/files/jrf/1859351123.pdf>

EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (1998) *Evaluating Drug Prevention in the European Union*. EMCDDA Scientific Monograph Series Nr. 2. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_44761_EN_Monograph2.pdf

EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (1998) *Guidelines for the evaluation of drug prevention. A manual for programme-planners and evaluators*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_78087_EN_manual1.pdf

EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2000) *Evaluation: a key tool for improving drug prevention*. EMCDDA Scientific Monograph Series Nr. 5. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_34014_EN_Monograph5.pdf

EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2001) *Guidelines for the evaluation of outreach work. A manual for outreach practitioners*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_34031_EN_Manual2.pdf

EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (ongoing) *Evaluation Instruments Bank (EIB)*.
<http://www.emcdda.europa.eu/eib>

Fordham, R.; Jones, L.; Sumnall, H.; McVeigh, J. & Bellis, M. (2007) *The economics of preventing drug use: An introduction to the issues*. Liverpool: National Collaborating Centre for Drug Prevention.
<http://www.cph.org.uk/showPublication.aspx?pubid=287>

Frontier Economics (2011) *Specialist drug and alcohol services for young people – a cost benefit analysis*. Research Report DFE-RR087. Department for Education.
<http://www.education.gov.uk/publications/eOrderingDownload/DFE-RR087.pdf>

ICAP International Center for Alcohol Policies (2010) *A Guide to Evaluating Prevention Programs*. Washington, DC: ICAP.
<http://www.icap.org/LinkClick.aspx?fileticket=qcahxxxolgQ%3D&tabid=437>

Medical Research Council (2008) *Developing and evaluating complex interventions: new guidance*. <http://www.mrc.ac.uk/complexinterventionsguidance>

Miller, T. & Hendrie, D. (2009) *Substance Abuse Prevention Dollars and Cents: A Cost-Benefit Analysis*, DHHS Pub. No. (SMA) 07-4298. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Prevention, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
<http://store.samhsa.gov/shin/content//SMA07-4298/SMA07-4298.pdf>

Phillips, C. & Thompson, G. (2009) *What is cost-effectiveness?* Second edition. What is...? series.
<http://www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/painres/download/whatis/Cost-effect.pdf>

Premier's Drug Prevention Council (2002) *Guide to evaluating drug prevention projects in Victoria*. State of Victoria.
<http://druginfo.adf.org.au/download.asp?RelatedLinkID=789>

Springer, A. & Uhl, A. (eds.) (1998) *COST A6: Evaluation Research in Regard to Primary Prevention of Drug Abuse*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
<http://www.api.or.at/sp/download/lbidownload/costa6.pdf>

Uhl, A.; Ives, R. & Members of the Pompidou Group Prevention Platform (2010) *Evaluation of Drug Prevention Activities: Theory and Practice*. P-PG/Prev(2010)6. Strasbourg Cedex: Council of Europe.
<https://wcd.coe.int/wcd/com.instranet.InstraServlet?Index=no&command=com.instranet.CmdBlobGet&InstranetImage=1702660&SecMode=1&DocId=1657600&Usage=2>

UNODC United Nations Office on Drugs and Crime (2006) *Monitoring and Evaluating Youth Substance Abuse Prevention Programmes*. New York: United Nations.
http://www.unodc.org/pdf/youthnet/action/planning/m&e_E.pdf

Warwick, I.; Fines, C. & Toft, M. (1998/2001) *Health Promotion with Young People. An introductory guide to evaluation*. London: Health Development Agency.
http://www.nice.org.uk/nicemedia/documents/health_young_people.pdf

WHO World Health Organization (2000) *Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment Workbook Series*.
http://www.who.int/substance_abuse/publications/psychoactives/en/

WHO World Health Organization (2000) *International guidelines for the evaluation of treatment services and systems for psychoactive substance use disorders*. Joint publication of WHO, UNDCP and EMCDDA.
http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MSD_MSB_00.5.pdf

WHO World Health Organization (ongoing) *CHOosing Interventions that are Cost Effective (WHO-CHOICE)*.
<http://www.who.int/choice/en/>

Winters, K.; Lee, J. & MacKenzie, R. (2010) *Evaluation Resources for Mentor Programs*. The Mentor Foundation.
<http://www.mentorfoundation.org/evaluation.php>

Olasz nyelvű források

Serpelloni, G.; Macchia, T. e Mariani, F. (2006) OUTCOME. La valutazione dei risultati e l'analisi dei costi nella pratica clinica nelle tossicodipendenze. Pubblicazione realizzata a cura del progetto NOP (National Outcome Project) del Ministero della Solidarietà Sociale. http://www.dronet.org/pubblicazioni/monografie_dettaglio.php?monografie=29

Serpelloni, G.; Simeoni, E. e Rampazzo, K. (a cura di) (2002) *Quality Management (Gestione della Qualità). Indicazioni per le Aziende Socio Sanitarie e il Dipartimento delle Dipendenze*. Edizioni La Grafica. http://www.dronet.org/pubblicazioni/monografie_dettaglio.php?monografie=2

Spanyol nyelvű forrás

Naciones Unidas Oficina contra la Droga y el Delito (2006) *Seguimiento y Evaluación de Programas de Prevención del Uso Indebido de Sustancias por los Jóvenes*. Nueva York: Naciones Unidas. http://www.unodc.org/pdf/youthnet/action/planning/m&E_S.pdf

Egyesült Királyság

Charities Evaluation Services (1997) *Practical Quality Assurance System for Small Organisations (PQASSO)*. <http://www.ces-vol.org.uk/index.cfm?pg=42>

Promóció (Standard 8)

Altman, D.G.; Schulz, K.F.; Moher, D.; Egger, M.; Davidoff, F.; Elbourne, D.; Gøtzsche, P.C. & Lang, T. (2001) The revised CONSORT statement for reporting randomized trials: explanation and elaboration. *Annals of Internal Medicine*, 134 (8), 663-694. <http://www.consort-statement.org/>

Bywood, P.T.; Lunnay, B. & Roche, A.M. (2008) *Effective dissemination: A systematic review of implementation strategies for the AOD field*. Adelaide: National Centre for Education and Training on Addiction. http://www.nceta.flinders.edu.au/documents/NCETAReportFINALweb_optim.pdf

Bywood, P.T.; Lunnay, B. & Roche, A.M. (2008) *Effective dissemination: An examination of the costs of implementation strategies for the AOD field*. Adelaide: National Centre for Education and Training on Addiction. http://www.nceta.flinders.edu.au/documents/NCETA2ndReportweb_000.pdf

Bywood, P.; Terao, H. & Roche, A.M. (2008) *Effective dissemination: An examination of theories and models of change for research dissemination in the AOD field*. Adelaide: National Centre for Education and Training on Addiction.

Des Jarlais, D.C.; Lyles, C.; Crepaz, N. & TREND Group (2004) Improving the Reporting Quality of Nonrandomized Evaluations of Behavioral and Public Health Interventions: The TREND Statement. *American Journal of Public Health*, 94 (3), 361-366.
<http://www.cdc.gov/trendstatement/>

DrugScope (2011) *The media guide to drugs: key facts and figures for journalists*. London: DrugScope.
http://www.drugscope.org.uk/Resources/Drugscope/Documents/PDF/Publications/Media_guide_revised.pdf

EQUATOR Network (2011) *Library for health research reporting*.
<http://www.equator-network.org/resource-centre/library-of-health-research-reporting/>

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

IHRA International Harm Reduction Association (2009) *Addicted to News: A guide to responsible reporting on opioid dependence and its treatment*.
<http://www.ihra.net/files/2010/06/17/AddictedToNewsMediaGuidelines2.pdf>

Fogalomtárak

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

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

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

Skills for Health (2009) *Glossary of Terms for use within competences*.
<http://www.skillsforhealth.org.uk/~media/Resource-Library/PDF/glossary09.ashx>
(utolsó letöltés dátuma: 2010.01.06.)

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

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

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

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

Fogalomtár az Európai drogprevenációs minőségi standardokhoz

A fogalomtár rövid magyarázatokat tartalmaz a szövegben szereplő kulcsfogalmakhoz. A könnyebb alkalmazás érdekében, ha egy fogalom utalást tartalmaz egy másik, szintén a fogalomtárba szereplőre, az *dőlt* betűvel látható, illetve ahol lehetséges, a releváns standardot tartalmazó komponens is megjelölésre kerül **félkövér** betűtípussal. A „Standardok” megnevezés az Európai drogprevenációs minőségi standardokra utal. „A Standardokban” kifejezés pedig azt jelzi, hogy az adott fogalom jelentése specifikus és ennek a dokumentumnak a kontextusában értelmezendő, és/vagy nincsen konszenzuson alapuló definíciója. Az alkalmazott definíciók az áttekintésbe került eredeti standardokból, valamint azokból a fogalomtárakból és más dokumentumokból származnak, amelyek felsorolásra kerültek a *További iránymutatások* között.

Adaptáció (Adaptation)	Az <i>intervenció</i> szándékos és tervezett átalakítása. Adaptációra kerülhet sor: 1.) egy <i>ismétlő</i> vizsgálat során, hogy vizsgálják a beavatkozás <i>hatásosságát</i> azonos, vagy éppen eltérő körülmények között (pl. <i>célpopuláció</i> , <i>színtér</i> , megvalósítás intenzitása); 2.) az <i>intervenció</i> illesztése a speciális igényekhez (pl. a célcsoport <i>kulturális</i> sajátosságai, gazdasági realitás) annak érdekében, hogy fenntartsák vagy növeljék <i>hatásosságát</i> . Az adaptáció nem foglalja magába a nem tervezett változtatásokat, mivel ezek befolyásolhatják a <i>hatásosság</i> ot. Az adaptációt újra felfedezés értelemben is használják (EMCDDA 1998). Standard 4.2: Már létező beavatkozás adaptálása
Adatgyűjtési eszköz (Data collection instrument)	Olyan eszköz, amely az információgyűjtést szolgálja pl. a <i>célcsoportról</i> . Ezek lehetnek: önkitöltős kérdőívek, interjúk, megfigyelési protokollok. A validált eszközök azok, amelyek eleget tesznek az <i>objektivitás</i> , a <i>megbízhatóság</i> és az <i>érvényesség</i> kritériumainak. Az értékelési eszközrendszer olyan adatgyűjtési eszközöket jelent, melyeket értékelés céljából vesznek igénybe.
Alapadat (Baseline data)	Azok az adatok, amelyeket az <i>intervenció</i> kezdetén vesznek fel a <i>résztevőktől</i> pl. a későbbi <i>monitorozáshoz</i> és értékeléshez. A beavatkozás haladását úgy mérik, hogy összehasonlítják a kezdeti alapadatokat az <i>intervenció</i> során és a végén felvett adatokkal.
Alcél (Objective)	1. Specifikus cél: a Standardok kontextusában annak egyértelmű megfogalmazása, hogy milyen közvetlen vagy közvetett változás szükséges egy főcél eléréséhez a beavatkozás végére. Ennek nem kell feltétlenül a <i>droghasználathoz</i> kapcsolódnia. <i>A 4. ábra példázza, hogy az általános cél hogyan bontható általános fő- és specifikus alcélokra.</i> Standard 3.3: Célok meghatározása 2. Konkrét (operacionalizált) cél: egyértelmű megfogalmazása annak, hogy milyen outputra van szükség a specifikus célok eléréséhez (pl. a <i>résztevőkkel</i> történt kontaktusok száma és jellege) (EMCDDA 2011). <i>Az 5. ábra mutatja az összefüggéseket a specifikus és operacionalizált alcélok, az értékelési indikátorok és kritériumok között.</i>

<p>Általános cél (Aim)</p>	<p>A <i>program</i> általános irányultságának, céljának vagy törekvéseinek meghatározása. Az általános cél megfogalmazása során kevésbé szükséges specifikus fogalmakat használni, mint a <i>főcél</i> és a <i>specifikus cél</i> esetében, valamint nem szükséges, hogy közvetlenül mérhető és az adott program megvalósítása során elérhető legyen. Például előfordulhat, hogy a hosszú távú általános célokat csak több évvel az <i>intervenció</i> befejezése után lehet elérni, vagy hogy az intervenció csak részben járul hozzá az általános cél eléréséhez. Az általános célok nem elegendőek a programok <i>megvalósításához</i> és értékeléséhez, funkciójuk annyi, hogy egy általános irányt mutassanak, amely alapján a főcél és a specifikus alcélok pontosíthatók. Az általános célok, főcélok és specifikus alcélok egy logikai folyamatot alkotnak. A 4. ábra példa arra, hogy az általános célt miként lehet főcélra és specifikus alcélokra lefordítani.</p> <p>Standard 3.3: Célok meghatározása</p>
<p>Általános prevenció (Universal prevention)</p>	<p>A <i>drogprevenció</i> kontextusában azok a <i>tevékenységek</i>, amelyek <i>droghasználat</i> szempontjából átlagos kockázatú csoportokra irányulnak (átvéve: Springer & Phillips 2007). Ezek a <i>beavatkozások</i> gyakran a teljes népességet célozzák egy adott <i>színtéren</i> (pl. iskola, helyi közösség, társadalom). Az univerzális prevenció jellemzően arra törekszik, hogy a droghasználat kialakulását megelőzze vagy késleltesse. A droghasználat szempontjából átlagosnál nagyobb kockázatú egyének vagy csoportok nem kerülnek kiválasztásra (lásd: <i>Kockázati tényező, Irányított prevenció</i>).</p>
<p>Általánosíthatóság (Generalisability)</p>	<p>Annak mértéke, hogy a beavatkozás-tervezetek, <i>elméleti modellek</i>, értékelési tapasztalatok stb. mennyire alkalmazhatók más populációkban, <i>színtereken stb.</i></p>
<p>Anekdotikus bizonyíték (Anecdotal evidence)</p>	<p>Lásd: <i>Bizonyíték</i>.</p>
<p>Anyagok (Materials)</p>	<p>A Standardokban valamennyi dologi <i>erőforrás</i>, ami szükséges a <i>program megvalósításához</i>, mint például az intervenció anyagok, a <i>monitorozás</i> és értékelés eszközei, a technikai felszerelések (pl. számítógépek, DVD lejátszók, projektorok), a fizikai környezet (pl. kül- és belétéri eszközök), stb. Még konkrétabban: az „intervenció anyagok” azok, amelyek speciálisan a beavatkozás lebonyolításához szükségesek, pl. munkafüzetek, DVD-k, a stáb felkészítéséhez használt kézikönyvek, prezentációk, weboldalak, stb. Az anyagok kapcsolódhatnak a <i>résztevők</i> (pl. a beavatkozás tartalmának bemutatása) és/vagy a <i>stábtagok</i> szükségleteihez (pl. a megvalósításhoz szükséges útmutatások).</p> <p>Standard 5.5: Programanyagok összeállítása</p>
<p>Ártalmas használat (Harmful use)</p>	<p>Lásd: <i>Droghasználat</i>.</p>
<p>Az egészséget befolyásoló tényező (Determinant of health/ Health determinant)</p>	<p>Bármely tényező, amelyről vélelmezhető, hogy hatást gyakorol az egészségi állapotra: biológiai (pl. életkor, nem, genetika), egyéni (pl. életmód, gyermekkori tapasztalatok), szocio-ökonómiai (képzettség, foglalkozás, kereset), környezeti (pl. szennyezettség, munkakörnyezet), politikai (pl. egészségpolitika), strukturális (pl. <i>szolgáltatások elérhetősége és hozzáférhetősége</i>) és <i>kulturális</i> (pl. <i>nemi szerepek</i>) tényezők. Az egészségi állapot közvetlen meghatározója pl. az egyéni viselkedés, míg közvetett (távoli) meghatározónak tekinthetjük a kulturális normákat.</p>

Beavatkozás (Intervention)	<p>Egy <i>tevékenység</i> vagy <i>tevékenységcsoport</i>, amely a <i>célcsoporttal</i> való (közvetlen) kapcsolat során valósul meg egy bizonyos <i>eredmény</i> (pl. a droghasználat megelőzése vagy mérséklése) elérése érdekében. A <i>drogprevenció</i> kontextusában ezt a kifejezést általános értelemben használják, nem utal semmilyen kezelési protokollra. A <i>szolgáltatói</i> <i>tevékenység</i> is beleértendő ebbe a fogalomba. A Standardokban a „beavatkozás” kifejezés azokra a <i>tevékenységekre</i> vonatkozik, amelyek a <i>résztvevőket</i> kívánják megváltoztatni, míg a „projekt” kifejezés utal minden egyéb <i>tevékenységre</i>, mint a tervezés, a résztvevők <i>kiválasztása</i>, a <i>stáb</i> képzése, stb. A „program” fogalom pedig átveli a <i>prevenációs munka</i> minden beavatkozás és projekt aspektusát.</p> <p>Standard 4: A beavatkozás megtervezése</p>
A beavatkozás során végzett tevékenység (Intervention activity)	<p>Lásd: <i>Tevékenység</i>.</p>
Belső értékelés (Internal evaluation)	<p>Lásd: <i>Értékelés</i>.</p>
Benntartás (Retention)	<p>Az a folyamat, amely során biztosítják, hogy a <i>résztvevők</i> az <i>intervenció</i> befejezéséig, vagy a <i>főcélok</i> eléréséig (amelyik az adott helyzetben helyénvaló) a <i>programban</i> maradjanak.</p> <p>Standard 5.4: Résztvevők kiválasztása és programban tartása</p>
Biológiai nem (Sex)	<p>A Standardokban férfiak és nők <i>biológiai sajátosságai</i>. Meg kell különböztetni a <i>társadalmi</i> és a <i>biológiai nemet</i>, ez előbbi a társadalmilag konstruált szerepek és viselkedésformák, amelyeket férfiaknak és nőknek tulajdonítanak. Ugyanakkor néhány szakember ezeket a kifejezéseket szinonimaként használja, elismerve azok kölcsönös összefüggéseit (pl. a fizikai képességek befolyásolhatják a bizonyos <i>tevékenységekre</i> való alkalmasságot, bizonyos <i>tevékenységek</i> elfogadhatósága befolyásolhatja az <i>életteni sajátosságokat</i>).</p>
Bizonyíték (Evidence)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Empirikus úton szerzett információ, vagyis megfigyeléseken, kísérleteken stb. alapuló. 2. A <i>hatásosság</i> bizonyítéka: a <i>beavatkozás</i> hatásosságára vonatkozó információ az <i>eredmények</i> elérésének tekintetében. Ezek az információk jellemzően tudományos kutatásokból származnak és a szakirodalomban jelennek meg, pl. szakmai folyóiratokban. A bizonyíték származhat olyan <i>eredményértékelésekből</i> is, amelyek nem képezték részét tudományos kísérletnek, amennyiben azokat tudományos alapokon hajtották végre. A tudományos bizonyítékot meg kell különböztetni az anekdotaszerű bizonyítéktól, amely személyes beszámolókból származik, pl. szakmai tapasztalatokból, nem-strukturált megfigyelésekből. Következésképpen, a bizonyítéknak különböző szintjeit lehet megkülönböztetni aszerint, hogy miből származik, pl. a kritikai evidenciakutatás a <i>randomizált kontroll vizsgálatokból</i> származó tapasztalatokat tekinti a legmagasabb szintű evidenciának, míg a szakértői véleményeket a legalacsonyabb szintűnek. (OCEBM 2009). <p>Standard 3.5: A hatásosság bizonyítékai</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Lehetséges bizonyítékok: A Standardokban arra vonatkozó példák, hogy a Standardok elérését hogyan sikerült bizonyítani (vagyis igazolni, demonstrálni) a gyakorlatban.

Bizonyíték alapú drogprevenció (Evidence-based drug prevention)	<p>Az a <i>drogprevenációs</i> munka, amely a legjobb elérhető bizonyítékok szisztematikus elemzésén alapul, az evidenciákat használja, és biztosítja, hogy a program azoknak megfeleljen. A „bizonyíték alapú” kifejezés helyettesíthető a „kutatás alapú”, vagy „tudományosan megalapozott” megjelölésekkel (Kellam & Langevin 2003: 140. o.), de különbözik a hatásos (lásd <i>Hatásosság</i>) és az eredményes (lásd <i>Eredményesség</i>) fogalmaktól.</p>
Célcsoport (Target population)	<p>Azok az egyének, akikre a <i>drogprevenációs beavatkozás</i> irányul, pl. akik alkalmasak arra, hogy részt vegyenek vagy részesüljenek az intervencióban, akiknek a körében a beavatkozás <i>hatásos</i> lehet. A célcsoport állhat egyénekből, csoportokból, háztartásokból, szervezetekből, <i>közösségekből, színterekből</i> és más egyéb egységekből, amennyiben azok egyértelműen körülhatárolhatók és meghatározhatók. A <i>résztvevőket</i> rendszerint a célcsoportból választják. Ugyanakkor néhány intervenciónál mégsem a célcsoportból választják, hanem azok köréből, akik hatással vannak a célcsoport tagjaira. Ezekben az esetekben a közbülső célcsoport vesz részt a beavatkozásban (pl. kortársak, családtagok, tanárok), amit meg kell különböztetni a végső célcsoporttól (pl. <i>droghasználat szempontjából</i> veszélyeztetett fiatalok), akiket ilyenkor csak közvetetten ér el a változás (EMCDDA 1998). A célpopulációt szokták célcsoportnak is hívni.</p> <p>Standard 3.1: A célcsoport meghatározása</p>
Célközönség (Target audience)	<p>A Standardokban azok az egyének, akik információt kapnak a <i>program tevékenységeiről és eredményeiről</i>, pl. rendszeres tájékoztatás a <i>megvalósítás</i> során, záró beszámoló, workshopok stb. révén. Az érdekhordozók, mint például a <i>célcsoport</i>, a támogatók, a szakmai <i>közösség</i> stb. mind célközönségnek tekintendők.</p> <p>Standard 8.2: A program promotálása</p>
Céltzott prevenció (Selective prevention)	<p>A <i>drogprevenáció</i> kontextusában azok a tevékenységek, amelyek olyan egyénekre irányulnak, akik a <i>droghasználat szempontjából</i> az átlagosnál nagyobb kockázatnak vannak kitéve azért, hogy tagjai egy bizonyos populációnak (átvéve Springer & Phillips 2007), pl. iskolából kimaradók, fiatal bűnelkövetők, droghasználó felnőttek gyerekei, éjszakai klubokat gyakorta látogatók (lásd <i>Kockázati tényező</i>). Ezeket a csoportokat sérülékeny (vulnerábilis) csoportoknak is szokták nevezni.</p>
Cselekvési terv (Action plan)	<p>Lásd <i>Projektterv</i>.</p>
Drog (Drug)	<p>Bármilyen pszichoaktív szer, amely megfelelő mennyiségben fogyasztva módosítja a mentális és élettani folyamatokat. Ide tartozik az alkohol, a cigaretta, az illegális szerek (vagyis amelyek előállítás, kereskedelme vagy használata tiltott, vagy nemzetközi és nemzeti kábítószerellenőrzési törvények vagy egyezmények által korlátozott), az inhalánsok (gázok, ragasztók gőze, aeroszolok és hasonló termékek), vényköteles vagy vény nélkül kapható gyógyszerek és az új pszichoaktív szerek (pl. legális hangulatjavítók). A drogokat nevezik szereknek vagy anyagoknak, az ellenőrzött drogokat nevezik kábítószereknek. Megjegyzés: semmilyen étel nem tartozik bele a definícióba.</p> <p>Standard 3.3: Célok meghatározása</p>

Droghasználat (Drug use)	<p>Bármely <i>drog</i> fogyasztása orvosi rendelvénytől vagy tudományos kutatástól eltérő céllal. A droghasználat lehet absztinens, rendszeretlen (kísérletező), alkalmi (ritkábban, mint heti egy alkalommal), vagy rendszeres (legalább heti egy alkalommal). Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) leírása szerint a kockázatos szerhasználat olyan használati mintázat, amely növeli a káros fizikai, mentális és szociális következmények kockázatát a fogyasztó és társadalmi környezete (pl. család, közösség) számára. Az ártalmas droghasználat pedig olyan használati mintázat, amely már rombolja a használók mentális és fizikai egészségét, és szociális következményekkel járhat. A droghasználatot nevezik visszaélészerű szerhasználatnak is. Azonban ez a kifejezés ítélezőnek tűnhet, ha általában a szerhasználatra vonatkozik; ezért alkalmasabb csak az ártalmas használat megjelölésére.</p>
Drogprevenció/ Drogmegelőzés (Drug prevention)	<p>Bármely <i>tevékenység</i>, ami (legalább részben) arra törekszik, hogy megelőzze vagy mérsékelje a <i>droghasználatot</i>, és/vagy annak negatív következményeit az általános népességben vagy annak alcsoportjaiban. Ide tartozik: a drogok kipróbálásának megelőzése vagy késleltetése, a droghasználattal való felhagyás népszerűsítése, a fogyasztás gyakoriságának és/vagy mennyiségének csökkentése, a veszélyes vagy ártalmas használati mintázatok kialakulásának megelőzése, és/vagy a használat negatív következményeinek megelőzése vagy mérséklése. A preventív tevékenység megvalósulhat különböző <i>célcsoportokban</i> (pl. iskolások, fiatal bűnelkövetők), <i>színtereken</i> (pl. iskola, közösség, család), különböző módszerekkel és tartalommal (pl. információ átadás, életvezetési készségekre irányuló képzés), különböző időtartamban (egy alkalomtól a hosszú távú programokig). Bizonyos tevékenységek közvetlenül a droghasználatra koncentrálnak, míg mások az egészségfejlesztést hangsúlyozzák, arra biztatva a célközöniséget, hogy az egészségüket támogató választásokat tegyenek, ily módon közvetetten előzik meg vagy mérséklik a droghasználatot. Attól függően, hogy miként határozzuk meg a célcsoportot, megkülönböztethetünk általános, célzott, javallott és <i>lépcsőzetes preventiót</i>. A <i>környezeti preventió</i> egy másfajta preventív tevékenység. Egy korábban alkalmazott tipológia megkülönböztetett primer, szekunder és terciér preventiót, azonban a célcsoport központú megközelítés kiszorította azt. A droghasználatot szakták visszaélészerű szerhasználat megelőzésnek is nevezni. <i>A Standardok kontextusában akkor nevezhető a tevékenység droghasználat megelőzésnek, ha a projektleírás konkrét utalást tartalmaz erre vonatkozóan.</i></p>
Drogprevenációs beavatkozás (Drug prevention intervention)	<p>Lásd: <i>Drogprevenáció; Beavatkozás.</i></p>
Drogprevenációs program (Drug prevention programme)	<p>Lásd: <i>Drogprevenáció; Program.</i></p>
Elmélet (Theory)	<p>Lásd: <i>Elméleti modell.</i></p>

Elméleti modell (Theoretical model)	<p>Egymással összefüggő előfeltevések (hipotézisek) rendszere, amely magyarázza, hogy a <i>drogprevenciós beavatkozás</i> az <i>eredményeket</i> hogyan és miért produkálja a <i>célcsoport</i> körében. Egyben magyarázatot adhat arra is, hogy mik a <i>droghasználat alapvető okai</i>. Az elméleti modell segít eldönteni, hogy melyek a megfelelő általános-, fő- és álcélok, <i>közvetítő változók, tevékenységek</i>, stb. Az elméleti modelleket többnyire a droghasználattal, az egészségfejlesztéssel, az emberi viselkedéssel és fejlődéssel kapcsolatos kutatásokon és elméleteken alapulnak. Ilyen elméletek például a kognitív diszonzancia elmélet, a szociális tanulás elmélet, normatív modellek. Az elméleti modellt szokták elméletnek, elméleti keretnek, a változás elméletének is nevezni.</p> <p>Standard 3.2: Elméleti modell alkalmazása</p>
Elővizsgálat (Pre-test)	<p><i>Alapadatgyűjtés</i> a <i>résztvevők</i> körében vagy a <i>beavatkozást megelőzően</i>, vagy annak kezdetén az <i>eredményértékeléshez</i>. A beavatkozás előrehaladását úgy mérik, hogy összehasonlítják az <i>utóvizsgálat</i> adatait az elővizsgálatéval. Azonban <i>kontroll csoport</i> igénybevétele nélkül nem bizonyítható, hogy a változások a beavatkozásnak köszönhetőek-e (lásd <i>Kvázi-kísérleti kutatás, Randomizált kontroll vizsgálat</i>). A 6. ábra mutatja a kapcsolatot a célok, az eredmények és a mérési eljárások között.</p>
Emberi erőforrás (Human resources)	<p>Lásd: <i>Stáb</i>.</p>
Epidemiológia (Epidemiology)	<p>Az egészség és a betegség elterjedtségének és okainak vizsgálata, pl. a <i>droghasználattal</i> összefüggésben. Az epidemiológiai kutatásokból származó információ adja a <i>drogprevenciós tevékenységek</i> alapját azáltal, hogy kimutatja a droghasználat elterjedtségét, a <i>közösség droggal</i> összefüggő szükségleteinek formáját és mértékét. Az epidemiológia jellemzően kvantitatív kutatásokat alkalmaz (pl. prevalencia vizsgálatok, kohorsz kutatások, rutin statisztikák). Egyre gyakoribb a társadalomtudományi megközelítések (pl. szociológia, közgazdaságtan) alkalmazása, az epidemiológiai kutatások eredményeinek kontextualizálása érdekében.</p> <p>Standard 1.2: A drogfogyasztás és a közösségi szükségletek felmérése</p>
Érdekhordozó (Stakeholder)	<p>Bármely egyén, csoport, szervezet, stb., amely anyagilag (tőkével) érdekelt és/vagy közvetlenül, vagy közvetetten érintett a <i>drogprevenciós program tevékenységeiben</i> és/vagy <i>eredményeiben</i>. Ezek lehetnek: a <i>célcsoport</i>, a <i>résztvevők</i>, a <i>stáb</i> tagjai, a <i>helyi közösség</i>, a <i>fogadó szervezet</i>, a támogatók, a kormányzat, a média, az önkéntes szektor, az egészségügyi és szociális <i>szolgáltatók</i> stb.</p> <p>Standard B: Kommunikáció és az érdekhordozók bevonása</p>

Eredmény (Outcome)	<p>A résztvevőkben bekövetkezett változás a <i>beavatkozásban</i> való részvétel következtében. A Standardok az eredményeket megkülönböztetik aszerint, hogy azok mikor jelentkeznek és válnak mérhetővé. A közvetlen (azonnali) és közvetett eredmények a beavatkozás során az <i>alcélok</i> összefüggésben jelentkeznek. Az intervenciót követő eredmények a beavatkozás végén jelentkeznek és a <i>főcélok</i> összefüggésében értelmezhetőek. Szoktak még hosszú távú, végső eredményekről is beszélni a <i>program általános céljainak</i> tükrében.</p> <p>Az <i>eredményértékelés</i> során utánkövetéses vizsgálatok is zajlanak annak felmérésére, hogy ezek az eredmények mennyi ideig tarthatók fenn. A Standardok az utánkövetéses vizsgálatokhoz az alábbi időintervallumokat javasolják: a beavatkozást követő 6 hónapon belül (rövid távú), 6 és 12 hónap között (középtávú), illetve több mint 12 hónappal azután (hosszú távú).</p> <p>Az eredményeket meg kell különböztetni egy program <i>outputjaitól</i>. A 6. ábra mutatja a kapcsolatot a célok, az eredmények és a mérési eljárások között.</p>
Eredményesség (Efficacy)	<p>Az <i>eredményértékelés</i> során annak mértéke, hogy egy <i>beavatkozás</i> mennyire éri el az elvárt <i>eredményeket</i> kontrollált körülmények között anélkül, hogy kárt okozna, pl. amikor a beavatkozást a program fejlesztője vagy speciálisan képzett szakemberek valósítják meg. A körülményeket kontroll alatt tartják, hogy az eredeti tervektől való bármilyen eltérést elkerüljenek. Az eredményesség-vizsgálatok különböznek a hatásvizsgálatoktól, amelyek a beavatkozásokat valós körülmények között tesztelik, és kifejezetten a változtatások hatását tárják fel.</p>
Eredmény-értékelés (Outcome evaluation)	<p>Az <i>eredménymutatók</i> szisztematikus gyűjtése és elemzése annak méréséhez, hogy a <i>fő</i> és <i>alcélok</i> sikerült-e elérni, valamint annak megállapításához, hogy az <i>intervenció hatásos</i> volt-e. Ha az értékelés a <i>randomizált kontroll vizsgálat</i> módszerét használja, akkor a megfigyelt <i>hatások</i> a beavatkozásnak tulajdoníthatók. Az eredményértékelést meg kell különböztetni a <i>folyamatértékeléstől</i>, ami azt vizsgálja, hogy a beavatkozást hogyan hajtották végre.</p> <p>Standard 4.4: Végső értékelés tervezése; 7.1: Eredményértékelés</p>
Eredménymutató (Outcome data)	<p>Lásd: <i>Eredményértékelés</i>.</p>
Erőforrás (Resource)	<p>Pénz, idő, emberek (pl. <i>stáb, célcsoport</i>), <i>kompetenciák</i> (pl. készségek, tudás, tapasztalat), információk, hálózatok, <i>anyagok</i> (pl. technikai eszközök), amelyek hozzáférhetőek, vagy szükségesek a <i>program</i> megvalósításához.</p> <p>Standard 2: Erőforrások feltérképezése; 5: Projektmenedzsment és erőforrás-mobilizáció</p>
Erőforrások feltérképezése (Resource assessment)	<p>Egy egyén, <i>szervezet</i> vagy <i>közösség</i> számára rendelkezésre álló minden erőforrás számbavétele, különös tekintettel azokra, amelyek hasznosíthatók a tervezett program megvalósítása során (pl. a <i>közösség fogadókészsége</i>). A Standardokban az erőforrások felmérése különbözik a <i>szükségletfelméréstől</i>, mely a kielégítetlen szükségletek azonosítását célozza.</p> <p>Standard 2: Erőforrások feltérképezése</p>

Erőforrások mobilizációja (Mobilisation of resources)	Az a folyamat, amely során aktivizálják a már létező erőforrásokat (pl. a <i>stáb</i> képzése), vagy új <i>erőforrásokhoz</i> jutnak (<i>résztevők kiválasztása</i> , forrásteremtés). Standard 5: Projektmenedzsment és erőforrás-mobilizáció
Értékelés (Evaluation)	A <i>programból</i> származó adatok szisztematikus gyűjtése, feldolgozása és elemzése annak megítéléséhez, hogy a program elérte-e a <i>fő- és alcélokat</i> , és ha igen, hogyan. A módszerek alkalmazhatnak kvantitatív és/vagy kvalitatív megközelítéseket. Az értékelés lehet „külső” vagy „belső”, attól függően, hogy az értékelést végző egyén vagy <i>team</i> az értékelt intézménynél vagy külső intézménynél (pl. egyetem, tanácsadó) dolgozik (EMCDDA 2010). A Standardokban a <i>monitorozás</i> a megvalósítás során zajló értékelés eszköze, míg az <i>eredmény- és folyamatértékelés</i> az értékelés tudományosabb formája a megvalósítást követően. Standard 4.4: Végző értékelés tervezése; 6.3: A megvalósítás monitorozása; 7: Végző értékelés
Értékelési eszköz (Evaluation instrument)	Olyan eszköz, amellyel a <i>monitorozáshoz</i> és a <i>végző értékelésekhez</i> szükséges információ gyűjthető, pl. önkitöltős kérdőív, interjú vagy megfigyelési szempontrendszer. A validált eszközök azok, amelyek eleget tesznek a <i>megbízhatóság</i> , az <i>érvényesség</i> és az <i>objektivitás</i> kritériumainak. Az EMCDDA által működtetett Értékelési Eszköz Bank (Evaluation Instrument Bank) a szabadon hozzáférhető értékelési eszközök online archívuma. Standard 4.4: Végző értékelés tervezése
Értékelési eszköztár (Evaluation tool)	Olyan szakmai <i>erőforrások</i> , amelyek a <i>monitorozás</i> és <i>végző értékelések</i> kivitelezéséhez szükségesek, például az <i>értékelési eszközök</i> .
Értékelési indikátor (Evaluation indicator)	Egy adott jelenség egydimenziós, helyettesítő mutatója, amelynek közvetlen mérésére vagy megfigyelésére nincs lehetőség (EMCDDA 1998), vagyis az a specifikus információ, amelyet a <i>folyamat- és eredményértékelésekhez</i> gyűjtenek. A <i>fő- és alcélok</i> általában olyan <i>eredményeket</i> fogalmazznak meg, amelyek közvetlenül nem mérhetők (pl. <i>droghasználat</i> , szociális készségek). Ezért ezeket indikátorokká alakítják, hogy a célok elérése kimutatható legyen. Az eredményindikátorok a főcélokból és a specifikus alcélokból vezethetők le, és a <i>résztevőkben</i> bekövetkezett változásokat mérik. Például: önbevalláson alapuló droghasználatot, önbevallást a jövőbeni droghasználati szándékról, kommunikációs készségeket (pl. megfigyelések, kérdőívek). A folyamatindikátorok az operacionalizált alcélokból vezethetők le, és a <i>program megvalósítását</i> mérik. Például: a résztvevők számát, a részvételi gyakoriságot, a <i>stábtagok</i> számát, a munkatársaktól és résztvevőktől kapott visszajelzéseket, a <i>programhűséget</i> stb. Mivel az indikátorok csak megközelítései egy jelenségnek, ezért szoktak egy adott jelenség méréséhez több indikátort is használni. Az értékelési indikátorokat szokták folyamat- és eredmény mércéknek, értékelési követelményeknek is nevezni. <i>Az 5. ábra mutatja az összefüggéseket a specifikus és operacionalizált alcélok, az értékelési indikátorok és kritériumok között.</i> Standard 4.4: Végző értékelés tervezése

Értékelési kritérium (Evaluation benchmark)	<p>Az a kritériumrendszer, amihez viszonyítva mérhető a <i>főcélok</i> és az <i>alcélok</i> (specifikus és operacionalizált) megvalósulása. Minden kritérium kötődik valamelyik értékelési indikátorhoz, és a teljesítményt számszerűsítve fejezik ki, vagy ahol erre nincs lehetőség, ott leíró kategóriákat alkalmazva. Az értékelési kritériumokat szokták célkitűzéseknek, teljesítmény indikátoroknak vagy siker indikátoroknak is nevezni.</p> <p><i>Az 5. ábra mutatja az összefüggéseket a specifikus és operacionalizált alcélok, az értékelési indikátorok és kritériumok között.</i></p> <p>Standard 4.4: Végső értékelés tervezése</p>
Érvényesség (Validity)	<p>Az <i>adatgyűjtési eszközök</i> minőségének egyik <i>indikátora</i>. Egy eszköz akkor érvényes, ha valóban azt méri, amit mérni akarunk. Az eszközök minőségének további indikátorai az <i>objektivitás</i> és a <i>megbízhatóság</i>.</p>
Eszköz (Instrument)	Lásd: <i>Értékelési eszköz</i> .
Eszköztár (Tool)	Lásd: <i>Értékelési eszköztár</i> .
Etikus drogpreevenció (Ethical drug prevention)	<p>A Standardokban azt a <i>drogpreevenció</i>s munkát jelöli, amelyet a <i>szolgáltató</i> részéről az etikus és jogkövető magatartás és a <i>résztevők</i> jogainak, autonómiájának, és szükségleteinek figyelembe vétele jellemez (pozitív eredmények károk nélkül). Általában az etika ad eligazítást a tekintetben, hogy az emberek hogyan viselkedjenek, és mi alapján döntsék el, hogy mi a „helyes” és mi a „helytelen”.</p> <p>Standard D: Etikus drogpreevenció</p>
Fenntarthatóság (Sustainability)	<p>1. Annak a valószínűsége, hogy a <i>drogpreevenció</i>s program folytatódni fog a kezdeti <i>megvalósítást</i>, illetve a külső finanszírozás elmaradását követően is, valamint azok a tényezők, amelyek ehhez a valószínűséghez hozzájárulnak.</p> <p>Standard A: Fenntarthatóság és finanszírozás; 8.1: Döntés a program folytatásáról</p> <p>2. Annak a valószínűsége, hogy a <i>beavatkozás</i> pozitív <i>eredményei</i> az intervenció befejezését követően is fennmaradnak a <i>résztevők</i> körében, vagyis, hogy nyomomonkövethetők lesznek a hosszú távú utánkövetéses vizsgálatokban.</p> <p>3. Annak a valószínűsége, hogy a <i>beavatkozás</i> magas színvonalon kerül <i>megvalósításra</i> akkor is, amikor a program fejlesztői már nincsenek közvetlenül bevonva (pl. amikor a <i>program</i> nagyobb volumenben <i>terjesztésre</i> kerül). A fenntarthatósági vizsgálatok azokat a feltételeket igyekeznek meghatározni, amelyek mellett biztosítható a folytatólagos megvalósítás <i>programhűsége</i> (Kellam & Langevin 2003).</p>
Fiatalok (Young people)	<p>A Standardokban mindenki 18 éves kor alatt, beleértve a gyerekeket is. Más életkori besorolás is alkalmazható, ha helyi, regionális, nemzeti, vagy nemzetközi szokások, törvények és stratégiák azt javasolják; vagy ahol az megfelelőbb a <i>célcsoport</i>, a <i>színtér</i>, a <i>beavatkozás</i> stb. szempontjából.</p>

Fogékonyság (Readiness)	<p>Az érdekhordozók (pl. célcsoport, helyi közösség) tájékozottsága a droggal összefüggő szükségletekről, és az ő érdeklődésük, hajlandóságuk és képességük a <i>drogprevenciós tevékenységek</i> támogatására. A célcsoport vagy a helyi közösség fogékonyságának hiánya akadálya lehet a prevenciós munka végzésének. A kutatási adatok a közösség fogadókézségének jól körülhatárolható fokozatait azonosították (pl. Plested et al. 1999).</p> <p>Standard 2.1: Célcsoport- és közösségi erőforrások felmérése</p>
Fogadó szervezet (Recipient organisation)	<p>A Standardokban egy olyan külső szervezet (pl. iskola, közösségi központ, night klub), amelynek a területén a <i>beavatkozás</i> megvalósul, amennyiben az nem a szolgáltató telephelyén történik. Számos oka lehet annak, hogy egy intervenció végrehajtására „külső” helyszínen kerül sor, pl. a fogadó intézmény rendeli meg a beavatkozást, a szolgáltató kérésére, mert azon a helyszínen van lehetőség a <i>célcsoport</i> elérésére stb. A fogadó szervezetet szokták vendéglátó intézménynek is nevezni.</p>
Folyamatértékelés (Process evaluation)	<p>A folyamatmutatók szisztematikus gyűjtése és elemzése annak érdekében, hogy megértsük, miért (nem) sikerült elérni az <i>eredményeket</i>, és hogy a <i>program</i> hogyan fejleszhető a jövőben. Ha már létező beavatkozás valósult meg, a folyamatértékelés mutathatja a <i>programhűség</i> mértékét is. A folyamatmutatók a <i>program outputjaihoz</i> kapcsolódnak (pl. milyen <i>tevékenységek</i> valósultak meg, kikkel és ki által). A folyamatértékelés dokumentálja az <i>outputokat</i>, majd vizsgálja, miért oly módon került a program kivitelezésre, ahogy, és az milyen hatással lehetett az <i>eredményekre</i>. A megfigyelt aspektusok jellemzően: a populáció elérése és <i>lefedettsége</i> (vagyis a résztvevők milyen mértékben reprezentálják a <i>célpopulációt</i>), az intervenció elfogadottsága a <i>résztvevők</i> körében (pl. a tartalom és az alkalmazott anyagok megfelelőek-e), a programhűség (vagyis a <i>beavatkozás</i> a terveknek megfelelően valósult-e meg), az <i>erőforrások</i> hasznosulása (pl. költség-hatékonyság). A folyamatértékeléseket szokták még minőségbiztosítási szemléknek, output értékeléseknek, megvalósítás értékeléseknek, program felméréseknek is nevezni. A Standardokban a folyamatértékelés különbözik a <i>monitorozástól</i>, ami a megvalósítás során elemzi az adatokat. Ugyancsak különbözik az <i>eredményértékelésektől</i>, ami a résztvevők körében tapasztalt eredményeket elemzi.</p> <p>Standard 4.4: Végző értékelés tervezése; 7.2: Folyamatértékelés</p>
Folyamatmutató (Process data)	<p>Lásd: <i>Folyamatértékelés</i>.</p>
Főcél (Goal)	<p>A Standardokban annak egyértelmű megfogalmazása, hogy a <i>beavatkozás</i> megvalósítása milyen <i>eredményeket</i> kíván elérni a <i>résztvevők</i> körében. A főcél meghatározása elengedhetetlen az <i>eredményértékeléshez</i>. A főcélok az <i>általános célból</i> következnek, annak lebontása révén specifikusabb és elérhető céltételezésekre. Például az <i>általános cél</i> különböző aspektusai jelenhetnek meg a konkrét főcélokban. Minden főcél azután bontható specifikus <i>alcélokra</i>. A főcélokat szokták egyetemes vagy globális célkitűzéseknek is nevezni. A 4. ábra példázza, hogy az <i>általános cél</i> hogyan bontható <i>általános fő- és specifikus alcélokra</i>, míg az 5. ábra az <i>összefüggéseket</i> mutatja a <i>specifikus és operacionalizált alcélok</i>, az <i>értékelési indikátorok</i> és <i>kritériumok</i> között.</p> <p>Standard 3.3: Célok meghatározása</p>

Gyakorlati szakember (Practitioner)	A stáb azon tagja, aki munkaideje jelentős részét a <i>célcsoport</i> tagjaival közvetlen kapcsolatban tölti, pl. végrehajtja a <i>beavatkozást</i> . A gyakorlati szakembereket szokták terepmunkásoknak is hívni.
Gyermek (Child)	Lásd: <i>Fiatalok</i> .
Haszon (Benefit)	Az az előny, amelyre egy adott személy (pl. <i>résztevő</i>), csoport (pl. <i>közösség</i>) vagy szervezet (pl. <i>fogadó szervezet</i>) szert tesz egy adott <i>tevékenység</i> révén.
Haszonélvező (Beneficiary)	1. Közvetlen haszonélvező: lásd <i>Résztevő</i> . 2. Potenciális vagy közvetett haszonélvező: lásd <i>Közvetett haszonélvező</i> .
Hatás (Effect)	1. Az értékelő kutatások során egy <i>beavatkozásnak</i> vagy beavatkozások összességének tulajdonítható eredmény, közvetlen <i>eredmény</i> (kimenetel) vagy hatás. Az <i>eredményértékelés</i> arra törekszik, hogy megértse a beavatkozások hatásait és <i>hatásosságát</i> . A 'hatásfok' a hatás mennyiségi becslését jelenti. Ez az <i>intervenciós</i> és a <i>kontroll csoport</i> átlagai közötti különbségként számítható ki egy adott <i>indikátor</i> mentén, elosztva a kontroll csoport vagy mindkét csoport szórással (EMCDDA 2011). 2. A drog hatása: mentális, élettani, viselkedésbeli és egyéb változások, amelyek a <i>droghasználat</i> következményeként tapasztalhatók.
Hatásfok (Effect size)	Lásd: <i>Hatás</i> .
Hatásos beavatkozás (Effective intervention)	Egy olyan <i>beavatkozás</i> , ami a kívánt <i>eredményeket</i> produkálja, anélkül, hogy kárt okozna. Az amerikai Prevenációs Kutatási Társaság (USA Society for Prevention Research) definiálta a hatásos beavatkozás kritériumait (Flay et al. 2005). Standard 7.1: Eredményértékelés
Hatásosság (Effectiveness)	Annak mértéke, hogy egy <i>beavatkozás</i> mennyire éri el az elvárt <i>eredményeket</i> a gyakorlatban anélkül, hogy kárt okozna. Az <i>eredményértékelés</i> során vizsgálják, hogy az intervenciók hatásosnak tekinthetők-e valós körülmények között vagy természetes <i>színtereken</i> (Flay et al. 2005), vagyis, amikor egy átlagos tanár valósítja meg, nem pedig egy speciálisan képzett szakember a kipróbálási periódusban. A hatásvizsgálatok mutatják meg, hogy a beavatkozások milyen körülmények között hatásosak, számításba véve a változtatások hatását is (pl. a <i>megvalósítás</i> feltételei, annak minősége). A hatásvizsgálatok különböznek az eredményesség-vizsgálatoktól, amelyek a beavatkozásokat kontrollált körülmények között tesztelik.
Hatékonyság (Efficiency)	Az <i>erőforrások</i> optimális felhasználása, vagyis a <i>költségek</i> és a <i>program eredményei</i> közötti összefüggés mutatója. Egy program nem hatékony, ha ugyanazokat az eredményeket kisebb befektetéssel (pl. olcsóbb eszköz, kevesebb <i>stábtagnal</i>) is elérhette volna, illetve, ha ugyanannyi erőforrással jobb eredményeket is elérhetett volna (pl. több <i>résztevő</i> bevonása). Ha több <i>hatásos</i> program áll rendelkezésre, <i>költség-hatékonyság elemzés</i> végezhető annak meghatározásához, hogy melyik program éri el a relatíve legjobb eredményeket a legkisebb befektetés révén. Ugyanakkor a hatékonyság különbözik a <i>hatásosságtól</i> .

Hosszú távú eredmény (Long-term outcome)	Lásd: <i>Eredmény</i> .
Hozzáférés (Access)	Annak mértéke, hogy mennyire képesek az emberek (pl. a <i>célcsoport</i>) az információhoz, a <i>szolgáltatásokhoz</i> hozzájutni. A hozzáférésnek lehetnek gyakorlati akadályai (pl. földrajzi elhelyezkedés, időzítés, gyerekgondozás), de lehetnek rejtettek is (pl. a stigmatizációtól való félelem, <i>kulturális</i> elfogadottság). Standardok D: Etikus drogreprevenió; 5.4: Résztevők kiválasztása és programban tartása
Iatrogén hatás (Iatrogenic effect)	A <i>résztevők</i> körében tapasztalható negatív <i>eredmények</i> , amelyek a <i>beavatkozásnak</i> tudhatók be. A <i>drogreprevenió</i> s beavatkozások iatrogén hatása lehet pl. megnövekedett <i>droghasználat</i> , egyéb ártalmak, amelyeket a részttevők tapasztalnak stb. Az iatrogén hatások érinthetik a főbb <i>eredményeket</i> , mint például a droghasználatot, egyéb nem szándékolt viselkedésformák előfordulási gyakoriságának növekedését ('mellékhatások'). Az iatrogén hatás különbözik a hatástalanságtól, vagyis amikor se pozitív, se negatív eredmények nem keletkeznek.
Indikátor (Indicator)	Egy bonyolultabb jelenség egydimenziós, helyettesítő mutatója, amelynek közvetlen mérésére vagy megfigyelésére nincs lehetőség. Az indikátorok számos célra használhatók, pl. hogy információt szolgáltatassanak a <i>szükségletfelméréshez</i> , vagy az <i>értékeléshez</i> (lásd <i>Értékelési indikátor</i>). Jellemző módon több indikátort szoktak használni egy jelenség átfogó leírásához.
Intervenciós anyagok (Intervention materials)	Lásd: <i>Anyagok</i> .
Intervenciós csoport (Intervention group)	Az emberek egy csoportja, akik részt vesznek vagy részesülnek a <i>beavatkozásban</i> . Az értékelési tervben különbözik az intervenciós csoport a <i>kontroll csoporttól</i> . A kontroll csoport tagjai nem részesülnek a beavatkozásban, ezáltal összehasonlítási alapul szolgálnak az intervenciós csoportban bekövetkezett változások értelmezéséhez az <i>eredményértékelés</i> során. Az intervenciós csoportot szokták kísérleti csoportnak is nevezni.
Irányelv (Guideline)	1. Specifikus megállapítások sora, amelyek meghatározzák a <i>beavatkozás</i> felépítését. A irányelvek többnyire a releváns szakirodalom szisztematikus áttekintésén alapulnak. Gyakran lépésről lépésre történő útmutatást (irányelvi ajánlások) tartalmaznak arra vonatkozóan, hogy melyik a legjobb választás adott feltételek esetén (pl. hogyan reagáljon a program a <i>célcsoport</i> specifikus szükségleteire). Az irányelveket szokták gyakorlati útmutatónak, gyakorlati ajánlásoknak stb. nevezni. A Standardok különbséget tesznek az irányelvek és a <i>minőségi standardok</i> között. 2. Általános útmutatások vagy működési szabályok (pl. módszertani irányelvek, irányelvek szakmapolitikusok számára).

Irányított prevenció (Targeted prevention)	A <i>drogprevenció</i> kontextusában azok a <i>tevékenységek</i> , amelyek olyan egyéneket vagy csoportokat céloznak, akik a <i>droghasználat</i> szempontjából nagyobb kockázatnak vannak kitéve (lásd <i>Kockázati tényező</i>). Az irányított prevenciónak két típusa van: a <i>javallott prevenció</i> (megnövekedett kockázat egyéni jellegzetességekből adódóan) és a <i>célzott prevenció</i> (megnövekedett kockázat bizonyos csoportba tartozás okán).
Ismérv (Attribute)	A projektciklus felépítésének harmadik szintje. Az ismérvek tartalmazzák a legrészletesebb információt, és főként az alapvető és a szakértői standardokat különböztetik meg. A Standardok további szintjei a <i>komponensek</i> és a <i>projektszakaszok</i> .
Ismétlés (Replication)	Egy olyan <i>beavatkozás megvalósítása</i> , ami már korábban legalább egyszer megvalósult. Egy már létező beavatkozás megismétlése <i>hatásosabb</i> lehet, mint új beavatkozás kidolgozása, mert használhatók a már korábban elkészített <i>anyagok stb.</i> Tudományos szempontból is fontos, mert teszteli, hogy a korábban tapasztalt <i>eredmények</i> megismételhetők-e. Ha az ismétlés új körülmények között történik, akkor az is tesztelhető, hogy a beavatkozás <i>hatásosságára</i> vonatkozó megállapítások általánosíthatók-e (pl. más <i>célcsoport</i> körében vagy más <i>színtéren</i>). Standard 4.2: Már létező beavatkozás adaptálása
Javallott prevenció (Indicated prevention)	<i>Drogprevenció</i> s kontextusban olyan <i>tevékenységeket</i> jelöl, amely azokra irányul, akiknél magasabb az (ártalmas) <i>droghasználat</i> egyéni kockázata (átvéve innen: Springer & Phillips 2007). Ide tartoznak: akik már használnak drogokat (de nem függők a DSM-IV vagy az ICD-10 szerint) és/vagy akiknél megnövekedett egyéni kockázata van a későbbi droghasználat kialakulásának (pl. gyerekkori tapasztalatok, pszichés vagy magatartási zavarok miatt) (lásd <i>Kockázati tényezők</i>). A javallott prevenció célja lehet a drogok kipróbálásának megelőzése, de gyakrabban célozza a meglévő droghasználat mérséklését, és az ártalmas használat kialakulásának megelőzését. A gyakorlatban a javallott és a célzott prevenció vagy a kezelés olykor átfedésben vannak egymással. (EMCDDA 2009: 10).
Kapacitás (Capacity)	Lásd: <i>Erőforrások</i> .
Kereslet- csökkenés (Drug demand reduction)	Általános fogalom, amely a nemzetközi kábítószer-ellenőrzési egyezményekben olyan <i>tevékenységeket</i> ír le, amelyek célja az (illegális) drogok fogyasztási igényének mérséklése. A kereslet-csökkenés magába foglalja a <i>drogprevenciót</i> , a kezelést és a rehabilitációt. Különbözik a kínálat-csökkentéstől, amelynek célja, hogy a bűnüldözés révén korlátozza az (illegális) drogok előállítását és terjesztését. A gyakorlatban a kereslet- és kínálat-csökkentési tevékenység kiegészíti egymást annak érdekében, hogy egy átfogó drogpolitika alakuljon ki.
Kínálat-csökkentés (Supply reduction)	Lásd: <i>Kereslet-csökkentés</i> .
Kísérleti csoport (Experimental group)	Lásd: <i>Intervenció csoport</i> .

Kísérleti kutatás (Experimental design)	Lásd: <i>Randomizált kontroll vizsgálat</i> .
Kiválasztás (Recruitment)	Az a folyamat, melynek során a tágabb célcsoportból kiválasztják a <i>részvevők mintáját</i> . Bizonyos beavatkozásoknál a résztvevőket nem a célcsoportból választják, hanem olyan egyének köréből, akik hatással vannak a célcsoportra (pl. családtagok). A kiválasztás során kiválogatják a megfelelő egyéneket, tájékoztatják őket a <i>programról</i> , felkéri őket a részvételre, besorolják őket és biztosítják, hogy el is kezdjék a <i>beavatkozást</i> (pl. részt vesznek az első alkalmon). Standard 5.4: Résztvevők kiválasztása és megtartása
Kockázati tényező (Risk factor)	A <i>drogprevenció</i> kontextusában egy olyan tényező, amely növeli a <i>droghasználat</i> megkezdésének vagy ártalmasabbá válásának a valószínűségét. A kockázati tényezők különböző szinteken jelennek meg: egyéni (pl. antiszociális viselkedés, alacsony önértékelés, rossz iskolai teljesítmény), családi (szülői droghasználat, családi támogatás, felügyelet hiánya), kortárscsoporthoz/ <i>közösséghez kötődő</i> (pl. droghasználó kortársak), és kontextuális szinten (alacsony szocio-ökönómiai státusz, a <i>drogok</i> könnyű elérhetősége). A drogprevenció munkája arra irányul, hogy a kockázati tényezőket mérsékelje. A kockázati tényezőket el kell különíteni a <i>védő tényezőktől</i> . Standard 1.4: A célcsoport megismerése
Kockázatos használat (Hazardous use)	Lásd: <i>Droghasználat</i> .
Kompetencia (Competency)	A Standardokban az a tudás, készségek és magatartásformák, amelyeket elvárunk a <i>stáb</i> tagjaitól a sikeres <i>program megvalósítás</i> érdekében. A kompetenciákat négy nagyobb kategóriába sorolhatjuk: alapvető intervenciók kompetenciák (pl. <i>hatékony drogprevenció</i> s megközelítések ismerete), intervenció-specifikus kompetenciák (pl. az intervenció szempontjából releváns specifikus ismeretek és készségek), általános kompetenciák (általános szociális készségek, projektmenedzsment készségek), meta-kompetenciák, amelyek révén a stáb tagjai képesek reagálni a <i>részvevők</i> egyéni szükségleteire (pl. <i>kulturális érzékenység</i>) (átvéve Pilling és mtsaitól, 2010.). Standard C: Munkaerő-fejlesztés
Komponens (Component)	1. A projektciklus felépítésének második szintje a Standardokban. A komponensek jelenítik meg azokat a tevékenységeket, amelyeket az adott <i>projektszakaszban</i> szükséges végrehajtani. Összesen 35 komponenst tartalmaz. Négy komponens a projektciklus középpontjában helyezkedik el, és minden projektszakaszban újra kell gondolni (átívelő megfontolások). A fennmaradó 31 komponens a különböző projektszakaszokhoz tartozik. A projektciklus másik két szintjét az <i>ismérvek</i> és a <i>projektszakaszok</i> képezik. 2. Egyike azoknak az elemeknek, amelyek összességükben egy teljes <i>programot</i> alkotnak. A többkomponensű <i>intervenció</i> a különböző <i>intervenció</i> s <i>tevékenységek</i> sorát foglalja magába.

Kontroll csoport (Control group)	<p>Azon emberek csoportja, akik referencia pontként szolgálnak az <i>intervenciós csoportban</i> bekövetkezett változások értelmezéséhez az <i>eredmény-értékelés</i> folyamán. A kontroll csoport tagjai lényegében hasonlítanak az intervenciós csoport tagjaihoz, de nem részesülnek a <i>beavatkozásban</i>. Vagy nem részesülnek semmilyen intervencióban, vagy más típusúban részesülnek, vagy nem prevenció célzatú tevékenységben vesznek részt. A kontroll és az intervenciós csoport tagjai körében pontosan ugyanaz az adatfelvétel történik. Ha a változások csak az intervenciós csoportban tapasztalhatóak (statisztikai próbákkal igazolva), akkor azokat nagy valószínűséggel a beavatkozás okozta. Ha mindkét csoportban változásokat észlelünk, azok vélhetőleg nincsenek kapcsolatban a beavatkozással, hanem valamilyen más, ismeretlen tényező okozta. A kontroll csoportokat a <i>kvázi kísérletek</i>, és a <i>radomizált kontroll vizsgálatok</i> során alkalmazzák. Egyéb, a kontroll csoport használatára utaló terminológiák a kontrollált kutatás, a kontroll csoportos kutatás és a kontrollált körülmények. A kontroll csoportot szokták összehasonlító csoportnak is nevezni.</p> <p>Standard 4.4: Végső értékelés tervezése</p>
Költség (Cost)	<p>1. Közvetlen/közvetett költségek: Az a pénzösszeg, amely feltétlenül szükséges a <i>program</i> megvalósításához. Két fajtáját különböztethetjük meg: a közvetlen költségek a program megvalósítás időtartamán belül merülnek fel (pl. a <i>stáb</i> tagok fizetése), míg a közvetett költségek ezen időintervallumon kívül is keletkezhetnek (pl. kézikönyvek, más <i>anyagok</i>). A költségvetési becslések és a költségek a pénzügyi tervben kerülnek rögzítésre.</p> <p>Standard 5.2: Pénzügyi szükségletek tervezése</p> <p>2. Alternatív költség: A második legjobb alternatíva értéke (<i>haszna</i>), amikor valaki több lehetőség közül választ. Az alternatív költségek nemcsak pénzben fejezhető ki, magukba foglalnak olyan tényezőket is, mint pl. az idővesztés vagy elmaradt öröm/élvezet. Például a résztvevők kénytelenek kimaradni a munkából, vagy elesnek bizonyos szabadidő eltöltési lehetőségektől, azért, hogy részt vehessenek a programban. Illetve az <i>intervenció</i> helyszíne nem használható más tevékenységekre.</p>
Költség-haszon elemzés (Cost-benefit-analysis)	<p>Az a folyamat, amely során a <i>program költségei</i> és <i>hasznai</i> közötti összefüggéseket több szinten (pl. egyéni, társadalmi) vizsgálják. Az elemzés eredményei pénzügyi kategóriákban fejezhető ki. Lásd még: <i>Költség-hatékonyság elemzés</i></p>
Költség-hatékonyság elemzés (Cost-effectiveness-analysis)	<p>Az a folyamat, amely során elemzik a <i>program költségei</i> és a <i>résztvevőkre</i> gyakorolt pozitív (egészségi állapotot érintő) <i>hatások</i> közötti összefüggéseket. Ha számos <i>hatásos</i> program elérhető, akkor a költség-hatékonyság elemzés segítségével azonosítható, hogy mely program érte el relatív értelemben a legjobb <i>eredményt</i> a legkevesebb ráfordítással. Például egy adott program többé kerülhet, mint egy másik, de sokkal jobb eredményeket is produkál. Ez esetben a drágább program költség-hatékonyságosabb, mint az olcsóbb alternatíva. A költség-hatékonyságot meg kell különböztetni a <i>hatásosságtól</i>.</p>

Költségvetés (Budget)	<p>Az az összeg, amely rendelkezésre áll pl. egy adott <i>program</i> megvalósítására. A költségvetés meghatározza a maximálisan elkölthető összeget, vagyis a program költségei nem haladhatják meg az összköltségvetést. A költségvetés készítése során kerül meghatározásra, hogy a pénzeszközök hogyan használhatók fel, pl. az egyes tételek pénzügyi szükségletei. A költségvetésre, költségekre vonatkozó becsléseket a pénzügyi terv tartalmazza.</p> <p>Standard 5.2: Pénzügyi szükségletek tervezése</p>
Környezeti prevenció (Environmental prevention)	<p>Olyan <i>drogprevenció</i>s tevékenységek, amelyek arra törekszenek, hogy megváltoztassák a környezetet, amelyben az emberek élnek. A környezeti prevenció számos tevékenységet takar, attól függően, hogy mit értünk „környezet” alatt. A tevékenységek irányulhatnak a társadalmi normákra (pl. a <i>droghasználattal</i> kapcsolatos attitűdök a <i>közösségben</i>), a szabályozókra (pl. írott szakmapolitikák, dohányzási tilalom), a <i>drogok</i> elérhetőségére (pl. vonatkozó irányelvek, próbavásárlások), az épített környezetre (pl. közvilágítás javítása, megfigyelő kamerák alkalmazása), stb. Következésképpen a környezeti prevenció hozzájárulhat a drogok iránti kereslet (lásd <i>Keresletcsökkentés</i>), a kínálat és/vagy a kapcsolódó ártalmak csökkentéséhez.</p>
Középtávú eredmény (Medium-term outcome)	<p>Lásd: <i>Eredmény</i>.</p>
Közösség (Community)	<p>1. Emberek azon csoportja, akik egy földrajzilag körülhatárolható területen élnek és/vagy dolgoznak (szomszédság, kerület), valamint, akiknek közös a <i>kulturális</i> és/vagy vallási háttere, érdeklődésük, tapasztalataik (azonos etnikai csoport, vallási hovatartozás, nyelv). A <i>színtér</i> speciális lehet bizonyos közösségekben (pl. iskola, ifjúsági központ). A konkrét közösségtől függően a közös identitás mértéke változó lehet. Az emberek általában egyszerre több közösséghez is tartoznak, a földrajzi elhelyezkedéstől, a foglalkozástól, vagy a szabadidő eltöltési szokásoktól függően (WHO 1998).</p> <p>Standard 1.2: A drogfogyasztás és a közösségi szükségletek felmérése; 2.1: Célcsoport- és közösségi erőforrások felmérése</p> <p>2. Szakmai közösség: szakemberek azon csoportja, akik egy jól körülhatárolható területen működnek (pl. tudományos, vagy prevenciószakemberek közössége).</p>
A közösség fogékonysága (Community readiness)	<p>Lásd: <i>Fogékonyság</i>.</p>
Közvetett haszonélvező (Indirect beneficiary)	<p>Az a személy, aki nem vesz részt a <i>beavatkozásban</i>, de potenciálisan részesülhet annak pozitív <i>eredményeiből</i>. Például a <i>résztevők</i> társas környezete (család, <i>helyi közösség</i>) profitálhat a viselkedésük változásából (pl. mérséklődő <i>droghasználat</i>, jobb társas készségek). Továbbá a résztvevők továbbadhatják az intervenció során szerzett tudást és tapasztalatot pl. a kortársaiknak, a <i>célcsoport</i> intervencióban nem részesülő tagjainak. Ezt bizonyos intervenciókban ki is használják, mikor a résztvevők nem a célcsoportot képviselik, de hatással vannak rá közvetett módon. Ezekben az esetekben a résztvevők például a kortársak, a családok, vagy a tanárok, míg a tényleges célcsoport tagjai a közvetett haszonélvezők. A közvetett haszonélvezőket szokták potenciális haszonélvezőknek is nevezni.</p>

Közvetítő változó (Mediator)	Egy köztes változó, amely magyarázza, hogy egy <i>beavatkozás</i> hogyan ér el egy bizonyos <i>eredményt</i> . A <i>drogprevenációs beavatkozások</i> rendszerint nem tudják közvetlenül befolyásolni a <i>résztevők droghasználatát</i> . Ehelyett azokat a közvetítő változókat célozzák, amelyeknek hatása van a drogfogyasztásra. A közvetítő változók közvetlenül kapcsolódhatnak a droghasználathoz, pl. a <i>drogokkal kapcsolatos tudás, vélekedések a fogyasztás következményeiről, a drogokkal kapcsolatos attitűdök, a jövőbeni fogyasztási szándék stb.</i> , vagy közvetve kapcsolódnak a szerhasználathoz, pl. életvezetési készségek, általános <i>kockázati és védő tényezők</i> stb.
Kritérium (Benchmark)	Lásd: <i>Értékelési kritérium</i> .
Kultúra (Culture)	Egy bizonyos intézményre, vagy társadalmi csoportra jellemző értékek, attitűdök, hiedelmek, magatartásformák (pl. szokások), kommunikációs formák (pl. nyelv, művészetek, szimbólumok, zene) (lásd még: <i>Közösség</i>). A kulturális megfontolások beillesztése a prevenációs tevékenységbe tekinthető a <i>kulturális érzékenységek</i> . Standard 1.4: A célcsoport megismerése
Kulturális érzékenység (Cultural sensitivity)	A <i>kultúra</i> fontosságának megértésére való képesség és készség (pl. a stábtagek körében), a kulturális sokszínűség értékelésére, valamint az általuk meghatározott szükségletekre való reagálás, továbbá azok beépítésének a képessége a <i>drogprevenációs munka</i> valamennyi megjelenési formájába. A kulturális érzékenység megmutatkozhat pl. abban, hogy a különböző jelzéseket és anyagokat lefordítják annak érdekében, hogy a <i>beavatkozás</i> különböző elemeinek relevanciáját biztosítsák, illetve abban, hogy a <i>munkatársak kiválasztása</i> során is tekintetbe veszik ezeket a szempontokat. A kulturális érzékenység kulturális kompetenciaként is ismert. Standardok C: Munkaerő-fejlesztés; D: Etikus drogprevenáció; 4.3: A beavatkozás illesztése a célcsoportához
Külső értékelés (External evaluation)	Lásd: <i>Értékelés</i> .
Kvázi-kísérleti kutatás (Quasi-experimental design)	Az <i>eredményértékelésre irányuló</i> kutatásokban az a vizsgálattípus, ahol az <i>eredményeket az intervenció és a kontroll csoportban, a beavatkozást megelőzően és azt követően is</i> méri, azonban a <i>résztevők</i> nem véletlenszerűen kerülnek a két csoportba. Ehelyett, mivel az intervenció csoport már kapcsolatban áll a <i>szolgáltatóval</i> , a kontroll csoport tagjait szándékosan választják ki aszerint, hogy hasonló tulajdonságokkal rendelkezzenek, mint az intervenció csoport tagjai (illeszkedés). Minthogy a csoportba kerülés nem véletlenszerű, valószínűbb, hogy (nem észlelt) különbségek vannak a két csoport között, amelyek befolyásolják az eredményeket. Ezt a vizsgálati típust úgy is nevezik, hogy elő – utóvizsgálat kontroll csoporttal. Más vizsgálattípus a <i>nem-kísérleti kutatás és a randomizált kontroll vizsgálat</i> .
Lefedettségi (Coverage)	Annak mértéke, hogy egy <i>beavatkozás</i> mennyire éri el a szándékolt <i>célpopulációt</i> . A lefedettség mennyiségi mutatókkal írható le, a programban ténylegesen résztvevők számának és a <i>célpopuláció</i> létszámának arányaként. Ehhez szükséges a célpopuláció precíz meghatározása és létszámának becslése.

Lemorzsolódás (Attrition)	A résztvevők számának nem tervezett csökkenése az <i>intervenció</i> megkezdése után. Ennek oka, hogy néhányan kimaradnak az <i>intervenció</i> megvalósítása vagy az értékelés során, vagyis részt vesznek az első foglalkozás(ok)on, és a kezdeti adatfelvételen, de nincsenek jelen az <i>intervenció</i> végén, illetve a végső adatfelvételen.
Lépcsőzetes prevenció (Tiered prevention)	Olyan prevenciók megközelítés, amelyek az általános felől fokozatosan halad a speciális <i>beavatkozások</i> irányába. Például egy lépcsőzetes <i>drogprevenció program</i> kezdődhet általános prevenció beavatkozással (pl. drogokkal kapcsolatos oktatás az osztályban). Ennek során azonosíthatóvá válnak azok az egyének, akiknél az (ártalmas) droghasználat átlagosnál nagyobb kockázata valószínű, így irányíthatók <i>javallott prevenció</i> s intervencióba (pl. speciális iskolán kívüli foglalkozások).
Logikai modell (Logic model)	Egy <i>program</i> és/vagy <i>elméleti modell</i> elemeinek folyamatábrája vagy grafikai megjelenítése (CSAP 2002). Az elméleti logikai modell a változás elméletét ábrázolja, vagyis azonosítja a releváns <i>közvetítő változókat</i> , és megmutatja, hogy ezek hogyan érik el az <i>eredményeket</i> egy adott kontextusban (pl. a <i>célcsoport</i> körében). A program logikai modellje a program <i>tevékenységeinek</i> logikai folyamatát mutatja be az elejétől a végéig, vagyis azonosítja az alapvető fontosságú <i>projekt</i> és <i>intervenció</i> s <i>tevékenységeket</i> , és megmutatja a program belső koherenciáját. A gyakorlatban csak egy logikai modellt szoktak kidolgozni, amely összekapcsolja az elméleti megfontolásokat és a gyakorlati <i>tevékenységeket</i> (pl. kimutatja, hogy a <i>tevékenységek</i> hogyan befolyásolják a <i>közvetítő tényezőket</i>).
Magas színvonalú drogprevenció (High quality drug prevention)	A Standardok szerint a <i>drogprevenció</i> s munka összhangban van a <i>résztvevők</i> szükségleteivel, megfelel a szakmapolitikának és ebből adódóan releváns, az <i>etikus drogprevenció</i> elveit érvényesíti, ennél fogva etikus, a tudományos elméletekre és <i>bizonyítékokra</i> támaszkodik, ezért nagy valószínűséggel <i>hatásos</i> , továbbá belső összetevőit tekintve koherens és ezért megvalósítható. <i>Azok a drogprevenció</i> s <i>tevékenységek</i> , amelyek a <i>Standardoknak</i> megfelelően kerülnek kivitelezésre, <i>eleget tesznek</i> ezeknek a <i>kritériumoknak</i> , ebből következően <i>magas színvonalúnak</i> tekinthetők.
Megbízhatóság (Reliability)	Az <i>adatgyűjtési eszközök</i> minőségének egyik <i>indikátora</i> . Egy eszköz akkor megbízható, ha konzisztens eredményeket produkál, pl. ugyanazokkal az alanyokkal időről-időre ugyanazt („teszt-teszt megbízhatóság”), bárkik körében, akik használják az eszközt („inter-rater megbízhatóság”), vagy ugyanazon eszközön belül a különböző tételek vonatkozásában (belső konzisztencia). A teszt-re-teszt megbízhatóság fontos előfeltétel az <i>eredményértékelés</i> hez, ugyanis a megbízható eszköz használata biztosítja, hogy a megfigyelt változások a <i>résztvevőkben</i> lejajlott tényleges változásoknak köszönhetőek, és nem egy megbízhatatlan értékelési eszköz okozta azokat. Az eszközök minőségének további indikátorai az <i>objektivitás</i> és az <i>érvényesség</i> .
Megvalósítás (Implementation)	Az a folyamat, amikor a <i>projekttervnek</i> megfelelő <i>tevékenységek</i> zajlanak. A Standardokban a „megvalósítás” kifejezés arra vonatkozik, amikor a tervezett <i>beavatkozást</i> viszik véghez a <i>résztvevők</i> körében. Míg a „programmegvalósítás” más elemeket is tartalmaz, úgymint a <i>résztvevők kiválasztását</i> , a <i>stáb</i> képzését stb. A megvalósítást ‘végrehajtásnak’ is nevezik a Standardokban. Standard 6: Megvalósítás és monitorozás

Mellékhatás (Side effect)	Lásd: <i>latrogén hatás</i> .
Minőségi standard (Quality standard)	Olyan mérce, amely segít megítélni, hogy egy <i>tevékenység</i> , egy <i>szolgáltató</i> stb. magas színvonalat képvisel-e. A minőségi standardok jellemzően szakmai konszenzuson alapulnak. A fókuszban a minőségbiztosítás strukturális és eljárásrendi aspektusai állnak, pl. értékelés, a <i>stáb</i> összetétele és <i>kompetenciái</i> , a <i>résztevők</i> biztonsága, stb. A Standardok megkülönböztetnek minőségi standardokat és <i>irányelveket</i> . <i>További információkért az Európai drogprevenció minőségi standardokról olvassa el a Bevezetést.</i>
Minta (Sample)	A populáció egy részhalmaza. A <i>résztevők</i> a <i>célcsoport</i> mintájának tekinthetők. A <i>résztevők</i> mintájának reprezentálnia kell a <i>célcsoportot</i> (vagyis tükrözze annak jellemzőit) annak érdekében, hogy a tapasztalatok általánosíthatóak legyenek a szélesebb <i>célcsoport</i> vonatkozásában is. Az értékelő kutatások során ez leginkább a véletlen mintavételi technikával érhető el, amikor minden egyénnek vagy természetes csoportnak (pl. iskolai osztály) ugyanakkora esélye van bekerülni a mintába. A <i>randomizálás</i> megoldható úgy is, hogy például egy random számokat tartalmazó (számítógép által generált) táblázatot alkalmazunk. Továbbá, a <i>résztevők</i> mintájának megfelelő nagyságúnak kell lennie ahhoz, hogy a megfelelő statisztikai számítások elvégezhetőek legyenek.
Moderátor változó (Moderator)	Egy változó, amely meghatározza a kapcsolatot a <i>beavatkozás</i> , a <i>közvetítő változók</i> és az elvárt <i>eredmény</i> között, vagyis befolyásolja, hogy mennyire <i>hatásos</i> a beavatkozás. A moderátor változók elemzése gyakran a megvalósítás körülményeire fókuszál, pl. hogy a beavatkozás a terveknek megfelelően lett-e végrehajtva (lásd: <i>Programhűség</i>), ki végezte (pl. tanár, kutató), alkalomok száma, volt-e népszerűsítő alkalom, stb. A moderátor változók kiválasztását meghatározhatja az <i>elméleti modell</i> , pl. társadalmi normák érvényesülése, családi struktúrában rejlő különbségek, új szakmapolitikák.
Monitorozás (Monitoring)	A Standardokban a folyamatot és az <i>eredményeket</i> leképező adatok folyamatos gyűjtése és elemzése a <i>beavatkozás megvalósítása</i> során. Ez többféle célt szolgálhat, mint például annak biztosítása, hogy a beavatkozás a terveknek megfelelően haladjon (pl. <i>programhűség</i> , <i>hatásosság</i>), a megváltozott vagy többlet elvárások azonosítása (pl. <i>résztevők</i> szükségletei, <i>erőforrások</i>), a beavatkozás folyamatos javítása a végrehajtás során, a megvalósítás dokumentálása (záró beszámolóhoz, végső értékeléshez). A monitorozást szokták rendszeres ellenőrzésnek, minőség ellenőrzésnek, reflexiónak, felülvizsgálatnak, formatív értékelés egy fajtájának is nevezni. Jelen dokumentumban a monitorozás különbözik a <i>folyamatértékeléstől</i> , amely a folyamatot tükröző adatokat a megvalósítás után elemzi. Standard 6.3: A megvalósítás monitorozása
Munkaerő fejlesztés (Staff development)	Az a folyamat, amelynek során a <i>stáb</i> tagjainak kompetenciáit (vagyis tudását, készségeit, magatartását) fejlesztik, képzési programok, rendszeres felülvizsgálat, érzelmi támogatás, szupervízió, és az ön-reflexió ösztönzése révén. Standard C: Munkaerő-fejlesztés

Nem-kísérleti kutatás (Non-experimental design)	Az <i>eredményértékelésre</i> irányuló kutatásnál az a vizsgálati módszer, amikor az <i>eredményeket</i> csak az <i>intervenciós csoportban</i> mérik. Ha az <i>intervenciós csoporttól</i> csak a <i>beavatkozást</i> követően gyűjtnek adatokat, nem lehetséges bármit is mondani a <i>beavatkozás hatásosságáról</i> . Ha a <i>beavatkozás előtt</i> és <i>után</i> is történik adatgyűjtés, akkor a két időpont között bekövetkezett változások jellemezhetőek. Ugyanakkor nem bizonyítható, hogy ezeket a változásokat az <i>intervenció hozta létre</i> , az ugyanis egy <i>kontroll csoport</i> alkalmazását tenné szükségessé. A <i>nem kísérleti kutatás</i> úgy is ismert, mint <i>naturalisztikus kutatás</i> vagy <i>kontroll csoport nélküli elő-utó vizsgálat</i> . A <i>kontroll csoportot</i> is alkalmazó vizsgálati módszerek: a <i>kvázi-kísérleti kutatás</i> és a <i>randomizált kontroll vizsgálat</i> .
Objektivitás (Objectivity)	Az <i>adatgyűjtési eszköz</i> minőségére vonatkozó indikátor. Egy eszköz akkor objektív, ha az általa nyert <i>eredmények függetlenek</i> attól, hogy ki végzi a mérést. Az eszköz minőségének egyéb indikátorai a <i>megbízhatóság</i> és az <i>érvényesség</i> .
Output (Output)	A <i>program tevékenységeinek</i> a termékei, tehát, ami megvalósult (pl. megtartott alkalmak), a létrehozott struktúrák (pl. a helyi <i>közösség befogadókészsége</i>), a felkínált lehetőségek (pl. a <i>résztevők száma</i>), a publikált anyagok (pl. záró beszámoló), stb. (EMCDDA 2011). Az <i>outputokat</i> meg kell különböztetni az <i>eredményektől</i> , amelyek a <i>résztevőkben</i> bekövetkezett változásokat jelentik.
Összehasonlító csoport (Comparison group)	Lásd: <i>Kontroll csoport</i> .
Potenciális haszonélvező (Potential beneficiary)	Lásd: <i>Közvetett haszonélvező</i> .
Programhűség (Fidelity)	Annak a mértéke, hogy a <i>beavatkozás</i> tényleges <i>megvalósítása</i> mennyire felel meg a <i>programfejlesztők</i> eredeti tervének (vagy a körültekintően elkészített adaptálásnak). A <i>programhűség</i> csökken, ha a <i>stáb</i> tagjai nem tartják magukat az eredeti protokollhoz és nem tervezett módosításokat hajtanak végre, pl. csökkentik az alkalmak számát, vagy megváltoztatják a <i>beavatkozás</i> tartalmát.
Prevenció (Prevention)	Lásd: <i>Drogprevenció</i>
Próba beavatkozás (Pilot intervention)	A <i>beavatkozás</i> kisebb körben történő kipróbálása a teljes <i>megvalósítást</i> megelőzően (pl. kevesebb <i>résztevével</i>). A célja, hogy tesztelje a tervezett <i>beavatkozás</i> <i>megvalósíthatóságát</i> (pl. az <i>erőforrások</i> tervezése helyes-e), a <i>hatásosságát</i> (pl. az <i>eredmények</i> az elvártak szerint alakulnak-e), és hogy a tartalom, az <i>intervenciós anyagok</i> , az értékelési eszközök stb. megfelelőek-e. A <i>próba beavatkozás</i> végrehajtásából szerzett tapasztalatok a tényleges <i>megvalósítás</i> fejlesztését szolgálják. A <i>próba beavatkozást</i> szokták a <i>formatív értékelés</i> egy fajtájának is tekinteni.
Standard 6.1: Próba beavatkozás	

Program (Programme)	A Standardokban egy (vagy több) <i>beavatkozás</i> összessége, valamint az ehhez kapcsolódó kutatás (pl. <i>szükségletfelmérés</i> , <i>monitorozás</i> , <i>végső értékelés</i>), és az egészet körülvevő adminisztratív struktúra (pl. projektmenedzsment, forrásteremtés, <i>stáb</i> felkészítése, <i>résztevők kiválasztása</i> , <i>terjesztés</i> , helyi struktúrák és prioritások). Tehát a <i>program</i> kifejezés egy átfogó kategória, ami kiterjed a prevenció munká minden beavatkozására és projekt aspektusára. Egy kormányzati <i>drogprevenció stratégia</i> is tekinthető egy programtípusnak. A <i>szolgáltatói</i> tevékenység is beleértendő ebbe a definícióba.
Programleírás (Programme description)	A Standardokban a <i>program</i> leírása, különös tekintettel a részvétel feltételeire, és a részvétel lehetséges következményeire (pl. ár, kockázatok és <i>hasznok</i>). Még a <i>beavatkozás</i> megkezdése előtt rögzítésre kerül, hogy a külső partnereket tájékoztassa a programról (pl. <i>célpopuláció</i> , támogatók). A programleírást szokták program vázlatnak vagy irányvonalnak (pl. egy iskola kontextusában) is nevezni. A programleírás különbözik a <i>projekttervtől</i> , ami a <i>megvalósítást</i> irányító belső eszköz, és a záró beszámólótól is, ami a program történéseit foglalja össze, amikor a végrehajtás befejeződik. Standard 5.6: Programleírás
Program tevékenység (Programme activity)	Lásd: <i>Tevékenység</i> .
Projekt (Project)	Egy időben korlátozott vállalkozás, meghatározott céllal. A Standardokban ez a kifejezés még konkrétabban egy <i>drogprevenció programhoz</i> kapcsolódó adminisztratív és üzleti feladatokra utal (pl. <i>erőforrás</i> -menedzsment). Különbözik azonban a <i>stratégiától</i> , ami a prioritásokat és a főbb drogprevenció tevékenységeket meghatározó, átfogó terv.
Projektciklus (Project cycle)	Lásd: <i>Projektszakasz</i> .
Projektszakasz (Project stage)	A projektciklus felépítésének első szintje a Standardokban. A <i>projektciklus</i> nyolc elkülönülő projektszakaszt tartalmaz időrendben, ami megmutatja egy (drogprevenció) program életciklusát a kezdetektől (<i>szükségletfelmérés</i>) a befejezésig (<i>terjesztés</i>). A projektciklus középpontjában az átívelő megfontolások állnak, amelyeket minden projektszakaszban újra kell gondolni. A projektciklus egy olyan modellt jelenít meg, amelyet – a gyakorlatban – a projekt konkrét körülményeihez kell igazítani. A projektciklus további két szintje az <i>ismérvék</i> és a <i>komponensek</i> .
Projektterv (Project plan)	A <i>megvalósítást</i> irányító belső eszköz, amelyik szisztematikusan ábrázolja a <i>program</i> végrehajtásához szükséges legfontosabb feladatokat és <i>stratégiákat</i> . Akkor készül, amint a fő a programelemek meghatározására kerültek (pl. <i>célcsoport</i> , a <i>beavatkozás</i> típusa). A projekt terv lényeges a program <i>megvalósításához</i> , de a megvalósítás dokumentálásához és felülvizsgálatához is. A projekttervet szokták még munkatervnek, cselekvési tervnek vagy megvalósítási tervnek is nevezni. Különbözik azonban a <i>programleírástól</i> , ami a külső partnereket tájékoztatja a programról. Standard 5.1: A program tervezése (a projektterv)

Randomizálás (Randomisation)	Az <i>eredményértékelés</i> során alkalmazott folyamat, melynek révén a megfelelő egyének vagy természetes csoportok (pl. iskolai osztályok) véletlenszerűen kerülnek vagy az <i>intervenció</i> s, vagy a kontroll csoportba. A csoportba kerülés akkor véletlenszerű, ha minden egyésnek (vagyis egyéneknek vagy csoportoknak) ugyanakkora esélye van a bekerülésre az intervenció vagy a kontroll csoportba. Ez csökkenti a intervenció és a kontroll csoport résztvevői közötti szisztematikus különbségek valószínűségét. A randomizálás a <i>randomizált kontroll vizsgálatok</i> jellemzője.
Randomizált kontroll vizsgálat (Randomised controlled trial)	Az <i>eredményértékelésre irányuló</i> kutatásokban az a vizsgálati típus, ahol az egyének vagy természetes csoportok (iskolai osztályok) véletlenszerűen kerülnek az <i>intervenció</i> s vagy a <i>kontroll csoportba</i> . Az <i>eredményeket</i> mindkét csoportban mérik a <i>beavatkozás</i> előtt és után. A randomizált kontroll vizsgálatok szolgáltatják a <i>hatásosság</i> legszilárdabb <i>bizonyítékait</i> . Ez a vizsgálati típus kísérleti kutatás vagy elő-utóvizsgálat kontroll csoporttal és <i>randomizálással</i> néven is ismert. A szokásos rövidítése: RCT. Kevésbé bizonyító erejű vizsgálati típusok a <i>nem-kísérleti kutatás</i> és a <i>kvázi-kísérleti kutatás</i> .
Résztvevő (Participant)	Az a személy, aki közvetlenül részt vesz vagy részesül a <i>beavatkozásban</i> . A résztvevőket a közvetett, vagy a végső <i>célcsoportból</i> toborozzák. A végső célpopuláció azokat az egyéneket jelenti, akiknek a körében a beavatkozás a kedvező <i>eredményeket</i> el kívánja érni (pl. <i>droghasználat</i> szempontjából veszélyeztetett fiatalok), míg a közvetett célcsoport azokat foglalja magába, akiknek hatásuk van a célpopulációra (pl. családtagok, kortársak, tanárok). A résztvevők jellemzően az összes szóba jövő egyének csak egy <i>mintáját</i> jelentik (pl. bizonyos számú gyerek a <i>közösségben</i> élő összes vulnérabilis gyerek közül). Az értékelő vizsgálatok során néhány résztvevő nem részesül az intervencióban, mert őket a <i>kontroll csoportba</i> sorolják. A résztvevőket szokták közvetlen hasznélvezőknek is nevezni.
Rövid távú eredmény (Short-term outcome)	Lásd: <i>Eredmény</i> .
Standard (Standard)	Lásd: <i>Minőségi standard</i> .
Statisztikailag szignifikáns (Statistically significant)	Olyan eredmény, amelyet statisztikai próbával igazoltak annak érdekében, hogy ne legyen valószínűsíthető, hogy a véletlen okozta. Az <i>eredményértékelésre</i> irányuló kutatásokban a tapasztalatok statisztikai szignifikanciáját azért tesztelik, hogy megállapítható legyen: az <i>eredményeket</i> valóban a <i>beavatkozás</i> okozta. Standard 7.1: Eredményértékelés
Stratégia (Strategy)	1. Egy nagyszabású terv, amely meghatározza egy teljes <i>projekt</i> vagy szervezet prioritásait és fő tevékenységeit. A <i>drogprevenció</i> területén a legfontosabb ilyen jellegű stratégiák a helyi, regionális, nemzeti, nemzetközi kormányzati (ENSZ, EU) drogstratégiák. Standard 1.1: A vonatkozó szakpolitika és szabályozás ismerete 2. Egy nagyszabású terv, amely meghatározza egy bizonyos <i>projekt</i> aspektus prioritásait és fő tevékenységeit, úgy mint kommunikáció, forrásteremtés, értékelés, dokumentáció, <i>terjesztés</i> . A Standardokban ezek a stratégiák a <i>projekttervben</i> kerülnek összefoglalásra. Standard 5.1: A program tervezése (a projektterv)

Stáb (Staff)	<p>A Standardokban valamennyi egyén, aki a <i>programot</i> megvalósító <i>szervezetnél</i> dolgozik, teljes vagy részmunkaidőben, fizetésért vagy anélkül (pl. önkéntesek, gyakornokok), állandóan vagy szerződéses alapon, függetlenül a képzettségüktől, tapasztalataiktól vagy felelősségi körüktől (pl. vezetők, adminisztratív munkatársak). A Standardokban a fogalom kifejezeten azokra a <i>szakemberekre</i> utal, akik közvetlenül a <i>célcsoporttal</i> foglalkoznak. A stábtagokat szokták emberi erőforrásnak, személyzetnek, alkalmazottaknak, munkaerőnek nevezni.</p> <p>Standard C: Munkaerő-fejlesztés; 5.3: A team felállítása</p>
Szer (Substance)	Lásd: <i>Drog</i> .
Szervezet (Organisation)	<p>1. A <i>drogprevenció</i> kontextusában olyan szervezet, amely a drogprevenció területén aktív, illetve hozzájárul ahhoz, pl. <i>szolgáltató</i>, helyi önkormányzat, kutatóintézet. A szervezeteket a Standardok ügynökségeknek, vagy intézményeknek is nevezi.</p> <p>2. A Standardokban olyan szervezetet jelöl, amelyik <i>programját</i> a Standardokban megfogalmazottak szerint tervezi, tevékenységét annak tükrében végzi. Az ilyen szervezet valószínűleg aktív a drogprevenció területén, illetve hozzájárul ahhoz. Például a drogprevenációs alapítványok, ifjúsági <i>szolgáltatások</i>, iskolák, helyi önkormányzatok, stb.</p> <p><i>További információért a Standardok használatával kapcsolatosan olvassa el a Bevezetést</i></p>
Szignifikancia (Significance)	Lásd: <i>Statisztikai szignifikancia</i> .
Szintér (Setting)	<p>Az a társadalmi és/vagy fizikai környezet, amelyben a <i>beavatkozás</i> megvalósul, pl. család, iskola, munkahely, éjszakai klub, <i>helyi közösség</i>, társadalom. A kifejezés utalhat arra a társadalmi és/vagy fizikai környezetre is, ahol az emberek mindennapi tevékenységeiket végzik, pl. munka, szabadidő. A szinteret szokták területnek, helyszíneknek, környezetnek vagy beavatkozási szintnek is nevezni.</p> <p>Standard 3.4: A szintér meghatározása</p>
Szolgálat (Service)	<p>Egy olyan szervezet, amely rendszerint kormányzati (pl. helyi önkormányzat) megbízásból tevékenykedik annak érdekében, hogy a rászorulóknak szükségleteit kielégítse. Például a szociális szolgáltatások segítséget nyújtanak a sérülékeny embereknek mindennapi életükben (pl. gondoskodást igénylő gyerekek, testi vagy szellemi fogyatékkal élők). A kifejezés vonatkozhat mind a szervezetre, mind az általa végzett tevékenységre. Európában a szolgálatok jellemzően nem működtetnek strukturált, jól dokumentált <i>drogprevenációs programokat</i>. Sokkal inkább a <i>résztevők</i> szükségletei által meghatározott, és ennél fogva kevésbé strukturált munkát végeznek (pl. megkereső munka, drop-in centrum, rövid intervenció). A szolgáltatások a speciális drogprevenációs tevékenységekhez általános támogatást nyújtanak, a prevenció nem képezi központi elemét tevékenységi profiljuknak. A Standardokban a „program” és a „beavatkozás” fogalmak magukba foglalják a szolgáltatói tevékenységet is.</p>

Szolgáltató (Provider)	<i>Drogprevenciós</i> kontextusban olyan szervezet, amely aktívan nyújt drogprevenciós szolgáltatásokat vagy hozzájárul azokhoz, pl. drogprevenciós alapítványok, ifjúsági <i>szolgáltatások</i> , iskolák.
Szükséglet-felmérés (Needs assessment)	A szükségletek tartalmának és nagyságrendjének, valamint a lehetséges okoknak és befolyásoló tényezőknek a szisztematikus feltárása. Adatai jellemzően <i>epidemiológiai</i> adatok, de fókuszcsoportos vizsgálatok során is keletkezhetnek. A cél a kielégítetlen szükségletek azonosítása (pl. hiányosságok a nyújtott <i>szolgáltatásokban</i>), és olyan <i>tevékenységek</i> tervezése, amelyek kielégítik ezeket a szükségleteket. A Standardok rávilágítanak azokra a szükségletekre, amelyeket a jogszabályi, szakmapolitikai környezet, a <i>helyi közösség</i> és annak tagjai, valamint és mindenek előtt a (lehetséges) <i>célcsoport</i> és annak társas környezete fogalmaz meg. A szükségletfelmérést szokták szükséglet-elemzésnek is hívni. A Standardokban a szükségletfelmérés különbözik az <i>erőforrások felmérésétől</i> , ami a rendelkezésre álló erőforrások feltérképezésére fókuszál. Standard 1: Szükségletfelmérés
Társadalmi nem (Gender)	A Standardokban társadalmilag konstruált szerepek, viselkedésmódok, stb., amelyeket férfiaknak és nőknek tulajdonítanak, vagyis, hogy mit is jelent fiúnak vagy lánynak lenni egy bizonyos <i>kultúrában</i> . Ezek a vélekedések <i>közösségenként</i> eltérőek lehetnek. A Standardokban a kulturálisán meghatározott társadalmi nem különbözik attól a nemtől, amely a férfiak és nők biológiai jellemzőire utal. Ugyanakkor néhány szakember ezeket a kifejezéseket szinonimaként használja, elismerve azok kölcsönös összefüggéseit (pl. a fizikai képességek befolyásolhatják a bizonyos tevékenységekre való alkalmasságot, bizonyos tevékenységek elfogadhatósága befolyásolhatja az életteni ismérveket).
Team (Team)	A Standardok szerint minden <i>stábtag</i> , aki a <i>programon</i> dolgozik. A teamen belül kisebb csoportokat is ki lehet alakítani, hogy bizonyos témákkal foglalkozzanak, pl. forrásteremtés, kulturális <i>adaptáció</i> , értékelés, <i>terjesztés</i> , stb. Ezek az alcsoportok alkalmasint csak egy emberből állnak.
Terepmunkás (Front-line worker)	Lásd: <i>Gyakorlati szakember</i> .
Terjesztés (Dissemination)	1. A <i>programról</i> szóló információk terjesztése: részletek, és ahol elérhető, az értékelési tapasztalatok megosztása a releváns <i>célközönséggel</i> , úgy, mint tudományos és/vagy a <i>prevenciós közösség</i> , támogatók és a <i>célcsoport</i> . Standard 8: Promóció és fejlesztés 2. A program terjesztése <i>megismétlése</i> szélesebb körben, pl. több <i>résztevő</i> bevonásával, nagyobb földrajzi területen stb. Ekkor a programot kisebb körben (pl. csak néhány iskolában) próbálják ki a <i>határosság</i> vizsgálata céljából. Majd, ha az bebizonyosodott, sor kerülhet a széleskörű alkalmazására, pl. az ország valamennyi iskolájában.

Testreszabott beavatkozás (Tailored intervention)	A Standardokban olyan <i>beavatkozás</i> , amelyet a <i>célcsoport</i> , a <i>színtér</i> , stb. speciális szükségleteihez igazítottak az <i>hatásosság</i> megőrzése vagy fokozása érdekében. Standard 4.3: A beavatkozás illesztése a célcsoporthoz
Tevékenység (Activity)	A Standardokban egy általános szakkifejezés a <i>drogprevenációs munka</i> pl. <i>stratégiák</i> , szakmapolitikák, gyakorlatok, <i>programok</i> . A program tevékenységei a program megvalósítását szolgálják pl. <i>munkaerő fejlesztési</i> tevékenység, forrásteremtő tevékenység, intervenció tevékenységek. A program sikere szempontjából legfontosabb tevékenységeket nevezik "kritikus" tevékenységeknek. Az intervenció tevékenységek a program tevékenységek egy alcsoportját jelentik, azokat az elemeket, amelyeket a <i>résztevőkkel</i> együtt hajtanak végre, pl. szerepjáték, előadás, terepszemle.
Torzítás (Bias)	Az eredmények torzulása. A torzítás bekövetkezhet szándékoltan vagy akaratlanul bármelyik <i>projektszakasz</i> folyamán. Többféle torzítás létezik. Például egy szakirodalmi áttekintés torzíthat, ha csak bizonyos közleményeket vizsgál (pl. csak folyóirat cikkek), vagy egy beszámoló torzíthat, ha bizonyos eredményeket nem tartalmaz (pl. a kedvezőtlen eredményeket kihagyják). Torzítások keletkezhetnek a <i>résztevők kiválasztása</i> , az adatgyűjtés és az elemzés során is. A résztvevők <i>mintája</i> torzít, ha nem reprezentálja a tervezett célpopulációt. Például, a célpopuláció különösen motivált tagjai nagyobb valószínűséggel vállalják és fejezik be a <i>beavatkozást</i> (kiválasztódási és lemorzsolódási torzítás). Következésképpen az intervenció <i>hatásossága</i> a teljes célcsoport vonatkozásában túlbecsülhető.
Útmutatás (Guidance)	A Standardokban egy általános kifejezés azokra az írásos dokumentumokra, amelyek meghatározzák a népegészségügyi akciók megvalósítását, pl. <i>irányelvek</i> , útmutatók, <i>minőségi standardok</i> , tanácsok, javaslatok, stb.
Utóvizsgálat (Post-test)	A <i>beavatkozás</i> végén a <i>résztevők</i> körében lebonyolított adatgyűjtés az <i>eredményértékeléshez</i> . A beavatkozás előrehaladását úgy méri, hogy összehasonlítják az utóvizsgálat adatait az <i>elővizsgálatéval</i> . Ha az adatokat csak az <i>intervenció csoportban</i> veszik fel a beavatkozást követően (nem kísérleti módszer), akkor nem állapítható meg a beavatkozás <i>hatásossága</i> . <i>A 6. ábra mutatja a kapcsolatot a célok, az eredmények és a mérési eljárások között.</i>
Ügynökség (Agency)	Lásd: <i>Szervezet</i> .
Védő tényező (Protective factor)	A <i>drogprevenáció</i> kontextusában az a tényező, amely a <i>droghasználat</i> megkezdésének vagy ártalmasabbá válásának valószínűségét csökkenti. A védő tényezők különböző szinteken jelennek meg: egyéni (pl. társas kompetenciák, impulzus kontroll, magasabb iskolai végzettség), családi (összetartó család, gondoskodás és támogatás, szülői felügyelet), kortárscsoporthoz/ <i>közösséghez</i> kötődő (pl. droghasználatot elutasító normák), valamint kontextuális szinten (pl. magas szocio-ökónómiai státusz). A drogprevenációs munka arra törekszik, hogy erősítse a védő faktorokat. A védő tényezőket el kell különíteni a <i>kockázati tényezőktől</i> . Standard 1.4: A célcsoport megismerése
Végrehajtás (Delivery)	Lásd: <i>Megvalósítás</i> .

Irodalomjegyzék

A hivatkozott internetes oldalak utolsó letöltésének dátuma: 2011. április 11. (kivéve, ha másképp van jelölve)

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

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

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

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

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

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

EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (1998) *Evaluating Drug Prevention in the European Union*. EMCDDA Scientific Monograph Series Nr. 2. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

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

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

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

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

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

EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2011) *EMCDDA online glossary*.

<http://www.emcdda.europa.eu/publications/glossary>

European Commission (2010) *Communicating research for evidence-based policymaking: A practical guide for researchers in socio-economic sciences and humanities (EUR 24230)*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

http://ec.europa.eu/research/social-sciences/pdf/guide-communicating-research_en.pdf

European Council (2004) *EU Drugs Strategy (2005-2012)*. 15074/04.
http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_10375_EN_EU%20Drugs%20Strategy_EN.pdf

European Council (2005) EU Drugs Action Plan (2005-2008). *Official Journal of the European Union*, 2005/C 168/01, 8.7.2005.
<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index10360EN.html>

European Council (2008) EU Drugs Action Plan for 2009-2012. *Official Journal of the European Union*, 2008/C 326/09, 20.12.2008.
<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index66221EN.html>

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

Department of Health (2007) *You're Welcome quality criteria: Making health services young people friendly*. Gateway Ref: 7972. London: DH.
http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_073829.pdf (utolsó letöltés 2009.06.06.)
http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicy-AndGuidance/DH_073586

Faggiano, F. et al. (2010) The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-Month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 108 (1-2), 56-64.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/B6T63-4Y648DM-1/2/a33c4c53bc9065ae a7bcf0489e259b46>

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

French, M. (2004) *Drug Abuse Treatment Cost Analysis Program (DATCAP)*. University of Miami. <http://www.datcap.com/>

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

Kling, A.; Forster, M.; Sundell, K. & Melin, L. (2010) A Randomized Controlled Effectiveness Trial of Parent Management Training With Varying Degrees of Therapist Support. *Behavior Therapy*, 41 (4), 530-542.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/B7XMW-514R6H6-3/2/17522cc84879451 a13b7dbeb25e052be>

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

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

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

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

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

Moos, R. H. (2005) HORIZONS REVIEW Iatrogenic effects of psychosocial interventions for substance use disorders: prevalence, predictors, prevention. *Addiction*, 100 (5), 595-604.

MRC Medical Research Council (2008) *Developing and evaluating complex interventions: new guidance*. <http://www.mrc.ac.uk/complexinterventionsguidance>

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

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

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

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

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

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

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

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

Petrie, J.; Bunn, F. & Byrne, G. (2007) Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: a systematic review. *Health Education Research*, 22 (2), 177-191.

Pilling, S.; Hesketh, K. & Mitcheson, L. (2010) *Routes to Recovery: Psychosocial Interventions for Drug Misuse. A framework and toolkit for implementing NICE-recommended treatment interventions*. London: National Treatment Agency for Substance Misuse.

http://www.nta.nhs.uk/uploads/psychosocial_toolkit_june10.pdf

Plested, B. et al. (1999) Readiness for Drug Use Prevention in Rural Minority Communities. *Substance Use & Misuse*, 34 (4-5), 521-544.

Springer, J.F. & Phillips, J.L. (2007) The Institute of Medicine framework and its implication for the advancement of prevention policy, programs and practice. *Prevention Policy Paper Series*, EMT Associates, Inc, Folsom, CA.

http://www.ca-cpi.org/document_archives/iomarticle3-14-07fs.pdf

(accessed 21.07.2009)

Sumnall, H.R.; Brotherhood, A. & the Prevention Standards Partnership (2011) *European drug prevention quality standards: Evidence into Practice*. Liverpool: Centre for Public Health.

Sussman, S.; Earleywine, M.; Wills, T.; Cody, C.; Biglan, T.; Dent, C. W. & Newcomb, M. D. (2004) The Motivation, Skills, and Decision-Making Model of Drug Abuse Prevention. *Substance Use & Misuse*, 39 (10), 1971-2016.

Toumbourou, J. W.; Stockwell, T.; Neighbors, C.; Marlatt, G. A.; Sturge, J. & Rehm, J. (2007) Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use. *Lancet*, 369 (9570), 1391-1401.

Trimbos-instituut (2010) *Handbook Healthy Nightlife Toolbox: How to create a healthy & safe nightlife*. Utrecht: Trimbos-instituut.

http://www.hnt-info.eu/File/handbook_section.aspx?id=1

Uhl, A.; Ives, R. & Members of the Pompidou Group Prevention Platform (2010) *Evaluation of Drug Prevention Activities: Theory and Practice*. P-PG/Prev(2010)6. Strasbourg Cedex: Council of Europe.

<https://wcd.coe.int/wcd/com.instranet.InstraServlet?Index=no&command=com.instranet.CmdBlobGet&InstranetImage=1702660&SecMode=1&DocId=1657600&Usage=2>

UKDPC UK Drug Policy Commission (2008) *Working towards recovery. Getting problem drug users into jobs*. London: The UK Drug Policy Commission.

<http://www.ukdpc.org.uk/reports.shtml>

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

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

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

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

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

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

UNODC United Nations Office on Drugs and Crime (2009b) *Political Declaration and Plan of Action on International Cooperation towards an Integrated and Balanced Strategy to Counter the World Drug Problem*. Adopted at the High-level segment Commission on Narcotic Drugs, Vienna, 11-12 March 2009. New York: United Nations.
<http://www.unodc.org/documents/commissions/CND-Uploads/CND-52-RelatedFiles/V0984963-English.pdf>

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

Werch, C. E. & Owen, D. M. (2002) Iatrogenic Effects of Alcohol and Drug Prevention Programs. *Journal of Studies on Alcohol*, 63, 581-590.

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

Zonneville-Bender, M. J. S.; Matthys, W.; van de Wiel, N. M. H. & Lochman, J. E. (2007) Preventive effects of treatment of disruptive behavior disorder in middle childhood on substance use and delinquent behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46 (1), 33-39.