
Intervencije ozaveščanja javnosti, intervencije v šolskem okolju in zgodnje intervencije za zmanjševanje z alkoholom povezane škode

**PUBLIKACIJA ZA IZMENJAVO Z DOKAZI
PODPRTIH PRIMEROV DOBRIH PRAKS**

Intervencije ozaveščanja javnosti, intervencije v šolskem okolju in zgodnje intervencije za zmanjševanje z alkoholom povezane škode

PUBLIKACIJA ZA IZMENJAVO Z DOKAZI PODPRTIH
PRIMEROV DOBRIH PRAKS

AVTORJI

Sandra Radoš Krnel

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), Slovenija

Axel Budde

Zvezni center za zdravstveno izobraževanje (BZGA – ang. Federal Centre for Health Education), Nemčija

Wim van Dalen

Nizozemski inštitut za alkoholno politiko (STAP – ang. Dutch Institute for Alcohol Policy), Nizozemska

Djoeke van Dale

Nacionalni inštitut za javno zdravje in okolje (RIVM – ang. National Institute for Public Health and the Environment), Nizozemska

Kirsten Vegt

Nizozemski inštitut za alkoholno politiko (STAP – ang. Dutch Institute for Alcohol Policy), Nizozemska

Lidia Segura

Jorge Palacio-Vieira

Program za preventivo zlorabe prepovedanih snovi, Agencija za javno zdravje Katalonije, Oddelek za zdravje, Vlada Katalonije (ASPCAT, GENCAT – ang. Program on Substance Abuse, Public Health Agency of Catalonia, Department of Health, Government of Catalonia), Katalonija, Španija

Paula Frango

Generalni direktorat za intervencije na področju zasvojenosti in odvisnosti (SICAD – ang. General-Directorate for Intervention on Addictive Behaviours and Dependencies), Portugalska

Janja Mišič

Teja Rozman

Aleš Lamut

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), Slovenija

v imenu partnerjev delovnega paketa 6 v skupnem ukrepu RARHA

**INTERVENCIJE OZAVEŠČANJA JAVNOSTI, INTERVENCIJE
V ŠOLSLEM OKOLJU IN ZGODNJE INTERVENCIJE ZA
ZMANJŠEVANJE Z ALKOHOLOM POVEZANE ŠKODE
PUBLIKACIJA ZA IZMENJAVO Z DOKAZI PODPRTIH
PRIMEROV DOBRIH PRAKS**

AVTORJI Sandra Radoš Krnel, Axel Budde, Wim van Dalen,
Djoeke van Dale, Kirsten Vegt, Lidia Segura,
Jorge Palacio-Vieira, Paula Frango, Janja Mišič,
Teja Rozman, Aleš Lamut

UREDNICI Sandra Radoš Krnel, Janja Mišič

IZDAJATELJ Nacionalni inštitut za javno zdravje,
Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana, Slovenia

E-POŠTA info@nijz.si

WEB www.nijz.si

Ljubljana, 2016

ISBN 978-961-7002-12-6 (pdf)

OBLIKOVANJE Matej Koren studio

COPYRIGHT Avtorske pravice © Nacionalni inštitut za javno zdravje, Slovenija

PRICE 0.00 EUR



Sofinancirano v okviru
zdravstvenega programa
Evropske unije

Evropska komisija ne odgovarja za vsebino te publikacije.
Avtorji publikacije imajo izključno odgovornost, izvajalska
agencija ne nosi odgovornosti za kakršno koli uporabo
informacij, ki jih vsebuje publikacija.

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

613.8(0.034.2)

INTERVENCIJE ozaveščanja javnosti, intervencije v šolskem okolju in zgodnje
intervencije za zmanjševanje z alkoholom povezane škode [Elektronski vir] : publikacija za
izmenjavo z dokazi podprtih primerov dobrih praks / avtorji Sandra Radoš Krnel ... [et al. ;
urednici Sandra Radoš Krnel, Janja Mišič]. - El. knjiga. - Ljubljana : Nacionalni inštitut za
javno zdravje, 2016

ISBN 978-961-7002-12-6 (pdf)
1. Radoš Krnel, Sandra
287965440

Kazalo

Recenzija	08
Povzetek	11
1. Uvod	17
1.1. O PROJEKTU RARHA	18
1.2. OPIS DELOVNEGA PAKETA 6	19
2. Metodologija	21
2.1. POSTOPEK IZBIRE ZA SKUPINE INTERVENCIJ	22
2.2. DEFINICIJA DOBRIH PRAKS	22
2.3. VPRAŠALNIK ZA ZBIRANJE DOBRIH PRAKS	23
2.4. MERILA ZA OCENJEVANJE	23
2.5. POSTOPEK OCENJEVANJA	25
3. Rezultati	27
3.1. REZULTATI RAZISKAVE	28
3.2. ZBIRNI REZULTATI OCENJEVANJA	31
4. Zgodnje intervencije	37
4.1. DEFINICIJA	38
4.2. IZVAJANJE	39
4.3. UČINKOVITOST IN STROŠKOVNA UČINKOVITOST	40
4.4. SPREJETE INTERVENCIJE	43
4.4.1. Osnovna raven	44
4.4.2. Prvi pokazatelji učinkovitosti	56
4.4.3. Dobri pokazatelji učinkovitosti	58
4.4.4. Močni pokazatelji učinkovitosti	60
5. Intervencije ozaveščanja javnosti	71
5.1. DEFINICIJA	72
5.2. IZVAJANJE	73
5.3. UČINKOVITOST IN STROŠKOVNA UČINKOVITOST	76
5.4. SPREJETE INTERVENCIJE	77

5.4.1. Osnovna raven	78
5.4.2. Prvi pokazatelji učinkovitosti	88
5.4.3. Dobri pokazatelji učinkovitosti	92
6. Intervencije v šolskem okolju	95
6.1. DEFINICIJA	96
6.2. IZVAJANJE	96
6.3. UČINKOVITOST IN STROŠKOVNA UČINKOVITOST	97
6.4. SPREJETE INTERVENCIJE	99
6.4.1. Prvi pokazatelji učinkovitosti	100
6.4.2. Dobri pokazatelji učinkovitosti	105
6.4.3. Močni pokazatelji učinkovitosti	112
7. Etika preventive na področju alkohola	123
8. Priporočila za pristope dobrih praks	129
8.1. UPORABITE PREVERJENE IN UČINKOVITE TEORETIČNE OKVIRJE	130
8.2. NATANČNO NAČRTUJTE INTERVENCIJE	131
8.3. EVALVACIJO NAČRTUJTE VZPOREDNO Z RAZVOJEM INTERVENCIJE	133
8.4. PRIPRAVITE RAZUMLJIVO DISEMINACIJO	134
8.5. IZOGIBAJTE SE NAJPOGOSTEJŠIM NAPAKAM	136
Literatura in viri	139
Seznam uporabljenih kratic	153
Stvarno kazalo	155
Priloge	I
PRILOGA 1: PARTNERJI DP6	II
PRILOGA 2: VPRAŠALNIK ZA ZBIRANJE DOBRIH PRAKS	IV
PRILOGA 3: NIZOZEMSKI SISTEM ZA PREPOZNAVANJE INTERVENCIJ	XIV
PRILOGA 4: PODATKI RAZISKAVE	XXI
PRILOGA 5: ETIKA PREVENTIVE NA PODROČJU ALKOHOLA	XXXV
PRILOGA 6: PRIMERI NAČEL IN STANDARDOV V RAZVOJU PREVENTIVNIH INTERVENCIJ	XLV

Seznam preglednic in slik

PREGLEDNICA 1: PODROBNEJE O MERILIH ZA OCENJEVANJE	24
PREGLEDNICA 2: RAVNI DOKAZLJIVOSTI	25
PREGLEDNICA 3: ŠTEVILO IN ODSOTKI IZBRANIH Z DOKAZI PODPRTIH INTERVENCIJ PO SKUPINAH INTERVENCIJ	28
PREGLEDNICA 4: VIRI FINANCIRANJA IZBRANIH PRIMEROV DOBRIH PRAKS PO SKUPINAH INTERVENCIJ	28
PREGLEDNICA 5: DELEŽNIKI KI SO BILI VKLJUČENI V RAZVOJ IZBRANIH DOBRIH PRAKS PRIMEROV PO SKUPINAH INTERVENCIJ	29
PREGLEDNICA 6: CILJNE SKUPINE	30
PREGLEDNICA 7: REZULTATI GLEDE NA VRSTO INTERVENCIJ	31
PREGLEDNICA 8: RAVNI DOKAZLJIVOSTI	32
PREGLEDNICA 9: PORAZDELITEV ODDANIH INTERVENCIJ GLEDE NA DRŽAVO	33
PREGLEDNICA 10: SEZNAM SPREJETIH ZGODNIH INTERVENCIJ GLEDE NA RAVEN UČINKOVITOSTI	43
PREGLEDNICA 11: KRATKA MOTIVACIJSKA INTERVENCIJA ZA OGROŽENE MLADE OSEBE	44
PREGLEDNICA 12: ZGODNJE PREPOZNAVANJE IN KRATKE INTERVENCIJE	47
PREGLEDNICA 13: SPLETNI TEČAJ O KRATKIH INTERVENCIJAH NA PODROČJU ALKOHOLA	50
PREGLEDNICA 14: PRIPRAVA OKVIRJA ZA IZVAJANJE Z DOKAZI PODPRTIH INTERVENCIJ NA PODROČJU ALKOHOLA	53
PREGLEDNICA 15: INTERVENCIJA ZA UPORABNIKE DROG V ŠOLSKEM OKOLJU	56
PREGLEDNICA 16: NACIONALNI PROJEKT “TVEGANO PITJE ALKOHOLA”	58
PREGLEDNICA 17: SPLETNA INTERVENCIJA NA PODROČJU POSAMEZNIKOVEGA SPOPRIJEMANJA IN PROGRAM ZA ALKOHOLNO PREVENTIVO	60
PREGLEDNICA 18: DEVET MESECEV NULA	62
PREGLEDNICA 19: ŠVEDSKI NACIONALNI TELEFON ZA KLIC V STISKI	64
PREGLEDNICA 20: PROGRAM “PIJ MANJ”	66
PREGLEDNICA 21: TRAMPOLIN	68

PREGLEDNICA 22: MERILA ZA SOCIALNI MARKETING	73
SLIKA 1: PRIMERJALNA UČINKOVITOST	76
PREGLEDNICA 23: SEZNAM SPREJETIH INTERVENCIJ OZAVEŠČANJA JAVNOSTI GLEDE NA RAVEN UČINKOVITOSTI	77
PREGLEDNICA 24: NE PIJ IN UPRAVLJAJ S PLOVILOM	78
PREGLEDNICA 25: SPOROČILO V STEKLENICI	80
PREGLEDNICA 26: DAN ALKOHOLNE PREVENTIVE	82
PREGLEDNICA 27: NA TEKMI NA VSO GRLO, NE V GRLO	85
PREGLEDNICA 28: OZAVEŠČANJE ZAPOSLENIH NA DELOVNEM MESTU	88
PREGLEDNICA 29: BREZ ALKOHOLA DO 16. LETA - DRŽIMO SE TEGA!	90
PREGLEDNICA 30: LOKALNI MODEL POLITIKE O ALKOHOLU, TOBAKU IN IGRAH NA SREČO	92
PREGLEDNICA 31: SEZNAM SPREJETIH INTERVENCIJ V ŠOLSLEM OKOLJU GLEDE NA RAVEN UČINKOVITOSTI	99
PREGLEDNICA 32: PROGRAM JAZ IN DRUGI	100
PREGLEDNICA 33: TUDI JAZ SEM VKLJUČEN V PREVENTIVO	103
PREGLEDNICA 34: IZŠTEKANI	105
PREGLEDNICA 35: IZŠTEKANI	107
PREGLEDNICA 36: PREMISLI: PREVENTIVNI PROGRAM ZA ZMANJŠEVANJE RABE/ZLORABE ALKOHOLA MED MLADOSTNIKI V ŠOLSLEM OKOLJU	110
PREGLEDNICA 37: PROGRAM DOMAČE EKIPE "SLICK TRACY" IN PROGRAM NEVERJETNIH MOŽNOSTI	112
PREGLEDNICA 38: PREPREČEVANJE TVEGANE RABE ALKOHOLA PRI MLADOSTNIKI	116
PREGLEDNICA 39: LJUBEZEN IN MEJE	119
PREGLEDNICA 40: SEZNAM (PO ABECEDNEM VRSTNEM REDU) PARTNERJEV SKUPNEGA UKREPA RARHA, KI SO PRISPEVALI V DP6 V LETIH OD 2014 DO 2016	II
SLIKA 2: RAVNI OCENJEVANJA PO NIZOZEMSKEM SISTEMU ZA PREPOZNAVANJE	XV
PREGLEDNICA 41: MERILA ZA "DOBRO OPISANO"	XVI
PREGLEDNICA 42: MERILA ZA "TEORETIČNO PRIMERNO"	XVII
PREGLEDNICA 43: MERILA ZA "UČINKOVITOST"	XVIII
PREGLEDNICA 44: VSE OCENJENE INTERVENCIJE NA NIZOZEMSKEM PORTALU LOKETGEZONDLEVEN.NL, JUNIJ 2014	XIX

PREGLEDNICA 45: MERILA ZA DOLOČITEV STOPNJE DOKAZLJIVOSTI EMPIRIČNE RAZISKAVE	XX
PREGLEDNICA 46: PREGLED SPREMENLJIVK (VPRAŠANJ), KI SO VKLJUČENE V ANALIZO	XXI
PREGLEDNICA 47: IZBRANE Z DOKAZI PODPRTE INTERVENCIJE IN INTERVENCIJSKA PODROČJA	XXII
PREGLEDNICA 48: RAVEN IZVAJANJA	XXIII
PREGLEDNICA 49: VKLJUČITEV V ŠIRŠO NACIONALNO/ REGIONALNO/LOKALNO POLITIKO ALI AKCIJSKI NAČRT	XXIII
PREGLEDNICA 50: UTEMELJITEV ALI LOGIČNI OKVIR DOBRE PRAKSE	XXIV
PREGLEDNICA 51: ELEMENTI NAČRTOVANJA	XXIV
PREGLEDNICA 52: ELEMENTI NAČRTOVANJA	XXV
PREGLEDNICA 53: ČASOVNI OKVIR IMPLEMENTACIJE	XXVII
PREGLEDNICA 54: KOMUNIKACIJSKI KANALI	XXVIII
PREGLEDNICA 55: KATERI KOMUNIKACIJSKI KANALI SO BILI UPORABLJENI?	XXIX
PREGLEDNICA 56: PODPORNE AKTIVNOSTI	XXXI
PREGLEDNICA 57: PODPORNE DEJAVNOSTI	XXXII
PREGLEDNICA 58: KDO JE OPRAVIL EVALVACIJO?	XXXIV
PREGLEDNICA 59: KAJ JE BILO IZMERJENO/OVREDNOTENO?	XXXIV
PREGLEDNICA 60: BISTVENA NORMATIVNA MERILA ZA ETIČNO ANALIZO V JAVNEM ZDRAVJU	XL
PREGLEDNICA 61: POGOJI ZA PRAVIČEN PROCES ODLOČANJA	XLI
PREGLEDNICA 62: METODOLOŠKI PRISTOP ZA VKLJUČEVANJE ETIKE JAVNEGA ZDRAVJA V PRAKSO	XLII
PREGLEDNICA 63: OPIS NAČEL	XLV
PREGLEDNICA 64: FAZE IN SESTAVNI DELI PROJEKTA ZNOTRAJ KAKOVOSTNIH STANDARDOV EVROPSKEGA PROGRAMA ZA PREVENTIVO NA PODROČJU DROG	XLVII
PREGLEDNICA 65: DEFINICIJE NAČEL UČINKOVITIH INTERVENCIJ	XLVIII

Recenzija

Pred nekaj leti je Evropska komisija vpeljala koncept skupnega ukrepa kot del Zdravstvenega programa Evropske unije (EU). Namen je bil pridobiti boljše rezultate raziskovalnih projektov, ki jih financira EU, z neposrednim vključevanjem zdravstvenih organov držav članic v sodelovanje na področjih dejanskih raziskovalnih vprašanj. Eden od ciljev je bila hitrejša implementacija predlogov, predstavljenih v projektih, ki jih financira EU. Delovna metoda vključuje vlade, ki predlagajo partnerske raziskovalne organizacije in oblikujejo delovne skupine za posamezna vprašanja znotraj EU. Namen skupnega ukrepa je boljše sodelovanje med vladami in raziskovalno skupnostjo. Že od samega začetka skupnega ukrepa so države članice povabljene k sodelovanju v posameznih programih, ki pokrivajo različne discipline.

Med poletjem leta 2012 je Evropska komisija Odboru za nacionalne alkoholne politike in ukrepe (CNAPA – ang. Committee on National Alcohol Policy and Action) predstavila koncept za skupni ukrep na področju rabe alkohola. Koncept skupnega ukrepa je novo področje za večino članov Odbora CNAPA, toda po začetku projekta Zmanjševanje z alkoholom povezane škode (RARHA – ang. Reducing Alcohol Related Harm) februarja 2014 so se pridružili skoraj vsi člani.

Predstavljeni so bili trije operativni delovni paketi (DP4, DP5 in DP6). Prva dva sta obravnavala vprašanja, ki so bila na programu Odbora CNAPA že leta: metode spremljanja in smernice za manj škodljivo in tvegano rabo alkohola. Teme so zahtevne iz več razlogov, toda vseeno ostajajo zanimive za države.

Delovni paket 6 (DP6) “Dobre prakse” ni bil zahteven, toda večina je dvomila o uporabni vrednosti tako širokega koncepta. Paket ne obravnava čezmejnih politik, ki zajemajo tudi smernice EU itn. Je klasična tema za praktično medvladno sodelovanje brez političnih obveznosti, ki bi bile povezane s samim delom. Druga skrb je bila ta, da bo poročilo o trenutnih projektih kmalu zastarelo. Tako je ta DP na samem začetku pridobil več pozornosti Svetovalnega odbora RARHA (v katerem so sodelovale države članice) kot ostali DP.

Nazadnje se je izkazalo, da je DP6 zelo koristno in najbolj pomembno orodje za nacionalne organe.

V tem dokumentu se ne nahajajo ukrepi, ki so namenjeni celotnemu prebivalstvu, kot so obdavčitev, predpisi o dostopnosti itn. Ti so na programu že nekaj let, zato na tem področju že obstajajo dobre baze znanja.

Ukrepi, ki neposredno obravnavajo spremembo vedenja posameznikov, niso bili deležni enake pozornosti pri mednarodnem sodelovanju na področju zmanjševanja škode zaradi rabe alkohola. Nekatere intervencije so celo pridobili ugled kot priljubljene intervencije, a z manj vpliva. Drugi razlog za pomanjkanje zanimanja je splošno razumevanje, da so taki ukrepi močno osredotočeni na lokalne in nacionalne posebnosti in jih kot take ni enostavno prenesti na druge države.

Navedene metode v tem poročilu, ki so bile izbrane za obravnavo najboljših praks, močno zagovarjajo obravnavo te teme v enem od treh delovnih paketov.

DP6 podaja predstavitev treh vrst preventivnih intervencij, ki nagovarjajo posameznike z različnimi načini izvedbe in so različno podprti z dokazi o učinkovitosti.

Intervencije ozaveščanja javnosti se osredotočajo na programe za komunikacije z javnostjo in socialnega marketinga. Zaradi povečanega političnega interesa za vedenjsko ekonomijo so predstavitve dobro usklajene s to paradigmo.

Intervencije v šolskem okolju imajo dolgo zgodovino in številne različne oblike v Evropi. Večina jih ni vpeljala izvedbe, ki jo lahko ovrednotimo in izmerimo, veliko več pa jih je prikazalo malo ali nič vpliva na zmanjševanje škode zaradi rabe alkohola.

Intervencije zgodnjega odkrivanja so v obdobju le nekaj let pridobili močno podporo, ker gre za stroškovno učinkovite ukrepe.

Izpostavljamo štiri elemente znotraj DP6, ki bi lahko bili zelo zanimivi za vladne organe s področja načrtovanja politik za zmanjševanje škodljive rabe alkohola.

- 1.** Sistematičen opis treh vrst ukrepov, ki se nanašajo na vedenja posameznika.
- 2.** Priporočila metod za izbiro pristopov pri načrtovanju različnih intervencij. Predstavitev projektov dobrih praks je sama po sebi zelo uporabno orodje za oceno projektov tudi na nacionalni ravni.
- 3.** Zelo dober opis zgodnjih intervencij kot stroškovno učinkovitih ukrepov.
- 4.** Zanimivi projekti, ki so uporabni tudi v drugih okoljih, in so bili ovrednoteni kot primeri dobrih praks.

Obstaja skrb, da bo nabor dobrih praks hitro zastarel. Upam, da bodo države članice in Evropska komisija uvidele uporabnost metode, s katero prepoznavamo dobre prakse. Eden izmed predlogov je vzpostavitev sistema za presajanje projektov dobrih praks na področju zmanjševanja škodljive rabe alkohola, ki bi bil na voljo državam članicam za obravnavanje v svojih nacionalnih programih. Podvig naj ne bi bil prevelik finančni zalogaj, saj imamo sedaj na voljo prave metode. V to bi vključili od tri do pet strokovnjakov, ki bi projekte pregledali in jih vsako drugo leto predstavili v obliki, ki jo lahko najdemo v DP6, pri tem pa bi jim bila na voljo administrativna podpora. DP6 nam je pokazal pot, kako se tega lotiti enostavno, a strokovno.

Bernt Bull

Višji svetovalec

Ministrstvo za zdravje in zdravstvene sisteme

(ang. Ministry of Health and Care Services), Norveška

Oddelek za javno zdravje

Povzetek

Michael Marmot je leta 2004 vprašal: “Kaj lahko storimo glede rabe alkohola?” (1). V svojem uvodniku strokovne publikacije *British Medical Journal* z naslovom *Z dokazi podprta politika ali s politiko podprti dokazi?* (ang. *Evidence based policy or policy based evidence?*), ki je zelo pogosto citiran, se Marmot sklicuje na situacijo v Veliki Britaniji, kjer se je stopnja rabe alkohola dvignila za 50 % v zadnjih 30 letih. V nasprotju s tem je povprečna poraba alkohola v Evropi leta 2012 doseglo najnižjo stopnjo po letu 1961 (1, 2). Taka povprečja pa sicer lahko prikrivajo dejansko heterogenost. Dejstvo je, da so nekatere države z najvišjo stopnjo porabe alkohola doživele padec, nekatere države z nižjo stopnjo porabe alkohola pa so doživele dvig v istem obdobju 50 let.

Kljub tej raznolikosti epidemiološkega razvoja v Evropi je prisotna skupna skrb, ki je združila partnerje v skupnem ukrepu RARHA. Evropa tako ostaja svetovna regija z najvišjo stopnjo porabe alkohola. Znatne škodljive posledice, povezane s porabo alkohola na tej stopnji, ustvarjajo potrebo po prepoznavanju najbolj učinkovitih načinov za zmanjševanje z alkoholom povezane škode. Natanko ta potreba pa je bila motivacija za pripravo te publikacije.

Temelj te publikacije so merila za določanje zanesljivosti dokazov oddanih intervencij. Pri preventivai na področju alkohola obstaja širok prepad med pričakovani strokovnjakov s področja preventive, ki so redko zadovoljni s čim drugim kot z randomiziranimi kontroliranimi raziskavami (RCT – ang. *randomised-controlled trials*), in realnostjo preventive v resničnosti – resničnost, kjer večina intervencij ni ovrednotenih. Da bi zmanjšali ta prepad in pripravili praktične in neposredne nasvete za izvajalce in oblikovalce politike smo prevzeli nizozemski klasifikacijski sistem Nacionalnega inštituta za javno zdravje in okolje (ang. *National Institute for Public Health and the Environment*) (3). Opis sistema se nahaja v državnem poročilu Nizozemske znotraj skupnega ukrepa CHRODIS (4). Intervencije so ovrednotene glede na neprekinjeno lestvico dokazljivosti, ki zagotavlja, da so izpolnjene minimalne zahteve. S tem pristopom lahko prepoznamo in klasificiramo intervencije, ki niso bile ovrednoteni z RCT. Na podlagi te metodologije je bilo sprejetih 26 od 43 prejetih intervencij.

Včasih lahko isti dokazi pripeljejo do različnih zaključkov s strani oblikovalcev politike, kar je odvisno od temeljnih vrednot, kot prepričljivo trdi Marmot. Namen te publikacije je seznaniti oblikovalce politike o načinih za evalvacijo razpoložljivih dokazov.

V publikaciji so obravnavana tri izbrana področja za zmanjševanje z alkoholom povezane škode: zgodnje intervencije, intervencije ozaveščanja javnosti in intervencije v šolskem okolju.

Nekateri avtorji (5, 6) zagovarjajo izvajanje predvsem najučinkovitejših ukrepov za zmanjševanje škodljivih posledic rabe alkohola: večja obdavčitev, prepoved dostopa do alkohola in prepoved oglaševanja, saj obstajajo obsežni dokazi, da povpraševanje in skupno poraba alkohola upade po dvigu cen (zmerna elastičnost cen).

Med vsemi tremi pristopi, ki smo jih ocenili, so zgodnje intervencije (npr. motivacijski intervju) že nekaj časa med najbolj uglednimi zaradi celostno prikazane učinkovitosti in uspešnosti, kot to uspeva intervencijam v šolstvu in kampanjam ozaveščanja javnosti. Zakaj smo torej omejili našo izbiro ukrepov na število dejavnosti, ki so včasih relativno neučinkovite v primerjavi z zakonodajnimi ukrepi?

RARHA je skupna iniciativa držav članic EU ter Islandije, Norveške in Švice. Obdavčitev in mnogi zakonodajni ukrepi so v pristojnosti državnih vlad in segajo dlje od pooblastila Skupnega ukrepa. Prav tako je za deležnike izobraževanje v šolah in v kampanjah ozaveščanja javnosti zelo pomembno. Državne vlade imajo etična pooblastila, da obvestijo vse državljane o zdravstvenih tveganjih. Kampanje ozaveščanja javnosti lahko stimulirajo javno debato in pripravijo izvedbo novih politik. Čeprav so intervencije na nekaterih področjih manj učinkovite kot celoviti zakonodajni ukrepi, učinkovitost posamezne intervencije navsezadnje ni določena s kategorijo, v katero spada (šolstvo, ozaveščanje javnosti, zgodnje intervencije itn.). Čeprav določena kategorija v splošnem smislu morda ne predloži ugodnih dokazov o učinkovitosti, lahko posamezna intervencija deluje povsem dobro (kot je bilo dokazano s primeri v tej publikaciji). V nasprotju s tem je lahko metodološki pristop z dokazano učinkovitostjo pri splošni javnosti manj empirično podprt pri določenih populacijah, kot je primer pri kratkih intervencijah v šolskem okolju (7). Vpliv kampanj javnega ozaveščanja je majhen, toda njihov doseg je velik in intervencije v šolskem okolju odpirajo lažji dostop do ciljne populacije oziroma se lahko približajo na bolj osebni ravni.

Kot multinacionalna skupina smo se naučili, da so vrednote, etika in kontekst zelo pomembni ter da pristop "enako za vse" ne velja za učinkovito preventivo na področju alkohola. Epidemiološki razvoj se razlikuje med državami in znotraj samih držav, prav tako pa tudi sistemi vrednot in kulture.

Vsekakor je treba to upoštevati. Ta publikacija bo pripomogla k izbiri visoko ocenjene in učinkovite intervencije namesto slabo ocenjene in neučinkovite.

Poleg tega bo ozaveščala bralce o pomembnosti vrednot v preventivi na področju alkohola: vrednote pomagajo pri izbiri primerne intervencije in ne zamegljujejo racionalnega razmišljanja. Enako velja tudi za kontekst: vladni odgovori bi morali pri oblikovanju politik upoštevati razlike v epidemiologiji.

Navsezadnje pa ta publikacija ni oblikovana kot predlogi za “najboljšo” intervencijo v določenem kontekstu. Znanost namreč ne more sprejeti take odločitve namesto nas. Znanstvene metode le pripomorejo k razlikovanju med dobrimi in slabimi dokazi.

V kazenskem pravu so najbolj drastične kazni tiste, ki so tudi najbolj učinkovite. Toda v evropskih liberalnih demokracijah je treba v portfelj vladnih odgovorov vključiti tudi izbor subtilnejših nezakonodajnih ukrepov, dejavniki učinkovitosti in stroškovne učinkovitosti pa naj ne bi bili edino vodilo. Ali kot pravi Michael Marmot: “Znanstvena dognanja ne dosežejo praznih umov, ki si izmislijo rezultate. Znanost se povezuje z zaposlenimi umi, ki imajo močno izoblikovane poglede na to, kakšne stvari so in kakšne bi morale biti” (1).

Če je cilj zmanjševanje rabe alkohola, potem je nujno potrebno ustvariti kulturno normo, kjer je zmerno pitje alkohola ter izogibanje opitosti in popivanju povsem normalno. Za dosego tega cilja je nujno uporabiti kombinacijo metod. Zakoni in ureditve so najmočnejši signali za prebivalstvo, cene in obdavčitve so močne spodbude, prav tako tudi omejitve pri oglaševanju. Množične medijske kampanje (vključno s kampanjo o vožnji pod vplivom alkohola), ki se ponavljajo več let, so prav tako lahko orodje za izpostavljanje negativnih zdravstvenih in socialnih vplivov alkohola ter tako podpirajo zdrave norme. Na enak način je v pomoč tudi postavljanje norme s strani zdravstvenih in socialnih strokovnjakov s kratkimi intervencijami, izobraževanje pa je lahko v zelo veliko pomoč. Nazadnje je kakovosten sistem obravnavanja zasvojenosti z alkoholom nujno potreben v družinah, kjer ena od oseb popiva. Tako ne obstaja izbira le ene učinkovite metode, ki lahko pripomore k temu, da država doseže svoj cilj. Pomembna je kombinacija metod v strategiji na vseh stopnjah v družbi. Ali kot Babor pravi v svoji slavni knjigi z naslovom *Alkohol: Nenavadna dobrina* (ang. *Alcohol: No Ordinary Commodity*): “Dopolnilni sistem strategij, namen katerih je prestrukturirati celotno pivsko okolje, je bolj učinkovit kot posamezne strategije. Popoln spekter intervencij je potreben za doseganje najmočnejšega vpliva na prebivalstvo” (6).

Znanost se sprašuje, kaj je, in ne, kako bi moralo biti, zato je zavajajoče, da bi izpeljevali politične odločitve iz znanstvenih dokazov (8). Za poudarek,

da vrednote niso edine, ki vplivajo na našo predstavo, a nas lahko vodijo pri sprejemanju odločitev, smo v prilogah vključili poglavje o etiki, ki opisuje številna empirična dognanja o učinkovitosti, ki morajo imeti protiutež pri razmišljanjih o socialni pravici, osebni pravici in sorazmernosti, ki temeljijo na vrednotah. To poglavje vsebuje tudi kratek uvod k okvirju za etično evalvacijo, ki je bil razvit pred kratkim (9).

V zadnjem času se pojavlja vse več zanimanja za ustvarjanje okvirjev, ki poskušajo integrirati empirične dokaze, vrednote in kontekst pri oblikovanju politike javnega zdravja. Avtorji enega izmed teh okvirjev podajajo naslednji opis: "Tako je cilj ustvarjanje dialoga med deležniki, ki oglašujejo večplastne odločitve, ki so bolj transparentne in, navsezadnje, imajo več možnosti za vplivanje na izboljšanje zdravja. Vseeno pa ostaja sprejemanje odločitev iterativen in pogosto nekako neorganiziran proces, še posebej ko se bližamo odločitvam o prebivalstvu in na globalni ravni" (10).

Upamo, da vam ta publikacija ponudi orodja, ki bodo pripomogla k sprejemanju odločitev na področju alkoholne preventive, ki temeljijo na najboljši dokazih, ki so na voljo, medtem ko bo jasno, da vrednote in kontekst vodijo k najustreznejši odločitvi.

1.

Uvod

Skupni ukrep za zmanjševanje škode povezane z alkoholom (RARHA, ang. The Joint Action on Reducing Alcohol Related Harm) je skupni projekt EU in držav članic, ki je bil ustanovljen v okviru Drugega zdravstvenega programa EU. RARHA je bil triletni program, namenjen državam članicam kot podpora pri izvajanju dela na področju skupnih prioritet v skladu z Alkoholno strategijo EU ter za okrepitev kapacitet držav članic pri ozaveščanju in zmanjševanju povezane z alkoholom.

Koordinacijo skupnega ukrepa RARHA je izvajalo Ministrstvo za zdravje na Portugalskem (Generalni direktorat za intervencije na področju zasvojenosti in odvisnosti – SICAD, ang. General Directorate for Intervention on Addictive Behaviours and Dependencies). Pri projektu je sodelovalo 31 pridruženih partnerjev in 28 sodelujočih partnerjev. V skupini pridruženih partnerjev je bilo 28 držav članic EU vključno z Islandijo, Norveško in Švico. Skupina sodelujočih partnerjev je med drugim vključevala Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami (EMCDDA, ang. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction), Svetovno zdravstveno organizacijo (WHO, ang. World Health Organisation), skupino Pompidou Group in Organizacijo za gospodarsko sodelovanje in razvoj (OECD, ang. Organisation for Economic Co-operation and Development). SICAD je poskrbel za koordinacijo vseh vpletenih partnerjev ter delovnih paketov skupnega ukrepa.

Delo znotraj RARHA je bilo porazdeljeno v tri vodoravna in tri navpična delovna področja. Teme vodoravnih delovnih paketov (DP) so bile naslednje: koordinacija (DP1), diseminacija (DP2) in evalvacija (DP3). Navpični delovni paketi pa so se ukvarjali z naslednjimi področji: a) ustvarjanje bolj primerljivih podatkov pri državah članicah EU o vzorcih uporabe in škodi povezani z alkoholom (DP4); b) razumevanje znanstvenih temeljev za rabo smernic za manj tvegano pitje alkohola v Evropi (DP5); ter c) razvoj metode za diseminacijo dobrih praks s področja zgodnjih intervencij (za več informacij si oglejte 4. poglavje), intervencij ozaveščanja javnosti (za več informacij si oglejte 5. poglavje) in intervencij v šolskem okolju (za več informacij si oglejte 6. poglavje) (DP6).

Cilj DP6 je bil podpora državam članicam pri izvajanju strategije EU za zmanjševanje z alkoholom povezane škode, predvsem z osredotočanjem na dejanske primere pristopov dobrih praks, ki so jih izvajali v državah članicah. Te predstavljajo pomembno zbirko dokazov za odločitve in oblikovanja politik v državah članicah na področjih preprečevanja, zdravljenja in zmanjševanja škode zaradi rabe alkohola v državah članicah.

DP6 temelji na podatkih iz poročila Svetovne zdravstvene organizacije pod imenom *Alkohol v EU* (ang. *Alcohol in the European Union*), ki navaja, da so programi za informiranje glede rabe alkohola zelo razširjeni. Pristopi dobrih praks sicer obstajajo, toda niso celostno ovrednoteni in na voljo za uporabo v državah članicah, medtem ko v nekaterih okoljih pristopi niti niso prisotni. Delo DP6 temelji tudi na rezultatih ostalih podobnih projektov, ki jih je financiral Zdravstveni program EU ali Okvirnega programa za raziskovanje EU (ang. *EU Research Framework Programme*). Obstaja več zbirk dobrih praks, tj. publikacij in podatkovnih zbirk, večina pa jih je nastala s financiranjem EU. Izziv znotraj DP6 je bil narediti zbirko dobrih praks, ki bi bila bolj dostopna in uporabna predvsem za ustrezna ministrstva, oblikovalce politik, strokovnjake s področja javnega zdravja, nevladne organizacije (NVO) in ostale deležnike in strokovnjake, ki so odgovorni za oblikovanje in izvajanje intervencijskih politik na področju alkohola.

Komunikacijske strategije DP6 so bile nadalje razvite v skladu z optimizacijo diseminacije informacij s področja alkohola splošni javnosti in specifičnim podskupinam. Pomemben cilj je bil tudi okrepitev kapacitet držav članic EU pri oblikovanju kampanj za izobraževanje javnosti v kombinaciji z osebno in spletno komunikacijo, ki je obravnavala pivsko vedenje in smernice pri samopomoči.

Glavne naloge znotraj DP6 so bile: a) zbiranje primerov dobrih praks; b) razvijanje meril za ocenjevanje primerov dobrih praks; c) priprava in oblikovanje publikacije s primeri dobrih praks; ter d) diseminacija publikacije.

Evalvacija intervencij s področja preventive na področju alkohola ima evropske razsežnosti in je edinstven poskus za izboljšanje kakovosti intervencij s področja alkoholne preventive v državah članicah. To je bil prvi korak k spodbujanju izmenjave praktičnih izkušenj s področja zmanjševanja škode zaradi alkohola, ki temelji na dokazih, ter priložnost za strokovnjake, da pridobijo obstoječe teoretično in praktično znanje in izkušnje.

2.

Metodologija

2.1.

POSTOPEK IZBIRE ZA SKUPINE INTERVENCIJ

Predstavnike držav članic znotraj Odbora CNAPA smo prosili, da izberejo skupine intervencij za izmenjavo dobrih praks za zmanjševanje škode povezane z alkoholom. Izbrane so bile naslednje tri skupine intervencij:

- 1. Zgodnje intervencije** (zgodnje prepoznavanje in kratke intervencije za preprečevanje tvegane in škodljive rabe alkohola);
- 2. Intervencije ozaveščanja javnosti** (vključno z uporabo novih medijev, družbenih omrežij in spletnih orodij za spremembe vedenja);
- 3. Intervencije v šolskem okolju** (informacije in izobrazba).

Izbira treh navedenih skupin intervencij je bila opravljena na podlagi rezultatov ocene potreb, odločena z glasovanjem in potrjena s strani Svetovalnega odbora RARHA. Teoretično ozadje za tri skupine intervencij in opisi sprejetih intervencij dobrih praks se nahajajo v nadaljevanju publikacije (gl. 4, 5 in 6. poglavje).

2.2.

DEFINICIJA DOBRIH PRAKS

Opravili smo pregled definicij dobrih praks v preventivi z namenom priprave najbolj primerne in pravilne definicije dobrih praks (11—20). Na podlagi raziskav smo pripravili tri različice definicije, ki smo jih predložili partnerjem v razpravo. Na koncu nam je uspelo pripraviti končno različico definicije dobrih praks: “Dobre prakse označujejo preventivno intervencijo (akcijo/aktivnost/metodo dela/projekt/intervencijo/storitev), ki je bila učinkovita pri doseganju svojih ciljev pri zmanjševanju z alkoholom povezane škode. Taka intervencija je bila ovrednotena s sistematičnim pregledom razpoložljivih dokazov in/ali mnenja strokovnjaka in/ali z vsaj eno evalvacijo rezultatov. Prav tako je bila uporabljena v resničnem okolju in tako se je lahko ovrednotila praktičnost in morebitna stroškovna učinkovitost intervencije.”

2.3.

VPRAŠALNIK ZA ZBIRANJE DOBRIH PRAKS

Vprašalnik za zbiranje dobrih praks je bil pripravljen na podlagi obstoječih vprašalnikov, ki so bili pripravljeni za potrebe zbiranja dobrih praks znotraj podobnih projektov s področja alkoholne preventive (21—31). Novembra 2014 je bil vprašalnik po pregledu in dopolnitvi poslan partnerjem DP6 za poskusno izvajanje. Vprašalnik je sestavljen iz šestih delov (celoten vprašalnik je na voljo kot PRILOGA 2):

1. Podprtost z dokazi (hiter pregled – definirano v PRILOGI 2)
2. Osnovna dejstva
3. Razvoj (vključno s pripravo, načrtovanjem in temeljnimi procesi)
4. Izvedba
5. Evalvacija
6. Dodatne informacije

Decembra 2014 je bil kontaktnim osebam v državah članicah po elektronski pošti posredovan dopis z zahtevkom za informacije glede intervencij s priloženim vprašalnikom v formatu PDF. Postopek zbiranja se je končal aprila 2015. S strani nekaterih držav nismo prejeli nobenih podatkov, predvsem zato, ker je kontaktna oseba poročala o tem, da njihove obstoječe intervencije ne dosegajo kriterijev, ki so navedeni v vprašalniku.

2.4.

MERILA ZA OCENJEVANJE

Za ocenjevanje prejetih intervencij smo razvili merila za ocenjevanje, ki temeljijo na obstoječem nizozemskem sistemu za evalvacijo intervencij na področju zdravja (za več informacij si oglejte PRILOGO 3).

PREGLEDNICA 1: PODROBNEJE O MERILIH ZA OCENJEVANJE

1.	Podan je zelo dober opis intervencije
PROBLEM	<ul style="list-style-type: none">• Tveganje ali motiv sta obširno in jasno opisana (npr. opis narave, resnosti in možnih posledic problema).
CILJI	<ul style="list-style-type: none">• Jasno opisani, če je to potrebno, tudi ustrezno porazdeljeni v glavne cilje in podcilje.
CILJNA SKUPINA	<ul style="list-style-type: none">• Jasno opisana na podlagi ustreznih lastnosti.
PRISTOP	<ul style="list-style-type: none">• Zasnova intervencije je jasno opisana (frekvenca, jakost, trajanje, časovna opredelitev dejavnosti, način pridobivanja udeležencev in kraj izvajanja).
2.	Intervencija se izvaja v resničnem okolju/je izvedljiv/je prenosljiv
ZADOVOLJSTVO UDELEŽENCEV	<ul style="list-style-type: none">• Udeleženci so sprejeli intervencijo.
PREDPOGOJI ZA IMPLEMENTACIJO	<ul style="list-style-type: none">• Podrobna in pregledna opredelitev potrebnih stroškov in/ali ur, porabljenih za delo na intervenciji.• Podan je opis posebnih znanj in poklicnega usposabljanja strokovnjakov, ki izvajajo intervencijo; seznam oseb za podpiranje intervencije ter opis načina za pridobitev te podpore.• Podan je izvedbeni ali akcijski načrt.• Razpoložljivost priročnika z navodili z dejanskimi opisi aktivnosti (če je potrebno).• Podan je obširen opis metodologije in orodij, ki so didaktično zanesljiva.
3.	Intervencija ima teoretično osnovo
TEORETIČNA OSNOVA	<ul style="list-style-type: none">• Intervencija temelji na programu, ki je temelji na teoretično dobro zastavljenih izhodiščih, ali na dokazanih in splošno sprejetih teorijah (npr. meta analize, recenzije literature, študije implicitnega znanja).• Podani in upravičeni so učinkoviti elementi pristopa (ali tehnike ali načela) v okvirjih modela spremenljivosti ali intervencijske teorije, ali glede na rezultate predhodno opravljene raziskave.
4.	Intervencija je bil evalvirana
EVALVACIJA	<ul style="list-style-type: none">• Podana je metoda evalvacije.• Rezultati so ustrezni glede na postavljene cilje, teorijo programa in ciljne skupine intervencije.• Prepoznani in podani so možni negativni učinki.• Na voljo so informacije o stopnji osipa.

Prisotne so štiri stopnje dokazljivosti glede na obliko študij, ki so obravnavale učinke intervencije. Dobre prakse morajo doseči vsa navedena merila na posamezni ravni, da jih prepoznali kot teoretično zanesljive na osnovni stopnji, na stopnji prvih pokazateljev učinkovitosti ali na stopnji dobrih pokazateljev učinkovitosti ali na stopnji močnih pokazateljev učinkovitosti.

PREGLEDNICA 2: RAVNI DOKAZLJIVOSTI

OSNOVNA RAVEN: TEORETIČNO ZANESLJIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Teoretično zanesljivo s pozitivnimi rezultati (opazovalne ali kvalitativne študije)
PRVI POKAZATELJI UČINKOVITOSTI	<ul style="list-style-type: none"> • Zgoraj navedena merila osnovne ravni in • študija pred in po izvedbi intervencije, brez kontrolne skupine
DOBRI POKAZATELJI UČINKOVITOSTI	<ul style="list-style-type: none"> • Zgoraj navedena merila ravni prvih pokazateljev učinkovitosti • Zanesljive in veljavne meritve učinkov intervencije so bile opravljene : <ul style="list-style-type: none"> – poskusno ali pseudo-poskusno zasnovano ali – ponovljeno študijo N = 1 (vsaj 6 primerov) s temeljnimi izhodišči ali zasnovano s časovnimi vrstami z eno ali več temeljnimi izhodišči ali izmenično obravnavo ali študija o povezavi med obsegom izvajanja intervencije in obsegom doseženih ciljev ali – se učinki študije primerjajo z drugimi raziskavami o učinkih osnovnega stanja ali druge oblike nege za ciljno skupino s podobnimi zahtevami.
MOČNI POKAZATELJI UČINKOVITOSTI	<ul style="list-style-type: none"> • Zgoraj navedena merila ravni dobrih pokazateljev učinkovitosti • Učinke intervencije se spremlja vsaj 6 mesecev po končani intervenciji

2.5.

POSTOPEK OCENJEVANJA

Intervencije so bile ocenjene do avgusta leta 2015 in sicer na podlagi meril, ki jih je določila ocenjevalna skupina DP6 publikacije za ocenjevanje dobrih praks. Če je intervencija izpolnjevala vsa merila iz Preglednica 1, je bila posledično porazdeljena v preglednico glede na raven dokazljivosti (Preglednica 2).

Med postopkom ocenjevanja je postalo razvidno, da je bilo oddanih veliko opisov intervencij, ki niso vsebovali dovolj podatkov za ustrezno ocenjevanje intervencije. Na voljo ni bilo dovolj časa in razpoložljivih sredstev, da bi zahtevali več informacij in opravili drugo fazo ocenjevanja za vsako intervencijo s pomanjkljivimi podatki. Tako je bilo določeno, da v primeru, če je več kot pet meril ocenjevanja nejasnih, je bila intervencija nemudoma zavrnjena. V primeru, da je bilo nejasnih manj kot pet meril, je bila posredovana zahteva za več podatkov, intervencija pa je bila ponovno ovrednotena po prejemu teh informacij.

3.

Rezultati

3.1.

REZULTATI RAZISKAVE

Rezultati so predstavljeni v PRILOGI 4 te publikacije. Spodaj podajamo izbrane podatke o sprejetih intervencijah.

Na našo prošnjo se je odzvalo 19 držav. Skupno število sprejetih intervencij je 48, od tega jih je 43 ustrezalo minimalnim kriterijem o podprtosti z dokazi. Preglednica 3 prikazuje število in odstotke zbranih intervencij po skupinah intervencij. V skupini Zgodnjih intervencij je 21 intervencij, 9 jih je v skupini Intervencij ozaveščanja javnosti, v skupini Intervencij v šolskem okolju pa jih je 13.

**PREGLEDNICA 3: ŠTEVILO IN ODSOTKI IZBRANIH Z DOKAZI
PODPRTIH INTERVENCIJ PO SKUPINAH INTERVENCIJ**

Država	Zgodnje intervencije	Intervencije ozaveščanja javnosti	Intervencije v šolskem okolju
Skupaj 43 (100 %)	21 (49 %)	9 (21 %)	13 (30 %)

Podatki v Preglednica 4 predstavljajo način financiranja posameznih intervencij. Za to vprašanje je bilo na voljo več odgovorov, na primer, intervencija je lahko financirana s strani nacionalnih/regionalnih/lokalnih državnih in nevladnih organizacij.

**PREGLEDNICA 4: VIRI FINANCIRANJA IZBRANIH PRIMEROV
DOBRIH PRAKS PO SKUPINAH INTERVENCIJ**

Intervencije podprte z dokazi (n=43)	Zgodnje intervencije	Intervencije ozaveščanja javnosti	Intervencije v šolskem okolju	Vse intervencije
A Nacionalni/regionalni/ lokalni organi	16	9	10	35 (56 %)
B Izobraževalna, javno zdravstvena in/ali raziskovalna ustanova	3	2	3	8 (12 %)
C Nevladna organizacija	5	2	0	7 (11 %)
D Podjetje/organizacija v zasebnem sektorju	1	2	0	3 (5 %)
E Alkoholna industrija/ Gostinski sektor	0	1	0	1 (2 %)
F Ostali viri	3	3	3	9 (14 %)

Preglednica 5 prikazuje podatke o deležnikih, ki so bili vključeni v razvoj intervencij, podprtih z dokazi. Mogoča je bila izbira več odgovorov. Najbolj pogosta je v razvoj intervencije bila vključena posredna ciljna skupina (21 %).

PREGLEDNICA 5: DELEŽNIKI KI SO BILI VKLJUČENI V RAZVOJ IZBRANIH DOBRIH PRAKS PRIMEROV PO SKUPINAH INTERVENCIJ

Intervencije podprte z dokazi (n=43)	Zgodnje intervencije	Intervencije ozaveščanja javnosti	Intervencije v šolskem okolju	Vse intervencije
A Ciljne skupine	10	6	5	21 (13 %)
B Vmesne ciljne skupine	15	6	12	33 (21 %)
C Gospodarske družbe	0	5	0	5 (3 %)
D Državne organizacije	15	8	6	29 (18 %)
E Vlagatelji	5	4	1	10 (6 %)
F Raziskovalci	13	7	8	28 (18 %)
G Predstavniki civilne družbe (NVO)	5	5	5	15 (10 %)
H Ostalo	7	5	5	17 (11 %)

V Preglednica 6 so navedene ciljne skupine intervencij. Mogoča je bila izbira več odgovorov. Intervencije so bile namenjene predvsem mladostnikom (22 intervencij), staršem (17 intervencij), mladim odraslim (15 intervencij), odraslim in splošnemu prebivalstvu (skupaj 14 intervencij).

PREGLEDNICA 6: CILJNE SKUPINE

Intervencije podprte z dokazi (n=43)	Zgodnje intervencije	Intervencije ozaveščanja javnosti	Intervencije v šolskem okolju	Vse intervencije
A Splošna javnost	7	6	1	14 (9,5 %)
B Otroci (pred mladostništvom)	3	3	2	8 (5,5 %)
C Mladostniki	7	4	11	22 (15 %)
D Mladi odrasli	11	4	0	15 (10 %)
E Odrasli	7	5	1	13 (9 %)
F Starejša populacija	4	1	0	5 (3,5 %)
G Starši	9	3	5	17 (12 %)
H Nosečnice	4	1	0	5 (3 %)
I Ženske	6	2	0	8 (5,5 %)
J Moški	6	2	0	8 (5,5 %)
K Družine	5	2	1	8 (5,5 %)
L Vozniki	2	3	0	5 (3 %)
M Obiskovalci zabav	2	2	0	4 (3 %)
N Ranljive družbene skupine	8	2	1	11 (7 %)
O Ostalo	1	3	0	4 (3 %)

Zbrane intervencije so se izvajale predvsem na nacionalni ravni (40 %), sledile so intervencije na regionalni ravni (29 %) ter lokalni ravni (25 %). Večina intervencij (77 %) je vključenih v širši nacionalni/regionalni/lokalni akcijski načrt ali politiko.

69 % intervencij je vključenih v sistem (intervencije se niso izvajale le enkrat, ampak so se ponovile ali vključile v sistem preventive), 13 % so se izvajale periodično, 18 % pa le enkratno.

Večina intervencij (63 %) temelji na znanstvenih dokazih, 32 % na preteklih izkušnjah, 5 % pa na ostalih virih.

Evalvacija intervencij je bila večinoma notranja (45 %), 17 % se jih je poslužilo zunanje evalvacije, 38 % pa obeh načinov hkrati. Pri zbranih intervencijah je v večini primerov bila opravljena procesna evalvacija (48 %) in evalvacija vplivov/učinkov/rezultatov (45 %). Pri 21 intervencijah sta bili opravljeni obe omenjeni metodi evalvacije.

3.2.

ZBIRNI REZULTATI OCENJEVANJA

Vse prejete intervencije so se vrednotile na podlagi meril, ki jih je določila ocenjevalna skupina DP6 (za več informacij si oglejte poglavje 2.4).

Rezultati ocenjevanja intervencij so opisani v Preglednici 7. Skupno je bilo prejetih 43 z dokazi podprtih intervencij, od tega jih je 26 vključenih v publikacijo (57 %). S področja zgodnjih intervencij je bilo enajst sprejetih v publikacijo (52 %), saj so izpolnjevale vse kriterije intervencije. Sprejetih je bilo tudi sedem intervencij za ozaveščanje javnosti (78 %). S področja šolskega okolja pa je bilo v publikacijo sprejetih osem intervencij (62 %).

PREGLEDNICA 7: REZULTATI GLEDE NA VRSTO INTERVENCIJ

	Zgodnje intervencije	Intervencije ozaveščanja javnosti	Intervencije v šolskem okolju	Skupaj
Zavrnjene intervencije	10	3	5	18
Sprejete intervencije	11	7	8	26
Skupno število prejetih intervencij	21	9	13	43
Sprejeto (%)	52 %	78 %	62 %	59 %

Intervencije, ki niso bile sprejete v objavo, niso izpolnjevale naslednjih skupnih zahtev:

- 1. Podan je zelo dober opis intervencije:** težava, ki se je pogosto pojavljala med ocenjevanjem, je bil nejasen opis cilja intervencije. Pogosto je bil opis intervencije nepopoln ali nejasen. Na primer, podan je bil opis intervencije v splošnih okvirjih, medtem ko ni bilo podanih posebnih lastnosti glede frekvenca, jakosti ali trajanju.
- 2. Intervencija se izvaja v resničnem okolju/je izvedljiva/je prenosljiva:** pogosto so manjkali ali bili podani nejasni opisi finančnih stroškov ali časa, ki je bil porabljen pri intervenciji. Prav tako ni bilo podanih priročnikov z navodili ali opisov dejavnosti za posamezno intervencijo.
- 3. Intervencija ima teoretično osnovo:** pogosto ni bilo podanih učinkovitih elementov (ali tehnik ali načel) pristopa v okvirjih modela spremenljivosti ali intervencijske teorije, ali glede na rezultate predhodno opravljene raziskave.

4. Intervencija je bila ovrednotena: rezultati evalvacije niso bili vedno najbolj pomembni za cilj, ki je bil podan v opisu intervencije. To se je pogosto pojavilo ob nejasnih opisih cilja intervencije. V teh primerih je bilo nemogoče ustrezno oceniti učinkovitost intervencije.

Vse sprejete intervencije so bile porazdeljene v štiri ravni dokazljivosti (Preglednica 8).

PREGLEDNICA 8: RAVNI DOKAZLJIVOSTI

	Zgodnje intervencije	Intervencije ozaveščanja javnosti	Intervencije v šolskem okolju	Skupaj
Osnovna raven	4	4	0	8
Prvi pokazatelji učinkovitosti	1	2	2	5
Dobri pokazatelji učinkovitosti	1	1	3	5
Močni pokazatelji učinkovitosti	5	0	3	8
Skupaj	11	7	8	26

Porazdelitev oddanih intervencij glede na državo, iz katere prihajajo, je razvidna v Preglednica 9. Nekatere intervencije so bile takoj sprejete, saj je kontaktna oseba podala dovolj podatkov, ki so izpolnjevali vsa merila ocenjevanja intervencij. Ostale intervencije so bile sprejete, ko je kontaktna oseba posredovala dodatne informacije, ki so izpolnjevale merila. Številne zavrnjene intervencije so imele pomanjkljive informacije, zato je bil poslan kontaktni osebi zahtevek za dodatne informacije, toda s strani kontaktne osebe včasih ni bilo prejetih informacij. Te intervencije so bile zavrnjene, saj ni bilo mogoče zagotoviti, da izpolnjujejo pogoje za vključitev.

PREGLEDNICA 9: PORAZDELITEV ODDANIH INTERVENCIJ GLEDE NA DRŽAVO

Država	Predložene intervencije	Predložene intervencije, ki dosegajo osnovna merila	Sprejete intervencije	Od teh revidirane	Zavrnjene intervencije	Zahteva za več informacij, brez odziva
Avstrija	3	3	1	1	2	1
Bolgarija	1	1	-	-	1	-
Hrvaška	2	2	2	2	-	-
Ciper	1	0	0	0	0	0
Finska	2	2	2	2	-	-
Nemčija	2	2	1	-	1	1
Grčija	2	2	1	1	1	-
Irska	2	2	1	1	1	-
Italija	2	2	2	1	-	-
Liechtenstein	1	0	0	0	0	0
Litva	2	2	1	-	1	-
Luksemburg	1	1	1	1	-	-
Nizozemska	2	2	2	-	-	-
Norveška	3	3	2	1	1	-
Poljska	2	2	2	2	-	-
Portugalska	8	5	2	1	3	-
Slovenija	3	3	2	1	1	-
Španija	2	2	1	1	1	1
Švedska	7	7	3	-	4	3
Skupaj	48	43	26	15	17	6

Večina sprejetih intervencij v isti kategoriji so si na nek način podobne, saj na primer intervencije v šolskem okolju pogosto vključujejo intervencije, ki "ciljajo" na učence in njihove starše v preventivi ali zmanjševanju rabe alkohola med mladostniki. V primeru zgodnjih intervencij se je veliko

intervencij osredotočilo na ponujanje usposabljanja za zdravstvene delavce za boljše prepoznavanje težav z rabo alkohola znotraj svojih področij.

Pri intervencijah ozaveščanja javnosti je bilo nekoliko drugače. Nekatere intervencije so namenjene obiskovalcem nogometnih stadionov (“ne pijte *preveč*”), druge voznikom in zaposlenim (“ne pijte”). Ocenjevanje kampanj ozaveščanja javnosti je bilo zelo težavno glede na merila, ki so bili postavljena, saj so bili v nekaterih primerih neustrezna (na primer, med samimi ocenjevanjem ni bilo vedno razpoložljivih podatkov o osipu udeležencev, saj so bile dejavnosti intervencije neposredno ocenjene s strani naključno izbranih udeležencev/obiskovalcev posameznih dogodkov). V primeru dvomov o vključitvi intervencije v publikacijo, se je poleg izpolnjevanja pogojev upošteval bolj splošen vidik kampanje ozaveščanja javnosti.

4.

Zgodnje intervencije

Zgodnje intervencije so terapevtske strategije, ki navadno vključujejo ali kombinirajo dva elementa: zgodnje prepoznavanje tvegane in škodljive rabe alkohola in/ali drugih drog ter kratke intervencije ali obravnave vključenih (32).

1. Zgodnje prepoznavanje je pristop, ki omogoča prepoznavanje dejanskega ali potencialnega problema z alkoholom s klinično presojo ali s presejalnimi orodji, kot so standardizirani vprašalniki (33). Presejalna orodja so navadno samoocenjevalni vprašalniki z obsegom od enega do deset vprašanj. Zgodnje prepoznavanje naj bi vodilo k nadaljnji evalvaciji, krajšim intervencijam in posebnim obravnavam, če je to potrebno. Na primer, vprašalnik o rabi alkohola AUDIT (ang. Alcohol Use Disorders Identification Test), ki ga je razvila WHO, ocenjuje pogostost in intenzivnost rabe alkohola ter prepoznava posameznike, ki imajo težave z rabo alkohola (34):

- tvegano pitje je vzorec rabe alkohola, ki povečuje tveganje za škodljive posledice za uporabnika in okolico;
- škodljivo pitje se nanaša na rabo alkohola, ki že vpliva na fizično in duševno zdravje;
- odvisnost od alkohola je zbir vedenjskih, kognitivnih in fizioloških pojavov, ki se lahko razvijejo po ponavljajoči rabi alkohola.

2. Kratke intervencije so krajša svetovalna ali izobraževalna srečanja in psihološko svetovanje, ki so večinoma na voljo v zdravstvenih ustanovah (35), včasih pa tudi na oddelkih urgentne oskrbe, intenzivni negi, akutni bolnišnični oskrbi, v porodnišnicah, na klinikah za spolno zdravje, v lekarnah in v službah kazenskega pravosodja. Kratka intervencija lahko vključuje povratno informacijo in strukturiran nasvet (ki temelji na sistemu načel FRAMES (glej spodaj) ali načelih motivacijskega intervjuja), ki sta podprta z izročki. Enostavna kratka intervencija traja približno 5 minut in sestoji iz naslednjih načel:

- **Povratna informacija (ang. Feedback):** o stopnji bolnikovega tveganja za težave povezane z alkoholom;
- **Odgovornost (ang. Responsibility):** sprememba je odgovornost bolnika;
- **Nasvet (ang. Advice):** jasen nasvet, ko je ta potreben;
- **Možnosti (ang. Menu):** kakšne so možnosti za spremembo;
- **Empatija (ang. Empathy):** topel, refleksiven in razumevajoč pristop; in
- **Samoučinkovitost (ang. Self-efficacy):** povečanje optimizma glede vedenjske spremembe (36).

Kratke intervencije delimo na:

- **enostavne kratke intervencije** – strukturiran nasvet v nekaj minutah ter
- **podaljšane kratke intervencije** – strukturirane terapije, ki trajajo približno 20–30 minut in so lahko enkratne ali se večkrat ponovijo.

4.2.

IZVAJANJE

V zadnjem času so raziskovalci analizirali razvoj kratkih intervencij s področja rabe alkohola, vključno z evalvacijo štirih ključnih elementov: uspešnost, učinkovitost, izvedba in predstavitev (37). Zaključili so, da sta bili uspešnost in učinkovitost kratkih intervencij obsežno prikazani, in da se učinki intervencije redno pojavljajo v različnih kontekstih raziskav. Več pozornosti pa bi morali usmeriti na promocijo trajne implementacije presajanja in kratkih intervencij za zmanjševanje škode zaradi alkohola. Prav tako je pomembno doseči tiste osebe, ki bi jim kratke intervencije pomagale in bi tako prejeli podporo. Izvedba zgodnjega odkrivanja in kratkih intervencij (EIBI – ang. early identification and brief interventions) v zdravstvenih domovih bi morala najprej izboljšati delo strokovnjakov pri presejalnih testih in dejavnostih kratkih intervencij. Študija ODHIN je preučevala učinkovitost in uspešnost treh izvedbenih intervencij (usposabljanje in podpora, povračilo finančnih stroškov ter internetne intervencije), ko so uslužbenci v primarnem zdravstvenem varstvu pri tveganih pivcih opravljali presajanje ali jim nudili svetovanje. Rezultati so pokazali, da je ponudba kombinacije izobraževanja in podpore ter finančnega povračila najbolj pogosto zastopana v petih sodelujočih državah (38). Po poročanju so ti rezultati podobni tistim, ki prikazujejo učinkovitost usposabljanja in podpore pri promociji presajanja in intervencij za preventivo tveganega in škodljivega pitja alkohola (39, 40). Avtorji prav tako predlagajo, da bi usposabljanje in podpora ter povračilo finančnih stroškov moralo imeti močno vladno podporo, posebej v tistih državah, kjer so stroški preventivnih intervencij nižji od ocenjenih zdravstvenih in drugih stroškov zaradi pitja alkohola.

Izvedba zgodnjih intervencij za zmanjšanje škodljive rabe alkohola vključuje naslednje elemente:

- razpoložljivost kliničnih smernic za zgodnje prepoznavanje in kratke svetovalne intervencije,
- zagotavljanje programov usposabljanja za zaposlene v primarnem zdravstvenem varstvu na temo zgodnjega odkrivanja in intervencij s kratkim svetovanjem,

- sistemizacija in nadzor kakovosti zgodnjega prepoznavanja in krajših svetovalnih intervencij ter
- nudenje finančne podpore za izvajanje zgodnjega prepoznavanja in krajših svetovalnih intervencij (41).

Ovire (42):

- zdravstveni in socialni delavci so pogosto preveč zaposleni, da bi se ukvarjali s težavami, ki jim jih predstavijo posamezniki;
- zdravstveni in socialni delavci niso izobraženi na področju svetovanja za zmanjševanje rabe alkohola;
- zdravstveni in socialni delavci menijo, da svetovanje glede alkohola vključuje tudi družine in širše družbene vplive, kar otežuje izvedbo;
- družinski zdravniki niso organizirani na način, da bi lahko izvajali preventivne intervencije;
- zdravstveni in socialni delavci ne verjamejo, da bodo bolniki upoštevali njihove nasvete in tako spremenili svoje vedenje;
- zdravstveni in socialni delavci nimajo dovolj razpoložljivih in ustreznih strokovnih gradiv;
- državne zdravstvene politike na splošno ne podpirajo zdravstvenih in socialnih delavcev, ki želijo izvajati preventivne dejavnosti.

4.3.

UČINKOVITOST IN STROŠKOVNA UČINKOVITOST

Vedno več je dokazov o učinkovitosti kratkih intervencij v storitvah primarnega zdravstvenega varstva, na oddelkih urgentne oskrbe, intenzivni negi, akutni bolnišnični oskrbi, v porodnišnicah, na klinikah za spolno zdravje, v lekarnah in v službah kazenskega pravosodja.

- **Primarno zdravstveno varstvo:** kratki nasveti pri storitvah primarnega zdravstvenega varstva so dokazano pripomogli k zmanjševanju količine, pogostosti in intenzitete pitja ter obolevnosti in smrtnosti zaradi rabe alkohola. V Veliki Britaniji je izvajanje kratkih intervencij v okolju primarnega zdravstvenega varstva pripeljalo do zmanjšanja tvegane ali škodljive rabe alkohola tako pri moških kot pri ženskah (43). Poznejše pregledi so prav tako pokazali učinkovitost kratkih intervencij pri zmanjševanju rabe alkohola pri moških in ženskah po šestih do dvanajstih mesecih po sami intervenciji (44).
- **Urgentne ustanove:** v okolju urgentne oskrbe se nahaja manj dokazov o vplivu kratkih intervencij. V ZDA v teh kontekstih strokovnjaki priporočajo vključitev presajanja in kratkih intervencij za težave zaradi

rabe alkohola (45). Britanska študija je sledila skupini bolnikov ter ugotovila, da so tiste osebe, ki so bile udeležene v intervenciji, občutno zmanjšale stopnjo pitja v primerjavi s tistimi v kontrolni skupini (46). Druga mednarodna študija je ocenila, da je 10—18 % primerov poškodb, ki prejmejo urgentno oskrbo, povezanih z rabo alkohola (47).

- **Delovno okolje:** čeprav so dokazi glede vpliva krajših svetovalnih intervencij na področju zdravja na delovnem mestu zelo omejeni, lahko oddelki za zdravje na delovnem mestu razmislijo o njihovi izvedbi. Namen evropskega projekta Delovno okolje in alkohol (EWA, ang. The European Workplace and Alcohol) je bil povečanje znanja o intervencijah v delovnem okolju in njihovem pozitivnem vplivu na ozaveščanje na področju rabe alkohola, odnosa, politik in vedenja v več evropskih državah (48). Rezultati pričajo, da ima raba alkohola zelo negativen vpliv na delo in da so preventivne intervencije na področju rabe alkohola potrebne za ozaveščanje glede rabe alkohola in za podporo pri izvajanju alkoholnih politik. Prav tako je izvajanje intervencij znotraj podjetij pripeljalo do višjih stopenj ozaveščenosti, izboljšanja odnosa do alkohola, zmanjšanja škodljive rabe alkohola in težav v delovnem okolju zaradi rabe alkohola zaposlenih. Strategije EIBI v delovnem okolju naj obsegajo: prepoznavanje ciljne skupine z uporabo ustreznega presejalnega orodja, ponujanje krajših svetovanj, napotitev k specialistu za prilagoditve delovnega okolja posamezniku, informiranost zaposlenega ter zagotavljanje zasebnosti in zaupnosti (49).
- **Socialne službe in druga okolja:** na voljo ni preudarnih dokazov, ki bi upravičili celostno vlogo izvajanja krajših svetovalnih intervencij v okolju socialnega dela in drugih okoljih. Trenutno so dejavnosti osredotočene na zbiranje uporabnih dokazov za sprejemanje in izvedljivost EIBI. Izvajanje intervencij je potrebno prilagoditi specifičnemu okolju storitev v vsaki državi.
- **Službe kazenskega pravosodja:** službe kazenskega pravosodja zajemajo policijo, sodišča, zapore in službe za pogojne obsodbe. Vse več dokazov priča o tem, da so prepoznavanje in kratke svetovalne intervencije v teh okoljih učinkoviti in zmanjšujejo stopnjo povratništva. Priporniki s pozitivnim rezultatom na vprašalniku AUDIT so zelo pogosto udeleženci nesreč in prejemniki urgentnih storitev ter so na splošno v slabšem zdravstvenem stanju kot priporniki z negativnim rezultatom. Prav tako so bolj nagnjeni k temu, da bodo storili nasilno dejanje kot drugi kršitelji ter so večkrat aretirani, obravnavani na sodišču in prejemniki več socialnih storitev.

- **Spletne ali elektronske EIBI:** nekateri dokazi nakazujejo, da lahko spletne intervencije za osebe s težavami zaradi alkohola pomagajo uporabnikom, ki so manj primeri za tradicionalne oblike pomoči na področju težav z alkoholom. Tu gre predvsem za ženske, mlade in tvegane pivce alkohola (50). Študije dokazujejo, da so spletne vedenjske intervencije lahko v veliko pomoč pri podajanju krajših nasvetov tveganim pivcem alkohola (51). Toda učinkovitosti in zmogljivosti teh intervencij ni mogoče pravilno analizirati, zato je treba rezultate razlagati previdno.
- **Stroškovna učinkovitost:** kratke intervencije lahko prihranijo stroške povezane s prezgodnjimi smrtmi ali z obolevnostjo zaradi rabe alkohola. Študije iz leta 2002 v Veliki Britaniji so pokazale, da se s kratkimi intervencijami prihrani 2000 £ na leto življenja (52). Druga študija je potrdila, da so enostavne kratke intervencije (SBI) stroškovno zelo učinkovite glede na ocenjene rezultate s pomočjo ICER (razmerje med stroški in učinkovitostjo), in sicer 550 € na leto zdravstveno kakovostnega življenja (QALY) za SBI pri naslednjem splošnem pregledu pri osebem zdravniku ter 590 €/QALY za SBI pri naslednjem zdravstvenem posvetu (53).

Zgoraj omenjeni dokazi o učinkovitosti se odražajo v sprejetih intervencijah, ki se nahajajo v poglavju 4.4.

4.4.

SPREJETE INTERVENCIJE

PREGLEDNICA 10: SEZNAM SPREJETIH ZGODNIH INTERVENCIJ GLEDE NA RAVEN UČINKOVITOSTI

Pokazatelji učinkovitosti	Ime ¹	Država
Osnovna raven	Kratka motivacijska intervencija za ogrožene mlade osebe	Hrvaška
	Zgodnje prepoznavanje in kratke intervencije	Italija
	Spletni tečaj o kratkih intervencijah na področju alkohola	Finska
	Priprava okvirja za izvajanje z dokazi podprtih intervencij na področju alkohola	Irska
Prvi	Intervencija za uporabnike drog v šolskem okolju	Poljska
Dobri	Nacionalni projekt "Tvegano pitje alkohola"	Švedska
Močni	Spletna intervencija na področju posameznikovega spoprijemanja in program za alkoholno preventivo	Švedska
	Devet mesecev nula	Nizozemska
	Švedski nacionalni telefon za klic v stiski	Švedska
	Program "Pij manj"	Katalonija/ Španija
	Trampolin	Nemčija

¹ S klikom na ime intervencije lahko dostopate do opisa.

4.4.1. Osnovna raven

PREGLEDNICA 11: KRATKA MOTIVACIJSKA INTERVENCIJA ZA OGROŽENE MLADE OSEBE

OSNOVNI PODATKI							
IME	Kratka motivacijska intervencija za ogrožene mlade osebe (ang. MOVE – Brief Motivational Intervention for Young People at Risk)						
POVZETEK	<p>Urad za boj proti zlorabi drog (hrv. Ured za suzbijanje zlorabe droga) je v sodelovanju z ostalimi institucijami (Hrvaški zavod za javno zdravje, Ministrstvo za socialno politiko in Ministrstvo za zdravje) organiziral srečanje Kratka motivacijska intervencija za ogrožene mlade (tridnevna delavnica) z namenom izboljšanja komunikacijskih sposobnosti strokovnjakov, ki delujejo kot svetovalci za ogrožene mlade, in učenja novih svetovalnih tehnik. Delavnice izvajata izurjena predavatelja s pomočjo gosta – policijski uradnik. Tridnevna delavnica je razdeljena v 12 modulov, ki temeljijo na izkušnjah različnih terapevtskih konceptov in teorij, ki si prizadevajo za raznolikost kratkih svetovalnih pogovorov. Vsak modul je sestavljen iz teoretičnega in praktičnega dela. Urad za boj proti zlorabi drog ponuja ta način usposabljanja že od leta 2008.</p>						
FINANCIRANJE	Nacionalni/regionalni/lokalni organi						
RAVEN	Nacionalna	Regionalna			Lokalna		
NAMEN IN CILJI	<p>Glavni cilj je oblikovanje intervencije, ki izboljša svetovalne sposobnosti za promocijo in spodbujanje pripravljenosti mladih oseb, da spremenijo tvegano rabo drog ali tveganega vedenja s pomočjo svetovanja v obliki motivacijskega intervjuja. Cilj kampanje MOVE je zmanjševanje tveganih vzorcev rabe alkohola med mladimi osebami kot strategija za selektivno preventivo. Med drugim je cilj tudi izboljšanje in spodbujanje sodelovanja med sektorji, kar se lahko doseže z multidisciplinarnimi skupinami.</p>						
RAZVOJ							
DELEŽNIKI	Ciljne skupine	Posredna ciljna skupina	Vladni organi		Civilna družba (NVO)		
LOGIČNI MODEL	<p>Znanstveni dokazi: usposabljanje za intervencijo MOVE temelji na motivacijskem intervjuju (Miller, W.R. in Rollnick, S., 1991), transteoretičnem modelu spreminjanja vedenja (Prochaska in DiClemente), salutogenetskem modelu (A. Antonovsky), kratkih motivacijskih intervencijah (razumevanje ambivalence; empatija; prepoznavanje in vključevanje razhajanj; spodbujanje dialoga; ravnanje z odporom; postavljanje ciljev; sprejemanje dogovorov).</p>						
ELEMENTI NAČRTOVANJA	Pregled literature in/ ali formativna raziskava	Ocena potreb	Načrt financiranja	Načrt vodenja človeških virov	Časovnica	Dogovor partnerjev	Načrt evalvacije
IZVEDBA							
ČASOVNI OKVIR	Neprekinjeno	Intervencija se izvaja neprekinjeno od leta 2015 do 2017 znotraj “Hrvaškega akcijskega načrta za boj proti drogam” Od leta 2013 izvajamo 2—4 dogodke na leto.					

CILJNE SKUPINE	Mladostniki	Mladi odrasli	Odrasli	Ranljive skupine: osebe, ki se spoprijema z zlorabo snovi
KOMUNIKACIJSKI KANALI	Neposredna komunikacija	Seminar o svetovanju, ki temelji na priročniku MOVE za predavatelje (izvirni izdajatelj: ginko Landeskoordinierungsstelle für Suchtvorbeugung, Zvezna dežela Nordrhein-Westfalen, Nemčija, Mulheim a.d. Ruhr 2002)		
OSNOVNE AKTIVNOSTI	Usposabljanje (tridnevne delavnice) in Priročnika z navodili za udeležence			
PODPORNE AKTIVNOSTI	Supervizija			
EVALVACIJA				
ODGOVORNOST	Notranja			
VRSTA	Procesna	Evalvacija učinkov	Evalvacija rezultatov	
REZULTATI	<p>Procesna evalvacije poteka nenehno od začetka izvajanja usposabljanja MOVE (2008). Po vsaki zaključeni delavnici udeleženci izpolnijo vprašalnik o zadovoljstvu z usposabljanjem, o oceni dela trenerjev, skupine in samega procesa.</p> <p>Vprašalniki vsebujejo vprašanja o zadovoljstvu udeležencev s teoretičnim delom, praktičnim delom, organizacijo, z možnostjo rabe delov usposabljanja v vsakodnevem delu; udeleženci lahko dodajo svoja opazovanja ali predloge za izboljšanje.</p> <p>Leta 2013 smo razvili dodaten ocenjevalni vprašalnik, ki cilja na preizkušanje učinkovitosti prenosa vsebine izobraževanja in preizkušanje vplivov pridobljenega znanja na dinamiko in pogostost pojavljanja pri samem zdravljenju/svetovanju.</p> <p>Vprašalnik je sestavljen iz:</p> <ol style="list-style-type: none"> dela, ki se nanaša na način, kako je predstavljena vsebina in dela, ki se nanaša na število oseb udeleženih v zdravljenju in pri svetovanju ter pogostost obiskovanja. <p>Udeleženci dobijo vprašalnik na začetku in na koncu tridnevnega usposabljanja.</p> <p>Rezultati:</p> <p>V splošnem smislu so udeleženci</p> <ol style="list-style-type: none"> popolnoma zadovoljni z usposabljanjem (Zagreb, 29.—31. 10. 2014 (44 %); Valbandon, 19.—21. 11. 2015 (31 %)); delno zadovoljni z usposabljanjem (Zagreb, 29.—31. 10. 2014 (56 %); Valbandon, 19.—21. 11. 2015 (69 %)). <p>Na obeh srečanjih nihče ni bil: c) delno nezadovoljen ali d) popolnoma nezadovoljen.</p> <p>Večina udeležencev bo priporočila usposabljanje svojim kolegom.</p> <p>Rezultati tega, kako uspešno je bilo usposabljanje posredovano, se razlikujejo od delavnice do delavnice, kar je odvisno od predavateljev in udeležencev. Pri dveh različnih delavnicah, ki so jih izvajali leta 2015, je večina udeležencev dokazala boljše znanje vsebine na koncu delavnice v primerjavi z začetkom usposabljanja. Za najbolj zanimivo vsebino omenjajo “odpor”, “ambivalenco” ter “prepoznavanje neskladnosti”.</p> <p>Zelo težko je določiti, kako udeležba svetovalcev v usposabljanju MOVE vpliva na število oseb, ki pričnejo in nadaljujejo s zdravljenjem, saj se pacienti svetovanja večinoma udeležijo na zahtevo in po vnaprej določenem trajanju. Pridobljena znanja morajo biti vedno znova uporabljena pri vsakodnevem delu. Glede na to, da svetovalci, ki se udeležijo usposabljanja MOVE s svojimi delovnimi metodami ne morejo vplivati na stranke, da pričnejo in nadaljujejo proces svetovanja, bomo primorani preoblikovati ocenjevalni vprašalnik in izpustiti del B v vprašalniku, ki je naveden zgoraj.</p>			

POROČILO	WHO: "Izboljšanje življenj otrok in mladih oseb: študije primerov iz Evrope, št. 3"
SPREMLJANJE	Urad za boj proti zlorabi drog je leta 2010 za vseh 12 predavateljev organiziral izobraževanje za supervizorja. Trenerji supervizije prihajajo iz Nemčije – ginko Stiftung für Prävention, Kaiserstraße 90, 45468 Mülheim an der Ruhr.
DODATNE INFORMACIJE	
SPLETNA STRAN	drogeiovisnosti.gov.hr www.ginko-stiftung.de/move/default.aspx
KONTAKTNI PODATKI	Kontaktna oseba: Josipa-Lovorka Andreić , Vodja oddelka za programe in strategije Organizacija: Government of the Republic of Croatia, The Office for Combating Narcotic Drug Abuse Naslov: Preobraženska 4/II, Zagreb Država: Hrvaška Telefon: +385 14 8781 23 E-pošta: josipa.lovorka.andreic@uredzadroge.hr

PREGLEDNICA 12: ZGODNJE PREPOZNAVANJE IN KRATKE INTERVENCIJE

OSNOVNI PODATKI			
IME	Zgodnje prepoznavanje in kratke intervencije (ita. IPIB – Identificazione Precoce Intervento Breve)		
POVZETEK	<p>Nacionalna komisija za alkohol, ki je imenovana na osnovi zakona 125/2001, je nacionalni trening za EIBI (ital. IPIB), ki temeljijo na projektu PHEPA II, prepoznala kot formalni institucionalni standardni trening za strokovnjake primarnega zdravstvenega varstva (ciljna skupina), ter Nacionalni observatorij za alkohol, Nacionalni center za epidemiologijo, nadzor in promocijo zdravja ter Istituto Superiore di Sanità (NOA-CNESPS, ISS) kot nacionalnega ponudnika usposabljanj v tesnem sodelovanju z italijansko zvezo za alkoholologijo (SIA) in z regijami. Tako je od začetka leta 2006 program NOA-CNESPS imel ključno vlogo pri izvajanju uradne dejavnosti pri pripravljanju državne strategije, ki je usmerjena v izvajanje in diseminacijo skupnega standarda usposabljanja in koherentne aplikacije programa IPIB, ki je sedaj vključen v vse dokumente nacionalnega javnega zdravja in izvajan v okvirjih različnih nacionalnih in mednarodnih programov.</p> <p>Seminarji usposabljanja ISS za IPIB sledijo standardom PHEPA: šest srečanj za vsak seminar (1. srečanje: Uvod in osnovni koncepti; 2. srečanje: Zgodnje prepoznavanje; 3. in 4. srečanje: Kratke intervencije; 5. srečanje: Odvisnost od alkohola; 6. srečanje: Izvajanje EIBI). Trajanje: 1 ali 2 dni, odvisno od postavitve.</p> <p>Spletna stran ISS objavlja razpise za izbiro kandidatov za programe usposabljanja IPIB kot tudi program za seminarje, ki sprejemajo do 24 udeležencev (www.iss.it).</p>		
FINANCIRANJE	Nacionalni/regionalni/lokalni organi		
RAVEN	Nacionalna	Regionalna	Lokalna
NAMEN IN CILJI	<p>Seminar usposabljanja je namenjen družinskim zdravnikom in, splošno gledano, vsem zdravnikom s področja primarnega zdravstvenega varstva ter strokovnjakom ostalih specializacij, kot so strokovnjaki za obravnavanje odvisnosti, strokovnjaki s področja svetovanja družinam in preventive na delovnem mestu, psihiatrom in psihologom, z namenom, da izboljšajo svoje strokovne sposobnosti, znanje, odnos in motivacijo ter se spoprijemajo z izzivi, ki vključujejo obravnavo oseb s tvegano in škodljivo rabo alkohola.</p>		

RAZVOJ					
DELEŽNIKI	Ciljne skupine	Državni organi	Vlagatelji	Raziskovalci	
LOGIČNI MODEL	<p>Znanstveno: številne recenzije in znanstvena dokumentacija kot dokazila o učinkovitosti in stroškovni učinkovitosti EIBI za obravnavo tveganega in škodljivega pitja (od leta 2004 s sodelovanjem na projektu s Svetovno zdravstveno organizacijo o prepoznavanju in vodenju problemov zaradi rabe alkohola v primarnem zdravstvenem varstvu, IV. faza (ang. Collaborative Project on Identification and Management of Alcohol-related Problems in Primary Health Care, Phase IV).</p> <p>Kar se tiče presejalnih pripomočkov, je bil vprašalnik AUDIT leta 1997 ocenjen na nacionalni ravni (Piccinelli M. in dr, 1997. BMJ, 314:420–424), izvedena pa je bila tudi nacionalna študija, ki evalvira izvedljivost prilagoditve krajše različice vprašalnika WHO (AUDIT-C) v primarnem zdravstvenem varstvu, objavljena v www.iss.it/binary/alco/cont/Boll%20farm%20alcol%2006%2029%201-6.1182506126.pdf (Struzzo P. in dr., 2006).</p> <p>Pretekle izkušnje: delovna skupina IPIB-ISS je pričela s svojimi dejavnostmi aprila 2006 z izdajo nacionalne strategije, organiziranjem konferenc za predstavitve, promocijo in diseminacijo programa IPIB. Usposabljanje IPIB še ni obvezno za vse strokovnjake v Nacionalnem zdravstvenem sistemu, toda kot primer izvajanja na regionalni ravni je bil predstavljena izkušnja usposabljanja v toskanski regiji in program za vse regije o IPIB na delovnih mestih, ki ga financira Središče za nadzor bolezni (CCM) italijanskega Ministrstva za zdravje (MoH). NOA-CNESPS, ISS, je tako izvedel 11 seminarjev.</p>				
ELEMENTI NAČRTOVANJA	Pregled literature in/ali formativna raziskava	Ocena potreb	Časovnica	Komunikacijski načrt	Načrt evalvacije
IZVEDBA					
ČASOVNI OKVIR	Periodično				
CILJNE SKUPINE	Družinski zdravniki in ostali strokovnjaki v primarnem zdravstvenem varstvu				
KOMUNIKACIJSKI KANALI	Socialni mediji Neposredna komunikacija	Spletna stran Smernice	E-pošta	Sestanki/konference s strokovnjaki/kolegi	
OSNOVNE AKTIVNOSTI	Seminarji usposabljanja, predstavitve in diseminacija širokega nabora gradiva – kampanje, publikacije, prevod in adaptacija priročnika z navodili za usposabljanje PHEPA ter kliničnih smernic za zmanjševanje z alkoholom povezane škode, prilagoditev seminarjev usposabljanja za različne ciljne skupine (tj. otroci, mladostniki, nosečnice, družine in zdravstveni strokovnjaki).				
PODPORNE AKTIVNOSTI	Svetovanje	Supervizija	Usposabljanje	Srečanja tima	
EVALVACIJA					
ODGOVORNOST	Zunanja in notranja				
VRSTA	Procesna	Evalvacija učinkov	Evalvacija rezultatov	Dejavnosti IPIB so predstavljene Ministrstvu za zdravje, ki poroča Parlamentu za spodbujanje preventive na področju alkohola in oblikovanje zakona o alkoholu 125/2001.	

REZULTATI

V splošnem smislu je glavni rezultat te iniciative vključitev programa za usposabljanje za EIBI med aktivnosti Nacionalnega plana zdravstvenega varstva 2007—2010 (ita. Piano Nazionale Alcol e Salute - PNAS) ter Nacionalnega preventivnega programa Ministrstva za zdravje in Regionalnih preventivnih načrtov.

Na koncu vsakega seminarja udeleženci izpolnijo izvorni evalvacijski vprašalnik PHEPA za glavne teme usposabljanja. Eden izmed opisov zaključkov o znanju in zadovoljstvu je bil predstavljen leta 2013 na letnem srečanju INEBRIA v Rimu (www.inebria.net/Du14/pdf/2013_09_19_20.pdf)

POROČILO

Ni javno dostopno

SPREMLJANJE

Aktivnosti so predstavljene v Letnem poročilu Ministrstva za zdravje, ki je namenjeno Parlamentu v povezavi z izvajanjem zakona 125/2001.

DODATNE INFORMACIJE**SPLETNA STRAN**

www.epicentro.iss.it/alcol/

KONTAKTNI PODATKI

Kontaktna oseba: **Claudia Gandin** ali **Emanuele Scafato**
Organizacija: **Istituto Superiore di Sanità**
Naslov: Via Giano della Bella, Rim
Država: Italija
Telefon: +39 06 4990 4192 - 4028
E-pošta: claudia.gandin@iss.it; emanuele.scafato@iss.it

PREGLEDNICA 13: SPLETNI TEČAJ O KRATKIH INTERVENCIJAH NA PODROČJU ALKOHOLA

OSNOVNI PODATKI					
IME	Spletni tečaj o kratkih intervencijah na področju alkohola (ang. Online Course on Brief Alcohol Intervention / fin. Ota puheeksi alkoholi; Puheeksioton perusteet – verkkokurssi)				
POVZETEK	<p>Ustanova A-Clinic Foundation ponuja spletni seminar o kratkih intervencijah za povečanje kapacitet zdravstvenih delavcev v primarnem zdravstvenem varstvu, ki lahko zaznajo škodljivo rabo alkohola. Seminar je namenjen predvsem izvajalcem primarnega zdravstvenega varstva in študentom, predvsem pa medicinskim tehnikom in zdravnikom. Seminar se izvaja v sodelovanju z zbranimi občinami in javnimi ustanovami.</p> <p>Cilj seminarja je zagotoviti enoten pristop na področju kratkih intervencij. Tako je lahko organizacija prepričana, da se lahko vsak delavec zapiše k modelu delovanja in svoje delo ovrednotijo sami. Ustanova A-Clinic Foundation izvaja lastno evalvacijo in je pripravljena podati podporo organizacijam, če je to potrebno. Odgovornost intervencije se deli z ustanovo A-Clinic Foundation kot izvajalcem in javnimi organizacijami, ki naslavljajo javnost v širšem smislu.</p> <p>Prvotno je bil spletni seminar del projekta ustanove, ki se je pričel leta 2011. Vsebina seminarja je oblikovana s strani strokovne skupine iz več disciplin, z izvajanjem seminarja pa so pričeli avgusta 2013. Januarja 2015 so zabeležili več kot 1300 registriranih študentov. Izvajanje je neprekinjeno in pojavlja se nenehna potreba po stroškovno učinkovitih načinih za zmanjševanje zdravstvenih in socialnih težav.</p>				
FINANCIRANJE	Finska zveza Slot Machine Association (RAY), ki je pod nadzorom Ministrstva za socialne zadeve in zdravje na Finskem.				
RAVEN	Nacionalna				
NAMEN IN CILJI	Glavni cilj je ponujanje znanja o tehnikah in praksah v kratkih intervencijah za strokovnjake in študente, ki se pri svojem delu srečujejo z osebami, ki pijejo alkohol tvegano ali škodljivo.				
RAZVOJ					
DELEŽNIKI	Posredna ciljna skupina	Vlagatelji	Raziskovalci	Civilna družba (NVO)	Vodstvo zdravstvenega varstva občin Kotka in Pyhtää.
LOGIČNI MODEL	Pretekle izkušnje: obstajajo močni dokazi v primarnem zdravstvenem varstvu in specializirani zdravstveni oskrbi, da je prepoznavanje škodljivega pitja alkohola in preventiva v zgodnjih stopnjah zelo koristna. Koristi intervencije so vidne nekaj let in lahko jo ponovimo. Učinkovitost načina kratkih intervencij je splošno priznana.				
ELEMENTI NAČRTOVANJA	Pregled literature in/ali formativna raziskava	Podroben načrt aktivnosti	Načrt financiranja	Načrt vodenja človeških virov	
	Časovnica	Dogovor partnerjev	Komunikacijski načrt	Načrt evalvacije	
	Načrt postopka				

IZVEDBA				
ČASOVNI OKVIR	Neprekinjeno			
CILJNE SKUPINE	Splošna populacija			
KOMUNIKACIJSKI KANALI	Brošure/letaki/ promocijska darila	Telefon/mobilni telefon	Spletna stran	E-mail
	Sestanki/konference s strokovnjaki/kolegi		Neposredna komunikacija	
OSNOVNE AKTIVNOSTI	Seminar se je pričel izvajati avgusta 2013. Januarja 2015 so zabeležili več kot 1300 udeležencev. Povpraševanje je neprekinjeno. Prvotno so bili ciljna skupina seminarja izvajalci primarnega zdravstvenega varstva in študenti, toda na podlagi interesa se seminar trenutno ponuja tudi strokovnjakom s področja specializiranega zdravstvenega varstva in socialnega dela. Seminar je v pomoč vsem strokovnjakom, ki so v stiku s škodljivimi posledicami alkohola pri svojem delu.			
PODPORNE AKTIVNOSTI	Svetovanje	Usposabljanje	Služba za pomoč uporabnikom	Poročanje partnerju med postopkom
EVALVACIJA				
ODGOVORNOST	Zunanja in notranja			
VRSTA	Procesna	Evalvacija učinkov	Evalvacija rezultatov	Potrebo po usposabljanju so nadzorovali z začetno anketo za študente (prostovoljna spletna anketa)
REZULTATI	Do sedaj, glede na prvotno raziskavo, je bilo 85 % anketirancev na delovnem mestu že soočenih s situacijo, v kateri bi jim lahko znanje o zdravljenju zlorabe alkohola koristilo. 38 % anketirancev se pogosto sooča s takimi situacijami. Anketiranci imajo potrebo po bolj praktičnih informacijah in pripomočkih za izvajanje krajših intervencij.			
POROČILO	/			
SPREMLJANJE	<p>Anketa je bila ponovno opravljena med 19. aprilom in 18. majem 2016. Prejeli so skupno 326 odgovorov na spletni vprašalnik (26 % stopnja odgovorov). Anketa je v skupnem številu dosegla 1277 anketirancev. Večina (88 % vseh anketirancev) je ocenila seminar kot odličen ali dober.</p> <p>86 % anketirancev čuti, da so prejeli nove informacije o kratkih intervencijah v času seminarja. 64 % anketirancev je lahko uporabila novo znanje na delovnem mestu. Ostali, ki so odgovorili drugače, so izrazili, da niso več v stiku s strankami ali niso bili soočeni s situacijo, ki bi zahtevala krajšo intervencijo. Prav tako je eden izmed razlogov ta, da so nekateri anketiranci študentje. 83 % anketirancev je motivirana za izvajanje kratke intervencije pri svojem delu.</p> <p>Po končanem seminarju približno polovica anketirancev ni vedela, kateri so glavni cilji krajših intervencij v njihovi organizaciji. 30 % jih trdi, da skupni cilji niti niso določeni. Mnogi od teh, ki so odgovorili, da skupni cilji niso določeni, trdijo, da ne poznajo razlogov za pomanjkanje ciljev ali ne vidijo potrebe po postavitvi ciljev.</p> <p>29 % anketirancev čuti, da potrebujejo več usposabljanja za izvajanje kratkih intervencij, med drugim o motivaciji za spremembo, soočanju (s težavnimi) strankami ali o rabi alkohola med starejšimi in mlajšimi osebami. ↓</p>			

SPREMLJANJE



95 % anketirancev pravi, da je bila realizacija spletnega seminarja dobra. 86 % jih trdi, da je bil seminar zelo enostaven za uporabo. Nekateri so imeli tehnične težave in so želeli bolj jasna navodila.

Nekateri odgovori na vprašanje o predlogih za izboljšanje ali povratnih informacijah:

- mislim, da bi morali vpeljati način za obnavljanje vsebin seminarja (kot sporočila z opomniki, letak z glavnimi točkami, ki je na voljo za tiskanje);
- seminar bi se lahko nanašal na bolj raznolike situacije s strankami, poleg situacij pacient-medicinska sestra ali pacient-zdravnik;
- mislim, da bi bilo zelo dobro poslušati izkušnje drugih ljudi, ki so se udeležili seminarja (kot je možnost spletne klepetalnice);
- video posnetki, ki bi prikazovali napačne/težavne situacije;
- bolj jasna navodila za prijavo v seminar in tiskanje certifikata;
- video posnetki so bili zelo dobri;
- seminar je bil v svoji celoti jase in raznolik;
- seminar je pomemben.

DODATNE INFORMACIJE

SPLETNA STRAN

www.otapuheeksi.fi

KONTAKTNI PODATKI

Kontaktna oseba: **Pirkko Hakkarainen**, Vodja digitalnih storitev

Organizacija: **A-Clinic Foundation**

Naslov: Maistraatinportti 2, 00240 Helsinki

Država: Finska

Telefon: +358 50 5780 806

E-pošta: pirkko.hakkarainen@a-klinikka.fi

**PREGLEDNICA 14: PRIPRAVA OKVIRJA ZA IZVAJANJE Z DOKAZI
PODPRTIH INTERVENCIJ NA PODROČJU ALKOHOLA**

OSNOVNI PODATKI				
IME	Priprava okvirja za izvajanje z dokazi podprtih intervencij na področju alkohola (ang. Towards a Framework for Implementing Evidence-based Alcohol Interventions)			
POVZETEK	<p>Prvotni cilj projekta je bil preizkušanje izvedljivosti presejalnih in krajših intervencij znotraj urgentnih oddelkov. Februarja 2008 je bil izveden prikaz zemljevida vseh oddelkov akutne bolnišnične obravnave na nacionalni ravni. Rezultati so prikazali stopnjo obravnav zaradi rabe alkohola in pripomogli k prepoznavanju oddelkov akutne bolnišnične obravnave, kjer se že izvajajo pomembne intervencije. Junija 2008 je bilo organizirano nacionalno srečanje z osebami, ki jih zanima alkohol v akutni bolnišnični obravnavi. Na osnovi dokumenta z zemljevidom in nacionalnega srečanja je bilo prepoznanih sedem bolnišnic, kjer bi lahko izvedli preizkus izvedljivosti presejalnih in krajših intervencij. Z zaposlenimi iz sedmih bolnišnic so bila organizirana multidisciplinarna srečanja, od katerih so štiri bolnišnice lahko opravile preizkus izvedljivosti presejalnih in krajših intervencij na urgentnih oddelkih. V štirih bolnišnicah so zaposlene seznanili s projektom. Ti so se zavezali, da bodo v obdobju od decembra 2009 do februarja 2010 v soje delo vpeljali orodje presejanja in izvajali ustreznih intervencij. Zaposlene so prosili, da pregledajo vse, ki se znajdejo na urgentnem oddelku, na samem začetku pa so se dogovorili, da v določenih okoliščinah to ni možno.</p>			
FINANCIRANJE	Izvršni odbor za zdravstvo (ang. Health Service Executive)			
RAVEN	Nacionalna			
NAMEN IN CILJI	Študija je preizkusila uresničljivost presejalnih in kratkih intervencij znotraj štirih urgentnih oddelkov.			
RAZVOJ				
DELEŽNIKI	Posredna ciljna skupina (učitelji, vodstvo šole, zdravstveni in socialni delavci itn.)	Vlagatelji	Zaposleni na oddelkih akutne bolnišnične obravnave	
LOGIČNI MODEL	<p>Znanstveno: World Health Organisation. (2009) Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol related harm. Geneva: WHO. World Health Organisation. (2001) The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care.</p> <p>Literatura ponuja jasno in konsistentno podporo pri vlogi zdravstvenih tehnikov in ostalih zdravstvenih strokovnjakov pri izvajanju kratkih intervencij pri osebah s tvegano ali škodljivo rabo alkohola (Allen, 1998; D'onofrio in dr., 2002; Herring & Thom, 1999; Anderson in dr., 2001 and Goodall in dr., 2008). Kratke psihološke intervencije so namenjene preiskovanju potencialne težave in motiviranju posameznikov, da ukrenejo nekaj v zvezi z zlorabo prepovedanih snovi, ali na naraven način, usmerjen na klienta (sprememba samega sebe) ali z iskanjem dodatnega zdravljenja zaradi zlorabe prepovedanih snovi (Health Research Board, 2006).</p>			
ELEMENTI NAČRTOVANJA	Pregled literature in/ali formativna raziskava	Ocena potreb	Podroben načrt aktivnosti	Časovnica
	Dogovor partnerjev	Komunikacijski načrt	Načrt evalvacije	

IZVEDBA	
ČASOVNI OKVIR	Neponovljivo, enkratno
CILJNE SKUPINE	Splošna populacija
KOMUNIKACIJSKI KANALI	Radio Časopisi/revije Brošure/letaki/promocijska darila Spletna stran E-pošta Sestanki/konference s strokovnjaki/kolegi Neposredna komunikacija
OSNOVNE AKTIVNOSTI	Razvili so priporočene okvirje za izobraževanja in usposabljanja zdravstvenih tehnikov in babic za izvajanje presejalnih in krajših intervencij na področju težav zaradi rabe alkohola. Prav tako so razvili nacionalni program usposabljanja za izvajanje presejalnih pregledov in krajših intervencij. Rezultati testa o izvedljivosti so bili objavljeni leta 2014 v publikaciji Irish Medical Journal. Na spletni strani Izvršnega odbora za zdravstvo so pripravili zavihek o presejalnih pregledih in kratkih intervencijah. Razvili so spletni vprašalnik za samoocenjevanje rabe alkohola. Presejalni pregledi in kratke intervencije so priporočene na ravni nacionalni politike.
PODPORNE AKTIVNOSTI	Usposabljanje
EVALVACIJA	
ODGOVORNOST	Notranja
VRSTA	Procesna
REZULTATI	<p>Politika:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Treba je oblikovati politiko za naslavljanje tveganega in škodljivega pitja alkohola v vseh oddelkih akutne bolnišnične obravnave. • V vsaki bolnišnici bi bilo treba enega od zaposlenih, ki je v stiku s pacienti, določiti za medicinsko sestro/zdravstvenega tehnika, odgovorno/ega za stike na področju alkohola. Ta oseba bi nudila podporo zdravstvenemu osebju pri izvajanju presejalnih pregledov in krajših intervencij ter bi ves čas delovala v smeri izboljšav pri vodenju tveganih ali odvisnih pivcev alkohola v bolnišnici. • V standardno dokumentacij/kartoteko bolnika se vključi eno dodatno vprašanje na podlagi presejalnih testov M-SASQ. • Napisati je potrebno protokol za detoksikacijo in imeti na voljo ustrezne storitve za oddelke akutne bolnišnične oskrbe. • Presejalni pregledi in kratke intervencije naj se razširijo izven urgentnega oddelka v širše okolje bolnišnice. <p>Zagotavljanje storitev:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Po samem presejalnem pregledu bi morala obstajati jasna napotitvena pot v programe s področja drog in alkohola ter zdravstveni tim za bolnike, ki potrebujejo napotitev iz urgentnega oddelka. • Premisli naj se o vključitvi splošnih presejalni pregledov za droge (na podlagi ustreznih instrumentov) znotraj oddelkov akutne bolnišnične oskrbe. <p>Informacijske in komunikacijske tehnologije:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Izboljšana zbirka elektronskih podatkov, ki bi zajela paciente, ki so prejeli krajšo intervencijo in so bili napoteni na specialistični pregled. • V standardno dokumentacij/kartoteko bolnika se vključi eno dodatno vprašanje na podlagi presejalnih testov M-SASQ. • Na dokazih temelječ samocenjevalni vprašalnik bi bil lahko na voljo v čakalnica bolnišnic ter na spletni strani HSE in www.drugs.ie. ↓

REZULTATI



Usposabljanje:

- Na vseh stopnjah razvoja kariere, vključno s študijem, je treba izvajati multidisciplinarno usposabljanje na področju presejalnih pregledov in krajših intervencij.
- Za SAOR metodo usposabljanja je treba razviti program e-učenja.

Nacionalno:

- Treba je oblikovati kampanjo za izobraževanje javnosti o škodljivih posledicah rabe alkohola in o novih standardnih mericah za alkoholne pijače.

Ta študija je pokazala, da sistematično presejanje na področju alkohola v urgentnih oddelkih prinaša veliko koristi, saj so vzorci pitja taki, da se lahko obolevnost v veliko primerih prepreči. V najboljšem primeru postanejo presejalni testi del vsakdanje klinične ocene.

POROČILO

<http://www.lenus.ie/hse/handle/10147/313130>

HSE: "Priprava okvirja za izvajanje z dokazi podprtih intervencij na področju alkohola"

SPREMLJANJE

Rezultati študije o izvedljivosti so bili podani usmerjevalni skupini, ki je presojala o vključitvi alkohola v Nacionalno strategijo o drogah. V poročilu usmerjevalne skupine za Nacionalno strategijo zlorabe prepovedanih drog so priporočili naslednje: v vseh splošnih bolnišnicah je treba vpeljati funkcijo svetovalca s področja alkohola za naloge koordiniranja načrtovanja oskrbe in/ali presejalnih in kratkih intervencij za bolnike z motnjami/boleznimi povezanimi z pitjem alkohola.

http://health.gov.ie/wp-content/uploads/2014/03/Steering_Group_Report_NSMS.pdf

Razvili so "Priporočene okvirje za izobraževanja in usposabljanja zdravstvenih tehnikov in babice za izvajanje presejalnih in kratkih intervencij na področju težav zaradi rabe alkohola":

Priporočeni okvirji ponujajo standardiziran pristop k izobraževanju in usposabljanju zdravstvenih tehnikov, babic ter zdravstvenih in socialnih strokovnjakov, ki lahko opravljajo presejalne preglede in kratke intervencije v urgentnih okoljih in v okoljih skupnostne oskrbe. Program izobraževanja in usposabljanja uporablja model SAOR© (ang. Support, Ask, Assess, Offer Assistance, and Refer), kar pomeni "podpiraj, vprašaj, ponudi pomoč in napoti", za presejalne preglede in kratke intervencije za tvegano pitje alkohola. Od leta 2012 je bilo po modelu SAOR© usposobljenih približno 1400 oseb. Razvit je bil program usposabljanja predavateljev SAOR© Train the Trainer in je trenutno v fazi uvajanja kot podpora pri nadaljnjem usposabljanju. Za irsko okolje so bili razviti številni viri za izvajanje presejalnih pregledov in krajših intervencij, vključno s samocenjevalnim spletnim vprašalnikom za prepoznavanje tvegane ali škodljive rabe alkohola.

DODATNE INFORMACIJE

SPLETNA STRAN

www.hse.ie/eng/services/Publications/topics/alcohol/alcoholscreening.html

KONTAKTNI PODATKI

Kontaktna oseba: **Ruth Armstrong**, Vodja projekta – Alkohol
Organizacija: **Health Service Executive**
Naslov: Oak House, Millennium Park, Naas, Co.Kildare
Država: Irska
Telefon: +353 86 3801 155
E-pošta: ruth.armstrong@hse.ie

4.4.2. Prvi pokazatelji učinkovitosti

PREGLEDNICA 15: INTERVENCIJA ZA UPORABNIKE DROG V ŠOLSKEM OKOLJU

OSNOVNI PODATKI				
IME	Intervencija za uporabnike drog v šolskem okolju (ang. School-Based Intervention for Drug Using Students)			
POVZETEK	Preventivna intervencija je predlog za smer delovanja, ki ga lahko povzamejo predstavniki šol z namenom, da bi pomagali učencem in njihovim staršem, da se soočijo s krizno situacijo in da premagajo vidne ali prikrite težavo z drogami. Osnovni namen usposabljanja, ki traja 12 ur, je pripravljane udeležencev za izvajanje intervencijskih pogovorov z učenci in njihovimi starši ter strinjaje s pogodbo.			
FINANCIRANJE	Nacionalna/regionalni/lokalni organi			
RAVEN	Nacionalna			
NAMEN IN CILJI	Splošni cilj tega programa je omejevanje rabe psihoaktivnih snovi med učenci in izboljšati njihovo učno uspešnost. Razvoj celostne intervencije, ki naslavlja rabo psihoaktivnih snovi v šolah. Izvajanje intervencije in podpiranje pozitivnih sprememb v vedenju učenca v povezavi z alkoholom, tobakom in drogami.			
RAZVOJ				
DELEŽNIKI	Posredna ciljna skupina	Državni organi	Vlagatelji	Raziskovalci
LOGIČNI MODEL	Znanstveni model: krizna intervencija, krajša intervencija rabe alkohola v PHCU, motivacijski intervju			
ELEMENTI NAČRTOVANJA	Pregled literature in/ali formativna raziskava Časovna porazdelitev	Ocena potreb Načrt evalvacije	Podroben načrt aktivnosti	Načrt vodenja človeških virov
IZVEDBA				
ČASOVNI OKVIR	Neprekinjeno			
CILJNE SKUPINE	Otroci	Mladostniki	Starši	
KOMUNIKACIJSKI KANALI	Brošure/letaki/promocijska darila	Sestanki, konference s strokovnjaki/kolegi	Znanstvene publikacije	
OSNOVNE AKTIVNOSTI	Srečanja z osebjem šole, usposabljanja, supervizija			
PODPORNE AKTIVNOSTI	Svetovanje		Srečanja tima	

EVALVACIJA			
ODGOVORNOST	Notranja		
VRSTA	Procesna	Evalvacija učinkov	Evalvacija rezultatov
REZULTATI	<p>Po mnenju anketirancev se je 44 % intervencij končalo uspešno. To pomeni, da se je pri učencu dosegla stalna sprememba ali ni dokazov o tem, da učenec še naprej krši pravila šole. Na podlagi razpoložljivih informacij lahko zaključimo, da je ta intervencija v šolskem okolju lahko zelo koristna za šolsko osebje in v večini ustreza njihovim potencialnim sposobnostim.</p> <p>Rezultati navajajo, da so v polovici sodelujočih šol izvedli vsaj nek del predlaganih sprememb sistema, v večini pa so učitelji uporabili ključne elemente intervencijske metode pri reševanju težav z vodenjem učencev ali pri težavah povezanih z zlorabo drog. V nadaljnjem procesu je za učinkovitost nadvse pomembna dobra komunikacija in odprtost pri stikih staršev s šolo. Prav tako je obstajal vir pozitivne spodbude pri vseh vpletenih osebah.</p>		
POROČILO	<p>EMCDDA: "Intervencija v šolskem okolju za učence, ki jemljejo droge" Borucka A., Pisarska A, Okulicz-Kozaryn K. [Evaluation of a school-based intervention method for drug using students]. [Članek v poljskem jeziku], Med Wieku Rozwoj. 2003 Jan-Mar;7(1 Pt 2):157-72.</p> <p>Okulicz-Kozaryn K, Borucka A, Pisarska A. [Introduction of a school-based intervention method targeted for drug using students. Barriers related to the co-operation between parents and teachers]. [Članek v poljskem jeziku] Med Wieku Rozwoj. 2003 Jan-Mar; 7(1 Pt 2):173-92.</p>		
SPREMLJANJE	No		
DODATNE INFORMACIJE			
SPLETNA STRAN	/		
KONTAKTNI PODATKI	Kontaktna oseba: Agnieszka Pisarska Organizacija: Prevention Unit, Institute of Neurology and Psychiatry Naslov: 9 Sobieskiego Str. 02-957 Varšava Država: Poljska Telefon: +48 22 4582 630 E-pošta: agapisar@ipin.edu.pl		

4.4.3. Dobri pokazatelji učinkovitosti

PREGLEDNICA 16: NACIONALNI PROJEKT “TVEGANO PITJE ALKOHOLA”

OSNOVNI PODATKI				
IME	Nacionalni projekt “Tvegano pitje alkohola” (ang. The National Risk Drinking Project)			
POVZETEK	Projekt “Tvegano pitje alkohola” je bila med leti 2004 in 2010 naloga švedskega Nacionalni inštitut za javno zdravje (trenutno Agencija za javno zdravje Švedske) podana s strani vlade. Glavni cilj projekta je bil vprašanjem o pivskih navadah dati vidno mesto v zdravstveni oskrbi. Projekt je bil prvotno usmerjen na zaposlene v primarnem zdravstvenem varstvu, zdravstveni oskrbi otrok, porodnišnicah in medicini dela. Delo je bilo pozneje razširjeno na univerze in bolnišnice.			
FINANCIRANJE	Nacionalni/regionalni/lokalni organi			
RAVEN	Nacionalna		Regionalna	
NAMEN IN CILJI	Cilji: <ul style="list-style-type: none"> • Zdravstveno osebje svojem vsakodnevnem delu pogosto nagovarja teme, povezane z alkoholno problematiko. • Zdravstveno osebje je zelo samoučinkovito, ima dobro znanje in pozitiven odnos do težav, povezanih z alkoholom. 			
RAZVOJ				
DELEŽNIKI	Ciljne skupine	Posredna ciljna skupina	Državni organi	Raziskovalci
	Strokovne zdravstvene organizacije, bolnišnice, lokalni delavci v javnem zdravju			
LOGIČNI MODEL	Znanstveni model: projekt se je pričel z osnovnim vprašalnikom. Ciljna skupina je vključevala družinske zdravnike, zdravstveno osebje na sprejemu in patronažne sestre, ki so na švedskem pooblaščen za izdajanje receptov v primarnem zdravstvenem varstvu, zdravstveni tehniki v zdravstveni oskrbi otrok, babice v zdravstveni oskrbi mater ter zdravstveni tehniki in zdravniki v medicini dela. Pretekle izkušnje: delo projekta se je pričelo z analizo ovir in priložnosti za razširjanje in vpeljavo sekundarne preventive s področja alkohola v zdravstvene storitve na Švedskem. Najprej se je dobro preučilo pretekle poskuse pri uvajanju v švedskem okolju in izven njega. V program so bili vključeni primeri dobrih praks, kot je Delavnica tvegane rabe alkohola (ang. The Risk Drinking Workshop) in motivacijski intervju. Vključene so bile tudi na dokazih temelječe izvedbene strategije, kot je vzajemno (peer-to-peer) učenje, pristop “od spodaj navzgor”, grajenje na že obstoječih strukturah itn.			
ELEMENTI NAČRTOVANJA	Pregled literature in/ali formativna raziskava	Ocena potreb	Podroben načrt aktivnosti	Načrt financiranja
	Načrt vodenja človeških virov	Časovnica	Dogovor partnerjev	Načrt evalvacije

IZVEDBA					
ČASOVNI OKVIR	Neprekinjeno				
CILJNE SKUPINE	Splošna populacija	Odrasli	Starši	Nosečnice	Družine
KOMUNIKACIJSKI KANALI	Televizija	Časopisi/revije	Brošure/letaki/promocijska darila	Telefon/mobilni telefon	
	Spletna stran	E-pošta	Sestanki, konference s strokovnjaki/kolegi	Smernice	
OSNOVNE AKTIVNOSTI	Dejavnosti so vključevale usposabljanje, podajanje informacij in konference za zdravstveno osebje.				
PODPORNE AKTIVNOSTI	Svetovanje		Usposabljanje	Srečanja tima	
EVALVACIJA					
ODGOVORNOST	Zunanja in notranja				
VRSTA	Procesna		Evalvacija učinkov	Evalvacija rezultatov	
REZULTATI	<p>Evalvacija je pokazala, da so se pomembne spremembe prikazale pri večini obravnavanih spremenljivk. Znotraj primarnega zdravstvenega varstva je postalo zdravstveno osebje bolj aktivno pri nagovarjanju tem s področja alkohola v komunikaciji s pacienti, več imajo znanja o tem, kako svetovati pacientu na področju alkohola, in večja je njihova samozavest glede lastnih sposobnostih (izboljšana samoučinkovitost) za pomoč bolnikom pri zmanjševanju tvegane rabe alkohola. Aktivnost v obliki pogovora o alkoholu se je povečala bolj kot v primeru ostalih življenjskih navad. Evalvacija prav tako kaže na povezavo med stopnjo aktivnosti na področju alkoholne preventive in količino usposabljanja za ravnanje s tveganimi pivci alkohola, ki jo je prejelo osebje. Bolj usposobljeno osebje je splošno bolj aktivno.</p>				
POROČILO	FOLKHALSOMYNDIGHETEN: "Alkoholna problematika v zdravstvenem varstvu"				
SPREMLJANJE	Da	Tri leta po začetku projekta je bilo izvedeno spremljanje.			
DODATNE INFORMACIJE					
SPLETNA STRAN	www.folkhalsomyndigheten.se				
KONTAKTNI PODATKI	<p>Kontaktna oseba: Åsa Wetterqvist, Posebni svetovalec Organizacija: Public Health Agency of Sweden Naslov: 171 82 Solna Država: Švedska Telefon: +46 10 2052 000 E-pošta: asa.wetterqvist@folkhalsomyndigheten.se</p>				

4.4.4. Močni pokazatelji učinkovitosti

PREGLEDNICA 17: SPLETNA INTERVENCIJA NA PODROČJU POSAMEZNIKOVEGA SPOPRIJEMANJA IN PROGRAM ZA ALKOHOLO PREVENTIVO

OSNOVNI PODATKI					
IME	Spletna intervencija na področju posameznikovega spoprijemanja in program za alkoholno preventivo (ang. Web-ICAIP – Web-Based Individual Coping and Alcohol-Intervention Programme / šve. Alkohol och coping)				
POVZETEK	Študija je sestavljena iz RCT z dvema paralelnima pogojema, kjer ima ena skupina dostop do intervencije Web-ICAIP, druga pa se sestoji iz čakalnega seznama kontrolne skupine, ki predstavlja običajno zdravljenje. V študiji je sodelovalo približno 200 oseb med 15. in 19. letom starosti. Intervencija Web-ICAIP je predstavljen v obliki družabne igre, ki vsebuje set posnetih predavanj, vaj in povratnih informacij. Nekateri elementi so obvezni, nekateri pa ne. Predavanja vsebujejo tematiko zlorabe prepovedanih snovi v družini in opisujejo številne strategije za spoprijemanje s situacijo. Interaktivni elementi ciljno skupino pritegnejo k sodelovanju in jih spodbudi k opisovanju svojih čustev in vsakodnevnega življenja.				
FINANCIRANJE	Nacionalni/regionalni/lokalni organi	NVO			
RAVEN	Nacionalna				
NAMEN IN CILJI	Namen intervencije Web-ICAIP je okrepitev strategij za spoprijemanje s situacijo pri mladostnikih, izboljšanje njihovega duševnega stanja in preložitev pričetka ali zmanjšanje tvegane rabe alkohola.				
RAZVOJ					
DELEŽNIKI	Posredna ciljna skupina	Raziskovalci			
LOGIČNI MODEL	Študija je sestavljena iz RCT z dvema paralelnima pogojema, kjer ima ena skupina dostop do intervencije Web-ICAIP, druga pa se sestoji iz čakalnega seznama kontrolne skupine, ki predstavlja običajno zdravljenje. Udeleženci so bili zbrani z oglasi v aplikaciji Facebook in na spletni strani Drugsmart (www.drugsmart.com), ki poleg splošnih informacij o alkoholu in drugih drogah vsebuje informacije, dejstva in aktivnosti za otroke staršev, ki uporabljajo prepovedane snovi.				
ELEMENTI NAČRTOVANJA	Pregled literature in/ali formativna raziskava	Ocena potreb	Podroben načrt aktivnosti	Načrt financiranja	Načrt evalvacije
IZVEDBA					
ČASOVNI OKVIR	Neponovljivo, enkratno				
CILJNE SKUPINE	Mladostniki	Mladi odrasli			
KOMUNIKACIJSKI KANALI	Socialni mediji	Spletna stran	Sestanki/konference s strokovnjaki/kolegi	Znanstvene publikacije	

OSNOVNE AKTIVNOSTI	Intervencija Web-ICAIP bo vključena na spletno stran www.drugsmart.com , s katero upravlja Švedski svet za informacije o alkoholu in ostalih drogah (ang. Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs), kjer bodo tudi objavljeni končni rezultati evalvacije.	
PODPORNE AKTIVNOSTI	Srečanja tima	
EVALVACIJA		
ODGOVORNOST	Zunanja	
VRSTA	Evalvacija učinkov	Evalvacija rezultatov
REZULTATI	V študiji je sodelovalo približno 200 oseb med 15. in 19. letom starosti. Preliminarni rezultati spremljanja po 2 in 6 mesecih kažejo, da velik delež sodelujočih uporablja nefunkcionalne strategije spoprijemanja in so podvrženi psihološkim motnjam ter sami tvegano pijejo alkohol. Večina sodelujočih ima simptome depresije, štirje od desetih pa simptome tvegane rabe alkohola. Rezultati kažejo še, da sodelujoči v intervenciji zmanjšajo rabo alkohola v večji meri kot sodelujoči v kontrolni skupini. Končni rezultati bodo objavljeni leta 2015.	
POROČILO	www.biomedcentral.com/1471-2458/12/35	
SPREMLJANJE	Da	Rezultati končnega spremljanja bodo objavljeni leta 2015.
DODATNE INFORMACIJE		
SPLETNA STRAN	http://stad.org/sv/forskning/barn-i-missbruksmilj-bim (le v švedskem jeziku)	
KONTAKTNI PODATKI	Kontaktna oseba: Anna Raninen , Vodja oddelka Organizacija: Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs Naslov: PO Box 70412, SE-10725 Stockholm Država: Švedska Telefon: +47 72 3714 321 E-pošta: anna.raninen@can.se	

PREGLEDNICA 18: DEVET MESECEV NULA

OSNOVNI PODATKI				
IME	Devet mesecev nula (ang. Nine Months Zero / niz. Negen Maanden Niet)			
POVZETEK	Intervencija je prilagojena za spletno uporabo, njen namen je zmanjšanje rabe alkohola med nosečnostjo. Intervencija je namenjena nosečnicam, ki pijejo alkohol. Udeleženske izpolnijo začetni vprašalnik in dva nadaljnja vprašalnika po 6 tednih in 2 mesecih spremljanja. Po oddaji vsakega vprašalnika prejmejo prilagojeno svetovanje. Udeleženske so zbrane s strani ginekologov in babic ali preko spletnih strani o nosečnosti in alkoholu.			
FINANCIRANJE	Izobraževalna/javno zdravstvena/raziskovalna institucija			
RAVEN	Nacionalna			
NAMEN IN CILJI	Glavni namen je, da nosečnice, ki pijejo alkohol, prenehajo piti. Glavni cilji so: <ul style="list-style-type: none">• povečanje znanja o škodljivih učinkih rabe alkohola med nosečnostjo,• boljše razumevanje dejstva, da so prednosti, če se ne pije alkohola, bolj pomembne za otroka in nosečnico, kot so morebitne slabosti,• boljše spretnosti za ohranjanje abstinence med nosečnostjo, kljub odsotnosti družbene podpore• pripomočki k oblikovanju načrtov za doseganje abstinence med nosečnostjo.			
RAZVOJ				
DELEŽNIKI	Ciljne skupine	Posredna ciljna skupina	Vlagatelji	Raziskovalci
	Zavodi za zdravstveno zavarovanje			
LOGIČNI MODEL	Intervencija je zasnovana na modelu I-Change Model (De Vries, in dr., 2003). Model je bil vpeljan znotraj več prejšnjih študij promocije zdravja.			
ELEMENTI NAČRTOVANJA	Pregled literature in/ali formativna raziskava Načrt vodenja človeških virov Načrt evalvacije	Ocena potreb Časovnica	Podroben načrt aktivnosti Dogovor partnerjev	Načrt financiranja Komunikacijski načrt
IZVEDBA				
ČASOVNI OKVIR	Neponovljivo, enkratno			
CILJNE SKUPINE	Nosečnice			
KOMUNIKACIJSKI KANALI	Časopisi/revije E-pošta Znanstvene publikacije	Brošure/letaki/promocijska darila Sestanki/konference s strokovnjaki/kolegi	Socialni mediji Neposredna komunikacija	Spletna stran Smernice

OSNOVNE AKTIVNOSTI	Predstavitve za ginekologe in babice za promocijo intervencije			
PODPORNE AKTIVNOSTI	Svetovanje	Supervizija	Usposabljanje	Srečanja tima
EVALVACIJA				
ODGOVORNOST	Notranja			
VRSTA	Procesna	Evalvacija učinkov	Evalvacija rezultatov	
REZULTATI	Projekt Devet mesec nula je dokazano učinkovit. 78 % sodelujočih nosečnic je prenehalo s pitjem po zaključku intervencije, v primerjavi s 45 % žensk, ki so jim svetovali le znotraj redne zdravstvene oskrbe. Intervencijo priporočamo kot privlačno intervencijo za nosečnice, ki pijejo alkohol.			
POROČILO	www.jmir.org/2014/12/e274			
SPREMLJANJE	Ne			
DODATNE INFORMACIJE				
SPLETNA STRAN	www.alcoholenzwangerschap.nl/negenmaandenniet.html			
KONTAKTNI PODATKI	Kontaktna oseba: Wim van Dalen Organizacija: Dutch Institute for Alcohol Policy STAP Naslov: PO Box 9769, 3506 GT Utrecht Država: Nizozemska Telefon: +31 30 6565 041 E-pošta: wvandalen@stap.nl			

PREGLEDNICA 19: ŠVEDSKI NACIONALNI TELEFON ZA KLIC V STISKI

OSNOVNI PODATKI						
IME	Švedski nacionalni telefon za klic v stiski (ang. The Swedish National Alcohol Helpline / šve. Alkoholnlinjen)					
POVZETEK	<p>Od leta 2007 Švedski nacionalni telefon za klic v stiski osebam, ki tvegano in škodljivo posegajo po alkoholu, ponuja enostavno dostopno nizko-pražno storitev. Klicatelji imajo ob prvem stiku pogosto relativno resne težave z alkoholom. Večina je že uporabljala različne storitve zdravstvene oskrbe. Čeprav jih je skoraj polovica že iskala pomoč, da bi spremenila svoje pивske navade, se je le eden od petih obrnil na ponudnike zdravstvene oskrbe. Socialne okoliščine klicateljev so pogosto relativno urejene: so zaposleni, imajo družino in dostop do družbene podpore. Skoraj vsi klicatelji pa so zelo zadovoljni s sprejemom ob prvem stiku na številki za pomoč v stiski. Številka za klic v stiski ponuja izvedljivo storitev za tvegano in škodljivo rabo alkohola. Najprej je študija pokazala, da je delež sodelujočih, ki bi bili lahko odvisni od alkohola, padel s 64 % ob prvem stiku na 19 % po 12 mesečnem spremljanju. Nadaljnje študije potrjujejo preliminarne zaključke o možni učinkovitosti svetovanja, ki ga ponuja številka za klic v stiski. Kot naslednji korak je bila maja 2015 izvedena RCT, ki je vključevala alternativni svetovalni model z gradivom za samopomoč.</p>					
FINANCIRANJE	Nacionalni/regionalni/lokalni organi					
RAVEN	Nacionalna		Regionalna			
NAMEN IN CILJI	Nudjenje enostavno dostopne nizko-pražne storitve za osebe, ki tvegano ali škodljivo posegajo po alkoholu					
RAZVOJ						
DELEŽNIKI	Raziskovalci		Državne organizacije		Vlagatelji	
LOGIČNI MODEL	<p>Znanstveno: svetovanje na številki za klic v stiski temelji predvsem na motivacijskemu intervjuju v kombinaciji z elementi kognitivno-vedenjske terapije. Mnoge raziskave v okolju zdravstvene oskrbe kažejo na to, da so kratke intervencije učinkovite in stroškovno učinkovite, predvsem pri osebah s tvegano in škodljivo rabo alkohola. Sodelujoči v teh raziskavah so tipični bolniki, ki ne iščejo zdravljenja, odkrijejo jih pa priložnostni presejalni pregledi. Obstajajo dokazi, da je motivacijski intervju zelo učinkovit pri zmanjševanju rabe alkohola. Intervencije po telefonu so zelo učinkovite pri zdravljenju težav z duševnim zdravjem, za prenehanje s kajenjem in zahtevajo nizke stroške.</p>					
ELEMENTI NAČRTOVANJA	Ocena potreb		Načrt financiranja		Načrt vodenja človeških virov	
IZVEDBA						
ČASOVNI OKVIR	Neprekinjeno					
CILJNE SKUPINE	Splošna populacija					
KOMUNIKACIJSKI KANALI	Spletna stran	Časopisi/revije	Brošure/letaki/promocijska darila	Sestanki/konference s strokovnjaki/kolegi	Smernice	Znanstvene publikacije

OSNOVNE AKTIVNOSTI	<p>Telefon za klic v stiski, povezni z alkoholom, deluje na dveh ali treh linija hkrati 33 ur na teden. Vsi stiki s klicatelji so registrirani v računalniški bazi podatkov, ki je zaščiten z varstvom podatkov, ki se uporablja v švedskem zdravstvenem sistemu.</p> <p>Vprašalnik AUDIT se uporablja za ocenitev klicateljeve rabe alkohola in težav zaradi rabe alkohola. Osebe, ki potrebujejo dodatno podporo, so napotene k ponudnikom drugih storitev.</p>		
PODPORNE AKTIVNOSTI	Usposabljanje	Supervizija	Srečanja tima
EVALVACIJA			
ODGOVORNOST	Zunanja in notranja		
VRSTA	Evalvacija učinkov	Evalvacija rezultatov	
REZULTATI	<p>Po 12 mesecih so sodelujoči v veliki meri zmanjšali svojo AUDIT oceno za skoraj polovico osnovnih vrednosti, ena tretjina sodelujočih pa abstinira ali pije alkohol v zmernih količinah. Med ženskimi udeleženkami, ki so sodelovale v več kot enem srečanju, se je pokazal trend k nižjim AUDIT ocenam, v primerjavi s tistimi, ki so na številko klicale samo enkrat.</p>		
POROČILO	www.substanceabusepolicy.com/content/9/1/22		
SPREMLJANJE	Da Spremljanje po 12 mesecih, trajajoči RCT s 6 in 12 mesečnim spremljanjem.		
DODATNE INFORMACIJE			
SPLETNA STRAN	alkohollinjen.se		
KONTAKTNI PODATKI	<p>Kontaktna oseba: Kerstin Damström Thakker, Vodja Švedske telefona za klic v stiski Organizacija: Centre for Epidemiology and Community Medicine, Alcohol and Tobacco Prevention Unit Naslov: PO Box 1497, SE-171 29 Solna, Švedska Država: Švedska Telefon: +47 72 3714 321 E-pošta: anna.raninen@can.se</p>		

PREGLEDNICA 20: PROGRAM “PIJ MANJ”

OSNOVNI PODATKI				
IME	Program “Pij manj” (ang. “Drink Less” Programme)			
POVZETEK	Katalonska Agencije za javno zdravje s sodelujočimi organizacijami v okviru Programa o prepovedanih snoveh že od leta 2002 izvaja Program “Pij manj”. Njihov namen je zmanjševanje tvegane rabe alkohola in z alkoholom povezanih težav, ki vplivajo na populacijo, ki vstopa v zavode primarnega zdravstvenega varstva. Vključenih je 367 zavodov primarnega zdravstvenega varstva. Program ponuja strokovnjakom usposabljanje in ustrezna podpora orodja za svetovanje, da bi lažje izvedli zgodnje in kratke intervencije.			
FINANCIRANJE	Nacionalno/regionalno			
RAVEN	Regionalna			
NAMEN IN CILJI	Namen je zmanjševanje tvegane rabe alkohola in z alkoholom povezanih težav, ki vplivajo na populacijo, ki vstopa v zavodih primarnega zdravstvenega varstva. Glavni cilj je povečanje števila presejalnih pregledov in kratkih intervencij z dviganjem ozaveščenosti med zdravstvenimi strokovnjaki glede tvegane in škodljive rabe alkohola. Poleg tega projekt cilja tudi na ozaveščanje posameznikov, ki koristijo storitve primarnega zdravstvenega varstva, o tveganjih, povezanih s tveganim in škodljivim pitjem alkohola.			
RAZVOJ				
DELEŽNIKI	Ciljne skupine	Posredna ciljna skupina	Državni organi	Raziskovalci
	Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC)	Associació d’Infermeria Familiar i Comunitària (AIFICC)		
LOGIČNI MODEL	Znanstveno: program “Pij manj” je bil oblikovan leta 1995 v okviru skupnega mednarodnega projekta WHO “Alkohol in primarno zdravstveno varstvo”. Sledi modelu usposabljanja in podpore, ki je podrobno opisan v III. fazi Skupnega projekta WHO.			
ELEMENTI NAČRTOVANJA	Pregled literature in/ali formativna raziskava	Ocena potreb	Podroben načrt aktivnosti	Načrt financiranja
	Načrt vodenja človeških virov	Časovnica	Dogovor partnerjev	Komunikacijski načrt
	Načrt evalvacije			
IZVEDBA				
ČASOVNI OKVIR	Neprekinjeno			
CILJNE SKUPINE	Splošna populacija	Mladi odrasli	Odrasli	Starejše osebe
	Nosečnice	Ženske	Moški	

KOMUNIKACIJSKI KANALI	Časopisi/revije	Brošure/letaki/ promocijska darila	Spletna stran	E-pošta	Sestanki/ konference s strokovnjaki/kolegi
	Neposredna komunikacija	Smernice	Znanstvene publikacije	Platforma	Letna konferenca
OSNOVNE AKTIVNOSTI	Usposabljanje in neprekinjeno izobraževanje, promocija raziskovalnih aktivnosti na področju alkohola, podporne in komunikacijske aktivnosti, neprekinjena izdelava podpornih gradiv.				
PODPORNE AKTIVNOSTI	Svetovanje	Supervizija	Usposabljanje	Srečanje s skupino	
	Služba za pomoč uporabnikom				
EVALUACIJA					
ODGOVORNOST	Notranja				
VRSTA	Procesna	Evalvacija učinkov	Evalvacija rezultatov		
REZULTATI	Število udeležencev v programu "Pij manj" je bilo 724, število sodelujočih zavodov primarnega zdravstva je bilo 357; presejalnih pregledov v zavodih je bilo 50 %, tveganega in škodljivega pitja pa 2 %.				
POROČILO	www.inebria.net/Du14/pdf/2011_11_21_segura.pdf				
SPREMLJANJE	Da Letna evalvacija z neprekinjenim izboljšanjem kazalnikov postopka zbiranja. Za izčrpno analizo je bila uporabljena tehnika DAFO.				
DODATNE INFORMACIJE					
SPLETNA STRAN	beveumenys.cat drogues.gencat.cat				
KONTAKTNI PODATKI	Kontaktna oseba: Joan Colom Organizacija: Program on Substance Abuse. Public Health Agency of Catalonia. Department of Health. Naslov: Roc Boronat, 81,95 Barcelona Država: Katalonija/Španija Telefon: +34 93 5513 610 E-pošta: beveumenys.salut@gencat.cat				

PREGLEDNICA 21: TRAMPOLIN

OSNOVNI PODATKI				
IME	Trampolin (ang. Trampoline)			
POVZETEK	Skupinska intervencija Trampolin je namenjena otrokom med 8. in 12. letom starosti z vsaj enim skrbnikom, ki zlorablja alkohol ali drugo drogo ali je z njo zasvojen. Intervencija je bil preizkušen v RCT z 218 otroki iz družin, obremenjenih z zlorabo alkohola, v 27 svetovalnih ustanovah v Nemčiji. Intervencija je usmerjena na težave in potrebe otrok iz teh družin, predvsem pa raziskuje vlogo psiho-edukacije pri otrokovem dobrem počutju, vključno z zasvojenostjo povezanimi vsebinami in aktivnostmi.			
FINANCIRANJE	Nacionalni/regionalni/lokalni organi	Nevladna organizacija		
RAVEN	Nacionalna			
NAMEN IN CILJI	Splošni cilj intervencije Trampolin je preprečevanje zlorabe snovi pri otrocih, ki izhajajo iz obremenjenih družin. Specifični cilji so izobraževanje otrok o učinkovitih strategijah za spoprijemanje s stresom, o alkoholu in drogah (učinki in posledice) z namenom zmanjševanja psihičnega stresa, ki izvira iz zlorabe snovi ali zasvojenosti staršev, izboljšanje občutkov samozavesti in samoučinkovitosti ter pomoč pri razvijanju pozitivnega koncepta samega sebe.			
RAZVOJ				
DELEŽNIKI	Ciljne skupine	Raziskovalci	Civilna družba (NVO)	
LOGIČNI MODEL	Teoretična temeljna načela intervencije izhajajo iz obstoječe literature.			
ELEMENTI NAČRTOVANJA	Pregled literature in/ali formativna raziskava	Ocena potreb	Podroben načrt aktivnosti	Načrt financiranja
	Načrt vodenja človeških virov	Časovnica	Dogovor partnerjev	Komunikacijski načrt
	Načrt evalvacije			
IZVEDBA				
ČASOVNI OKVIR	Neprekinjeno			
CILJNE SKUPINE	Otroci	Starši	Ranljive skupine: izolirani otroci	
KOMUNIKACIJSKI KANALI	Brošure/letaki/promocijska darila	Spletna stran	Sestanki/konference s strokovnjaki/kolegi	
OSNOVNE AKTIVNOSTI	Razvoj skupinske intervencije Trampolin je potekal v treh stopnjah: pregledovanje mednarodne literature, povabilo strokovnjakov s področja (svetovalci, socialni delavci), izvajanje in skrbno nadziranje pilotnega preizkusa intervencije. Priročnik s podrobnimi rezultati vsebuje devet tedenskih 90-minutnih modulov za otroke kot tudi dve pogojni srečanja s starši.			
PODPORNE AKTIVNOSTI	Svetovanje	Supervizija	Usposabljanje	Srečanje s skupino

EVALVACIJA

ODGOVORNOST	Zunanja in notranja		
VRSTA	Procesna	Evalvacija učinkov	Evalvacija rezultatov
REZULTATI	Obe intervenciji sta imeli pomemben vpliv skozi čas. Učinki so bili porazdeljeni v skupino pred in po intervenciji ter pred in med spremljanjem. Vsi učinki, razen ene izjeme (konstruktivno-blažilna regulacija čustev), so se razvili v želeni smeri (strategije izogibanja s snovmi povezanimi situacijami, duševna stiska, kognitivne sposobnosti, samozavest itn.). Pomembne razlike med skupinami so se pojavile na področju znanja, duševne stiske in socialne izoliranosti. Pri udeležencih intervencije se je v primerjavi s kontrolno skupino statistično pomembno povečalo znanja ter zmanjšala zaskrbljenost in socialna izoliranost. Na področju samoučinkovitosti in samozavesti med skupinama ni bilo razlik.		
POROČILO	Rezultat in postopek: Broening, S., Wiedow, A., Wartberg, L., Ruths, S., Haevelmann, A., Kindermann, S., Moesgen, D., Schaunig-Busch, I., Klein, M. & Thomasius, R. (2012). Targeting children of substance-using parents with the community-based group intervention TRAMPOLINE: a randomised controlled trial--design, evaluation, recruitment issues. BMC Public Health, 12–223. Postopek: Haevelmann, A., Broening, S., Klein, M., Moesgen, D., Wartberg, L., & Thomasius, R (2013). Empirical Quality Assurance in the Evaluation of “Trampoline” – A Group Intervention for Children of Substance-using Parents. Suchttherapie, 14(03), 128–134. ()		
SPREMLJANJE	Da	Spremljanje po 6 mesecih: odkrivanje “sleeper” efekta in preverjanje stabilnosti učinkov, ki so bili odkriti po intervenciji.	

DODATNE INFORMACIJE

SPLETNA STRAN	www.projekt-trampolin.de
KONTAKTNI PODATKI	Kontaktna oseba: Rainer Thomasius Organizacija: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Suchtfrage des Kindes- und Jugendalters Naslov: Martinistraße 52, 20246 Hamburg Država: Nemčija Telefon: +49 40 7410 59307 E-pošta: thomasius@uke.de

5.

Intervencije ozaveščanja javnosti

Javne komunikacijske kampanje¹ lahko označimo kot namenske poskuse informiranja in vplivanja na vedenje množice znotraj določenega časovnega obdobja z uporabo organiziranih komunikacijskih dejavnosti in vključevanjem nabora posredovanih sporočil po več kanalih, da bi v splošnem smislu dosegli nekomercialne koristi za posameznike in družbo (54; 55).

Izraza “kampanja ozaveščanja javnosti” in “javna komunikacijska kampanja” sta nadpomenki. Večina kampanj je usmerjena v **spremembe vedenja pri posamezniku. Kampanje medijskega zagovorništva** pa so usmerjene v spremembe v sami politiki z uveljavljanjem vpliva na **voljo javnosti** in vpletenost.

Socialni marketing je uveljavljen in učinkovit pristop (56) v promociji zdravja in preventivi (57). Je nabor dokazov in konceptov na podlagi izkušenj ter načel, ki črpajo iz področja marketinga in omogočajo sistematičen pristop. Socialni marketing je pristop, ki ustvarja integracijo med marketinškimi koncepti in ostalimi pristopi za vplivanje na vedenje, ki je lahko koristno za posameznike kot skupnosti za družbeno dobro (58). Ta pristop zbira podatke o verovanjih, odnosih in vedenjih, vedenjski teoriji in izkustvenih dokazih, o tem kaj deluje in kaj ne deluje v spreminjanju vedenj, z namenom razvijanja intervencij javnega zdravja. Socialni marketing vključuje tudi povratno informacijo končnih uporabnikov, deležnikov, partnerjev in analizo zunanjih tekmovalnih sil, ki spodbujajo zelena in omejujejo neželena vedenja.

Evropski center za preventivo in nadzor bolezni opisuje socialni marketing kot (58) “nabor dokazov in konceptov na podlagi izkušenj ter načel, ki črpajo in področja marketinga in omogočajo sistematičen pristop za vplivanje na vedenje, ki koristi posameznikom in skupnostim za družbeno dobro. Kot komercialni marketing, je ta zmes znanosti, praktičnega znanja in reflektivne prakse, ki se osredotoča na nenehno izboljšanje učinkovitosti in zmogljivosti.”

Glede na Andreasenovo definicijo (59) mora kampanja vsebovati naslednje vidike, da bi jo lahko označili za socialni marketing:

- uporabljati tehnologijo komercialnega marketinga,
- za končni cilj mora imeti vpliv na prostovoljno vedenje ter
- predvsem iskati koristi za posameznike/družine v širšem družbenem smislu in ne za samo marketinško organizacijo.

¹ Izraza “intervencija ozaveščanja javnosti” in “kampanja komuniciranja javnosti” sta v tem primeru izmenljiva. Slednji je uporabljen v citiranem viru.

PREGLEDNICA 22: MERILA ZA SOCIALNI MARKETING (60)

Merilo	Opis merila
1. Vedenjska sprememba	Vedenjske spremembe so merilo za oblikovanje in evalvacijo intervencij.
2. Raziskovanje javnosti	Projekti nenehno uporabljajo raziskave javnosti, da a) bi razumeli ciljno javnost na samem začetku intervencije, b) bi rutinsko testirali intervencijske elemente pred samo izvedbo ter c) bi nadzorovali intervencije med izvedbo.
3. Segmentacija	Potrebna je skrbna segmentacija ciljne javnosti za zagotavljanje maksimalne zmogljivosti in učinkovitosti ob uporabi omejenih virov.
4. Izmenjava	Osrednji element katere koli strategije vplivanja je ustvarjanje privlačnih in motivacijskih izmenjav s ciljnimi občinstvom.
5. Marketinški splet	Strategija poskuša uporabiti vse štiri 'Pje' tradicionalnega marketinškega spleta. Ustvarja privlačne koristne pakete (izdelek – ang. product) ob znižanih stroških (cena – ang. price), kjerkoli je to možno, ustvarja priročno in enostavno izmenjavo (prostor – ang. place) ter komunicira močna sporočila skozi medije, ki so pomembna in zaželena s strani ciljne javnosti (oglaševanje – ang. promotion).
6. Tekmovanje	Posebna pozornost je namenjena tekmovanju, ki se pojavi ob soočanju z zelenim vedenjem.

V recenziji 31 kampanj javnega zdravja v nemško govorečih državah (57) je le ena država izpolnila vseh šest kriterijev in osem jih je izpolnilo vsaj štiri, kljub temu da so oblikovalci kampanje poročali o uporabi tehnik socialnega marketinga.

5.2.

IZVAJANJE

Pomembni dejavniki za uspeh kampanje (61; 62)

1. Pričetek procesa strateškega načrtovanja

- Kampanja mora imeti jasen cilj, ki je del splošne strategije.
- Kampanja mora temeljiti na uveljavljenih teorijah prepričevanja, ne le na trenutni modni muhi ali "zdravi pameti".

2. Izbira strateških ciljev

Splošna strategija se mora osredotočiti na eno od naslednjih področij:

1. vedenjske spremembe posameznika,
2. spremembe v medosebnih in socialnih procesih,
3. podpora institucionalnim intervencijam in tistim, ki temeljijo na skupnosti,
4. spodbujanje javne angažiranosti za okoljske spremembe.

3. Izbiranje ciljne javnosti

Znotraj izbranega področja, morajo sporočila kampanje naslavljati zelo jasno določeno ciljno javnost. Pogosto ena oblika ne ustreza vsem.

4. Razvijanje nazornega pristopa

Predvidevati je treba, da bo ciljno občinstvo nasprotovalo sporočilu. Zato pa mora prepričevalno sporočilo vsebovati tri funkcije:

1. Z močno komunikacijo, ki ji je težko nasprotovati, mora v mislih prejemnika vzbuditi vprašanje o smiselnosti akcije ali prepričanja;
2. zagotoviti mora odgovor na vprašanje;
3. da bi povečali vpliv prepričevalnega sporočila, mora biti prilagojeno ali ciljano usmerjeno v edinstveno dovzetnost skupine ali posameznikov.

5. Določanje ključnih obljub/koristi

- V zadnjem koraku v procesu prepričevanja naj bi ciljna javnost izvedla konkretno aktivnost.
- Ljudje se veliko raje udeležijo ali sprejmejo sporočila kampanje, ki zadovoljujejo njihove potrebe ali podpirajo njihove vrednote. Zato je ključnega pomena, da izluščimo najpomembnejšo korist, ki jo bo prejela ciljna javnost v primeru, da bo opravila določene korake/aktivnosti: “ključno obljubo”.
- Podporne izjave naj pojasnijo, zakaj je obljubljena korist v interesu ciljne javnosti, ter odgovarjajo potencialnim protargumentom in jih izpodbijajo.
- Z medijsko preobremenjenostjo se vzdržuje pozornost ciljne javnosti in posledično preprečuje njeno zmožnost za nasprotovanje.

6. Izogibanje zastraševanju

- 60 let raziskovanja je potrdilo, da so čustveno nabiti prikazi negativnih posledic, ki so povezane z nezaželenimi vedenji (taktika zastraševanja – ang. scare tactics), redko učinkoviti in včasih škodljivi, kar pomeni še večji odpor do spremembe problematičnega vedenja.
- Eden izmed razlogov, da se zastraševanje še vedno uporablja, je ta, da ga fokusne skupine še vedno ocenjujejo kot učinkovito, ne glede na to da so se generalno gledano bolje izkazali pristopi s pozitivnimi spodbudami.
- Zastraševanje po navadi ne doseže svojega namena, saj so grožnje dokazano nerealne in se jih zlahka ovrže na podlagi lastnih izkušenj.
- Če je doseganje cilja z zastraševanjem s strani ciljne javnosti zavrnjeno, so rezultati kampanje po navadi še slabši, kot bi bili, če pristop zastraševanja sploh ne bi bil uporabljen.

- Če grožnja ni v skladu z izkušnjami ciljne javnosti, ne bo učinkovala ali se bo izjalovila, obenem pa vzbudila odpor do nadaljnjih preventivnih kampanj.
- Običajno so komaj zaznavna/subtilna sporočila bolj učinkovita kot ekstremne grožnje ali zelo direktivno izražanje, ki ima pogosto nasproten učinek.

7. Izbiranje pravega vira sporočila

- Kredibilnost in verodostojnost vira določa prepričevalnost sporočila.
- Viri, ki nimajo koristi od strinjanja ciljnega občinstva so bolj kredibilni in verodostojni.
- Vidno postavljen logotip organizacije, ki financira zadevo, lahko včasih spodkoplje sprejem sporočila ciljnemu občinstvu.

8. Izbira komunikacijskih kanalov

- Komunikacijski kanali naj bodo izbrani glede na preferirano vrsto medija izbrane ciljne javnosti, cilje kampanje in stroške.

9. Maksimiranje medijske izpostavljenosti

- Ponavljanje pripomore k usmerjanju pozornosti na sporočilo, spodbuja učenje in povečuje priljubljenost, razen če je pretirano.
- Predvajanje reklamnih spotov je učinkovitejše v pogostih kratkih serijah kot pa dolgoročneje predvajanje.

10. Izvajanje formativne raziskave

- Vstopanje v dialog z občinstvom skozi razvoj kampanje je predpogoj za učinkovito kampanjo.
- Testiranja s fokusno skupino opravljena v zelo zgodnji fazi so zahtevan minimum.

11. Izvajanje procesne evalvacij in evalvacije rezultatov

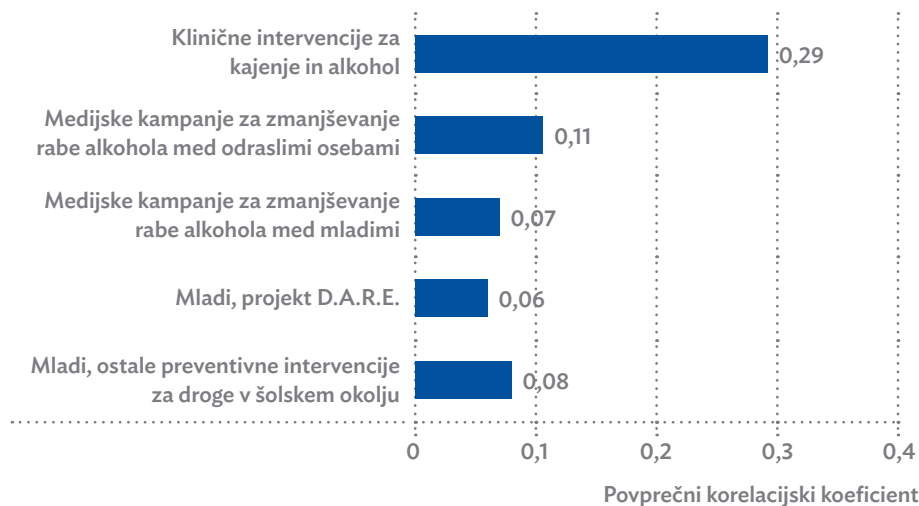
Če je le mogoče, morata biti obe vrsti evalvacije vključeni že v začetnih fazah načrtovanja.

5.3.

UČINKOVITOST IN STROŠKOVNA UČINKOVITOST

Prilagojene in dobro izvedene kampanje imajo majhen do zmeren vpliv na znanje, prepričanja, odnos in vedenje (63).

SLIKA 1: PRIMERJALNA UČINKOVITOST (PRILAGOJENO IZ 64)



Meta-analitične študije v ZDA so odkrile, da imajo kampanje brez prisilnega elementa (npr. zakonitega) povprečen vpliv na ciljna vedenja v obsegu 5 % ($r = 0,05$) (65). Kampanje za zmanjšanje rabe alkohola imajo večji učinek kot kampanje za prenehanje kajenja (64).

Na področju alkoholne preventive najdemo najbolj močne dokaze o učinkovitosti pri kampanjah za zmanjševanje vožnje pod vplivom alkohola. Sistematičen pregled (66) je pokazal, da se vrednost mediane za prometne nesreče zaradi vožnje pod vplivom alkohola zmanjša za 13 %. Ocene družbenih koristi v veliki meri odtehtajo stroške kampanje.

Zgoraj omenjeni dokazi o učinkovitosti se odražajo v sprejetih intervencijah, ki jih lahko najdete v poglavju 5.4.

5.4.

SPREJETE INTERVENCIJE

PREGLEDNICA 23: SEZNAM SPREJETIH INTERVENCIJ OZAVEŠČANJA JAVNOSTI GLEDE NA RAVEN UČINKOVITOSTI

Pokazatelji učinkovitosti	Ime ²	Država
Osnovna raven	Ne pij in upravljaj s plovilom	Norveška
	Sporočilo v steklenici	Slovenija
	Dan alkoholne prevetive	Italija
	Na tekmi na vso grlo, ne v grlo	Avstrija
Prvi	Ozaveščanje zaposlenih na delovnem mestu	Hrvaška
	Brez alkohola do 16. leta – Držimo se tega!	Luksemburg
Dobri	Lokalni model politike o alkoholu, tobaku in igrah na srečo	Finska
Močni	/	

² S klikom na ime intervencije lahko dostopate do opisa.

5.4.1. Osnovna raven

PREGLEDNICA 24: NE PIJ IN UPRAVLJAJ S PLOVILOM

OSNOVNI PODATKI				
IME	Ne pij in upravljaljaj s plovilom (ang. Don't Drink and Drive a Boat / nor. Klar for sjøen)			
POVZETEK	Namen intervencije z imenom "Ne pij in upravljaljaj s plovilom" je zmanjšanje z alkoholom povezanih nesreč in smrtnih primerov med uporabo plovil v prostem času. Eden od ciljev je, povečati znanje čolnarjev o varni plovbi in tveganjih ob rabi alkohola pred ali med vožnjo. To poskušajo storiti s kombinacijo neposredne komunikacije, množičnih medijev, informativnega materiala in družbenih medijev skozi celotno plovno sezono v vseh delih Norveške.			
FINANCIRANJE	Nacionalni/regionalni/lokalni organi			
RAVEN	Nacionalna	Regionalna	Lokalna	
NAMEN IN CILJI	Zmanjšanje z alkoholom povezanih nesreč in smrtnih primerov med plovbo.			
RAZVOJ				
DELEŽNIKI	Ciljne skupine	Državni organi	Civilna družba (NVO)	Nacionalna trgovska organizacija (za plovila v prostem času)
LOGIČNI MODEL	<p>Znanstveni dokazi: ocenjeno je bilo (s strani mednarodnega raziskovalnega inštituta Stavanger), da je zelo koristno vzpostavljati kolektivno ozaveščenost o tveganjih, nevarnostih in abstinenco/zmernim pitjem.</p> <p>Pretekle izkušnje: deset let neprekinjenega ocenjevanja in izboljševanja intervencije in tesno sodelovanje s partnerji.</p>			
ELEMENTI NAČRTOVANJA	Pregled literature in/ali formativna raziskava Komunikacijski načrt	Podroben načrt aktivnosti Načrt evalvacije	Načrt financiranja	Časovnica
IZVEDBA				
ČASOVNI OKVIR	Periodično			
CILJNE SKUPINE	Čolnarji, predvsem moški (najstniki in starejši)			
KOMUNIKACIJSKI KANALI	Televizija Brošure/letaki/ promocijska darila Sestanki/konference s strokovnjaki/kolegi	Radio Socialni mediji Neposredna komunikacija (ena na ena ali skupinska)	Časopisi/revije Spletna stran	Oglasni panoji E-pošta

OSNOVNE AKTIVNOSTI	Komunikacija ena na ena, sporočila za javnost, informativne novice na spletnih straneh partnerjev in družbenih medijih, diseminacija informativnega materiala na dogodkih s področja morja in plovil, oglaševanje.		
PODPORNE AKTIVNOSTI	Svetovanje		
EVALVACIJA			
ODGOVORNOST	Zunanja in notranja		
VRSTA	Procesna	Evalvacija učinkov	Evalvacija rezultatov
REZULTATI	82 % populacije (v starosti 15 let in več) je opazilo osnovno sporočilo. Intervencija je bila uspešna pri ozaveščenosti javnosti o tveganjih.		
POROČILO	/		
SPREMLJANJE	Ne		
DODATNE INFORMACIJE			
SPLETNA STRAN	www.avogtil.no/sone/pa-sjoen/ (le v norveškem jeziku) https://youtu.be/9qHdPhkSSNQ (posnetek o intervenciji v angleškem jeziku)		
KONTAKTNI PODATKI	Kontaktna oseba: Kari Randen , Generalni direktor Organizacija: AV-OG-TIL Naslov: Torggata 1, 0181 Oslo Država: Norveška Telefon: +47 23 2145 31 E-pošta: kari@avogtil.no		

PREGLIEDNICA 25: SPOROČILO V STEKLENICI

OSNOVNI PODATKI				
IME	Sporočilo v steklenici (ang. Message in the Bottle)			
POVZETEK	Katedra za družinsko medicino na Medicinski fakulteti v Ljubljani od leta 2003 dolgoročni projekt Sporočilo v steklenici. Naša ciljna skupina je prebivalstvo v celoti, vključno z zdravstvenimi strokovnjaki. Oblikovani so bili številni izdelki za pristope “nad črto”, “pod črto” in “skozi črto”: razglednice, brošure, priročniki, plakati in “reklamne kampanje”, oglasni panoji, radio in TV prispevki, javni prikazi v mestih, spletne oglasne pasice, od leta 2008 pa tudi spletna stran www.nalijem.si , ki vključuje tudi anonimni samoocenjevalni vprašalnik o rabi alkohola z 28 vprašanji.			
FINANCIRANJE	Nacionalni/regionalni/ lokalni organi	Podjetje/organizacija v zasebnem sektorju		
RAVEN	Nacionalna			
NAMEN IN CILJI	Glavni cilji so preoblikovanje razumevanja težav z alkoholom, spreminjanje družbene klime glede alkohola in zmanjševanje škodljivih posledic rabe alkohola.			
RAZVOJ				
DELEŽNIKI	Raziskovalci	Oddelek za družinsko medicino, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani		
LOGIČNI MODEL	Raba alkohola je vseprisoten problem v Sloveniji, zato smo pripravili projekt Sporočilo v steklenici v sodelovanju s WHO, IV. faza. Nekateri kolegi iz drugih držav so na konferenci INEBRIA idejno podprli delovanje spletne strani z vprašalnikom.			
ELEMENTI NAČRTOVANJA	Pregled literature in/ali formativna raziskava Načrt vodenja človeških virov	Ocena potreb Časovnica	Podroben načrt aktivnosti Komunikacijski načrt	Načrt financiranja Načrt evalvacije
IZVEDBA				
ČASOVNI OKVIR	Neprekinjeno		Neponovljivo: več kot 2 leti	
CILJNE SKUPINE	Splošna populacija			
KOMUNIKACIJSKI KANALI	Televizija Brošure/letaki/ promocijska darila	Radio Spletna stran	Časopisi/revije Sestanki/konference s strokovnjaki/kolegi	Oglasni panoji Smernice
OSNOVNE AKTIVNOSTI	Dogodki, izdani letaki, plakati, radio in TV, informacijski časopisi, medijski intervjuji, oglasne pasice na mnogih spletnih straneh, uradna spletna stran.			
PODPORNE AKTIVNOSTI	Srečanja tima			

EVALVACIJA	
ODGOVORNOST	Notranja
VRSTA	Evalvacija učinkov Evalvacija rezultatov
REZULTATI	Spletna intervencija – strukturirana povratna informacija je statistično značilno zmanjšala število oseb, ki pijejo alkohol.
POROČILO	Slovenska spletna stran, ki pregleduje navade pitja uporabnikov. Slovenian Journal of Public Health 2015; (v tisku).
SPREMLJANJE	Da Anketiranci bodo povabljeni k izpolnjevanju našega spletnega vprašalnika ponovno po enem in dveh letih..
DODATNE INFORMACIJE	
SPLETNA STRAN	www.nalijem.si
KONTAKTNI PODATKI	Kontaktna oseba: Marko Kolšek Organizacija: Oddelek za družinsko medicino, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani Naslov: Poljanski nasip 58, SVN - 1000 Ljubljana Država: Slovenija Telefon: +386 14 3869 15 E-pošta: marko.kolsek@mf.uni-lj.si

PREGLEDNICA 26: DAN ALKOHOLNE PREVETIVE

OSNOVNI PODATKI			
IME	Dan alkoholne prevetive (ang. APD - Alcohol Prevention Day)		
POVZETEK	<p>Nacionalni observatorij o alkoholu Nacionalnega centra za epidemiologijo, nadzor in promocijo zdravja na inštitutu "Istituto Superiore di Sanità" (NOA CNESPS, ISS) od leta 2001 izvaja kampanje italijanskega Ministrstva za zdravje, vključno z APD, ki podpira Zakon o alkoholu 125/2001.</p> <p>APD je del vsakoletne iniciative, ki promovira mesec april kot mesec preventive alkoholizma. To je enkratna nacionalna priložnost za izmenjavo praktičnih in učinkovitih dejavnosti in dobrih praks s strani številnih regionalnih, občinskih in lokalnih entitet vključno z Anonimnimi alkoholiki, Alateen in Al-Anon ter mnogih drugih nekonvencionalnih ali uradnih zvez, ki zagotavljajo dragoceno podporo tistim, ki potrebujejo pomoč v težkem procesu rehabilitacije in družbene reintegracije.</p> <p>Vsako leto sodeluje v dogodku več kot 250 ključnih deležnikov. Evropski in mednarodni ključni govorniki so povabljeni s strani Evropske komisije, Regionalne evropske pisarne Svetovne zdravstvene organizacije in/ali Centralne pisarne, znanstvenikov in raziskovalcev. APD je priložnost za predstavitev širokega nabora gradiva, ki se uporablja pri preventivi na področju alkohola med otroci, mladostniki, nosečnicami, v družinah, pri oblikovalcih politik in zdravstvenih strokovnjakih, in ki je razširjen s strani ISS po celotni Italiji.</p> <p>Vsa gradiva so dostopna na spletni strani CNESPS, ISS www.epicentro.iss.it/alcol.</p> <p>APD vse od leta 2001 predstavlja merilo za regionalne in občinske organe. Zasnova in vsebina sta ponovljena na lokalni ravni, kar poveča vidnost različnih akcij in pobud in prispeva k zmanjševanju škodljivih posledic in tveganj zaradi alkohola. Najbolj pomembna je integracija zdravja in družbenih dejavnosti, ki jih ponuja pristop APD ter razpoložljivost standardiziranega formata informacij, ki jih ponuja NOA in CNESPS.</p> <ul style="list-style-type: none">• Spletna stran ISS, EPICENTRO: http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd13.asp• Gradivo: http://www.epicentro.iss.it/alcol/materiali.asp• Italia. Legge 30 marzo 2001, n. 125. Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati. Gazzetta Ufficiale n. 90, del 18 aprile 2001 (Zakon o alkoholu in težavah povezanih z alkoholom).• Ministrstvo za zdravje, Poročilo parlamentu, na voljo na naslednji povezavi: http://www.salute.gov.it• ISS, Letno epidemiološko nadzorno poročilo, na voljo na naslednji povezavi: http://www.epicentro.iss.it <p>APD je financiran in podprt s strani ministrstva za zdravje na podlagi Zakona o alkoholu 125/2001.</p>		
FINANCIRANJE	Nacionalni/regionalni/lokalni organi		
RAVEN	Nacionalna	Regionalna	Lokalna

NAMEN IN CILJI

APD je osrednji dogodek za poglobljeno debato, ki sega čez meje konference in odmeva skozi celo leto, saj pritegne pozornost številnih in ključnih uporabnikov (tj. Inštituti, raziskovalci, strokovnjaki za zdravje in preventivo, oblikovalci politike, mediji, civilna družba). Predstavlja dejanske aktivnosti, ki jih morajo vpeljati ključni deležniki, ki prispevajo k reševanju z alkoholom povezanih problemov, ki vsako leto pomeni 50 milijonov EUR socialnih in zdravstvenih stroškov v Italiji. Dogodek je organiziran vsako leto skladno s cilji nacionalnega okvirnega Zakona o alkoholu 125/2001: po celi Evropi predstavlja italijanski zakon enkraten primer izvajanja Evropske listine o alkoholu iz Pariza leta 1994 in dejanskega spodbujanja izvajanja resolucije Evropskega parlamenta za Skupnostno strategijo o alkoholu, Evropski akcijski načrt za alkohol in specifične mednarodne smernice Svetovne zdravstvene organizacije.

RAZVOJ**DELEŽNIKI**

Državni organi Vlagatelji Raziskovalci Civilna družba (NVO) Mediji, civilna družba

LOGIČNI MODEL

Znanstveno: dogodek se običajno osredotoča na razvoj preventive in alkoholne politike, obravnavanja alkohola in sistemov zdravljenja. Organiziran je v sodelovanju z italijansko Zvezo za alkoholologijo (SIA), klubu zdravljenih alkoholikov AICAT (ita. Associazione dei Club Territoriali Alcologici) s podporo Ministrstva za zdravje. APD je priložnost za predstavitev in diseminacijo širokega nabora gradiva s strani Ministrstva za zdravje kot uradna nacionalna kampanja preventive na področju alkohola pri različnih ciljnih skupinah (tj. otroci, mladostniki, nosečnice, družine in zdravstveni strokovnjaki). Dogodek vključuje strokovnjake s področja zmanjševanja škode zaradi alkohola in oblikovalce politike ter je del Meseca preventive (APM), običajno aprila.

Pretekle izkušnje: od leta 2001 je NOA pri CNESPS – ISS organiziral in sponzoriral 13 dogodkov APD.

Nazadnje je bil dogodek organiziran aprila leta 2015 v sodelovanju z italijanskim ministrstvom za zdravje, italijanskim združenjem za alkoholologijo (SIA), klubu zdravljenih alkoholikov AICAT in organizacijo EURO CARE Italia.

ELEMENTI NAČRTOVANJA

Pregled literature in/ali formativna raziskava Ocena potreb Časovnica Komunikacijski načrt Načrt evalvacije

IZVEDBA**ČASOVNI OKVIR**

Neprekinjeno (neprekinjeno kot izvajanje preventive rabe alkohola na nacionalni, regionalni in občinski ravni) Periodično (na letni ravni, za izvajanje in nadzor ter poročanje dejavnosti o izvajanju okvirnega zakona o alkoholu)

CILJNE SKUPINE

Splošna populacija Otroci Mladostniki Mladi odrasli
 Odrasli Starejši odrasli Starši Nosečnice
 Ženske Men Družine Vozniki
 Obiskovalci zabav Ranljive skupine: osebe s težavami zaradi zlorabe snovi, izolirane starejše osebe, delavci

KOMUNIKACIJSKI KANALI	Televizija	Radio	Časopisi/revije	Brošure/letaki/promocijska darila	
	Socialni mediji	Spletna stran	E-mail	Sestanki/konference s strokovnjaki/kolegi	
	Neposredna komunikacija	Smernice	Dogodek APD privlači medijsko pozornost: TV prenosi in programi, članki v revijah in zbornikih, radijski intervjuji ipd. ter ustvari uspešen dogodek za celotno Italijo.		
OSNOVNE AKTIVNOSTI	APD je priložnost za predstavitev in diseminacija širokega nabora gradiva s strani Ministrstva za zdravje kot uradno pobudo za nacionalno kampanjo preventive na področju alkohola v različnih ciljnih skupinah glede na populacijo (tj. otroci, mladostniki, nosečnice, družine in zdravstveni strokovnjaki).				
PODPORNE AKTIVNOSTI	Svetovanje	Supervizija	Usposabljanje	Srečanje s skupino	Služba za pomoč uporabnikom
EVALVACIJA					
ODGOVORNOST	Zunanja in notranja				
VRSTA	Procesna	Evalvacija učinkov	Evalvacija rezultatov		
REZULTATI	<p>Že štirinajst leto, do leta 2001, je APD del letne iniciative, ki promovira mesec april kot mesec preventive alkoholizma. To je enkratna nacionalna priložnost za izmenjavo praktičnih in učinkovitih aktivnosti in dobrih praks s strani številnih regionalnih, občinskih in lokalnih entitet glede na izkušnje in predanost prostovoljnih zvez vključno z Anonimnimi alkoholiki, Alateen in Al-Anon ter mnogih drugih nekonvencionalnih ali uradnih zvez, ki zagotavljajo dragoceno podporo tistim, ki potrebujejo pomoč v težkem procesu rehabilitacije in družbene reintegracije.</p> <p>Vsako leto so predstavljeni uradni podatki o nadzoru preventivne na področju alkohola, nacionalnih podatkovnih bazah Večnamenske ankete o gospodinjstvih – vidiki vsakdanjega življenja in ostalih pomembnih evropskih virov.</p> <p>Najbolj pomembni dokazi letnega nadzora rabe alkohola so vključeni v letno poročilo ministrstva za zdravje parlamentu, ki je objavljeno tudi na njihovi uradni spletni strani.</p>				
POROČILO	Ni javno dostopno				
SPREMLJANJE	Dejavnosti so predstavljene v Letnem poročilu Ministrstva za zdravje, ki je namenjen Parlamentu v povezavi z izvajanjem zakona 125/2001.				
DODATNE INFORMACIJE					
SPLETNA STRAN	http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd.asp				
KONTAKTNI PODATKI	<p>Kontaktna oseba: Claudia Gandin ali Emanuele Scafato Organizacija: Istituto Superiore di Sanità Naslov: Via Giano della Bella, Rim Država: Italija Telefon: +39 06 4990 4192/4028 E-pošta: claudia.gandin@iss.it; emanuele.scafato@iss.it</p>				

PREGLEDNICA 27: NA TEKMI NA VSO GRLO, NE V GRLO

OSNOVNI PODATKI				
IME	Na tekmi na vso grlo, ne v grlo (nem. VOLLFAN statt voll fett)			
POVZETEK	<p>VOLLFAN statt vollfett je kampanja preventivne na področju alkohola na dunajskih prvoligaških stadionskih klubov Rapid Wien in FK Austria ter First Vienna FC 1894. Intervencija poteka med tekmami obeh nogometnih klubov. Kampanja se je pričela aprila leta 2011 in še vedno poteka. Zunanja evalvacija je zaključena.</p> <p>Ciljna skupina kampanje so mladostniki in mlade osebe, ki obiskujejo nogometne tekme med 16. in 30. letom starosti, prav tako pa tudi predstavniki nogometnih klubov in klubov oboževalcev, gastronomov na lokaciji, osebja varovanja in zaposlenih na dogodkih. Teoretični okvirji: projekt je osnovan na pristopu "vrstnik vrstnikom". Usposobljeni predavatelji prihajajo iz nogometnih navijaških skupin.</p> <p>Intervencija VOLLFAN statt vollfett ne spodbuja abstinence kot glavni cilj. Glavni cilj je zmanjšanje tveganja zaradi rabe alkohola. Projekt se predvsem osredotoča na pristop nizkega tveganja kot dokazano učinkovit model znotraj preventivne odvisnosti. Intervencija cilja na občutljivo sprejemanje in prepoznavanje tveganja v različnih situacijah s področja zdravljenja. Razvoj sprejemanja odločitev in zmožnosti reševanja je pomemben okvir za delovanje posameznika in družbe.</p>			
FINANCIRANJE	Nacionalni/regionalni/lokalni organi			
RAVEN	Lokalna			
NAMEN IN CILJI	<p>Razvoj odgovornega pristopa, ki upošteva tveganje pri obravnavanju alkohola v nogometnih klubih, njihovih podpornikih in najstniških in mladostniških nogometnih navdušencev;</p> <p>Spodbujanje rabe brezalkoholnih pijač znotraj in okoli nogometnih stadionov;</p> <p>Promocija ozaveščenosti lastne rabe alkohola in pivskih navad med mladostniki in mladimi nogometnimi navdušenci;</p> <p>Mladostniki in mladi obiskovalci nogometnih stadionov naj delujejo odgovorno glede na njihovo rabo alkohola.</p>			
RAZVOJ				
DELEŽNIKI	Ciljne skupine	Posredna ciljna skupina	Gospodarska družba	Državni organi
	Vlagatelji	Raziskovalci		

LOGIČNI MODEL	<p>Znanstveno: intervencija se predvsem osredotoča na pristop nizkega tveganja kot dokazano učinkovit model znotraj preventive odvisnosti. Intervencija cilja na občutljivo sprejemanje in prepoznavanje tveganja pri različnih situacijah s področja zdravja. Razvoj sprejemanja odločitev in zmožnosti reševanja je pomemben okvir za delovanje posameznika in družbe. Profesor javnega zdravja, Frank Franzkowiak opisuje naslednje podcilje: biti informiran o učinkih drog in tveganje odvisnosti, abstineniranje določenih snovi, posledično izogibanje rabe drog v določenih situacijah in v času rasti in razvoja, kritičen dvom glede uporabe legalnih in prepovedanih snovi, pravil o varnosti rabe za zmanjševanje škodljivih posledic. Projekt vključuje nogometne navdušence in temelji na pristopu “vrstnik-vrstniku”, ki izhaja iz socialnega učenja in življenjskega cikla psiholoških teorij.</p> <p>Pretekle izkušnje: sodelovanje nogometnih klubov in navijaških skupin je bilo zelo koristno za razvoj celotnega projekta.</p> <p>Vprašalnik o alkoholu in spremljajoče zabavne dejavnosti so pripomogle k temu, da ostamo v stiku s ciljno skupino.</p> <p>Mnenja in izkušnje vrstnikov so pomembne za nadaljnji razvoj projekta, zato so vključeni v nadzor in spremljanje projekta.</p>				
ELEMENTI NAČRTOVANJA	Pregled literature in/ali formativna raziskava Časovnica	Podroben načrt aktivnosti Dogovor partnerjev	Načrt financiranja Komunikacijski načrt	Načrt vodenja človeških virov Načrt evalvacije	
IZVEDBA					
ČASOVNI OKVIR	Neprekinjeno				
CILJNE SKUPINE	Mladostniki	Mladi odrasli	Odrasli		
KOMUNIKACIJSKI KANALI	Televizija	Radio	Časopisi/revije	Oglasni panoji	Brošure/letaki/ promocijska darila
	Spletna stran	Socialni mediji	E-pošta	Sestanki/konference s strokovnjaki/kolegi	Neposredna komunikacija
	Smernice	Schroers, A./Männersdorfer, M. (2012). PartyFit! – Zeitgemäße Alkoholsuchtprävention bei Events. In: Schmidt-Semisch, Henning; Stöver, H. (Hrsg.): Saufen mit Sinn? Harm Reduction beim Alkoholkonsum. Fachhochschulverlag. Frankfurt. S. 233-247.			
OSNOVNE AKTIVNOSTI	Komunikacijski ukrepi za ozaveščanje (npr. Revije nogometnih klubov, aplikacija Facebook, oglasi na javnih prevozih). Dejavnosti na lokaciji s strani vrstniških skupin in zunanjih predavateljev. Usposabljanja za vrstnike in člane nogometnih klubov.				
PODPORNE AKTIVNOSTI	Svetovanje	Supervizija	Usposabljanje	Srečanje s skupino	
EVALVACIJA					
ODGOVORNOST	Zunanja				
VRSTA	Procesna				

REZULTATI Pozitivni rezultati: pristop v povezavi z nogometom, vizualni jezik mladostnikov, sodelovanje vrstnikov, dejavnosti na lokaciji.
Priporočila ocenjevanja: stopiti v stik s ciljno skupino, vrstniki potrebujejo trajno usposabljanje in nadzor s strani vrstniških koordinatorjev, dejavnosti na lokaciji je treba prilagoditi, da ostanejo zanimive za ciljno skupino, okolje pa je sicer zelo zahtevno za projekt preventive na področju alkohola.

POROČILO http://www.fgoe.org/projektfoerderung/gefoerderte-projekte/FgoeProject_195

SPREMLJANJE Ne

DODATNE INFORMACIJE

SPLETNA STRAN <http://www.facebook.com/rapidvollfans>,
<http://www.facebook.com/austriavollfans>,
<http://www.youtube.com/watch?v=SCYO-DNiw7E&feature=relmfu>,
<http://www.youtube.com/watch?v=1fBX5jUhzP4>
<http://sdw.wien/ueber-uns/suchtprevention/arbeitsbereiche/projekte-zur-betriebliche-suchtprevention/>

KONTAKTNI PODATKI Kontaktna oseba: **Artur Schroers**, Vodja znanosti in raziskav SDW
Organizacija: **Institut für Suchtprävention, Sucht- und Drogenhilfe Wien/SDW**
Naslov: Modecenterstrasse 14/C/2. nad, 1030 Dunaj
Država: Avstrija
Telefon: +431 40 0087 321
E-pošta: artur.schroers@sd-wien.at

5.4.2. Prvi pokazatelji učinkovitosti

PREGLEDNICA 28: OZAVEŠČANJE ZAPOSLENIH NA DELOVNEM MESTU

OSNOVNI PODATKI				
IME	Ozaveščanje zaposlenih na delovnem mestu (ang. Raising Awareness Among Employers at Workplace)			
POVZETEK	Interdisciplinarna skupina je razvila gradivo za ozaveščenost med zaposlenimi na delovnem mestu (izobraževanje in seminarsko gradivo, usposabljanje za ponudnike intervencije, vprašalnik za ozaveščenost, evalvacija intervencije in ocenjevanje alkoholne politike). Intervencija se je izvajala v šestih podjetjih, sodelovalo pa je 746 zaposlenih. Časovni okvir intervencije je bil tri mesece (avgust–november 2012). Vključena so bila javna in zasebna, manjša in mednarodna podjetja iz različnih sektorjev. Intervencije je bila del projekta Evropsko delovno okolje in alkohol (EWA).			
FINANCIRANJE	Nacionalna/regionalni/lokalni organi	Evropska komisija – Drugi program ukrepov Skupnosti na področju zdravja 2008-2013		
RAVEN	Nacionalna			
NAMEN IN CILJI	Glavni namen je pridobitev, pilotiranje in evalvacija alkoholnih intervencij na delovnem mestu. Glavni cilji so bili izboljšanje produktivnosti na delovnem mestu, zmanjšanje nesreč na delovnem mestu, širjenje ozaveščenosti med zaposlenimi o zdravju in vplivu alkohola na zdravje ter podpiranju zaposlenih za spremembo njihovega vedenja glede alkohola.			
RAZVOJ				
DELEŽNIKI	Posredna ciljna skupina	Gospodarska družba	Državni organi	Raziskovalci
LOGIČNI MODEL	Utemeljitev je opisana v dokumentu Smernice za pilotske intervencije in delovni načrt, ki je razpoložljiv na: http://www.eurocare.org/eu_projects/ewa/deliverables/by_work_package/guidelines_and_analysis			
ELEMENTI NAČRTOVANJA	Pregled literature in/ali formativna raziskava	Ocena potreb	Podroben načrt aktivnosti	Načrt financiranja
	Načrt vodenja človeških virov	Časovnica	Dogovor partnerjev	Komunikacijski načrt
	Načrt evalvacije			
IZVEDBA				
ČASOVNI OKVIR	Neponovljivo, enkratno			
CILJNE SKUPINE	Odrasli	Vozniki	Zaposleni in delodajalci	

KOMUNIKACIJSKI KANALI	Brošure/letaki/ promocijska darila Sestanki/konferencije s strokovnjaki/kolegi	Telefon/mobilni telefon Neposredna komunikacija	Spletna stran Smernice	E-pošta
OSNOVNE AKTIVNOSTI	Študij primerov dobrih praks, študij veljavne zakonodaje, razvoj intervencijskega gradiva (usposabljanje za ponudnike intervencije, gradivo za ponudnike intervencije, gradivo za prejemnike intervencije), organiziranje regionalnih, nacionalnih in mednarodnih dogodkov/predstavitev rezultatov, objavljanje in diseminacija publikacij in priporočil.			
PODPORNE AKTIVNOSTI	Svetovanje	Supervizija	Usposabljanje	Srečanje s skupino
EVALVACIJA				
ODGOVORNOST	Zunanja in notranja			
VRSTA	Evalvacija učinkov			
REZULTATI	Rezultati nakazujejo, da se je ozaveščenost dvignila v 5/6 podjetij, posledice rabe alkohola pa se je zmanjšalo v 5/6 podjetij ter alkoholna politika je je izboljšala v 6/6 podjetij.			
POROČILO	http://www.eurocare.org/eu_projects/ewa/deliverables/by_work_package/evaluation (strategija evalvacije, pokrivnost, kvaliteta in poročila o zadovoljstvu)			
SPREMLJANJE	Ne			
DODATNE INFORMACIJE				
SPLETNA STRAN	http://zzjz-zz.hr/novestranice/zzindex_sing.php?tekst_id=126&menu_id=133			
KONTAKTNI PODATKI	Kontaktna oseba: Branko Kolaric Organizacija: Andrija Stampar Teaching Institute of Public Health Naslov: Mirogojska 16, 10000 Zagreb Država: Hrvaška Telefon: +385 14 6963 45 E-pošta: branko.kolaric@stampar.hr			

PREGLEDNICA 29: BREZ ALKOHOLA DO 16. LETA - DRŽIMO SE TEGA!

OSNOVNI PODATKI				
IME	Brez alkohola do 16. leta – Držimo se tega! (ang. No Alcohol Under 16 Years – We Stick on It! / luks. Keen Alkohol ënner 16 Joer. Mir halen eis drun!)			
POVZETEK	Ministrstvo za zdravje, CePT (Nacionalni preventivni center za odvisnosti) in multidisciplinarne delovne skupine “Alkohol” promovirajo družbeno odgovornost odraslih za otroke in mladostnike na prodajnih točkah (vključno z bencinskimi postajami) in gostinsko industrijo (skupnostni pristop). Aktivnosti potekajo od maja 2007.			
FINANCIRANJE	Nacionalna/regionalni/ lokalni organi	Izobraževalna/javno zdravstvena/raziskovalna institucija	Nevladna organizacija	
RAVEN	Nacionalna	Regionalna	Lokalna	
NAMEN IN CILJI	Zagotoviti razumevanje in spoštovanje veljavne zakonodaje. Promocija družbene odgovornosti odraslih oseb do otrok in mladostnikov. Zaščititi otroke in mladostnike pred škodljivimi posledicami zgodnjega pričetka rabe alkohola.			
RAZVOJ				
DELEŽNIKI	Ciljne skupine	Posredna ciljna skupina	Državni organi	Civilna družba (NVO)
LOGIČNI MODEL	Znanstveno: Teorija družbenega učenja (Bandura)			
ELEMENTI NAČRTOVANJA	Pregled literature in/ali formativna raziskava Načrt vodenja č loveških virov Načrt evalvacije	Ocena potreb Časovnica	Podroben načrt aktivnosti Dogovor partnerjev	Načrt financiranja Komunikacijski načrt
IZVEDBA				
ČASOVNI OKVIR	Neprekinjeno			
CILJNE SKUPINE	Splošna populacija	Odrasli	Starši	
KOMUNIKACIJSKI KANALI	Televizija Brošure/letaki/ promocijska darila Sestanki/konference s strokovnjaki/kolegi Omrežna komunikacija z: • nacionalno predstavitevijo občin (Syndicat des Villes et Communes Luxembourgeoises), • nacionalno in lokalno policijo.	Radio Telefon/mobilni telefon Neposredna komunikacija	Časopisi/revije Spletna stran Smernice	Oglasni panoji E-pošta Znanstvene publikacije

OSNOVNE AKTIVNOSTI	<ul style="list-style-type: none"> • tiskovna konferenca; • distribucija gradiva (posterji, nalepke, knjižice, letaki za točke prodaje/supermarketi in sektor za turizem, smernice in sezname za organizacijo zabav in drugih javnih dogodkov); • informacijska pisma/e-pošta za starše z otroci od 12. do 16. leta; • izvajanje dogodkov brez alkohola na nivoju občin; • podpora in uveljavljanje izvajanja zakonodaje s strani lokalne policije (prepoznavnost kampanje pred dogodkom, nadzor starostne meje na vhodu); • seminarji usposabljanja za zaposlene v šolah in učitelje, socialne delavce in mladinske centre; • izvajanje alternativnih dejavnosti za mladostnike med 12. in 15. letom s strani lokalnih mladinskih klubov; • odločitev, da Pozni nočni avtobus (ang. Late Night Bus), ki organizira prevoz na določene zabave ne sprejema mladostnikov pod 16 let. 		
PODPORNE AKTIVNOSTI	Usposabljanje	Srečanja tima	Služba za pomoč uporabnikom
EVALVACIJA			
ODGOVORNOST	Zunanja		
VRSTA	Evalvacija učinkov	Evalvacija rezultatov	
REZULTATI	Rezultati znanstvenega ocenjevanja s strani Univerze v Luksemburgu so bili objavljeni leta 2012 v publikaciji z nazivom Ustvarjanje lokalnih omrežij kot strateški koncept pri kampanji ozaveščanja za zmanjšanje škodljive rabe alkohola pri mladostnikih.		
POROČILO	Raziskovalni projekt SORES (Univerza v Luksemburgu): "Social responsibility as a strategic conception of prevention work", 2009-2012.		
SPREMLJANJE	Ne		
DODATNE INFORMACIJE			
SPLETNA STRAN	www.cept.lu		
KONTAKTNI PODATKI	Kontaktna oseba: Simone Steil ali Silke Gansen Organizacija: Division de la Médecine Préventive Naslov: Allée Marconi – Villa LouvignyL-2120 Luksemburg Država: Luksemburg Telefon: +352 247 855 60 E-pošta: simone.steil@ms.etat.lu / silke.christmann@ms.etat.lu		

5.4.3. Dobri pokazatelji učinkovitosti

PREGLEDNICA 30: LOKALNI MODEL POLITIKE O ALKOHOLU, TOBAKU IN IGRAH NA SREČO

OSNOVNI PODATKI				
IME	Lokalni model politike o alkoholu, tobaku in igrah na srečo (ang. The Local Alcohol, Tobacco and Gambling Policy Model / fin. PAKKA – Paikallinen alkoholi-, tupakka- ja rahapelipolitiikka -malli)			
POVZETEK	Lokalni model politike o alkoholu, tobaku in igrah na srečo PAKKA je model za akcijo skupnosti, ki je prilagojena finskemu kontekstu in je usmerjen k preventivi škodljive rabe snovi, kajenja in iger na srečo. Intervencija se osredotoča na dostopnost alkohola, tobaka in igralnih avtomatov. Dejavnosti za zmanjšanje dostopnosti se osredotoča na situacije, kjer imajo mladostniki pod 18 let dostop do alkohola, tobaka in igralnih avtomatov ter tam, kjer prodajajo alkoholne pijače ali jih prodajajo opitih osebam ali mladoletnikom. Model Pakka združuje ključne akterje v skupnosti – javne avtoritete, gospodarske družbe, mlade osebe, starše in medije – za združevanje z namenom zmanjševanja škode v skupnosti. Razvoj modela PAKKA se je pričel kot projekt, ki se osredotoča na lokalno alkoholno politiko leta 2004, in sicer v pilotnih skupnostih s podporo lokalnih akterjev in preventivnih strokovnjakov.			
FINANCIRANJE	Nacionalni/ regionalni/ lokalni organi	Ocenjevalna študija je prejela podporo s strani državnega monopolnega ponudnika alkohola Alko inc. Projekt je dobil finančno podporo tudi s strani nacionalnih skladov za razvoj zdravja in socialnih storitev (program Kaste).		
RAVEN	Nacionalna	Regionalna	Lokalna	
NAMEN IN CILJI	Zmanjšanje dostopa mladoletnih (<18 let) do alkohola, tobaka in igralnih avtomatov kot tudi zmanjšanje strežbe alkoholnih pijač opitim osebam ter povečanje izvajanja zakonodaje, ki so povezane s temi področji.			
RAZVOJ				
DELEŽNIKI	Ciljne skupine Raziskovalci	Posredna ciljna skupina Lokalni in regionalni mediji	Gospodarska družba	Državni organi
LOGIČNI MODEL	Znanstveni model: Warpenius K & al. Peliin ei puututa: Alkoholien, tupakan ja rahapeli-automaattien ikärajavalvontaa testanneet ostokokeet vähittäisliikkeissä. [Enforcing age limits on purchases of alcohol and tobacco and the use of slot machines: test purchases in retail outlets.] Yhteiskuntapolitiikka 77 (4): 375-385, 2012. Pretekle izkušnje: Holmila M & al. Paikallinen alkoholipolitiikka: Pakka-hankkeen loppuraportti. [Local Alcohol Policy: Final report of the PAKKA Project]. National Institute for Health and Welfare, Report 5/2009.			
ELEMENTI NAČRTOVANJA	Pregled literature in/ali formativna raziskava Načrt vodenja človeških virov Načrt evalvacije	Ocena potreb Časovnica	Podroben načrt aktivnosti Dogovor partnerjev	Načrt financiranja Komunikacijski načrt

IZVEDBA				
ČASOVNI OKVIR	Neprekinjeno			
CILJNE SKUPINE	Splošna populacija	Otroci	Mladostniki	Mladi odrasli
KOMUNIKACIJSKI KANALI	Radio	Časopisi/revije	Brošure/letaki/ promocijska darila	Spletna stran
	E-pošta	Sestanki, konference s strokovnjaki/kolegi	Neposredna komunikacija	Znanstvene publikacije
	Spletna platforma za izmenjavo in mreženje Innokylä			
OSNOVNE AKTIVNOSTI	Širok nabor dejavnosti na lokalni ravni, na primer, lokalne delovne skupine, preverjanje zavrnitve streljave alkohola mladostnikom in osebam, ki so se pretvarjale, da so opite, usposabljanja za ponudnike in osebje v restavracijah, kampanje ozaveščenosti, šolske dejavnosti itn. Na nacionalni ravni: omrežje razvijalcev Pakka (koordinatorji), priročniki in ostalo gradivo ter uradna spletna stran.			
PODPORNE AKTIVNOSTI	Svetovanje	Supervizija	Usposabljanje	Srečanje s skupino
	Služba za pomoč uporabnikom	Uradna spletna stran in priročnik z navodili		
EVALVACIJA				
ODGOVORNOST	Zunanja			
VRSTA	Rezultat	Evalvacija učinkov	Evalvacija rezultatov	
REZULTATI	Projekt Pakka je značilno povečal uveljavljanje Zakona o alkoholu; zmanjšal škodljive posledice, spodbudil odgovornost in prodajo alkohola, omogočil razvoj lastnih nadzornih ukrepov v gospodarskih družbah. Povečala se je zmogljivost in strokovni pristop k preventivi na področju zasvojenosti.			
POROČILO	http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085235			
SPREMLJANJE	Da	Diseminacija modela PAKKA za akcijo skupnosti je prednostna naloga pri preventivi na področju snovi, ki povzročajo zasvojenosti na nacionalni ravni. Cilj intervencije je, da se model do leta 2020 vpelje v polovico občin na Finskem.		
DODATNE INFORMACIJE				
SPLETNA STRAN	http://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/ehkaiseva-paihdetyo/ehkaisevan-paihdetyon-menetelmat/verkko-pakka-ehkaisevaan-paihdetyohon www.innokyla.fi/web/verkosto711139			
KONTAKTNI PODATKI	Kontaktna oseba: Jaana Markkula, Vodja razvoja Organizacija: National Institute of Health and Welfare (THL) Naslov: Mannerheimintie 168b, 00271 Helsinki, Finska/ P.O. Box 30, FI-00271 Helsinki Država: Finska Telefon: +358 29 5248 802 E-pošta: jaana.markkula@thl.fi			

6.

Intervencije v šolskem okolju

6.1.

DEFINICIJA

Osnovni element vseh **intervencij v šolskem okolju** je ta, da šolsko okolje deluje kot orodje, ki približa mladim osebam promocijo zdravega življenja. Intervencije v šolskem okolju se lahko razlikujejo v vsebini, pristopu, trajanju itn., toda skupno jim je okolje izvedbe (šola) in ciljne skupine (šolska skupnost: učenci, učitelji, starši).

Intervencije so najpogosteje namenjene prvim letnikom srednješolskega izobraževanja (med 12. in 15. letom). Zelo pogoste tematike teh intervencij so alkohol, tobak in droge. Cilji teh intervencij zelo raznoliki: od preventive na področju alkohola, širjenja znanja o alkoholu/drogah/tobaku, pogovora o prvi uporabi, vplivanja na socialne norme, odnose in pričakovanja v zvezi s snovmi, izobraževanja o različnih odklonitvenih pristopih do osredotočanja na "izobraževanje o življenjskih veščinah". Mnoge intervencije vključujejo usposabljanje učiteljev, drugi pa potekajo v kombinaciji z intervencijami v družinskem okolju.

6.2.

IZVAJANJE

Intervencije za preventivo na področju alkohola v šolskem okolju morajo biti primerne in del holističnega pristopa, ki je predviden v konceptu šolske ustanove, ki spodbuja zdrav življenjski slog. Prav tako morajo temeljiti na izobraževalnih praksah, ki so dokazano učinkovite, torej posvečanje pomembnemu obdobju v razvoju mlade osebe, pogovori z mladimi osebami iz ciljne skupine, preverjanje intervencij tako z učitelji kot s člani ciljne skupine, interaktivnost in razvijanje veščin, postavljanje ciljev za spremembe v vedenju, ki so pomembni za udeležence, ponovno organiziranje spodbujevalnih srečanj v prihodnjih letih, vključevanje informacij, ki imajo za mlade osebe takojšnjo praktično vrednost, določanje ustreznih usposabljanj za učitelje, oblikovanje intervencij, ki so učinkovite in splošno dostopne ter oglaševanje, ki bi povečalo ozaveščanje.

Intervencije v šolskem okolju in v skupnosti so lahko uspešno združene, delno zaradi delovanja skupnosti, ki lahko mladim omeji dostop do alkohola. Skupnosti, ki uveljavljajo najmanjšo dovoljeno starost za nakup, imajo manjšo stopnjo rabe alkohola in manj težjih primerov opijanja (38).

Dokončno lahko zatrdimo, da ima vsak učenec določene starosti pravico do dobre informiranosti o tveganjih rabe alkohola, čeprav je vpliv takšnega pristopa nejasen. Starši in učitelji pa so postavljeni pred izziv, da mlade ozaveščajo o teh lahko dostopnih snoveh.

1. Vključevanje širšega okolja je učinkovitejše

Babor in dr. (69) poudarjajo, da je mnogo intervencij za preventivo na področju alkohola, ki so postavljeni v šolsko okolje, učinkovitih pri izboljšanju znanja in včasih tudi spreminjanja odnosa do rabe alkohola, toda le nekaj intervencij je učinkovitih pri spreminjanju dejanskega vedenja na področju rabe alkohola (70). Drugi avtorji trdijo, da na podlagi kontrolnih preizkusov obstajajo zadostna dokazila, da lahko pazljivo oblikovane preventivne intervencije izboljšajo zdravje mladostnikov, tako da spreminjajo njihovo vedenje (71).

Vključevanje širše okolice (politika, cene, spreminjanje konteksta pitja, urejanje fizične dostopnosti alkohola, preprečevanje vožnje pod vplivom alkohola, omejitve pri oglaševanju ter storitve zgodnjih intervencij) poveča možnosti za učinkovitost.

2. Stroškovna učinkovitost: ni veliko dokazov

Na področju stroškovne učinkovitosti intervencij v šolskem okolju s področja preventive alkohola ni dovolj dokazov (72; 73). Podatki iz ZDA kažejo visoko stroškovno učinkovitost preventivnih intervencij v šolskem okolju, kot sta intervenciji Good Behaviour Game in Life Skills Program (slo. program življenjskih veščin) (74).

3. Pozitivni rezultati

- Obsežna recenzija organizacije Cochrane, ki je obsegala 53 študij, je vključevala tako študije, ki niso pokazale vpliva glede rabe alkohola kot tudi tiste, ki so prikazale precejšen vpliv (68).
- Intervencije za preventivo na področju alkohola, ki se izvajajo preko računalnika in spleta, imajo dokazano vpliv na povprečno rabo alkohola in pretirano popivanje (75).
- Sistematična recenzija avstralskih intervencij je pokazala pomembno zmanjšanje rabe alkohola (in drugih drog) pri petih od sedmih intervencijskih programih. V večini so bili vplivi manjši (76). Večina programov je temeljila na načelih šolskega učenja ali kognitivnih vedenjskih terapijah. Dva intervenciji sta bili osredotočena tudi na spreminjanje šolskega okolja (vsešolski pristop).
- Nekaj dokazov podpira idejo, da so lahko intervencije v zgodnjem obdobju (preden se uveljavijo vedenja zaradi rabe alkohola), ki tako prestavijo nastop rabe alkohola na kasnejši čas, bolj učinkovite kot splošne intervencije, ki so namenjene starejšim mladostnikom (72; 73).

Za starejše skupine (8. razred in starejši) so ukrepi, kot so omejevanje dostopa do alkohola in omenjene kratke intervencije, učinkovitejša orodja za preventivo na področju alkohola (70).

4. Učinkovite sestavine: brez jasnega vzorca

- Razlik med študijami, ki niso imele učinka, in študijami s precejšnjim učinkom niso pokazale jasnega vzorca (68). Dokazi kažejo, da so psihosocialne in razvojne preventivne intervencije lahko učinkovite, npr. Life Skills Training Program (trening življenjskih veščin), Unplugged (družbene veščine in norme) ter Good Behaviour Game (razvoj vedenjskih norm in vrstniške pripadnosti).
- Dokazov, ki bi pričali o tem, da so intervencije z več komponentami bolj učinkovite od tistih z eno komponento, je zelo malo (67).
- Celovita sistematična recenzija recenzij (77) prepoznava pet elementov za učinkovito izobraževanje na področju zdravja v šolskem okolju (med drugim tudi izobraževanje o alkoholu): 1) raba teorije, 2) naslavljanje družbenih vplivov, predvsem družbenih norm, 3) naslavljanje kognitivnih veščin in sociološko emocionalnih vedenjskih veščin, 4) izobraževanje posrednikov, 5) več komponent (dognanje, ki je v nasprotju z rezultati raziskave Foxcrofta in Tsertsvadzeja (67)).

Zgoraj omenjeni dokazi o učinkovitosti se odražajo v sprejetih intervencijah, ki se nahajajo v poglavju 6.4.

6.4.

SPREJETE INTERVENCIJE

PREGLEDNICA 31: SEZNAM SPREJETIH INTERVENCIJ V ŠOLSKEM OKOLJU GLEDE NA RAVEN UČINKOVITOSTI

Pokazatelji učinkovitosti	Ime ¹	Država
Osnovna raven	/	
Prvi	Program Jaz in drugi	Portugalska
	Tudi jaz sem vključen v preventivo	Grčija
Dobri	Izštekani	Litva
	Izštekani	Slovenija
	Premisli: Preventivni program za zmanjševanje rabe/zlorabe alkohola med mladostniki v šolskem okolju	Portugalska
Močni	Program domače ekipe "Slick Tracy" in Program neverjetnih možnosti	Poljska
	Preprečevanje tvegane rabe alkohola pri mladostnikih	Nizozemska
	Ljubezen in meje ²	Norveška

¹ S klikom na ime intervencije lahko dostopate do opisa.

² Intervencija Strengthening Families Programme (Kjærlighed & Grenser) stopa v stik z družinami skozi šolsko okolje, toda intervencija se izvaja izven šolskega okolja. Šole so uporabljene le kot kanali.

6.4.1. Prvi pokazatelji učinkovitosti

PREGLEDNICA 32: PROGRAM JAZ IN DRUGI

OSNOVNI PODATKI					
IME	Program Jaz in drugi (ang. <i>Me and Others Programme</i> / por. <i>Programa Eu e os Outros</i>)				
POVZETEK	<p>Univerzalna intervencija za preventivo je bila oblikovana leta 2007 s strani portugalskega inštituta za droge in odvisnost od drog (IDT), Generalni direktorat za intervencije na področju zasvojenosti in tveganih oblik vedenja (SICAD).</p> <p>Sestoji se iz sedem 90-minutnih srečanj na tedenski osnovi. Metodologija: pogovor o problematiki s področja zlorabe snovi in razvojnega procesa mladostnikov s skupinami mladih oseb med 12. in 18. letom starosti.</p> <p>Intervencijo vodijo strokovnjaki iz različnih organizacij, ki delajo z mladostniki po programu usposabljanja, ki ga izvaja nacionalno/regionalno usklajevalno telo programa (SICAD s portugalskega ministrstva za zdravje). Intervencija se lahko izvaja v zaporednih letih z uporabo različnih naracij. Na voljo je 9 naracij, vsaka pa je oblikovana za pristop k različni vrsti odvisnega vedenja (alkohol, tobak, kanabis, patološko igranje na srečo itn.), ki ga lahko raziščejo v 7 srečanjih glede na prepoznane potrebe ciljnega prebivalstva.</p>				
FINANCIRANJE	Nacionalni/regionalni/lokalni organi				
RAVEN	Nacionalna	Regionalna	Lokalna	Intervencija je v postopku uvajanja na Azorih in Zelenortskih otokih.	
NAMEN IN CILJI	Intervencija je usmerjena k promociji boljšega znanja in rabe virov (kot so številke za pomoč, spletne strani, povezane z zlorabo drog in alkohola, svetovalna mreža mladostnikov itn.) ter promociji zdravega življenja mladih ter njihovega družbenega in osebnega razvoja.				
RAZVOJ					
DELEŽNIKI	Ciljne skupine	Posredna ciljna skupina	Državni organi	Raziskovalci	Civilne družbe (NVO), tudi šole, socialni uradi, domovi za zaščito otrok itn.
	<p>Učitelji, psihologi, zdravstvenih tehniki, socialni predavatelji, starši.</p> <p>SICAD deluje s partnerji, kot so: Generalni direktorat za zdravje, Generalni direktorat za izobraževanje, Nacionalna komisija za enakost spolov, portugalski Inštitut za šport in mladino, Policijski oddelek za intervencije v šolskem okolju (Safe School) in, med drugim, tudi Nacionalni inštitut za rehabilitacijo.</p> <p>Na področju raziskovanja SICAD deluje ali je deloval s številnimi fakultetami, ki so vključeni v manjše študije, kot je Fakulteta za psihologijo na Univerzi v Lizboni, Univerza Lusíada v Portu; Raziskovalni center identitet in raznolikosti na Politehničnem inštitutu Leiria; Šola za izobraževanje in komunikacijo na Univerzi Algarve in, med drugim, tudi Šola za zdravstvene tehnike Évora.</p>				

LOGIČNI MODEL	<p>Znanstveno: Teorija načrtovanega vedenja (TPB), model zmožnosti informacija-motivacija-vedenje (IMB).</p> <p>Pretekle izkušnje: intervencija temelji na preteklih izkušnjah, kjer se je uporabljal isti pristop k raziskovanju tematik, ki so povezane z zlorabo drog med otroci (magistrsko delo: "E agora Ruca" – Avaliação dos Critérios de Tomada de Decisão de Participantes num Programa de Âmbito Preventivo em Meio Escolar", Marreiros, N., 2007).</p>			
ELEMENTI NAČRTOVANJA	Pregled literature in/ali formativna raziskava Časovnica	Ocena potreb Dogovor partnerjev	Podroben načrt aktivnosti	Načrt vodenja človeških virov Načrt evalvacije
IZVEDBA				
ČASOVNI OKVIR	Neprekinjeno			
CILJNE SKUPINE	Mladostniki	Mladostniki z akademskimi neuspehi, mladostniki v reji (pokazatelji preventive v tveganih skupinah/pri posameznikih)		
KOMUNIKACIJSKI KANALI	Spletna stran Znanstvene publikacije	Sestanki/konference s strokovnjaki/kolegi	Neposredna komunikacija Podpora in usmeritev	Smernice
OSNOVNE AKTIVNOSTI	Oblikovanje 9 naracij, podpornega priročnika, smernic za izvajanje Intervencije, program usposabljanja, letna poročila, znanstveni članki, diseminacija rezultatov v strokovnih srečanjih.			
PODPORNE AKTIVNOSTI	Svetovanje	Supervizija	Usposabljanje	Srečanje s skupino
EVALVACIJA				
ODGOVORNOST	Notranja			
VRSTA	Procesna	Evalvacija učinkov	Evalvacija rezultatov	
REZULTATI	<p>Intervencija je bila ocenjen z uporabo vprašalnika Življenjska učinkovitost (ang. Life Effectiveness), ki razlikuje med 8 dejavniki (upravljanje s časom, družbena zmožnost, dosežki in motivacija, intelektualna fleksibilnost, vodenje nalog, nadzor čustev, aktiven odnos/pobuda in samozavest).</p> <p>Rezultati pred letom 2012 so izrazili znatne spremembe (s 95 % intervalom zaupanja) s pozitivnimi razvoji med testiranjem pred in po zaključku intervencije na vseh ravneh (poleg motivacije pri dosežkih).</p> <p>Leta 2014 so z uporabo drugačnega vprašalnika prišli do rezultatov, kjer so se pojavila znatne spremembe med testiranjem pred in po zaključku intervencije na področjih znanja, odnosa in vedenja glede rabe alkohola. Rezultati bodo objavljeni leta 2016.</p>			
POROČILO	Intervencija se vsako leto izvaja v portugalskem jeziku. Podatki so delno prevedeni v angleški jezik in vključeni v nacionalno poročilo za EMCCDA.			
SPREMLJANJE	Postopek ocenjevanje je bil v zadnjih letih izboljššan in pričakujejo se še nadaljnje obravnave (že v letu 2015).			

DODATNE INFORMACIJE

SPLETNA STRAN

www.tu-alinhas.pt
www.sicad.pt

KONTAKTNI PODATKI

Kontaktna oseba: **Patricia Pissarra** ali **Raul Melo**
Organizacija: **SICAD**
Naslov: Av. República n.º 61, 3º
Država: Portugalska
Telefon: +351 21 1119 000
E-pošta: raul.melo@sicad.min-saude.pt or eu.outros@sicad.min-saude.pt

PREGLEDNICA 33: TUDI JAZ SEM VKLJUČEN V PREVENTIVO

OSNOVNI PODATKI					
NAME	Tudi jaz sem vključen v preventivo (ang. <i>I'm also Involved in Prevention</i> / gr. <i>Είμαι Και Εγώ Στην Προληψη</i>)				
POVZETEK	Intervencijo organizira multidisciplinarna skupina iz Centra za preventivo odvisnosti Pronoi v Atenah, z namenom preučevanja potrebe dijakov o informacijah glede alkohola, zlorabe snovi in na splošno o odvisnostih (alkohol, kajenje, droge itn.). Uporabljena metodologija so kratke psihoizobraževalne intervencije (splošna preventiva). Vsebina intervencije je definicija odvisnosti, razlikovanje med rabo in zlorabo, stopnje odvisnosti, posledice zlorabe in odvisnosti, definicija preventive, razumevanje, kako novi mediji vplivajo na delo, razčlenjevanje oglaševalskih sporočil, razvoj osebne odgovornosti za lastno zdravje, vključevanje v načela preventive v šolskem okolju, ustvarjanje pozitivnega okolja za promocijo preventivnih sporočil na področju alkohola itn. Tehnike, ki jih uporablja intervencija, so debate, delo v manjših skupinah, predstavitev v programu PowerPoint, video posnetki, glasba, risanje, igranje vlog, brianstorming, vprašalniki itn. Intervencija se izvaja v skupini 20 do 25 dijakov (srečanje traja 3,5 ure), pristop k intervenciji je interaktiven in izkustven. Intervencija je potrjena in podprta s strani ministrstva za izobraževanje. Šole se vsako leto prijavijo na center, da lahko sodelujejo v programu.				
FINANCIRANJE	Nacionalni/regionalni/lokalni organi				
RAVEN	Lokalna				
NAMEN IN CILJI	Splošni cilj intervencije je izobraževanje in informiranje mladostnikov s področja alkohola in rabe snovi (definicija, vzročni dejavniki, posledice itn.), ki poudarjajo vlogo medijev in vpliva vrstnikov na rabo in odvisnost od alkohola in ostalih drog.				
RAZVOJ					
DELEŽNIKI	Posredna ciljna skupina	Ministrstvo za izobraževanje OKANA			
LOGIČNI MODEL	<p>Znanstveno: Intervencija črpa iz elementov logičnega modela/dejanskega pristopa skozi ponudbo informacij o zdravstvenih tveganjih in modelu družbenega vpliva pri odporu, ki se osredotoča na družbeni kontekst. Naša intervencija jasno temelji na sociokognitivni teoriji (Bandura) s poudarkom na družbenemu okolju mladostnika. Osredotoča se na grajenje sposobnosti pri prepoznavanju negativnih vplivov, ki ciljajo na spremembo znanja in odnosa do zlorabe snovi kot končni cilj vplivanja na vedenje.</p> <p>Pretekle izkušnje: v preteklosti se je pojavljala vedno večja potreba s strani šol in skupnosti glede naslavljanja teh zadev, te vrste intervencij pa so bile takrat v obliki informativnih predavanj gostujočih predavateljev pred občinstvom 300 dijakov, kar ni bilo učinkovito in je dokazano s strani številnih raziskav s področja raziskovanja preventive. Iz naših izkušenj s krajšimi psihoizobraževalnimi intervencijami smo bili prepričani, da lahko pričnemo s produktivno debato z mladostniki in jim ponudimo teme za razmišljanje.</p>				
ELEMENTI NAČRTOVANJA	Pregled literature in/ali formativna raziskava	Ocena potreb	Podroben načrt aktivnosti	Časovnica	Načrt evalvacije

IZVEDBA				
ČASOVNI OKVIR	Neprekinjeno			
CILJNE SKUPINE	Mladostniki			
KOMUNIKACIJSKI KANALI	Brošure/letaki/ promocijska darila	Spletna stran	Sestanki/konference s strokovnjaki/kolegi	Neposredna komunikacija
OSNOVNE AKTIVNOSTI	Intervencija se izvaja že od leta 2004 in vsako leto sodeluje 15 do 20 skupin dijakov (približno 4.500 dijakov). Dogodek: festival za najstnike glede oglaševanja s področja preprečevanja rabe alkohola in ostalih odvisnosti (organizira se na 3 leta).			
PODPORNE AKTIVNOSTI	Srečanja tima	Sodelovanje z Oddelkom svetovalne psihologije metropolitanske Univerze Manchester		
EVALVACIJA				
ODGOVORNOST	Zunanja in notranja			
VRSTA	Procesna	Evalvacija učinkov	Evalvacija rezultatov	
REZULTATI	Rezultat evalvacije je preučeval spremembe odnosa in znanja mladostnikov o alkoholu, tobaku in prepovedanih drogah, po njihovem sodelovanju v kratkotrajni intervenciji preprečevanje zlorabe drog. Meritve pred in po intervenciji so raziskale spremembe v vzorcu 125 grških dijakov (60 moškega in 65 ženskega spola; povprečna starost) iz treh različnih šol. Rezultati so prikazali, da so se odnosi mladostnikov o zlorabi alkohola in drugih drog spremenili po zaključeni intervenciji predvsem v odnosu do alkohola in sekundarno v odnosu do tobaka, toda ni zaznati večjih sprememb v njihovem odnosu do prepovedanih drog; mlade ženske so pokazale močnejše nasprotovanje kot mladi moški. Zaključili smo, da take intervencije, čeprav kratkotrajne, imajo vpliv na odnos mladostnikov do alkohola in drugih drog, kot tudi njihovo znanje o njih.			
POROČILO	Loizou D. Preventive substance abuse among greek adolescents: evaluation of a community based psycho-educational programme. Neobjavljena dizertacija. Manchester Metropolitan University in collaboration with 'Pronoi' Substance Use Prevention Centre of Municipality of Kifissia, 2009, Athens, Greece.			
SPREMLJANJE	Ne			
DODATNE INFORMACIJE				
SPLETNA STRAN	www.pronoi.org.gr			
KONTAKTNI PODATKI	Kontaktna oseba: Vasiliki Alexaki , Socialna delavka, Sodelavka pri preventivi Organizacija: Center for the Prevention of Addiction & Psychosocial Health Promotion – PRONOI, Municipality of Kifissia and Organization Against Drugs – OKANA Naslov: Parou 2 & Ch.Lada, Kifissia 14563, Atene Država: Grčija Telefon: +302 10 8082 673 E-pošta: vasoalexaki@pronoi.org.gr			

6.4.2. Dobri pokazatelji učinkovitosti

PREGLEDNICA 34: IZŠTEKANI

OSNOVNI PODATKI				
NAME	Izštekan (ang. Unplugged / lit. Gyvai)			
POVZETEK	Izštekan je preventivna intervencija v šolskem okolju, ki temelji na celostnem pristopu družbenega vpliva, ki se osredotoča na mladostnike med 12. In 14 letom starosti in cilja na zmanjševanje pobude, rabe in zlorabe alkohola, tobaka in prepovedanih drog. Intervencija se je izvedla v sedmih evropskih državah pod imenom projekt EU-Dap. Intervencija je bil ocenjena v ogromni RCT (EU-Dap). Intervencija se sestoji iz 12 predavanj in 3 seminarjev za starše. Vsebina intervencije vključuje informacije o alkoholu, tobaku, marihuani in drugi drogah ter kombinira življenjske sposobnosti in normativna verovanja.			
FINANCIRANJE	Intervencija IZŠTEKANI je bila oblikovana znotraj projekta EU-Dap, ki je financiran s strani Evropske komisije.	Družbena pobuda IKEA je financirala prevod, adaptacijo in diseminacija programa v Litvi.		
RAVEN	Nacionalna			
NAMEN IN CILJI	Namen intervencije je omogočanje zdravega mladostništva brez drog. Glavni cilji so dvig ozaveščenosti glede zdravja in znanje o družbenih vplivih, izboljšanje znanja, odnosa do z zdravjem povezanega vedenja in rabe drog, zmanjšanje rabe tobaka, alkohola in marihuane ter zmanjšanje možnosti za zlorabo drog v prihodnosti.			
RAZVOJ				
DELEŽNIKI	Posredna ciljna skupina	Raziskovalci	Izvajalci preventive	
LOGIČNI MODEL	Znanstveno: intervencija IZŠTEKANI temelji na modelu celostnega družbenega vpliva, kjer se predstavijo vedenja in krepijo odnosi in zmožnosti, ki pripomorejo k boju proti pritiskom glede rabe drog. Interaktivne metode se osredotočajo na povečanje sposobnosti za integracijo odnosov in močne družbene mreže s pristopom do drog in njihove zlorabe.			
ELEMENTI NAČRTOVANJA	Pregled literature in/ali formativna raziskava Dogovor partnerjev	Podroben načrt aktivnosti Načrt evalvacije	Načrt financiranja	Časovnica
IZVEDBA				
ČASOVNI OKVIR	Neprekinjeno			
CILJNE SKUPINE	Mladostniki Starši			
KOMUNIKACIJSKI KANALI	Socialni mediji Neposredna komunikacija	Spletna stran Smernice	E-pošta Znanstvene publikacije	Sestanki/konference s strokovnjaki/kolegi

OSNOVNE AKTIVNOSTI	Prevod in objava gradiva, dvodnevno usposabljanje za predavatelje, socialni pedagogi in psihologi, svetovanja in ocenjevalna srečanja.		
PODPORNE AKTIVNOSTI	Svetovanje	Usposabljanje	Srečanja tima
EVALVACIJA			
ODGOVORNOST	Notranja		
VRSTA	Procesna	Evalvacija učinkov	Evalvacija rezultatov
REZULTATI	Intervencija IZŠTEKANI EU-Dap ima varovalni vpliv na zgodnji pričetek rabe drog ter na prenos rabe iz eksperimentalnega v redno rabo. Učinek ima več vpliva na fante kot na deklice. Učinkovitost intervencije Izštekan po 2. vprašalniku (3 mesece po intervenciji) je pokazala zmanjšanje dnevnega kajenje za 30 %, opijanja pred kratkim za 28 % ter rabe marihuane za 23 %.		
POROČILO	www.eudap.net/pdf/finalreport2.pdf		
SPREMLJANJE	Da	Nadaljnje dejavnosti so bile organizirane po adaptaciji in pilotnemu preizkusu v Litvi.	
DODATNE INFORMACIJE			
SPLETNA STRAN	www.eudap.net		
KONTAKTNI PODATKI	Kontaktna oseba: Bernadeta Lazauninkaite Organizacija: Mentor Lithuania Naslov: Gedimino av. 12, Vilna Država: Litva Telefon: +370 61 1278 72 E-pošta: bernadeta@mentorlietuva.org		

PREGLEDNICA 35: IZŠTEKANI

OSNOVNI PODATKI				
NAME	Izštekan (ang. Unplugged)			
POVZETEK	<p>Izštekan je preventivna intervencija v šolskem okolju, ki temelji na celostnem pristopu družbenega vpliva, ki se osredotoča na mladostnike med 12. in 14 letom starosti in cilja na zmanjševanje pobude, rabe in zlorabe alkohola, tobaka in prepovedanih drog. Intervencija se sestoji iz 12 predavanj in 3 seminarjev za starše. Vsebina intervencije vključuje informacije o alkoholu, tobaku, marihuani in drugi drogah ter kombinira življenjske sposobnosti in normativna verovanja. Intervencija izvajajo predhodno usposobljeni predavatelji, ki imajo na voljo vsa potrebna orodja (priročnik, delovni zvezek za dijake in učne kartice). Starši so prav tako vključeni v intervencijo. Sodelovanje staršev je sicer bilo zelo nizko (20 %), zaradi česa smo vključili ta program v preventivno intervencijo za starše Effekt. EFFEKT (prej se je imenoval preventivni program Örebro) poskuša zmanjšati rabo alkohola pri najstnikih s spreminjanjem odnosa njihovih staršev. Starše se spodbuja k komunikaciji nične tolerance glede politik o rabi alkohola svojim otrokom. Informacije so razširjene staršem na šolskih srečanjih na pričetku vsakega semestra in s pošiljanjem rednih pisem na domači naslov med polletjem. Inštitut Utrip je pričel z izvajanjem te intervencije v šolskem letu 2014/2015. (www.blueprintsprograms.com/factSheet.php?pid=e973a64ce098778bb7327fe57d8a607be981cbd3)</p> <p>Intervencija je bila ocenjena v ogromni RCT (EU-Dap), ki je bila opravljena v sedmih evropskih državah med 2004 in 2007. Prav tako je bilo ocenjeno delo v Sloveniji, ki je izvajala pilotno različico intervencije med šolskim letom 2010/2011. Na pilotni stopnji je sodelovalo 28 osnovnih šol (26 v intervencijski skupini in 22 v kontrolni skupini). Ocenjevanje učinkovitosti kaže, da je program učinkovit po 3 mesecih pri preprečevanju rabe cigaret, zmanjšanju opijanja in rabe marihuane med učenci med 12. in 14. letom starosti. Po enem letu se preverja učinek na opijanje in rabo marihuane. UTRIP je nacionalno središče za program Unplugged v Sloveniji. Trenutno več kot 30 šol v Sloveniji redno ali občasno izvaja intervencijo.</p>			
FINANCIRANJE	Nacionalni/regionalni/lokalni organi	Švedske državne organizacije (švedski doprinos)		
RAVEN	Nacionalna			
NAMEN IN CILJI	Intervencija Unplugged cilja na zmanjšanje prisotnosti zlorab alkohola, tobaka in drugih snovi med mladimi, prelaganje ali odlaganje pričetka rabe snovi ali prenosa od eksperimentalne rabe v odvisnost.			
RAZVOJ				
DELEŽNIKI	Posredna ciljna skupina	Državni organi	Raziskovalci	Civilna družba (NVO)
LOGIČNI MODEL	<p>Znanstveno: Izštekan temelji na teoriji družbenega učenja, teoriji življenjskih sposobnosti, modelu verovanja v zdravje, teoriji razumnega dejanja-odnosa in teoriji družbenih norm.</p> <p>Pretekle izkušnje: intervencija je bila ocenjena med 2004 in 2007 znotraj študije EU-Dap, ogromne Evropske skupne in RCT, ki je bila opravljena med septembrom 2004 in majem 2007 v sedmih evropskih državah. Avstrija, Belgija, Nemčija, Grčija, Italija, Španija in Švedska ter 143 šol, 345 razredov in 7.7079 učencev.</p>			

ELEMENTI NAČRTOVANJA	Pregled literature in/ali formativna raziskava Načrt vodenja človeških virov Načrt evalvacije	Ocena potreb Časovnica	Podroben načrt aktivnosti Dogovor partnerjev	Načrt financiranja Komunikacijski načrt
IZVEDBA				
ČASOVNI OKVIR	Periodično			
CILJNE SKUPINE	Mladostniki	Starši		
KOMUNIKACIJSKI KANALI	Brošure/letaki/ promocijska darila Brošure/letaki/ promocijska darila	Socialni mediji Smernice	Socialni mediji Neposredna komunikacija	Spletna stran Znanstvene publikacije
OSNOVNE AKTIVNOSTI	Intervencijo izvajajo predhodno usposobljeni predavatelji, ki imajo na voljo vsa potrebna orodja (priročnik, delovni zvezek za dijake in učne kartice). Usposabljanja so organizirana dvakrat na leto v prostorih Inštituta UTRIP. Junija 2012 je Inštitut UTRIP izdal dokument z nazivom Smernice in priporočila za intervencije v šolskem okolju, ki predstavlja zelo podrobno nekatera ključna predvidevanja učinkovitih intervencij v šolskem okolju in osnovna načela, ki jih lahko šole uporabijo pri vajah ter razvijejo in izvajajo visokokakovostne intervencije preventive. Dokument je na voljo v angleškem in slovenskem jeziku na spletni strani EMCDDA kot primer dobrih praks na področju standardov in smernic: www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/standards/prevention .			
PODPORNE AKTIVNOSTI	Usposabljanje	Promocijski letak		
EVALVACIJA				
ODGOVORNOST	Zunanja in notranja			
VRSTA	Procesna	Evalvacija učinkov	Evalvacija rezultatov	
REZULTATI	Ocenjevalni rezultati so pokazali, da je bila intervencija zelo uspešna v intervencijski skupini šol v primerjavi s kontrolno skupino. Primerjava se je opravila glede na začetno situacijo, ocenjevanje pa opravljeno štiri mesece po izvedbi programa v intervencijski skupini. Rezultati kažejo, da se je kajenje, občasno pitje, pogosto pitje in opijanje kot tudi raba marihuane in drugih prepovedanih drog občutno zmanjšalo med učenci, ki so sodelovali v izvedbi (intervencijska skupina), medtem ko v kontrolni skupini ni prišlo do večjih sprememb. Če primerjamo te podatke glede na začetno stanje, tudi v smislu predvidevanj otrok o njihovem odnosu do alkohola, tobaka in drog v prihodnosti, ugotavljamo, da je intervencija izštetkani občutno zmanjšala dejansko rabo v intervencijski skupini.			
REPORT	NIJZ: "Nacionalno poročilo 2014 o stanju na področju prepovedanih drog v RS"			
SPREMLJANJE	V naslednjih dveh letih se načrtujejo nadaljnje dejavnosti.			

DODATNE INFORMACIJE

SPLETNA STRAN

www.izstekani.net
www.eudap.net

KONTAKTNI PODATKI

Kontaktna oseba: **Sanela Talič**
Organizacija: **Inštitut za raziskave in razvoj "Utrip"**
Naslov: Vošnjakova ulica 1, 1000 Ljubljana
Država: Slovenija
Telefon: +386 31 6574 12
E-pošta: sanela@institut-utrip.si

**PREGLEDNICA 36: PREMISLI: PREVENTIVNI PROGRAM ZA ZMANJŠEVANJE RABE/
ZLORABE ALKOHOLA MED MLADOSTNIKI V ŠOLSLEM OKOLJU**

OSNOVNI PODATKI				
NAME	Premisli: Preventivni program za zmanjševanje rabe/zlorabe alkohola med mladostniki v šolskem okolju (ang. Stop to Think: Prevention Programme of Use/Abuse of Alcohol in School Aged Adolescents)			
POVZETEK	<p>Preventivna intervencija je bila razvita z interaktivno metodologijo z namenom preventive rabe/zlorabe alkohola med mladostniki v šolskem okolju. Kot metoda je bila uporabljena pseudo-poskusna študija, s testiranjem pred in po intervenciji. Vključenih je bilo 178 sodelujočih, 70 je bilo v poskusni skupini, 108 pa v kontrolni skupini.</p> <p>Uporabili smo vprašalnik o znanju o alkoholu, vprašalnik o pričakovanih rabe alkohola ter ocenjevalni sistem družbenih sposobnosti. Poskusna skupina je prikazala pozitivno evolucijo znanja in pričakovanj o alkoholu, z dojetjem rabe alkohola med vrstniki in poročanje o rabi.</p> <p>Intervencija se je izkazala za učinkovito pri stabilizaciji rabe alkohola, povečanju znanja, vzdrževanju pozitivnih pričakovanj ter povečanju zaznavanja rabe alkohola med vrstniki.</p>			
FINANCIRANJE	Izobraževalna/javno zdravstvena/raziskovalna ustanova			
RAVEN	Lokalna. Šola je pod nadzorom zdravstvenega centra mesta Coimbra.			
NAMEN IN CILJI	<p>Naraščanje znanja o alkoholu in posledicah, izboljšanje dojetja tveganja v zvezi s priložnostno rabo alkohola, prelaganje pričetka rabe alkohola ter zmanjševanje namena za rabo alkohola. Glavni cilji so prav tako izboljšanje dojetja rabe alkohola, oblikovanje varnih in pozitivnih pričakovanj v zvezi z zmanjšano rabo alkohola, razvijanje družbenih zmožnosti za povečevanje odgovornega iskanja rešitev v tveganih situacijah in za prelaganje eksperimentiranja z alkoholom.</p>			
RAZVOJ				
DELEŽNIKI	Ciljne skupine	Posredna ciljna skupina	Raziskovalci	
LOGIČNI MODEL	<p>Znanstveno: intervencijski program je bil oblikovan glede na rezultate sistematične recenzije literature, ki so bile ocenjene v skladu z rezultati študije kontekstnega ocenjevanja fenomena rabe alkohola med učenci 3. cikla izobraževanja ter glede na predloge strokovnjakov.</p> <p>Pretekle izkušnje: model se lahko analizira s pregledom objavljenih znanstvenih člankov.</p>			
ELEMENTI NAČRTOVANJA	Pregled literature in/ali formativna raziskava	Ocena potreb	Podroben načrt aktivnosti	Načrt financiranja
	Načrt vodenja človeških virov	Časovnica	Dogovor partnerjev	Komunikacijski načrt
	Načrt evalvacije			

IZVEDBA			
ČASOVNI OKVIR	Neponovljivo, enkratno		
CILJNE SKUPINE	Mladostniki		
KOMUNIKACIJSKI KANALI	Sestanki/konference s strokovnjaki/kolegi	Smernice	Znanstvene publikacije
OSNOVNE AKTIVNOSTI	Intervencija je sestavljena iz 11 srečanj (12 razredov/90 minut), ki so jih razvili/e medicinske sestre/zdravstveni tehniki za duševno zdravje in 5 sorodnih dejavnosti (14 razredov/90 minut), ki jih izvaja učitelj med šolskim letom z dodatnim srečanjem v naslednjih dveh letih.		
PODPORNE AKTIVNOSTI	Svetovanje	Srečanja tima	
EVALVACIJA			
ODGOVORNOST	Notranja		
VRSTA	Procesna	Evalvacija učinkov	Evalvacija rezultatov
REZULTATI	Intervencija se je izkazala za učinkovito pri vzdrževanju rabe alkohola na istem nivoju, povečanja znanja, vzdrževanju pozitivnih pričakovanjih ter dojemanju rabe alkohola med vrstniki.		
REPORT	www.scielo.br/pdf/ean/v17n3/en_1414-8145-ean-17-03-0466.pdf		
SPREMLJANJE	Ne		
DODATNE INFORMACIJE			
SPLETNA STRAN	/		
KONTAKTNI PODATKI	Kontaktna oseba: Teresa Barroso Organizacija: School Nursing Coimbra Naslov: Av. Bissaya Barreto, Coimbra Država: Portugalska Telefon: +351 96 7214 649 E-pošta: tbarroso@esenfc.pt		

6.4.3. Močni pokazatelji učinkovitosti

PREGLEDNICA 37: PROGRAM DOMAČE EKIPE “SLICK TRACY” IN PROGRAM NEVERJETNIH MOŽNOSTI

OSNOVNI PODATKI				
NAME	Program domače ekipe “Slick Tracy” in Program neverjetnih možnosti (ang. Slick Tracy Home Team Programme and Amazing Alternatives Programme / pol. PDD – Program Domowych Detektywów + FM – Fantastyczne Możliwości)			
POVZETEK	<p>Obe intervenciji sta povzeti po severnoameriškem programu in sta del projekta Northland Project.</p> <p>PDD in FM sta univerzalni intervenciji za preventivo na področju alkohola, ki se ju izvaja v zaporednih šolskih letih. Intervencija PDD je usmerjen na učence med 10. in 12. letom starosti (na Poljskem so učenci takrat v 4. ali 5. razredu osnovne šole), FM pa je usmerjen na učence med 11. in 13. letom starosti (5. ali 6. razred).</p> <p>Obe intervenciji sta sestavljeni iz srečanj, ki jih vodi učitelj ali vrstnik (v PDD se izvaja 5 srečanj, ki temeljijo na knjižicah s stripi, pri FM pa 6 srečanj, ki temeljijo na zvočnih posnetih zgodb 4 mladostnikov), ki jih dopolnjujejo dejavnosti staršev in otrok doma.</p> <p>Izvoljeni vrstniki, ki so vodje in usposobljeni s strani učiteljev, predstavijo temo vsakega srečanja svojim sošolcem, spodbudijo debato v majhnih skupinah, predstavijo dejavnosti reševanja problemov, igre in igranje vlog.</p> <p>Dejavnosti, ki so opisane v knjižicah učencev so oblikovane, da spodbujajo komunikacijo med otroci in starši o alkoholu in drugih prepovedanih snovi ter vzpostavljajo učinkovita družinska pravila za soočanje z rabo alkohola mladoletnikov.</p> <p>Na koncu intervencije je organiziran družinski večer, kjer učenci predstavijo plakate svojim staršem in sodelujejo v zabavnih dejavnostih. Celoten program PDD+FM zahteva dve zaporedni šolski leti in 12-15 tednov v vsakem šolskem letu.</p>			
FINANCIRANJE	Nacionalne/regionalne/lokalne državne organizacije (najbolj pogosto je projekt financiran s strani lokalnih upravljani)			
RAVEN	Nacionalna			
NAMEN IN CILJI	<p>Cilj intervencije je zmanjševanje rabe alkohola mladoletnikov.</p> <p>Specifični cilji so zmanjšanje namena pitja; okrepiti izbrane zaščitne dejavnike, ki so povezani z rabo alkohola; spodbujanje sposobnosti upiranja proti družbenemu pritisku: dojetje norm vrstnikov proti pitju in zmanjšanje pozitivnega odnosa o do alkohola; ustvarjanje komunikacije med otroci in starši o alkoholu in ostalih tveganih vedenjih ter izboljšanje znanja učencev (o oglaševanju alkohola in modeliranju, pritisku vrstnikov in posledicah rabe alkohola kot mladoletnik).</p>			
RAZVOJ				
DELEŽNIKI	Ciljne skupine	Posredna ciljna skupina	Državni organi	Vlagatelji
	Raziskovalci	Učitelji v osnovnih šolah	Ravnatelji v osnovnih šolah	
LOGIČNI MODEL	<p>Znanstveno: oblikovanje in krepitev zelenega vedenja otroka z znatno vključenostjo vrstnikov in staršev pri glavnih preventivnih strategijah, ki jih uporablja program. Te strategije izvirajo iz osnovnih psihosocialnih teorij: teorija razumnega dejanja (Ajzen & Fishbein, 1980), teorija družbenega učenja (Bandura, 1986) in teorija problem-vedenje (Jessor, 1987, 1998)</p>			

ELEMENTI NAČRTOVANJA	Pregled literature in/ali formativna raziskava Časovnica	Ocena potreb Dogovor partnerjev	Podroben načrt aktivnosti Načrt evalvacije	Načrt vodenja človeških virov
IZVEDBA				
ČASOVNI OKVIR	Neprekinjeno			
CILJNE SKUPINE	Otroci pred puberteto in njihovi starši			
KOMUNIKACIJSKI KANALI	Časopisi/revije Sestanki/konference s strokovnjaki/kolegi	Brošure/letaki/promocijska darila Neposredna komunikacija	Spletna stran Smernice	E-pošta Znanstvene publikacije
OSNOVNE AKTIVNOSTI	Previdna kulturna prilagoditev izvernih severnoameriških programov, dodelava poljskih gradiv, pilotna izvedba, ocenjevanje postopka, usposabljanja, supervizija in objava gradiv.			
PODPORNE AKTIVNOSTI	Svetovanje	Supervizija	Usposabljanje	Srečanje s skupino
EVALVACIJA				
ODGOVORNOST	Notranja			
VRSTA	Procesna		Evalvacija rezultatov	
REZULTATI	<p>Procesna evalvacija.</p> <p>PDD. Iz evalvacije je razvidno, da je bil program izvajan v popolnosti v vseh intervencijskih šolah. Na podlagi podatkov iz lastnega poročila s strani učencev in staršev je več kot 90 % učencev sodelovalo v dejavnostih iz knjižice, najpogosteje s svojimi mamami. Podobne ugotovitve so prepoznane tudi iz razrednih zapisov učiteljev. Deklice, učenci iz družin z dvema staršema in "dobri" učenci so veliko bolj pogosto opravili vse naloge iz knjižice. Stopnja udeležnosti v družinskih večerih je tudi visoka – udeležilo se jih je 74 % učence, 56 % pa z vsaj enim staršem.</p> <p>Učitelji so imeli na voljo dva alternativna načina za izbiranje vrstnikov za vodje razredov: volitve vseh učencev ali volitve manjših in predhodno oblikovanih skupin. Čeprav je bilo večina volitev osnovana na priljubljenosti učenca, so organizirali skupinske intervjuje z učitelji, da so se volitve vodje vrstnikov razlikovale med samimi razredi. Za učence je bila velika čast, če so bili izvoljeni za vodje svojih vrstnikov. Po mnenju učiteljev so bili usposobljeni vodje vrstnikov zelo dobro motivirani in v popolnosti vključeni v dejavnosti intervencije. Čeprav so imeli nekaj težav z disciplino pri dejavnostih v manjših skupinah, so v splošnem opravili vse dejavnosti zelo dobro.</p> <p>FM. Medkulturna prilagoditev intervencije je potekala v treh stopnjah: a) priprava predhodne različice izobraževalnih gradiv; b) pilotno ocenjevanje predhodne različice intervencije (4 učilnice); in c) pilotna študija izvajanja intervencije v osmih različnih skupnostih na Poljskem (21 učilnic). Uporabljene so bile kvalitativne metode, vključno s fokusnimi skupinskimi intervjuji z učencu, vodji vrstnikov in izvajalci intervencije, opazovanja srečanj razredov in vprašanja z odprtim koncem za učence in starše. Rezultati so razkrili, da je intervencije potrebovala znatne spremembe, da bi bil lahko uporaben v poljskih šolah. Število razrednih srečanj se je zmanjšalo z osem na šest, vsebina glede alkohola pa zmanjšanja. Načrti razrednih srečanj so bili pregledani, dodali pa so tudi nove vsebine za naslavljanje zadev, ki so pomembne najstnikom (npr. Odnosi z vrstniki, obvladovanje sramežljivosti). ↓</p>			

REZULTATI



Ocenjevanje postopka intervencije FM je potekalo v kraju Morag (manjše naselje in okoliške vasi) kot del rutinskega izvajanja je razkrilo, da se intervencija v celotni izvaja v vseh osmih sodelujočih razredih (n=139) in poteka zelo kakovostno. Dokazi podajajo visoko stopnjo udeleževanja družinskih večerov (več kot 75 % učencev in staršev), sodelovanja staršev (94 % staršev je opravilo vsaj polovico dejavnosti iz knjižice) ter zadovoljstvo učencev (90 % učencev je zadovoljnih z intervencijo).

Evalvacija rezultatov

Rezultati evalvacije rezultatov intervencij PDD + FM in nadaljnjih dejavnosti, ki je trajalo 27 mesecev: prepoznani so bili koristni učinki dvoletnega programa za celotno skupino vmesnih spremenljivk (MANOVA, $F=3.64$; $p<0.001$). Natančneje, pomembne ugodne spremembe so se pokazala v pozitivnih odnosih sodelujočih do alkohola ($F=4.12$, $p<0.043$), znanju o posledicah rabe alkohola ($F=18.82$, $p<0.001$) in odločnih verovanj ($F=9.89$, $p<0.002$). Ostala analiza je dokazala, da je sodelovanje v dvoletnem programu pripomoglo k manjšimi primeru opitosti in rabe alkohola z vrstniki.

POROČILO

EMCDDA: "Examples of evaluated practices: EDDRA"

Članek v Psychiatria Polska Bobrowski K. J., Pisarska A., Ostaszewski K., Borucka A. (2014). Skuteczność programu profilaktyki alkoholowej dla dzieci na progu dojrzwania (Effectiveness of alcohol prevention program for pre-adolescents), Psychiatria Polska, 48 (3): 527-539.

SPREMLJANJE

Da 27 mesecev po osnovni dejavnosti

DODATNE INFORMACIJE

SPLETNA STRAN IN PUBLIKACIJE

prom.ipin.edu.pl

Bobrowski K. (2004) Ocena odroczonej efektów Programu Domowych Detektywów mierzonych po czterech miesiacach od zakonczenia programu (The Slick Tracy Home Detectives Program outcome evaluation – a four-month follow-up), Alkoholizm i Narkomania 18(1-2), 61–76.

Okulicz-Kozaryn K. Bobrowski K., Borucka A., Ostaszewski K., Pisarska A. (2000): Poprawność realizacji Programu Domowych Detektywów a jego skuteczność (Adequacy of the "Program Domowych Detektywów" implementation and its effectiveness). Alkoholizm i Narkomania t. 13(2); 235–254.

Ostaszewski, K., Bobrowski, K., Borucka, A., Okulicz-Kozaryn, K., Pisarska, A., Perry, C., Williams, C. (1998) 'Program Domowych Detektywów. Adaptacja amerykańskiego programu profilaktyki alkoholowej dla młodzieży we wczesnym okresie dojrzwania' ('A Polish adaptation of the US alcohol primary prevention programme for young adolescents'), Alkoholizm i Narkomania, 3, 339–60.

Ostaszewski K., Bobrowski K., Borucka A., Okulicz-Kozaryn K., Pisarska A. (2000): Ocena skuteczności programu wczesnej profilaktyki alkoholowej "Program Domowych Detektywów" (Outcome evaluation of the alcohol primary prevention programme "Program Domowych Detektywów"). Alkoholizm i Narkomania 13, 1; 83–103.

Ostaszewski K., Bobrowski K, Borucka A., Okulicz-Kozaryn K., Pisarska, A. (2000): Chapter 7. Evaluating innovative drug-prevention programmes: Lessons learned. [v:] Evaluation – a key tool for improving drug prevention. EMCDDA Scientific Monograph Series No 5, European Commission, EMCDDA, 75–85.

Pisarska, A., Ostaszewski, K., Borucka, A., Bobrowski, K., Okulicz-Kozaryn, K. (2005) Adaptacja amerykańskiego programu profilaktyki alkoholowej Fantastyczne Możliwości – znaczenie ewaluacji procesu i badań jakościowych (Cross-cultural adaptation of the Amazing Alternatives – American alcohol prevention programme: the importance of the process evaluation and qualitative methods), Alkoholizm i Narkomania (Alcohol and Drug Abuse), 18, 3, 43–62. ↓

**SPLETNA STRAN IN
PUBLIKACIJE**



Bobrowski, K., Kocoń, K., Pisarska, A. (2005) Efekty dwuletniego programu profilaktyki alkoholowej. (The results of the two-year alcohol prevention programme) *Alkoholizm i Narkomania (Alcohol and Drug Abuse)*, 18, 3, 25–41.

Bobrowski, K. (2006). Zajęcie dla hobbystów – badanie odroczonego efektów programów profilaktycznych. (Hobby activities – analysing the postponed effects of preventive programmes) W: *Diagnostyka, profilaktyka i socjoterapia w teorii i praktyce pedagogicznej*. Deptuła, M. (red.) Wydawnictwo Uniwersytetu im. K. Wielkiego. Bydgoszcz, 221–236.

KONTAKTNI PODATKI

Kontaktna oseba: **Krzysztof Ostaszewski**
Organizacja: **Institute of Psychiatry and Neurology**
Naslov: Sobieskiego 9, 02-957 Varšava
Država: Poljska
Telefon: +48 22 4582 630
E-pošta: ostasz@ipin.edu.pl

PREGLEDNICA 38: PREPREČEVANJE TVEGANE RABE ALKOHOLA PRI MLADOSTNIKI

OSNOVNI PODATKI				
NAME	Preprečevanje tvegane rabe alkohola pri mladostnikih (ang. PAS - Preventing Heavy Alcohol Use in Adolescents)			
POVZETEK	<p>Intervencija PAS je usmerjena v prelaganje pričetka rabe alkohola in zmanjšanje tvegane rabe alkohola pri mladih osebah. Intervencija je sestavljena iz dveh delov: 1) intervencija za starše in 2) intervencija za dijake višjih razredov osnovne šole in srednje šole. Starši tako povečajo svoje restriktivne in prepovedujoče odnose zoper pitja mladoletnikov in so motivirani, da pravila vpeljejo tudi za svoje najstniške otroke, učenci pa razvijejo več nadzora nad svojimi dejanji in zdrav odnos do alkohola. Intervencija je namenjena učencem med 12. in 16. letom starosti. Kot celota traja intervencija PAS 3 leta. Intervencija za starše je oblikovana po švedskem preventivnem programu Örebro.</p> <p>Nacionalno usklajevalno telo intervencije PAS se nahaja na inštitutu Trimbos (nizozemski inštitut za duševno zdravje in odvisnosti) znotraj širšega programa za zdrave šole in droge. V šolah organizirajo intervencijo PAS preventivni strokovnjaki v lokalnih občinskih agencijah za zdravje in odvisnosti. Ti imajo predstavitve na družinskih večerij, usposablja učitelje (enodnevno usposabljanje z delom s programom e-učenje) in skrbijo za tesno sodelovanje šolskega osebja in splošno izvajanje dejavnosti za preventivo rabe alkohola v šolah.</p>			
FINANCIRANJE	Nacionalni/regionalni/lokalni organi			
RAVEN	Nacionalna	Lokalna		
NAMEN IN CILJI	Glavni cilj intervencije je prelaganje pričetka rabe alkohola in zmanjšanje tvegane rabe alkohola pri mladih osebah. Ostali cilji so motiviranje staršev, da vpeljejo restriktivna pravila glede alkohola za svoje najstniške otroke in razvijejo več samonadzora in zdrav odnos do alkohola (za učence).			
RAZVOJ				
DELEŽNIKI	Ciljne skupine	Posredna ciljna skupina	Raziskovalci	Razvijalci gradiva, kreativne osebe
LOGIČNI MODEL	<p>Znanstveno: znanstveno znanje o socializaciji, ki je specifična za alkohol, norme staršev in raba alkohola staršev (intervencija za starše);</p> <ul style="list-style-type: none"> • rezultati preventivnega programa Örebro (intervencija za starše); • teorija načrtovanega vedenja in sociokognitivna teorija (intervencija za učence). <p>Pretekle izkušnje: šole potrebujejo preventivne intervencije, ki so usmerjene na njihove potrebe in niso zahtevni pri izvajanju. Celostne intervencije so lahko zelo učinkovite, toda lahko so zelo intenzivne in stroškovno neustrezne za šole. Intervencija PAS je kratka in uresničljiva intervencija, ki je enostavna za izvajanje in ni stroškovno zahtevna.</p>			
ELEMENTI NAČRTOVANJA	Pregled literature in/ali formativna raziskava	Ocena potreb	Podroben načrt aktivnosti	Načrt financiranja
	Načrt vodenja človeških virov	Časovnica	Dogovor partnerjev	Komunikacijski načrt
	Načrt evalvacije			

IZVEDBA					
ČASOVNI OKVIR	Neprekinjeno				
CILJNE SKUPINE	Mladostniki	Starši			
KOMUNIKACIJSKI KANALI	Brošure/letaki/ promocijska darila Smernice	Spletna stran Znanstvene publikacije	E-pošta	Sestanki/konference s strokovnjaki/kolegi	
OSNOVNE AKTIVNOSTI	Vključeni so starši in učenci. Dejavnosti študentov so štiri posamezne e-lekcije v prvem letu in spodbujevalna lekcija po enem letu. Osrednje dejavnosti so tudi enodnevno usposabljanje predavateljev za preventivne strokovnjake, kar organizira inštitut Trimbos (usposabljanje obsega celotno izvedbo programa Zdrava šola in droga) ter usposabljanje učiteljev s strani preventivnih strokovnjakov v trajanju 1,5 ure.				
PODPORNE AKTIVNOSTI	Svetovanje	Supervizija	Usposabljanje	Srečanje s skupino	Služba za pomoč uporabnikom
EVALVACIJA					
ODGOVORNOST	Zunanja in notranja				
VRSTA	Procesna	Evalvacija učinkov		Evalvacija rezultatov	
REZULTATI	<p>Kombinirana intervencija PAS (in ne posamezne intervencije staršev in učencev) prikazuje znatne in pomembne učinke glede tvegane tedenske rabe alkohola, tedenskega pitja in pogostosti pitja.</p> <p>Učinki so vzdrževani po nadaljnjih dejavnostih po 22 mesecih (na področju tedenskega pitja in pogostosti pitja), po 34 mesecih (na področju tedenskega tvegane pitja) in po 50 mesecih, ko je bila dosežena zakonita starost za rabo alkohola (16) (na področju tedenskega tvegane pitja in količine popitega alkohola). Sedaj je na Nizozemskem zakonita starost za rabo alkohola 18.</p> <p>Intervencija PAS je bila učinkovita glede na teoretična predvidevanja, na katerih temelji intervencija (pravila in odnosi s starši so vplivali na učinke intervencije, prav tako pa tudi sprejeta pravila v lastnih poročilih in samoučinkovitost, o kateri so poročali mladostniki). Kombinirana intervencija PAS je bolj učinkovita med mladostniki z nizko stopnjo samonadzora in prizanesljivimi starši.</p> <p>Intervencija je bila predvsem učinkovita pri prelaganju pričetka tvegane tedenskega pitja pri vzorcu mladostnikov iz skupin z višjim tveganjem (tj. tisti, ki imajo nižjo stopnjo izobrazbe in višjo stopnjo vedenja, ki izstopa).</p> <p>Kombinirana intervencija PAS je tudi zelo učinkovita pri spreminjanju odnosa do rabe alkohola pri tistih osebah, ki so pili alkohol že ob samem začetku intervencije.</p>				
REPORT	Vsi članki so objavljeni v mednarodnih publikacijah z medsebojnimi recenzijami.				
SPREMLJANJE	Da	Po 22, 35 in 50 mesecih.			

DODATNE INFORMACIJE

SPLETNA STRAN www.dgsg.nl/scholen/dgsg-vo/leerling-en-ouders---alcohol-en-roken

KONTAKTNI PODATKI Kontaktna oseba: **Jeroen Lammers, MSc**
Organizacija: **Trimbos Institute**
Naslov: P.o box 725, 3500 AS Utrecht
Država: Nizozemska
Telefon: +31 30 2971 100
E-pošta: jlammers@trimbos.nl

PREGLEDNICA 39: LJUBEZEN IN MEJE

OSNOVNI PODATKI				
IME	Ljubezen in meje (ang. <i>Love & Limits</i> / nor. <i>Kjærlighet og Grenser</i>)			
POVZETEK	<p>Norveška različica intervencije za krepitev družin za starše in mlade osebe (ang. <i>Strengthening Families Programme for Parents and Youth</i>). Intervencija je namenjena vsem družinam z otroci med 10. in 14. letom starosti. Uporabljena metodologija je premišljevanje, debata in praktično usposabljanje, posamezno in v skupinah. Tematike so osnovane na teorijah odpora. Srečanja trajajo 8 tednov po 2 uri na teden. Nekatera srečanja so organizirana med poukom. Vse družine z otroci iz istih razredov sodelujejo skupaj. Občine so povabljene, da pošljejo svoje zdravstvene delavce, ki delajo na področju javnega zdravja, socialne delavce ali učitelje na dvodnevno usposabljanje, ki jih pripravi na vodenje tematskih srečanj v njihovih lokalnih šolah. Več kot 60 občin na Norveškem izvaja to intervencijo (od 428).</p> <p>Intervencijo je oblikovala Karol Kumpfer na Univerzi Utah in Virginia Molgaard na Univerzi Iowa State. Skupina intervencij, ki temelji na konceptu Karol Kumpfer, se imenuje SFP (vključujejo številne programe za različne starostne skupine). Eden izmed teh programov je tudi SFP 10-14, ki je znan po tej oznaki.</p>			
FINANCIRANJE	Nacionalni/regionalni/lokalni organi			
RAVEN	Lokalna			
NAMEN IN CILJI	Preprečevanje težav zaradi rabe alkohola, drog in tobaka med mladimi osebami.			
RAZVOJ				
DELEŽNIKI	Posredna ciljna skupina	Državni organi	Raziskovalci	
LOGIČNI MODEL	<p>Znanstveno: Teorija odpora. Tveganje in zaščitni dejavniki. Teorija o komunikaciji in psihološkemu razvoju.</p> <p>Pretekle izkušnje: Praktične izkušnje pričajo o tem, da je intervencija ustrezna in njena izvedba je enostavna. Ciljna skupina in predavatelji verjamejo v učinkovitost intervencije in so zadovoljni z izvedbo.</p>			
ELEMENTI NAČRTOVANJA	Pregled literature in/ali formativna raziskava	Ocena potreb	Podroben načrt aktivnosti	Načrt financiranja
	Načrt vodenja človeških virov	Časovnica	Dogovor partnerjev	Komunikacijski načrt
IZVEDBA				
ČASOVNI OKVIR	Neprekinjeno			
CILJNE SKUPINE	Splošna populacija	Otroci	Mladostniki	Starši
	Družine			
KOMUNIKACIJSKI KANALI	Brošure/letaki/promocijska darila	Socialni mediji	Spletna stran	E-pošta
				Znanstvene publikacije

OSNOVNE AKTIVNOSTI	/			
PODPORNE AKTIVNOSTI	Svetovanje	Usposabljanje	Srečanja tima	Služba za pomoč uporabnikom
EVALVACIJA				
ODGOVORNOST	Zunanja in notranja			
VRSTA	Procesna	Evalvacija učinkov	Evalvacija rezultatov	
REZULTATI	Intervencija preprečuje težave zaradi rabe alkohola med mladimi osebami			
REPORT	Recenzija Cochrane: Foxcroft D.R., Tsertsvadze A., (2011) Universal family-based prevention programmes for alcohol misuse in young people (Review). The Cochrane collaboration. Wiley.			
SPREMLJANJE	Cochrane – recenzija iz leta 2011 je nadaljevanje recenzije iz leta 2003.			
DODATNE INFORMACIJE				
SPLETNA STRAN	http://borgestadklinikken.no/kompetansesenter/rusforebygging-i-skolen/familieprogrammet-kjerlighet-og-grenser			
KONTAKTNI PODATKI	Kontaktna oseba: Eli Marie Wiig Organizacija: KoRus Sør, Borgestadklinikken Naslov: PO box 1, Sentrum, 3701 Skien Država: Norveška Telefon: +47 99 1656 68 E-pošta: eli.marie.wiig@borgestadklinikken.no			

7.

Etika preventive na področju alkohola

Publikacija pred vami je namenjena olajšanju prenosa intervencij, tako da ponuja informacije o njihovi učinkovitosti in podprtost z dokazi. Zakaj potem poglavje o etiki? Etika je filozofija morale. Ukvarja se z vprašanji dobrega in slabega. Namesto da ponuja natančne odgovore, etika vrednoti in ocenjuje različne smeri delovanja (78). Namen poglavja o etiki v PRILOGI 5 je spoznati izvajalce in oblikovalce politike na področju alkoholne preventive z etičnimi dimenzijami njihovega dela ter izpostavljanje teh pogledov.

Preventiva na področju alkohola vključuje zelo širok nabor organizacij – vladnih in nevladnih. Vsi izvajalci in oblikovalci politik sprejemajo odločitve, ki imajo etične posledice, če se jih zavedajo ali ne (78). Toda vloga države v javnem zdravju je edinstvena. Za razliko od deležnikov v civilni družbi temelji odgovornost države za skrb glede zdravja javnosti in blagostanja v njihovi politični moči (79). Določene intervencije, kot so ureditve, obdavčitve in optimalna porazdelitev javnih sredstev za preventivne dejavnosti, so privilegij izvršilne veje vlade (79). Zaradi teh dolgosežnih odgovornosti in moči je mandat javnega zdravja neločljivo moralen (80), predvsem pri vključevanju vladnih akcij.

Etika nedvoumno narekuje pregled najboljših razpoložljivih dokazov glede učinkovitosti in stroškovne učinkovitosti intervencije, saj znanstveni dokazi predstavljajo trdne temelje za sprejemanje odločitev in oblikovanje alkoholnih politik. Učinkovitost in stroškovna učinkovitost nista edini etični kategoriji. Trdna baza dokazov sama po sebi ni dovolj za upravičenje vladne akcije. Intervencija je lahko učinkovita in stroškovno učinkovita, toda neupravičena z etičnega vidika.

Preventiva na področju alkohola ima dolgo tradicijo zatekanja k znanstvenim dokazom kot upravičenost za dejavnosti. Z zgodovinskega vidika je bila prohibicija tesno povezana z evgeniko, disciplino, ki je obravnavana kot predhodnica akademskega raziskovanja takratnega časa. Znanstveni dokazi so enakovredno središče argumentov nasprotnikov prohibicije.

Stališče skupine Drys je temeljilo na tem, kar so dojemali kot dokaz za dedno pridobljene lastnosti v preoblikovanju, ki jih je povzročila raba alkohola. Plakat o učinkih rabe alkohola na “rasne celice” “uveljavljenega nizozemskega znanstvenika in psihiatra dr. Hermana Boumana z Univerze v Amsterdamu na Nizozemskem”, ki ga je v Združenih državah Amerike prodajala Nacionalna zveza za izobraževanje (ang. National Education Association) za uporabo v učilnicah, pravi naslednje: “Kreativne celice pri starših, ki so alkoholiki, če le-te niso popolnoma uničene, so degenerativne in otrok utrpi usodne posledice še pred samim rojstvom. Otroci staršev, ki pijejo alkohol, so močno nagnjeni k poslabšani miselnosti – med

njimi najdemo več primerov idiotov in šibkejših posameznikov. Prav tako je verjetno, da že na samo dednino, pomembno iskrico, ki se obdrži skozi nešteto stoletij, vpliva alkohol in tako lahko potomci naslednjih generacij utrpijo posledice zaradi grehov svojih očetov. Rasa je tista, ki šteje, alkohol pa je sovražnik njenega napredka.” (81)¹.

Odgovor na te trditve skupine Wets je temeljil na treh različnih linijah argumentacije. Nekateri niso sprejeli dokazov o uničevanju dednega materiala zaradi alkohola kot dokončni dokaz. Ostali so izpostavljali evolucijsko teorijo in trdili, da alkohol “odstranjuje nesposobne”. Tretja skupina pa je svojo kritiko prohibicije osnovala na kombinaciji “selekcije alkohola” in “dedne škode zaradi rabe alkohola” (81): “*Na zadevo ne smemo gledati z etičnega ali človekoljubnega stališča; upoštevati moramo le znanstvene temelje. Če se odločite za vzrejo konjev ali psov ali živine ali prašičev ali katerih koli ostalih živali, se morate zadeve lotiti znanstveno. Če tega ne storite kmalu ... bomo vsi padli pod stopnjo povprečja; in tega si ne želite storiti človeški rasi.*” (vir: Latest Scientific Investigation in America of the Action of Alcohol on the Brain, the Nervous System and Heredity: prof. Charles R. Stockard, Cornell University, v: 81).

Tematika o etiki pa ni bila vedno obravnavana s tako namerno in izrecno ravnodušnostjo. Toda etična obravnavanja so opazno izostala pri prevajanju raziskovalnih dognanj v politične akcije. Tako zanemarjanje etičnih posledic pri preventivi na področju alkohola pozneje vodi v ukrepe, kot so množična sterilizacija alkoholikov in ostalih “degenerancev”, prostovoljno ali neprostovoljno, najprej v Združenih državah Amerike, pozneje v nacistični Nemčiji in številnih ostalih evropskih državah, ki so s tem nadaljevale vse do sedemdesetih let prejšnjega stoletja (83).

Ti zgodovinski primeri orisujejo, do česa lahko pripelje, če je politika preventive na področju alkohola osnovana izključno na najboljših razpoložljivih dokazih. Danes imajo taki prisiljeni ukrepi manj možnosti za večinsko podporo in se smatrajo za protislovne z Listino EU o temeljnih pravicah (ang. Charter of Fundamental Rights of the European Union)² in podobnimi pravnimi okvirji za zaščito človekovih pravic. Vsekakor so

¹ Koncept “blastoforije” (ang. blastophtoria, germinalna lezija), ki jo povzroča alkohol kot “rasni strup”, je pridobil veliko priljubljenost v znanstvenih krogih v tistem času. Emil Kraepelin (1856–1926), zagovornik prohibicije in nedvomno ustanovitelj sodobne znanstvene psihiatrije, je izrazil skrb, “da je število idiotov, epileptikov, psihopatov, zločincev, prostitutk in klatežev staršev alkoholikov in okuženih s sifilisom, ki prenašajo svojo manjvrednost na potomce, neizračunljiva. Seveda pa bo škoda delno uravnotežena zaradi njihove nizke sposobnosti preživetja, toda naša visoko razvita skrb za družbeno dobrobit ima na žalost stranske učinke, ki delujejo proti naravni samoočiščevalnosti našega naroda. Lahko le upamo, da bo degeneracijski potencial dolgoročno dovolj močan za izločitev presežnih virov germinalnih lezij.”

² Bodite pozorni na pojav “prostovoljne” sterilizacije odvisnikov s finančno spodbudo (“Should drug addicts be paid to be sterilized?” The Guardian, 12.06.2010).

danes etične dileme pomembne za preventivo na področju alkohola. Tudi najboljši zbirki dokazov niso nadomestilo za etiko, saj znanstveno znanje ni vedno absolutno in vedno veljavno, dokler ni dokazano drugače. Prav tako v družbah, ki so vedno bolj sekularne in/ali pluralistične, je potreba po vzpostavljanju skupnih vrednot vedno bolj akutna (84).

Zgodovinski primeri so lahko v pomoč pri poudarjanju pomembnosti etike pri preventivi na področju alkohola kot *delimiter* upravičenj na podlagi dokazil za intervencije. Tako je omemba etike včasih zahtevana za podaljšanje preventivnih ukrepov prek tega, kar bi bilo upravičeno, če bi dejanja temeljili le na pozitivistični empirični paradigmi, kot je prikazano v primeru “previdnostnega načela”, ki trdi, da pod določenimi pogoji izrek “bolje preprečiti kot zdraviti” nadomesti znanstvene dokaze, ki jih ni mogoče preveriti.

Celovita razprava o etičnih vprašanjih pri preventivi na področju alkohola sega dlje od etike te publikacije (za več informacij si oglejte PRILOGO 5). Če to poglavje pojasnjuje nekaj osnovnih etičnih dimenzij ali preprečuje njihovo popolno pozabo, je doseglo svoj cilj.

8.

Priporočila za pristope dobrih praks

Za zmanjševanje z alkoholom povezane škode je bil razvit širok nabor preventivnih intervencij, na drugi strani pa ostaja tvegana raba alkohola velika zdravstvena težava. Preventivna znanost je zelo kompleksna in zahteva vključevanje multidisciplinarnih ekip. Priporočila, ki izhajajo iz učinkovitih intervencij, so lahko v pomoč izvajalcem preventive pri izbiranju, spreminjanju in oblikovanju bolj učinkovitih intervencij. Primere splošnih načel in standardov za razvoj preventivnih intervencij lahko najdete v PRILOGI 6 (npr. stopnje in komponente projekta EMCDDA). Spodaj so na voljo poglobljena načela za razvoj in diseminacijo preventivnih intervencij.

8.1.

UPORABITE PREVERJENE IN UČINKOVITE TEORETIČNE OKVIRJE

V zvezi z intervencijami zdravstvene preventive obstaja vrsta teorij in modelov. Kljub temu pa je le nekaj takih, ki so se uveljavile in se še danes pogosto uporabljajo v raziskavah (85). Še vedno pa so načrtovalci promocije zdravja postavljeni pred izziv, kateri teoretični okvir uporabiti, da bi dosegli zastavljene cilje. Načrtovalni modeli so širši kot teorije oziroma modeli celo vključujejo teorije (85). Izvajalce intervencij usmerjajo pri tem, katero oziroma katere teorije naj uporabijo ter kdaj in kako naj jih uveljavijo. Pri zasnovi intervencij je treba upoštevati še en dejavnik, in sicer inovativnost v smislu nove metode, ideje ali proizvoda (87). Na več področjih intervencij javnega zdravja je podprtost z dokazi nepopolna, zato je odkrivanje inovativnih pristopov ključnega pomena. Najpogostejše teorije, modeli in okvirji pri načrtovanju intervencij javnega zdravja so:

1. Psihološke teorije same po sebi

Linke in dr. so v svoji recenziji (85) izpostavili naslednje psihološke teorije: na individualni ravni model zdravstvenih prepričanj, teorijo razumne akcije in teorijo načrtovanega vedenja; na medosebni ravni socialno kognitivno teorijo in transteoretični model; na ekološki ravni pa socioekološki model. Glede na izkušnje so individualno usmerjene teorije primernejše za reševanje enkratnih ali kratkotrajnih težav, pri intervencijah za reševanje dolgotrajnejših težav pa so pogosto primernejši medosebni (in tudi ekološki) okvirji.

2. Model Precede-Proceed (PPM)

PPM je ekološki pristop, pri katerem se smatra, da na odnos do zdravja vplivajo tako individualni kot okoljski dejavniki promocije zdravja (88). Eno vodilnih načel modela je, da se pozornost najprej usmeri na rezultate in ne

na trud, ki ga je treba vložiti. Načrtovalce vodi skozi proces, ki se začne z želenimi rezultati in se nato postopoma vrača nazaj do doseganja teh ciljev.

3. PATCH (Planned Approach to Community Health)

Ena od ključnih strategij modela PATCH je vzpostavljanje povezav znotraj skupnosti ter med skupnostjo in ministrstvom za zdravje, univerzami in drugimi organizacijami (89). Cilj modela PATCH je bolj aktivno vključevati skupnosti, analizirati podatke, zastaviti prednostne naloge, načrtovati intervencije, izvesti in ovrednotiti celovite intervencije za promocijo zdravja znotraj skupnosti, ki zadevajo prednostne zdravstvene probleme.

4. MATCH (Multilevel Approach to Community Health)

MATCH je praktičen in celovit model, ki v ospredje načrtovanja postavlja izvajalce zdravstvene vzgoje. Izveden je lahko brez obsežne ocene potreb v določeni skupnosti (89). Večji poudarek je torej na implementaciji.

5. IM (Intervention Mapping)

Model IM določa smernice in orodja za izbor teoretičnih temeljev, ki bi lahko izboljšali naše razumevanje z zdravjem povezanega vedenja in njegovih sprememb. Določajo ga trije vidiki: ekološki pristop, sodelovanje vseh deležnikov in uporaba teorij ter dokazov. IM sam po sebi ni teoretični okvir, prav tako ga še niso primerjali z drugimi okvirji za načrtovanje promocije zdravja (90).

6. Socialno mreženje (več si lahko preberete v 5 poglavju)

8.2.

NATANČNO NAČRTUJTE INTERVENCIJE

Ko pod drobnogled vzamemo vse različne načrtovalne modele in rezultate prejšnjih preventivnih intervencij, lahko povlečemo veliko vzporednic. Večinoma imajo vsi isto glavno sporočilo. Kaj ne sme manjkati v procesu zasnove in izvedbe pristopov dobrih praks?

1. Ocena potreb

Preden oblikujemo novo preventivno intervencijo na področju alkohola, moramo nujno pridobiti socialno, epidemiološko, vedenjsko in okoljsko diagnozo (88). Z drugimi besedami moramo opraviti analizo razmer, in sicer identificirati zdravstveni problem, dejavnike tveganja ter z njim povezane

individualne in okoljske kazalnike znotraj ciljne skupine, ki je izpostavljena tveganju (91).

Prav tako moramo ciljno skupino zelo dobro spoznati, tako da raziščemo potrošnikove izkušnje, vrednote in potrebe (92). Zagovorniki javnega zdravja so pogosto zelo ozkogledni in se osredotočajo na obljubljeni koristi za zdravje, kar pa za ciljno skupino ni nujno glavna motivacija (62). V procesu analize potrošnikov morajo načrtovalci intervencij torej poiskati širši spekter koristi, ki bodo ciljni publiki privlačnejše.

Če želimo izvesti že obstoječo intervencijo, moramo prav tako opraviti analizo razmer. Pomembno je, da preventivno intervencijo prilagodimo obstoječemu okolju. Posledično intervencija ne bo izpeljana točno tako kot original, a bo osrednji mehanizem ostal enak.

2. Opredelitev cilja/namena

Dobro opravljena analiza že vsebuje splošne cilje/namene. Primerna strategija za opredelitev jasnih ciljev/namena je metoda SMART. Lastnosti pametnih ciljev/namenov so (93): 1) specifičnost (ciljajte na specifično področje, potrebno izboljšave); 2) merljivost (ocenite ali vsaj predlagajte pokazatelje uspeha); 3) določanje (določite, kdo bo kaj opravil); 4) uresničljivost (navedite, katere rezultate je realno mogoče doseči z danimi sredstvi); in 5) terminski plan (določite plan, do kdaj so rezultati lahko doseženi).

3. Intervencija in izvedbeni načrt

S tem ko smo analizirali razmere in določili ciljno skupino ter cilje/namen, smo postavili dobre temelje za pripravo programskega plana. Naslednji korak je uporaba na teoriji temeljčih metod in praktičnih strategij za spremembo vedenja in njihova implementacija v programski plan, s katerim bodo doseženi vsi cilji (86; 91). Na teoriji temelječe intervencije so teoretično utemeljene, zasnovane na podlagi točnih informacij in podprte z empiričnimi raziskavami (94).

V svoji raziskavi so Nation in sodelavci (94) definirali 9 načel učinkovitih intervencij: "Z lastnostmi intervencij je bilo povezanih pet načel: intervencije so a) bile razumljivi; b) vključevale različne metode poučevanja; c) zagotovile zadostno količino intervencij; d) temeljile na teoriji; in e) omogočale priložnosti za pozitivne odnose. Dve načeli sta se še posebej navezovali na povezovanje intervencij s ciljno skupino: intervencije so bile a) ustrezno časovno razporejene; in b) pomembne s sociokulturnega vidika. Poleg tega sta bili še dve načeli povezani z izvajanjem intervencije in evalvacijo: intervencije so a) vsebovale evalvacijo rezultatov; in b) vključevale ustrezno usposobljeno osebje".

Praktična rešitev bi lahko bila prilagoditev izbranega intervencije, ki je bil dokazano učinkovit v kateri drugi državi (ali kulturi ali populaciji). Ne glede na to pa se moramo zavedati, da učinkovita intervencija, zasnovana na podlagi dokazov, še ni zagotovilo za uspešno izvedbo. Če izvajalci intervencije niso primerno izbrani in ustrezno usposobljeni, so rezultati lahko nezadovoljivi. Kot že omenjeno v prejšnjem odstavku, mora biti osebje primerno usposobljeno. Formalna usposabljanja izvajalcem intervencije služijo kot trening, tam pa prejmejo tudi odgovore na svoja vprašanja. Prav tako na izboljšanje izvajanja intervencij vplivajo tudi razumevanje, kompetence, prejeta podpora in supervizija (94).

8.3.

EVALVACIJO NAČRTUJTE VZPOREDNO Z RAZVOJEM INTERVENCIJE

Pogosto evalvacijo razumemo kot nekaj, kar sledi končanemu procesu. Posledično se tudi izvajalci intervencij pri načrtovanju pogosto spomnijo na evalvacijo šele, ko intervencija že poteka (95). Pri zasnovi intervencij in načrtovanju evalvacije pa gre pravzaprav za interaktiven proces. Evalvacijska ekipa bi morala izbrati ustrezen tip evalvacije, določiti parametre ocenjevanja, ki se skladajo s cilji in nameni, ter opredeliti, kateri podatki se bodo zbirali in na kakšen način (1). Zato je pomembno, da so člani ekipe ustrezno usposobljeni.

Obstaja več vrst evalvacije, vsaka pa ima svoj namen in je zato ustrezna v različnih fazah zasnove intervencije. Pred začetkom intervencije bi morali izvesti **formativno evalvacijo** (96). Namen te evalvacije je ugotoviti, ali je posamezen element intervencije uresničljiv, primeren in pomemben za ciljno skupino. Druge vrste evalvacije so še procesna evalvacija, evalvacija učinkov in evalvacija rezultatov. **Procesna evalvacija** je namenjena nadzoru intervencij, zagotavljanju, da intervencija sledi osnovnemu načrtu ter podajanju predlogov za popravke, kadar so ti potrebni. Ocenjuje ustreznost izvedbe intervencije, ne pa njegovo učinkovitost (interna evalvacija velja za primernejšo). **Evalvacija rezultatov** je definirana kot sistematično zbiranje in analiziranje končnih podatkov z ocenjevanjem napredka pri doseganju rezultatov, zadanih v intervenciji (eksterna evalvacija velja za primernejšo). RCT je vrsta študije v sklopu evalvacije rezultatov, kjer so posamezniki ali skupine naključno dodeljeni kontrolnim ali intervencijskim skupinam. Kontrolna/primerjalna skupina/ je skupina ljudi, ki služi kot izhodišče za interpretacijo sprememb v eksperimentalni/izpostavljeni skupini v procesu evalvacije rezultatov (1). Posamezniki v kontrolni skupini so v osnovi

podobni članom izpostavljene skupine, a niso bili vključeni v intervencijo ali pa so bili vključeni v drugo intervencijo oziroma so sodelovali v aktivnosti, ki ni povezana s preventivo. V obeh skupinah se podatki zbirajo na enak način. Če se spremembe pojavijo le v izpostavljeni skupini, je bolj verjetno, da se je sprememba pojavila zaradi vključenosti v intervencijo. Če se spremembe pojavijo v obeh skupinah, je verjetno, da spremembe niso povezane z intervencijo in da jih je sprožil nek drug, neznan dejavnik. **Evalvacija učinkov** je namenjena ocenjevanju učinkovitosti intervencije pri doseganju glavnih ciljev, torej če so bili doseženi vedenjski in okoljski cilji (zagotavlja dokaze, ki so uporabni pri odločanju o politikah in financiranju).

Človeški viri so poleg pomanjkanja finančnih sredstev, tehnične podpore in praktične izvedljivosti ena najpogostejših ovir, ki lahko preprečijo temeljito evalvacijo (1). **Eksterna evalvacija** (ko evalvacijo izvede zunanja organizacija, npr. univerza, svetovalna ustanova) je v primerjavi z **interno evalvacijo** (ko evalvacijo izvede posameznik ali skupina znotraj organizacije) lahko primernejša rešitev, kadar nam primanjkuje človeških virov, a je hkrati cenovno manj ugodna. Prav tako je eksterna evalvacija bolj **neodvisna** (tj. neodvisna evalvacija – ugotovitve podajo neodvisni preiskovalci in ne tisti, ki so intervencijo pripravili).

8.4.

PRIPRAVITE RAZUMLJIVO DISEMINACIJO

Ker se diseminacija izvaja na koncu projekta, je obstaja možnost, da smo porabili že vsa finančna sredstva. Zato je pomembno, da stroške diseminacije vključimo v finančni načrt. Diseminacija končnih ugotovitev ustvarja novo in včasih posplošeno znanje, ki je lahko uporabno za strokovnjake s področja javnega zdravja in za skupnost. Ko so torej ovrednoteni podatki zbrani in analizirani (1; 96): a) se je treba odločiti, ali bomo z intervencijo nadaljevali; b) moramo pripraviti uradno poročilo, ki vsebuje osnovne informacije o evalvaciji.

Z intervencijo nadaljujemo, če obstaja z dokazi podprt argument za nadaljevanje (1). Na koncu je v pristojnosti vlagatelj, da prepoznajo in podprejo učinkovite in obetavne intervencije. Namenska strategija za zagotovitev sredstev lahko omogoči boljšo finančno vzdržnost. Prav tako bi morali oblikovalci intervencij že od samega začetka sodelovati z deležniki in tistimi, ki so pooblaščen za sprejemanje odločitev. Če je iz dokazov razvidno, da z intervencijo nima smisla nadaljevati, je treba ugotovitve podrobno preučiti in določiti, zakaj rezultati niso bili doseženi (1). Spoznanja iz uvodne

implementacije lahko nakažejo, kako izboljšati intervencijo, in so v pomoč pri pripravi spremenjene oblike intervencije.

Ko je intervencija zaključena, moramo informacije o intervenciji sporočiti ustreznim deležnikom (npr. sodelujočim, znanstveni in/ali preventivni skupnosti). Natančno načrtovanje zagotavlja, da prava ciljna skupina prejme relevantne informacije v ustreznem formatu. Pomembno je, da je vsebina diseminacije uporabniku razumljiva.

**POGOSTE NAPAKE PRI ZASNOVI INTERVENCIJ JAVNEGA ZDRAVJA
(62; 78; 93; 95—105)****1. ZASNOVA BREZ USTREZNIH KOMPETENC IN STROKOVNEGA ZNANJA**

Oblikovalci preventivnih intervencij morajo imeti ustrezne kompetence in strokovno znanje na področju preventivnih načel, teorij in prakse. Prav tako morajo biti usposobljeni in/ali specializirani strokovnjaki, ki jih podpirajo javne institucije (na področju izobraževanja, zdravja in socialnih storitev) ali so zaposleni v akreditiranih in priznanih institucijah oziroma nevladnih organizacijah.

2. INTERVENCIJE BREZ TEORETIČNEGA OKVIRJA

Intervencije imajo večji vpliv, če vključujejo učinkovite elemente (tehnike ali načela), teoretični okvir modela za spremembe ali teorijo intervencije ali pa so zasnovani na rezultatih predhodnih raziskav. Še vedno pa so načrtovalci promocije zdravja postavljeni pred izziv, kateri teoretični okvir uporabiti, da bi dosegli zastavljene cilje.

3. NEDEFINIRANA CILJNA SKUPINA IN NJENE SPECIALIZIRANE SKUPINE

Natančni opredelitvi ciljne skupine naj bi sledila obravnava individualnih, kulturnih in sociodemografskih razlik in njihovih vplivov na rezultate zdravljenja.

4. NEDEFINIRANI CILJI/NAMENI

Dobra strategija za opredelitev jasnih ciljev/namena je metoda SMART. Ko se načrtovalci intervencij odločijo za replicirane intervencije, moramo ponovno definirati cilj/namen, saj vsaka situacija vodi do različnih ciljev/namenov.

5. NEUSTREZNA ALI POMANJKLJIVA EVALVACIJA

Nejasna opredelitev ciljev/namena posledično vodi k nejasni ali neustrezni evalvaciji. Evalvacija mora biti načrtovana vzporedno z zasnovano preventivno intervencijo, saj gre pri zasnovi intervencije in evalvaciji pravzaprav za interaktiven proces. Obstaja več vrst evalvacije, vsaka pa ima svoj namen in je zato ustrezna v različnih fazah zasnove intervencije.

6. NEUPOŠTEVANJE ETIČNIH VPRAŠANJ

Kadar je cilj sprememba vedenja, tudi tistega, ki promovira zdravje, moramo upoštevati tudi etična vprašanja, ki zadevajo človeka. Dobronamerne intervencije imajo prav tako lahko škodljive posledice.

7. TAKTIKE ZASTRAŠEVANJA IN PRISTOPI Z NIČELNO TOLERANCO

Kampanje, ki se osredotočajo na negativne posledice, in pristopi z ničelno toleranco se oziroma so se navadno uporabljali v šolskih intervencijah. Psihološke in izobraževalne raziskave so pokazale povezavo med pristopi z ničelno toleranco in negativnimi rezultati. Nekaznovalni pristopi poudarjajo razvijanje socialnih, vedenjskih in kognitivnih veščin; na osebnost usmerjeno izobraževanje; ciljno usmerjeno vedenjsko podporo; preventivne ukrepe, ki lahko izboljšajo šolsko okolje.

8. NEUČINKOVITA UPORABA NOVIH KOMUNIKACIJSKIH OBLIK

Nove komunikacijske tehnologije za promotorje zdravja še nikoli niso bile tako pomembne, zato je "najslabši odnos organizacije do socialnih medijev ta, da odnosa sploh nima". Socialni mediji so agilni, ugodni in potencialno daljnosežni. Pomembno pa je, da jih znamo pravilno uporabljati. Uporaba socialnih medijev za enosmerno komunikacijo je strategija, obsojena na propad. Če to, kar ste napisali, zveni kot iz brošure, morate spremeniti svojo strategijo. Jasno mora biti, zakaj uporabljate socialne medije. Poskrbite, da imate prave vire in znanje, objavljajte redno, ljudem dajte razlog, da obiščejo vašo stran in jo delijo s svojimi prijatelji, investirajte v plačano oglaševanje in izoblikujte strategijo, s katero boste ciljno publiko še naprej vključevali tudi po uvodni kampanji.

9. NAPAKE PRI DISEMINACIJI

Intervencije naj bi bilo mogoče implementirati v realnem svetu, morajo biti uresničljivi in prenosljivi. Zato mora biti intervencija jasno opisan, predvsem z njim povezani finančni stroški in čas, ki ga je treba vložiti. Sredstev nima smisla porabljati za publikacije ali evalvacije, ki niso uporabniku prijazne (pogosto zaradi zelo tehničnega jezika) in posledično po vsej verjetnosti ne bodo vodile do uvedbe inovacija.

V tem poglavju smo obravnavali štiri splošno opredeljena področja: 1) teorije in modeli, 2) oblikovanje, načrtovanje in izvedba intervencije; 3) evalvacija; in 4) diseminacija. Najpomembnejše je, da se zavedamo medsebojne povezanosti vseh teh elementov.

Dobra ideja je le začetek kompleksnega in družbeno odgovornega procesa. Kompleksnost preventivne znanosti terja vpletenost multidisciplinarnih ekip, zato moramo njene člane previdno izbrati, da se lahko uspešno spoprijemamo z izzivi zasnove intervencije (106). Da se izvajalci intervencije lahko spoprijemajo z izzivom kompleksnosti, je pomembno:

- da se zavedajo in so informirani o oblikovanju politik in intervencij s tega področja;
- da so vključeni, integrirani in sodelujejo pri multidisciplinarnem skupinskem delu;
- da so vključeni v svoje skupnosti – resnične in virtualne (povezani z znanstveno skupnostjo in mrežami);
- da nadgrajujejo strokovno znanje na usposabljanjih in s samoizobraževanjem;
- da so razumevajoči in imajo visoke moralne standarde;
- da so ustvarjalni in inovativni.

Dobro pripravljena intervencija še ni zagotovilo, da bodo zadani cilji tudi doseženi. Da bi povečali verjetnost učinkovitosti, mora biti v proces že od samega začetka vključeno tudi širše okolje (politika, določanje cen, spreminjanje konteksta pitja, urejanje fizične dostopnosti alkohola, preprečevanje vožnje pod vplivom alkohola, omejevanje trženja in storitve zgodnjih intervencij).

Literatura in viri

1. Marmot, M. G. (2004). Evidence based policy or policy based evidence? *BMJ (Clinical research ed.)*, 328(7445), 906–907. doi:10.1136/bmj.328.7445.906 [doi].
2. European Commission. (2016). *ECHI - European Core Health Indicators Average recorded adult (15+ years) per capita consumption (in litres of pure alcohol): 1961–2012*. Pridobljeno (14. 6. 2016) http://ec.europa.eu/health/alcohol/indicators/index_en.htm
3. Veerman, J. W., & van Yperen, T. A. (2007). Degrees of freedom and degrees of certainty: a developmental model for the establishment of evidence-based youth care. *Evaluation and program planning*, 30(2), 212–221. doi:S0149-7189(07)00013-4 [pii].
4. Hamberg-van Reenen, H. H., van Dale, D., van Gils, P. F., & van den Berg, M. (2014). Good practice in the Field of Health Promotion and Primary Prevention, The Netherlands Država Review. *Chrodis*, Pridobljeno (27. 7. 2016) <http://www.chrodis.eu/wp-content/uploads/2015/07/150708Netherlands-CHRODIS-final-draft-correctie-voor-website2.pdf>
5. Anderson, P., Chisholm, D., & Fuhr, D. C. (2009). Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet (London, England)*, 373(9682), 2234–2246. doi:10.1016/S0140-6736(09)60744-3 [doi].
6. Babor, T. (2010). *Alcohol: no ordinary commodity: research and public policy* (2nd ed.). Oxford; New York: Oxford University Press.
7. Carney, T., Myers, B. J., Louw, J., & Okwundu, C. I. (2016). Brief school-based interventions and behavioural outcomes for substance-using adolescents. *The Cochrane database of systematic reviews*, (1):CD008969. doi(1), CD008969. doi:10.1002/14651858.CD008969.pub3 [doi].
8. Uhl, A. (2015). Evidence-based research, epidemiology and alcohol policy: a critique. *Contemporary Social Science*, 10(2), 221–231. doi:10.1080/21582041.2015.1051578.

9. Marckmann, G., Schmidt, H., Sofaer, N., & Strech, D. (2015). Putting public health ethics into practice: a systematic framework. *Frontiers in public health*, 3, 23. doi:10.3389/fpubh.2015.00023 [doi].
10. Andermann, A., Pang, T., Newton, J. N., Davis, A., & Panisset, U. (2016). Evidence for Health III: Making evidence-informed decisions that integrate values and context. *Health research policy and systems / BioMed Central*, 14, 16-016-0085-4. doi:10.1186/s12961-016-0085-4 [doi].
11. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2011). *European drug prevention quality standards*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
12. Best Practice. (n.d.) In *Business Dictionary*. Pridobljeno (20. 11. 2015) <http://www.businessdictionary.com/definition/best-practice.html>
13. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2013). *Glossary of the Best Practice Portal*. Pridobljeno (20. 11. 2015) <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/glossary>
14. Ferri, M., & Bo, A. (2013). EMCDDA Best Practice Promotion in Europe: an internet based dissemination tool. *Adicciones*, 25(1), 3.—6. Pridobljeno (20. 11. 2015) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23487273>
15. World Health Organization. (2013). *Best practices in prevention, control and care for drug-resistant tuberculosis*. Pridobljeno (20. 11. 2015) http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/216650/Best-practices-in-prevention,control-and-care-for-drugresistant-tuberculosis-Eng.pdf
16. Burkhart, G. (2010). *Best practice definitions*. Pridobljeno (20. 11. 2015) http://ec.europa.eu/chafea/documents/projects/highlights/Addiction_Prevention_25-26_January_2010/003_EMCCDA_Burkhart.pdf
17. Bogan, C. E., & English, M. J. (1994). *Benchmarking for Best Practices: Winning Through Innovative Adaptation*. New York: McGraw-Hill.

18. World Health Organization. (1999). *Towards Good Practice in Health, Environment and Safety Management in Industrial and Other Enterprises*. Pridobljeno (20. 11. 2015) http://www.who.int/occupational_health/regions/en/oeheurgoodpractice.pdf
19. Kahan, B., & Goodstadt, M. (2001). The interactive domain model of best practices in health promotion: developing and implementing a best practices approach to health promotion. *Health Promotion Practice*, 2(1), 43—67.
20. Bull F. C. (2003). *Review of Best Practice and Recommendations for Interventions on Physical Activity. A report for the Premier's Physical Activity Taskforce on behalf of the Evaluation and Monitoring Working Group*. Perth: Western Australia Government.
21. Vintage. (2011) *Valorisation of Innovative Technologies for Aging in Europe*. Pridobljeno (20. 11. 2015) <http://www.vintageproject.eu/index.php/en/>
22. European Workplace and Alcohol. (2011—2013). *EWA: European Workplace and Alcohol*. Pridobljeno (20. 11. 2015) http://www.eurocare.org/eu_projects/ewa
23. Alcohol Public Research Alliance. (2010). *10 Main Findings From AMPHORA*. Pridobljeno (20. 11. 2015) www.amphoraproject.net
24. Building Capacity Project. (2007—2010). *Building Capacity Project*. Pridobljeno (20. 11. 2015) <http://bc.ias.org.uk/>
25. Enforcement of National Laws and Self-Regulation on Advertising and Marketing of Alcohol. (2005—2007). *ELSA Project*. Pridobljeno (20. 11. 2015) www.stap.nl/elsa/elsa_project
26. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (n.d.) *Pathways for Health Project (PHP)*. Pridobljeno (20. 11. 2015) <http://www.dhs.de/dhs-international/english/pathways-for-health-project.html>
27. Primary Health Care European Project on Alcohol. (2012). *PHEPA*. Pridobljeno (20. 11. 2015) <http://www.gencat.cat/salut/phepa/units/phepa/html/en/Du9/index.html>

28. Brief interventions in the treatment of alcohol use disorders in relevant settings. (n.d.) *BISTAIRS*. Pridobljeno (20. 11. 2015) <http://www.bistairs.eu/index.php?m1=2&m2=1>
29. Optimizing delivery of health care interventions. (n.d.) *ODHIN*. Pridobljeno (20. 11. 2015) <http://www.odhinproject.eu/>
30. Focus on Alcohol-Safe Environment. (2009). *FASE*. Pridobljeno (20. 11. 2015) <http://www.faseproject.eu/wwwfaseprojecteu/about-fase/>
31. Standardizing Measurement of Alcohol-Related Troubles. (2007). *SMART*. Pridobljeno (20. 11. 2015) <http://www.alcsmart.ipin.edu.pl/>
32. Anderson P., & Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe. A public health perspective*. United Kingdom: Institute of Alcohol Studies.
33. Assembly of European Regions, European Commission. (2010). *Early identification and brief intervention in primary healthcare*. Pridobljeno (okt. 2014) <http://bc.ias.org.uk/pdfs/factsheets/wp8-interventions.pdf>
34. Babor, T. F., Higgins Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in primary care* (2nd ed.). Geneva: World Health Organization. Pridobljeno (27. 9. 2012) http://www.talkingalcohol.com/files/pdfs/WHO_audit.pdf
35. Raistrick, D., Heather, N., & Godfrey, C. (2006). *Review of the effectiveness of treatment for alcohol problems*. National Treatment Agency for Substance Misuse.
36. Miller, W., & Sanchez, V. (1994). Motivating young adults for treatment and lifestyle change. V G. Howard (Ed.), *Issues in alcohol use and misuse by young adults* (str. 55–82). Notre Dame: University of Notre Dame Press.
37. O'Donnell, A., Wallace, P., & Kaner, E. (2014). From efficacy to effectiveness and beyond: what next for brief interventions in primary care? *Front Psychiatry*, 5, 113.

38. Anderson, P., Bendtsen, P., Spak, F., Reynolds, J., Drummond, C., Segura, L., Keurhorst, M. N., Palacio-Vieira, J., Wojnar, M., Parkinson, K., Colom, J., Kłoda, K., Deluca, P., Baena, B., Newbury-Birch, D., Wallace, P., Heinen, M., Wolstenholme, A., van Steenkiste, B., Mierzecki, A., Okulicz-Kozaryn, K., Ronda, G., Kaner, E., Laurant, M. G., Coulton, S., & Gual, T. (2016) Improving the delivery of brief interventions for heavy drinking in primary health care: outcome results of the ODHIN five Država cluster randomized factorial trial. *Addiction*. 30. maj. PMID: 27237081
39. Anderson, P., Kaner, E., Wutzke, S., Funk, M., Heather, N., Wensing, M., Grol, R., Gaul, A., & Pas, L. (2004) Attitudes and managing alcohol problems in general practice: an interaction analysis based on Findings from a WHO Collaborative Study. *Alcohol and Alcoholism*, 39, 351—356.
40. Funk, M., Wutzke, S., Kaner, E., Anderson, P., Pas, L., McCormick, R., Gual, A., Barfod, S., & Saunders, J. (2005) A multi Država controlled trial of strategies to promote dissemination and implementation of brief alcohol intervention in primary health care: Findings of a WHO Collaborative Study. *Journal of Studies on Alcohol*, 66, 379—388.
41. World Health Organization, Regional Office for Europe. (2009). *Handbook for action to reduce alcohol-related harm*. Pridobljeno (okt. 2014) http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/43320/E92820.pdf?ua=1
42. Kaner, E., Haighton, C., McAcroy, B., Heather, N., & Gilvarry, E. (1999). A RCT of three training and support strategies to encourage implementation of screening and brief alcohol intervention by general practitioners. *British Journal of General Practice*, 49, 699—703.
43. Wallace, P., Cutler, S., & Haines, A. (1988). Randomized controlled trial of general practitioner intervention with excessive alcohol consumption. *British Medical Journal*, 297, 663—668.
44. Bertholet, N., Daepfen, J. B., Wietlisbach, V., Fleming, M., & Burnand, B. (2005). Brief alcohol intervention in primary care: Systematic review and meta-analysis. *Archives of Internal Medicine*, 165, 986—995.

45. D’Onofrio, G., & Degutis, L. C. (2002). Preventive care in the emergency department: Screening and brief intervention for alcohol problems in the emergency department: A systematic review. *Academic Emergency Medicine*, 9, 627—638.
46. Crawford, M. J., Patton, R., Touquet, R., Drummond, C., Byford, S., Barrett, B., Reece, B., Brown, A., & Henry, J. A. (2004). Screening and referral for brief intervention of alcohol-misusing patients in an emergency department: A pragmatic randomised controlled trial. *The Lancet*, 364, 1334—1339.
47. World Health Organization. (2007). *Alcohol and Injury in Emergency Departments: summary of the report from the WHO collaborative study on alcohol and injuries*. Department of Mental Health and Substance Abuse. Pridobljeno (1. 2. 2016) http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_injuries_final_report.pdf
48. Segura, L., Bruguera, C., Ibañez, N., & Colom, J. (2013). European workplace and alcohol good practice report and compilation of case studies. Barcelona: Department of Health of the Government of Catalonia. Pridobljeno (3. 5. 2016) http://www.eurocare.org/eu_projects/ewa/deliverables/by_work_package/pilot_interventions
49. Dawson, J., Rodriguez Jareño, M. C., Segura, L., & Colom, J. (2013). *European Workplace and Alcohol Toolkit for alcohol-related interventions in workplace settings*. Barcelona: Department of Health of the Government of Catalonia.
50. White, A., Kavanagh, D., Stallman, H., Klein, B., Kay Lambkin, F., Proudfoot, J., Drennan, J., Connor, J., Baker, A., Hines, E., & Young, R. (2010). Online alcohol interventions: a systematic review. *J Med Internet Res*, 12(5), 62.
51. Wallace, P., Murray, E., McCambridge, J., Khadjesari, Z., White, I. R., Thompson, S. G., Kalaitzaki, E., Godfrey, C., & Linke, S. (2011). On-line randomized controlled trial of an internet based psychologically enhanced intervention for people with hazardous alcohol consumption. *PLoS One*, 6(3): e14740. Pridobljeno (3. 5. 2016) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21408060>

52. Ludbrook, A., Godfrey, C., Wyness, L., Parrott, S., Haw, S., Napper, M., & van Teijlingen, E. (2002). *Effective and Cost-Effective Measures to Reduce Alcohol Misuse in Scotland*. Edinburgh: Scottish Executive Health Department.
53. Angus, C., Scafato, E., Ghirini, S., Torbica, A., Ferre, F., Struzzo, P., Purshouse, R., & Brennan, A. (2014). Cost-effectiveness of a programme of screening and brief interventions for alcohol in primary care in Italy. *BMC Fam Pract*, 15:26.
54. Rice, R. E., & Atkin, C. K. (2013). *Public communication campaigns* (4th ed.). Thousand Oaks, California: SAGE Publication.
55. Rogers, E. M., & Storey, J. D. (1987). *Communication Campaigns*. V C. R. Berger & S. H. Chaffee (Eds.), *Handbook of communication science*. Beverly Hills: SAGE Publications.
56. Gordon, R., McDermott, L., Stead, M., & Angus, K. (2006). The effectiveness of social marketing interventions for health improvement: What's the evidence? *Public Health*, 120(12), 1133—1139.
57. Wettstein, D., Suggs, L. S., & Lellig, C. (2012). Social marketing and alcohol misuse prevention in German-speaking countries. *Journal of Social Marketing*, 2(3), 187—206.
58. European Centre for Disease Prevention and Control. *Social marketing guide for public health managers and practitioners*. Stockholm: ECDC; 2014.
59. Andreasen, A. R. (1994). Social marketing: Its definition and domain. *Journal of Public Policy & Marketing*, 13(1), 108—114.
60. Andreasen, A. R. (2002). Social Marketing in the Social Change Marketplace. *Journal of Public Policy & Marketing*, 2(3), 187—206.
61. Crano, W. D., & Burgoon, M. (Ur.). (2002). *Mass media and drug prevention: classic and contemporary theories and research*. Mahwah, New Jersey: L. Erlbaum Associates.

62. DeJong, W. (2002). The Role of Mass Media Campaigns in Reducing High-Risk Drinking among College Students. *Journal of Studies on Alcohol*, 14, 182—192.
63. Noar, S. M. (2006). A 10-year retrospective of research in health mass media campaigns: Where do we go from here? *Journal of Health Communication*, 11(1), 21—42.
64. Snyder, L. B., Hamilton, M. A., Mitchell, E. W., Kiwanuka-Tondo, J., Fleming-Milici, F., & Proctor, D. (2004). A meta-analysis of the effect of mediated health communication campaigns on behavior change in the united states. *Journal of Health Communication*, 9, 71—96.
65. Snyder, L. B. (2007). Health communication campaigns and their impact on behavior. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 39(2 Suppl), 32—40.
66. Elder, R. W., Shults, R. A., Sleet, D. A., Nichols, J. L., Thompson, R. S., & Rajab, W. (2004). Effectiveness of mass media campaigns for reducing drinking and driving and alcohol-involved crashes: A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 27(1), 57—65.
67. Foxcroft, D. R., & Tsertsvadze, A. (2011a). Universal multi-component prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database Syst Rev*, 9: CD009307.
68. Foxcroft, D. R., & Tsertsvadze, A. (2011b). Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database Syst Rev*, 5: CD009113.
69. Babor, T. F., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., Grube, J., Gruenwald, P., Hill, L., Holder, H. D., Homel, R., Österberg, E., Rehm, J., Room, R., & Rossow, I. (2003). *Alcohol: No Ordinary Commodity – Research and Public Policy*. Oxford: Oxford University Press.
70. Alcohol and Public Policy Group. (2010). Alcohol: No ordinary commodity - A summary of the 2nd ed. *Addiction*, 105, 769—779.

- 71.** Catalano, R. F., Fagon, A. A., Gavin, L. E., Greenberg, M. T., Irwin Jr., C. E., Ross, D. A., & Shek, D. T. L. (2012). Worldwide application of prevention science in adolescent health. *Lancet*, 28; 379(9826): 1653–1664. Pridobljeno (25. 4. 2012) <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673612602384>
- 72.** Jones, L., James, M., Jefferson, T., Lushy, C., Morleo, M., Stokes, E., Sumnall, H., Witty, K., & Bellis, M. (2007). *A review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions delivered in primary and secondary schools to prevent and/or reduce alcohol use by young people under 18 years old. NICE Main report*. London: National Institute for Health Care and Excellence.
- 73.** Cairns, G., Gordon, R., Hastings, G., & Angus, K. (2009). *Synthesis Report on the Effectiveness of Alcohol Education in Schools in the European Union*. European Commission: DG Sanco.
- 74.** Aos, S., Lee, S., Drake, E., Pennucci, A., Klima, T., Miller, M., Anderson, L., Mayfield, J., & Burley, M. (2011). *Return on investment: Evidence-based options to improve statewide outcomes* (Document No. 11-07-1201). Olympia: Washington State Institute for Public Policy.
- 75.** Champion, K. E., Newton, N. C., Barrett, E. L., & Teesson, M. (2013). A systematic review of school-based alcohol and other drug prevention programs facilitated by computers or the Internet. *Drug and Alcohol Review*, 32, 115–123.
- 76.** Teesson, M., Newton, N. C., & Barrett, E. L. (2012). Australian school-based prevention programs for alcohol and other drugs: a systematic review. *Drug and Alcohol Review*, 31, 731–736.
- 77.** Peters, L. W. H., Kok, G., Ten Dam, G. T. M., Buijs, G. J., & Paulussen, T. G. W. M. (2009). Effective elements of school health promotion across behavioral domains: a systematic review of reviews. *BMC Public Health*, 9, 182.
- 78.** Carter, S. M., Kerridge, I., Sainsbury, P., & Letts, J. K. (2012). Public health ethics: informing better public health practice. *New South Wales public health bulletin*, 23(5-6), 101–106. doi:10.1071/NB12066 [doi]

79. Childress, J. F., Faden, R. R., Gaare, R. D., Gostin, L. O., Kahn, J., Bonnie, R. J., . . . Nieburg, P. (2002). Public health ethics: mapping the terrain. *The Journal of law, medicine & ethics : a journal of the American Society of Law, Medicine & Ethics*, 30(2), 170–178.
80. Thomas, J. C., Sage, M., Dillenberg, J., & Guillory, V. J. (2002). A code of ethics for public health. *American Journal of Public Health*, 92(7), 1057–1059.
81. Jones, B. C. (1963). Prohibition and eugenics, 1920–1933. *Journal of the history of medicine and allied sciences*, 18, 158–172.
82. Brune, M. (2007). On human self-domestication, psychiatry, and eugenics. *Philosophy, ethics, and humanities in medicine : PEHM*, 2, 21. doi:1747-5341-2-21 [pii]
83. Kevles, D. J. (1999). Eugenics and human rights. *BMJ (Clinical research ed.)*, 319(7207), 435–438.
84. Sindall, C. (2002). Does health promotion need a code of ethics? *Health promotion international*, 17(3), 201–203.
85. Linke, S. E., Robinson, C. J., & Pekmezi, D. (2014) Applying psychological theories to promote healthy lifestyles. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 8(1), 4–14.
86. Crosby, R., & Noar, S. M. (2011) What is a planning model? An introduction to PRECEDE-PROCEED. *Journal of Public Health Dentistry*, 71, 7–15.
87. McKean, E. (Eds.). (2005), in Brownson, R. C., Baker, E. A., Leet, T. L., Gillespie, K. N., & True, W. R. (2011). *Evidence-based public health*. New York: Oxford.
88. Green, L., & Kreuter, M. K. (2005), in Crosby, R., & Noar, S. M. (2011). What is a planning model? An introduction to PRECEDE-PROCEED. *Journal of Public Health Dentistry*, 71, 7–15.
89. Sharma, M., & Romas, J. A. (2012). *Theoretical Foundations of Health Education and Health Promotion*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning.

90. Bartholomew, K., Parcel, G., Kok, G., & Gottlieb, N. (2001). *Intervention Mapping: Developing theory- and evidence-based health education programs*. Mountain View, CA: Mayfield.
91. Voogt, C. V., Poelen, E. A. P., Kleinjan, M., Lemmers, L. A. C. J., & Engels, R. C. M. E. (2014). The development of a web-based brief alcohol intervention in reducing heavy drinking among college students: an Intervention Mapping approach. *Health Promotion International*, 29(4), 669—679.
92. Gordon, R., McDermott, L., Stead, M., & Angus, K. (2006). The effectiveness of social marketing interventions for health improvement: What's the evidence? *Journal of the Royal Institute of Public Health*, 120, 1133—1139.
93. Doran, G. T. (1981). There's a S.M.A.R.T. way to write management's goals and objectives. *Management Review*, 70(11), 35—36.
94. Nation, M., Crusto, C., Wandersman, A., Kumpfer, K. L., Seybolt, D., Morrissey-Kane, E., & Davino, K. (2003). What Works in Prevention: Principles of Effective Prevention Programs. *American Psychologist*, 58(6/7), 449—456.
95. College Drinking Prevention. (2005). *Steps for Effective prevention Planning and Evaluation*. Pridobljeno (23. 9. 2015)
http://www.collegedrinkingprevention.gov/NIAAACollegeMaterials/Handbook/Sect2_EffectiveSteps.aspx
96. Brownson, R. C., Baker, E. A., Leet, T. L., Gillespie, K. N., & True, W. R. (2011). *Evidence-based public health*. New York: Oxford.
97. Backer, T. E. (2000). The Failure of Success: Challenges of Disseminating Effective Substance Abuse Prevention Programs. *Journal of Community Psychology*, 28(3), 363—373.
98. Beck, J. (1998), in Wakefield, C., & Campaign, J. (2009). Don't Do It! Ineffective Prevention Strategies. Pridobljeno (24. 7. 2015)
http://www.cde.state.co.us/cdeprevention/pi_safedrugfree.htm

99. Boccanfuso, C., & Kuhfeld, M. (2011). *Multiple responses, promising results: evidence-based, nonpunitive alternatives to zero tolerance*. Washington: Child trends.
100. Council of the European Union. (2015). *Council conclusions on the implementation of the EU Action Plan on Drugs 2013-2016 regarding minimum quality standards in drug demand reduction in the European Union*. Pridobljeno (14. 10. 2015) <http://prevention-standards.eu/council-of-european-union-endorses-minimum-quality-standards-for-drug-demand-reduction-interventions-in-the-eu/>
101. McDonnell, C. (2013). Developing a social media policy. *Prevention in Action*. Australian drug foundation. Alcohol & drug information. Pridobljeno (10. 6. 2015) http://www.druginfo.adf.org.au/attachments/1060_PIANewsletterSM2013.pdf
102. Rechter, J. (2013). Harnessing the potential of social media for health promotion. *Prevention in Action*. Australian drug foundation. Alcohol & drug information. Pridobljeno (10. 6. 2015) http://www.druginfo.adf.org.au/attachments/1060_PIANewsletterSM2013.pdf
103. Van Rooy, C. (2013). Lessons learned from a Facebook campaign. *Prevention in Action*. Australian drug foundation. Alcohol & drug information. Pridobljeno (10. 6. 2015) http://www.druginfo.adf.org.au/attachments/1060_PIANewsletterSM2013.pdf
104. Wakefield, C. & Campain, J. *Don't Do It! Ineffective Prevention Strategies*. Pridobljeno (24. 7. 2015) http://www.cde.state.co.us/cdeprevention/pi_safedrugfree.htm
105. Westmaas, J. L., Gil-Rivas, V., & Cohen Silver, R. (2007). History and Methods: Designing and Implementing Interventions to Promote Health and Prevent Illness. V H. S. Friedman & R. Cohen Silver (Ur.), *Foundations of Health Psychology* (str. 52—70). New York: Oxford.
106. Society for Prevention Research. (2011). *Standards of Knowledge for the Science of Prevention*. Pridobljeno (14. 10. 2015) <http://www.preventionresearch.org/Society%20for%20Prevention%20Research%20Standards%20of%20Knowledge.pdf>

Seznam uporabljenih kratic

AUDIT – Vprašalnik za odkrivanje težav z alkoholom

CNAPA – Odbor za nacionalne alkoholne politike in ukrepe

DP – Delovni paket

EIBI – Zgodnje prepoznavanje in kratke intervencije za preprečevanje tvegane in škodljive rabe alkohola

EMCDDA – Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami

EU – Evropska unija

ISS – Nacionalni inštitut za zdravje (Italija)

NVO – nevladne organizacije

OECD – Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj

RARHA – Projekt Zmanjševanje z alkoholom povezane škode

RCT – Randomizirana kontrolirana raziskava

SBI – Enostavne kratke intervencije

SICAD – Generalni direktorat za intervencije na področju zasvojenosti in tveganih oblik vedenja (Portugalska)

WHO – Svetovna zdravstvena organizacija

Stvarno kazalo

- alkoholna preventiva, **19, 23, 76, 96, 97, 124, 125, 126**
cilji, **22, 24, 31, 32, 73, 75, 96, 130, 131, 132**
delovni paket, **18, 19, 23, 25, 31**
diseminacija, **18, 19, 130, 134, 135, 136**
dobra praksa, **18, 19, 22, 23, 25, 129, 131**
dobri pokazatelji učinkovitosti, **25, 32, 58, 92, 105**
etika, **124, 125, 126**
evalvacija, **18, 22, 24, 75, 132, 133, 134, 136**
implementacija. **Glejte izvajanje intervencije ozaveščanja javnosti, 22, 28, 29, 31, 32, 71, 72, 77**
intervencije v šolskem okolju, **22, 28, 29, 31, 32, 33, 95, 99**
izvajanje, **39, 40, 41, 73, 96, 132**
izvedbeni načrt, **24, 132**
javne komunikacijske kampanje. **Glejte intervencije ozaveščanja javnosti**
kampanje medijskega zagovorništva. **Glejte intervencije ozaveščanja javnosti**
kratke intervencije, **38, 39, 40, 42**
merila za ocenjevanje, **19, 23, 24, 25, 31**
metodologija, **21**
močni pokazatelji učinkovitosti, **25, 32, 60, 112**
ocena potreb, **22, 131**
opis intervencije, **25, 32**
osnovna raven, **25, 32, 44, 78**
postopek ocenjevanja, **25**
preventiva na področju alkohola. **Glejte alkoholna preventiva**
primer dobre prakse. **Glejte dobra praksa**
priporočila, **130**
prvi pokazatelji učinkovitosti, **25, 32, 56, 88, 100**
RARHA, **18, 22**
raven učinkovitosti, **43, 77, 99**
ravni dokazljivosti, **25, 32**
rezultati, **28, 31**
skupine intervencij, **22, 28**
socialni marketing, **72, 73**
sprejete intervencije, **31, 32, 33, 43, 76, 77, 98, 99**
vprašalnik, **23**
zgodnje intervencije, **22, 28, 29, 31, 32, 33, 37, 38, 39, 43**
zmanjševanje z alkoholom povezane škode, **7**

Priloge

PRILOGA 1: PARTNERJI DP6

PREGLEDNICA 40: SEZNAM (PO ABECEDNEM VRSTNEM REDU) PARTNERJEV SKUPNEGA UKREPA RARHA, KI SO PRISPEVALI V DP6 V LETIH OD 2014 DO 2016

Država	Partnerska organizacija	Sodelujoči
BG	Nacionalni center za javno zdravje in analize (ang. National Centre of Public Health and Analyses – NCPHA)	Plamen Dimitrov Mirela Strandzheva
CY	Svet za boj proti drogam (ang. Cyprus Anti-Drugs Council – CAC)	Leda Christodoulou Lampros Samartzis
DE	Zvezni center za zdravstveno izobraževanje (ang. Federal Centre for Health Education – BZgA)	Axel Budde Michaela Goecke Ursula Münstermann
DK	Danski zdravstveni organ (ang. Danish Health Authority – SST)	Kit Broholm
DK	Nacionalni inštitut za javno zdravje (ang. National Institute of Public Health – SIF)	Janne Schurmann Tolstrup
EE	Nacionalni inštitut za razvoj zdravja (ang. National Institute for Health Development – TAI)	Helen Noormets Triinu Täht
EL	REITOX, osrednja točka EMCDDA, Univerzitetni inštitut za raziskave duševnega zdravja (ang. REITOX Focal Point of the EMCDDA, University Mental Health Research Institute – UMHRI)	Ioulia Bafi Anna Kokkevi
ES	Ministrstvo za zdravje, socialno delo in enakost (ang. Ministry of Health, Social Services and Equality – MSSI)	Tomás Hernández Sonia Moncada
ES	Program zlorabe prepovedanih substanc, Agencija za javno zdravje Katalonije, Oddelek za zdravje, Vlada Katalonije (ang. Program on Substance Abuse, Public Health Agency of Catalonia, Department of Health, Government of Catalonia – ASPCAT, GENCAT)	Joan Colom Lidia Segura Jorge Palacio-Vieira
F	Nacionalni inštitut za preventivno in izobraževanje na področju zdravja (ang. National Institute for Prevention and Health Education – INPES)	Pierre Arwidson Chloe Cogordan Jennifer Davies Jean Baptiste Richard Claude Riviere
FI	Nacionalni inštitut za zdravje in dobrobit (ang. National Institute for Health and Welfare – THL)	Marjatta Montonen
IS	Direktorat za zdravje (ang. Directorate of Health – EL)	Rafn M. Jónsson
IT	Nacionalni inštitut za zdravje (ang. National Institute of Health – ISS)	Lucia Galluzzo Claudia Gandin Silvia Ghirini Sonia Martire Emanuele Scafato

Država	Partnerska organizacija	Sodelujoči
LT	Oddelek za nadzor drog, tobaka in alkohola (ang. Drug, tobacco and alcohol control departament – NTAKD)	Inga Bankauskienė Grazina Belian
NL	Nizozemski inštitut za alkoholno politiko (ang. Dutch Institute for Alcohol Policy – STAP)	Avalon de Bruijn Wim van Dalen Kirsten Vegt
NL	Nacionalni inštitut za javno zdravje in okolje (ang. National Institute for Public Health and the Environment – RIVM)	Djoeke van Dale
NL	Nizozemski inštitut za zdravje in odvisnosti (ang. The Netherlands Institute of Health and Addiction)	Linda Bolier
NO	Norveški direktorat za zdravje (ang. The Norwegian Directorate of Health – HDIR)	Jens Guslund Maj Berger Saether
PL	Državna agencija za preprečevanje problemov zaradi rabe alkohola (ang. The State Agency for Prevention of Alcohol-Related Problems – PARPA)	Krzysztof Brzózka Katarzyna Okulicz Kozaryn
PT	Generalni direktorat za intervencije na področju zasvojenosti in tveganih oblik vedenja (ang. General-Directorate for Intervention on Addictive Behaviours and Dependencies – SICAD), Ministrstvo za zdravje	Paula Frango Raúl Melo
RO	Nacionalni inštitut za javno zdravje (ang. National Institute of Public Health – INSP)	Florentina Furtunescu
SI	Nacionalni inštitut za javno zdravje (ang. National Institute of Public Health – NIJZ)	Aleš Lamut Janja Mišič Sandra Radoš Krnel Teja Rozman
(BE)	Združenje na področju alkoholne politike (ang. European Alcohol Policy Alliance – EUROCARE)	Nils Garnes Aleksandra Kaczmarek Mariann Skar
(BE)	EuroHealthNet	Ingrid Stegeman
(F)	Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj (ang. The Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD)	Michele Cecchini

PRILOGA 2: VPRAŠALNIK ZA ZBIRANJE DOBRIH PRAKS

Skupni ukrep za zmanjševanje z alkoholom povezane škode (JA RARHA, ang. Joint Action on Reducing Alcohol Related Harm) je pobuda v sklopu Zdravstvenega programa EU, ki deluje v skladu s Strategijo o posledicah škodljive rabe alkohola EU s krepitvijo skupnega znanja (www.rarha.eu). Delo se izvaja s sodelovanjem strokovnih organizacij iz 31 evropskih držav, ki delujejo na področju javnega zdravja. Dejavnosti v sklopu JA RARHA se bodo izvajale od januarja 2014 do decembra 2016.

Glavni cilj RARHA delovnega paketa 6 je izdelava publikacije o intervencijah, ki so dokazano učinkovite, prenosljive, pomembne in stroškovno učinkovite za omogočanje izmenjave dobrih praks med organizacijami javnega zdravja držav članic. V ta namen smo razvili vprašalnik, ki zbira primere dobrih praks, ki je sestavljen iz šestih delov:

- Podprtost z dokazi (hiter pregled)
- Osnovni podatki
- Razvoj (vključno s pripravo, načrtovanjem in temeljnimi procesi)
- Izvedba
- Evalvacija
- Dodatne informacije

Pri komunikaciji s predstavniki držav članic kot tudi partnerji DP6 smo se odločili **zbrati primere dobrih praks, ki spadajo v eno od treh skupin intervencij:**

- **Zgodnje intervencije (zgodnje prepoznavanje in kratke intervencije za preprečevanje tvegane in škodljive rabe alkohola)**
- **Intervencije ozaveščanja javnosti (vključno z novimi mediji, družbenimi omrežji in spletnimi orodji za vedenjske spremembe)**
- **Intervencije v šolskem okolju (informacije in izobraževanje)**

Glede na vaše strokovno znanje vas prosimo, da izpolnite vprašalnik za zahtevanimi podatki. Lahko pošljete več kot en primer na državo/organizacijo. V primeru dodatnih vprašanj se obrnite na:

Sandro Radoš Krnel

Nacionalni ekspert pri Nacionalnem inštitutu za javno zdravje, Slovenija
sandra.rados-krnel@nijz.si

Izpolnjen vprašalnik pošljite najpozneje do 15. januarja 2015 na elektronski naslov sandra.rados-krnel@nijz.si

Obrazložitev izrazov

- **Intervencija:** izraz intervencija se nanaša na določeno zbirko strukturiranih dejavnosti, ki se jih izvaja (posredno in neposredno) v stiku s ciljno populacijo z namenom doseganja določenega rezultata. Intervencije se lahko izvaja v različnih okoljih, imajo lahko različne cilje in namene ter se lahko razlikujejo v metodologiji in trajanju.
- **Dobre prakse¹:** Izraz dobra praksa se nanaša na intervencijo, ki je bila učinkovita pri doseganju postavljenih ciljev v zmanjševanju škode zaradi rabe alkohola. Taka intervencija je bila ovrednotena s sistematičnim pregledom razpoložljivih dokazov in/ali mnenja strokovnjaka in/ali z vsaj eno evalvacijo rezultatov.² Prav tako je bila uporabljena v resničnem okolju in tako se je lahko ovrednotila praktičnost in morebitna stroškovna učinkovitost intervencije.
- **Zgodnje intervencije:** Namen zgodnjih intervencij je prepoznavanje in preventiva pred samim nastopom zdravstvenega in družbenega problema ter zahteva proaktivno

¹ Ta definicija je skupno oblikovana in določena s strani partnerjev DP6 v skupnem ukrepu RARHA.

² Baza podatkov EDDRA definira evalvacijo rezultatov kot merilo za ocenjevanje napredka pri doseganju zastavljenih ciljev: <http://prevention-standards.eu/wp-content/uploads/2013/06/EMCDDA-EDPQS-Manual.pdf>

prepoznavanje posameznikov s tveganjem. Zgodnje intervencije vključujejo različne izobraževalne programe in programe za promocijo zdravja ter tehnike za razvoj skupnosti in razvijanje sposobnosti za prepoznavanje in pomoč ljudem s tveganjem.³

- **Zgodnje odkrivanje:** Zgodnje prepoznavanje je pristop zaznavanja resničnega ali potencialnega problema, povezanega z alkoholom, na podlagi kliničnega presojanja ali presejalnega pregleda z uporabo standardiziranih vprašalnikov.
- **Kratke intervencije:** Kratke intervencije so krajša svetovalna ali izobraževalna srečanja, motivacijski intervju, ki se izvaja v okolju primarnega zdravstvenega varstva. Kratke intervencije na področju alkohola se običajno izvajajo s strani izvajalcev primarne zdravstvene obravnave ali zdravstvenih delavcev za osebe, ki tvegano ali škodljivo pijejo alkohol, ki pa jih prepoznajo s presejalnimi pregledi v sklopu rutinske zdravstvene obravnave ter jim nudijo pomoč pri spremembah v njihovem vedenju.⁴ Kratke intervencije se lahko izvajajo tudi v preostalih okoljih zdravstvene in socialne oskrbe, vključno z oddelki urgentne oskrbe, intenzivno nego, akutno zdravstveno oskrbo, porodničnicami, klinikami za spolno zdravje, lekarnami in v službah kazenskega pravosodja.
- **Intervencije ozaveščanja javnosti/izobraževanja:** Kampanje komuniciranja javnega zdravja so del socialnega marketinga in jih lahko označimo kot namenski poskus informiranja in vplivanja na vedenje množice znotraj določenega časovnega obdobja z uporabo organiziranih komunikacijskih dejavnosti in vključevanjem nabora

posredovanih sporočil po več kanalih, da bi v splošnem smislu dosegli nekomercialne koristi za posameznike in družbo.^{5,6}

- **Intervencije v šolskem okolju:** Izobraževalne intervencije v šolskem okolju so izbrana metoda pri poskusu preprečevanja problemov povezanih z alkoholom med mladimi. Intervencije za preventivo na področju alkohola v šolskem okolju lahko podajo znanje, spremenijo odnos do alkohola ter, v nekaterih primerih, zmanjšajo stopnjo rabe alkohola. Na voljo so na znanju temelječe intervencije, ki učencem nudijo predvsem znanje o alkoholu, vplivu medijev ter pritisku vrstnikov, v nasprotju z bolj celostnimi intervencijami, ki vključujejo informacije glede alkohola v kombinaciji s treningom za urjenje spretnosti za odklanjanje alkohola, samoupravljanja in socialnih spretnosti. Nekateri programi sodelujejo tudi z intervencijami v družinskem okolju.⁷

Podprtost z dokazi (hiter pregled)

Preden pričnete z izpolnjevanjem vprašalnika, podrobno preberite **prvi dve vprašanji, ki predstavljata osnovni kriterij za vključitev primerov dobrih praks v publikacijo.**

- Ali so vsi naštetih elementi opisani tako natančno, da je metodologija razumljiva in prenosljiva, obenem pa ponuja približno oceno učinkovitosti?*
- Cilji
- Ciljna skupina
- Pristop
- Predpogoji za izvedbo
- Zadovoljstvo sodelujočih

3 Assembly of European Regions (AER), European Commission (2010). Early Identification and Brief Intervention in Primary Healthcare, Fact sheet. Available at: http://www.aer.eu/fileadmin/user_upload/MainIssues/Health/2010/Alcohol_Factsheets/Factsheet_14_-_Early_Identifier_and_Brief_Intervention_in_Primary_Healthcare_-__.pdf (pridobljeno, oktober 2014)

4 Babor T, Higgins-Biddle J. Brief intervention For Hazardous and Harmful Drinking A Manual for Use in Primary Care (2001). World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence.

5 Rice, R. E., & Atkin, C. K. (2013). Public communication campaigns (4th ed.). Thousand Oaks, Calif.: Sage.

6 Rogers, E. M., & Storey, J. D. (1987). In Berger C. R., Chaffee S. H. (Eds.), Handbook of communication science. Beverly Hills: Sage publications

7 Babor T.F, Caetano R. Evidence-based alcohol policy in the Americas: strengths, weaknesses, and future challenges. Rev Panam Salud Publica. 2005; 18(4/5):327-37.

*Podprtost z dokazi: npr. opisne študije, opazovalne raziskave, analiza dokumentacije, intervjuji in anketa o zadovoljstvu sodelujočih.

Da

Ne

- Ali intervencija temelji na teoretično dobro zastavljenem programu ali temelji na dokazanih in splošno sprejetih teorijah?*

*Baza dokazov: npr. meta analize, recenzije literature, študije implicitnega znanja.

Da

Ne

Z IZPOLNJEVANJEM TEGA VPRAŠALNIKA NADALJUJTE LE, ČE STE NA OBE ZGORNJI VPRAŠANJI ODOGOVORILI DA.

Predvsem nas zanimajo intervencije, podprte z močnimi dokazi. V primeru da na zgornji dve vprašanji niste odgovorili z DA, vaša predlagana intervencija ne ustreza tem zahtevam, kar pomeni, da vaša intervencija NI PRIMERNA za namene skupne akcije RARHA.

Osnovni podatki

- Naziv intervencije v angleškem in/ali izvirnem jeziku:

Kratek opis intervencije (povzetek): KDO, KAJ, KJE, KDAJ, KAKO (Podajte kratek opis ciljev intervencije, ciljno skupino ter format/obliko – potek dejavnosti, pogostost, intenzivnost, trajanje, metoda rekrutiranja):

V katero skupino intervencij spada vaš primer dobre prakse (izberite le eno možnost)?

- Zgodnje intervencije (zgodnje odkivanje in kratke intervencije za preprečevanje tvegane in škodljive rabe alkohola)
- Intervencije ozaveščanja javnosti/izobraževanja (vključno z novimi mediji, družbenimi omrežji in spletnimi orodji za vedenjske spremembe)
- Intervencije v šolskem okolju (informacije in izobraževanje)

- Kdo financira/je financiral vaš primer dobre prakse (mogoče je izbrati več odgovorov)?
- Nacionalni/regionalni/lokalni organi
- Izobraževalna, javno zdravstvena in/ali raziskovalna ustanova
- Nevladna organizacija
- Podjetje/organizacija v zasebnem sektorju
- Alkoholna industrija / Gostinski sektor
- Drugi viri (navedite spodaj)

- Na kateri ravni se izvaja/se je izvajal vaš primer dobre prakse (mogoče je izbrati več odgovorov)?
 - Nacionalna
 - Regionalna
 - Lokalna (na ravni občin)
 - Drugo (navedite spodaj)

- Kaj so glavni cilji vašega primera dobre prakse?

- Podajte opis problema, ki ga je obravnavala vaša intervencija (narava, obseg, diseminacija in možne posledice problema):

- Je vaš primer dobre prakse vključen v širši nacionalni/regionalni/lokalni akcijski načrt ali politiko?
 - Da (opišite spodaj)

- Ne

- Osnovno sporočilo in/ali slogan je (če obstaja):

Razvoj (vključno s pripravo, načrtovanjem in temeljnimi procesi)

- Kateri deležniki so bili vključeni v razvoj vašega primera dobre prakse (mogoče je izbrati več kot eno skupino):

- Ciljne skupine
- Posredne ciljne skupine (učitelji, vodstvo šole, zdravstveni in socialni delavci itn.)
- Gospodarske družbe (alkoholna industrija in povezani sektorji)
- Državne organizacije (nacionalne, regionalne, lokalne)
- Ustanovitelji
- Raziskovalci
- Predstavniki civilne družbe (NVO)
- Drugo (dodajte spodaj)

- Opišite logični model (utemeljitev ali logični okvirji) vašega primera dobre prakse (mogoče je izbrati več odgovorov)?

- Znanstveni dokazi – modeli ali teorije (opišite spodaj)

- Pretekle izkušnje – lahko temeljijo na kvalitativni/kvantitativni raziskavi glede na praktične izkušnje preteklih intervencij (opišite spodaj)

Drugo (opišite spodaj)

- Elementi priprave (označite vse dejavnosti, ki so bile opravljene v fazi priprave):

- Pregled literature in/ali formativna raziskava
- Ocena potreb (npr. ocenitev ciljne populacije s pomočjo epidemioloških in ostalih podatkov, prepoznane potrebe v izvajanju intervencij in zgodnje preventive)
- Podroben akcijski načrt
- Finančni načrt
- Kadrovski načrt (na podlagi specifičnega znanja in sposobnosti in usposabljanja, če je to potrebno)
- Časovnica
- Partnerski sporazum
- Komunikacijski načrt
- Evalvacijski načrt
- Drugo (dodajte spodaj)

Izvedba

- Izvajanje vašega primera dobre prakse je/je bilo:
 - Neprekinjeno (vključeno v sistem)
 - Periodično, natančneje:

- Enkratno – Kako dolgo?
 - Manj kot eno leto
 - Eno leto
 - Od enega do dveh let
 - Več kot dve leti

- Ciljne skupine (mogoče je označiti več kot eno ciljno skupino):
 - Splošna populacija
 - Otroci (pred mladostništvom)
 - Mladostniki
 - Mladi odrasli
 - Odrasli
 - Starejša populacija
 - Starši
 - Nosečnice
 - Ženske
 - Moški
 - Družine
 - Vozniki
 - Obiskovalci zabav
 - Ranljive družbene skupine⁸
 - Etnične manjšine:
 - Migranti
 - Invalidne osebe
 - Brezdomci
 - Osebe, ki so podvržene zlorabi prepovedanih substanc
 - Osamljene starejše osebe
 - Osamljeni otroci
 - Drugi: _____

⁸ Skupine, ki se soočajo z višjo stopnjo revščine in socialne izoliranosti kot splošna populacija. Etnične manjšine, migranti, invalidne osebe, brezdomci, osebe, ki zlorablajo snovi, osamljene starejše osebe in otroci se zelo pogosto znajdejo v težavni situacijah, ki lahko vodijo k večji socialni izolaciji, kot so nizka stopnja izobrazbe in brezposelnost ali podzaposlenost. Vir: Social protection and Social inclusion Glossary. DG Employment, Social Affairs and Inclusion (http://ec.europa.eu/employment_social/spi/vulnerable_groups_en.htm).

- Drugo (opišite)
-

- Katere komunikacijske poti so bile uporabljene (mogoče je označiti več kot en način diseminacije)?

- Televizija
 - Radio
 - Časopisi in revije
 - Oglasni panoji
 - Brošure/letaki/promocijska darila
 - Telefon/mobilni telefon
 - Socialni mediji (Twitter, Facebook, Linked-in, Instagram, Snapchat, WhatsApp)
 - Spletna stran
 - E-pošta
 - Sestanki/konference s strokovnjaki/kolegi
 - Neposredna komunikacija (ena na ena ali skupinska)
 - Smernice
 - Znanstvene publikacije
 - Drugo (dodajte spodaj)
-

- Kdo izvaja/je izvajal intervencijo (posameznik ali skupina ali organizacija ali zveza organizacij; opišite strokovno ozadje skupine itn.)?
-
-
-

- Katere osnovne aktivnosti se/so se izvajajo/le (tj. aktivnosti, ki ste jih izvajali, da bi uspešno dosegli cilje intervencije, kot so na primer usposabljanja, različni dogodki, objavljeno gradivo)?
-
-

- Katere podporne aktivnosti se/so se izvajajo/le?

- Svetovanje
 - Supervizija
 - Usposabljanje
 - Srečanja tima
 - Služba za pomoč uporabnikom
 - Nič od tega
 - Drugo (opišite spodaj)
-

Evalvacija

- Kdo je opravil evalvacijo?
 - Zunanji izvajalec
 - Notranji izvajalec (predstavniki intervencije, lastna organizacija)
 - Oboje – notranji in zunanji izvajalec

- Kaj je bilo merjeno/ovrednoteno?
 - Postopek ocenjevanja (anketiranci, načini, zadovoljstvo sodelujočih) (opišite spodaj)

 - Evalvacija učinkov/vplivov/rezultatov (opišite zasnovo)

 - Drugo (dodajte in opišite spodaj)

- Kaj so glavni rezultati/zaključki/priporočila evalvacije (opišite spodaj)?

- Ali obstaja evalvacijsko poročilo, po možnosti v angleškem jeziku, ali vsaj povzetek v angleškem jeziku? (če ste odgovorili z DA, posredujte povezavo/vir/dokument)

- So bile prisotne nadaljnje dejavnosti (opišite spodaj) ali so nadaljnje dejavnosti načrtovane v prihodnosti?

- Kakšni so bili, po vašem mnenju, predpogoji za uspeh? So bili kakšni olajševalni dejavniki?

- Ste se srečali s kakšnimi ovirami (če ste odgovorili z DA, opišite, kako ste premagali te ovire in kako so vplivale na rezultate)?

- Ste s pomočjo evalvacije odkrilo kakršnekoli škodljive ali negativne učinke intervencije?

- Katere so glavne izmed pridobljenih izkušenj?

- Kako bi, po vašem mnenju, lahko izboljšali intervencijo?

Dodatne informacije

- Spletna stran v povezavi z intervencijo:

- Navedbe (z morebitnimi povezavami) najpomembnejših člankov ali poročil o intervenciji:

- Druga pomembna dokumentacija (priročniki za izvajanje, priročniki za usposabljanje, plakati, videi in ostala orodja, ki so razpoložljiva za uporabo ali prilagoditev itn.):*

* Dokumentacijo priložite k elektronskemu sporočilu ob pošiljanju izpolnjenega vprašalnika.

Opombe ali predlogi:

Kontaktne podatki

- Kontaktne podatke osebe, ki je izpolnila vprašalnik:

- Ime in priimek, nazivi _____

- Organizacija _____

- Naslov _____

- Država _____

- Telefon (+ klicna številka države) _____

- E-pošta _____

- Kontaktni podatki osebe, s katero lahko stopimo v stik glede dodatnih informacij (če gre za drugo osebo od tiste, ki je izpolnila vprašalnik):

- Ime in priimek, nazivi _____
- Organizacija _____
- Naslov _____
- Država _____
- Telefon (+ klicna številka države) _____
- E-pošta _____

PRILOGA 3: NIZOZEMSKI SISTEM ZA PREPOZNAVANJE INTERVENCIJ

Prepoznavanje in spodbujanje dobrih praks v intervencijah za promocijo zdravja

Na Nizozemskem učinkovito in uspešno promocijo zdravja na lokalni ravni podpira Center za zdravo življenje (CGL) Nacionalnega inštituta za javno zdravje in okolje (RIVM). Center prav tako spodbuja izvajanje najprimernejših intervencij s področja zdravega življenjskega sloga (promocija zdravja ter primarna in sekundarna preventiva), tako da so na portalu Loketgezondleven.nl jasno predstavljene razpoložljive intervencije, pripomočki za načrtovanje, komunikacijska gradiva in povezave do relevantnih nizozemskih podpornih organizacij. Na portalu lahko najdemo tudi informacije o kakovosti, učinkovitosti in uresničljivosti intervencij s področja promocije zdravja.

Baza podatkov o intervencijah s področja življenjskega sloga

Organizacije, ki se ukvarjajo z intervencijami za promocijo zdravja, lahko zaprosijo, da se njihova intervencija vključi v bazo podatkov o intervencijah s področja promocije zdravja (življenjskega sloga). Leta 2014 je baza vsebovala 1900 intervencij. Center za zdravo življenje spodbuja povezovanje intervencij, na primer z organizacijo delavnic. Spremljanje intervencij spodbujata nizozemska raziskovalna ustanova ZonMw ter Ministrstvo za zdravje, socialno varstvo in šport. Vsaka organizacija, ki prejema sredstva za raziskave ali izvajanje intervencij s področja življenjskega sloga, se mora vključiti v njihovo intervencijo znotraj baze podatkov na Loketgezondleven.nl.

Postopek za izbiro najboljših praks

Za prepoznavanje in izbiro najboljših praks je Center za zdravo življenje razvil sistem za ocenjevanje intervencij, t. i.

nizozemski sistem za prepoznavanje. Namen sistema za prepoznavanje je pridobiti boljši vpogled v kakovost in učinkovitost intervencij za promocijo zdravja ter izboljšati strokovnost pri izvedbi promocije zdravja. Organizacije morajo svoje intervencij oddati na standardnem prijavnem obrazcu. Ob oddaji morajo biti izpolnjena tudi merila za vključitev, in sicer mora biti na voljo:

- programski priročnik,
- procesna evalvacija,
- gradivo za naslednji dve leti,
- kontaktna oseba v primeru vprašanj o izvajanju intervencije.

Sprejemna pisarna Centra za zdravo življenje preveri, če so merila upoštevana in če so obrazci v celoti ustrezno izpolnjeni, ter poda prvo povratno informacijo, če je prijavo treba popraviti. Sprejemna pisarna prav tako preveri relevantnost intervencije. Nato sta možna dva načina ocenjevanja (glej Sliko 1):

Ocenjevanje opisanih ciljev, ciljne skupine, pristopa in omejitvenih pogojev, ki ga izvedejo strokovni delavci ali drugi strokovnjaki s tega področja. Na podlagi tega lahko intervencije prejmejo oceno **„Dobro opisano“**.

Ocenjevanje teoretične osnove in/ali učinkovitosti intervencije, ki ga izvede neodvisni strokovni odbor. Intervencije, ki jih Odbor za prepoznavanje označi kot dobre, prejmejo oznako **„Teoretično primerno“** ali **„Učinkovito“**. V sklopu odbora deluje več pododborov, ki so odgovorni za različne vrste intervencij, na primer za zdravstveno varstvo mladih ter promocijo zdravja pri odraslih in starejših.

Za oba načina ocenjevanja je prav tako možno evalvirati izvedljivost, tj. opredeliti prednosti in pomanjkljivosti izvedljivosti intervencij. Intervencije, ki so ocenjene kot uresničljive, lahko enostavno prilagodimo drugemu kontekstu.

Podroben opis meril za različne ravni ocenjevanja je naveden v prilogi.

SLIKA 2: RAVNI OCENJEVANJA PO NIZOZEMSKEM SISTEMU ZA PREPOZNAVANJE



Spodaj so podrobno predstavljena merila za:

- Dobro opisano
- Teoretično primerno
- Izvedljivost (ni predstavljena kot ločena raven, a je vseeno pomembna za vse ravni)
- Učinkovitost

PREGLEDNICA 41: MERILA ZA “DOBRO OPISANO”

1. Opis	Ozadje	<ul style="list-style-type: none"> Narava, velikost, obseg in morebitne posledice problema ali teme so jasno opisani.
	Ciljna skupina	<ul style="list-style-type: none"> Ciljna skupina intervencije je jasno opisana na podlagi relevantnih lastnosti; navedena so morebitna merila za vključitev ali izključitev. Če je ciljna skupina vključena v zasnovo intervencije, potem je opisano, na kakšen način.
	Cilji	<ul style="list-style-type: none"> Cilji so zastavljeni tako, da so karseda uresničljivi. Po potrebi so razdeljeni v glavni cilj in podcilje.
	Pristop	<ul style="list-style-type: none"> Zasnova: opisani so zaporedje, pogostost, intenzivnost, trajanje, časovna razporeditev aktivnosti, metoda rekrutiranja in lokacija intervencije. Vsebina: programska metoda je za konkretne aktivnosti opisana karseda natančno. Opisano je, kdo vse sodeluje pri implementaciji in na kakšen način. Jasno je opisano vse potrebno gradivo in njegova razpoložljivost.
2. Skladnost	Odgovornost: pobuda (prvi korak) za okrepitev?	<ul style="list-style-type: none"> Jasno je opisan odnos med ozadjem, cilji, ciljno skupino in pristopom.
3. Implementacija	Stroški	<ul style="list-style-type: none"> Navedeni so stroški in/ali ure, ki so potrebne za izvedbo intervencije.
	Strokovno znanje	<ul style="list-style-type: none"> Opisano je specifično znanje in usposabljanje strokovnjakov, ki je potrebno za implementacijo intervencije.
	Podpora ljudi	<ul style="list-style-type: none"> Opisano je, koga vse je treba vključiti za podporo intervencije in na kakšen način je ta podpora na voljo.
	Priročnik	<ul style="list-style-type: none"> V priročniku so opisani cilji, ciljna skupina in gradivo, prav tako tudi vsebina različnih aktivnosti.
	Podpora pri izvajanju intervencije	<ul style="list-style-type: none"> Če je ponujena pomoč za implementacijo in izvedbo intervencije, potem je to opisano.
	Nadzor kakovosti	<ul style="list-style-type: none"> Opisano je, na kakšen način mora biti nadzorovana kakovost izvedene intervencije.

PREGLEDNICA 42: MERILA ZA "TEORETIČNO PRIMERNO"

1. Opis	<ul style="list-style-type: none">• Enako kot pri Dobro opisano
2. Merila za teoretične temelje/logika intervencije	<ul style="list-style-type: none">• Problem, tveganje ali tema so v celoti in jasno opisani s podatki o npr. naravi, resnosti, velikosti, obsegu, dojemanju vpletenih, stroških in drugih možnih posledicah.• Opravljena je bila analiza nastanka problema, opisani pa so morebitni vzročni, vzdrževalni, olajševalni in zaščitni dejavniki ali dejavniki tveganja.• Dejavniki, s katerimi se bomo ukvarjali pri izvajanju intervencije, so navedeni in povezani s programskimi cilji in podcilji (utemeljevanje ciljev).• Učinkoviti elementi (ali tehnike ali načela) pristopa so navedeni in utemeljeni v okviru modela za spremembe ali programske teorije ali pa so zasnovani na podlagi rezultatov predhodnih raziskav.• Ciljne skupine, cilji in delovne metode se povezujejo: podana je utemeljitev, na kakšen način bo izbrani pristop učinkovito dosegel cilje, zadane v tej ciljni skupini.• Kjer je to potrebno, so viri navedeni v skladu s teoretično podporo.
3. Merila za pogoje implementacije / izvedljivost	<ul style="list-style-type: none">• Intervencija je prenosljiva:<ul style="list-style-type: none">- za prenos obstaja priročnik ali protokol;- na voljo je podpora za predstavitev intervencije (edukacija edukatorjev, supervizija, služba za pomoč uporabnikom itn.);- obstaja sistem ali plan za implementacijo.• Podatki o vzdrževanju, nadzoru kakovosti in varovanju so navedeni (licence, nadzorni sistem, registracije, roki) in bodo realizirani.• Navedeni so omejitveni pogoji, ki so ključni za implementacijo. Gre za omejitvene pogoje na ravni:<ul style="list-style-type: none">- intervencije (uporaba osebja, časa, stroškov (določeno));- strokovnjakov za implementacijo (usposabljanje, izkušnje, kompetence);- organizacije (notranja in zunanja podpora, možnosti notranjega in zunanjega sodelovanja).• Verjetno je, da bo cilj dosežen v okviru omejitvenih pogojev in navedenih stroškov.• Če intervencija ni bila zasnovana na Nizozemskem, je na kratko opisan originalni kontekst, prav tako pa so razložene spremembe, ki so bile potrebne za prilagoditev intervencije nizozemskim razmeram.• Če je to relevantno zaradi problema ali področja implementacije, intervencija dopušča prostor za prilagajanje: priročnik vsebuje informacije o učinkovitih načelih ali elementih, ki jih je treba upoštevati.• Izveden je bil predhodni preizkus ali procesna evalvacija, prav tako<ul style="list-style-type: none">- je opisana zasnova študije,- so na voljo podatki o npr. obsegu, dejavnikih uspeha in neuspeha ter oceni tistih, ki izvajajo implementacijo,- so rezultati pozitivni in/ali- je bila intervencija na podlagi teh rezultatov spremenjen (kolikor je bilo potrebno).• Po potrebi: raziskave pokažejo relevantne dejavnike, ki vplivajo na učinek in implementacijo intervencije.

PREGLEDNICA 43: MERILA ZA "UČINKOVITOST"

Splošni kriteriji za vse ravni učinkovitosti

- Rezultati so najbolj relevantni za cilj in ciljno skupino intervencije.
- Spremembe, povezane s ciljem in ciljno skupino intervencije:
 - Raziskave so pokazale, da je bila predvidena ciljna skupina učinkovito dosežena.
 - Instrumenti, ki smo jih uporabili, so zanesljiv in ustrezen način za spremljanje uresničevanja ciljev intervencije.
 - Uporabljene so bile ustrezne statistične metode (po potrebi).
 - Obseg učinka je podan s Cohenovim D indeksom ali pa so navedeni podatki za njegov izračun.
- Obseg učinkov je prepričljiv in se ujema s ciljem in ciljno skupino intervencije.
- Navedeni so morebitni negativni učinki.
- Raziskave so bile dokumentirane, tako da je študije možno ponoviti.
- Intervencija je bil implementiran tako, kot je bilo zastavljeno. Prikazano je bilo, da so bili programski elementi dejansko izvedeni.
- Po mnenju odbora obstaja dovolj študij, iz katerih je razvidno, da so se med implementacijo intervencije pojavile spremembe v skladu s programskim ciljem.

Močni pokazatelji učinkovitosti

- Zasnova empirične raziskave predvideva vsaj visoko stopnjo dokazljivosti (Razpredelnica 2). Raziskava je zasnovana kvazi-eksperimentalno/eksperimentalno ali, če to ni mogoče, na kak drug visoko kakovosten način (na primer s ponavljajočo študijo primera, študijo korelacije med obsegom intervencije in obsegom rezultatov ali kohortno študijo). Študije so bile izvedene v vsakodnevni praksi, obdobje nadaljnega spremljanja pa traja vsaj šest mesecev.
- Število študij je lahko različno, odvisno od kakovosti in narave študije. Okvirno minimalno število je:
 - Vsaj dve nizozemski študiji v posamezni intervenciji z visoko ali zelo visoko stopnjo dokazljivosti ali ena nizozemska študija v posamezni intervenciji v kombinaciji z vsaj eno državno ali mednarodno študijo ali primerljiva intervencija z visoko ali zelo visoko stopnjo dokazljivosti. Primerljivost oceni Odbor za prepoznavanje.
 - V primeru ponovljene študije primera različni izvajalci obravnavajo vsaj deset primerov v različnih pogojih.

Dobri pokazatelji učinkovitosti

- Zasnova empirične raziskave predvideva vsaj zmerno stopnjo dokazljivosti. Raziskava je zasnovana kvazi-eksperimentalno/eksperimentalno ali kako drugače (na primer s ponovljeno študijo primera, študijo korelacije med obsegom intervencije in obsegom rezultatov ali s kohortno študijo). Študije ni nujno, da so bile izvedene v vsakodnevni praksi, ali pa še niso bile nadalje spremljane.
- Število študij je lahko različno, odvisno od kakovosti in narave študije. Okvirno minimalno število je:
 - Vsaj dve nizozemski študiji v posamezni intervenciji z zmerno ali sorazmerno visoko stopnjo dokazljivosti ali ena nizozemska študija v posamezni intervenciji v kombinaciji z vsaj eno državno ali mednarodno študijo ali primerljiva intervencija z vsaj zmerno visoko stopnjo dokazljivosti. Primerljivost oceni Odbor za prepoznavanje.
 - V okviru nizozemskih raziskav posamezne intervencije z visoko ali zelo visoko stopnjo dokazljivosti zadostuje ena študija za prepoznavanje na tej ravni učinkovitosti.
 - Pri ponovljenih študijah primera različni izvajalci obravnavajo vsaj šest primerov v različnih pogojih.

Prvi pokazatelji učinkovitosti

- Zasnova empirične raziskave predvideva vsaj nizko stopnjo dokazljivosti. Pred ali na začetku intervencije so izvedene izhodiščne meritve, po koncu intervencije pa sledi nadaljnje spremljanje.
- Vsaj dve nizozemski študiji v posamezni intervenciji z nizko stopnjo dokazljivosti ali ena nizozemska študija v posamezni intervenciji v kombinaciji z vsaj eno državno ali mednarodno študijo ali primerljiva intervencija z vsaj zmerno nizko stopnjo dokazljivosti.

Spodbujanje najboljših praks v bazi podatkov Loketgezondleven.nl

Vse intervencije za promocijo zdravja, za katere si avtorji želijo, da bi bile objavljene ali ocenjene, so skupaj z ravnjo ocenjevanja predstavljene v bazi podatkov Loketgezondleven.nl. Kadar iščemo intervencije za promocijo zdravja s specifično tematiko, se nam na vrhu seznama izpišejo intervencije z najboljšimi dokazi. Po podatkovni bazi lahko iščemo intervencije ali najboljše prakse glede na raven ocenjevanja ali z uporabo ključnih besed o tematiki, ciljni skupini, lokaciji ali z uporabo besed iz prostega besedila. V Razpredelnici 1 je prikazano število ocenjenih intervencij in njihova raven ocenjevanja glede na stanje junija 2014. Trenutno je v bazi 244 intervencij, ki jih je ocenil Odbor ali praktična komisija. To so priporočene intervencije za uporabo.

PREGLEDNICA 44: VSE OCENJENE INTERVENCIJE NA NIZOZEMSKEM PORTALU LOKETGEZONDLEVEN.NL, JUNIJ 2014

Močni pokazatelji učinkovitosti	5
Dobri pokazatelji učinkovitosti	22
Prvi pokazatelji učinkovitosti*	1
Teoretično primerno	136
Dobro opisano	80

* Ocenjevanje na tej ravni se je začelo letos

Seznam priporočenih intervencij za sladkorno bolezen in druge kronične bolezni. Pregled

Baza podatkov vsebuje seznam priporočenih intervencij glede na različne tematike, na primer za sladkorno bolezen tipa 2, kronične bolezni, starejše, intervencije skupnosti, prekomerno telesno težo, alkohol, depresijo, intervencije za osnovne šole itn. Priporočene intervencije so izbrane iz nabora 244 intervencij. Sezname priporočenih intervencij so del spletnega priročnika za zdrave občine, ki podpirajo svoje lokalne strokovnjake in politike pri prizadevanju za promocijo zdravja na lokalni ravni.

PREGLEDNICA 45: MERILA ZA DOLOČITEV STOPNJE DOKAZLJIVOSTI EMPIRIČNE RAZISKAVE

Stopnja dokazljivosti	Lastnosti študije
Zasnova	
Zelo visoka	veljajo enaka merila kot pri eni stopnji nižje s to razliko: <ul style="list-style-type: none">• Uporabi se eksperimentalna študija (naključna razdelitev študijskih subjektov v raziskovalne skupine) ali druga oblika, ki prikazuje vzročno povezavo med intervencijo in učinkom.
Visoka	veljajo enaka merila kot pri eni stopnji višje s to razliko: <ul style="list-style-type: none">• Uporabi se metoda za nadaljnje spremljanje (okvirno 6 mesecev) ali druga oblika, ki zagotavlja zadovoljiv pregled stabilnosti rezultatov.
Sorazmerno visoka	veljajo enaka merila kot pri eni stopnji nižje s to razliko: Študija je bila izvedena v vsakodnevni praksi/je reprezentativna za vsakodnevno prakso.
Sprejemljiva	Veljajo enaka merila kot pri eni stopnji nižje s to razliko: <ul style="list-style-type: none">• Gre za eksperimentalno ali kvazi-eksperimentalno študijo s kontrolno skupino (nega kot običajno) ali ponovljeno študijo N=1 z izhodiščem ali časovno vrsto z enim ali več izhodišči ali izmenično zdravljenje ali študijo korelacije med obsegom intervencije in obsegom rezultatov.• Zasnova je visoko kakovostna.• Študija ni bila izvedena v vsakodnevni praksi/ni reprezentativna za vsakodnevno prakso ali pa reprezentativnost za vsakodnevno prakso ni znana.
Zmerna	Veljajo enaka merila kot pri eni stopnji nižje s to razliko: <ul style="list-style-type: none">• Rezultati so primerljivi z drugimi raziskavami učinkov običajne situacije, prakse ali oskrbe ali z drugo obliko oskrbe, ki se nanaša na podobno ciljno skupino.
Nizka	Zahteve, ki se nanašajo na to raven, so: <ul style="list-style-type: none">• Raziskave so bile dokumentirane, tako da je študije možno ponoviti.• Izmerjeni učinek je povezan s ciljem in ciljno skupino intervencije.• Meritve so bile opravljene z zanesljivimi in ustreznimi instrumenti.• Pred ali na začetku intervencije so bile opravljene izhodiščne meritve, po koncu intervencij pa je sledilo nadaljnje spremljanje.• Rezultati so bili analizirani z ustrežno statistično metodo, prav tako je bil testiran njihov pomen in izračunane veljavne meritve rezultatov (kot na primer Cohenov D indeks ali razmerje oboj).)
Zelo nizka	Študija ne dosega minimalnih zahtev za empirično študijo z vzročno stopnjo dokazljivosti.

PRILOGA 4: PODATKI RAZISKAVE

*Legenda:

- z = Zgodnje intervencije
- o = Intervencije ozaveščanja javnosti
- š = Intervencije v šolskem okolju
- v = Vse intervencije skupaj

PREGLEDNICA 46: PREGLED SPREMENLJIVK (VPRAŠANJ), KI SO VKLJUČENE V ANALIZO

Vprašanje

.....

6. Kdo financira/je financiral vaš primer dobre prakse?

.....

7. Na kateri ravni se izvaja/se je izvajal vaš primer dobre prakse?

.....

10. Ali je vaš primer dobre prakse vključen v širšo nacionalno/regionalno/lokalno politiko ali akcijski načrt?

.....

12. Kateri od naslednjih deležnikov so bili vključeni v razvoj vašega primera dobre prakse?

.....

13. Opišite logični model (temeljna načela ali logični okvirji) vašega primera dobre prakse.

.....

14. Elementi načrtovanja.

.....

15. Izvajanje vašega primera dobre prakse je/je bilo

.....

16. Ciljne skupine.

.....

17. Katere komunikacijske kanale ste uporabili?

.....

20. Katere podporne aktivnosti so/so bile izvajane?

.....

21. Kdo je opravil evalvacijo?

.....

22. Kaj je bilo izmerjeno/evalvirano?

.....

PREGLEDNICA 47: IZBRANE Z DOKAZI PODPRTE INTERVENCIJE IN INTERVENCIJSKA PODROČJA

Države, ki so se odzvale	Oddane z dokazi podprte intervencije	Z	O	Š
Avstrija	3	•	••	
Bolgarija	1	•		
Hrvaška	2	•	•	
Finska	2	•	•	
Nemčija	2	••		
Grčija	2			••
Irska	2	••		
Italija	2	•	•	
Litva	2	•		•
Luksemburg	1		•	
Nizozemska	2	•		•
Norveška	3	•	•	•
Poljska	2	•		•
Portugalska	5	••		•••
Slovenija	3		••	•
Španija	2	•		•
Švedska	7	•••••		•
Skupaj = 32 držav	43	21	9	13

PREGLEDNICA 48: RAVEN IZVAJANJA

Z dokazi podprte intervencije (n=43)	Več odgovorov	Z	O	Š	V
SPREMENLJIVKA	A. Nacionalna	N	N	N	N %
7. Na kateri ravni se izvaja/se je izvajal vaš primer dobre prakse?	B. Regionalna				
	C. Lokalna (občinska raven)				
	D. Drugo				
		Z	O	Š	V
A Nacionalni		12	7	7	26 40 %
B Regionalni		9	5	5	19 29 %
C Lokalni (občinska raven)		5	6	5	16 25 %
D Drugo		2	0	2	4 6 %
Skupaj		28	18	19	65 100 %

PREGLEDNICA 49: VKLJUČITEV V ŠIRŠO NACIONALNO/REGIONALNO/LOKALNO POLITIKO ALI AKCIJSKI NAČRT

Z dokazi podprte intervencije (n=43)		Z	O	Š	V
SPREMENLJIVKA	A. Da	N	N	N	N %
10. Je vaš primer dobre prakse vključen v širši nacionalni/regionalni/lokalni akcijski načrt ali politiko?	B. Ne				
		Z	O	Š	V
A da		16	9	8	33 77 %
B ne		5	0	5	10 23 %
Skupaj		21	9	13	43 100 %

PREGLEDNICA 50: UTEMELJITEV ALI LOGIČNI OKVIR DOBRE PRAKSE

Z dokazi podprte intervencije (n=43)	Več odgovorov	Z	O	Š	V
SPREMENLJIVKA	A. Znanstveni dokazi	N	N	N	N %
13. Opišite logični model (utemeljitev ali logični okvirji) vašega primera dobrih praks.	B. Pretekle izkušnje				
	C. Drugo				
		Z	O	Š	V
A Znanstveni dokazi		20	8	13	41 63 %
B Pretekle izkušnje		9	5	7	21 32 %
C Drugo		2	1	0	3 5 %
Skupaj		31	14	20	65 100 %

PREGLEDNICA 51: ELEMENTI NAČRTOVANJA

Z dokazi podprte intervencije (n=43)

Q14. Elementi načrtovanja

	Z	O	Š	V
A Pregled literature in/ali formativna raziskava	18	9	11	38 (13 %)
B Ocena potreb	18	7	10	35 (12 %)
C Podroben akcijski načrt	15	8	12	35 (12 %)
D Finančni načrt	13	8	8	29 (10 %)
E Kadrovski načrt	13	7	10	30 (10 %)
F Časovnica	16	9	11	36 (12 %)
G Partnerski sporazum	13	6	10	29 (9 %)
H Komunikacijski načrt	8	9	6	23 (8 %)
I Evalvacijski načrt	17	9	11	37 (12 %)
J Drugo	3	0	3	6 (2 %)
Skupaj	116	63	81	260 (100 %)

PREGLEDNICA 52: ELEMENTI NAČRTOVANJA

Država	a. Pregled literature in/ali formativna raziskava	b. Ocena potreb	c. Podroben akcijski načrt	d. Finančni načrt	e. Kadrovski načrt	f. Časovnica	g. Partnerski sporazum	h. Komunikacijski načrt	i. Evalvacijski načrt	j. Drugo
1 Avstrija 1	●		●	●	●	●	●	●	●	
2 Avstrija 2	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
3 Avstrija 3	●		●	●		●	●		●	
4 Bolgarija	●	●			●	●			●	
5 Hrvaška 1	●	●		●	●	●	●		●	
6 Hrvaška 2	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
7 Finska 1	●		●	●	●	●	●	●	●	●
8 Finska 2	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
9 Nemčija 1	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
10 Nemčija 2	●	●	●	●	●	●	●		●	
11 Grčija 1	●	●	●			●			●	
12 Grčija 2	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
13 Irska 1		●	●							
14 Irska 2	●	●	●			●	●	●	●	
15 Italija 1	●	●				●		●	●	
16 Italija 2	●	●				●		●	●	
17 Litva 1	●		●	●		●	●		●	
18 Litva 2	●	●			●					
19 Luksemburg	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
20 Nizozemska 1	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
21 Nizozemska 2	●	●	●	●	●	●	●	●	●	

Država

	a. Pregled literature in/ali formativna raziskava	b. Ocena potreb	c. Podroben akcijski načrt	d. Finančni načrt	e. Kadrovski načrt	f. Časovnica	g. Partnerski sporazum	h. Komunikacijski načrt	i. Evalvacijski načrt	j. Drugo
22 Norveška 1	●		●	●		●		●	●	
23 Norveška 2			●	●		●	●			
24 Norveška 3	●	●	●	●	●	●	●	●		
25 Poljska 1	●	●	●		●	●			●	
26 Poljska 2	●	●	●		●	●	●		●	
27 Portugalska 1	●	●	●		●	●	●		●	
28 Portugalska 2	●	●	●		●				●	
29 Portugalska 3	●	●			●					
30 Portugalska 4	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
31 Portugalska 8	●	●	●		●	●	●	●	●	
32 Slovenija 1	●	●	●	●	●	●		●	●	
33 Slovenija 2	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
34 Slovenija 3	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
35 Španija 1	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
36 Španija 2	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
37 Švedska 1	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
38 Švedska 2	●	●		●					●	●
39 Švedska 3	●	●	●	●					●	
40 Švedska 4			●	●	●	●	●		●	
41 Švedska 5										●
42 Švedska 6	●	●	●	●	●	●	●		●	
43 Švedska 7		●	●	●		●	●		●	

PREGLEDNICA 53: ČASOVNI OKVIR IMPLEMENTACIJE

Z dokazi podprte intervencije (n=43)	Izbira	Z	O	Š	V
SPREMENLJIVKA		N	N	N	N %
15. Izvajanje vašega primera dobre prakse je/je bilo:	A. Neprekinjeno (vključeno v sistem)				
	B. Periodično				
	C. Enkratno				
		Z	O	Š	V
A Neprekinjeno (vključeno v sistem)		12	5	10	27 69 %
B Periodično		3	1	1	5 13 %
C Enkratno		4	1	2	7 18 %
Skupaj		19	7	13	39 100 %

1 Možen je bil le en odgovor.

PREGLEDNICA 54: KOMUNIKACIJSKI KANALI

Z dokazi podprte intervencije (n=43)

Q17. Kateri komunikacijski kanali so bili uporabljeni?

	Z	O	Š	V	
A Televizija	2	7	1	10	4 %
B Radio	2	8	0	10	4 %
C Časopisi in revije	5	8	3	16	6 %
D Oglasni panoji	0	5	0	5	2 %
E Brošure/letaki/promocijska darila	13	9	8	30	11 %
F Telefon/mobilni telefon	5	2	1	8	3 %
G Socialni mediji	6	5	3	14	5 %
H Spletna stran	12	9	10	31	12 %
I E-pošta	9	8	6	23	9 %
J Sestanki/konference s strokovnjaki/kolegi	15	9	12	36	14 %
K Neposredna komunikacija	13	8	7	28	10 %
L Smernice	7	6	9	22	8 %
M Znanstvene publikacije	10	4	7	21	8 %
N Drugo	4	5	1	10	4 %
Skupaj	103	93	68	264	100 %

PREGLEDNICA 55: KATERI KOMUNIKACIJSKI KANALI SO BILI UPORABLJENI?

Država

	a. Televizija	b. Radio	c. Časopisi in revije	d. Oglasni panoji	e. Brošure/letaki/ promocijska darila	f. Telefon/mobilni telefon	g. Socialni mediji	h. Spletna stran	i. E-pošta	j. Sestanki/konference s strokovnjaki/kolegi	k. Neposredna komunikacija	l. Smernice	m. Znanstvene publikacije	n. Drugo
1 Avstrija 1	●	●	●	●	●		●	●	●	●	●			●
2 Avstrija 2	●	●	●	●	●		●	●	●	●	●	●	●	●
3 Avstrija 3						●					●			●
4 Bolgarija					●	●				●	●	●	●	
5 Hrvaška 1											●			●
6 Hrvaška 2					●	●		●	●	●	●	●		
7 Finska 1					●	●		●	●	●	●			●
8 Finska 2		●	●		●			●	●	●	●		●	●
9 Nemčija 1					●			●		●			●	
10 Nemčija 2					●						●		●	
11 Grčija 1					●			●		●	●			
12 Grčija 2	●		●		●	●		●	●	●	●	●		
13 Irska 1					●					●	●			
14 Irska 2		●	●		●			●	●		●			
15 Italija 1	●	●	●		●		●	●	●	●	●	●		●
16 Italija 2							●	●	●	●	●	●		
17 Litva 1							●	●	●	●	●	●	●	
18 Litva 2									●		●			
19 Luksemburg	●	●	●	●	●	●		●	●	●	●	●	●	●
20 Nizozemska 1					●			●	●	●		●	●	
21 Nizozemska 2			●		●		●	●	●	●	●	●	●	

Država

	a. Televizija	b. Radio	c. Časopisi in revije	d. Oglasni panoji	e. Brošure/letaki/ promocijska darila	f. Telefon/mobilni telefon	g. Socialni mediji	h. Spletna stran	i. E-pošta	j. Sestanki/konference s strokovnjaki/kolegi	k. Neposredna komunikacija	l. Smernice	m. Znanstvene publikacije	n. Drugo
22 Norveška 1	●	●	●	●	●		●	●	●	●	●			
23 Norveška 2					●		●	●	●					
24 Norveška 3					●		●	●	●				●	
25 Poljska 1					●					●			●	
26 Poljska 2			●		●			●	●	●	●	●	●	
27 Portugalska 1								●		●	●	●	●	●
28 Portugalska 2										●	●			
29 Portugalska 3							●	●						
30 Portugalska 4										●		●	●	
31 Portugalska 8						●		●	●	●	●			
32 Slovenija 1	●	●	●	●	●					●		●		
33 Slovenija 2	●	●	●		●		●	●	●	●	●		●	●
34 Slovenija 3					●		●	●	●	●	●	●	●	
35 Španija 1			●					●		●				
36 Španija 2			●		●			●	●	●	●	●	●	
37 Švedska 1	●	●	●		●		●	●		●	●	●	●	●
38 Švedska 2								●		●			●	
39 Švedska 3							●	●		●			●	
40 Švedska 4					●			●		●		●		
41 Švedska 5					●			●		●		●		
42 Švedska 6	●		●		●	●		●	●	●		●	●	
43 Švedska 7					●			●		●	●			

PREGLEDNICA 56: PODPORNE AKTIVNOSTI

Z dokazi podprte intervencije (n=43)

Q20. Katere podporne aktivnosti se/so se izvajale?

	Z	O	Š	V	
A Svetovanje	12	7	9	28	22 %
B Supervizija	8	4	7	19	15 %
C Usposabljanje	14	7	11	32	25 %
D Srečanja tima	13	8	11	32	25 %
E Služba za pomoč uporabnikom	2	3	3	8	6 %
F Nič od tega	1	0	0	1	1 %
G Drugo	4	1	3	8	6 %
Skupaj	54	30	44	128	100 %

PREGLEDNICA 57: PODPORNE DEJAVNOSTI

Država

	a. Svetovanje	b. Supervizija	c. Usposabljanje	d. Srečanja tima	e. Služba za pomoč uporabnikom	f. Nič od tega	g. Drugo
1 Avstrija 1	●	●	●	●			
2 Avstrija 2	●		●	●			
3 Avstrija 3	●						
4 Bolgarija		●		●			
5 Hrvaška 1		●				●	●
6 Hrvaška 2	●	●	●	●			
7 Finska 1	●		●		●		●
8 Finska 2	●	●	●	●	●		●
9 Nemčija 1	●	●	●	●			
10 Nemčija 2	●		●				●
11 Grčija 1				●			●
12 Grčija 2		●	●	●	●		
13 Irska 1	●		●	●			
14 Irska 2			●				
15 Italija 1	●	●	●	●	●		
16 Italija 2	●	●	●	●			
17 Litva 1	●		●	●			
18 Litva 2			●				
19 Luksemburg			●	●	●		
20 Nizozemska 1	●	●	●	●	●		
21 Nizozemska 2	●	●	●	●			
22 Norveška 1	●						

Država

	a. Svetovanje	b. Supervizija	c. Usposabljanje	d. Srečanja tima	e. Služba za pomoč uporabnikom	f. Nič od tega	g. Drugo
23 Norveška 2	●	●	●	●			
24 Norveška 3	●		●	●	●		
25 Poljska 1	●			●			
26 Poljska 2	●	●	●	●			
27 Portugalska 1	●	●	●	●			
28 Portugalska 2		●	●				
29 Portugalska 3			●	●			
30 Portugalska 4	●			●			
31 Portugalska 8				●			
32 Slovenija 1				●			
33 Slovenija 2	●		●	●			
34 Slovenija 3			●				
35 Španija 1	●	●	●	●			●
36 Španija 2	●	●	●	●	●		
37 Švedska 1	●	●	●	●			
38 Švedska 2							●
39 Švedska 3				●			
40 Švedska 4	●		●	●			
41 Švedska 5	●	●	●	●			
42 Švedska 6	●		●	●			
43 Švedska 7			●				

PREGLEDNICA 58: KDO JE OPRAVIL EVALVACIJO?

Z dokazi podprte intervencije (n=43)	Več odgovorov	Z	O	Š	V
SPREMENLJIVKA					
21. Kdo je opravil evalvacijo?	A. Zunanja oseba B. Notranja oseba C. Oboje – notranje in zunanje osebe	N	N	N	N %
		Z	O	Š	V
A Zunanji izvajalec		3	3	1	7 17 %
B Notranji izvajalec		9	3	7	19 45 %
C Oboje – notranji in zunanji izvajalec		8	3	5	16 38 %
Skupaj		20	9	13	42 100 %

PREGLEDNICA 59: KAJ JE BILO IZMERJENO/OVREDNOTENO?

Z dokazi podprte intervencije (n=43)	Več odgovorov	Z	O	Š	V
SPREMENLJIVKA					
22. Kaj je bilo izmerjeno/evalvirano?	A. Postopek evalvacije B. Evalvacija učinkov/vplivov/rezultatov C. Drugo	N	N	N	N %
A Postopek evalvacije		16	6	12	34 48 %
B Evalvacija učinkov/vplivov/ rezultatov		15	6	11	32 45 %
C Drugo		3	2	0	5 7 %
Skupaj		34	14	23	71 100 %

PRILOGA 5: ETIKA PREVENTIVE NA PODROČJU ALKOHOLA

1. Zakaj etika?

Preventiva na področju alkohola leži znotraj domene javnega zdravja. Medtem ko se je bioetika razvila v zelo dobro uveljavljeno “partnersko disciplino” klinične medicine, ki vzpostavlja okvirje za etične probleme v klinikah in za stike med bolniki in zdravniki, so etični problemi znotraj javnega zdravja deležni precej manj pozornosti (Maeckelberghe in Schröder-Bäck, 2007; Greco in Petrini, 2004).

V Severni Ameriki se kljub “skromnemu” napredku še vedno pritožujejo nad pomanjkanjem sistematičnih navodil na področju etike, tako v javnem zdravju kot v epidemiologiji (Lee, 2013). V tej luči lahko nekaj tolažbe ponudi dejstvo, da se je stanje etike v javnem zdravju spremenilo od “ene najbolj varovanih skrivnosti na ameriškem intelektualnem področju” (Weed, 2004) do “področja v nastajanju” (Lee, 2012). Navkljub tem samooklicanim pomanjkljivostim, trpi anglo-ameriški diskurz za manjšo razvojno zamudo kot Evropa (Wehkamp, 2008) ter omogoča številne pomembne okvirje (v vpogled: Lee, 2012, vključno z Nuffield Council on Bioethics “Stewardship” model, najvidnejši primer iz Evrope).

Razlogi za razvijanje etike javnega zdravja v Evropi so dvojni. Najprej, javno zdravje se razlikuje od klinične prakse v svojem obsegu. Disciplina se ukvarja s populacijami, skupnostmi in dejavniki izven neposredne zdravstvene domene in se osredotoča na preventivo. Zaradi teh razlogov javno zdravje ne more enostavno prilagoditi bioetičnih okvirjev (Lee, 2012). Kot drugo, so skupnosti, ki sestavljajo populacijo, raznolike, njihova verovanja in prakse pa heterogene. To ustvarja potrebo po etiki javnega zdravja, ki upošteva družbene, politične in kulturne kontekste kot tudi različne sisteme vrednot in filozofij (Upshur, 2002).

Usklajevanje s številnimi svetovnimi pogledi je prednostna naloga v Evropi, kjer je alkohol globoko zakoreninjen v različnih “pivskih kulturah” in prevladuje značilne

prakse rabe. Tako okvirji, ki so razviti v različnih kulturnih kontekstih, ne morejo biti z lahkoto uvoženi. Preventiva na področju alkohola sama po sebi ni etična. Da bi se intervencija smatrala za etično, je potrebno upoštevati načelo dobrotljivosti in izhajati iz trdne baze dokazov, vseeno pa ta dva pogoja nista dovolj. Sprejemanje pravilne odločitve pri javnem zdravju ima dve komponenti: znanstveno in etično (Wehkamp, 2008).

Številne odločitve pri oblikovanju in izvajanju intervencij na področju preprečevanja zlorabe alkohola imajo etične posledice. Namen tega poglavja je na kratko predstaviti nekaj pomembnih etičnih dimenzij. Velik del poglavja se osredotoča na vsebino in strukturo avtorjev Faen in Shebaya (2015). Cilj poglavja ni le ponujanje vodenja pri sprejemanju odločitev, ampak stimuliranje bralcev, da premislijo o svoji poziciji skupaj s številnimi vidiki vrednot pri preventivi na področju alkohola, saj je “etika pravzaprav reflektivna naloga, ki zahteva od sodelujočih jasno izražena verovanja in vrednote ter utemeljitve” (Upshur, 2002).

2. Značilni izzivi etike javnega zdravja (prim. Faden in Shebaya, 2015)

Etika javnega zdravja je moralni temelj javnega zdravja in upravičenosti le-tega. Zdravje lahko dojemamo kot komponento dobrobiti. V tem pogledu je javno zdravje obravnavano kot dolžnost, da dosežemo čim boljše dobrobit. V središču tega pogleda se nahaja konflikt med skupno koristjo in svobodo posameznika. Javno zdravje lahko razumemo tudi kot socialno pravico. S tega vidika ima zagotovitev zadostne stopnje zdravja prednost in je poštena dodelitev omejenih sredstev osrednja dilema.

1. Faden in Shebaya (2015) opisujeta štiri lastnosti domene javnega zdravja, ki razlikujejo etiko javnega zdravja od etike klinične prakse ali etike biomedicinske znanosti:
2. Vprašanje “Je zdravje javna ali skupna korist?”
3. Posebna osredotočenost na preventivo
4. Skupna vpletenost vladnih ukrepov
5. Usmerjenost v rezultate

Prvotno se javno zdravje ukvarja s prebivalstvom in skupnostmi, ne s posamezniki. Zato je težko določiti koristi enega posameznika od drugega. Koristi in bremena pogosto vplivajo na podpopulacije različno, kar postavlja številna etična vprašanja v povezavi z javnim zdravjem:

- Komu koristi javno zdravje?
- S čigavim zdravjem se ukvarja?
- Kakšne žrtve so sprejemljive?
- Ali obstaja razlika med javnim zdravjem in zdravjem prebivalstva?
- Zakaj je javno zdravje vredno?

Kot drugo in paradigmatično je preventiva področje javnega zdravja. Neločljivo povezano s tem vidikom obstajajo tudi številni edinstveni moralni izzivi. Včasih se smatra ublažitev obstoječe škode za bolj pomembno dejavnost kot dolgoročne strategije preventive. Možno je, da je ta prednost dana kurativnim ukrepom zato, ker preventivne intervencije v sedanjosti proizvajajo stroške, medtem ko bodo koristi vidne komaj v prihodnosti. Poleg tega so te koristi pogosto omejene samo na posameznike. Pogosto v javnem zdravju ni mogoče predvideti identitete deležnikov, zato jih je mogoče oceniti samo na podlagi verjetnostnih metod. Ti dejavniki poslabšujejo (zaznano) nedotakljivost javnozdravstvenih koristi in spodbujajo etična vprašanja, ki so značilna za področje javnega zdravja.

- Kako naj obravnavamo le statistična in neznana življenja in osebe?
- Ali so zdravstvene koristi v prihodnosti manjvredne kot koristi v sedanjosti?
- V nekaterih primerih so deležniki člani prihodnjih generacij, kar naknadno zaplete moralno sliko.

Tretje, javno zdravje pogosto zajema vladne ukrepe, številni ukrepi javnega zdravja pa so prisilni ali podprti s strani zakona. Javno zdravje se predvsem v povezavi z okoljsko preventivo osredotoča na ureditve in javne politike, manj pa na dejanja in usluge posameznikov. Vsaka državni ukrep mora naslavlja napetosti med pravico, varnostjo in obsegom pravnih omejitev in predpisov. Iskanje kompromisa med osebno svobodo in kolektivnim ukrepanjem lahko pripelje do skrbi glede paternalizma. Ta moralna dilema ni redka na področju javnega zdravja., toda na izrazito osebnem področju, kot so zdravstvene odločitve posameznika, je upravičena potreba po izvajanju javne oblasti in izrekanju javnih sankcij posebej močna.

Četrto, javno zdravje je usmerjeno k rezultatom. Prav tako ima zelo močno orientacijo k posledicam – javno zdravje ni le izogibanje slabim zdravstvenim rezultatom in razvijanje dobrih. Za tiste, ki smatrajo tak izid usmeritve kot moralno upravičenost in temelj javnega zdravja, so zahtevane omejitve deontoloških zanimanj – kot znotraj posledičnih okvirjev – kot so pravice in skrbi s področja pravičnosti ali poštena porazdelitev bremena. Za tiste, ki smatrajo družbeno pravičnost za moralni temelj javnega zdravja, ni potrebe po naslavljanju moralnih posledic javnega zdravja pri uvajanju v posledičnost znotraj okvirjev, ki jih ponuja pravica.

V globalnem svetu meje za to, kar naj bi bilo “javno”, niso posebej jasno določene. Posamezna država še vedno ni verjetna enota in nacionalno usmeritev je včasih težko moralno upravičiti. Ko bolezni prečkajo meje ali v primerih, ko sta pravičnost in enakost neenakomerno porazdeljeni čez mejo, lahko pride do vprašanj dolžnosti mednarodnega sodelovanja. Nasprotno pa so nacionalne meje vseeno pomembne za javno zdravje zaradi številnih razlogov. Politike in predpisi so običajno postavljeni s strani držav in posameznikov, zato se razlikujejo. Čeprav države poročajo o pokazateljih zdravja nadnacionalnim institucijam v Evropski uniji ali Svetovni zdravstveni organizaciji, pa so mednarodni mehanizmi zakonodaje slabi, moralne implikacije teh praktičnih omejitev pa ostajajo nejasne. V primeru, da so determinante slabega zdravja podrejene okoljskim težavam, te niso več omejene z nacionalnimi mejami.

3. Razlogi za preventivo na področju alkohola

A. Splošna korist

Priljubljena trditev pravi, da so odločitve alkoholne politike, ki temeljijo na splošni statistiki in demografskih trendih, navsezadnje boljše za vse nas, čeprav posamezna intervencija ne bo koristila nekaterim od nas. Tako naloga etike javnega zdravja ni neposredno upravičevanje vsake posamezne intervencije. Preventiva na področju alkohola je na splošno lahko obravnavano na enak način kot ekonomija trga, voznja po eni strani ceste ali ostale širše konvencije, ki vključujejo prisilno dejavnost, toda vseeno dovoljujejo posameznikom dostop do večjih koristi (znotraj prednastavljenih parametrov). Obstoj teh konvencij je v osnovi boljši kot njihovo pomanjkanje, če jih pravilno urejamo in reguliramo. V skladu s tem, posamezne intervencije utemeljujejo svoj obstoj na podlagi načela "splošne koristi", ali pa na njem gradijo. Ta argument je zelo privlačen, posebej kot način utemeljevanja ukrepov okoljske preventive na področju alkohola.

Končno pa poudarek na splošni koristi sam po sebi ne zadostuje kot utemeljitev za preventivo na področju alkohola, saj ne zagotavlja osnove za postavitev parametrov delovanja preventivne alkoholne politike. Samo abstinenca bi lahko zagotovila popolno omejitev škode. Vseeno pa bo neodvisno od pravnega statusa alkohola, njegove popularnosti in pomanjkanja javne podpore za prohibicijo, ostalo predmet razprave vprašanje do kolikšne mere morajo pivci upoštevati vladne omejitve in na kateri točki državna dolžnost, da zaščiti pravice ne-pivcev, nadomesti pivčevo pravico do svobode.

B. Kolektivno ukrepanje in učinkovitost

Podoben argument se nahaja v predpostavki, da je zdravje javno dobro, ki ga lahko dosežemo le s kolektivnim ukrepanjem. To pa zahteva pravila za koordinirano dejavnost in skoraj univerzalno sodelovanje. Tako upravičenje konceptualizira preventivo rabo alkohola kot koordinacijo ali skupno učinkovit problem, ki, da bi bil urejen, zahteva sodelovanje

skoraj vseh. Koristi pristopa "zdravje za vse" lahko pridobimo le, če sodelujejo čisto vsi in pripsevajo svoj delež.¹

Varovalni ukrepi, ki vplivajo na obširno populacijo, so banalni tako v kontekstu javnega zdravja in drugod, npr. pri zaščiti potrošnikov. Zunaj področja alkoholne politike pogosto utemeljujejo edini izvedljivi ali sprejemljivo uspešen način za dosego celotne populacije, kar pa včasih ne dopušča veliko prostora za ne-sodelovanje.²

Argumenti, ki zagovarjajo kolektivno uspešnost, trdijo, da je naš svet preveč kompleksen, da bi kontinuirano sprejemali neodvisne in zavedne odločitve glede potrošnje. Količina odločitev, ki jih mora potrošnik sprejeti, in globina razumevanja, ki je potrebna za oceno njihovih zdravstvenih učinkov, je lahko prevelika. Ta položaj omogoča utemeljitev za prekinitve nadzora tveganj, ki jih uživanje potrošnikov povzroča državnim akterjem, ki so opremljeni s strokovnim znanjem v zdravstvu, kar je analogno vlogi, ki jo organi pregona igrajo na področju javnega varstva.

V smislu argumenta "splošne koristi" oblikovanje preventive na področju alkohola v obliki koordinacijske ali skupne uspešnosti ne nudi natančnih parametrov glede obsega preventive. Določitev posameznih okoliščin, ki omogočajo preventivne ukrepe alkoholne politike, in izbira najprimernejših orodij za preventivo na področju alkohola sta nalogi, ki zajemata izrazito etično dimenzijo.

Pri univerzalni preventivi na področju alkohola je problem posebej akuten. Poslabša se vsakič, ko se člani ogrožene populacije izjemno razlikujejo v smislu njihovih osebnostnih parametrov, kot so zdravstvena pismenost, samo-uspešnost ali ogrožajoče vedenje. Ker že po definiciji

¹ Citing Bruun, Sulkunen (1997) holds that "the truly modern universalistic principle of prevention came with the theory of total consumption" because this approach to alcohol control focusses on per capita consumption rather than on individuals, specific risk groups or certain drinking practices. Involving policy measures aimed at reducing the availability of alcohol, including price policy, opening hours, restrictions on the number of sales outlets and on advertising. Underlying this strategy, according to Sulkunen (1997) and emblematic of "welfare state thinking" in this period, is the principle that "moderate drinkers should sacrifice some of their pleasure and comfort to show solidarity with those more at risk". The author claims that later justifications of such policy measures with appeals to the "public good" were fully cognizant of the potential violations to individual freedom.

² Prominent examples are water fluoridation or following treatment protocol in TB infection.

univerzalna preventiva na področju alkohola naslavlja celotno populacijo, je malo verjetno, da bi v celoti upoštevala raznolikost potreb in kompetenc. V najslabšem primeru se lahko zgrešena povezava med specifičnimi potrebami ranljive pod-populacije in intervencijo, ki naslavlja splošno javnost, kaže v neenakomerni porazdelitvi koristi in bremen, kar je v nasprotju z namenom doseganja zdravja kot javno dobro.

Nekatere trditve, ki podpirajo argumente za skupno uspešnost, se nanašajo na splošne kognitivne omejitve in omejeno racionaliziranje človeškega sprejemanja odločitev. S tega stališča politična moč korporativnih interesov in prakse, ki se uporabljajo za manipulacijo in izkoriščanje potrošniških kognitivnih slabosti vplivajo na zdravstvene interese med splošno populacijo in niso omejene samo na ranljive podskupine. Takšne trditve so posebej resnične glede otrok in mladostnikov. Mladi, ki predstavljajo pod-vzorec splošne populacije, ki je na prvi pogled ranljiva, tipično predstavljajo ciljno skupino univerzalne preventive na področju alkohola.

C. Načelo škode

Načelo škode je "morda temeljno načelo za etiko javnega zdravja v demokratičnih družbah" (Upshur, 2003) in verjetno najmanj kontroveržno upravičevanje za intervencije javnega zdravja. Njegova osnova je bila zastavljena v eseju "O svobodi" (John Stuart Mill). "Edini namen, zaradi katerega je lahko moč pravično uveljavljena nad katerim koli članom civilizirane skupnosti, proti njegovi volji, je ta, da se prepreči škoda drugim. Njegovo dobro, fizično ali moralno, ni zadostna garancija." (Mill, 1959).

Načelo škode je moralna osnova za nadzor nalezljivih bolezni s pomočjo karantene, izolacije in obveznega zdravljenja. Načelo trdi, da lahko državni organi uporabijo take prisilne ukrepe kot zadnjo možnost, v primeru, da so bile ostali omejitveni ukrepi neuspešni. Ta argument je bil zapisan v delu *Siracusa Principles*, ki določa dejstvo, da omejitve človeških pravic izpolnijo standarde zakonitosti, nujnosti na podlagi dokazov, sorazmernosti in postopnosti dejanj. Manj omejitveni ukrepi, kot je izobraževanje, izvajanje in debatiranje morajo biti uporabljene pred prisilnimi ukrepi s prepovedjo, predpisi in odvzemom svobode (Upshur, 2003).

Primer pomembnosti načela škode v liberalnih demokratičnih ureditvah je prepričevanje javnosti o škodljivih vplivih "pasivnega kajenja" za upravičenje prepovedi kajenja na javnih prostorih (Faden and Shebaya, 2015). Zaradi njihove široke prepričljivosti, so bili pozivi o povzročeni škodi uporabljeni tudi v manj očitnih primerih (npr. "pasivno kajenje" za utemeljevanje preventive zlorabe alkohola).

Načelo škode je interpretirano tako, da vsebuje kredibilno grožnjo pomembnih ekonomskih in fizičnih oškodovanj za druge (npr. Alkoholna politika: zahteva o finančni preobremenjenosti sistema zdravstvene oskrbe in neposredni stroški, kot sta absentizem in prezentizem). Načelo škode pa ne navaja, ali fizična škoda povzročena drugim odtehta gospodarsko škodo ali, bolj splošno, kako naj razumemo škodo.

Ne glede na to, kako omejujoča ali obsežna je interpretacija načela škode v tem smislu, ni zadostna za upravičevanje pri vseh namenih alkoholne politike.

V zadnjem času so se pojavili dvomi o tem, ali so posamezniki sposobni določanja, kaj je najboljša za njih (Conly, 2014; Sunstein, 2013), kar upravičuje vladna dejanja, ki niso prisilna, pod krinko ponujanja "spodbud" pri sprejemanju odločitev.

D. Paternalizem

Nedvomno najbolj kontroverzen koncept etike javnega zdravja je paternalistični vidik, ki ščiti ali oglašuje, da dobrobit osebe upravičuje vmešavanje v njihovo svobodo dejanj.

Klasična paternalistična mnenja, ki niso posredovana, so redko uporabljena kot taka ali primarno kot upravičevanje politike javnega zdravja, čeprav imajo intervencije pogosto paternalistične učinke. "Blažje" oblike paternalizma, kot je "mehki" ali "šibki" paternalizem ali "svobodnjaški paternalizem" so veliko bolj pogoste. Zadnja dva izraza sta splošno uporabljena kot sopomenka. Navezujeta se na določeno stopnjo vmešavanja v odločitve posameznika glede na prostovoljnost ali avtonomijo. In sicer pod pogoji, ki občutno ogrožajo avtonomijo posameznika ali prostovoljnost dejanj, kot je kognitivna nezmožnost ali nezrelost, v omenjeni primerih, nevednost ali napačna verovanja; mehki

paternalizem trdi, da izražena ali neizražena naklonjenost nima pravice preudarnega spoštovanja. Včasih to vključuje tudi prilagodljive naklonjenosti, tj. ko posameznik prilagodi svoje naklonjenosti, da bi se prilagodil težkim, nepravičnim ali nezaželenim okoliščinam, ker so bili podloženi vmešavanju.

Enostavno rečeno, je razlika med nežnim in močnim paternalizmom ta, da mora za utemeljitev vmešavanja v posameznikov izbor biti odločitev ali želja v osnovi ogrožena, ne samo enostavno napačna ali nevedna. Ta razlika je pomembna saj odraža razliko v pristopu ali odnosu. Pri močnem paternalizmu vmešavanje temelji na vsebini želje, ki kaže na to, da nekaj najverjetneje ni v interesu posameznika, medtem ko pri nežnem paternalizmu vmešavanje ni utemeljeno razen, če obstajajo pomembni posegi v pogoje (npr. omejevanje možnosti mladostnikov, da bi izpolnili svoje želje po alkoholu).

V zadnjem času so "spodbude" (ang. nudge) pridobile na priljubljenosti v politiki javnega zdravja in liberalnih vladah (ZDA, Združeno kraljestvo, Nemčija, Singapur). Pod oznako "intervencije v arhitekturi izbire", so "spodbude" v središču svobodnjaškega paternalizma. Ta pod-kategorija paternalizma zagovarja intervencije načrtovalcev (kot so organi javnega zdravja) v okoljski arhitekturi, v kateri se ljudje odločijo in delujejo tako, da jim je enostavneje ukrepati v skladu z njihovimi lastnimi interesi (vključno z njihovim zdravjem). Svobodnjaški paternalizem upravičuje take intervencije, če izpolnjujejo dva pogoja: manipulacija mora biti v korist posameznika, v njihovih očeh, ne proti njihovi volji, in intervencije morajo biti oblikovane na način, da še vedno dopuščajo posameznikom, da uveljavljajo svojo svobodno voljo na načine, ki ne nasprotujejo njihovi dobrobiti, torej "ohranjanje svobode".

Teorija "spodbud" in svobodnjaški paternalizem temeljita na kognitivni psihologiji v konceptih zadržane racionalnosti in šibkosti volje.

E. Integracija etike javnega zdravja v sistematične okvirje

Pred kratkim so etiki javnega zdravja predlagali okvirje za vključevanje etike javnega zdravja (Andermann, Pang, Newton, Davis, & Panisset, 2016; Lee, Wright, & Semaan,

2013; Marckmann, Schmidt, Sofaer, & Strech, 2015; Petrini, 2010; ten Have, de Beaufort, Mackenbach, & van der Heide, 2010). Marckmann in dr. (2015) trdijo, da morajo taki okvirji izpolnjevati dva temeljna pogoja:

Okvirji morajo temeljiti na jasnih etičnih razlogih (osnovna etična teorija ali vsaj jasno razločen etični pristop).

Vključevati mora metodološki pristop, ki se nanaša na splošna normativna upoštevanja (npr. etične norme, vrednote in načela) ter razpoložljive empirične dokaze, ki zagotovijo intervencije, programe ali politike.

S spoznanjem, da obstaja "pereči spor, o katerem ima etična teorija prav", Marckmann idr. (2015) predlagajo koherentistični model uveljavljanja, ki lahko premaga raznolikost normativnih orientacij v pluralističnih družbah. Namesto, da bi temeljil na enem samem moralnem načelu, kot klasične etične teorije, koherentizem gradi moralni okvir, ki temelji na "premišljenih utemeljitvah" iz vsakodnevnega življenja, ki so specifične, preverjene in pregledane. Cilj je dosega "reflektivnega ravnovesja" premislekov o posameznih primerih. Te prima facie predpostavke sestavljajo prima facie splošne moralne norme³, ki jih je potrebno upoštevati, razen če se konflikt razvije v etične norme višjega reda. V skladu z Marckmann-om idr. (2015) ima koherentistični model prednost iskanja konsenza na stopnji prima facie zavezujočih načel srednje stopnje ter spreminjanja kontroverznosti v transparentno, saj jo je možno analizirati kot konflikte načel z različnimi vrednostmi.

Marckmann in dr. (2015) so razvili naslednja normativna merila, pogoje za pošten postopek in metodološki proces pri etični praksi javnega zdravja.

³ Primer takšnih "premišljenih utemeljitev" so načela koristi, neškodljivosti, spoštovanja avtonomnosti in pravičnosti v biomedicini.

**PREGLEDNICA 60: BISTVENA NORMATIVNA MERILA ZA ETIČNO
ANALIZO V JAVNEM ZDRAVJU (MARCKMANN IN DR., 2015)**

Normativna merila

1 Pričakovane zdravstvene koristi za ciljno prebivalstvo:

Nabor pričakovanih učinkov (končne točke);

Obseg in verjetnost vsakega učinka;

Jakost dokazov za posamezni učinek;

Pomembnost učinkov javnega zdravja (praktični del);

Postopne koristi v primerjavi z alternativnimi intervencijami.

2 Potencialna škoda in breme:

Nabor potencialnih negativnih učinkov (končne točke);

Obseg in verjetnost vsakega negativnega učinka;

Jakost dokazov za posamezni negativni učinek;

Pomembnost negativnih učinkov javnega zdravja (praktični del);

Bremena in škoda v primerjavi z alternativnimi intervencijami.

3 Vpliv na avtonomijo:

Okrepitev zdravja (npr. izboljšana zdravstvena pismenost);

Spoštovanje do avtonomne odločitve posameznika (npr. možnost informiranega soglasja, čimbolj neomejena sredstva);

Varstvo zasebnosti in zaupnosti (npr. varstvo podatkov).

4 Vpliv na enakost:

Dostop do intervencij javnega zdravja;

Diseminacija koristi intervencij, bremen in tveganj;

Vpliv na zdravstvena neskladja;

Potreba po kompenzaciji?

5 Pričakovana učinkovitost:

Razmerje med primarno stroškovno koristjo in stroškovno učinkovitostjo;

Moč dokazov za pričakovano učinkovitost.

PREGLEDNICA 61: POGOJI ZA PRAVIČEN PROCES ODLOČANJA (MARCKMANN IN DR., 2015)

Pogoji za pravičen proces odločanja

1	Transparentnost	Proces sprejemanja odločitev, ki vključuje podatkovno bazo in osnovna normativna predvidevanja, mora biti transparenten in javen.
2	Doslednost	Uporaba enakih načel, kriterijev in predpisov na področjih različnih zdravstvenih intervencij → enak odnos do različnega prebivalstva.
3	Zagovor	Odločitve morajo temeljiti na pomembnih razlogih, tj. temeljiti na normativnih kriterijih za etiko javnega zdravja (glej Preglednica 60).
4	Sodelovanje	Prebivalstvo znotraj intervencije javnega zdravja naj sodeluje pri sprejemanju odločitve o izvajanju.
5	Upravljanje s konflikti interesov	Odločitve s področja intervencij javnega zdravja mora biti organizirane na način, ki zmanjša kakršne koli že obstoječe ali upravljanje preostalih konfliktov interesa oblikovalcem odločitev.
6	Odprtost za spremembe	Izvajanje intervencij javnega zdravja morajo biti odprte za revizijo (npr. v primeru sprememb v osnovnih podatkih ali so zanemarjeni določeni vidiki).
7	Zakonska podlaga	Prostovoljni ali zakoniti predpisi morajo zagotavljati, da so izpolnjeni ti pogoji za pravično odločitev.

**PREGLEDNICA 62: METODOLOŠKI PRISTOP ZA VKLJUČEVANJE ETIKE
JAVNEGA ZDRAVJA V PRAKSO (MARCKMANN IN DR., 2015)**

Korak	Naloga
1 Opis	Opišite cilje, metode, ciljno prebivalstvo itn. javnozdravstvene intervencije.
2 Specifikacija	Določite ali dodajte (če je to potrebno) pet normativnih kriterijev za javnozdravstveno intervencijo.
3 Evalvacija	Ovrednotite intervencijo javnega zdravja glede na vsakega od petih normativnih kriterijev (glej Preglednica 61).
4 Sinteza	Uravnotežite in vključite vseh 5 posameznih vrednotenj 3. koraka, da ustvarite splošno ovrednotenje intervencije javnega zdravja.
5 Priporočilo	Razvijte priporočila za obliko, izvajanje ali prilagoditve intervencije javnega zdravja.
6 Nadzor	Nadzorujte in ponovno ocenite etične posledice v rednih časovnih intervalih.

Viri

- Andermann, A., Pang, T., Newton, J. N., Davis, A., & Panisset, U. (2016). Evidence for Health III: Making evidence-informed decisions that integrate values and context. *Health research policy and systems / BioMed Central*, 14, 16-016-0085-4. doi:10.1186/s12961-016-0085-4 [doi].
- Brune, M. (2007). On human self-domestication, psychiatry, and eugenics. *Philosophy, ethics, and humanities in medicine: PEHM*, 2, 21. doi:1747-5341-2-21 [pii].
- Buchanan, D. R. (2008). Autonomy, paternalism, and justice: ethical priorities in public health. *American Journal of Public Health*, 98(1), 15-21. doi: AJPH.2007.110361 [pii].
- Carter, S. M., Kerridge, I., Sainsbury, P., & Letts, J. K. (2012). Public health ethics: informing better public health practice. *New South Wales public health bulletin*, 23(5-6), 101-106. doi:10.1071/NB12066 [doi].
- Childress, J. F., Faden, R. R., Gaare, R. D., Gostin, L. O., Kahn, J., Bonnie, R. J., in dr. (2002). Public health ethics: mapping the terrain. *The Journal of law, medicine & ethics: a journal of the American Society of Law, Medicine & Ethics*, 30(2), 170-178.
- Conly, S. (2014). Against autonomy: justifying coercive paternalism. *Journal of medical ethics*, 40(5), 349-2013-101444. Epub 2013 12. dec. doi:10.1136/medethics-2013-101444 [doi].
- Crawford, R. (1977). You are dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming. *International journal of health services: planning, administration, evaluation*, 7(4), 663-680.
- Faden, R., & Shebaya, S. (2015). *Public Health Ethics, The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Spring 2015 Edition)*, Edward N. Zalta (ed.). Pridobljeno (7. 12. 2015) <http://plato.stanford.edu/archives/spr2015/entries/publichealth-ethics/>.

9. Faden, R. R. (1987). Ethical issues in government sponsored public health campaigns. *Health education quarterly*, 14(1), 27–37.
10. Greco, D., & Petrini, C. (2004). Ethical issues in public health. [Alcuni aspetti di etica in sanita pubblica] *Annali dell'Istituto Superiore di Sanita*, 40(3), 363–371.
11. Hepple, B., & Nuffield Council on Bioethics. (2007). *Public health: ethical issues*. London: Nuffield Council on Bioethics. Pridobljeno http://www.nuffieldbioethics.org/fileLibrary/pdf/Public_health_ethical_issues.pdf; <http://www.loc.gov/catdir/toc/fy0803/2008353299.html>.
12. Hollands, G. J., Shemilt, I., Marteau, T. M., Jebb, S. A., Kelly, M. P., Nakamura, R., in dr. (2013). Altering micro-environments to change population health behaviour: towards an evidence base for choice architecture interventions. *BMC public health*, 13, 1218–2458–13–1218. doi:10.1186/1471-2458-13-1218 [doi].
13. Jones, B. C. (1963). Prohibition and eugenics, 1920–1933. *Journal of the history of medicine and allied sciences*, 18, 158–172.
14. Kevles, D. J. (1999). Eugenics and human rights. *BMJ (Clinical research ed.)*, 319(7207), 435–438.
15. Lee, L. M. (2012). Public health ethics theory: review and path to convergence. *The Journal of law, medicine & ethics: a journal of the American Society of Law, Medicine & Ethics*, 40(1), 85–98. doi:10.1111/j.1748-720X.2012.00648.x [doi].
16. Lee, L. M., Wright, B., & Semaan, S. (2013). Expected ethical competencies of public health professionals and graduate curricula in accredited schools of public health in North America. *American Journal of Public Health*, 103(5), 938–942. doi:10.2105/AJPH.2012.300680 [doi].
17. Maeckelberghe, E. L., & Schroder-Back, P. (2007). Public health ethics in Europe--let ethicists enter the public health debate. *European journal of public health*, 17(6), 542. doi:ckmo87 [pii].
18. Marckmann, G., Schmidt, H., Sofaer, N., & Strech, D. (2015). Putting public health ethics into practice: a systematic framework. *Frontiers in public health*, 3, 23. doi:10.3389/fpubh.2015.00023 [doi].
19. McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health education quarterly*, 15(4), 351–377.
20. Mill, J. S. (1859). *On liberty* (2. ed.). London: Parker.
21. Petrini, C. (2010). Theoretical models and operational frameworks in public health ethics. *International journal of environmental research and public health*, 7(1), 189–202. doi:10.3390/ijerph7010189 [doi].
22. Saghai, Y. (2013). The concept of nudge and its moral significance: a reply to Ashcroft, Bovens, Dworkin, Welch and Wertheimer. *Journal of medical ethics*, 39(8), 499–501. doi:10.1136/medethics-2012-101112 [doi].
23. Saghai, Y. (2013). Salvaging the concept of nudge. *Journal of medical ethics*, 39(8), 487–493. doi:10.1136/medethics-2012-100727 [doi].
24. Sindall, C. (2002). Does health promotion need a code of ethics? *Health promotion international*, 17(3), 201–203.
25. Sulkunen, P. (1997). Ethics of alcohol policy in a saturated society. *Addiction (Abingdon, England)*, 92(9), 1117–1122.
26. Sunstein, C. R. (2013). The Storrs Lectures: Behavioral Economics and Paternalism. *Yale Law Journal*, 122(7), 1826–1899. Pridobljeno <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a2h&AN=88014480&site=e-host-live>.
27. ten Have, M., de Beaufort, I. D., Mackenbach, J. P., & van der Heide, A. (2010). An overview of ethical frameworks in public health: can they be supportive in the evaluation of programs to prevent overweight? *BMC public health*, 10, 638–2458–10–638. doi:10.1186/1471-2458-10-638 [doi].
28. Thomas, J. C., Sage, M., Dillenberg, J., & Guillory, V. J. (2002). A code of ethics for public health. *American Journal of Public Health*, 92(7), 1057–1059.
29. Todrys, K. W., Howe, E., & Amon, J. J. (2013). Failing Siracusa: governments' obligations to find the least restrictive options for tuberculosis control. *Public health action*, 3(1), 7–10. doi:10.5588/pha.12.0094 [doi].

30. Ubel, P. A. (1999). How sPreglednica are people's preferences for giving priority to severely ill patients? *Social science & medicine* (1982), 49(7), 895–903. doi:So277953699001744 [pii].
31. UN Commission on Human Rights. *The Siracusa Principles on the Limitation and Derogation Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights*, 28 September 1984, E/CN.4/1985/4. Pridobljeno (15. 11. 2015) <http://www.refworld.org/docid/4672bc122.html>.
32. Upshur, R. E. (2002). Principles for the justification of public health intervention. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique*, 93(2), 101–103.
33. Weed, D. L. (2004). Precaution, prevention, and public health ethics. *The Journal of medicine and philosophy*, 29(3), 313–332. doi:3YLABQ96PJCQ9VB7 [pii].
34. Wehkamp, K. H. (2008). Public health ethics. Necessity and discourse in Germany. [Public–Health–Ethik. Bedarf und Diskurs in Deutschland] *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 51(2), 119–126. doi:10.1007/s00103-008-0440-x [doi].

PRILOGA 6: PRIMERI NAČEL IN STANDARDOV V RAZVOJU PREVENTIVNIH INTERVENCIJ

PREGLEDNICA 63: OPIS NAČEL

Opis načel

1. RAZVOJNA USMERITEV

To načelo vključuje različice v pojavih tveganja, promotivnih in zaščitnih dejavnikov v življenjskem obdobju; dosežke razvojnih dejavnosti in časovno opredelitev ter pojav motenj. Nadalje je treba upoštevati tudi razvojni kontekst in časovno opredelitev intervencij. Te sekundarne domneve skupaj usmerjajo k nujni, da se upošteva časovna opredelitev, kontekst in vsebina intervencij, kot je preventivno presajanje in ovrednotenje prepoznanih populacij za cilj intervencije (univerzalna, izbrana in nakazana).

2. TRANSAKCIJSKO IN EKOLOŠKO

Posameznik, družina, šolsko okolje, skupnost in širše sociološko in politično ter fizično okolje so odvisni drug od drugega ter jih lahko najbolje razumemo in na njih vplivamo s pristopi, ki upoštevajo transakcijske procese na več ravneh. Te lahko segajo od interakcij med genetskimi in ostalimi biološkimi procesi do dinamik družbenega razmerja znotraj konteksta okoljskih dejavnikov. Znotraj teh splošnih okvirjev črpa preventivna znanost širok nabor teorij, ki razlagajo dinamiko človeškega razvoja in vedenja.

3. ČLOVEŠKA MOTIVACIJA IN PROCESI SPREMEMB

Zasnova učinkovitih intervencij, ki iščejo spremembe pri posameznikih in okoljih morajo upoštevati tudi vlogo človeške motivacije, namena in samoučinkovitosti kot tudi razumevanje mehanizmov tveganja, promocije in zaščite.

4. CIKEL RAZISKOVALNIH AKTIVNOSTI

Preventivna znanost obravnava progresivne korake, ki vključujejo (1) izvajanje raziskav za razumevanje vzorčnih spremenljivk problema in pozitivnih razvojnih izidov ter razumevanje epidemiologije in naravne zgodovine problema; (2) razvijanje intervencij, ki motivirajo spremembe pri posameznikih in v okoljih, ki temeljijo na teorijah človeškega vedenja in našega razumevanja ali mehanizmov za vedenjske spremembe; (3) testiranje učinkovitosti teh preventivnih intervencij; in (4) testiranje učinkovitosti uspešnih intervencij v resničnih življenjskih pogojih. Diseminacija raziskovalnih dognanj je odgovornost preventivnih raziskovalcev. Ti koraki so izredno pomembni za vnaprej predvideno znanje in zagotavljanje kakovosti dostave celostne preventive.

5. SKUPINSKI PRISTOP

Za obravnavanje kompleksnosti težav pri preventivni znanosti so potrebne transdisciplinarne skupine z naborom strokovnih znanj in izkušenj. Te vključujejo razumevanje etiologije nabora težavnih vedenj; razvoj intervencij in strokovno prakso; znanje o oblikovanju raziskave, vzorčenje in zbiranje podatkov ter analiziranje; kot tudi razumevanje intervencije in izvedbo politike ter analize.

6. ETIČNE PRAKSE

- Dobrodelnost in izogibanje zlorabi položaja: namen preventivnih raziskovalcev je koristiti ranljivim populacijam in se izogibati povzročanju škode.
 - Zvestoba in odgovornost: preventivni raziskovalci vzpostavljajo odnose zaupnosti s ciljno populacijo, okoljem in širšim družbenim kontekstom.
 - Integriteta: preventivni raziskovalci oglašujejo natančnost, poštenost in iskrenost v znanosti, usposabljanjih in praksi preventivne znanosti.
 - Pravičnost: preventivni raziskovalci prepoznajo, da poštenost in pravičnost pomeni, da imajo vsi ljudje pravico do prispevkov preventivne znanosti. Preventivni raziskovalci prav tako zagotavljajo, da so vsi ljudje obravnavani nepristransko in jim je nudena kakovostna storitev v okvirjih izvajanja raziskav.
 - Spoštovanje človeških pravic in dostojanstva: preventivni raziskovalci spoštujejo dostojanstvo in pomen vseh ljudi ter pravic posameznika to zasebnosti, zaupnosti in samoodločbe.
-

7. RAZVOJNA EPIDEMIOLOGIJA CILJNE POPULACIJE

Priznavanje heterogenosti: znatna heterogenost in etiologija ter rezultati znotraj in v populaciji so zelo mogoče pri številnih težava in pogojih, ki so središče preventivne znanosti. Heterogenost je neločljiv del epidemiologije teh težav in pogojev, zato je izredno pomembno, da razumemo različice tveganja v procesih in mehanizmih, ki se odražajo v obliki intervencije.

8. NEPREKINJEN TOK POVRATNIH INFORMACIJ MED TEORETIČNIMI IN EMPIRIČNIMI PREISKAVAMI

Teorija išče načine za obrazložitev mehanizmov za vedenjske rezultate, do katerih pridemo z empiričnimi epidemiološkimi preiskavami ali ocenjevanjem preventivnih intervencij. Teorija prav tako poganja razvoj preventivnih intervencij, ki jih izvajamo in ovrednotimo za učinkovitost in uspešnost. Preiskava učinkov intervencije, predvsem s pregledom, če imajo posredniki hipotez učinek intervencije, nazaj pa pridobimo prilagoditev teorije, etiološkega procesa in same intervencije. Izvajalci prepoznavajo potrebe svoje populacije in konteksta ter razvijajo logični model za naslavljanje teh potreb. Intervencije na podlagi dokazov so nato lahko izbrane za naslavljanje določenih potreb glede na konceptualizacijo problema. Za doseganje vizije o preventivni znanosti za izboljšanje javnega zdravja morajo znanstveniki in izvajalci preventive v skupnosti sodelovati in uporabiti svoje skupne sposobnosti in določena strokovna znanja in izkušnje. Raziskava mora informirati s strani prakse, kot mora praksa informirati s strani preiskave. Jasno je, da prehod prakse v politiko zahteva partnerstvo med raziskovalci in izvajalci.

9. IZBOLJŠANJE JAVNEGA ZDRAVJA

Za doseganje vizije o preventivni znanosti za izboljšanje javnega zdravja morajo znanstveniki in izvajalci preventive v skupnosti sodelovati in uporabiti svoje skupne sposobnosti in določena strokovna znanja. Znanost, praksa in politika morajo biti skupno informirani s strani raziskav v kontroliranih in naravnih okoljih.

10. DRUŽBENA PRAVIČNOST

Družbena pravičnost je povezana z gibanjem za varstvo človeških pravic ter gibanjem zdravja kot pravice. Družbena pravičnost je etična in moralna obveza za razumevanje zakaj določene populacijske podskupine nosijo neproporcionalno breme bolezni, manj zmožnosti in smrti in za oblikovanje in implementacijo preventivnih intervencij in sistemov ter političnih sprememb za naslavljanje temeljnih vzrokov neenakosti.

11. STRATEGIJE ZA ZAGOTAVLJANJE TRAJNOSTNI PREVENTIVNIH INTERVENCIJ

- Vzpostavljajte kapacitete skupnosti in organizacije za upravljanje, zagovarjanje, zbiranje sredstev ter usposabljanje.
 - Vpeljava enostavnih, uporabnikom prijaznih gradiv in orodij.
 - Vključevanje članov skupnosti na vsakem koraku raziskovalnega cikla intervencije.
 - Razvijanje, izvajanje in uveljavljanje mehanizmov za povrnitev stroškov.
 - Razvijanje, izvajanje in uveljavljanje kvalitetnih zagotovil in samoocenjevalnih orodij.
 - Uporaba že obstoječih struktur.
 - Razvijanje vodij intervencij in "prvakov".
 - Spodbujanje učenja med skupnostmi.
-

Society for Prevention Research. *Standards of Knowledge for the Science of Prevention*. June 2011.

Pridobljeno: <http://www.preventionresearch.org>.

**PREGLEDNICA 64: FAZE IN SESTAVNI DELI PROJEKTA ZNOTRAJ KAKOVOSTNIH
STANDARDOV EVROPSKEGA PROGRAMA ZA PREVENTIVO NA PODROČJU DROG**

Medsektorski vidiki

- A. Trajnost in financiranje
- B. Komunikacija in vključenost deležnikov
- C. Razvoj osebja
- D. Etična preventiva na področju drog
- 1. Ocena potreb
- 1.1 Poznavanje politik in zakonodaje na področju drog
- 1.2 Ocenjevanje rabe drog in potreb skupnosti
- 1.3 Opis potreb – upravičevanje intervencije
- 1.4 Razumevanje ciljne populacije
- 2. Ocena sredstev
- 2.1 Ocenjevanje ciljne populacije in sredstev skupnosti
- 2.2 Ocenjevanje internih kapacitet
- 3. Oblikovanje intervencije
- 3.1 Določanje ciljne populacije
- 3.2 Uporaba teoretičnega modela
- 3.3 Določanje namena in ciljev
- 3.4 Definiranje okolja
- 3.5 Sklicevanje na dokaze učinkovitosti
- 3.6 Določanje časovne razporeditve
- 4. Zasnova intervencije
- 4.1 Kakovostno in učinkovito oblikovanje zasnove
- 4.2 Izbira obstoječe intervencije
- 4.3 Prilagajanje intervencije ciljni populaciji

Medsektorski vidiki

- 4.4 Načrtovanje končne evalvacije
- 5. Vodenje in mobilizacija sredstev
- 5.1 Načrtovanje intervencije – prikaz projektnega načrta
- 5.2 Načrtovanje finančnih zahtev
- 5.3 Postavljanje ekipe
- 5.4 Pridobivanje in zadržanje udeležencev
- 5.5 Priprava gradiv
- 5.6 Oblikovanje opisa projekta
- 6. Izvedba in spremljanje
- 6.1 Izvajanje pilota
- 6.2 Izvajanje intervencije
- 6.3 Spremljanje izvajanja
- 6.4 Prilagajanje izvedbe
- 7. Končna evalvacija
- 7.1 Izvajanje evalvacije rezultatov
- 7.2 Izvajanje procesne evalvacije
- 8. Diseminacija in izboljšave
- 8.1 Odločanje o trajnosti intervencije
- 8.2 Diseminacija informacij o intervenciji
- 8.3 Priprava končnega poročila

EMCDDA Manuals. *European drug prevention quality standards. A manual for prevention professionals.* Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2011.

PREGLEDNICA 65: DEFINICIJE NAČEL UČINKOVITIH INTERVENCIJ

Načelo	Definicija
Izčrpnost	Večdelne intervencije s področja kritičnih domen (npr. družina, vrstniki, skupnost), ki vplivajo na preventivo razvoja in nadaljevanja vedenja.
Raznolike učne metode	Intervencije vključujejo raznolike učne metode, ki se osredotočajo na ozaveščanje in razumevanje težavnih vedenjskih oblik in pridobivanju ali izboljšanju sposobnosti.
Zadostna količina	Intervencije ponujajo dovolj intervencij za doseganje zelenih učinkov in obsegajo spremljanje kot obvezni vidik za vzdrževanje učinkov.
Temelji na teoriji	Intervencije so teoretično utemeljene, ki je osnovana na pravih podatkih in je podprta z empiričnimi raziskavami.
Pozitivni odnosi	Intervencije odraslim in vrstnikom omogočajo interakcijo, tako da spodbujajo močne medosebne odnose in podpirajo pozitivne rezultate.
Ustrezen čas	Intervencije se izvajajo dovolj zgodaj, da imajo vpliv na razvoj težavnega vedenja in se prilagajajo razvojnim potrebam sodelujočih.
Socio-kulturno pomembno	Intervencije so prilagojene skupnosti in kulturnim normam udeležencev ter vključujejo ciljne skupine, načrtovanje programov in izvedbo.
Evalvacija rezultatov	Intervencije imajo jasne cilje in namen ter sistematično dokumentirajo rezultate, ki so povezani s cilji.
Usposobljeno osebje	Izvajalci intervencije podpirajo intervencijo in so ustrezno usposobljeni za izvajanje.

Nation, M., Crusto, C., Wandersman, A., Kumpfer, K. L., Seybolt, D., Morrissey-Kane, E. & Davino, K. What Works in Prevention: Principles of Effective Prevention Programs. *American Psychologist*. 2003, 58(6/7), 449—456.

