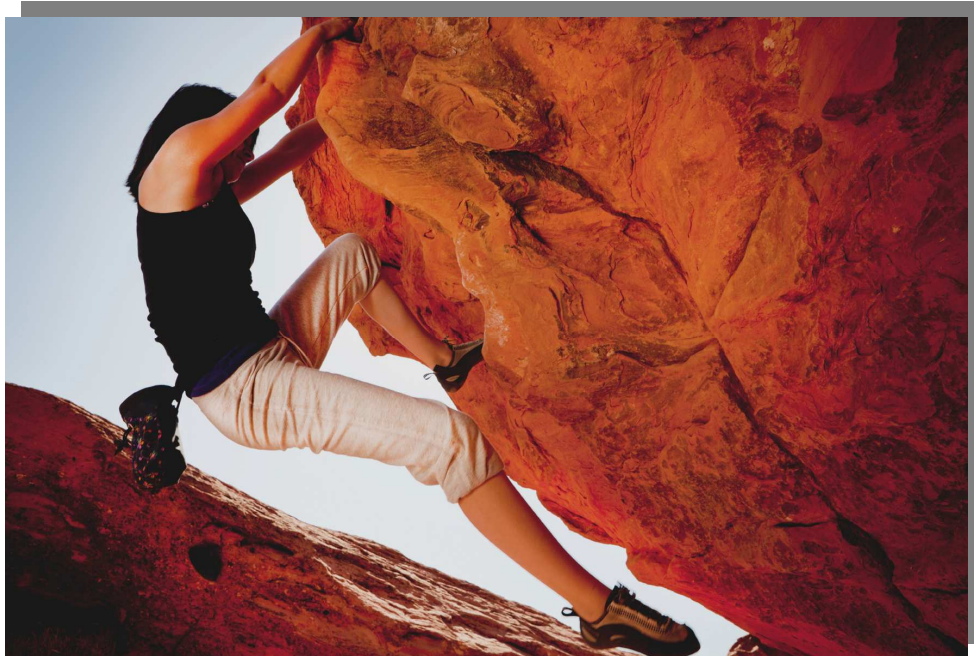




Ekstremalna wyprawa – oferta wzbogacenia terapii uzależnień od środków psychoaktywnych z wykorzystaniem sportów ekstremalnych, jako alternatywna forma rozładowania emocji wraz z ofertą aktywizacji zawodowej osób zagrożonych wykluczeniem społecznym.



Strategia wdrażania projektu innowacyjnego



I. Uzasadnienie

- o Czy uzasadnienie realizacji projektu zostało poparte wynikami analiz i badań, zrealizowanych w I etapie?
- o Czy wyniki analiz i badań, zrealizowanych w I etapie potwierdzają potrzebę realizacji projektu?

Narkomania to skomplikowany i wielopłaszczyznowy problem społeczny. Średnia wieku osób eksperymentujących ze środkami psychoaktywnymi jak wskazują badania – jest bardzo niska, pierwsze kontakty ze środkami odurzającymi przypadają między 10 a 15 rokiem życia. Przyczyny używania i nadużywania przez młodych ludzi środków psychoaktywnych są różnorodne. Mogą to być uwarunkowania genetyczne, wychowawcze, a także psychospołeczne. Osoby uzależnione w większości charakteryzują się nieprzystosowaniem społecznym, zachowaniami ucieczkowymi, ryzykownymi w sferze seksualnej, skłonnością do auto destrukcji i destrukcji w związkach oraz działań przemocowych.

Wykluczenie społeczne młodzieży ma miejsce przeważnie z powodu jej uzależnienia od środków psychoaktywnych i zachowań agresywnych. Jest to istotnym problemem społecznym w województwie Małopolskim, jak również w całym kraju. Z roku na rok wzrasta liczba osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych. Podstawą do oceny problemów narkotykowych w Małopolsce są badania społeczne przeprowadzone w kwietniu i maju 2005 roku na zlecenie Pełnomocnika Zarządu Województwa Małopolskiego ds. Profilaktyki i Przeciwdziałania Uzależnieniom. W ramach projektu badawczego przeprowadzono również szacowanie liczby osób uzależnionych od narkotyków, co pozwoliło na określenie liczebności tej grupy na 3-5 tysięcy.

Z blisko **4 000 do 5 000** osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych w Małopolsce, jedynie 2 056 podjęło leczenie (dane z 2007 r.¹) Jak podaje Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, liczba narkomanów w Polsce szacowana jest między **30 000 a 70 000** jedynie **9 705 osób** podjęło się leczenie stacjonarnego². Zakłada się, że jedynie ok. 20% osób uzależnionych od środków psychoaktywnych trafia do profesjonalnych placówek. Sytuacja ta ma bardzo wiele różnych przyczyn. Główne to lęk przed ujawnieniem problemu uzależnienia, brak zaufania do instytucji pomocowych, zabezpieczony komfort „ćpania” dzięki opiece osób współuzależnionych.

¹ Raport województwa małopolskiego dotyczący zjawiska narkomanii 2008 r.

² ibidem



Placówki leczenia uzależnienia od środków psychoaktywnych:

Formy leczenia stosowane obecnie:

- 1.) Terapia w ośrodku stacjonarnym trwająca od kilku do kilkunastu miesięcy, odizolowanie się od dotychczasowego życia, środowiska, bliskich i znajomych i wraz z innymi uzależnionymi tworzy społeczność (wspólnotę terapeutyczną) w której pacjent przechodzi głęboki proces terapeutyczny. W Polsce działa 85 stacjonarnych ośrodków rehabilitacyjnych, według ostatnich aktualnych danych z 2007 leczyło się 15 125 osób. (dane KPBN z 2009 r.) W Krakowie placówką reprezentującą taką formę pomocy jest NZOZ Monar Ośrodek Rehabilitacyjno – Readaptacyjny.
- 2.) Terapia ambulatoryjna może przebiegać w różnych formach: stały i systematyczny kontakt z terapeutą w zakresie uzależnienia, grupowe cykliczne spotkania terapeutyczne (terapia grupowa).
- 3.) Detoksykacja leczenie objawów abstynencyjnych, zasadniczo jest to leczenie farmakologiczne. Detoksykacja jest często pierwszą próbą walki z nałogiem.
- 4.) Post-rehabilitacyjna – podtrzymująca, zwykle ma miejsce po odbytej terapii w placówce stacjonarnej lub grupie terapeutycznej, dostępna jest w formie hotelu i mieszkań readaptacyjnych nadzorowanych i wspieranych przez specjalistów terapii uzależnień

Techniki stosowane obecnie w leczeniu uzależnień:

- 1.) Społeczność terapeutyczna grupa około 30 – 40 osób nakierowana na tworzenie i przeżywanie interakcji w procesie grupowym przez członków społeczności.
- 2.) Grupy terapeutyczne około 10 -12 osób, nakierowana na rozwiązywanie określonego typu problemów, np. wzmacnianie motywacji do zmiany stylu życia, przepracowanie traumatycznych doświadczeń przemocy w dzieciństwie i młodości, redukcja destrukcji spowodowanej uzależnieniem, nauka sposobów radzenia sobie z sytuacją nawrotu choroby.
- 3.) Terapeutyczne zajęcia kreatywne: hipoterapia, muzykoterapia, art.-terapia, obozy terapeutyczne, psychodrama – pomagają odkryć pasje, obszary kreatywności wzmacniające samoocenę i pozwalające na samorealizację na trzeźwo.
- 4.) Terapia indywidualna maksymalnie obniża poziom lęku przed otwartością, pozwala na dotarcie do najbardziej skrywanych obszarów wymagających interioryzacji.
- 5.) *Uzupełniające działania diagnostyczne: badania psychiatryczne, testowanie psychologiczne.
- 6.) *Opieka medyczna: internistyczna i specjalistyczna w tym farmakoterapia.



Wyleczalność narkomanii w ośrodkach terapii długoterminowej wynosi 20-30%. Leczenie trwa od około 6 miesięcy do dwóch lat, a **koszt pobytu jednej osoby wynosi średnio 100 złotych dziennie. Jeśli pomnożymy 730 dni przez 100 zł otrzymamy rzeczywisty koszt leczenia jednej osoby uzależnionej - jest to średnio 73 000 złotych.** Biorąc pod uwagę skuteczność leczenia, koszt, jakie ponosi społeczeństwo, jest znacznie większy. Niepokojący jest również fakt, że w związku z wczesną inicjacją narkotykową, coraz młodsze osoby uzyskują diagnozę: uzależnienie.

Należy jednak mieć na uwadze taki fakt, że osoba uzależniona od narkotyków, nie leczona – produkuje znacznie więcej szkód indywidualnych i społecznych i wyższe koszty finansowe niż koszty najdroższego leczenia.

Finansowanie leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych przez Narodowy Fundusz Zdrowia

Rok	Wysokość nakładów
2004	54 017 159,78
2005	60 089 521,57
2006	62 199 614,84
2007	64 047 046,10
2008	79 121 702,12

Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia (2009)

Z Raport Krajowy 2009: Sytuacja narkotykowa w Polsce

Diagnoza problemu:

Badania przeprowadzone w I etapie realizacji projektu Ekstremalna Wyprawa, miały wymiar testowania kilkudziesięciu placówek w celu zdiagnozowania problemu. Diagnoza dotyczyła skuteczności dotychczasowych form terapii realizowanych w placówkach leczenia uzależnienia od narkotyków oraz poczucia pewności na rynku pracy. Z listy placówek dostępnej na stronie internetowej Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, wyselekcjonowano **85 placówek**, które obejmują leczeniem osoby uzależnione od narkotyków. Następnie skontaktowano się telefonicznie z placówkami z wyselekcjonowanej listy, w celu uzyskania zgody kierownika na wzięcie udziału w badaniu. Po uzyskaniu zgody został wysłany list przewodni drogą mailową. Następnie telefonicznie kontaktowano się z terapeutami zadając im pytania dotyczące, form terapeutycznych w ich jednostce jak i specyfiki leczących się pacjentów. Kolejnym etapem badania było skierowanie za pośrednictwem terapeutów ankiety do pacjentów wypełnianej on-line, celem przeprowadzenia badań ilościowych. Ostatecznie **40 placówek (tym 38 terapeutów)** przyjęło zaproszenie do współpracy, pozostałe placówki nie kwalifikowały się lub odmówiły udziału w projekcie.



Przetestowano **182 osoby uzależnione** od środków psychoaktywnych, w wieku od 18 - 28 lat, pozostające w oddziałach terapii krótko, średnio i długoterminowej w programach ambulatoryjnych, leczonych w oddziałach detoksykacyjnych oraz w placówkach stacjonarnych na terenie całego kraju. Grupa ta przy założonej losowości wyboru placówek z obszaru całej Polski, stanowi reprezentatywną próbę dla całej populacji osób uzależnionych a pozostających w trakcie leczenia i postrehabilitacji.

Prezentacja wyników badań:

W badaniu wzięło udział **71% mężczyzn** oraz **24% kobiet**, co odzwierciedla faktyczną sytuację stosunkowego rozróżnienia na płeć osób uzależnionych od środków psychoaktywnych oraz podejmujących leczenie. 5 % badanych nie ujawniło płci, co może świadczyć o potrzebie zachowania pełnej anonimowości.

Najwięcej przebadanych osób z grupy docelowej (**10,40 %**) było w wieku **28 lat**. Pomimo jasnych kryteriów ankieterzy uwzględnili także osoby poniżej 18 roku życia (1,10%) oraz powyżej 28 roku życia (12,60%).

Zdecydowana większość ankietowanych (**84%**) pozostaje w **stanie cywilnym wolnym**, co wskazują na pojawiającą się tendencję zmniejszającej się motywacji do zakładania związków wśród osób uzależnionych. Również przedział wiekowy wyjaśnia to zjawisko.

Aż **93%** ankietowanych nie przekracza **średniego wykształcenia**, w tym **44%** zadeklarowało **wykształcenie podstawowe** co świadczy o dużym zaniedbaniu w zakresie edukacji. Osobom uzależnionym trudno jest utrzymać się w roli ucznia, aktywna narkomania jest praco i czasochłonna (zdobywanie środków na narkotyki i poszukiwanie dilerów, pozostawanie pod wpływem narkotyku).

57% respondentów przyznają, że **mieszka z rodziną pochodzenia**. Wynik taki świadczy o **braku samodzielności** pełnoletnich osób uzależnionych, którzy zgodnie z zaburzonym procesem socjalizacji uzależniają bliskich od swojej choroby. Prawie połowa badanych pomimo osiągnięcia wieku zawodowego nadal pozostaje na utrzymaniu rodziny, co ponownie świadczy o niewydolności osób uzależnionych w życiu społecznym.

Dodatkowo **39%** badanych deklaruje wykonywanie pracy zawodowej i dorywczej, przy czym warto zaznaczyć, że praca dorywcza często w pojęciu osoby uzależnionej oznacza zdobywanie pieniędzy w sposób **niezgodny z prawem** (praca na czarno, kradzieże, włamania, sprzedaż narkotyków). Wśród badanych, było prawie tyle samo osób posiadających wyuczony zawód jak również tych bez wyuczonego zawodu. Co oznacza, że aż **42 %** posiada poważne **deficyty kompetencyjne i brak kwalifikacji zawodowych** niezbędnych na otwartym rynku pracy.

44% badanych przed podjęciem leczenia pracowało w zawodzie. Do najczęściej wymienianych należą: kucharz, mechanik, pracownik fizyczny, fryzjer, sprzedawca, informatyk.



Jakkolwiek bardziej istotne wydają się, że większość badanych nie wykonywała żadnego zawodu **12%** lub nie udzieliła odpowiedzi **44%** co pozwala się domyślać, że są to osoby także **bez zawodu**. Najwięcej osób bezrobotnych było bez pracy krócej niż rok. Należy się spodziewać, że w tej grupie znalazły się osoby, które podejmowały pracę nielegalnie.

Aż **70 %** osób pozostawała na **bezrobociu** dłużej niż jeden rok.

54% badanych **nie odnajdują się na aktualnym rynku pracy**, co oznacza zapotrzebowanie na programy podnoszące kwalifikacje zawodowe, kursy z doradztwa zawodowego oraz zajęcia podnoszące wiarę we własne możliwości i tym samym samoocenę jako potencjalnego pracownika. **36%** ankietowanych **wierzy we własne kompetencje zawodowe**, ale nie jest to zadowalający wynik w kontekście tej specyficznej grupy osób. Najczęstsze uzależnienie dotyczyło amfetaminy. Jest to silny środek psychostymulujący, szczególnie pożądanym u osób o przewadze cech neurotycznych, a taka jest charakterystyka współczesnego klienta z polskiej sceny narkotykowej. W tym zakresie występuje bardzo duże zróżnicowanie, zaś najwięcej badanych szacuje swoje uzależnienie od środków psychoaktywnych na około 6 lat (11,50%). Zwykle badani w tej grupie wiekowej rozpoczęli proces detoksykacji do 3-4 razy.

Ponad połowa badanych podjęła leczenie w ośrodku stacjonarnym nie więcej niż dwa razy. Aż **34%** badanych ukończyło terapię stacjonarną przynajmniej 1 raz w swoim, życiu i ponownie wróciło do placówek pomocowych, co oznacza, że nastąpił nawrót choroby, i że **poprzednie terapie nie były skuteczne**. Pozostała część osób nie ukończyła ani razu rozpoczętego leczenia w ośrodku, co może oznaczać, że jest właśnie w trakcie pierwszego leczenia lub nie podejmowała leczenia ośrodkowego w ogóle.

1.) Oferta terapeutyczna z zakresu skutków przemocy domowej:

88% badanych w ogóle nie miało do czynienia z tą ofertą terapeutyczną. Należy uznać, że jest to jeden z bardzo poważnych braków w istniejących ofertach terapeutycznych. Jeżeli przyjąć, że ponad 90% uzależnień jest efektem samo leczenia uprawianego przez ofiary przemocy w rodzinie, w szkole, w grupie rówieśniczej - to brak terapii w tym zakresie „gwarantuje” rychły nawrót choroby.

2.) Uczestnictwo w kursach lub warsztatach zawodowych :

Prawie **57%** respondentów pozbawione było szansy uczestnictwa w warsztatach zawodowych. **43 %** skorzystało z takiej oferty, większość oceniła je pozytywnie.

3.) Oferta terapeutyczna wykorzystująca sporty ekstremalne i działanie na afekcie:

64% badanych nie doświadczyło uczestnictwa w sportach ekstremalnych w kontekście oferty terapeutycznej. Należy stwierdzić, że ten obszar w propozycji leczenia uzależnień z jednej



strony jest mało zbadany zaś z drugiej strony może posiadać znaczący potencjał wpływu na sukces terapeutyczny i powinien być znacznie bardziej doceniony.

Interpretacja wyników i rekomendacje:

Wyniki niniejszych badań wskazują szereg deficytów w ofertach terapeutycznych dla osób uzależnionych od środków psychoaktywnych. W wielu placówkach metoda społeczności terapeutycznej traktowana jest jako proces wymagający niewielkiej stymulacji, bazujący na konflikcie interesów członków społeczności. Aktualni beneficjenci programów terapeutycznych w niewielkim stopniu uczestniczą w możliwych i łatwych do wdrożenia metodach oddziaływania i wskazują na to, iż chcieliby uczestniczyć w pełniejszej ofercie terapeutycznej, bardziej różnorodnej oraz adekwatnych do ich rzeczywistych potrzeb i możliwości. Z drugiej strony, wyniki badań wskazują na istotne drzemające potencjały w istniejących serwisach pomocowych, które można zdefiniować i uruchomić w wyniku rzeczywistego, partnerskiego dialogu z pacjentami. Mogą to być sprawdzone w niektórych placówkach programy terapeutyczne w małych grupach na tematy obejmujące rzeczywiste problemy pacjentów (grupa destrukcji, grupa przeciwdziałania nawrotom choroby, grupa dla ofiar przemocy, grupa dla sprawców przemocy i inne przydatne pacjentom.) mogą to być także a może przede wszystkim oferty dotychczas niestosowane oddziaływujące w obszarze przeżyć afektywnych tu i teraz takie jak np. uczestnictwo w sportach ekstremalnych np.: skoki spadochronowe, skoki na bungee, głębiny nurkowanie, speleologia, alpinizm, wspinaczka skałkowa. **Doświadczenia afektywne** tego rodzaju aktywności wymykają się racjonalizacji a pozwalają spotkać się pacjentom tu i teraz z własną **wcześniej blokowaną i wypieraną emocjonalnością**. Te działania mimo, że bezpośrednio nie kojarzą się z klasycznym pojmowaniem terapii w rzeczywistości posiadają niekwestionowane walory terapeutyczne jak choćby wzrost samooceny w wyniku sukcesu. Będąc jednocześnie atrakcyjną formą aktywności. Należy więc **wzmocnić istniejące techniki terapii oraz urozmaicić je o oddziaływanie w afekcie** za pomocą sportów ekstremalnych.

Z uwagi na powyższe logiczną i naturalną konsekwencją powinno być takie modyfikowanie oferty terapeutycznej dla osób uzależnionych od środków psychoaktywnych, która z jednej strony będzie trafiać w oczekiwania pacjentów a z drugiej sprawdzalną formą skutecznej psychoterapii. Należy jeszcze raz podkreślić i wzmocnić potrzebę technik terapeutycznych odwołujących się i angażujących afektywność osób uzależnionych w tym tkwi nadzieja na to, że doświadczą psychostymulacji silniejszych niż te, które dają narkotyki (amfetamina, kokaina). W tym jest również nadzieja, że młodzi ludzie nauczą się korzystać z naturalnych form psychostymulacji bez uciekania się do syntetycznych środków pobudzających. Założeniem projektu jest propozycja bardziej komplementarnej formy terapii, skuteczniejszej przez co realnie obniżającej koszty leczenia osób uzależnionych.



II. Cel wprowadzenia innowacji

- o Czy cel projektu jest taki sam, jak we wniosku o dofinansowanie?
- o Czy wskaźniki są właściwie zdefiniowane?
- o Czy wartości docelowe wskaźników celu i sposobów ich pomiaru oraz źródła weryfikacji zostały określone prawidłowo (odpowiednio do celu)?

Wsparcie w ramach projektu skierowane jest do grupy dotychczas wspieranej, ale z wykorzystaniem innych, nowatorskich metod. Od kilku lat w Polsce funkcjonuje wiele programów profilaktycznych, bardzo zróżnicowanych koncepcyjnie. Te programy w większości opierają się na strategiach wypracowanych w USA, min. programy polegające na 1). szerzeniu wiedzy na temat rozpowszechnienia używania i nadużywania narkotyków oraz konsekwencji takich zachowań; 2). zwiększanie umiejętności życiowych i społecznych osób zagrożonych uzależnieniem poprzez uczenie podejmowania decyzji, radzenia sobie ze stresem, rozwiązywanie problemów, krytycznego myślenia itp; 3). modyfikowanie postaw społecznych i standardów obyczajowych sprzyjających używaniu środków psychoaktywnych; 4). wczesnej interwencji osób zagrożonych i modyfikacji ich zachowań od zajęć edukacyjnych i przekazu informacji, po interwencje formalne (np. skierowanie do placówki specjalistycznej) lub terapię.

Jak wynika z badań nad strategiami profilaktycznymi prowadzonych przez autorów „Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2002-2005” realizowane programy nie przyniosły jak dotąd spodziewanych, wysokich efektów. Stąd zgodnie z rekomendacjami wynikającymi z tych badań poszukiwane są nowe programy terapeutyczne. Autorzy dokumentu zwrócili jednocześnie uwagę, że w Polsce tylko sporadycznie podejmowane są próby oceny skuteczności programów walki z uzależnieniem i wykluczeniem społecznym co negatywnie wpływa na zmniejszanie skali zjawiska.

Cel projektu:

*Dotychczasowe metody są skuteczne, ale niewystarczalne, by zwiększyć efekty terapii i uzyskać większy odsetek osób programowo kończących leczenie i utrzymujących abstynencję od środków odurzających i psychotropowych. **Proponujemy poszerzenie aktualnej oferty terapeutycznej o technik oparte na afekcie w leczeniu uzależnień.** Techniki zbliżone do technik afektywnych jak np. obozy terapeutyczne, zostały w diagnozie ocenione przez pacjentów wysoko w skali skuteczności oddziaływania terapeutycznego. W badaniu ujawniono również niedostateczne możliwości pacjentów w korzystaniu z uzawodowienia w trakcie leczenia.*



Celem projektu ***Ekstremalna Wyprawa*** jest **poszerzenie dotychczas stosowanych metod terapeutycznych o techniki oparte na afekcie, jako alternatywnej formie rozładowania emocji w leczeniu uzależnień.** Afekt z języka łacińskiego *affectus*³ termin stosowany – w psychiatrii i psychologii określający obserwowaną przez badającego ekspresję emocji. Ekspresja ta nie zawsze współgra z opisem emocji podawanym w wywiadzie przez pacjenta. Jedną z przyczyn uzależnień jest właśnie nieumiejętność **radzenia sobie z negatywnymi emocjami**. Osoby wykluczone społecznie często wychowały się w środowisku niesprzyjającym to znaczy: niepełne, dysfunkcyjne rodziny, blokowiska, grupy przestępcze itp. Takie środowisko ogranicza rozwój inteligencji emocjonalnej oraz **adekwatnego poczucia własnej wartości**. Brak inteligencji emocjonalnej to np. **nieumiejętność radzenia sobie z negatywnymi emocjami**, czy sprzecznymi wewnętrznymi potrzebami jakich doświadcza każdy człowiek (dysonans poznawczy), a **niskie poczucie własnej wartości** to np. **brak wiary we własne możliwości, szczególnie w nowych sytuacjach**. W konsekwencji, u takich osób rozwija się uzależnienie lub zachowanie agresywne. Z drugiej strony przemoc, czy sięganie po wszelkiego rodzaju używki prowadzi do destrukcji oraz wykluczenia. Dlatego proponowane w ramach projektu innowacyjnego wykorzystanie **elementów sportów ekstremalnych**, jako przykład alternatywnej formy rozładowania negatywnych emocji, poszerzenie terapii o element sportów ekstremalnych może być wykorzystywana w każdym przypadku gdzie mamy do czynienia z negatywnymi emocjami połączonymi z uzależnieniem, agresją, a więc w bardzo szerokim zakresie. Pozytywne ekstremalne przeżycie stanowi w tym programie dopiero początek całej terapii. Dlatego też proponujemy uzupełnienie obecnie stosowanych terapii również o ofertę aktywizacji zawodowej, osób uzależnionych od środków psychoaktywnych, uczestniczących terapii i postrehabilitacji zagrożonych wykluczeniem społecznym.

Grupy docelowe:

UŻYTKOWNICY:

- I. **wymiar docelowy** – wszyscy terapeuci terapii uzależnień pracujący z młodzieżą uzależnioną i zagrożoną uzależnieniami.

- II. **wymiar upowszechniania** – terapeuci zajmujący się osobami uzależnionymi na terenie całego kraju. (diagnoza problemu i upowszechnianie) z 85 placówek z całego kraju odpowiedziało na współpracę w I etapie realizacji 40 placówek (38 terapeutek/tów).

³ Adam Bilikiewicz, Włodzimierz Strzyżewski: *Psychiatria: podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, 1992



obejmuje **warsztaty wyjazdowe dla terapeutów 38** (Beneficjentów Ostatecznych) z placówek z całego kraju, oraz **konferencja podsumowująca** dla około **100 terapeutów i osób zainteresowanych tą tematyka** (Beneficjentów Ostatecznych).

- III. **Wymiar testowania** – terapeuci (15 osób) z Placówek Krakowskiego Towarzystwa Pomocy Uzależnionym w Krakowie oraz NZOZ - Małopolskiego Centrum Profilaktyki i Leczenia Uzależnień. (Oświadczenie dotyczące zgody placówek do wzięcia udziału w projekcie, przedłożone zostanie do wglądu RST.)

ODBIORCY:

- I. **wymiar celowy** – młodzież uzależniona od narkotyków z terenu całego kraju
- II. **wymiar testowania** - 30 osób uczestniczących w programach rehabilitacyjnych i post rehabilitacyjnych (Centrum Redukcji Szkód w Krakowie, Hotele dla neofitów) oraz NZOZ – Małopolskie Centrum Profilaktyki Leczenie Uzależnień.
- Odbiorcy fazy testowania** – grupa 30 osób (kobiet i mężczyzn) Stosunek kobiet do ilości mężczyzn biorących udział w projekcie, wynika z specyfiki grupy. Kobiety rzadziej zgłaszają się na leczenie. Kobiety zwykle trudniej porzucić rodziny i środowisko na okres czasu. Ponadto kobiety zdaniem specjalistów lepiej radzą sobie z problemami. Często pomocą w wyjściu z nałogu i zmiany swojej sytuacji jest macierzyństwo. Dlatego też w grupie biorącej udział w testowaniu będzie istniała dysproporcja płci. Do fazy testowania zaproszone będą wszystkie kobiety przebywające w placówkach w Małopolsce. W projekcie zostanie opracowana taka metoda terapii, która w większym stopniu dostosowana jest do kobiet ze względu na skrócony czas jej trwania. Grupa objęta testowaniem: **30 osób uzależnionych**, w wieku 18-28 lat, rekrutowanych do wzięcia udziału w fazie testowania, po uzyskaniu pozytywnych rekomendacji od terapeuty prowadzącego oraz od lekarza, zaświadczonego, iż stan zdrowia pacjentów pozwala na wzięcie udziału w kursie sportów ekstremalnych. Osoby bez zaświadczenia lekarskiego, zezwalającego na przeprowadzenie kursów nie będą mogły wziąć udziału w fazie testowania.

Łączna liczba Beneficjentów Ostatecznych 138 (w fazie upowszechniania i testowania).

Rekrutacja obejmie osoby z uczestniczących w programach rehabilitacyjnych i post rehabilitacyjnych (Centrum Redukcji Szkód w Krakowie, Hotele dla neofitów) oraz NZOZ –



Małopolskie Centrum Profilaktyki Leczenia Uzależnień pierwszeństwo będą miały osoby z dłuższym stażem leczenia. Osoby zgłaszające chęć dobrowolnego uczestnictwa w fazie testowania, zobowiązują się do uczestniczenia w całym cyklu szkoleniowy zaproponowany w projekcie.

Wskaźniki :

Wskaźnikami mierzonymi w czasie faz testowanie i ewaluacji:

1.) Skala samooceny mierzona **wielowymiarowy kwestionariuszem MSEI** E. J. O'Brien i S. Epstein (1988) Kwestionariusz służy do badania samooceny. Składa się z 11 skal - dziewięć z nich bezpośrednio dotyczy poczucia własnej wartości, jego ogólnego poziomu oraz ośmiu komponentów odnoszących się do szczegółowych aspektów funkcjonowania człowieka, takich jak: kompetencje, bycie kochanym, popularność, zdolności przywódcze, samokontrola, samoakceptacja moralna, atrakcyjność fizyczna i witalność. Ponadto zawiera skalę do oceny spójności obrazu siebie świadczącej o efektywności procesu samopoznania, a także skalę pozwalającą ocenić poziom potrzeby aprobaty społecznej. Kwestionariusz składa się z 116 pozycji testowych, do których badany ustosunkowuje się na pięciostopniowej skali.

2.) Skala optymizmu mierzona **KWESTIONARIUSZ NADZIEI NA SUKCES - KNS**, w opracowaniu M. Łaguny, J. Trzebińskiego, M. Zięby. W latach 90 ubiegłego stulecia C. R. Snyder zaproponował koncepcję, której przedmiotem jest nadzieja, rozumiana jako **przekonanie o posiadaniu kompetencji umożliwiających odniesienie sukcesu**.

Według Snydera (2002) nadzieja zawiera w sobie dwa podstawowe składniki: (1) **przekonanie o tym, że odniesie się sukces**, (2) **przekonanie, że sukces ten zależy od własnych kompetencji**. Dlatego też Łaguna, Trzebiński i Zięba (2005) proponują, aby konstrukt ten określić mianem nadziei na sukces.

Rola nadziei na sukces nabiera szczególnego znaczenia w sytuacji zmęczenia ciągłym zmaganiem się z nieprzychylnością otoczenia, pokonywania rozmaitych przeszkód i zwątpienia. **Dzięki niej człowiek jest zdolny utrzymać obronę przez siebie drogę do celu.**

Umożliwiają to dwa komponenty nadziei na sukces, jakimi są:

(1) **silna wola**, która znajduje wyraz w silnym przekonaniu o możliwości zrealizowania powziętego planu oraz w przeświadczeniu o zdolności do zainicjowania dążenia i wytrwania w nim mimo napotkanych przeszkód

(2) **umiejętność znajdowania rozwiązań**, która łączy się ze spostrzeganiem siebie jako kogoś zaradnego, będącego w stanie znaleźć jeden lub kilka sposobów rozwiązania określonego problemu (Snyder, Cheavens, Sympson, 1997).



Kwestionariusz bada ZWIĄZKI NADZIEI NA SUKCES Z WYBRANYMI ZMIENNYMI OSOBOWOŚCIOWYMI, takimi jak Nadzieja podstawowa, Optymizm, Przekonanie o własnej skuteczności, Ogólna samoocena, Lęk jako cecha, Depresja, Neurotyczność, Ekstrawersja, Otwartość, Ugodowość i Sumienność, cechy te korelują z umiejętność znajdowania rozwiązań oraz siłę woli. Na szczególną uwagę zasługują wyniki badań, w których **poszukiwano związków nadziei na sukces z postępem psychoterapii**. U Snyder, Sympson i in. (2000) podkreślają, że zwiększanie nadziei na sukces ma istotne znaczenie w terapii osób borykających się z problemem utraty bliskiej osoby lub pracy, oraz w przypadku trudności z realizacją celów, wymagających zaangażowania się w relacje z innymi. Wyniki badań Łaguny (2005), w których brały udział osoby bezrobotne. Na ich podstawie można stwierdzić, że wyższy poziom nadziei na sukces jest istotnie związany z podejmowaniem działań umożliwiających wyjście z sytuacji bezrobocia.

3.) Pre-test kwestionariusz badający doświadczenie zawodowe i oszacowanie możliwości zawodowych. Test mierzący poczucie przygotowania do znalezienia pracy (wykorzystywany w projekcie Ty też potrafisz!)

4.) Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS. Test umiejętności radzenia sobie z sytuacjami trudnymi. Autorzy testu: N. S. Endler, J. D. A. Parker, Polska adaptacja: P. Szczepaniak, J. Strelau, K. Wrześniewski. CISS składa się z 48 stwierdzeń dotyczących różnych zachowań, jakie ludzie mogą podejmować w sytuacjach stresowych. Badany określa na 5-stopniowej skali częstotliwość, z jaką podejmuje dane działanie w sytuacjach trudnych, stresowych. Wyniki ujmowane są na trzech skalach: SSZ - styl skoncentrowany na zadaniu; SSE - styl skoncentrowany na emocjach; SSU - styl skoncentrowany na unikaniu. Ten ostatni styl może przyjmować dwie formy: ACZ - angażowanie się w czynności zastępcze i PKT - poszukiwanie kontaktów towarzyskich.

W celu weryfikacji ostatecznych wyników:

Beneficjenci ostateczni objęci zostaną badaniem weryfikującym skuteczność fazy testowania i produktu finalnego, w tym celu przeprowadzone zostaną badania ankietowe oraz metodą wywiadu pogłębionego w 3 przedziałach czasowych: 1.) po zakończeniu fazy testowania, 2.) po 6 miesiącach i 3.) 12 miesiącach po zakończeniu projektu.

Wskaźniki uzyskane metodami psychometrycznymi wskażą zmiany na poszczególnych wymiarach badanych zmiennych. Badania kwestionariuszowe będą przed i po zakończeniu każdego etapu szkoleń/kursów. Uzyskane wyniki dostarczą informacji na temat jak **zmienne niezależne** (kursy sportów ekstremalnych, szkolenia motywacyjne, szkolenia zawodowe,



terapia przeciwdziałania przemocy) wpływają na **zmienne zależną** (poziom samooceny, który jest skorelowany z szukaniem pracy poziomy radzenia sobie z emocjami, umiejętność radzenia sobie z sytuacjami trudnymi, nie uciekaniem w nałóg).

Założenie jest podwyższenie wskaźników na skalach:

- 1.) samooceny
- 2.) poznawcza umiejętności radzenia sobie z emocjami
- 3.) ukończenie kursu, otrzymanie certyfikatu lub zaświadczenia o ukończeniu kursu/szkolenia
- 4.) kontynuacja lub zakończenie leczenia
- 5.) utrzymywanie abstynencji

III. Opis innowacji w tym produkcie finalnego

o Czy przedstawiona innowacja została opisana kompleksowo, z uwzględnieniem wszystkich wymaganych elementów?

Innowacją projektu jest komplementarność dotychczas stosowanych metod terapeutycznych, poszerzona o element nowatorski, jakim jest wykorzystanie sportów ekstremalnych wraz z szeroką ofertą uzawodowienia osób uzależnionych, celem ich odnalezienia się na rynku pracy.

Komplementarność w tym przypadku rozumiana jest jako uzupełnienie obecnie stosowanych metod terapeutycznych przez dopełnienie i wzajemnie uzupełnianie zastosowanych technik - jedno dobro potrzebuje drugiego do prawidłowego działania.

Komplementarna terapia, która zostanie wypracowana, jako produkt finalny podczas projektu obejmują następujące elementy:

- a. terapia przemocy domowej
- b. kursy motywacyjne do zmiany swojej sytuacji
- c. sesje doradztwa zawodowego





d. kursy zawodowe

e. element sportów ekstremalnych



Leczenie uzależnienia z uwzględnieniem komponentu sportów ekstremalnych oraz prezentacja badań w tym kierunku.

Formy aktywności takie jak m.in. wspinaczka górską, skoki spadochronowe, nurkowanie, żeglarstwo, baloniarstwo czy survival określa się mianem „plenerowej rekreacji przygodowej” (outdoor adventure recreation). Walory wychowawcze i terapeutyczne przygodowych zajęć jako pierwszy włączył do precyzyjnie zaplanowanego programu pedagogicznego Kurt Hahn. W 1941 r. założył on szkołę **Outward Bound**. Szybko przekonano się o olbrzymim potencjale wychowawczym tego typu zajęć uruchamiając specjalistyczne programy dla niedostosowanych społecznie (narkomanów, alkoholików, przestępców), zgwałconych kobiet, osób cierpiących na chorobę afektywną, doświadczających porażek w pracy zawodowej⁴ (Sas-Nowosielski, 2002 za: Roberts, 1997). Wspólny element ryzyka i przygody staje się katalizatorem przeżyć na różnych płaszczyznach emocjonalnych, a zwłaszcza w sferze poznawczej. Pozwala uczestnikom sprawdzić się w sytuacji trudnej i wypracować strategię zachowania się w warunkach silnego stresu. Działania podejmowane przez uczestników uczą pracy w zespole i przygotowują do przebywania w różnych warunkach. Dzięki temu młodzi ludzie uczą się przewidywania skutków swojego postępowania i odpowiedzialności za swoje czyny. W Stanach Zjednoczonych i Europie Zachodniej popularne są szkolenia **Outward Bound** dla osób z problemem alkoholowym, uzależnionych od narkotyków, ofiar przemocy i nastolatków sprawiających trudności wychowawcze. Przykłady wykorzystania edukacji przygodowej w resocjalizacji osób niedostosowanych społecznie; zwłaszcza uzależnionych od środków odurzających to pacjenci ośrodków terapii uzależnień prowadzonych przez MONAR, którzy biorą udział w pieszych wędrówkach, spływach kajakowych. Wyjazd nurkowy nad Jezioro Hańcza, zorganizowany w grudniu 2004 roku dla pacjentów i neofitów Ośrodka Pomocy dla Młodzieży Uzależnionej „Radość”, podczas którego podopieczni mieli możliwość ukończenia w trakcie terapii kursu nurkowania. Zdobycie licencji pływaka było dla nich powodem do dumy, ponieważ udało im się pokonać strach i własne ograniczenia bez żadnych „wspomagaczy”. Doświadczenia wyniesione z kursu pobudzają do myślenia, a przepracowywane dodatkowo podczas sesji terapeutycznych mają szansę korzystnie wpłynąć na funkcjonowanie w codziennym życiu. Przykładem mogą być nurkowania głębinowe, skoki ze spadochronem, bungee jumping,

⁴ Sas – Nowosielski K. (2002). O możliwościach wykorzystania kultury fizycznej w resocjalizacji nieletnich. WSP TWP, Warszawa



speleologia i surfing. W tego rodzaju działaniach na pierwszy plan wysuwa się element doznaniowy, prowadzący do stanów ekstatycznych. Katarzyna Kaliszewska, która badała temperamentalne i osobowościowe uwarunkowania wspinaczki wysokogórskiej. Uzyskane wyniki wskazują, iż dla części wspinaczki wysokogórskiej stanowiła okazję do zaspokojenia potrzeby poszukiwania intensywnej doznań emocjonalnych poprzez eksplorowanie nowych i ciekawych miejsc, a także do zdrowej rywalizacji z innymi wspinaczami i do „wyżycia się”. W drugiej grupie badanych znaleźli się badani „nieprzystosowani społecznie”, z trudem podejmujący i podtrzymujący kontakty społeczne, zahamowani i nieśmiali w tych kontaktach, mający wyraźne problemy z adaptacją do nowego środowiska, podatni na doświadczanie negatywnych emocji, raczej pasywnych i bojaźliwych w działaniu, pesymistów i mających trudności z kontrolowaniem impulsów. Katarzyna Ombach prowadziła badania Kwestionariuszem Ukrytej Motywacji Nurkowania (KUMN). Wynika z nich, że nurkowanie postrzegane jest jako czynność dostarczająca pozytywnych przeżyć, relaksująca i odprężająca, która nie wzbudza silnego pobudzenia (jak można by sądzić w przypadku sportu ekstremalnego) (Ombach, 2002). Przytoczone badania potwierdzają, że aktywność sportowa zaspokaja takie potrzeby psychiczne, jak potrzebę osiągnięć, bezpieczeństwa i afiliacji, a więc te sfery, które u osób niedostosowanych społecznie uległy zaburzeniu. Fletcher (1970) przeprowadził badania, których celem było wykazanie pozytywnego wpływu Outward Bound Courses na życie jego uczestników. W tym celu rozesłał kwestionariusze do trzech tysięcy osób, które brały udział w szkoleniu prowadzonym przed pięciu laty. Uzyskane przez niego wyniki są bardzo optymistyczne. Z pośród przebadanych 2400 osób, aż 98,6 % respondentów odpowiedziało, że doświadczenie zdobyte podczas kursu Outward Bound było satysfakcjonujące lub wysoko satysfakcjonujące; 86 % uważało, że wzrosła ich samoocena; 78 % odczuło wzrost ogólnego poziomu dojrzałości; 64 % jest zdania, że dzięki temu szkoleniu stało się osobami bardziej świadomymi potrzeb własnych i innych ludzi; 64 % twierdziło, że udział w szkoleniu wpłynął na całe ich późniejsze życie; 32 % odpowiedziało, że rezultaty były odczuwane w kilka lat po szkoleniu; natomiast według 4% badanych efekty były widoczne tylko przez kilka miesięcy.

W Polsce przygodowe formy aktywności są coraz powszechniejszą formą oddziaływań wychowawczych, terapeutycznych lub rehabilitacyjnych. Brakuje jednak przepisów i wytycznych, które określiłyby jednoznacznie, jakie warunki muszą być spełnione, by można było mówić o edukacji przygodowej. Pojęcie to obejmuje bowiem szereg działań, które nazywane są rekreacją ryzyka, ryzykownymi formami aktywności, plenerową rekreacją przygodową. Aby można było określić je mianem pedagogiki przygody lub pedagogiki przeżywania, powinny mieć one podstawy teoretyczne. W Stanach Zjednoczonych istnieją organizacje, które czuwają nad tym, by szkolenia Outward Bound organizowane przez różnego rodzaju instytucje (szkoły, związki wyznaniowe, fundacje, stowarzyszenia, firmy etc.) spełniały



wyznaczone kryteria. Inne warunki muszą być spełnione podczas ropes courses (obozy, podczas których występuje element wysokiego ryzyka np. podczas wspinaczki lub nurkowania), a inne podczas obozu wędrownego. Według National Outdoor Leadership School (NOLS) trzonem przygodowych form aktywności powinny być: techniki obozowe, techniki podróżowania, bezpieczeństwo, znajomość środowiska naturalnego oraz świadomość procesów zachodzących między członkami zespołu w sytuacjach stresu i podwyższonego ryzyka. Wszystkie te elementy mają pomóc jednostce w lepszym funkcjonowaniu, zarówno na płaszczyźnie psychicznej, jak i społecznej, poprzez inicjowanie rozwoju moralnego, wpływ na wzrost efektywności w kontaktach interpersonalnych, uwrażliwianie na problemy ekologii oraz nabycie nowych umiejętności przydatnych w życiu codziennym (zwiększających samodzielność i niezależność od innych).

Od kilku lat pedagogika przygody budzi coraz większe zainteresowanie. Pedagogika ta, opierając się na podejściu holistycznym, polega na zdobywaniu nowych doświadczeń, bezpośredniej nauce poprzez „serce, dłoń i rozum” (Meyer, 2003, za: Ziegenspeck, 1996). Chociaż niezwykle popularna w Stanach Zjednoczonych, w Polsce nadal pozostaje niemal nieznaną. Mimo, iż istnieją liczne publikacje na temat korzyści płynących z przygodowych form aktywności, wciąż brakuje wystarczających dowodów, by uznać ją za skuteczną strategię oddziaływań o charakterze terapeutycznym, korekcyjnym. Plenerowa rekreacja przygodowa może być traktowana zarówno jako sposób oddziaływań o charakterze resocjalizacyjnym czy terapeutycznym. Badania wskazują na fakt, iż młody człowiek sięgając po narkotyki robi to między innymi dlatego, że poszukuje innych mocniejszych doznań, które pozwolą mu zaspokoić potrzebę stymulacji i jednocześnie oderwać się od rzeczywistości (Zuckerman & in. 1972, Carrol & Zuckerman, 1977, Skolnick & Zuckerman 1979, Blowin, Bornstein & Trites, 1978; Miklewska, 2000; Rogala – Obłękowska, 2002).

IV. Plan działań w procesie testowania produktu finalnego

o Czy przedstawiony sposób testowania gwarantuje rzetelność testu produktu finalnego ?

Etapy fazy testowania na grupie użytkowników:

Wprowadzenie nowego elementu terapii rozpocznie się od:

Etap 1.) *terapia negatywnych skutków przemocy domowej*, (warsztaty edukacyjne) dotycząca negatywnych konsekwencji zachowań agresywnych oraz umiejętności radzenia sobie z emocjami. Terapia przeprowadzona będzie dla 2 grup użytkowników, po 15 osób w grupie. Łącznie odbędą się 4 spotkania po 4 godziny.



Następnie po zakończeniu terapii osoby uczestniczące w fazie testowania będą miały możliwość uczestniczenia w kolejnym etapie realizacji testowania jakim będzie etap 2.

Etap 2.) kursy motywacyjne do zmiany swojej sytuacji, ma spowodować zwiększenie motywacji odbiorców oraz dostarczenie umiejętności poruszania się na rynku pracy. Tematyka warsztatów obejmuje zajęcia z zakresu: autoprezentacji, asertywności w czasie rozmów kwalifikacyjnych, redagowania dokumentów aplikacyjnych: listów motywacyjnych i CV. Warsztaty motywacyjne dla 2 grup użytkowników, po 15 osób w grupie. Jednodniowe szkolenie 8 godzinne. Po zakończeniu kursów motywacyjnych rozpocznie się kolejny etap tym razem sesje indywidualne.

Etap 3.) indywidualne sesje doradztwa zawodowego, w czasie tego etapu uczestnicy będą pracowali nad własnymi kompetencjami zawodowymi w zakresie podjęcia pracy, jest to forma tzw. coachingu czyli pracy na zasobami jednostki. Takie podejście nastawione na rozwój zawodowy i planowanie indywidualnej ścieżki kariery zawodowej uwzględnia predyspozycje i deficyty danego uczestnika. Indywidualne rekomendacje doradcy zawodowego skierują uczestników na wybrane pod kątem predyspozycji kursy zawodowe które znajdują się w kolejnym etapie realizacji.

Etap 4.) kursy zawodowe podwyższające kwalifikacje zawodowych uczestników dostosowane do indywidualnych predyspozycji i potrzeb odbiorców, wybór kursu wybrany będzie w konsultacji z doradcą zawodowym na wcześniejszym etapie, podczas sesji indywidualnych. Dostępnych będzie 6 rodzajów kursów, wyłonionych przez doradcę zawodowego, dostosowanych zarówno do predyspozycji odbiorców jak i do potrzeb na rynku pracy.

Ostatnim etapem cyklu będzie udział w kursach sportów ekstremalnych.

Etap 5.) kursy sportów ekstremalnych (propozycja obejmuje następujące kursy sportów: skoki spadochronowe, wspinaczka i nurkowanie, istnieje możliwość zmodyfikowania propozycji kursów), umożliwiają odbiorcom korzystanie z alternatywnych i pozytywnych metod rozładowywania negatywnych emocji. Są zdaniem potencjalnych uczestników elementem najbardziej atrakcyjnym w czasie całego cyklu szkoleniowego. Cały cykl szkoleniowo-terapeutyczny potrwa około 6 miesięcy. Dopuszcza się zmianę zaproponowanych kursów, zmiana może wynikać z okresu realizacji czy predyspozycji zdrowotnych grupy użytkowników. Przed przystąpieniem i po zakończeniu poszczególnych etapów przeprowadzone będą ankiety i kwestionariusze oceny.



Etapy fazy testowania na grupie odbiorców :

Grupa 15 terapeutów objęta rekrutowaniem do wzięcia udziału w fazie testowania z Małopolskich placówek. Zgłoszonych do dobrowolnego uczestnictwa w fazie testowania. Terapeutki/terapeuci zostaną wybrani po 5 osób na każdą grupę odbiorców do fazy testowania w tym 9 terapeutek i 6 terapeutów (wybór według proporcji zatrudnienia.) W tym 3 terapeutów zostanie dodatkowo włączonych do szkoleń z zakresu sportów ekstremalnych.

Przygotowanie terapeutów (odbiorców)

Etap 1.) **Szkolenia z zakresu doradztwa zawodowego coachingu** – przygotowanie terapeutów do pełnienia roli coachów /doradców zawodowych w zakresie planowania indywidualnej kariery zawodowej, dostosowanej do predyspozycji i deficytów osób z którymi pracują w placówkach terapeutycznych. Grupa terapeutów będzie stanowiła po zakończeniu fazy testowania, kadrę terapeutyczną przygotowaną do stosowania bardziej komplementarnych form terapii, połączone bowiem o doradztwo zawodowe oferowanych podopiecznym swoich placówek. Celem wyposażenia terapeutów w odpowiednie narzędzia dotyczące coachingu ma być jednocześnie zmniejszenie kosztów stosowania w przyszłości produktu. Terapeuci dysponować będą wystarczającą wiedzą i narzędziami, aby na móc pomagać w zakresie doradztwa zawodowego osobom, z którymi pracują. Nie będzie wówczas potrzeby zlecenia sesji doradztwa zawodowego zewnętrznym osobom.

Faza upowszechniania

Warsztaty/ seminarium dla użytkowników terapeutów i osób zainteresowanych tego typu formą terapii z całej Polski.

2 warsztaty wyjazdowe, dwu dniowe dla 2 grup po 19 osób, łącznie **dla 38 osób (Beneficjenci Ostateczni)**. warsztaty skierowane będą do użytkowników: terapeutów, przedstawicieli środowiska zajmującego się osobami uzależnionymi, przedstawiciele NFZ, Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Ministerstwa Zdrowia.

Na zakończenie projektu odbędzie się **konferencja dla około 100 osób** (Beneficjenci Ostateczni), którym zaprezentowane zostaną wyniki fazy testowania. Szeroko zostanie omówiona innowacyjność proponowanego podejścia i jego wpływ na uzupełnienie obecnie stosowanych metod (Faza Upowszechniania).



Rekrutacja **138 osób**, będzie otwarta dla osób z całej Polski, w pierwszej kolejności przyjmowane będą osoby z placówek, które brały udział w diagnozie problemu. Informacja o organizacji warsztatów wyjazdowych dotyczącej nowej uzupełnionej formy terapii i konferencji promującej produkt finalny zostanie rozesłana drogą elektroniczną do wszystkich placówek zajmujących się uzależnionymi od narkotyków na terenie całej Polski, jak również do przedstawicieli samorządu wojewódzkiego, ministerstwa zdrowia i polityki społecznej, ministerstwa rozwoju regionalnego, NFZ, instytucji wspomagającej, Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. O zakwalifikowaniu się do wzięcia udziału w warsztatach i konferencji decydować będzie rola w procesie terapeutycznym i kolejność zgłoszeń deklaracji udziału w projekcie, podpisana i złożona w biurze projektu, przesłana mailem, faxem lub osobiście. Zaproszeni na konferencję na której prezentowany będzie przetestowany produkt finalny będą również przedstawiciele pracodawców, podmioty ekonomi społecznej z województwa małopolskiego jak również firmy zajmujące się realizacją kursów sportów ekstremalnych.

Pierwotnie we wniosku o dofinansowanie kursy sportów ekstremalnych miały rozpocząć cykl fazy testowej, jednak aby zwiększyć motywację osób do uczestniczenia we wszystkich etapach realizacji fazy testowania, zaproponowano zmianę kolejności realizacji tak aby kursy sportów kończyły cały cykl i były dodatkowym wzmocnieniem dla uczestników.

Zrezygnowano również ze szkolenia z wykluczenia społecznego z wykorzystaniem modelu rumuńskiego do pracy. W zamian zorganizowane będą 2 dniowo warsztaty. Zaproponowana zmiana nie zwiększa budżetu przewidzianego na realizację tego zadania i jest zgłoszona do Instytucji Pośredniczącej.

Zgodność założeń PO KL w projekcie:

Cele projektu są zgodne z celami szczegółowymi POKL przede wszystkim w zakresie zmniejszania wykluczenia społecznego. W przypadku tego projektu problem dotyczy wykluczenia społecznego młodzieży uzależnionej od używek. Projekt zgodny jest również w zakresie celu szczegółowego POKL jakim jest **podniesienie poziomu aktywności zawodowej oraz zdolności do zatrudnienia osób bezrobotnych i biernych zawodowo**. W tym projekcie chodzi o zwiększanie aktywności zawodowej i zdolności do zatrudniania młodzieży uzależnionej, najczęściej pozbawionej odpowiednich kwalifikacji, które dawałyby by możliwość podejmowania pracy i utrzymania się na rynku pracy.

Należy również podkreślić zgodność grupy docelowej projektu z beneficjentami ostatecznymi dla priorytetu VII POKL, a mianowicie **młodzież zagrożona wykluczeniem społecznym i osoby uzależnione**.



V. Sposób sprawdzania, czy innowacja działa

Opracowany na potrzeby realizacji projektu system monitoringu i ewaluacji zawiera szczegółowy opis planowanych działań w zakresie monitoringu w fazie testowania i ewaluacji skuteczności produktu finalnego. W trakcie testowania prowadzona będzie **ocena** realizowanych zadań w kontekście założonych celów projektu i ich skuteczności. Z zastosowaniem procedur, które zapewnią brak wpływania zarówno na sposób prowadzenia fazy testowania jak i na wyniki uzyskane od beneficjentów ostatecznych. Zaprojektowany na potrzeby projektu **model kontroli etapu testowania**, ma zagwarantować właściwy nadzór nad realizacją zaplanowanych działań, zapewnienie zgromadzania rzetelnych danych i informacji zwrotnych dotyczących poszczególnych etapów realizacji projektu innowacyjnego, które w połączeniu z wynikami **ewaluacji wewnętrznej i zewnętrznej** zostaną wykorzystane do analizy rzeczywistych efektów testowania produktu.

Działania testujące prowadzone będą w następujących obszarach:

- Zgodność realizacji poszczególnych etapów z harmonogramem
- Trafność i rzetelność badań mierzących poszczególne wskaźniki
- Uniwersalność testowanych rozwiązań
- Brak lub ograniczalność występowania zmiennych zakłócających mogących zafałszować wyniki
- Zgodność wstępnej wersji produktu z celem projektu

Do oceny wykorzystane będą następujące narzędzia :

- Ankiety oceniające
- Wyniki kwestionariuszy i testów
- Listy obecności na szkoleniach, warsztatach oraz sprawozdania z realizacji poszczególnych etapów
- Dzienniki zajęć z zrealizowanych szkoleń, zajęć i terapii
- Raporty z wizyt monitorujących na szkoleniach, warsztatach i kursach

Podstawowym narzędziem do pozyskiwania informacji zwrotnych będą okresowe **sprawozdania zespołu monitorującego** składane co miesięcznie. Analiza wszystkich instrumentów monitoringu oraz rekomendacje wynikające z raportów okresowych stanowiąc będą podstawę do oceny procedur testowania oraz ich ewentualnych korekt. Ciągły monitoring zapewni właściwą kontrolę nad wszystkimi zaplanowanymi działaniami testującymi. **Przygotowanie raportu** poprzedzone zostanie spotkaniami z użytkownikami i odbiorcami zaangażowanymi w proces testowania. Zaprezentowane zostaną **częściowe raporty**,



w oparciu o które podjęte zostaną dalsze decyzje dotyczące ewentualnych zmian w metodach testowania lub zagrożeń jakie mogą się pojawić na poszczególnych etapach realizacji.

Ewaluacja wewnętrzna procesu testowania prowadzona będzie przez cały zespół projektowy. Podstawowym przedmiotem **ewaluacji wewnętrznej**, skierowanej do uczestników procesu testowania będzie sprawdzenie rzetelności i trafności wypracowanych w fazie testowania rekomendacji programowych produktu finalnego. W ramach działania przeprowadzone będą **badania ilościowe skierowane do dwóch grup odbiorców i użytkowników fazy testowania** przy zastosowaniu **metod kwestionariuszowych i ankietowych**.

Przeprowadzone powyższymi metodami badania pozwolą oceniać testowanie rozwiązania w zakresie każdego obszaru problemowego. Na zakończenie procesu ewaluacji w celu sformułowania **ostatecznych rekomendacji wdrożeniowych na rzecz walidacji produktu finalnego** przeprowadzone zostaną **badania jakościowe** w każdym obszarze problemowym oddzielnie dla użytkowników i odbiorców testu. Zgodnie z zasadami realizacji projektu innowacyjnego testującego przeprowadzona zostanie **analiza rzeczywistych efektów testowanych produktu finalnego** za pomocą **obligatoryjnej ewaluacji zewnętrznej**. Zostanie ona zlecona wyłonionej zgodnie z zasadą konkurencyjności w PO KL firmie zewnętrznej z zastosowaniem merytorycznych kryteriów wyboru oferty. Proces ewaluacji zewnętrznej będzie prowadzony wg. kryteriów trafności efektywności, skuteczności oddziaływania, trafności efektów. Dobrych działań w stosunku do określonych w projekcie celów. Do oceny innowacyjności wypracowanych rozwiązań wykorzystane zostaną analizy wszystkich produktów, pogłębienie analizy wybranych odbiorców i użytkowników produktu, biorących udział w fazie testowania, analizy raportów oraz gromadzonych danych ilościowych i jakościowych. Po zakończeniu ewaluacji zewnętrznej powstanie **raport ewaluacyjny** składający się z dwóch części: **raport diagnozy i analizy problemu oraz ewaluacja końcowa ex post – raport końcowy**, określający skuteczność działań w projekcie w odniesieniu do realizacji wszystkich założonych celów. Wyniki przeprowadzonej **ewaluacji wewnętrznej i zewnętrznej** stanowiąc będą podstawę dla Grupy Zarządzającej do rekomendowania produktu finalnego oraz dalszej jego walidacji, upowszechnienia i mainstreamingu oraz opracowania na podstawie raportu końcowego **podręcznika wdrożeniowego** zmodernizowanej oferty terapeutycznej.

W terapii, która zostanie wypracowana podczas projektu **proponuje przede wszystkim alternatywne formy rozładowania negatywnych emocji co jest czymś nowym w dotychczasowej terapii uzależnień**. Sporty ekstremalne nie były w takiej formie do tej pory wykorzystywane w terapii z ludźmi uzależnionymi i wykluczonymi. Organizacja takich kursów jest kosztowna biorąc jednak pod uwagę skalę zjawiska oraz fakt, że terapia ta może być wykorzystywana w każdym przypadku gdzie mamy do czynienia z negatywnymi emocjami



połączonymi z uzależnieniem, agresją, a więc w bardzo szerokim zakresie, warto zastosować nowatorskie podejściami do problemu. Ekstremalne przeżycie stanowi w tym programie dopiero początek całej terapii. Jest wyjściem do dalszej pracy z tymi osobami. Ten program terapeutyczny daje młodym ludziom dodatkowo wsparcie motywacyjne, możliwość odnalezienia się na rynku pracy poprzez m.in. zdobycie zawodu i umiejętności samodzielnego poszukiwania pracy, samodzielnego radzenia sobie. Dodatkowym atutem nowego programu jest wyposażenie terapeutów w nowe kwalifikacje w zakresie terapii ofiar przemocy i doradztwa zawodowego. Dzięki czemu ich działania mogą stać się bardziej kompleksowe.

Doświadczanie z Krakowskiego Towarzystwa Pomocy Uzależnionym z realizacji projektu „Ty też potrafisz! Aktywizacja zawodowa i społeczna osób wychodzących z uzależnienia narkotykowego” (nr POKL. 07.02.01-12-074/09).

Wyniki z projektu, realizowanego przez KTPU, aktywizacja zawodowa i społeczna osób wychodzących z uzależnienia narkotykowego „Ty też potrafisz!” wskazują następujące tendencje:

- Indywidualna praca w zakresie doradztwa zawodowego z pacjentami, małopolskich placówek dla osób uzależnionych od środków psychoaktywnych oceniana jest zarówno przez uczestników, jaki i terapeutów bardzo wysoko.
Daje bowiem możliwość nakierowania osób, zagrożonych wykluczeniem społecznym, na wybór kursów, które mogą realnie pomóc im w znalezieniu pracy.
- Kursy z zakresu motywacji, asertywności, przygotowania do rozmowy kwalifikacyjnej czy pisania aplikacji, są często dla uczestników pierwszą szansą na uzupełnienie swojej wiedzy w tym zakresie.
- Jak wynika z ankiet wypełnianych przez beneficjentów:
osoby leczące się w placówkach dla osób uzależnionych, ponad 60 % z nich pozytywnie ocenia możliwość wzięcia udziału w kursach zawodowych, w ankietach często pojawiała się informacja, iż jest dla nich jedyna możliwość podniesienia swoich kwalifikacji zawodowych;
osoby pozytywnie oceniają branie udziału w szkoleniach z zakresu adaptacyjności, pisania cv i listów motywacyjnych;
- wiele osób nigdy wcześniej nie uczestniczyło w podobnych szkoleniach z tego zakresu
- w ramach projektu 134 osób ukończyło kursy zawodowe z czego z 30 osób zdecydowało się na kontynuację drugiego kursu, co może świadczyć o zwiększeniu motywacji do znalezienia pracy. 222 osoby finalnie przystąpiły do udziału w kursach/szkoleniach.



Grupa beneficjentów ostatecznych obejmuje osoby bezrobotne i uzależnione korzystające z pomocy placówek oferujących terapię dla osób uzależnionych od środków psychoaktywnych. Innowacyjność tego projektu polega również na daniu możliwości osobom wychodzącym z uzależnienia na uczestniczenie w kursach zawodowych. Jak wynika z doświadczenia Partnera, istnieje duże zapotrzebowanie na podnoszenie kwalifikacji zawodowych. Są to bowiem jak wynika z diagnozy problemu osoby które często posiadają deficyty edukacyjne.

Bazując na wnioskach z realizacji wcześniejszego projektu, w opinii doradcy zawodowego zostały wstępnie zaproponowane następujące obszary tematyczne:

Osoby będą wypełniały Kwestionariusz Osobowości Zawodowej bazującej na założeniach J.L. Holland'a typu osobowości, który identyfikuje następujące typy:

- Społeczny (stosunkowo najczęściej występujący)
- Przedmiotowy, techniczny (preferowany jest najczęściej przez mężczyzn)
- Przedsiębiorcy
- Konwencjonalny, biurowy
- Artystyczny
- Badawczo naukowy (najrzadziej występujący w grupie docelowej)

Dla tych typów oferujemy następujące kursy, które z są obecnie bardzo poszukiwane na rynku a ich przeprowadzenie nie jest czasochłonne. Propozycja kursów, które były wysoko oceniane przez uczestników oraz po których osoby znalazły pracę.

- 1.) kursy koparko-ładowarki
- 2.) kursy wózków widłowych
- 3.) opieka nad osobami starszymi
- 4.) kurs wizażu
- 5.) kurs florystyczny
- 6.) obsługi kasy fiskalnej
- 7.) magazyniera
- 8.) kurs prawa jazdy

Istniała również możliwość wybrania kursy dostosowanego do indywidualnych preferencji osób biorących w fazie testowania. Dodatkowym elementem wspomagającym odnalezienie się na rynku pracy i podniesienie kwalifikacji zawodowych dla uczestników, była by możliwość odbycia praktyk. W tym celu nawiązaliśmy kontakty z przedstawicielami organizacji pracodawców, którzy mogli by pomóc w realizacji tego zadania. Dodatkowym elementem wspomagającym wejście grupy objętej testowaniem, była by możliwość założenia spółdzielni socjalnej bądź innego przykładu w ramach działań ekonomicznej społecznej. Innym sposobem wsparcia Beneficjentów Ostatecznych, który również może zostać zaproponowany jest stworzenie grupy wsparcia.



VI. Strategia upowszechniania

o Czy właściwie zdefiniowano grypy docelowe i działania w ramach strategii upowszechniania ?

Celem działań upowszechniających jest zwiększenie wiedzy na temat zalet produktu innowacyjnego służącego podniesieniu skuteczności leczenia uzależnień poprzez zastosowanie komplementarnej terapii uzależnień z wykorzystaniem alternatywnych form rozładowania emocji. Proces upowszechniania przyczyni się do zwiększenia wiedzy na temat wypracowanego produktu finalnego w postaci gotowego narzędzia terapeutycznego.

Przeprowadzenie fazy upowszechniania przyczyni się do włączenia produktu finalnego do stosowania w lecznictwie terapeutycznym na terenie województwa i kraju. Właściwie przeprowadzony proces włączania produktu finalnego w ofertę terapeutyczną, w leczeniu uzależnień, będzie skutkował modernizacją systemu lecznictwa i terapii z wykorzystaniem nowych innowacyjnych metod o większej skuteczności.

W grupach odbiorców należy wskazać następujące grupy docelowe są nimi:

- Terapeuci, kierownicy ośrodków osoby, które zajmują się na codzie terapią
- Pośrednio pacjenci, którym zaproponowana zostanie alternatywna/komplementarna oferta terapeutyczna z wykorzystaniem sportów ekstremalnych i oferta uzawodowienia
- Opiniotwórcze środowisko terapeutyczne, NFZ, organy samorządu lokalnego finansujące lecznictwo psychiatryczne, decydenci instytucji terapeutycznych i leczniczych
- Opinia publiczna

Włączone zostaną w instytucje realizujące zadania z zakresu diagnozowania, leczenia, rehabilitacji, profilaktyki i przeciwdziałania narkomanii w Małopolsce⁵ to m. in.:

- Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współuzależnienia, Placówki leczenia odwykowego, Starostwa Powiatowe, Samorządy Gmin – właściwe wydziały zajmujące się leczeniem uzależnień i pomocą społeczną, Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego.

Ważną rolę odgrywać będzie w zakresie planowania działań upowszechniających Instytucja Pośrednicząca – będąca niejako emisariuszem wypracowanych rozwiązań (RST, KST) oraz Krajowa Instytucja Wspomagająca. POKL. Plan działania zakłada upowszechnienie treści

⁵ Raport województwa małopolskiego dotyczący zjawiska narkomanii 2008 r.



konkretnym adresatom za pomocą określonych form komunikacji. Aby włączyć w fazę upowszechniania właściwe osoby i kluczowe instytucje w procesie przygotowana zostanie szczegółowa informacja o produkcie finalnym. Treść informacji dostosowana zostanie do potrzeb i oczekiwań odbiorców.

Informacja skierowana do odbiorców i użytkowników dotyczyć będzie dokładnych informacji o produkcie finalnym. Będzie wskazywała korzyści płynące z zastosowania produktów innowacyjnych tj. będzie informowała, na czym polega skuteczność produktu, w jaki sposób odpowiada na istniejące problemy oraz jak mogą zostać wykorzystane w szerszej skali przez inne decyzyjne podmioty do szerokiego stosowania. W szczególności informacje zawierać będą następujące treści:

- Metody badania
- Sposoby weryfikacji
- Sposoby wdrażania elementów w oparciu o rekomendacje programowe, wzór ankiety audytu,
- Sposoby przygotowania potencjalnych odbiorców do korzystania nowego modelu

W ramach upowszechniania powyższych treści zostaną wykorzystane następujące narzędzia upowszechniania (instrumenty i kanały komunikacyjne) konsultacje, spotkania informacyjne, strona internetowa, informacja mailowa.

Powiadomione zostaną również lokalne i ogólnopolskie media o nowej skutecznej i metodzie leczenia z wykorzystaniem sportów ekstremalnych. Ukażą się również informację w czasopismach branżowych i na stronach internetowych dotyczących uzależnień i narkotyków jak również na forach tematycznych.

Po zakończeniu etapu testowania produktu finalnego w postaci komplementarnej terapii, przeprowadzona zostanie wewnętrzna i zewnętrzna ewaluacja z zastosowaniem nowoczesnych metod oceny efektywności skierowanej do uczestników i odbiorców.

- Zaangażowanie dziennikarzy mediów lokalnych i ogólnopolskich zajmujący się tematyką społeczną
- Zaangażowanie potencjalnych użytkowników (terapeuci) poprzez udział w warsztatach i konferencji podsumowującej projekt
- Zaangażowanie potencjalnych użytkowników/ odbiorców do wzięcia udziału w badaniach ewaluacyjnych
- Konferencja podsumowująca projekt z udziałem odbiorców oraz mediów upowszechniających produkt finalny
- Strona WWW projektu, jako źródło wiedzy o działaniach i produkcie finalnym

Plan działań upowszechniających jest zgodny z aktualizowanym harmonogramem przyjętym we wniosku o dofinansowanie. Wymienione działania upowszechniające prowadzone będą



adekwatnie do faz projektu innowacyjnego i będą stanowiły wprowadzenie do działań przewidzianych w fazie mainstreamingu mających wpływ na kształtowanie regionalnej polityki społecznej (leczenia).

Strategia upowszechniania obejmować będzie również:

- publikację całości materiałów składających się na produkt finalny
- organizację konferencji kończącej i podsumowującej projekt w Krakowie
- uzyskanie rekomendacji opiekunów i terapeutów z placówek leczących osoby uzależnione z terenu Małopolski, wśród pacjentów placówek o możliwości wzięcia udziału w projekcie
- aktualizację strony internetowej, rozpropagowywana wśród potencjalnych odbiorców projektu
- dystrybucję opublikowanych: broszur, ulotek i raportu z badań, udostępnionej również do darmowego pobrania w wersji elektronicznej na stronie projektu oraz w siedzibie partnera.
- spotkania informacyjne dla grupy odbiorców i użytkowników, na którym prezentowane są wyniki badań nad skutecznością terapii uzależnień.

Testowany produkt ma być stosowany bezpośrednio przez użytkowników, czyli terapeutów w terapii grupowej dla osób uczestniczących w programach ambulatoryjnych (na terenie województwa małopolskiego specjalizującym się głównie w poradnictwie – jest to 17 placówek), rehabilitacyjnych i post rehabilitacyjnych (Centrum Redukcji Szkód w Krakowie, Hotele dla neofitów) oraz NZOZ – Małopolskie Centrum Profilaktyki Leczenie Uzależnień. Dodatkowo produkt zostanie przekazany do 200 przedstawicieli regionalnych instytucji zajmujących się problemami osób uzależnionych i odpowiadający za politykę regionalną wobec osób uzależnionych OPS, PCPR, ROPS, UMWM, MUW. Jednostki i osoby te w sposób pośredni będą wykorzystywały wypracowany produkt.

VII. Strategia włączania do głównego nurtu polityki

- Czy właściwie zidentyfikowano grupy docelowe o działania w ramach strategii włączania do głównego nurtu ?
- Czy proponowane działania gwarantują skuteczność w ramach głównego nurtu ?

Zgodnie z założeniami poradnika dla projektów innowacyjnych celem mainstreamingu będzie próba włączenia wypracowanego innowacyjnego narzędzia w ofertę terapeutyczną i praktykę społeczną.

Przyjmując szeroką definicję głównego nurtu polityki, jako polityki regionalnej, można będzie przyjąć, iż przedmiotem włączania do głównego nurtu polityki placówek leczących uzależnienia od środków psychoaktywnych, znajdujących się na terenie województwa. W tej sytuacji



najniższym i najbardziej szczegółowym celem włączenia do nurtu polityki będzie uwzględnienie wypracowanego modelu przez kierownictwo placówek zajmujących się leczeniem uzależnień. Procedury włączania w tym zakresie będą przedmiotem warsztatów i konferencji dla przedstawicieli poszczególnych placówek po zakończeniu ewaluacji fazy testowania i produktu finalnego.

Na wyższym poziomie ogólności nurtu polityki należy wskazać lokalną współpracę instytucji i terapeutów współpracujących placówkami uczestniczącymi w programach rehabilitacyjnych i post rehabilitacyjnych (Centrum Redukcji Szkód w Krakowie, Hotele dla neofitów) oraz NZOZ – Małopolskie Centrum Profilaktyki Leczenie Uzależnień. Celem włączenia jest wypracowanie i przyjęcie wspólnej strategii działania podobnych ośrodków działających na terenie kraju lub realizujących podobne cele w ramach lokalnej lub ogólnopolskiej Koalicji na rzecz skuteczności leczenia narkomanii. Działanie takie, jako kluczowe dzianie włączania w główny nurt polityki przewidziano w projekcie zarówno na etapie upowszechniania jak i mainstreamingu (organizacja seminariów i konferencji z udziałem instytucji i środowiska terapeutycznego działającego w regionalnych i ogólnopolskich organizacjach na rzecz leczenia narkomanii.) Zastosowany w ten sposób efekt synergii działań, gdzie produkt finalny staje się kluczowym narzędziem mainstreamingu.

Wyższy poziom włączenia w główny nurt polityki (dokumenty strategiczne w zakresie leczenia) nie są obszarem planowanych działań na tym etapie, będą jednak uwzględnione w typowych działaniach promocyjno-informacyjnych (konferencja, publikacja, ulotki i broszury) kierowane do decydentów, lokalnych polityków i samorządowców zaproszonych do wzięcia udziału w seminarium i konferencji podsumowującej projekt.

Dobór decydentów – mainstreaming wertykalny. Uczestniczyć w nim będą urzędy i instytucje mające realny wpływ na kształtowanie polityki regionalnej w tym zakresie. Charakter innowacyjności zastosowanej w projekcie (nie) wymaga zmian legislacyjnych, odnośnie uzupełnienia proponowanej komplementarnej terapii w formy terapii stosowane powszechnie w całym kraju przez odpowiednie ośrodki i placówki. Mainstreaming włączanie w politykę ośrodka o mainstreaming horyzontalny – będzie głównym obszarem działań wdrożeniowych w ostatnim etapie projektu. Przeszkolonych zostanie 15 osób (faza testowania) 38 osób (faza upowszechniania) terapeutów z terenu całego kraju oraz podczas konferencji podsumowującej zostanie przedstawiony wypracowany produkt finalny z narzędziami i schematami działań do zastosowania dla około 100 osób (faza upowszechniania). Uczestnicy zachęceni będą do wykorzystania wytworzonego modelu również w ich pracy terapeutycznej. Powstanie również w czasie warsztatów metodą burzy mózgów, próba rozwiązania problemu finansowania sportów ekstremalnych. Szkolenia uzawodowienia będą mogły być dofinansowywane również z funduszy europejskich. Wszystkie materiały wypracowane w czasie projektu będą



prezentowane również po zakończeniu projektu, jako element dobrych praktyk i konferencjach dotyczących nowoczesnych metod w rozwiązywaniu problemów osób uzależnionych.

VIII. Kamienie milowe II etap projektu

Strategia wdrażania innowacji dotyczy zarówno etapu testowania wstępnej wersji produktu finalnego jak też opracowania finalnej wersji produktu i jego wdrażania. Dlatego też kamienie milowe projektu dotyczyć będą logicznych i czasowych sekwencji wdrożenia innowacji.

1. Testowanie produktu na wybranej grupie docelowej (od maja 2011 do marca 2012)
2. Analiza efektów testowania produktu (I - II kwartał 2012)
3. Opracowanie produktu finalnego (III – IV kwartał 2012)
4. Upowszechnianie produktu finalnego i włączanie do głównego nurtu polityki (od kwietnia 2011 do grudnia 2012)

IX. Analiza ryzyka na etapie testowania i realizacji

o Czy analiza ryzyka pozwala na określenie potencjalnych zagrożeń i zaplanowanie działań w celu zmniejszenia ich negatywnych skutków?

Czy analiza ryzyka przewiduje właściwie sposoby ograniczenia najważniejszych zagrożeń?

Ryzyko związane z poszukiwaniem nowych skutecznych metod rozwiązywania problemów stanowi nieodzowny element realizacji projektów innowacyjnych. Już na wczesnym etapie planowania realizacji projektu Projektodawca uwzględnił sposoby minimalizowania ryzyka w odniesieniu do kluczowych momentów realizacji projektu: związanych z wdrażaniem strategii i walidacją produktu finalnego, pozwalającego na upowszechnienie innowacji. Poniżej przedstawiona szczegółowa analiza najważniejszych zagrożeń, które mogą nastąpić w trakcie testowania i upowszechniania innowacji.

I. wpływ ryzyka na realizację,

II. prawdopodobieństwo wystąpienia ryzyka, mierzone w skali od 1 do 3, przy następującym założeniu: 1 punkt - niskie, 2 punkty - średnie, 3 punkty - wysokie zagrożenie

III. identyfikacja najważniejszych zagrożeń obliczona jako zwielokrotnienie wystąpienia pierwszego i drugiego zagrożenia).



Pierwszym potencjalnym zagrożeniem jest **ocena strategii wdrażania projektu**. Negatywna ocena może skutkować rozwiązaniem umowy o dofinansowanie, co oznacza zakończenie działań projektowych. Ryzyko zostało ocenione, jako wysoko wpływające na realizację (I.3 pkt., II 1pkt. III. 4 pkt.). Oceniając prawdopodobieństwo wystąpienia zagrożenia można je określić jako średnie, gdyż autorzy strategii bazując na swoim doświadczeniu w realizacji projektów, jak również na wynikach badań, które zostały opublikowane w I etapie realizacji, potwierdziły zasadność przyjętych założeń. Dodatkowo przy tworzeniu strategii odbyły się konsultacje z przedstawicielami instytucji wdrażającej i pośredniczącej.

Kolejnym istotnym ryzykiem projektu jest **wycofanie się odbiorców z uczestnictwa** w fazie testowania wstępnej wersji produktu finalnego, co wpłynie istotnie na rzetelność testowania oraz szanse pozytywnej walidacji produktu finalnego. Zagrożenie to wynika przede wszystkim ze specyficznej sytuacji tych osób biorących udział w fazie testowania, ich postawy psychicznej, często braku motywacji. Dlatego rekrutacja do projektu zostanie przeprowadzona przez Partnera projektu, który posiada doświadczenie w pracy z osobami uzależnionymi. Dodatkowo cała faza testowania będzie wspierana przez Partnera w postaci osoby Superwizora. Zagrożenie to zostało oceniane wysoko prawdopodobieństwem wystąpienia (I.3 pkt., II 1 pkt. III. 4 pkt.) .

Rekrutacja grupy będzie prowadzona w szerszym kontekście, rekrutowanych zostanie 30 osób oraz dodatkowo 15 osób, którzy znajdą się na liście rezerwowej. Osoby wybierane będą ze względu na długość leczenia, preferowane będą osoby z dłuższym stażem. U takich osób istnieje mniejsze ryzyko przerwania terapii. Osoby biorące udział w fazie testowania będą na każdym etapie fazy testowania wspierane pomocą terapeutyczną i dodatkowo motywowane do uczestniczenia w fazie testowania.

Kursy sportów ekstremalnych będą ostatnim elementem całego cyklu, przez co udział w poszczególnych etapach będzie dodatkowym wzmocnieniem do uczestniczenia w nich.

Jak wskazują wyniki z projektu „Ty też potrafisz”, niektóre osoby, które rozpoczęły udział w kursie mimo zakończenia terapii nie chciały opuszczać ośrodka, gdyż obawiały się że po za ośrodkiem nie uda im się kończyć kursu.

Przedział wiekowy osób 18-28 może być również czynnikiem wzmocniającym do uczestniczenia w całym cyklu szkoleniowo - terapeutycznym. Jak wskazują wyniki z projektu „Ty też potrafisz”, osoby starsze wskazywały na brak motywacji z powodu braku szans na zmianę swego położenia, wynikającego z wieku. Grupa w przedziale 18-28 ma, jak wskazują ankiety z „Ty też potrafisz”, duże potrzeby do zmiany swojej sytuacji, odcięcia się od schematów i stygmatu narkomana. Osoby uczestniczące w kursach otwartych tzw. rynkowych, mają możliwość pokazania się, od całkiem innej strony, bez „etykiety” uzależniony, również ten



element szkoleń był oceniany bardzo wysoko przez uczestników. W przypadku kursów zawodowych, które będą dostosowane do indywidualnych potrzeb uczestników, motywacja do wzięcia udziału i ukończenia kursu wydają się być bardzo wysokie. Nad odpowiednim doborem kursów i motywacją do uczestnictwa czuwać będzie doradca zawodowy, który w indywidualnych sesjach będzie mógł rozwiązać wątpliwości, jeśli takie się pojawią.

Proponowane kursy sportów ekstremalnych są podstawowymi często wręcz elementarnymi zajęciami w zakresie spadochroniarstwa, nurkowania czy wspinaczki. Grupy w których realizowane będą kursy, są małe a instruktorzy posiadają odpowiednie doświadczenie w zakresie nauki dla osób początkujących. Dodatkowym zabezpieczeniem przed wystąpieniem silnych emocji negatywnych, jest zarówno wcześniejsze uczestniczenie osób w terapii przemocy domowej, podczas której terapeuta ma min. za zadanie przepracować negatywne emocje. W przypadku skrajnie silnych emocji terapeuta może nie zezwolić na wzięcie udziału w sportach ekstremalnych, jeśli zajdą ku temu odpowiednie przesłanki. Osoby, które będą brały udział w kursach nie muszą uczestniczyć we wszystkich elementach kursu, jeśli poczują lęk lub będą się czuły nie komfortowo.

Dodatkowym bodźcem stymulującym do wzięcia udziału w całym cyklu będzie współzawodnictwo, gdyż miejsc jest ograniczona ilość, mniej niż potencjalnych chętnych. Osoby, których stan zdrowia będzie dyskwalifikował do wzięcia udziału w projekcie nie będą mogły w nim uczestniczyć. Kursy sportów będą dodatkowo ubezpieczone od NW

Kolejnym zagrożeniem projektu jest niska **skuteczność upowszechniania produktu finalnego** oraz niska **skuteczność włączania do głównego nurtu polityki**. Zagrożenie zostało oceniono jako istotne, ponieważ będzie decydować o powodzeniu projektu, mierzonym efektywnością i powszechnością stosowania wypracowanych rozwiązań. Efekt projektu, w kontekście celów jest najistotniejszy, ale jednocześnie ma najmniejszy wpływ na samą realizację projektu, gdyż stanowi ostatnią fazę realizacji, mierzoną w głównej mierze po zakończeniu całego projektu. (I.1 pkt., II 3 pkt. III. 4 pkt.)

Brak źródeł finansowania całej terapii:

W przypadku braku zgody na finansowanie z NFZ, należy szukać alternatywnych źródeł finansowania.

Przy założeniu, iż produkt finalny w postaci komplementarnej terapii, okaże się bardziej skuteczny, czyli koszt przywrócenia osoby uzależnionej do społeczeństwa będzie niższy, zakładamy że przy pozytywnym wydzwieku jakim jest skuteczna terapia uzależnień ludzi młodych informacja szybko rozszerzy się zarówno w środowisku terapeutycznym jak i społecznym, zataczając coraz szersze kręgi zainteresowanych. Założeniem projektu jest



propozycja bardziej komplementarnej formy terapii, skuteczniejszej przez co realnie obniżającej koszty leczenia osób uzależnionych.

A.) Finansowanie sportów

Firmy, które zajmą się przeprowadzaniem szkoleń z zakresu sportów ekstremalnych, poproszone będą o pomoc w kontynuacji projektu, tak aby osoby które będą chciały kontynuować uprawianie sportów, mogły w ramach wolontariatu, pomagać w prostych pracach na rzecz tych firm, i aby w ten sposób mogły nie jako na zasadzie wymiany móc korzystać z ich sprzętu. Istnieje również możliwość aby organizacje pozarządowe lub stowarzyszenia złożyły wnioski o dofinansowanie na tego typu działalność w ramach wychodzenia z uzależnienia grupy zagrożonej wykluczeniem społecznym.

B.) finansowanie kursów zawodowych

Oferta kursów zawodowych, oferowanych w ramach uzawodowienia, mogłaby również znaleźć się jako możliwość dofinansowania z projektów unijnych, należało by jednak pamiętać iż taki projekt wymaga dodatkowej ilości godzin z zakresu indywidualnego doradztwa zawodowego oraz systemowych rozwiązań dających możliwość uczestnictwa w praktykach zawodowych. Kursy proponowane użytkownikom muszą być adekwatne do zapotrzebowania i preferencji. Tylko takie podejście sprawia, iż osoby chętnie uczestniczą w nich i zwiększa się tym samym chęć znalezienia pracy.

C.) Szkolenia dla terapeutów

Wyposażenie terapeutów w dodatkowe umiejętności z zakresu doradztwa zawodowego również mogą być dofinansowane z środków zewnętrznych, gdyż podniesienie ich kwalifikacji zawodowych w tym zakresie pomoże łatwiej przejść pacjentom proces readaptacyjny.

Te dwa obszary wzajemnie się uzupełniają. Gdyż jak wskazują obecnie wyniki terapeuty nie posiada wystarczającej wiedzy z zakresu doradztwa zawodowego a z kolei doradca zawodowy, staje przed problemami pacjentów do których rozwiązywania nie ma odpowiednich kwalifikacji.

Wypracowane produkty nie odpowiadające potrzebom użytkowników. Utrzymywanie stałej współpracy w trakcie realizacji projektu z placówkami ma zmniejszyć ryzyko wystąpienia tego zagrożenia. Jak również wykazanie korzyści wynikających z wdrożenia nowych innowacyjnych metod na poszczególnych etapach realizacji projektu powinno wykluczyć potencjalne ryzyko ze strony uczestników. To ostatnie potencjalne ryzyko możliwe do wystąpienia według projektodawcy.



Analiza ryzyka potencjalnych zagrożeń, które mogą wystąpić na etapie testowania i upowszechniania innowacji.

Potencjalne zagrożenia	I. wpływ ryzyka na realizację	II. prawdopodobieństwo wystąpienia ryzyka	III. identyfikacja najważniejszych zagrożeń (I) x (II)
ocena strategii wdrażania projektu	3	1	4
wycofanie się odbiorców z uczestnictwa	1	3	4
skuteczność upowszechniania produktu finalnego i włączania produktu finalnego do głównego nurtu polityki.	2	1	3
brak źródeł finansowania	2	2	4
wypracowane produkty nie odpowiadające potrzebom użytkowników	3	1	3



X. Opis wstępnej wersji produktu

- o Czy wstępna wersja produktu finalnego jest adekwatna do założeń opisanych w strategii ?
- o Czy wstępna wersja produktu finalnego może zostać poddana testowaniu?

PRODUKT FINALNY

oferta wzbogacenia terapii uzależnień od środków psychoaktywnych działaniami wspomagającymi (etap koncepcyjny)

A/ Wprowadzenie do przedmiotu

Skala narkomanii w Polsce nie maleje, jeżeli następują jakieś zmiany, to dotyczą one raczej kwestii jakościowych a nie ilościowych. Zmieniają się modele konsumpcji środków psychoaktywnych np. w miejsce heroiny domowej produkcji tzw. „kompotu” pojawiła się heroina do palenia „brown sugar”, czy też zupełnie nowa moda na „dopalacze”, grupy różnych substancji lub ich mieszanek o rzekomym bądź faktycznym działaniu psychoaktywnym, pochodzenia naturalnego lub syntetycznego, nie znajdujących się w wykazie substancji kontrolowanych przepisami ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

Jednak problem narkomanii nadal wymaga znacznie bardziej odpowiedzialnego niż dotychczasowe, profesjonalnego podejścia, opartego o racjonalne przesłanki a nie o emocje i mity lub socjotechnikę używaną do budowania popularności wyborczej polityków – decydentów.

1. Krótki opis zastanej sytuacji (istniejące oferty terapii uzależnień)

Oferta terapeutyczna dla osób uzależnionych od nielegalnych środków psychoaktywnych (narkotyków) w Polsce generalnie jest dość dobrze rozwinięta. Istnieją serwisy pomocy we wszystkich współcześnie obowiązujących obszarach. W porównaniu do Europy Zachodniej mamy nieco inne proporcje. W Polsce dominującą jest oferta terapii zakładającej jako główny cel abstynencję od narkotyków. Jest to jednak najbardziej kosztowna oferta terapeutyczna, oceniana jednak jako mało skuteczna. Może jest to powód tego, że kraje Europy Zachodniej, znacznie częściej stosujące pragmatyzm niż romantyzm w rozwiązywaniu problemów społecznych, na polu narkomanii preferują programy redukcji szkód, które są znacznie tańsze, bardzo skuteczne w profilaktyce epidemii HIV i HCV, a w których ewentualna abstynencja narkotykowa jest wartością dodaną.



a. Ambulatoryjna Terapia Indywidualna

Placówki pierwszego kontaktu dla narkomanów, różnego rodzaju poradnie, punkty konsultacyjne, ambulatoria - nie tylko zajmują się stawianiem diagnozy i decydowaniem o tym gdzie dalej skierować pacjenta, ale w wielu miastach w tego typu placówkach pacjenci mogą korzystać z systematycznej indywidualnej terapii z wybranym terapeutą i w większości tych placówek pracują obok certyfikowanych specjalistów terapii uzależnień także psychiatry, mogący wspierać terapię indywidualną odpowiednią farmakoterapią.

Istnieje pewien stereotyp odnośnie leczenia narkomanów, wg którego pacjenta trzeba wysłać jak najdalej od swojego środowiska, aby odbył leczenie daleko od domu. A dopiero po leczeniu powinien wrócić do swoich bliskich i żyć na trzeźwo. Praktyka pokazuje, że powracający z bezpiecznego funkcjonowania „pod kloszem” w ośrodku neofita z różnych powodów dość szybko ma nawrót choroby.

Nie wszyscy pacjenci muszą korzystać z oferty pomocy ośrodków stacjonarnych. Nie wszyscy też potrzebują odtrucia w specjalnych placówkach detoksykacji.

b. Ambulatoryjne Grupy Terapeutyczne

Grupy terapeutyczne – to forma coraz bardziej rozwijająca się w placówkach ambulatoryjnych. Dla osób, u których poziom uzależnienia jest niewielki ta oferta pomocy bywa bardzo skuteczna.

Należy wymienić Grupę Samopomocową: Anonimowych Narkomanów (AN). W praktyce jest to pewien zorganizowany wg swoistego systemu (niezależności i samowystarczalności) ruch, system spotkań dających pomoc w rozwiązywaniu problemów osób uzależnionych od narkotyków i wsparcie zachowywaniu trzeźwości.

Zaniedbanym aspektem pomocy osobom uzależnionym w powrocie do odpowiedzialnych ról społecznych pozostaje brak zaangażowania społeczności lokalnej w starania o ułatwienie im tego powrotu. Udział społeczności lokalnej nie wymaga wysokich nakładów, a może stanowić znakomity system wsparcia tak jak bywa w przypadku powrotu do zdrowia członków społeczności chorych na inne choroby (np. onkologiczne).

Poważnym zaniedbaniem pozostaje niemal całkowity brak **dziennych oddziałów terapii** dla narkomanów, znakomicie sprawdzających się form w leczeniu osób psychicznie chorych.

c. Spółeczność Terapeutyczna

Spółeczność Terapeutyczna jest interesującą metodą, o ile modyfikowana jest odpowiednio do typu pacjentów, ich specyfiki, ich deficytów i potrzeb socjalizacyjnych i/lub resocjalizacyjnych.



Pod okiem specjalistów terapii uzależnień, osoby uzależnione uczestniczą w procesie pozytywnych zmian, tworzą otwartą społeczność, przyjmowani są nowi pacjenci, część przerywa leczenie, nieliczni kończą terapię, która zazwyczaj podzielona jest na 3 etapy. Oprócz 8 godzin terapii przez prace od poniedziałku do piątku, odpoczynku i integracji w dni wolne, pacjenci podejmują różne funkcje (role) w społeczności z których są rozliczani, dla przykładu pełnią funkcje kierownik pracy, gospodarza domu, szefa kuchni, pomocy kuchennej i in. Pobyt w ośrodku trwa od kilku do kilkunastu miesięcy.

Województwo pomorskie, co jest kuriozalną sytuacją w skali globalnej, ma więcej miejsc stacjonarnego leczenia (w ośrodkach ze społecznościami terapeutycznymi) niż Francja, Belgia, Holandia i Luksemburg razem wzięte ale też w tym województwie nie ma przyzwoitego ośrodka detoksykacji, a osoby detoksykowane czasami w szpitalu psychiatrycznym wiąże się w pasy.

Miesięczny, szacunkowy koszt pobytu pacjenta w ośrodku stacjonarnym to 2500 – 3000 PLN. W skali roku ok. 35 tys. a mnożąc przez 15 tys. pacjentów otrzymujemy ok. 0,5 miliarda PLN .

i. Najwięcej pacjentów

W leczeniu stacjonarnym w Polsce uczestniczy kilkanaście tysięcy osób w skali roku.

Tabela 1. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1990-1996 z powodu uzależnienia od leków lub ich nadużywania (ICD IX: 304, 305.2-9) oraz w latach 1997-2004 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19)⁶

	liczba osób	wskaźnik na 100 000 mieszkańców
1990	2803	7,3
1991	3614	9,4
1992	3710	9,7
1993	3783	9,8
1994	4107	10,7
1995	4223	10,9
1996	4772	12,4
1997	5336	13,8
1998	6100	15,8
1999	6827	17,7
2000	8590	22,2
2001	9096	23,5
2002	11915	31,2

⁶ Biuletyn Informacyjny Problemy Narkomanii Nr 2/ 2006



2003	11778	30,8
2004	12836	33,6

ii. Niska skuteczność

„Długo, drogo, nieskutecznie – leczenie uzależnień narkotykowych w Polsce”, to nazwa cyklu spotkań zaplanowanych przez Polską Sieć i Biuro Rzecznika Praw Osób Uzależnionych w roku bieżącym. Podczas tegorocznych Okrągłych Stołów, szukać będziemy jak mamy już w zwyczaju, odpowiedzi na konkretne pytania. Dlaczego polski system leczenia uzależnień, mimo ponoszonych stosunkowo znaczących nakładów finansowych, obejmuje opieką tak mało osób. Dlaczego wolimy leczyć nieskutecznie, ignorując doświadczenia innych krajów, dlaczego dodatkowo nie potrafimy przedstawić racjonalnych argumentów na obronę istniejącego modelu pomocy. Co należy zrobić, by system leczenia naprawić.

50% ogólnokrajowych nakładów na narkomanię, przejmują dwie największe organizacje pozarządowe, zainteresowane bardziej ochronieniem swojej monopolistycznej pozycji niż interesem pacjentów. Organizacje te zamknięte są na jakąkolwiek debatę w tej sprawie.

iii. Oczekiwania pacjentów

Z przeprowadzonych badań, obserwacji pacjentów poprzez pracę z nimi oraz wspólnych konsultacji społecznych wynikają następujące oczekiwania, które mogły by polepszyć ofertę terapeutyczną, a tym samym zwiększyć skuteczność wychodzenia z nałogu:

- ✓ kondensacja terapii - skrócony czas terapii (ten sam efekt w krótszym czasie);
- ✓ znacznie większy dostęp do grup terapeutyczno-edukacyjnych (np. gr. dla ofiar przemocy, gr. dla sprawców przemocy, gr. profilaktyki HIV/AIDS, gr. motywacyjna, gr. przeciwdziałania nawrotom choroby, terapia przez sztukę.
- ✓ większa możliwość wyboru dodatkowych obszarów pomocowych, które miały by na celu łatwiejszą adaptację w realnym życiu: m.in. poprawne pisanie CV, listów motywacyjnych, znajomość przepisów prawa pracy, orientowanie się na aktualnym rynku pracy,
- ✓ podnoszenie kompetencji i kwalifikacji zawodowych, czyli możliwość uzupełnienia edukacji oraz większy wybór kursów zawodowych
- ✓ alternatywne metody spędzania wolnego czasu tj. sporty zespołowe, indywidualne, ekstremalne, zajęcia z fotografii.
- ✓ kreatywność w proponowaniu zadań integracyjnych,



d. Redukcja Szkód

Redukcję szkód zaczęto traktować jako nurt działań wśród osób używających substancji psychoaktywnych na początku lat 80-tych w Amsterdamie i Londynie. Nie znaczy to, że wtedy „wymyślono” wymianę igieł i strzykawek, lub też leczenie substytucyjne. Leczenie metadonem, na przykład, rozpoczęto w Stanach Zjednoczonych na początku lat 60-tych. Jest to raczej okres w którym działania te zaczęto systematyzować i umiejscawiać w kontekście szerszych problemów społecznych i zdrowia publicznego. Bez sprzecznie, do szybkiej promocji tychże działań przyczyniła się światowa epidemia HIV. Dość wcześnie, bo już w pierwszej połowie lat osiemdziesiątych, tzw. „zachód” zauważył, że osoby wstrzykujące narkotyki są obok gejów, grupą najbardziej dotkniętą HIV. Większość krajów europy zachodniej, Australia i Kanada podążyły tym śladem i dziś mają doskonale funkcjonujące programy redukcji szkód, których rezultatem jest znikoma ilość zakażeń HIV wśród osób przyjmujących substancje odurzające. Ich oferty są też zwykle szerokie i obejmują zapobieganie przedawkowaniom, pokoje iniekcyjne, i inne serwisy pomocowe. Europa Centralna i kraje byłego Związku Radzieckiego wprowadziły w życie programy redukcji szkód w pierwszej i drugiej połowie lat 90-tych. Metadon jest wciąż nie dostępny w Rosji i Tadżykistanie. Rząd Chin do dziś nie jest przekonany co do skuteczności wymiany igieł i strzykawek. W roku 2004 rozpoczął natomiast masowe tworzenie programów metadonowych.

Po raz pierwszy w Polsce określenia *redukcja szkód* użyto w Narodowym Programie Zdrowia (NPZ) na lata 1996-2005 w celu operacyjnym nr 5⁷. W części dokumentu dotyczącego oczekiwanych efektów znajdujemy taki oto podpunkt:

- „Wprowadzenie ogólnie dostępnych **programów redukcji szkód** (podkreślenie własne) zdrowotnych u osób przyjmujących substancje psychoaktywne w sposób okazyny i u osób uzależnionych”⁸.

Zastanawiającym pozostaje więc fakt, że po kilkunastu latach *redukcja szkód* w zakresie programów leczenia substytucyjnego, pomimo, że została wyszczególniona w zadaniach NPZ w pkt 7, nadal budzi wiele emocji, a nawet konfliktów w środowisku specjalistów prowadzących serwisy pomocowe dla osób uzależnionych od środków psychoaktywnych, co w gruncie rzeczy „produkuje szkody” ograniczając Pacjentom dostęp do ogólnie dostępnych w Unii Europejskiej programów *redukcji szkód*.

Wadą zapisu zawartego w NPZ jest jego wysoki poziom ogólności. Nadal nie posiadamy w polskich aktach prawnych bardziej precyzyjnych określeń i definicji określających czym w rzeczywistości jest *redukcja szkód*.

Skutkuje to tym, że wielu specjalistów pracujących w sferze rozwiązywania problemów osób uzależnionych od środków psychoaktywnych posługuje się określeniem *redukcja szkód*

⁷ Narodowy Program Zdrowia na lata 1996-2005, s. 47- 48

⁸ Tamże



jak pustym sloganem, z jednej strony deklarując realizację tego podejścia do swoich Pacjentów, a z drugiej - w praktyce zaprzeczając pryncypiom *redukcji szkód*.

W tym miejscu warto spróbować choćby w przybliżeniu wskazać na **szkody** związane z używaniem i nadużywaniem środków psychoaktywnych, które generalnie nie są jedynie szkodami zdrowotnymi, ale mogą obejmować wiele sfer życia. W pierwszej kolejności szkody te można podzielić na indywidualne i społeczne.

Do szkód indywidualnych Pacjentów uzależnionych od środków psychoaktywnych (legalnych bądź nielegalnych), rozpoznawanych gdy trafiają oni do leczenia odwykowego, a ma to zazwyczaj miejsce na etapie życia, gdy ich organizmy są bardzo psychofizycznie zdegradowane - możemy zaliczyć m.in. następujące problemy zdrowotne:

- choroby układu krążenia związane z iniekcyjnym przyjmowaniem narkotyków (choroby zatorowo zakrzepowe i powikłania);
- problemy stomatologiczne (ekstrakcje, leczenia kanałowe, protezowanie);
- choroby neurologiczne (obwodowe uszkodzenia nerwów o typie polineuropatii, wczesne i późne objawy pourazowe w obszarze czaszki, padaczki pourazowe i polekowe);
- choroby płuc (czynna gruźlica, astma);
- choroby zakaźne (HIV, HCV, HBS);
- choroby wskaźnikowe AIDS (bakteryjne zapalenia płuc, grzybice);
- choroby przewodu pokarmowego (uszkodzenia i stany zapalne wątroby, trzustki, stany zapalne z zanikaniem błony śluzowej żołądka, następowa anemia);
- u pacjentek problemy ginekologiczne (nadżerki, profilaktyka przeciwnowotworowa, cytologia);
- w zakresie opieki położniczej często patologia ciąży.

Oprócz przewlekłych zaniedbań zdrowotnych, wśród szkód indywidualnych można zauważyć niedostatki socjalne, takie jak ubóstwo, bezdomność, niedożywienie. Wielu pacjentów posiada ogromne deficyty w zakresie umiejętności społecznych, wykształcenia, kompetencji zawodowych. Marginalizacja i wykluczenie społeczne to także dotkliwe szkody przeżywane indywidualnie przez poszczególnych Pacjentów. Najdotkliwsze szkody to kalectwo, niepełnosprawność i przedwczesna śmierć.

Szkody społeczne związane z używaniem substancji psychoaktywnych występują w kilku obszarach życia społecznego, główne z nich to szkody w rodzinach i wspólnotach lokalnych (zaburzenia bądź całkowita utrata więzi), szkody ekonomiczne (koszty leczenia, utrzymywania Pacjentów w aresztach i zakładach karnych, renty, zasiłki socjalne), szkody w systemie prawno-karnym (nie skuteczne i nie wykonalne prawo, łatwy dostęp do narkotyków w jednostkach penitencjarnych).



Warto dodać, że wiele z opisanych trudności z jakimi borykają się osoby uzależnione w Polsce nie są koniecznym rezultatem samego spożywania środków psychoaktywnych, ale systemu prawnego jaki funkcjonuje w Polsce. Nasza ustawa antynarkotykowa, od momentu wprowadzenia przepisu o karaniu za posiadanie każdej ilości substancji psychoaktywnych, jest jedną z najbardziej restrykcyjnych w UE. Rezultatem tego jest zejście użytkowników do „podziemia” i kumulowanie się ich problemów społecznych i zdrowia publicznego. Innymi słowy, osoba uzależniona np. w Portugalii, gdzie polityka narkotykowa jest bardziej wyważona i mniej skupiona na ściganiu a bardziej na pomocy, ma mniejsze prawdopodobieństwo wyżej wymienionej degradacji niż uzależnieni w Polsce.

Principia redukcji szkód.

Na świecie najczęściej definiuje się *redukcję szkód* używając podobnych jak poniżej następujących pryncypialnych zasad:

1. Założeniem **redukcji szkód** jest to, że abstynencja narkotyczna nie zawsze jest najważniejszym i najbardziej odpowiednim sposobem pomocy osobom przyjmującym substancje psychoaktywne.
2. **Redukcja szkód** pomaga w każdej sytuacji w jakiej dana osoba aktualnie funkcjonuje.
3. **Redukcja szkód** zakłada, że osoby przyjmujące substancje psychoaktywne są w stanie kierować swoim zachowaniem i zmianą zachowań.
4. **Redukcja szkód** zakłada, że niektóre sposoby przyjmowania substancji psychoaktywnych są bezpieczniejsze niż inne.
5. **Redukcja szkód** włącza osoby przyjmujące substancje psychoaktywne w tworzenie strategii i sposobów pomocy tym osobom.
6. Aby działać efektywnie **redukcja szkód** bierze pod uwagę środowisko i warunki, w jakich znajduje się osoba przyjmująca substancje psychoaktywne.⁹

Wobec powyższego *redukcja szkód* to wszelkie działania podjęte w celu zmniejszenia szkód lub ich ryzyka u osób przyjmujących substancje psychoaktywne, ich rodzin i społeczności.

⁹ W Polsce powyższe zasady upowszechnili założyciele Polskiej Sieci Redukcji Szkód – stow. nie zarejestrowanego (Marek Beniowski, Andrzej Kaciuba, Grzegorz Wodowski, Marek Zygałdo) czerpiąc z definicji opracowanych przez Harm Reduction Coalition <http://www.harmreduction.org/article.php?list=type&type=62>



Redukcja szkód w praktyce.

Współczesna praktyka *redukcji szkód* konstruowana jest na czterech głównych filarach jakimi są: edukacja o narkotykach (*drug education*), praca w środowisku (*otreach work*), terapia substytucyjna i redukcji szkód w psychoterapii (*Harm Reduction Psychotherapy*).

Edukacja o narkotykach (*drug education*).

Edukacja o narkotykach w *redukcji szkód* powinna zawierać możliwie wszystkie prawdziwe informacje przydatne Pacjentowi w podejmowaniu jego decyzji odnośnie przyjmowania środków psychoaktywnych.

Praca w środowisku (*outreach work*).

- ✓ Uliczna wymiana igieł i strzykawek
- ✓ Wtórna wymiana igieł i strzykawek (*secondary needle excchange*).
- ✓ Bezpieczniejsze iniekcje (*safer injections*).
- ✓ Profilaktyka przedawkowań.

Leczenie substytucyjne.

Trzecim filarem redukcji szkód, jest leczenie substytucyjne. Ta forma pomocy osobom uzależnionym od heroiny przynosi bardzo wiele pożytków. Wyłącza Pacjenta z kręgu kryminalizacji, gdy ten otrzymuje legalny lek (substytut) w miejsce nielegalnego narkotyku. Pokarmowa droga przyjmowania leku chroni przed infekcjami wirusowymi przekazywanymi przy iniekcjach. Pacjenci stosując leki substytucyjne rzadziej przedawkowują. Dobrze ustawiona dawka leku pozwala Pacjentowi normalnie funkcjonować, co ma szczególne znaczenie w podejmowaniu pracy.

„mimo, że leczenie metadonem jest jedną z najlepiej opisanych procedur leczniczych na świecie – wywołuje nadal liczne kontrowersje natury ideologicznej, niekoniecznie merytorycznej. Chyba najwyraźniej widać, że przeszkody te zostały pokonane w krajach Europy Zachodniej. Tam pragmatyzm w podejściu do fenomenu, jakim jest używanie narkotyków i skoncentrowanie się na szkodach wynikających z ich konsumpcji wzięły górę na myśleniem życzeniowym i pustym moralizatorstwem”.¹⁰

W leczeniu substytucyjnym uzależnienia od psychoaktywnych alkaloidów opium (opiatów) stosowanych może być kilka leków: metadon, laam, subuxone, buprenorfina, czysta

¹⁰ „szczypta naszej nadziei”, Leczenie substytucyjne uzależnionych od opiatów w Krakowie, 2000-2007, Red. Jan Chrostek Maj, Grzegorz Wodowski, Stowarzyszenie Życzliwa Dłoń, Kraków 2008.



morfina, czysta heroina. W Polsce w programach substytucyjnych legalnymi środkami pozostają metadon i subuxone.

Jak podaje Dyrektor krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii P. Piotr Jabłoński:

„W roku 2008 leczenie substytucyjne stało się dostępne dla około 1200 pacjentów, którzy korzystają z pomocy 16 programów zlokalizowanych w 12 miastach Polski. Świadczenia lecznicze oferowane są głównie w 14-stu programach realizowanych przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej oraz przez 2 programy o charakterze niepublicznym. Leczenie zastępcze dostępne jest również dla grupy ponad 20 osób przebywających w jednostkach penitencjarnych Służby Więziennej. Wszystkie, zarejestrowane zgodnie z prawem programy lecznicze, używają dla potrzeb substytucyjnych metadonu, choć istniejące rozwiązania legislacyjne dopuszczają stosowanie innych leków podtrzymujących”.¹¹

Przyszłość leczenia substytucyjnego, to wielość i różnorodność programów wszędzie tam gdzie są potrzebne, integracja zawodowa operatorów programów substytucyjnych, zintegrowana komputerowa baza danych w programach, pozwalająca Pacjentom korzystać z dowolnego programu, ze swoja „kartą chipową”.

Redukcji Szkód w Psychoterapii (*Harm Reduction Psychotherapy*).

Redukcja szkód w psychoterapii to bardzo ważny – czwarty filar filozofii redukcji szkód. Jak twierdzi dr Andrew Tatarsky¹², jeden ze światowych pionierów stosowania pryncypiów redukcji szkód w psychoterapii : „Redukcja szkód jest na polu terapii uzależnień najnowszym rozwiązaniem. Zwiastuje zmianę paradygmatu w sposobie rozumienia i reagowania na problemy alkoholowe i narkotykowe. Odrzuca argumentację, że najlepszym i jedynym celem dla alkoholików i narkomanów jest abstynencja. (...) Polega na podejmowaniu stopniowych małych kroków w kierunku jak największego zmniejszenia szkody w odniesieniu do konkretnej osoby w danym czasie”.¹³

Jednym z ważniejszych efektów tego podejścia jest szerszy dostęp do terapii, także dla większości osób przyjmujących środki psychoaktywne, szczególnie tych, które nie mają gotowości do natychmiastowej i bezwarunkowej abstynencji, i dla których przyjmowanie tych środków stanowi sposób rozwiązywania ich własnych trudnych problemów.

¹¹ Tamże

¹² <http://www.andrewtatarsky.com/>

¹³ „Redukcja szkód w psychoterapii”, Nowe podejście w leczeniu uzależnień od narkotyków i alkoholu, Redakcja Andrew Tatarsky, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2007.

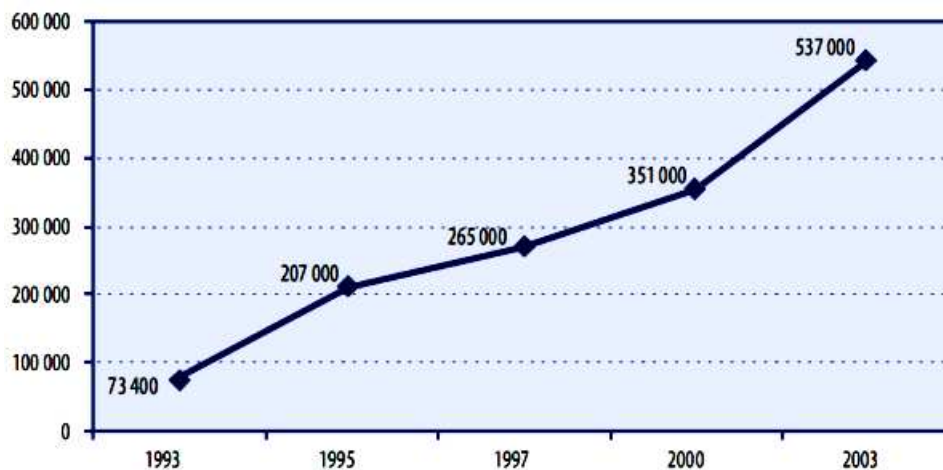


Budując na powyższych filarach redukcji szkód sztukę pomocy osobom przyjmujących środki psychoaktywne - sięgamy po holistyczne podejście do problemu, jego definicji i sposobów jego rozwiązywania.

Miesięczny koszt pobytu pacjenta w ośrodku stacjonarnym to 2500 – 3000 PLN. W skali roku ok. 35 tys. a mnożąc przez 15 tys. pacjentów otrzymujemy ok. 0,5 miliarda PLN .

W leczeniu substytucyjnym w Polsce uczestniczy aktualnie ok. 1500 osób uzależnionych od heroiny. Miesięczny koszt leczenia w programie metadonowy wynosi ok. 1700 PLN, w skali roku wynosi ok.. 20 tys. a mnożąc przez 1500 osób otrzymujemy w skali kraju ok. 30 milionów.

Oprócz metadonu w substytucji używa się także buprenorfiny, która została wprowadzona do leczenia 10 lat temu. Środek ten jest szeroko stosowany np. we Francji. W niektórych krajach (w Niemczech, Hiszpanii, Holandii i Wielkiej Brytanii) do substytucji stosowana jest także heroina. Ta metoda nadal wzbudza kontrowersje.



Wykres 1. Liczba osób objętych leczeniem substytucyjnym w Europie (EU-15) w latach 1993–2003.
Źródło: EMCDDA – National Reports by Reitox Focal Points (including Standard Table on Treatment in 2003).

2.) Rekomendacje z raportu na temat badań ankietowych w środowisku pacjentów.

Szczegółowa diagnoza i analiza problemu przedstawiona w opublikowanym raporcie projektu „Ekstremalna Wyprawa” potwierdzają hipotezę, iż sporty ekstremalne są w stanie zastąpić młodym ludziom narkotyki, używki, przemoc i skierować ich uwagę na inne sposoby "uzyskiwania" adrenaliny. Jeśli zostaną włączone do istniejącej oferty terapeutycznej to będą stanowiły istotny, wspierający terapię komponent.

Badania potwierdzają również zapotrzebowanie na działania zmniejszające wykluczenie społeczne i zwiększające szanse znalezienia pracy przez osoby uzależnione, które kończą leczenie i starają się podejmować odpowiedzialne role społeczne.



Dodatkowo, na podstawie odpowiedzi kwestionariusza badawczego stwierdzono duży deficyt w obecnie istniejącej ofercie terapeutycznej w obszarze prowadzenia grup przemocy.

3.) Rekomendacje po spotkaniu z potencjalnymi beneficjentami projektu

Przedstawione elementy projektu spotkały się z dużym zainteresowaniem wśród obecnych odbiorców programu terapeutycznego realizowanego w ośrodku leczenia stacjonarnego.

Inaczej przedstawia się grupa docelowa pod względem wiekowym, niż zakładano w raporcie badawczym. Okazuje się, że grupa docelowa wykazuje się nieco innymi cechami niż stwierdzono to na etapie prac w fazie przygotowawczej projektu pod względem wiekowym. Bardziej zasadne jest zaproponowanie udziału w projekcie osobom uzależnionym w wieku od 18 do 35 r. ż., ponieważ wśród tej grupy osób stwierdzono największe zainteresowanie udziałem w projekcie i jest to najliczniejsza grupa potencjalnych odbiorców projektu.

B/ Komponenty wzbożające oferty terapeutyczne

1. Nauka umiejętności przydatnych na otwartym rynku pracy po zakończeniu terapii

Narkomania jest z jednej strony wyrazem społecznego nieprzystosowania, a z drugiej pogłębia ten proces. Młody człowiek, który od stawianych mu wymagań i trudów okresu dojrzewania uciekł w narkotyki, bardzo szybko „wypada” z ról społecznych; wcześniej zrywa kontakty z rodziną, wchodzi w konflikt z otoczeniem. Wraz z rozwojem uzależnienia pojawiają się kolejne problemy: rezygnacja z nauki lub pracy, konflikty z prawem, wtopienie się w narkomańską subkulturę. Zwykle taki stan trwa od kilku do kilkunastu lat. Gdy po tym czasie człowiek trafia na terapię i podejmuje trud leczenia, koncentruje się na deficytach emocjonalnych. Po leczeniu ma zadanie usamodzielnić się zwykle w nowym miejscu, znaleźć pracę, dom i nowych znajomych. Rzadko zdarza się, by w trakcie pobytu w placówce stacjonarnej mógł zwiększyć swoje kompetencje zawodowe, poprzez kursy doszkalające. To sprawia, że pierwszy rok poza ośrodkiem okazuje się walką o byt i wielu pacjentów nie wytrzymuje deprivacji materialnej, czy frustracji tym spowodowanej, przez co wraca do nałogu.

Projekt zakłada utworzenie warsztatów zawodowych oraz kursów adaptacji do wymagań rynku pracy oraz spotkań z doradcą zawodowym.

- a. Wzmocnienie kompetencji osobowościowych
- b. Edukacja w zakresie prawa pracy
- c. Uzyskanie lub doskonalenie kompetencji zawodowych



2. Zajęcia edukacyjne w zakresie profilaktyki przemocy domowej i terapia ofiar przemocy

Beneficjentom projektu zostanie zaproponowana praca terapeutyczna w obszarze przemocy w warunkach ośrodka stacjonarnego leczenia uzależnień. Zajęcia edukacyjne mają na celu zmotywować uczestnika do ujawnienia faktu bycia ofiarą przemocy, a terapia grupowa ma polegać na autodiagnozie i zwiększeniu wglądu w rozumienie zjawiska bycia ofiarą i uwolnieniu się od skutków bycia ofiarą: redukcji objawów PTSD (Zespół Stresu Pourazowego) i takich zachowań, które są destrukcyjne w dorosłości, a wynikają z faktu doświadczenia przemocy.

Praca terapeutyczna proponowana w projekcie polega na ujawnieniu doświadczeń przemocowych i eksploracji najtrudniejszych momentów w pamięci o traumie (sytuacji najbardziej skojarzonych lękowo, tzw. flashback), kilkukrotnym odtwarzaniu sytuacji przemocy z przeszłości

w najdrobniejszych detalach (ekspozycja wyobrażeniowa- celowe wywołanie lęku), głośno w obecności terapeuty obdarzonego zaufaniem i w bezpiecznych warunkach sprzyjających jak najrealniejszym odtworzeniem faktów (pamięć sytuacyjna), by uczucia były jak najbliższe tym z dzieciństwa, ale doświadczane przez już dorosłą osobę i z tej perspektywy jeszcze raz poddane odreagowaniu. Z punktu widzenia dorosłego jest spora szansa, że beneficjent nabierze innego rozumienia tych samych faktów (normalizacja myślenia), bardziej dojrzałe i konstruktywnie, co złagodzi objawy PTSD, reakcje lękowe w postaci agresji, a doświadczenie podzielenia się tym z terapeutą, obniży poziom poczucia stygmatyzacji i napiętnowania (adekwatna integracja przeżyć traumy z obrazem siebie, transformacja sensu urazu). W ten sposób beneficjent dokona zmiany w strukturze poznawczej urazu i odzyska kontrolę na swoim życiu (ponieważ będzie w stanie kierować swoim wyobrażeniem po oswojeniu się z odtwarzaniem traumy i mniej dokuczliwe staną się natrętne myśli, impulsywność zachowania, itp). W efekcie w umyśle odbiorcy tych oddziaływań powstanie nowy rodzaj pamięci dot. traumy, której towarzyszyć będzie mniejszy lęk, mniejsze poczucie wstydu, większy dystans do postrzegania siebie jako ofiary, a bardziej jako osoby, która przeżyła uraz.

a. Warsztaty edukacyjne na temat zachowań przemocowych

Warsztaty edukacyjne będą polegać na pogłębianiu wiedzy uczestników na temat skutków doświadczania przemocy w roli ofiary i/lub sprawcy. Obszar edukacji obejmuje:

- i. Rozumienie zjawiska przemocy fizycznej, psychologicznej oraz ekonomicznej
- ii. Rozumienie mechanizmu „kodowania adrenaliny” na skutek doświadczania przemocy
- iii. Rozumienie stereotypowego modelu agresywnej męskości w rodzinie – dziedziczenie problemu



- iv. Rozumienie znaczenia bycia odpowiedzialnym vs. bycia winnym
- v. Rozumienie zjawiska lęku przed ujawnianiem: wewnętrzny nakaz „tabu”, autostygmatyzacja, poczucie bycia „innym”, gorszym.
- vi. Rozumienie sposobu ujawniania doświadczeń przemocy w grupie terapeutycznej
- vii. Rozumienie sensu ujawniania tych doświadczeń i zysków z tego wynikających
- viii. Rozumienie zjawiska konfrontacji z obiektem w warunkach bezpiecznych terapeutycznie

b. Diagnostyka

Dobrze postawiona diagnoza jest warunkiem powodzenia tego elementu projektu. Zagadnienia najważniejsze w tej materii to diagnoza psychologiczna oraz mapa problemów uczestnika projektu. Efektem tego będzie opracowanie wspólnie z beneficjentem indywidualnego planu działań terapeutycznych służących rozwojowi zmian w jego życiu. Rozwiązywanie problemów beneficjenta zaczyna się od ich nazwania, toteż pomoc mu w identyfikacji nieraz podświadomych obszarów jego osobowości, często wypartych, bolesnych doświadczeń, jest niezbędna, by „ruszyć z miejsca”, by podjąć trud pracy nad sobą, by przepracować wszystkie traumy tak głęboko, jak to jest możliwe.

c. Motywacja do udziału w grupie terapeutycznej

Zakładamy, że wystarczającą motywacją będą działania edukacyjne w tym obszarze oraz ustanowienia uczestnictwa w tym elemencie projektu jako warunku do odbycia kursu sportów ekstremalnych

d. Praca w grupie terapeutycznej

- i. Kontrakt,
- ii. Wspólne oglądanie filmu „PRĘGI”,
- iii. Zajęcia grupowe,
- iv. Przygotowanie konfrontacji ze sprawcami przemocy,
- v. Konfrontacja w wersji psychodramy,
- vi. Zakończenie kontraktu,

3. Terapia z wykorzystaniem „przeżycia emocji w afekcie”

a. Metodologiczne podstawy

Z dotychczasowych doświadczeń najtrudniej osiąganą zmianą z pracą terapeutyczną w obszarze przemocy jest redukcja zachowań dążących do zaspokojenia wysokiego zapotrzebowania na stymulację, często polegających na działaniu agresywnym lub ryzykownym. Pomyślnie rozwikłany konflikt „uwięzionego dziecka”- ofiary przemocy, wglądowa autodiagnoza beneficjenta i zmiana perspektywy postrzegania zjawiska przemocy, nie gwarantuje zahamowania zachowań afektywnych.



Doświadczenie uczy, że trzeźwiejący pacjenci nadal poszukują wrażeń. Szukają takiej przestrzeni życiowej, w której mogliby ich doświadczyć w zdrowy sposób. Jedni dążą do kupna motoru, inni na własną rękę angażują się w sporty ekstremalne lub szukają takiej pracy, która nie jest monotonna. Jeszcze inni wierzą, że mechanizm regulowania uczuć można zatrzymać i szukają satysfakcji w monotonnym życiu. Bywa, że szczytem marzeń jest założenie rodziny i normalna praca, a gdy to osiągają, cały czas „czegoś” im brakuje. Niestety, są i takie przypadki, kiedy to „coś” zaczyna przerażać się w prowokowanie awantur w stworzonej rodzinie, przemoc wobec bliskich, ryzykowne zachowania w poszukiwaniu wrażeń. Efektem są straty moralne i materialne, ponowna degradacja psychiczna, cierpienie z tego powodu i szukanie ulgi w alkoholu oraz narkotykach.

Tak rozumiany problem gruntuje przekonanie, że terapia wsparta technikami opartymi na afekcie w celu nauczenia pacjenta zaspakajania zapotrzebowania na stymulację w konstruktywny sposób, a nie uczenia go życia w braku stymulacji, do której był przyzwyczajony od dzieciństwa, daje nadzieję na lepsze efekty w terapii.

Projekt jest skierowany na takie działania, które pozwolą zaspokajać w kodowane w dzieciństwie zapotrzebowanie na stymulację w sposób konstruktywny, z dala od narkotyków. W efekcie wśród beneficjentów zmniejszy się liczba osób doświadczających nawrót choroby.

b. Przygotowanie do uczestnictwa w doświadczeniu afektywnym

Warunkiem uczestniczenia w sportach ekstremalnych dla każdego beneficjenta projektu będzie przejście badań lekarskich stwierdzających brak przeciwwskazań do udziału. Kolejnym warunkiem przygotowanym dla uczestników będzie ukończenie warsztatów zawodowych zaplanowanych w projekcie oraz grup edukacyjno-terapeutycznych w obszarze przemocy.

Kursanci zostaną zobowiązani do wzięcia pełnej odpowiedzialności za własne decyzje i poniesienia ewentualnych konsekwencji związanych ze doświadczeniem sportów ekstremalnych. Świadomość niebezpieczeństwa oraz niepewność co do skutków przedsięwzięcia powinna stać się źródłem skrajnych emocji. Takie wymuszenie uważności, zarówno w stosunku do rzeczywistości, jak i stanów własnego ciała pełnić ma rolę analogiczną do tej, jaką pełnią narkotyki.

Osobne przygotowanie będzie dotyczyło terapeutów. Oprócz korzystania z „podręcznika terapii uzupełniającej”, będą mogli uczestniczyć w stażach poznawania metod pracy w grupie terapeutycznej dla ofiar przemocy.



C/ Ewaluacja

Zakwalifikowani beneficjenci projektu wypełnią karty uczestnictwa przed przystąpieniem do projektu, w których zawarte będą dane identyfikacyjne, osobowe, historia i rodzaj uzależnienia, dotychczasowe doświadczenia leczenia choroby, subiektywna ocena skuteczności technik terapeutycznych.

Po ukończeniu kolejnych etapów projektu beneficjenci zostaną zobligowani do wypełnienia anonimowych ankiet ewaluacyjnych zawierających pytania dotyczące korzyści z odbytego kursu oraz poziomu zaspokojenia oczekiwań.

Ewaluacja w końcowym zestawieniu ma wykazać czy:

- kursy dotyczące uzawodowienia zwiększyły kompetencje beneficjentów do pozyskania pracy lub czy zwiększyła się subiektywna ocena własnych możliwości do poruszania się na rynku pracy, znalezienia pracy
- grupa edukacyjno – terapeutyczna w obszarze przemocy zmieniła sposób rozumienia doświadczenia przemocy, zwiększyła wgląd, przyniosła korzyści w codziennym funkcjonowaniu emocjonalnym
- kursy sportowe zaspokajają zapotrzebowanie na adrenalinę, są źródłem rozładowania napięcia, wpływają pozytywnie na redukcję zachowań agresywnych, zmniejszają ryzyko wystąpienia nawrotu choroby

CELE, które powinny być osiągnięte w projekcie:

Cel główny zostanie osiągnięty dzięki realizacji celów szczegółowych:

1. umożliwienie odbiorcom korzystania z alternatywnych i pozytywnych metod rozładowywania negatywnych emocji dzięki uczestnictwie w kursach sportów ekstremalnych
2. zwiększenie motywacji oraz dostarczenie umiejętności poruszania się na rynku pracy odbiorcom poprzez udział w warsztatach motywacyjnych
3. zwiększenie wiedzy odbiorców na temat funkcjonowania rynku pracy oraz własnych kompetencji zawodowych w zakresie podjęcia pracy
4. podwyższenie kwalifikacji zawodowych odbiorców poprzez udział w kursach zawodowych
5. uświadomienie negatywnych konsekwencji zachowań agresywnych dla najbliższego otoczenia odbiorców



6. zwiększenie wiedzy użytkowników na temat metod zapobiegania wykluczeniu społecznemu
7. dostarczenie użytkownikom nowych umiejętności z zakresu doradztwa zawodowego.

Zakończenie.

W trakcie trwania projektu będą miały miejsce cykliczne spotkania realizatorów, uczestników i odbiorców projektu. Uwzględniamy także czas na dokonywanie poprawek wynikających z informacji zwrotnych uzyskiwanych w toku tych konsultacji.

Ostateczną wersją produktu końcowego będzie „podręcznik terapii uzupełniającej”, zawierający szczegółowe opracowania dotyczące motywacji do zmiany oraz sposobów implementacji poszczególnych komponentów, w tym: rekrutacji, diagnostyki, prowadzenia grupy terapeutycznej dla ofiar przemocy, warunków udziału w sportach ekstremalnych, nauki kompetencji społecznych przydatnych na rynku pracy oraz uzawodowienia lub podnoszenia kwalifikacji zawodowych.



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

LIDER:
Formac Polonia Sp. z o.o.
ul. Podskale 2,
30- 522 Kraków
tel./fax. 12 269 00 89



PARTNER:
Krakowskie Towarzystwo
Pomocy Uzależnionym
ul. Św. Katarzyny 3
31-063 Kraków
tel./fax: 12 430 59 64