

Stowarzyszenie Solidarni „PLUS”

STRATEGIA WDRAŻANIA PROJEKTU INNOWACYJNEGO TESTUJĄCEGO

pt. „Uzależniony dziś – nowa perspektywa osoby, terapii, zapobiegania”

Darżewo, czerwiec 2011

I. UZASADNIENIE

Realizowany projekt powstał w oparciu o problemy środowiska występującego w otoczeniu osób uzależnionych i obejmuje:

1. Niedostosowanie oferty terapeutycznej do różnorodności potrzeb osób uzależnionych.

Lecznictwo powinno być przystosowane do rzeczywistych problemów i potrzeb osoby uzależnionej, bo tylko wówczas powrót osoby do normalnego życia ma szansę zaistnieć. W Polsce najbardziej powszechnym modelem leczenia uzależnień jest terapia stacjonarna oparta na całkowitej abstynencji i prowadzona metodą społeczności terapeutycznej. W Polsce działa 85 ośrodków stacjonarnych oraz 295 placówek ambulatoryjnych (w woj. zachodniopomorskim odpowiednio 7 i 15). Ponadto świadczenia dla osób uzależnionych od narkotyków udzielają: oddziały detoksykacyjne, programy redukcji szkód, oddziały terapeutyczne. Wśród uzależnionych dominują osoby młode (do 35 lat). Na podstawie badań przeprowadzonych przez Instytutu Psychiatrii i Neurologii na zlecenie Krajowego Biura ds. PN „Oszacowanie liczby problemowych użytkowników narkotyków i analiza wzorów używania narkotyków...”, J. Sierosławski, W-wa 2007 stwierdzono: „Istnieje potrzeba przeorientowania istniejącej oferty terapeutycznej w sposób uwzględniający potrzeby klienta. W wielu placówkach narkomanii traktowani są zbyt przedmiotowo, jak obiekty które trzeba w wyniku „obróbki terapeutycznej” zmienić...” **Na podstawie przeprowadzonego badania, w I etapie realizacji projektu można wysnuć następujące wnioski:**

- 92,75 % czyli 1113 osób nie korzystało w przeciągu ostatniego roku z profesjonalnej pomocy.
- Zastanawia fakt, że 113 osób przebywających w ośrodkach nie odpowiedziało twierdząco, na pytanie o korzystanie z profesjonalnej pomocy. W przypadku ankiet przeprowadzanych w ośrodku badani pytani byli o korzystanie z pomocy w roku poprzedzającym przyjazd do ośrodka. Oznacza to, że dla 56,5% badanych, pacjentów ośrodków, pobyt w nim jest pierwszą próbą uzyskania profesjonalnej pomocy. Potwierdza to zapisy we wniosku o dofinansowanie.
- Z 87 osób, które odpowiedziały twierdząco na pytanie o korzystanie z profesjonalnej pomocy z powodu problemów wynikających z picia alkoholu bądź zażywania innej substancji psychoaktywnej, 38 osób (44%) odpowiedziało, że nie było zadowolone z pomocy i nie odpowiadała ona ich potrzebom, 32 osoby (37%) były z niej zadowolone, natomiast 17 (19%) osób nie udzieliło odpowiedzi. Potwierdza to zapisy we wniosku o dofinansowanie.
- 5,8%, czyli 58 osób badanych spoza ośrodków odpowiedziało twierdząco na pytanie „Czy wydaje Ci się, że możesz mieć problem z używaniem alkoholu, dopalaczy lub innych substancji psychoaktywnych?” podczas, gdy żaden z badanych (0%) nie odpowiedział twierdząco na pytanie „Czy w przeciągu ostatniego roku szukałeś profesjonalnej pomocy z powodu problemów wynikających z picia alkoholu bądź zażywania innej substancji?”. Można więc przypuszczać, że skoro

58% badanych zauważa u siebie problem z używaniem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych, a żaden z nich nie korzysta z jakiegokolwiek profesjonalnej pomocy, to między innymi oferta jaka jest do nich kierowana nie spełnia ich potrzeb, jest niedostosowana.

➤ Wśród badanych z ośrodków terapii na pytanie „Czy w przeciągu ostatniego roku szukałeś profesjonalnej pomocy z powodu problemów wynikających z picia alkoholu bądź zażywania innej substancji?” 56,5% (113 osób) z nich odpowiedziało przecząco, natomiast 43,5% (87 osób) twierdząco.

➤ Na pytanie „Jeśli szukałeś profesjonalnej pomocy, to czy byłeś z niej zadowolony, czy odpowiadała ona twoim potrzebom?” dotyczyło zaspokojenia potrzeb osób uzależnionych, które korzystały z profesjonalnej pomocy, 53% badanych nie było z niej zadowolonych

2. Zmieniający się profil osoby uzależnionej i potrzeby

Powyższy problem wynika między innymi ze zmieniającego się profilu osoby uzależnionej i zmiany jej potrzeb. Następuje również zmiana struktury wiekowej i społecznej osób używających narkotyki. Coraz częściej po narkotyki sięgają ludzie młodzi, aktywni. W ostatnich latach zmieniła się perspektywa sięgania po środki psychoaktywne, gdzie ze zwykłej chęci eksperymentowania, młodzieńczego buntu, narkotyki, dopalacze i alkohol stają się sposobem na uniknięcie odpowiedzialności, są one metodą na radzenie sobie z trudnościami i stresem dnia codziennego. Niesie to ze sobą ryzyko rezygnacji bądź dewaluacji zastanych wartości. Praca, szkoła, rodzina, religia schodzą na dalszy plan. Młodzi ludzie wycofują się z ról społecznych na rzecz beczynności, marazmu, obojętności. Pojawia się moda na „luz”, przeżywanie mocnych wrażeń za pomocą łatwo dostępnych i coraz bardziej niebezpiecznych narkotyków i dopalaczy. Badania przeprowadzone zostały na grupie odpowiadającej powyższej strukturze i rysowi.

Wiek: 17 lat i mniej – 576 osób, 18-25 – 521 osoby, 26-35 – 88 osób, Powyżej 35 lat – 15 osób

Płeć: 51.58% [619] mężczyzna, 48.41% [581] kobieta

Wykształcenie: 50.58% [607] gimnazjalne, 27.41% [329] podstawowe, 13.66% [164] średnie (matura), 3.66% [44] niepełne wyższe (np. licencjat), 2.75% [33] zawodowe, 1.91% [23] niepełne średnie, 0% [0] wyższe

3. Zmieniający się wzór użytkowania środków psychoaktywnych

Dane z Raportu Krajowego 2009, Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii wskazują na 63,2% pacjentów kwalifikujących się do kategorii „mieszane i nieokreślone” (diagnoza F19 wg. ICD10) wśród osób zgłaszających się do leczenia. Obecny system nie umożliwia zweryfikowania, jakich substancji używają osoby, którym postawiono diagnozę F19. Informacje te pokrywają się z badaniami dotyczącymi młodzieży. Młodzi respondenci badania stanowią grupę tzw. politoksykomanów eksperymentatorów (użytkownicy narkotyków, którzy posiadają różnorodne doświadczenia z wieloma środkami, względnie dobrze zintegrowani społecznie). Używanie kilku

substancji na raz w ich przypadku służy poszukiwaniu nowego, unikatowego efektu (pobudzenia, “podkręcenia”. Z przeprowadzonych badań w I etapie realizacji projektu dot. używania więcej niż 40 razy lub 20-39 razy w ostatnich 30 dniach, co może wskazywać na nadużywanie lub uzależnienie uzyskano następujące dane: 7,66% używało alkoholu, 7,49% używało marihuany, 3,91% używało amfetaminy, 1,10% używało heroiny, 0,41% używało extasy, 0,49% używało LSD, 1,07% używało kokainy, 0,41% używało dopalaczy-mieszanek, 0,82% używało dopalaczy – tabletek, 1,49% używało dopalaczy – proszków, 0,16% używało sterydów anabolicznych, 1,91% używało leki uspakajające lub nasenne, 0,41% używało substancji wziewnych, 0,66% używało leków przeciwkaszlowych.

Spośród badanych, 38% łączyło co najmniej dwie substancje psychoaktywne za jednym razem. Najczęściej wymieniane były: alkohol, marihuana, amfetamina. Stąd kolejne analizy dotyczące powyższych substancji. Z przeprowadzonych badań wynika:

- **65,96%** osób, które są uzależnione lub nadużywają amfetaminy jest uzależnione bądź nadużywa marihuany. Liczba ta stanowi 2,58% ogółu badanych (31 osób na 1200). Stosowanie łączne obu substancji.
- **71,05%** osób, które są uzależnione lub nadużywają amfetaminy jest uzależnione bądź nadużywa marihuany. Liczba ta stanowi 4,5% ogółu badanych (54 osoby na 1200). Stosowanie zamienne obu substancji.
- **46,8%** osób, które są uzależnione lub nadużywają amfetaminy jest uzależnione bądź nadużywa alkoholu. Liczba ta stanowi 1,83% ogółu badanych (22 osoby na 1200). Stosowanie łączne obu substancji.
- **57,89%** osób, które są uzależnione lub nadużywają amfetaminy jest uzależnione bądź nadużywa alkoholu. Liczba ta stanowi 3,67% ogółu badanych (44 osoby na 1200). Stosowanie zamienne obu substancji.
- **36%** osób, które są uzależnione lub nadużywają marihuany jest uzależnione bądź nadużywa alkoholu. Liczba ta stanowi 3% ogółu badanych (36 osób na 1200). Stosowanie łączne obu substancji.
- **51,14%** osób, które są uzależnione lub nadużywają marihuany jest uzależnione bądź nadużywa alkoholu. Liczba ta stanowi 5,58% ogółu badanych (67 osób na 1200). Stosowanie zamienne obu substancji.

Wszystkie analizy wskazują jak dużym problemem jest łączenie, stosowanie zamienne środków psychoaktywnych.

4. Na etapie wnioskowania o dofinansowanie bardzo wyraźnie zarysował się problem używania dopalaczy, rozprzestrzeniania się handlu tymi środkami. **Prawodawstwo krajowe** wykazywało się małą elastycznością. Kolejne miesiące wprowadziły ogromne zmiany. Szybka i radykalna reakcja

Rządu na sytuację dopalaczy w Polsce, która miała miejsce w 2010 r. doprowadziła do zamknięcia sklepów z dopalaczami oraz zakazu handlu w Internecie. Porównując, że prawie 26% badanych kiedykolwiek zażywało dopalacze, a jedynie 2,66% badanych kupowało je w przeciągu czterech miesięcy poprzedzających badanie, można wysnuć wniosek, że obecnie nie ma swobodnego dostępu do dopalaczy.

II. CEL WPROWADZENIA INNOWACJI

Cel ogólny: Zwiększenie oferty ośrodka Rehabilitacyjno – Postresocjalizacyjnego w Darzewie oraz poprawa sytuacji osób uzależnionych od środków psychoaktywnych poprzez wypracowanie modelu pracy z pacjentem oraz działania zwiększające świadomość społeczną nt. uzależnień.

Cele szczegółowe:

- określenie potencjalnej charakterystyki osób uzależnionych w woj. zachodniopomorskim
- wypracowanie modelu pracy z pacjentem uzależnionym i eksperymentującym z wieloma substancjami psychoaktywnymi w tym alkoholem i dopalaczami
- poprawa świadomości społecznej nt. uzależnień
- nawiązanie dialogu z samorządami

Realizacja celów powinna być odzwierciedleniem przyszłej rzeczywistości. Dla każdego z celów powinien odpowiednio zostać osiągnięty stan docelowy:

- a) złożenie dokumentacji do Urzędu Wojewódzkiego dotyczącej rejestracji oddziału leczenia krótkoterminowego oraz złożenie dokumentacji kontraktowej do NFZ w konkursie ofert.
- b) opracowanie (potencjalnej) charakterystyki osób uzależnionych, które będą korzystać z leczenia w oddziale na podstawie badań ankietowych przeprowadzonych w I etapie realizacji projektu.
- c) stworzenie modelu pracy z pacjentem uzależnionym i eksperymentującym z wieloma substancjami psychoaktywnymi w tym alkoholem i dopalaczami w postaci krótkoterminowego programu terapeutyczno/ motywacyjno/edukacyjnym.
- d) zwiększenie świadomości wśród osób biorących udział w spotkaniach i konferencji
- e) przeprowadzenie 16 wizyt w samorządach

Weryfikacja celów będzie następować poprzez:

- a) Potwierdzenie złożenia dokumentacji w UW i NFZ – dokumentacja będzie składana przez koordynatora projektu w odpowiednich jednostkach rejestrujących i kontraktujących. Przygotowane zostanie pismo potwierdzające złożenie dokumentacji, stanowiące jednocześnie potwierdzenie realizacji celu. W przypadku rejestracji oddziału o osiągnięciu celu świadczyć będzie wpis w rejestrze zakładów opieki zdrowotnej.

- b) Dokument - charakterystyka osób uzależnionych, które będą korzystać z leczenia-sporządzony w oparciu o przeprowadzone badanie ankietowe w I etapie realizacji projektu oraz w oparciu o realizowany program testowy w ośrodku w Darżewie.
- c) Dokument - krótkoterminowy program terapeutyczno/edukacyjno/motywacyjny.
- d) Ankieta / lista obecności udziału w spotkaniach, konferencji– Wśród osób biorących udział w spotkaniach przeprowadzona zostanie ankieta nt. poziomu nabytej wiedzy (około 300 osób)
- e) Notatki ze spotkań

Wszystkie dokumenty znajdować się będą w Ośrodku Rehabilitacyjno – Postresocjalizacyjnym w Darżewie. Nie wszystkie cele nie dają się ściśle skwantyfikować i nie mają charakteru wskaźnikowego. O ich osiągnięciu świadczą konkretne produkty.

Wielkość wskaźnika na poziomie testowania; liczba osób, które zakończyły udział w projekcie określana będzie dla 120 osób (85% M i 15% K). Wartość docelowa wskaźnika wynosi 120 osób. Na poziomie wdrażania; liczba osób, które wzięły udział w spotkaniach określana będzie dla wartości docelowej 300 osób.

III. OPIS INNOWACJI, W TYM PRODUKTU FINALNEGO

Innowacyjność projektu polega na wypracowaniu modelu/programu krótkoterminowego pracy z osobami uzależnionymi/eksperymentującymi z różnymi środkami psychoaktywnymi. Wielu uzależnionych nie podejmuje leczenia, bądź też rezygnuje z niego z powodu braku odpowiedniej motywacji/edukacji, czego przyczyną jest brak odpowiedniej oferty na rynku. Dodatkowo ośrodki leczenia uzależnień, instytucje finansujące (NFZ), instytucje rządowe nie są przygotowane do elastycznych, szybkich zmian w środowisku osób uzależnionych, a ich reakcje na potrzeby w tym obszarze są opóźnione. Proponowanym rozwiązaniem jest 8 tygodniowy, krótkoterminowy, autorski program (przygotowany w formie opisu działań i metod), mający na celu wzbudzenie pożądanej motywacji, bądź wzmocnienie posiadanej, skoncentrowany na rozwiązaniu (celu) oferowany jako metoda pracy z osobami uzależnionymi i zagrożonymi uzależnieniem, będący alternatywną ofertą dla grupy współczesnych młodych używających, którzy z różnych przyczyn nie są gotowi na podjęcie długoterminowego leczenia, a programy ambulatoryjne są niewystarczające. Takie podejście oferuje pacjentowi doświadczenie pozytywnych zmian dostosowanych do różnorodności jego potrzeb w krótkim czasie. Młodzi ludzie nie są skłonni do zakotwiczenia się w programach wymagających długoterminowego odizolowania się od środowiska. Często poszukują szybkiego sposobu rozwiązania problemów, stają się twórcami metod pracy, na które jest zapotrzebowanie. Program komponuje się w niszę ofert terapeutycznych dla osób uzależnionych, proponując innowacyjne podejście. Kluczowym

podejściem programu jest jego dwutorowość oraz intensywność oddziaływań pod kątem ujawniania potrzeb osób uzależnionych, poszukiwania potencjału z równoczesnym wykorzystaniem tych czynników do uczenia się umiejętności interpersonalnych i intrapsychicznych. W dalszej kolejności oferta ta może stanowić etap wstępny-motywujący klienta do dalszej pracy w innych placówkach leczenia uzależnień. Program wpływa na poszerzenie oferty terapeutycznej dla osób uzależnionych, wypełnia lukę jeśli chodzi o ofertę dla wybranej grupy docelowej, poprzez terapię/motywację/edukację wpływa na rehabilitację osoby uzależnionej w obszarze jej deficytów społecznych. Został skonstruowany na bazie wcześniejszych doświadczeń i przy uwzględnieniu specyfiki grupy docelowej do jakiej jest kierowany.

Grupę docelową użytkowników stanowić będą:

- w wymiarze docelowym – środowisko terapeutów w woj. zachodniopomorskim (informacje o wypracowanym modelu zostaną przesłane do 7 placówek leczniczych), w tym pracownicy ośrodka w Darzewie (ok. 10 osób) do pracy z powstałym modelem, pracownicy Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, samorządów lokalnych (decydenci i pracownicy urzędów gmin, starostw i urzędu marszałkowskiego, wojewódzkiego) - około 100 osób - będą oni uczestnikami spotkań edukacyjnych oraz konferencji. Zaproszeni zostaną do współpracy w fazie wdrażania do głównego nurtu polityki listownie, telefonicznie
- w wymiarze upowszechniania - pracownicy projektu (koordynator, opiekunowie, terapeuci), uczniowie szkół oraz przedstawiciele grup zawodowych, którzy będą uczestnikami spotkań edukacyjnych (około 300 osób).
- w wymiarze testowania (równoznaczny z wymiarem testowania w grupie odbiorców). Wybór tej grupy użytkowników (odbiorców) nastąpił w wyniku wieloletniej pracy z pacjentami. Grupę docelową stanowić będą młode osoby uzależnione od środków psychoaktywnych w tym alkoholu i dopalaczy w wieku od 16 do 35 lat, które nie odnalazły się z sukcesem w innych systemach terapeutycznych np. ambulatoryjnych lub długoterminowych. Często są to osoby nieaktywne zawodowo, bezdomne, wywodzące się ze środowisk marginalizowanych, ubogich, w których stosuje się przemoc w rodzinie, ale również osoby które nie „wypadły” całkowicie z ról społecznych. Problemy dotyczące tej grupy są zazwyczaj krzyżowe, stąd tak szeroki jej zakres. Będą to osoby mieszkające na terenie woj. zachodniopomorskiego, rekrutowane spoza ośrodka. Rekrutacja do programu odbywała się będzie poprzez kontakty z instytucjami, które kierowały będą klientów do programu. Rozsyłane będą ulotki informacyjne nt. realizacji projektu, przeprowadzane rozmowy telefoniczne. Program realizowany będzie od 09.2011 do 08.2013 r. w 12 cyklach, każdy uczestnik przejdzie 8 tygodniowy cykl. Program

będzie tak skonstruowany, aby każda osoba mogła przejść wszystkie jego elementy. Średnio w programie uczestniczyć będzie 10 osób, łącznie programem objętych zostanie 120 osób (dostępne dane z Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006-2010 dotyczące oszacowania liczby użytkowników narkotyków wskazują, że udział kobiet wśród ogółu wynosi około 30% natomiast mężczyzn ponad 60%. Dane z ośrodka w Darzewie za 2009 r. wskazują że kobiety stanowią około 15% leczących się osób. Przyjęto, że około 85% uczestników programu stanowić będą mężczyźni i 15% kobiety). W czasie trwania programu uczestnicy będą mieszkali i uczestniczyli w zajęciach terapeutycznych na terenie ośrodka w Darzewie. Kryteria udziału w programie: uzależnienie, wiek-od 16 do 35 lat, osoby nieaktywne zawodowo, bezdomne, ubogie, przemoc w rodzinie, zam. na terenie woj. zachodniopomorskiego.

Grupę odbiorców produktu w wymiarze docelowym stanowić będą osoby uzależnione zgodnie z charakterystyką użytkowników przedstawioną w wymiarze testowania.

Warunkiem jaki musi być spełniony aby innowacja funkcjonowała na płaszczyźnie wewnętrznej jest rejestracja oddziały krótkoterminowego leczenia uzależnień. Natomiast dla środowiska zewnętrznego funkcjonowanie innowacji będzie warunkowane przeprowadzeniem spotkań w samorządach, z grupami zawodowymi oraz młodzieżą, przeprowadzenie konferencji.

Projekt ma w założeniu wypracowanie modelu pracy z pacjentem uzależnionym od środków psychoaktywnych oraz działania zwiększające świadomość społeczną nt. uzależnień. W konsekwencji całość innowacji po zakończeniu projektu ma się składać z rejestracji oddziały terapii krótkoterminowej leczenia uzależnienia od środków psychoaktywnych oraz wystąpieniu w konkursie ogłaszanym przez NFZ.

W procesie testowania ma zostać wypracowany model pracy z pacjentem uzależnionym od środków psychoaktywnych w szczególności kładąc nacisk na politoksykomanów, użytkowników dopalaczy oraz alkoholu, co jest kolejnym istotnym elementem innowacji. Program ma być skoncentrowany na motywacji oraz edukacji. Ma oddziaływać na szeroką grupę odbiorców, być dostosowany do ich potrzeb, w tym tendencji skracania czasu terapii od uzależnienia. Program ma zapewniać realizację realnych celów terapeutycznych.

Kolejną składową innowacji ma być współpraca z jednostkami samorządów lokalnych i zwiększenie świadomości społecznej. Formuła współpracy uległa zmianie. Początkowo zakładano iż działania koncentrować się będą na lobbowaniu na korzyść niewydawania zezwoleń na prowadzenie działalności handlu dopalaczami oraz wywieranie presji na już istniejące punkty doprowadzając do

zmniejszenia ich liczby. W obecnej sytuacji, po działaniach Rządu doprowadzających do zamknięcia sklepów z dopalaczami nie ma takiej konieczności cenne jest jednak nawiązanie współpracy z samorządami ze względu na późniejsze działania profilaktyczne, informacyjne.

Kolejne działania kierowane są do osób pracujących z uzależnionymi, które w sposób bezpośredni mogą wpłynąć na kształt oferty pomocowej oraz na instrumenty zewnętrzne warunkujące tą pomoc.

W efekcie innowacja ma poszerzyć ofertę pomocy dla osób uzależnionych, które z różnych powodów nie korzystają z innych form leczenia oraz wpłynąć na zwiększenie świadomości władz, grup zawodowych, młodzieży.

IV. PLAN DZIAŁAŃ W PROCESIE TESTOWANIA PRODUKTU FINALNEGO

Etap testowania będzie trwał 24 miesiące. Zakłada realizację 12 edycji 8 tygodniowych programów terapeutyczno/motywacyjno/edukacyjnych w ośrodku Darzewie.

W celu realizacji działania przeprowadzona zostanie rekrutacja osób do udziału w projekcie, którym zostanie zapewniona opieka socjalno-bytowa. Uczestnicy będą rekrutowani na podstawie zgłoszeń w sposób ciągły, w odpowiedzi na informacje programowe rozsyłane na bieżąco. Uczestnikami będą osoby mieszkające na terenie województwa zachodniopomorskiego. Rekrutacja do programu odbywała się będzie poprzez kontakty i współpracę następującymi instytucjami, które kierowały będą pacjentów do programu: poradnie dla osób uzależnionych, ośrodki leczenia uzależnień, Miejskie Ośrodki Pomocy Społecznej, Gminne Ośrodki Pomocy Społecznej, Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie, punkty konsultacyjne, sądy, kuratorzy społeczni i sędziowie, inne. Powyższe jednostki kierują do ośrodka w Darzewie pacjentów na leczenie poprzez skierowanie lekarskie, nakaz sądowy, kontakty z rodzinami. Dotychczasowa współpraca z powyższymi organizacjami zapewnia stabilność ilości pacjentów na oddziale terapii długoterminowej ośrodka. Stąd też, nie powinna zaistnieć sytuacja braku uczestników w programie (taka sytuacja może jedynie mieć miejsce już po zrekrutowaniu uczestników, którzy będą przerywać udział–stąd też rekrutacja będzie ciągła). Wówczas w wypadku zgłoszenia się większej liczby chętnych stworzona zostanie lista rezerwowa uczestników, zapewniająca ciągłość liczby osób. Rozsyłane będą również ulotki informacyjne nt. realizacji projektu, przeprowadzane rozmowy telefoniczne.

Zebrane grupy uczestników korzystać będą z programu stanowiącego wstępną wersję produktu finalnego. Terapia w programie będzie realizowana poprzez spotkania, warsztaty, ergoterapię w Ośrodku Rehabilitacyjno - Postresocjalizacyjnym w Darzewie.

Uczestnicy zapewnioną będą mieli całodobową opiekę socjalno-bytową w trakcie pobytu w projekcie. W celu sprawnej realizacji projektu przystosowane zostaną pomieszczenia mieszalne, do terapii i warsztatów.

Zatrudniona zostanie wykwalifikowana i doświadczona kadra do realizacji projektu: dwóch terapeutów uzależnień oraz dwóch opiekunów którzy sprawować będą całodobową opiekę nad podopiecznymi.

Formy terapii i pomocy w ramach testowania:

a) Psychoterapia

-terapia/dyżur terapeutów

-dyżur opiekunów

- terapia indywidualna

-spotkania grupy

b) Ergoterapia–terapia przez pracę–forma kontaktu z pracą, zadania wykonywane pod okiem opiekuna np. drobne prace naprawcze, budowlane itp. Przygotowujące do życia na zewnątrz.

c) Aktywne formy spędzania wolnego czasu. Proponowany w projekcie kierunek alternatywnych działań zakłada, że oferowanie różnorodnych form spędzania czasu wolnego może zaspokajać podobne potrzeby psychologiczne jak te, które skłaniają młodych ludzi do sięgania po substancje psychoaktywne–potrzebę ekscytujących doznań, stymulacji czy akceptacji grupy rówieśniczej. Będą to między innymi: wycieczki rowerowe, mecze piłki nożnej, koszykowej.

Po zakończeniu udziału w programie, każdy z uczestników otrzyma dokument potwierdzający ukończenie krótkoterminowego programu terapeutyczno/motywacyjno/edukacyjnego.

Nad poprawnością działań projektowych opiekę sprawował będzie cały zespół. Szczególną rolę odgrywać tu będzie koordynator, konsultant oraz asystent projektu. Tworzyć oni będą grupę monitorującą utrzymującą stały kontakt ze sobą i spotykającą się raz w miesiącu.

Realizacja projektu oraz osiąganych wskaźników będzie monitorowana za pomocą ankiet, obserwacji, spotkań z kadrami oraz grupami docelowymi. Większość pytań będzie zawierała liczbowe skale ułatwiające opracowanie wyników. Ankiety przeprowadzone zostaną na początku i na końcu

uczestnictwa w projekcie przez opiekuna grupy/terapeutę, który również zgłosi własne uwagi nt. zmian zachodzących w uczestniku (na koniec projektu w karcie oceny uczestnika). Ankiety przeprowadzone zostaną na spotkaniach uczestników. Wnioski i analizy przedstawi opiekun/terapeuta w sprawozdaniu na koniec każdego miesiąca dla każdego uczestnika, który ukończył program.

V. SPOSÓB SPRAWDZENIA CZY INNOWACJA DZIAŁA

Ocena wyników testowania dokonana zostanie przez grupę monitorującą na bazie ewaluacji wewnętrznej (ankiet wśród uczestników, miesięcznych sprawozdań opiekunów) i zewnętrznej. Sporządzony zostanie zewnętrzny raport zawierający ocenę wyników testowania.

Efektami potwierdzającymi celowość wprowadzenia innowacji będą:

- rejestracja oddziału krótkoterminowego w Darzewie w Urzędzie Wojewódzkim Województwa Zachodniopomorskiego

- złożenie dokumentacji w konkursie NFZ

-złożenie dokumentacji na działania profilaktyczne w poszczególnych samorządach

Utrzymanie rezultatów ma nastąpić poprzez wprowadzenie modelu na stałe w ośrodku w Darzewie (bądź jego elementów w zależności od poziomu finansowania) oraz w innych ośrodkach woj. zachodniopomorskim. Dodatkowo o utrzymaniu rezultatów świadczyć będzie działalność ośrodka w zakresie profilaktyki, o którą na bazie stworzonej oferty ośrodek będzie zabiegał w samorządach.

Projekt zakłada wewnętrzną ewaluację polegającą na cyklicznym przeprowadzaniu ankiet wśród uczestników testowej grupy. Większość pytań będzie zawierała liczbowe skale ułatwiające opracowanie wyników. Ankiety przeprowadzone zostaną na początku i na końcu uczestnictwa w projekcie przez opiekuna grupy/terapeutę, który również zgłosi własne uwagi nt. zmian zachodzących w uczestniku (na koniec projektu w karcie oceny uczestnika). Ankiety przeprowadzone zostaną na spotkaniach uczestników. Wnioski i analizy przedstawi opiekun/terapeuta w sprawozdaniu na koniec każdego miesiąca dla każdego uczestnika, który ukończył program. Monitoring będzie prowadzony za pomocą ankiet, obserwacji, spotkań z kadrą oraz grupami docelowymi

Oprócz wewnętrznej ewaluacji projekt zakłada zlecenie jej na zewnątrz w celu określenia przydatności użytych narzędzi do wypracowania modelu oraz możliwości późniejszego ich zastosowania. Celem ewaluacji będzie określenie poziomu osiągniętych rezultatów w projekcie oraz identyfikacja czynników, które przyczynią się do ich osiągnięcia.

Wybór ewaluatora poprzedzony zostanie rozeznaniem oferty na rynku. Ewaluator zostanie wyłoniony spośród ofert przesłanych do ośrodka w odpowiedzi na kierowane e - mailowo zapytania. Wybór potwierdzony zostanie protokołem podpisanym przez grupę monitorującą. Z ewaluatorem podpisana zostanie umowa określająca między innymi zakres zadań.

Cele szczegółowe:

- uzyskanie informacji o efektywności działań projektowych
- uzyskanie informacji o spełnieniu oczekiwań uczestników
- uzyskanie informacji o realizacji celów postawionych projektowi.

Kryteria ewaluacji: trafność–przydatność, adaptacyjność, empowerment, trwałość efektów, równość płci

Pytania kluczowe

- Jaka jest zgodność działań realizowanych w ramach Projektu z potrzebami uczestników?
- W jakim stopniu osiągnięto zakładane rezultaty Projektu?
- Jakie są największe zalety Projektu?
- Jakie trudności związane z udziałem w Projekcie dotyczą uczestników?

Metodologia ewaluacji: W badaniu ewaluacyjnym, zgodnie z zasadą triangulacji, wykorzystane będą różnorodne techniki badawcze: badania sondażowe, analiza dokumentacji, wywiady swobodne z uczestnikami, dyskusje podczas spotkań z koordynatorem, obserwacja bezpośrednia uczestnicząca, swobodne uwagi uczestników dotyczące projektu

Rezultaty twarde i miękkie mają być wynikiem działań podejmowanych w projekcie i będą bezpośrednio wpływać na osiągnięcie celów. Utrzymanie rezultatów ma nastąpić poprzez wprowadzenie modelu na stałe w ośrodku w Darzewie (bądź jego elementów w zależności od poziomu finansowania) oraz w innych ośrodkach woj. zachodniopomorskim. Dodatkowo o

utrzymaniu rezultatów świadczyć będzie działalność ośrodka w zakresie profilaktyki, o którą na bazie stworzonej oferty ośrodek będzie zabiegał w samorządach.

VI. STRATEGIA UPOWSZECHNIANIA

Wszystkie powyższe działania projektu mają na celu stworzenie zintegrowanego modelu terapii, motywacji i edukacji osób uzależnionych. Realizatorami mają być: koordynator, asystent, terapeuci. Działania upowszechniające mają natomiast na celu dostarczenie rzetelnej wiedzy na temat badań, testowania oraz wdrażania realizowanego w projekcie, jak również mają pozwolić na przedstawienie całości innowacji i jej funkcjonowania jako efektu rozwiązań wypracowanych w projekcie.

Działania upowszechniające będą prowadzone w każdej fazie realizacji projektu.

W fazie przygotowania poprzez działania informacyjno promocyjne (od stycznia do sierpnia 2011 r.):

- ✓ Zamieszczenie informacji realizacji projektu na stronie internetowej ośrodka
- ✓ Wydanie ulotki
- ✓ Informowanie o realizacji projektu przy okazji przeprowadzanych spotkań, badań, rozmów telefonicznych

W fazie wdrażania/ testowania modelu poprzez działania informacyjno promocyjne (od września do października 2013 r.):

- ✓ Zamieszczenie informacji realizacji projektu na stronie internetowej ośrodka
- ✓ Wydanie folderu opisującego projekt, model
- ✓ Przygotowanie gadżetów projektu
- ✓ Informowanie o realizacji projektu przy okazji przeprowadzanych spotkań, badań, rozmów telefonicznych

Wszystkie działania, cała dokumentacja, prowadzone będą zgodnie z wytycznymi dotyczącymi promocji projektów realizowanych w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki (odpowiednie logotypy, informacja o współfinansowaniu)

W fazie wdrażania/ wdrażania do głównego nurtu polityki poprzez działania informacyjno promocyjne (od października do grudnia 2013 r.):

- a) Podczas wizyt w samorządach (16 wizyt, spotkań z pracownikami), rozsyłanie informacji do jednostek rządowych zajmujących się problematyką uzależnień.
- b) Podczas konferencji (50 osób) prezentującej efekty realizowanego projektu
- c) Podczas spotkań edukacyjnych z grupami zawodowymi i młodzieżą (300 osób).

W przypadku wizyt (pracownicy samorządów) działanie ma polegać na nawiązywaniu współpracy w dziedzinie profilaktyki oraz rozpowszechnianiu informacji na temat wyników realizacji I etapu projektu oraz kolejnych etapów testowania i wdrażania.

W kolejnych przypadkach chodzi o przedstawienie obecnej sytuacji osób uzależnionych i ich miejsca w oferowanym systemie wsparcia (grupy zawodowe, w tym nauczyciele, kuratorzy) oraz pokazanie konieczności przeformułowania oferty dla uzależnionych, co w konsekwencji ma być powodem podjętych w przyszłości działań (terapeuci). Kolejne działania kierowane są do osób pracujących w uzależnieniach, które w sposób bezpośredni mogą wpłynąć na kształt oferty pomocowej oraz na instrumenty zewnętrzne warunkujące tą pomoc.

Jak już wcześniej wspomniano w obecnej sytuacji, gdy podjęto szybką interwencję w sprawie dopalaczy, nie ma już swobodnego dostępu do zakupu tych środków, należy przeformułować podpunkt dotyczący wizyt w samorządach. Proponowanym rozwiązaniem jest prowadzenie spotkań informacyjnych nt. obecnej sytuacji na rynku dopalaczy, przedstawienie modelu wypracowanego w projekcie, nawiązywanie współpracy w dziedzinie profilaktyki oraz rozpowszechnianie informacji na temat realizacji projektu, możliwości wdrożenia wypracowanych rozwiązań.

VII. STRATEGIA WŁĄCZENIA DO GŁÓWNEGO NURTU POLITYKI

Podobnie jak przy strategii upowszechniania wszystkie działania projektu mają na celu stworzenie zintegrowanego modelu terapii, motywacji i edukacji osób uzależnionych. Działania włączające do głównego nurtu polityki natomiast mają na celu poszerzenie oferty Ośrodka Rehabilitacyjno - Postresocjalizacyjnego w Darżewie, dotarcie z informacją o wypracowanym modelu do jak najszerszego grona odbiorców:

- w samorządach,



- innych ośrodkach terapii,
- różnych grup zawodowych,
- młodzieży.

Działania wdrażające do głównego nurtu polityki prowadzone są w każdej fazie realizacji. Projektu.

W fazie przygotowania poprzez działania informacyjne (od stycznia do sierpnia 2011 r.):

- przy przeprowadzaniu badań w szkołach/uczelnianach
- przy przeprowadzaniu badań w ośrodkach terapii uzależnienia

Działanie to polegało na informowaniu o celach projektu, mającym powstać modelu oraz innowacji. Zainteresowanie tematem było duże ze strony potencjalnych grup docelowych (nauczyciele, terapeuci, uczniowie), stąd też wnioskować można iż zainteresowanie efektami oraz ewentualnym wdrożeniem będzie miało miejsce.

W fazie wdrażania/ testowania modelu funkcjonowanie programu terapeutyczno/motywacyjno/edukacyjnego (w naturalnych i właściwych problemowi uzależnienia warunkach) w ośrodku leczenia uzależnień jest już częściowym wdrożeniem do głównego nurtu polityki (od września do października 2013 r.).

Poprzez ciągle informowanie o realizacji projektu różnych instytucji (np. poradni, ośrodków terapii, MOPS-ów, GOPS-ów itd.) w procesie rekrutacji uczestników do testowania modelu będzie również następować wdrażanie. Instytucje zapoznając się z modelem i innowacją będą mogły zgłaszać uwagi, rozważać możliwość adaptacji rozwiązania we własnym środowisku, bądź też podejmować współpracę z ośrodkiem testującym.

W fazie wdrażania/ wdrażania do głównego nurtu polityki (od października do grudnia 2013 r.):

- a) wizyty w samorządach (16 wizyt, spotkań z pracownikami), rozsyłanie informacji do jednostek rządowych zajmujących się problematyką uzależnień.
- b) konferencję (50 osób) prezentującą efekty realizowanego projektu
- c) spotkania edukacyjne z grupami zawodowymi i młodzieżą (300 osób).

Ponieważ na podstawie przeprowadzonych badań w I etapie realizacji projektu stwierdzono iż nie występuje swobodny dostęp do dopalaczy, nie ma więc konieczności lobbowania na korzyść niewydawania zezwoleń na prowadzenie działalności handlu dopalaczami oraz wywieranie presji na już istniejące punkty doprowadzając do zmniejszenia ich liczby, co zakładano przy wnioskowaniu o dofinansowanie. Wizyty w samorządach jak już wcześniej wspomniano dotyczyć będą: obecnej sytuacji na rynku dopalaczy, przedstawienia modelu wypracowanego w projekcie, nawiązywania współpracy w dziedzinie profilaktyki oraz rozpowszechniania informacji na temat realizacji projektu, możliwości wdrożenia wypracowanych rozwiązań.

Konferencja oraz spotkania edukacyjne zostały już opisane w punkcie VII. Natomiast ich znaczenie w procesie wdrażania do głównego nurtu polityki opierać się będzie na informacji mającej na celu dostarczenie wiedzy o problemie uzależnienia, modelu, alternatywnych możliwościach wykorzystania wypracowanego rozwiązania jakim będzie krótkoterminowy program terapeutyczno/motywacyjno/edukacyjny.

Wdrożenie do głównego nurtu polityki ma się odbyć na dwóch płaszczyznach:

- wewnętrznej - oddziaływującej na środowisko grupy odbiorców pomocy- poszerzenie oferty Ośrodka Rehabilitacyjno - Postresocjalizacyjnego w Darzewie, poprzez rejestrację nowego oddziału terapii w ośrodku oraz aplikowanie w konkursie ofert do NFZ
- zewnętrznej - oddziaływującej na środowisko grupy odbiorców pomocy- polegającej na organizacji spotkań i konferencji

VIII. KAMIENIE MIŁOWE II ETAPU PROJEKTU

Spośród działań projektu kluczowymi dla jego przebiegu będą:

- I. Akceptacja strategii (termin zgodny z harmonogramem działań projektu – (czerwiec 2011r. do sierpień 2011 r.)
- II. Przygotowanie pomieszczeń mieszkalnych i warsztatowych (termin zgodny z harmonogramem działań projektu - sierpień 2011 r. do wrzesień 2011 r.). Ponieważ adaptacja pomieszczeń wymaga znacznego zaangażowania czasu, nie wykluczone jest iż rozpocznie prac nastąpi wcześniej niż w sierpniu).
- III. Rozpoczęcie testowania/Rekrutacja uczestników (termin zgodny z harmonogramem działań projektu - od września 2011 r. do października 2013 r.). Dla realizacji projektu kluczowe jest ciągle monitorowanie liczby uczestników szczególnie w momentach rozpoczynania nowego naboru uczestników na 8 tygodniową edycję.
- IV. Ewaluacja (termin zgodny z harmonogramem działań projektu - od lipca 2013 r. do grudnia 2013 r.)
- V. Wdrażanie do głównego nurtu polityki –spotkania w samorządach, konferencja, spotkania z grupami zawodowymi oraz młodzieżą (termin zgodny z harmonogramem działań projektu - od października 2013 r. do grudnia 2013 r.)

IX. ANALIZA RYZYKA

Realizacja projektu zakłada możliwość wystąpienia następujących ryzyk:

- **niezrekrutowanie dostatecznej liczby osób** – będzie to szczególnie istotne przy I edycji testowania (I grupa uczestników), gdzie rozpowszechnienie informacji o realizacji programu będzie jeszcze ograniczone. W związku z powyższym zakłada się iż informacje o realizacji projektu, rekrutacji uczestników będą prowadzone już na etapie akceptacji strategii, niezależnie od jej wyniku. Sporządzona zostanie lista osób biorących udział w projekcie. Model pracy z uczestnikiem skonstruowany będzie tak aby zapewnić rekrutację ciągłą. Osoba biorąca udział w procesie testowania będzie mogła dołączyć do grupy w każdym momencie i skorzysta ze wszystkich elementów programu. Liczebność grupy może być różna, co oznacza iż w przy każdej kolejnej edycji testowania może być ona większa w zależności od liczby chętnych, co zapewni realizację wskaźnika ilości osób.

Prawdopodobieństwo wystąpienia ryzyka w skali 1(małe)-3(duże) oszacowano na poziomie 2

Wpływ wystąpienia ryzyka na realizację projektu w skali 1(małe)-3(duże) oszacowano na poziomie 2

Biorąc pod uwagę szacowane ryzyko można uznać je za istotne.

- **rezygnacja uczestników z projektu** - osoby podejmujące próby leczenia uzależnienia często z różnych przyczyn rezygnują z powziętego zamiaru (np. gdyż, była to nie ich niezależna decyzja, nie są zmotywowani, nie akceptują zmiany, naruszyli zasady leczenia itd...). Jest to bardzo specyficzny odbiorca pomocy, który nie zapewnia stabilności grupy. W związku z powyższym stworzona zostanie lista rezerwowa, która ma uzupełnić grupę w przypadku zbyt małej liczby chętnych. Dodatkowo (jak w poprzednim punkcie) liczebność grupy może być różna, co oznacza iż w przy każdej kolejnej edycji testowania może być ona większa w zależności od liczby chętnych, co zapewni realizację wskaźnika ilości osób.

Prawdopodobieństwo wystąpienia ryzyka w skali 1(małe)-3(duże) oszacowano na poziomie 2

Wpływ wystąpienia ryzyka na realizację projektu w skali 1(małe)-3(duże) oszacowano na poziomie 2

Biorąc pod uwagę szacowane ryzyko można uznać je za istotne.

- **zmiany i rezygnacja kadry projektu** – jest to zagrożenie wynikające z lokalizacji Ośrodka Rehabilitacyjno –Postresocjalizacyjnego w Darzewie. Nie każdy wykwalifikowany terapeuta będzie skłonny do pracy w oddalonym miejscu, w lesie, w systemie dyżurów 8 godzinnych. Braki kadrowe są poważnym utrudnieniem z dwóch względów:

- wdrożenia się w pracę ze specyficzną odbiorcą, w środowisku nowego ośrodka

- wdrożenia w realia projektu, które z doświadczeń projektodawcy są często niezrozumiałe w środowisku terapeutycznym.

Aby zapobiec sytuacji braku wykwalifikowanej kadry już od momentu realizacji I etapu zbierane są dane potencjalnych pracowników pozwalające na zbudowanie trwałego i sprawnego zespołu.

Prawdopodobieństwo wystąpienia ryzyka w skali 1(małe)-3(duże) oszacowano na poziomie 1

Wpływ wystąpienia ryzyka na realizację projektu w skali 1(małe)-3(duże) oszacowano na poziomie 1

Biorąc pod uwagę szacowane ryzyko nie jest istotne.

.....
Imię, nazwisko, funkcja i podpis osób składających strategię

Załączniki:

I. Wstępna wersja produktu finalnego