STRATEGIA WDRAŻANIA PROJEKTU INNOWACYJNEGO TESTUJĄCEGO

Temat innowacyjny - Poszukiwanie nowych, skutecznych metod aktywizacji zawodowej i społecznej grup docelowych wymagających szczególnego wsparcia.

Nazwa projektodawcy – Ośrodek Terapii Uzależnień Sp. z o. o. - Parzymiechy

Tytuł projektu – BSFT – innowacyjna metoda terapeutyczna w stacjonarnym leczeniu uzależnień alkoholowych osób dorosłych

Numer umowy - POKL.07.02.01-24-027/12

KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

SPIS TREŚCI

I. Uzasadnienie

II. Cel wprowadzenia innowacji

III. Opis innowacji, w tym produktu finalnego

IV. Plan działań w procesie testowania produktu finalnego

V. Sposób sprawdzenia, czy innowacja działa

VI. Strategia upowszechniania

VII. Strategia włączania do głównego nurtu polityki

VIII. Kamienie milowe II etapu Projektu

IX. Analiza ryzyka

Załącznik:

- Wstępna wersja produktu finalnego

I. UZASADNIENIE

Opis problemu i przyczyny jego występowania

Projekt innowacyjny - „BSFT- innowacyjna metoda terapeutyczna w stacjonarnym leczeniu uzależnień alkoholowych osób dorosłych"- odpowiada na problem braku wystarczającej dostępności osób uzależnionych do nowoczesnych metod psychoterapeutycznych w zamkniętym lecznictwie uzależnień alkoholowych. Osoby uzależnione od alkoholu na skutek postępującej degradacji psychofizycznej tracą zdolność do efektywnego funkcjonowania w rolach społecznych i zawodowych, tracą pracę i mają ograniczone zdolności do skutecznego poszukiwania zatrudnienia.

Długotrwałe uzależnienie implikuje problemy: deficyty społeczno - zawodowe i edukacyjne, kolizje z prawem, patologiczne zachowania, bezrobocie. Utrwalanie takiego stanu prowadzi do wykluczenia społecznego i narastania zjawisk bezdomności i ubóstwa.

Dodatkowo zdefiniowane w projekcie problemy to:

- niewystarczająca oferta terapeutyczna dla osób uzależnionych, mająca charakter stacjonarnej interwencji,
- brak wystarczająco przygotowanej kadry terapeutycznej w zakresie nowoczesnych metod wsparcia,
- znacznie ograniczona skuteczność tradycyjnych metod psychoterapeutycznych i niedostosowanie ich do indywidualnych potrzeb pacjentów.

Wymienione powyżej dodatkowe problemy skutkują niskim wskaźnikiem efektywności tradycyjnych metod terapeutycznych, wydłużeniem procesu psychoterapii i ograniczoną dostępnością osób uzależnionych do nowoczesnych, zindywidualizowanych form terapii. Badaniom poddano następujące ilości osób: 64 terapeutów, w tym 37 kobiet oraz 191 pacjentów, z czego 31 osób to kobiety. Analiza badań zewnętrznych dostarcza następujących wniosków:

1. Metodami najczęściej stosowanymi w terapii pacjentów uzależnionych w województwie śląskim są: integracyjna koncepcja psychoterapii (27%), strukturalno - strategiczna psychoterapia uzależnień (25%) oraz terapia uzależnienia wg modelu Minnesota (16,5%).
2. Około 1/3 badanych terapeutów stwierdziło, że ilość personelu specjalistycznego w ich ośrodkach jest niewystarczająca.
3. Wywiady zogniskowane wskazały na istnienie grupy pacjentów, która zwróciła uwagę na znaczne, czasowe utrudnienia w oczekiwaniu na dostęp do zamkniętego ośrodka terapii uzależnień.
4. 55% ankietowanych uzależnionych uważa, że stosowane wobec nich formy terapii rozwiązują tylko część ich problemów lub nie rozwiązują ich wcale.
5. Prawie 2/3 badanych pacjentów uznało, że po zakończeniu przez nich dotychczasowej terapii, winno się im zaproponować inne metody terapeutyczne, niż te stosowane dotychczas.
6. Jako główne powody niewprowadzenia zmian w swoich programach terapeutycznych przez ośrodki leczenia uzależnień badani pacjenci wskazali następujące przekonania wśród personelu tych placówek:

- pacjentom jest wszystko jedno, jakie metody są stosowane (16,8%),
- jest pewna tradycja w leczeniu i nikt nie chce jej zmieniać (15,18%),
- pacjenci nie chcą nowych metod (9,42%),
- niechęć do zmian wśród kierownictwa (7,33%)

7. Ankietowani terapeuci w zdecydowanej większości (76,6%) wskazali, że powiązanymi ze sobą głównymi czynnikami decydującymi o wyborze stosowanej w praktyce formy terapii są:
   - „tradycja ośrodka",
   - rodzaj wykształcenia i umiejętności terapeutów dotyczące konkretnego modelu terapii.
8. Ponad 2/3 ankietowanych terapeutów słyszało o metodzie BSFT, ale nie zna jej szczegółowych założeń. Blisko 76% z nich wyraziło gotowość do podniesienia swojej wiedzy na temat BSFT.
9. Analiza źródeł zastanych wyraźnie potwierdziła, iż dzisiejsza terapia uzależnień zdominowana jest przez „chorobowy model alkoholizmu" i tzw. „Dwanaście kroków", czyli terapeutycznych przykazań. Wg tego podejścia alkoholizm bierze się z pierwotnego, nieodwracalnego, nieuchronnego i jednolitego procesu chorobowego, który wszystkich alkoholików dotyka w jednakowy sposób. Model powyższy przyjmuje zatem tylko jeden rezultat, jako oznakę skutecznej terapii tj. abstynencję i/lub trzeźwość. Tradycyjna terapia uzależnień jest, więc uważana za proces długotrwały.
10. Zwolennicy modelu Terapii Krótkoterminowej Skoncentrowanej na Rozwiązaniu (BSFT) wyznają odmienne od tradycyjnego - chorobowego założenia w zakresie aktywności uzależnionych (klientów) i jej wpływu na ich życie.
    Klienci piją ze względu na ważne dla nich potrzeby. Chcą normalności w swoim życiu, ale są nieświadomi swoich zasobów, które mogą spożytkować, aby zaspokoić owe potrzeby w bardziej konstruktywny sposób.
11. Celem BSFT nie jest samo „rozwiązanie problemu". Klient wspólnie z terapeutą w możliwie najkrótszym czasie, pracują nad skonstruowanie optymalnego rozwiązania dla sytuacji, w której się on znalazł. Podstawowe zasady BSFT to: akcentowanie zdrowia psychicznego, a nie choroby, spożytkowanie pozytywnych zasobów klienta, nienormatywna postawa zorientowana na klienta, oszczędność, nieuniknioność, zmiany, zorientowanie na teraźniejszość i przyszłość, współpraca, stosowanie tzw. filozofii centralnej.
12. Abstynencja nie jest w modelu BSFT celem samym w sobie, a jedynie niezbędnym warunkiem do osiągnięcia innych ważnych celów życiowych. Jak jednak wskazują przeprowadzone badania kontrolne po zastosowaniu tej metody terapeutycznej 49,2% osób utrzymuje pełną abstynencję (metody tradycyjne kształtują ten wskaźnik na poziomie 25-32%), a blisko 25% wróciło do picia określanego przez WHO, jako bezpieczne.

Przedstawione powyżej wnioski pozytywnie zweryfikowały główną hipotezę badawczą, która podkreśliła, że tradycyjne metody terapii uzależnień od alkoholu nie w pełni spełniają swoje zadania.

Część badawcza projektu pozwoliła również na potwierdzenie postawionych hipotez szczegółowych:

- istnieje potrzeba - prezentowana tak przez terapeutów, jak i przez osoby uzależnione - wprowadzenia nowych form i metod terapii,
- głównymi barierami utrudniającymi wprowadzenie nowych metod terapii są: deficyt odpowiednich kwalifikacji, przyzwyczajenie terapeutów i pacjentów do tradycyjnych metod terapii
- głównym czynnikiem potencjalnie wspomagającym wprowadzenie terapii BSFT jest oszczędność czasu i redukcja kosztów.

Skala występowania problemu

Dane WHO wskazują, że w Europie jest najwyższe spożycie alkoholu w porównaniu z innymi regionami na świecie - na jednego dorosłego Europejczyka przypada ponad 11 litrów czystego alkoholu rocznie.

Wg PARPA w Polsce 5-7% populacji (2-2,5 mln osób) to osoby pijące szkodliwie, a liczba osób uzależnionych od alkoholu wynosi ok. 800 tys. (na terenie woj. śląskiego ok. 115 tys. osób).

Zgodnie z danymi IPiN (za 2010r.) w Polsce leczyło się w placówkach zamkniętych ponad 82 tys. osób. Na terenie woj. śląskiego odnotowano (2008r.) blisko 10 tys. osób rozpoczynających leczenie stacjonarne. Te dane nie obrazują faktycznej skali problemu, gdyż znaczna część osób doznających obrażeń spowodowanych używaniem alkoholu nie podejmuje leczenia.

W 2011r. w 604 placówkach uzależnienia od alkoholu na terenie Polski zatrudnionych było 3 250 osób (w tym 1 512 specjalistów terapii). Wśród w/w placówek tylko 88 to całodobowe oddziały terapii uzależnienia od alkoholu. W woj. śląskim jest 76 zakładów lecznictwa odwykowego, w tym 7 oddziałów całodobowych i 6 oddziałów leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych. Zatrudnionych w nich jest (2008r.) 385 pracowników merytorycznych, z czego ponad połowa to terapeuci.

Przeprowadzone w ramach realizacji pierwszego etapu projektu badania ilościowe (ankietowe) zostały wykonane na łącznej grupie 191 pacjentów/pacjentek stacjonarnych ośrodków lecznictwa odwykowego z terenu woj. śląskiego oraz na grupie 64 terapeutów/terapeutek pracujących w w/w jednostkach obejmujących swą działalnością obszar całego regionu.

Wywiady zogniskowane (fokusy) zrealizowane zostały w trzech grupach pacjentów (łącznie 30 osób) oraz w dwóch grupach terapeutów (łącznie 16 osób). Wielkości te pozwoliły w pełni na statystyczną analizę danych i wnioski sformułowane w niniejszym opracowaniu można odnosić do całości populacji pacjentów/pacjentek, jak i terapeutów.

Konsekwencje istnienia problemu

Przeprowadzone badania potwierdziły niedoskonałość instrumentów stosowanych dotychczas w stosunku do grup docelowych (pacjentów i terapeutów) projektu. Poprzez rozszerzoną diagnozę i analizę uwypukliły i uszczegółowiły problemy sformułowane we wniosku o dofinansowanie. Do najważniejszych konsekwencji (skutków) funkcjonowania poruszonych obszarów problemowych zaliczyć należy:

Skutki społeczne:

- degradacja psychofizyczna osób uzależnionych prowadząca do utraty zdolności efektywnego funkcjonowania w rolach społecznych i zawodowych,
- zwiększenie sfery ubóstwa i bezrobocia,
- pogłębiające się dysfunkcje życia rodzinnego oraz narastanie zjawiska przemocy,
- dezorganizacja środowiska pracy,
- narastanie zjawiska stygmatyzacji społecznej oraz zagrożenia wykluczenia społecznego,
- naruszanie obowiązujących norm prawnych i zakłócenie bezpieczeństwa publicznego.

Skutki ekonomiczne:

- około 1,3% PKB (18-20 mld zł) to koszty rozwiązywania problemów zdrowotnych, społecznych i prawnych wynikających z nadmiernego spożywania alkoholu,
- konieczność ponoszenia przez ogół obywateli wysokich nakładów na pomoc zdrowotną dla osób uzależnionych i współuzależnionych,
- niski status materialny rodzin osób uzależnionych,
- wzrost poziomu absencji w pracy oraz spadek produktywności pracowników uzależnionych.

II. CEL WPROWADZENIA INNOWACJI

Cel główny oraz cele szczegółowe

Celem wprowadzenia innowacji a zarazem celem głównym projektu jest wzmocnienie skuteczności inkluzji społeczno - zawodowej osób dorosłych uzależnionych od alkoholu poprzez wdrożenie innowacyjnej metody psychoterapii BSFT w stacjonarnej praktyce leczenia uzależnień.

Cele szczegółowe zostały określone następująco:

1. podniesienie kwalifikacji wśród 67 terapeutów w zakresie skutecznego stosowania innowacyjnych terapii opartych na metodzie BSFT dla stacjonarnego lecznictwa zamkniętego w okresie trwania projektu tj. do 31.08.2014r.
2. podniesienie poziomu wiedzy z zakresu stosowanych metod terapeutycznych wśród terapeutów uzależnień alkoholowych w kraju w okresie do 31.08.2014r.
3. upowszechnianie i włączenie do polityk innowacyjnej metody terapii opartej na metodzie BSFT w okresie 01.09.2012 do 31.08.2014r.
4. włączenie tematyki reintegracji zawodowej w proces terapeutyczny oparty na metodzie BSFT dla 60 dorosłych uzależnionych od alkoholu w okresie od 01.09.2012 do 31.08.2014r.

Główne założenia

Opracowany produkt finalny jest unikatowy w zakresie praktyki psychoterapeutycznej w lecznictwie stacjonarnym dorosłych osób uzależnionych od alkoholu i do tej pory nie był stosowany. Istnieje, zatem konieczność przeszkolenia i przygotowania kadry użytkowników (terapeutów) do samodzielnego zastosowania metody BSFT wobec odbiorców (pacjentów). Doświadczenia i rezultaty tego procesu posłużą do wypracowania ostatecznej wersji programu terapeutycznego metodą BSFT oraz przyczyniają się do podwyższenia poziomu i zakresu wiedzy na temat BSFT wśród terapeutów objętych różnymi formami wsparcia. Pozwoli to również na systematyczne i kompetentne informowanie pozostałych interesariuszy (NFZ, j.s.t., NGO) o efektach i warunkach zastosowania innowacji. Stan ten w projekcie zostanie osiągnięty poprzez testowanie modelu BSFT w drugim etapie realizacji projektu oraz poprzez działania upowszechniające i włączające w główny nurt polityki prowadzone w etapie trzecim. Rezultaty odnoszące się bezpośrednio do celu projektu weryfikowane będą za pomocą list obecności i certyfikatów uczestnictwa oraz raportów z umiejętności zastosowania produktu finalnego i jego skuteczności wobec pacjentów oraz prowadzonych badań na każdym etapie testowania. Pomiary monitoringowe prowadzone będą przez personel projektu w trakcie i po zakończeniu szkoleń, warsztatów grupy użytkowników oraz terapii dla grupy odbiorców. Monitoring wskaźników będzie prowadzony zgodnie z cyklami założonymi we wniosku o dofinansowanie.

Wskaźniki osiągnięcia celów i sposób ich pomiaru

Lp.	CEL	STAN DOCELOWY	WARTOŚĆ WSKAŹNIKA I SPOSÓB WERYFIKACJI	SPOSÓB I CZĘSTOTLIWOŚĆ POMIARU
1	Cel główny	Wdrożenie 1 innowacyjnej metody BSFT w stacjonarnej praktyce leczenia uzależnień	Liczba wdrożonych metod psychoterapii. Wartość początkowa wskaźnika- 0 Wartość docelowa- 1	Pozytywna opinia RST, raport o wdrożeniu, raport z ewaluacji wewnętrznej. Pomiar wskaźnika nastąpi na zakończenie realizacji projektu tj. w 24 miesiącu jego trwania.
2	Cel szczegółowy nr 1	Podniesienie kwalifikacji wśród 67 terapeutów w zakresie skutecznego stosowania innowacyjnej terapii opartej na metodzie BSFT w lecznictwie stacjonarnym	Liczba użytkowników (terapeutów), którzy ukończyli udział w projekcie. Wartość początkowa wskaźnika- 0. Wartość docelowa 67 (44K i 23M) . Weryfikacja wskaźnika pomiaru nastąpi poprzez: listy obecności, certyfikaty, 2 raporty z badań fokusowych, raporty monitoringowe, 10 sprawozdań z przeprowadzonych terapii w metodzie BSFT	Monitorowanie wskaźnika nastąpi na koniec następujących okresów realizacji projektu: • koniec podstawowego szkolenia w zakresie BSFT • koniec zaawansowanego szkolenia w zakresie BSFT • koniec doskonalącego szkolenia w zakresie BSFT • makroregionalne warsztaty dobrych praktyk dla terapeutów – do 31.08.29014r.
3	Cel szczegółowy nr 2	Podniesienie poziomu wiedzy z zakresu stosowanych metod terapeutycznych wśród 800 terapeutów uzależnień alkoholowych w kraju	Liczba terapeutów, którzy stwierdzili wzrost poziomu wiedzy. Wartość początkowa wskaźnika-0. Wartość docelowa-800. Liczba konferencji upowszechniających. Wartość początkowa wskaźnika-0. Wartość docelowa-9. Weryfikacja wskaźnika pomiaru nastąpi poprzez: listy obecności, ankiety ewaluacyjne, 9	Monitorowanie wskaźnika nastąpi na zakończenie cyklu konferencji regionalnych i konferencji podsumowującej w okresie do 31.08.2014r.

			sprawozdań z konferencji, raport ewaluacyjnych	
4	Cel szczegółowy nr 3	Upowszechnianie i włączenie do głównego nurtu polityk innowacyjnej metody terapii- BSFT	Liczba konferencji upowszechniających. Wartość początkowa wskaźnika-0. Wartość docelowa- 9. Liczba warsztatów dobrych praktyk Wartość początkowa wskaźnika- 0. Wartość docelowa- 3. Liczba włączeń produktu finalnego do polityk. Wartość początkowa wskaźnika- 0. Wartość docelowa- 3. Weryfikacja wskaźników pomiaru odbędzie się poprzez listy obecności, ewaluację wewnętrzną i zewnętrzną, sprawozdania z konferencji, opinię WOTU, 3 decyzje administracyjne Dyrektorów Ośrodków Terapii Stacjonarnej	Monitorowanie wskaźnika nastąpi po: • zakończeniu cykli konferencji regionalnych i podsumowującej do 31.08.2014r. • warsztatów dobrych praktyk do 31.08.2014r. • w ostatnim kwartale realizacji projektu w przypadku decyzji administracyjnych
5	Cel szczegółowy nr 4	Włączenie tematyki reintegracji zawodowej w proces terapeutyczny oparty na metodzie BSFT	Liczba osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, które zakończyły udział w projekcie. Wartość początkowa wskaźnika-0. Wartość docelowa- 40 (18K i 22M) . Weryfikacja wskaźnika pomiaru: listy obecności, deklaracje uczestnictwa, certyfikaty uczestnictwa, ewaluacja wewnętrzna i zewnętrzna, 1 opinia WOTU.	Monitorowanie wskaźnika nastąpi na koniec następujących okresów realizacji projektu: w fazie testowania: od 01.06.2013 (rekrutacja grup odbiorców) do 31.12.2013 (zakończenie terapii metodą BSFT)

Pożądanym stanem docelowym po wprowadzeniu innowacji będzie wdrożenie 1 innowacyjnej metody psychoterapii - BSFT w stacjonarnej praktyce leczenia uzależnień, wzmocnienie skuteczności inkluzji społeczno - zawodowej 40 osób dorosłych uzależnionych od alkoholu objętych wsparciem w trakcie realizacji projektu innowacyjnego testującego.

W celu weryfikacji skuteczności stosowania metody BSFT założono w projekcie objęciem wsparcia psychoterapeutycznego i zawodowego grupę 60 osób uzależnionych (22K i 38M), z czego 40 osób (18K i 22M) ukończy projekt z powodzeniem.

Osiągnięcie w/w wskaźników w trakcie realizacji projektu potwierdzi efektywność stosowania metody BSFT.

Sukcesem działań projektowych będzie również:

- podniesienie kwalifikacji wśród 67 terapeutów z terenu województwa śląskiego i kraju w zakresie skutecznego stosowania innowacyjnej metody terapeutycznej BSFT w stacjonarnym lecznictwie uzależnień,
- wzrost poziomu wiedzy z zakresu stosowania nowoczesnych metod psychoterapeutycznych wśród 800 specjalistów terapii uzależnień alkoholowych na terenie kraju.

III. OPIS INNOWACJI, W TYM PRODUKTU FINALNEGO

Na czym polega innowacyjność projektu, w tym produktu finalnego

Innowacja w projekcie polega na wdrożeniu metody psychoterapii BSFT dotychczas niestosowanej w stacjonarnym lecznictwie uzależnień osób dorosłych. U podstaw różnych realizowanych modeli programów terapeutycznych leży zawsze teoria odnosząca się do samej istoty uzależnienia (sposób rozumienia alkoholizmu) oraz mechanizmów zmiany. Sposób rozumienia alkoholizmu ściśle determinuje sposoby działania terapeutów. Dzisiejsza terapia uzależnień zdominowana jest niemal wyłącznie przez „chorobowy model alkoholizmu" i tzw. Dwanaście kroków, czyli terapeutycznych przykazań. Zgodnie z powszechnie panującą ideologią „alkoholizm" bierze się z pierwotnego, nieodwracalnego, nieuchronnego i jednolitego procesu chorobowego, który wszystkich alkoholików dotyka w jednakowy sposób. W tradycyjnym modelu klienci pijący problemowo traktowani są, jako osoby oporne i „zaprzeczające" i przyjmuje się tylko jeden rezultat, jako oznakę skutecznej terapii, tj.: abstynencję i/lub trzeźwość. Z tych powodów tradycyjna terapia uważana jest za proces długotrwały, która rozpoczyna się określoną formą terapii stacjonarnej lub dziennej, po czym następuje wieloletnia terapia ambulatoryjna kontynuująca rozpoczęte leczenie oraz dożywotnie poświęcanie się „zdrowieniu" w grupach samopomocowych.

W ramach projektu przygotowany został produkt finalny - „Autorski Program Terapeutyczny - Program BSFT - Terapii Krótkoterminowej Skoncentrowanej na Rozwiązaniu w stacjonarnym lecznictwie uzależnień od alkoholu" zwany dalej APT- BSFT.
Czas jego trwania obejmował będzie okres 5 tygodni, z których dwa pierwsze będą pracą w grupach otwartych, a następne 3 tygodnie polegać będą na terapii w grupach zamkniętych.
Zajęcia terapeutyczne realizowane będą przez 6h dziennie. W programie przewidziane są również 2h dziennie zajęć fakultatywnych (ergoterapia, terapia zajęciowa, terapia ruchowa). Dla pacjentów wymagających dodatkowej korekty zaproponowane są sesje indywidualne po zakończeniu w/w minimum programowego.

APT- BSFT w czasie swojej realizacji obejmuje następujące cele i formy działania:

OKRES APT-BSFT	CEL OKRESOWY	FORMA DZIAŁANIA	FORMY STAŁE
I tydzień	Budowanie relacji i wzajemne poznawanie się - integracja grupy	• Przedstawienie założeń programu • Ustalenie norm i zasad pracy w grupie • Rozmowa wolna od problemów • Budowanie zaufania • Praca nad oczekiwaniami • List o sobie • Edukacja	**INFORMACJE ZWROTNE SESJE INDYWIDUALNE ZAJĘCIA FAKULTATYWNE**
II i III tydzień	Nawiązanie do problemu i motywacja do zmiany	• Praca nad wyjątkami • Stworzenie listy i indywidualnej karty zasobów • Praca nad formułowaniem celów • Skalowanie	

		• Kwestionariusz kompetencji • Lista postępów i arkusz celów	
IV tydzień	Praca nad „cudem”	• Ćwiczenia z „cudem”, który spowoduje, że zniknie problem • Nawiązanie do relacji, jako wzmocnienie celu • Skalowanie • Ostateczne sformułowanie celu pacjenta	
V tydzień	Określenie poziomu zmian i celu na wyjście	• Praca nad krokami do zmiany • Skalowanie • Utworzenie „Karty na wyjście”	

Załącznikami do produktu finalnego są narzędzia diagnostyczne i badawcze stosowane w trakcie realizacji poszczególnych etapów APT- BSFT: test (MAST), wywiad alkoholowy, lista postępów i arkusze celów, arkusz kompetencji, arkusze tygodniowe, alternatywne arkusze tygodniowe, lista postępów dla par, wzór notatki z sesji skoncentrowanej na rozwiązaniu.
Uzupełnieniem APT- BSFT jest opracowany w ramach projektu „Program Aktywizacji Zawodowej Osób Uzależnionych od Alkoholu”, który przewiduje – w czasie 5 - cio tygodniowego procesu terapeutycznego - indywidualne doradztwo zawodowe dla odbiorców w łącznym wymiarze 10h na osobę z wykorzystaniem innowacyjnego narzędzia badawczego - Wieloaspektowej Opinii Preferencji Zawodowych (WOPR). Jest to narzędzie on - line dostępne dla wybranych doradców zawodowych w ramach upowszechniania produktu finalnego projektu innowacyjnego testującego „@ doradca zawodowy - elektroniczna aplikacja on - line”, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Komu służy innowacja i jakie efekty może przynieść?

Warte podkreślenia jest to, że celem BSFT nie jest samo rozwiązanie problemu. Klient wspólnie z terapeutą pracują nad skonstruowaniem jak najbardziej optymalnego rozwiązania dla sytuacji, w której się on znalazł (solving problem vs creating solutions). Czas trwania terapii nie jest ściśle określony. Nie ma mowy o zakładaniu z góry jak długo i ile razy trzeba się spotkać z terapeutą. Terapeuta ma jednak obowiązek i z takim założeniem powinien pracować z pacjentem, aby czas trwania terapii był jak najkrótszy (z ang. brief- krótki, zwięzły w stosunku do możliwości pacjenta w osiągnięciu celu terapii. W praktyce okazuje się, że ilość ta najczęściej nie przekracza 10 spotkań, a często jest jeszcze mniejsza i są one przeprowadzane z różną częstotliwością.

Warunki, które muszą być spełnione, by innowacja działała właściwie

Metoda terapii krótkoterminowej skoncentrowana na rozwiązaniu (BSFT) nie przyjmuje żadnych założeń o „prawdziwej” naturze problemów, których ludzie doświadczają w wyniku używania alkoholu; zamiast tego bada ich poszczególne, indywidualne bolączki związane z nadużywaniem alkoholu i próbuje znaleźć rozwiązanie dla tego jednego człowieka. Zamiast leczenia jednego rodzaju alkoholizmu, terapeuci krótkoterminowi skoncentrowani

są na rozwiązaniu i leczą wiele różnych rodzajów tego uzależnienia - innego u każdego klienta.

Istotnym czynnikiem warunkującym powodzenie innowacyjnego modelu terapii BSFT jest zapewnienie fachowego szkolenia dla kadry użytkowników na poziomie podstawowym i specjalistycznym. Jednym z produktów pośrednich projektu, jest w/w moduł szkoleniowy podwyższający kwalifikacje i umiejętności terapeutów w postaci autorskiego programu szkoleniowego. Czas trwania szkolenia wynosi łącznie 408h (dwie grupy po 11 terapeutów po 204h. Szacunkowy koszt to ok. 6 000zł na terapeutę bez kosztów ewentualnych noclegów i wyżywienia.

Program szkoleniowy dla terapeutów (użytkowników) odbywa się w formie 7 sesji (6 wyjazdowych oraz 1 stacjonarna). Szkolenie oparte jest o zasady stopniowego wprowadzania poszczególnych technik metody skoncentrowanej na rozwiązaniu oraz poszczególnych etapów pracy z klientem w pierwszych i kolejnych spotkaniach terapeutycznych. Wszystkie elementy typu: pytania o wyjątki, pytania o cud, o skalowanie, EARS poprzedzane są krótkim wprowadzeniem wykładowym (mikroedukacja), a następnie doskonalone w praktyce uczestników poprzez proponowane przez trenerów ćwiczenia (zajęcia aktywne).

Ćwiczenia technik odbywają się w grupach dwu i trzyosobowych, a także przy użyciu tzw. techniki gniazda na tle grupy (jedna osoba ćwiczy reszta grupy obserwuje i uczy się). Wszystkie ćwiczenia zakończone będą omówieniem korzyści z używania technik w pracy z klientem oraz omówieniem ewentualnych utrudnień w realizacji zadań przez uczestników.
Ćwiczenia odnoszą się zarówno do poszczególnych technik (początkowy etap uczenia) oraz stanowią element większych całości spotkania terapeutycznego (ćwiczony jest większy fragment sesji zawierających kilka technik).

W trakcie prowadzonych zajęć uczestnicy mają możliwość zadawania pytań dotyczących problemów, z jakimi zetknęli się w trakcie swojej pracy zawodowej, a które związane są z tematyką zajęć. Odpowiedzi na praktyczne kwestie powodują aktywizację słuchaczy, a także urozmaicają poruszane zagadnienia teoretyczne.

Prowadzący zajęcia na bieżąco monitorują grupę i dopasowują poziom szczegółowości wykładu, jak i częstotliwość przerw do oczekiwań słuchaczy. W ramach każdej sesji będzie dokonywane podsumowanie, w trakcie którego uczestnicy będą mieli możliwość zadawania dodatkowych pytań dotyczących niezrozumiałych jeszcze dla nich zagadnień.
Z uwagi na brak wystarczającej ilości literatury oraz materiałów szkoleniowych w zakresie BSFT wymagane jest również wyposażenie terapeutów w niezbędne pomoce w postaci materiałów szkoleniowych oraz aktualnych wersji podręczników (szacunkowy koszt ok. 200 zł dla terapeuty).

W przypadkach wprowadzenia innowacyjnej metody BSFT do praktyki terapeutycznej w konkretnych zakładach leczenia odwykowego niezbędne staje się także podjęcie w tej sprawie decyzji administracyjnych przez kierowników tych jednostek.

Efektem wprowadzenia innowacji będzie wprowadzenie do polityk zakładów lecznictwa odwykowego Krótkoterminowej Terapii Skoncentrowanej na Rozwiązaniu (BSFT), co przyniesie następujące korzyści:

- wprowadzi nowoczesną metodę psychoterapii, jako alternatywę dla dotychczas stosowanych (o ograniczonej skuteczności) i zwiększy poprzez to możliwości wyboru ścieżki zdrowienia dla terapeutów i pacjentów,
- skróci czas terapii, zapewniając jednocześnie jej wyższą efektywność,
- obniży koszty społeczne funkcjonowania systemu leczenia uzależnień poprzez zminimalizowanie czasu pobytu pacjenta na leczeniu,
- stworzy realną alternatywę możliwości reintegracji społeczno - zawodowej dla około 80% osób uzależnionych od alkoholu, którzy do tej pory nie podejmują leczenia m.in. z powodu braku akceptacji i nieufności dotychczas stosowanych metod,
- skróci czas oczekiwania na przyjęcie do stacjonarnych jednostek leczenia alkoholizmu.

Proponowane formy wsparcia finansowego na potrzeby szkolenia kadry terapeutycznej w zakładach leczenia odwykowego

Beneficjent proponuje finasowanie tego przedsięwzięcia w oparciu o następujące źródła finansowania:

- środki finansowe będące w dyspozycji samorządów terytorialnych wszystkich szczebli: gminnych, powiatowych i wojewódzkich na podstawie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Dotyczy to środków będących w dyspozycji Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych działających w gminie, powiecie i województwie. Inną, istotną rolę do spełnienia będą miały Wojewódzkie Ośrodki Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia, których jednym z zadań jest inicjowanie i prowadzenie działań podnoszących kwalifikacje zawodowe pracowników merytorycznych zatrudnionych w lecznictwie odwykowym oraz osób współdziałających z zakładami lecznictwa odwykowego w realizacji zadań programowych, w tym organizowanie staży i szkoleń na terenie województwa, na którym działają. Zadania te mogą być realizowane we współpracy z Regionalnymi Ośrodkami Polityki Społecznej w przygotowaniu projektów unijnych i finasowaniu m.in. szkoleń.
- w nowym okresie programowania dla projektów współfinansowanych ze środków finansowych Unii Europejskiej rozważane są także możliwości dysponowania przez przedsiębiorstwa (takimi są niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej) bonami szkoleniowymi pozwalającymi na finansowanie szkoleń kadry tych podmiotów.

Jakie elementy obejmować będzie innowacja?

Osiem cech wyróżniających metodę BSFT od dotychczas stosowanych w terapii uzależnień, to:

- akcentowanie zdrowia, a nie choroby psychicznej,
- spożytkowanie (wydobywanie wszystkich zasobów i pozytywnych cech klienta, które są niezbędne do rozwiązania jego problemu),
- ateoretyczna (nienormatywna) postawa skierowana na klienta,
- oszczędność
- nieuniknioność zmiany,
- zorientowanie na teraźniejszość i przyszłość,
- współpraca,
- filozofia centralna, („Jeśli się nie zepsuło NIE NAPRAWIAJ", „Gdy już wiesz, co działa, RÓB TO CZĘŚCIEJ", „Jeśli nie działa, nie rób tego więcej, ZRÓB COŚ INNEGO")

VI. PLAN DZIAŁANIA W PROCESIE TESTOWANIA PRODUKTU FINALNEGO

Sposób doboru grup użytkowników i odbiorców, którzy wezmą udział w testowaniu

W testowaniu produktu innowacyjnego biorą udział dwie kategorie podmiotów (interesariuszy) – użytkownicy i odbiorcy. Użytkownicy to osoby, które posługują się produktem w świadczeniu usług terapeutyczno – aktywizujących przy zastosowaniu metody psychoterapii BSFT w stacjonarnej praktyce leczenia uzależnień w połączeniu z elementami doradztwa indywidualnego z zakresu aktywizacji zawodowej, natomiast odbiorcy to osoby uzależnione od alkoholu, które korzystają z tych usług (klienci,, pacjenci).

Użytkownikami produktu na etapie testowania jest 22 pracowników zakładów terapii stacjonarnej zatrudnionych na stanowisku specjalisty terapii uzależnień, którzy dobrowolnie i z własnej inicjatywy zgłosili swój udział w projekcie.

Personelem wspomagającym w/w użytkowników w procesie testowania produktu finalnego (w części aktywizującej na rynku pracy uczestników – odbiorców) są trzej doradcy zawodowi. Osoby te posiadają wykształcenie wyższe kierunkowe – doradztwo zawodowe, doświadczenie w pracy indywidualnej i grupowej oraz doświadczenie w pracy wykonywanej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. W związku z tym, że w pracy doradcy zawodowego dominuje układ człowiek – człowiek, a w przypadku projektu innowacyjnego - człowiek uzależniony od alkoholu, doradcy ci charakteryzować się muszą umiejętnościami i predyspozycjami współdziałania z ludźmi znajdującymi się w trudnej sytuacji życiowej.

Odbiorcami produktu na etapie testowania będą osoby uzależnione od alkoholu nieaktywne zawodowo, które dobrowolnie i z własnej inicjatywy zgłoszą swój udział w projekcie w łącznej liczbie 60 osób (22 kobiety i 38 mężczyzn – 5 grup po 12 osób) i jednocześnie spełniać będą następujące kryteria:

a. I grupa – składająca się z kobiet i mężczyzn w wieku od 18 do 60 lat
b. II grupa o składzie mieszanym ze względu na płeć w wieku powyżej 40 lat
   Cel dla grupy I i II - przetestowanie skuteczności metody w 2 grupach zróżnicowanych wiekowo z jednoczesnymi różnicami w wyznaczaniu sobie celów i określaniu priorytetów u młodszych i starszych osób.
c. III grupa - tylko kobiety w wieku powyżej 18 lat
   Cel dla grupy III - przetestowanie skuteczności zastosowania metody w grupie charakteryzującej się innym niż męskie funkcjonowaniem społecznym; - uczestniczki terapii mają inne potrzeby i cele
d. IV grupa, składająca się z kobiet i mężczyzn w wieku od 18 do 60 lat, z motywacją zewnętrzną – kierowani sądownie
   Cel dla grupy IV - przetestowanie skuteczności metody w grupie bez wewnętrznej motywacji do zmiany, a przymuszona do terapii w wyniku motywacji zewnętrznej i zmiana tej motywacji w czasie prowadzonej terapii na motywację wewnętrzną.
e. V grupa, kobiety i mężczyźni w wieku od 18 do 60 lat, z motywacją zewnętrzną i wewnętrzną
   Cel dla grupy V - przetestowanie wpływu składu grupy na zmianę motywacji zewnętrznej na wewnętrzną oraz przetestowanie skuteczności metody w grupie mieszanej.

Kryterium doboru uczestników – użytkowników i uczestników – odbiorców do udziału w projekcie:

a. Dobrowolne i z własnej inicjatywy zgłoszenie udziału w projekcie
b. Zatrudnienie na stanowisku specjalisty terapii uzależnień w stacjonarnym oddziale terapii uzależnień od alkoholu działającym na terenie województwa śląskiego
c. Kwalifikowanie się do grupy odbiorców wg kryterium jak wyżej,
d. Pozytywny wynik konsultacji medycznych dokonanych na podstawie karty historii choroby pacjenta
e. Złożenie pisemnej deklaracji o przystąpieniu do projektu a w przypadku uczestników – odbiorców z jednoczesną deklaracją udziału w projekcie w całym okresie testowania

Za dobór osób, które będą uczestniczyły w bezpośrednim testowaniu modelu terapii i doradztwa indywidualnego z zakresu aktywizacji zawodowej, będzie odpowiedzialny Zespół Zarządzający projektem dokonujący rekrutacji po konsultacji z liderem i partnerem projektu oraz terapeuci uczestniczący w procesie testowania.

Planowana liczba osob do testowania metody BSFT jest optymalna, biorąc pod uwagę potrzebę przeprowadzenia testu w skali regionalnej z opcją przełożenia go na warunki ogólnokrajowe, w zróżnicowanych warunkach lokalnych i przy założeniu otwartości, a więc możliwości modyfikacji tej metody.

Opis przebiegu testowania

Planowany etap testowania, łącznie z okresem przewidzianym na rekrutację będzie trwał 7 miesięcy od czerwca 2013r., do grudnia 2013 roku.
Zakłada się realizację 5 edycji 6 tygodniowych terapii dla uczestników – odbiorców w Ośrodku z siedzibą w Parzymiechach, przy czym okres ten będzie podzielony w sposób następujący:

- odtrucie (OLAZA lub poza Ośrodkiem bądź też bez detoksu w przypadku osób utrzymujących abstynencję przez conajmniej trzy tygodnie przed wejściem do terapii) oraz praca nad motywacją o zaangażowaniu w dalszą terapię – 1 tydzień.
- terapia dorosłych osób uzależnionych od alkoholu w oparciu o metodę BSFT – 5 tygodni, z czego przez pierwszy tydzień terapia odbywała się będzie w grupach otwartych, natomiast pozostałe 4 tygodnie, to terapia realizowana w grupach zamkniętych.
- indywidualne usługi doradcze w ramach prowadzonego procesu terapeutycznego ukierunkowane na reintegrację społeczną i zawodową – budowanie wizji trzeźwego życia w środowisku oraz stworzenie planu poprawy funkcjonowania zawodowego i określenia pierwszych kroków w tym zakresie dla osób uzależnionych od alkoholu – 10 godzin doradczych dla każdego uczestnika – odbiorcy w czasie 5-cio tygodniowego procesu terapeutycznego po 2 godziny w każdą sobotę.

W testowaniu weźmie udział:

a. grupa odbiorców w ilości 60 osób uzależnionych
b. grupa użytkowników – 12 wyselekcjonowanych terapeutów, przeszkolonych w metodzie BSFT, 3 doradców zawodowych realizujących na etapie testowania doradztwo indywidualne, 2 superwizorów, koordynator projektu, asystent projektu, ekspert ds. ewaluacji i monitoringu oraz konsultant medyczny

c. Wszystkie osoby posiadać będą odpowiednie kwalifikacje oraz doświadczenie w pracy z osobami uzależnionymi.

Zebrane grupy uczestników korzystać będą z programu stanowiącego wstępną wersję produktu finalnego. Testowanie będzie realizowane poprzez spotkania i warsztaty w Ośrodku Terapii Uzależnień w Parzymiechach.

Autorski Program Krótkoterminowej Metody Skoncentrowanej na Rozwiązaniu dla osób uzależnionych od alkoholu zakłada także 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 osoby uzależnione od alkoholu do sięgania po alkohol. Będą to między innymi: ergoterapia, terapia zajęciowa, terapia ruchowa

Uczestnicy będą mieli zapewnioną opiekę bytową w trakcie odbywanej terapii. W celu sprawnej realizacji projektu przystosowane zostaną pomieszczenia Ośrodka do terapii i zajęć aktywizacyjnych.

Charakterystyka materiałów, jakie otrzymają uczestnicy

Testowanie metody terapeutycznej BSFT będzie się odbywało przy wykorzystaniu opracowanych w tym celu pakietów materiałów zarówno dla użytkowników produktu (terapeutów, doradców zawodowych oraz ekspertów wspomagających i oceniających proces testowania) a także odbiorców produktu (dorosłych osób uzależnionych od alkoholu). I tak użytkownicy otrzymają autorski program terapeutyczny skoncentrowany na rozwiązaniu w metodzie BSFT w formie książkowej, składający się z podstawowych opisów: celów, czasu trwania, określających formy wsparcia, przedstawiających harmonogram ilościowy poszczególnych form wsparcia, zawierający tematykę zajęć grupowych. Będą oni testować program w oparciu o dostarczony materiał oraz zgłaszać uwagi i propozycje zmian.

W procesie testowania użytkownicy wykorzystają także treści zawarte w zakupionych na ich potrzeby szkoleniowe książkach o tematyce terapii w metodzie BSFT.

Odbiorcy innowacyjnej metody terapeutycznej skoncentrowanej na rozwiązaniu otrzymają zestaw konspektów opracowanych na potrzeby procesu terapeutycznego przez terapeutów oraz doradców zawodowych. W przypadku tych ostatnich będą to materiały dostosowane do indywidualnych potrzeb odbiorców. Do ich dyspozycji przygotowany zostanie także zestaw materiałów szkoleniowych.

Wszystkie kategorie uczestników procesu testowania metody BSFT będą miały zapewniony dostęp do materiałów promocyjnych przygotowanych na użytek tego procesu (ulotki, plakaty, foldery, banery oraz film szkoleniowy prezentujący metodę terapii BSFT w leczeniu uzależnień alkoholowych).

Sposób monitorowania przebiegu testowania

Monitoring przebiegu testowania będzie prowadzony w sposób ciągły przez Eksperta ds. monitoringu, biorącego udział w posiedzeniach Zespołu Zarządzania projektem. Będzie on przygotowywał comiesięczne raporty przedstawiane Koordynatorowi Projektu. Raporty miesięczne będą podstawą do systematycznego badania przebiegu całego procesu testowania terapii w metodzie BSFT.

Źródłem informacji będących podstawą do przygotowania miesięcznych raportów przez Eksperta ds. monitoringu będą sprawozdania składane, również w trybie comiesięcznym, przez 12 terapeutów oraz doradców zawodowych (użytkowników) ze wszystkich etapów

terapii. Sprawozdania będą przygotowywane na specjalnych formularzach monitoringowych zawierających informacje niezbędne do oceny prawidłowości realizacji procesu testowania. Oprócz sprawozdań, źródłem informacji dla monitoringu będą obserwacje i wywiady dokonywane podczas wizyt monitorujących w grupach terapeutycznych. Wizyty będą wykonywane przez Eksperta ds. monitoringu lub przedstawiciela Zespołu Zarządzającego projektem oraz superwizorów. W każdej z 5 grup terapeutycznych w okresie testowania autorskiego programu terapeutycznego w metodzie BSFT zostaną przeprowadzone, co najmniej 2 wizyty monitorujące. Kolejnym źródłem informacji w monitoringu będą ankiety przeprowadzane wśród wylosowanych uczestników - odbiorców usług terapeutycznych oraz doradczych. Ankiety będą przygotowane przez Eksperta ds. monitoringu i zostaną dostarczane do wylosowanych respondentów za pośrednictwem przedstawiciela Zespołu Projektowego. Następnie będą one zbierane w sposób zapewniający anonimowość wypowiedzi respondenta (np. w zaklejonych specjalnych kopertach). Ważnym źródłem danych do monitoringu będą wypowiedzi zamieszczane na platformie projektu, np. w ramach forum dyskusyjnego.
Istotnym elementem monitoringu będą również cykliczne, (co miesiąc) spotkania przedstawicieli użytkowników (terapeutów i doradców zawodowych) i odbiorców (osób uzależnionych od alkoholu) Zespołem Zarządzającym projektem, z ekspertami Lidera i Partnera Projektu oraz przedstawicielami Zespołu Badawczego, poświęcone głównie zebraniu bezpośrednich i pogłębionych opinii kluczowych aktorów testowania metody terapeutycznej, a także dyskusji nad kwestiami zgłaszanymi przez użytkowników i odbiorców. Dane pochodzące z monitoringu będą analizowane przez Eksperta ds. monitoringu i prezentowane wraz z komentarzem i oceną w raporcie miesięcznym. Raporty będą zawierały m.in. wskazanie ewentualnych nieprawidłowości. Na tej podstawie Koordynator Projektu wraz z pozostałymi członkami Zespołu Zarządzającego projektem przy udziale konsultanta medycznego oraz osób przeprowadzających superwizje w procesie testowania produktu będą weryfikować prawidłowość realizacji procesu testowania oraz podejmować decyzje o ewentualnym wprowadzeniu korekt. Decyzje te będą podlegać ostatecznej akceptacji przez Grupę Sterującą projektem przy dodatkowym wsparciu ekspertów Lidera i Partnera. W toku monitoringu będą wykorzystywane m. in. następujące wskaźniki oceny procesu testowania:

- Liczba deklaracji złożonych w projekcie przez uczestników – odbiorców (osoby uzależnione) przy zachowaniu zgodności struktury uczestników z kryteriami doboru tej grupy uczestników – 60 deklaracji,
- Listy obecności uczestników – odbiorców w procesie terapeutycznym – 5 zestawów list,
- Liczba godzin terapii w metodzie BSFT zrealizowanych na każdym etapie procesu testowania i ich zgodność z przyjętym harmonogramem realizacyjnym – 5 grup x 200h/grupa = 1 000 godzin,
- Liczba raportów opracowanych przez Eksperta ds. monitoringu i ewaluacji na podstawie sprawozdań wykonanych przez terapeutów w procesie testowania metody BSFT i ankiet wypełnionych przez wylosowanych respondentów – 5 raportów
- Liczba godzin doradztwa indywidualnego z zakresu aktywizacji zawodowej na każdym etapie procesu testowania i ich zgodność z przyjętym harmonogramem realizacyjnym – 600 godzin, w tym 150 godzin samodzielnej pracy doradców zawodowych – podsumowanie sesji doradczych, analiza + sporządzenie opinii doradczych diagnozujących o każdym pacjencie, który objęty był aktywizacją zawodową (+badanie ankietowe).,

- Liczba opracowanych - wspólnie z doradcą zawodowym - indywidualnych Wieloaspektowych Opinii Preferencji Zawodowych w celu planowania indywidualnej ścieżki rozwoju dla uczestników – odbiorców – nie mniej niż 40 WOPZ,
- Liczba narzędzi badawczych opracowanych na potrzeby badań realizowanych wśród odbiorców oraz pracodawców - 4 narzędzia,
- Liczba przeprowadzonych wywiadów z grupą odbiorców i pracodawców – 120 wywiadów,
- Liczba raportów cząstkowych i końcowych z przeprowadzonych badań z odbiorcami i pracodawcami – 3 raporty.

Monitorowanie przebiegu testowania będzie wspierane bieżącym monitoringiem realizacji projektu (merytorycznym i finansowym) odnoszącym się do całego zakresu projektu warunkującego prawidłową jego realizację, badaniami z grupą odbiorców i pracodawców oraz superwizją.

Szacunkowe wartości wskaźników procesu monitorowania:

- 1 raport miesięczny specjalisty ds. monitoringu
- 2 raporty miesięczne (terapeutów oraz odbiorców)
- 2 wywiady (1 z grupy użytkowników + 1 z grupy odbiorców)
- 2 wizyty monitoringowe
- 8 ankiet odbiorców - minimum
- 2 spotkania zespołu zarządzającego z przedstawicielami użytkowników i odbiorców
- 4 wypowiedzi na platformę projektu (2 x użytkownicy, 2 x odbiorcy)
- 20 wywiadów pogłębionych – minimum (na początku i na końcu terapii) przeprowadzonych z odbiorcami przez członków zespołu badawczego

Wskaźniki efektywności osiągnięte w placówce stacjonarnej w Brugge (Belgia)

Skuteczność metody krótkoterminowej skoncentrowanej na rozwiązaniu BSFT badana w dwóch programach terapii uzależnień w placówce stacjonarnej w Brugge w Belgii wynosiła 75 % a w dalszym badaniu – po ok. 2 latach – wzrastała. Ponadto zastosowanie metody BSFT zaowocowało podjęciem decyzji o modelu abstynenckim leczenia przez ponad 25 % osób, które nie rozpoznawało u siebie problemu i nie decydowało się początkowo na abstynencję. („Drinkwijzer, een praktische gids voor verantwoord alcoholgebruik." L. Isebaert, J. P. Dumoulin, Uitgeverij Van Halewyck, 1999).
Badanie wyników przez follow up po 4 latach po leczeniu. Grupa A - 131 uzależnionych od alkoholu (diagnoza kliniczna), poddana leczeniu szpitalnemu. Zbadano 118 osób: 84% utrzymywało abstynencję lub skutecznie kontrolowało picie. Grupa B – 72 uzależnionych od alkoholu po leczeniu ambulatoryjnym: 59 osób utrzymywało abstynencję lub skutecznie kontrolowało picie. Wyniki potwierdzone przez wywiad środowiskowy (S. de Shazer, L. Isebaert (2003) Badania nad modelem Brugge: Podejście Skoncentrowane na Rozwiązaniu wobec pijących problemowo. Journal of Family Psychotherapy 14: 43-52.)

Dla przykładu prezentujemy dane Instytutu Psychologii Zdrowia z roku 2004 dotyczące sposobu picia przez pacjentów po dwóch latach od zakończenia podstawowego tradycyjnego programu terapii uzależnienia:

- 33,4% utrzymywało pełną abstynencję,

- 6,9% miało jednorazowy kontakt z alkoholem,
- 8,3% miało sporadyczne kontakty z alkoholem,
- 5,5% kilkakrotnie upijało się bez ciągów,
- 9,0% piło ciągami rzadszymi i krótszymi niż przed terapią,
- 8,4% pije podobnie jak przed leczeniem,
- 28,6% z tymi pacjentami nie udało się nawiązać kontaktu.

IV. SPOSÓB SPRAWDZANIA, CZY INNOWACJA DZIAŁA

(ewaluacja wewnętrzna i zewnętrzna)

Kryteria oceny: trafność, użyteczność, skuteczność, efektywność, trwałość

Ocena wyników procesu testowania modelu współpracy będzie opierała się na dwóch rodzajach działań: na ewaluacji wewnętrznej oraz ewaluacji zewnętrznej. Obydwa rodzaje ewaluacji będą posługiwały się następującymi kryteriami oceny ewaluacyjnymi):

- Trafność,
- Użyteczność,
- Skuteczność,
- Efektywność,
- Trwałość.

Ewaluacja wewnętrzna będzie prowadzona równolegle z procesem monitorowania, ale będzie skupiona nie na ocenie prawidłowości przebiegu testowania, (co należy do monitoringu), lecz na ciągłej ocenie, czy wdrażany proces daje gwarancję osiągnięcia celu głównego.
Bieżące monitorowanie przebiegu fazy testowania przez Koordynatora projektu oraz pozostałych członków Zespołu Zarządzającego projektem będzie uwzględniało:

1. Kontrolę dokumentacji grup użytkowników i odbiorców biorących udział w projekcie, kontrola harmonogramu wdrażania strategii, kontrola postępu rzeczowego i finansowego
2. Prezentację narzędzi monitoringowych (notatek, protokołów, formularza PEFS, wniosków o płatność, raportów bieżących – merytorycznych i finansowych) na spotkaniach Grupy Sterującej, Zespołu Zarządzającego projektem oraz naradach roboczych

Szczegółowe obowiązki specjalisty ds. ewaluacji, monitoringu i badań:

1. Monitorowanie wskaźników określonych w projekcie poprzez ich bieżącą kontrolę
2. Wizyty monitorujące w fazie testowania produktu finalnego w celu:
   a) oceny stopnia realizacji zadań przez personel projektu,
   b) oceny postępu w procesie terapeutycznym i aktywizacji zawodowej
   c) oceny poziomu zaangażowania grupy odbiorców i użytkowników,
   d) zebrania opinii na temat programu terapeutycznego, metody BSFT, efektywności jej zastosowania w aspekcie reintegracji zdrowotnej i społecznej odbiorców - osób uzależnionych.
3. Badanie postępów testowania produktu finalnego pod kątem bieżących trudności oraz ryzyk związanych z programem merytorycznym występujących w strukturze modelu Autorskiego Programu Terapeutycznego w metodzie BSFT.

Składnikami systemu ewaluacji wewnętrznej będą:

a) notatki ze spotkań i rozmów z personelem projektu,
b) notatki z rozmów z grupami użytkowników i odbiorców
c) zapisy z obserwacji testowania
d) opinie zgłaszane przez użytkowników i odbiorców,
e) karty wywiadów indywidualnych,
f) okresowe badania ankietowe prowadzone wśród użytkowników i odbiorców,
g) raporty – bieżące, miesięczne i raport końcowy zawierający rekomendacje modyfikacji produktu finalnego.

W ramach zmian w projekcie przewidziano przeprowadzenie indywidualnych wywiadów pogłębionych z każdym z odbiorców biorących udział w testowaniu na początku i po zakończeniu tego procesu. Wywiady zostaną przygotowane i przeprowadzone przez zespół badawczy. Efektem tego działania będzie raport cząstkowy i końcowy oceniający indywidualne i grupowe efekty testowania i rekomendował będzie ewentualne zmiany, które posłużą opracowaniu ostatecznej wersji produktu finalnego.

Sposób dokonywania oceny wyników testowania

Efektem ewaluacji wewnętrznej będzie raport końcowy, w którym znajdą się odpowiedzi na kluczowe pytania:

1. Czy i w jakim stopniu zamierzone cele projektu zostały osiągnięte?
2. W jaki sposób przebiega zarządzanie projektem?
3. W jaki sposób realizowana jest współpraca z instytucjami odpowiedzialnymi za kształtowanie i realizację działań w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych?
4. W jaki sposób przebiega realizacja zasady empowerment?
5. Jak przebiegało testowanie produktu finalnego?
6. Jakie problemy i bariery hamują prawidłową realizację projektu?
7. Jaka jest skuteczność działań upowszechniających i włączających?

W trakcie trwania fazy testowania projektu oraz po jej zakończeniu innowacyjny program terapeutyczny metody BSFT zostanie poddany analizie, która ma odpowiedzieć na pytanie, jaka jest rzeczywista skuteczność w zakresie rozwiązywania zidentyfikowanych problemów odbiorców. Wyniki analizy będą podstawą do wprowadzenia zmian i wypracowania wersji finalnej produktu. Innowacja będzie sprawdzana w oparciu o cztery procedury, na które składają się:

- ewaluacja wewnętrzna i monitoring,
- konsultacje z interesariuszami (empowerment),
- konsultacje wyników testowania z ekspertami,
- ewaluacja zewnętrzna.

Wyniki monitoringu będą kluczowym źródłem informacji dla bieżącej oceny postępów realizacji projektu jak i ewaluacji końcowej. W celu przeprowadzenia badania zasadniczych efektów testowanego produktu finalnego zlecona zostanie ewaluacja zewnętrzna. Pozwoli ona na obiektywną i fachową ocenę efektywności programu terapeutycznego przez niezależny podmiot, jak również dostarczy materiału analitycznego oraz wniosków, które posłużą do opracowania ostatecznej wersji produktu finalnego. Skupi się ona na ocenie produktu w aspekcie:

1. Trafności:
   a) Czy i w jakim stopniu innowacja wpisuje się w potrzeby odbiorców i użytkowników, a w szczególności czy metody i sposób działania zawarte

w produkcie finalnym w wystarczającym stopniu dostosowane są do praktyki psychoterapeutycznej niezbędnej do rozwiązania problemów alkoholowych osób dorosłych leczonych stacjonarnie?

b) Czy sposób konstrukcji produktu finalnego oraz jego struktura wewnętrzna są metodologicznie poprawne?
c) Czy sposób testowania produktu finalnego spełnia wymogi metodologicznej poprawności?
d) W jakim stopniu proponowane treści i elementy składowe produktu finalnego są adekwatne do celów zapisanych w projekcie innowacyjnym?

2. Skuteczności:
   a) Czy i w jakim stopniu użytkownicy włączyli się w stosowanie produktu finalnego?
   b) Jakie czynniki wpływają na skuteczność proponowanego programu terapeutycznego metodą BSFT?
   c) Czy proponowany program terapeutyczny metodą BSFT zwiększa efektywność integracji społecznej dorosłych osób uzależnionych od alkoholu?
   d) W jakim zakresie produkt finalny zwiększa skuteczność procesu aktywizacji zawodowej osób dorosłych uzależnionych od alkoholu?
   e) Czy możliwa jest poprawa skuteczności działania programu terapeutycznego opracowanego w ramach produktu finalnego?

3. Użyteczności:
   a) Czy i w jakim stopniu program terapeutyczny metodą BSFT przyczynił się do wzrostu motywacji do pracy w grupie odbiorców?
   b) Czy i w jakim stopniu pomocne były narzędzia diagnostyczne stworzone w ramach projektu oraz materiały szkoleniowe adresowane do grupy użytkowników i odbiorców w kontekście realizacji głównego celu projektu?
   c) Czy i w jakim stopniu pomocny okazał się program doradztwa zawodowego adresowany do grupy odbiorców?
   d) Jaka była funkcjonalność metody BSFT w kontekście jej zastosowania wobec terapii osób dorosłych w stacjonarnym leczeniu uzależnień?

4. Efektywność
   a. Czy terapia krótkoterminowa skoncentrowana na rozwiązaniu zastosowana w leczeniu stacjonarnym jest bardziej efektywna kosztowo od dotychczas stosowanych podejść?
   b. Czy zastosowanie innowacji przekłada się na większą efektywność w inkluzji społeczno - zawodowej dorosłych osób uzależnionych?

5. Trwałości:
   a) Na ile prawdopodobne jest stosowanie programu terapeutycznego metodą BSFT po zakończeniu projektu?
   b) Czy terapeuci leczący osoby dorosłe są zainteresowani stosowaniem BSFT w swojej praktyce - po zakończeniu projektu?
   c) Czy NFZ, (jako płatnik usług) oraz Wojewódzkie Ośrodki Terapii Uzależnień Alkoholowych są zainteresowane stosowaniem tej metody w lecznictwie stacjonarnym - po zakończeniu projektu?

Raport przygotowany w wyniku ewaluacji zewnętrznej będzie zawierał wnioski i rekomendacje dotyczące zarówno samej metody BSFT, jak i możliwości jej wdrażania i upowszechniania. Wyniki ewaluacji zewnętrznej przedstawione w raporcie ewaluacyjnym będą przedmiotem analizy ze strony Zespołu Zarządzającego projektem oraz Grupy Sterującej przy udziale ekspertów Lidera i Partnera oraz przedstawicieli odbiorców i użytkowników produktu finalnego.

Beneficjent dokona wyboru ewaluatora zewnętrznego wg następujących kryteriów:

- Doświadczenie, szczególnie związane z monitorowaniem i ewaluowaniem projektów z zakresu priorytetu VII POKL,
- Zdolność organizacyjna do wykonania zlecenia – znajomość problematyki terapii uzależnień alkoholowych oraz możliwość wykonania zlecenia w wymaganym czasie określonym harmonogramem projektu
- Zastosowanie zasady efektywnego zarządzania finansami

Proponowany przez Beneficjenta zarys metodologii ewaluacyjnej dla ewaluatora zewnętrznego

- Analiza dokumentacji projektowej
- Analiza źródeł zastanych ze szczególnym uwzględnieniem elementów zawartych w części badawczej projektu
- Analiza raportów badawczych z przeprowadzonych badań ujętych w Zadaniu projektowym nr 1 – Pogłębiona diagnoza i analiza problemu
- Przeprowadzenie rozmowy z osobą realizującą monitoring i ewaluację wewnętrzną oraz analiza dokumentacji monitoringowo – ewaluacyjnej
- Przeprowadzenie badań własnych obejmujących m.in. narzędzia: wywiady indywidualne z interesariuszami wewnętrznymi i zewnętrznymi produktu finalnego, ankiety z uczestnikami – użytkownikami i uczestnikami – odbiorcami
- Opracowanie końcowego raportu ewaluacyjnego

Efekty zastosowania innowacji uznane zostaną za wystarczające, gdy:

80% badanych terapeutów oceni metodę terapeutyczną BSFT, jako metodę interesującą, i którzy zadeklarują, że po udziale w specjalistycznym szkoleniu zechcą stosować w terapii z osobami uzależnionymi od alkoholu

50% terapeutów uczestniczących w warsztatach dobrych praktyk uzna tę metodę za interesującą w takim zakresie, iż stwierdzi potrzebę dalszego doskonalenia swoich umiejętności terapeutycznych w tej metodzie,

67% osób uzależnionych uczestniczących w programie testującym zakończy swój udział z wynikiem pozytywnym

Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, jeden z głównych - w skali krajowej - instytucjonalnych interesariuszy innowacyjnego programu terapeutycznego w metodzie BSFT wyrazi swoje zainteresowanie i zadeklaruje, że podejmie działania na rzecz upowszechniania i wdrażania tego modelu terapii w środowisku terapeutycznym.

Trzy zakłady terapii zamkniętej w województwie śląskim, a mianowicie: OTU Parzymiechy, WOTUA Gorzyce oraz Lubliniec wydadzą pozytywną i rekomendującą do stosowania w terapii uzależnień alkoholowych opinię o metodzie BSFT

60% pracodawców uczestniczących w badaniach nt. programu wyrazi swoje zainteresowanie osobami uzależnionymi w taki sposób, iż osoby uzależnione po ukończeniu terapii w metodzie BSFT pozostawałyby w kręgu zainteresowania zawodowego tych pracodawców.

V. STRATEGIA UPOWSZECHNIANIA

Cele działań

Celem działań upowszechniających będzie promowanie innowacyjnej metody BSFT w stacjonarnej praktyce leczenia uzależnień, dotarcie z informacją o celu projektu oraz o etapach jego realizacji i wdrażania do potencjalnych użytkowników ze sfery świadczenia usług terapeutycznych na szczeblu regionalnym i krajowym. Będzie to informacja o produkcie finalnym projektu, jakim jest model terapii w metodzie BSFT wraz z jego integralną częścią - programem rozwoju zawodowego dla uczestników – odbiorców, czyli osób uzależnionych uczestniczących w terapii. W ramach działań upowszechniających prowadzonych na każdym etapie realizacji projektu innowacyjnego zakłada się, że dostarczą one faktycznej i rzetelnej wiedzy na temat prowadzonych badań i analiz, testowania oraz wdrażania produktu finalnego, a także pokażą cały produkt finalny projektu, czyli innowacyjny model terapii wypracowany i modyfikowany w trakcie realizacji wszystkich zadań projektowych.

Grupy, do jakich skierowane będą działania

Strategia upowszechniania będzie miała charakter regionalny oraz ogólnopolski i odbywać się będzie poprzez dotarcie z informacją o wypracowanym modelu Autorskiego Programu Terapeutycznego opartym na metodzie BSFT do jak najszerszego grona osób i instytucji działających w obszarze uzależnienia, w tym do:

a) terapeutów pracujących w 88 oddziałach terapii uzależnień od alkoholu w Polsce, z których wyłoniona zostanie grupa łącznie 45 osób, które wezmą udział w 3 makroregionalnych warsztatach dobrych praktyk i zdobędą wiedzę teoretyczną oraz praktyczną z metody BSFT w terapii uzależnień od alkoholu.
b) ponadto interesariuszami będą także – na poziomie kraju lub regionu - uczestnicy biorący udział w 8 konferencjach regionalnych w planowanej liczbie 800 osób. Kryterium doboru uczestnictwa w konferencjach będzie oczekiwana reprezentacja n/w podmiotów w konferencji oraz aktywny stosunek do problematyki uzależnienia alkoholowego poparty praktyczną i teoretyczną wiedzą z tego zakresu.,
c) szeroko rozumianej grupy interesariuszy produktu finalnego, a więc do:
   - terapeutów pracujących w stacjonarnych oddziałach lub placówkach terapii uzależnień od alkoholu mających swoją siedzibę w regionach, gdzie organizowane będą konferencje regionalne,
   - ekspertów w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych
   - przedstawicieli Jednostek Samorządu Terytorialnego odpowiedzialnych za przeciwdziałanie alkoholizmowi w tym w szczególności: Regionalne Ośrodki Polityki Społecznej, Urzędy Wojewódzkie i Marszałkowskie, Starostwa Powiatowe oraz Urzędy Gmin
   - przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia
   - Ruchów AA,
   - organizacji pozarządowych działających w obszarze polityki społecznej, a w szczególności w obszarze przeciwdziałania uzależnieniom.

Plan działań i ich charakterystyka

Działania upowszechniające prowadzone są w każdej fazie realizacji projektu.
W fazie przygotowania poprzez działania informacyjne (przez okres od listopada 2012r do lutego 2013r.):

- przy przeprowadzaniu badań wśród terapeutów pracujących w zamkniętych ośrodkach terapii
- w czasie panelu dyskusyjnego prezentującego cały projekt oraz wyniki przeprowadzonych badań
- poprzez prezentację projektu oraz jego poszczególnych zadań na stronie internetowej projektu

Działanie to polegało na informowaniu o celach projektu, mającym powstać modelu oraz innowacji. Zainteresowanie tematem było duże ze strony potencjalnych grup docelowych: osób zarządzających zamkniętymi ośrodkami uzależnień (Lubliniec, Gorzyce), terapeutów i pacjentów), stąd też wnioskować można, iż zarówno proces testowania jak i wdrażanie produktu finalnego odbywać się będzie bez zakłóceń.

W fazie wdrażania/ testowania modelu BSFT - terapia krótkoterminowa skoncentrowana na rozwiązaniu w stacjonarnym lecznictwie uzależnień od alkoholu osób dorosłych realizowana w naturalnych i właściwych problemowi uzależnienia warunkach, czyli w ośrodku leczenia uzależnień jest już skutecznym działaniem służącym upowszechnianiu produktu finalnego (od czerwca do grudnia 2013 r.).
Upowszechnienie będzie miało również miejsce w procesie rekrutacji uczestników do testowania modelu Autorskiego Programu Terapeutycznego opartego na metodzie BSF jak również poprzez ciągłe informowanie o realizacji projektu wśród różnych instytucji - (np. JST, ROPS WSL, ośrodków terapii, MOPS-ów, GOPS-ów itd.). Wymienione instytucje zapoznając się z innowacyjnym modelem terapii już na tym etapie będą mogły zgłaszać uwagi, rozważać możliwość adaptacji rozwiązania we własnym środowisku, bądź też podejmować współpracę z ośrodkiem testującym.
W fazie upowszechniania produktu finalnego w całym okresie realizacji projektu wykonane zostaną następujące działania:

1) utworzony został 1 portal badawczo-upowszechniający
2) opublikowane zostaną 4 artykuły sponsorowane,
3) wydana zostanie publikacja nt. modelu Autorskiego Programu Terapeutycznego opartego na metodzie BSF,
4) rozpowszechnione zostaną dwa różne podręczniki p nt. metody BSFT przetłumaczone na język polski i wydane po 500 egzemplarzy każdy
5) odbędzie się 9 konferencji upowszechniających (8 konferencji regionalnych oraz jedna podsumowująca) o charakterze makroregionalnym
6) przeprowadzony został panel dyskusyjny dotyczący analizy wyników badań
7) odbędzie się konferencja regionalna po przeprowadzonych szkoleniach użytkowników a przed procesem testowania produktu finalnego
8) odbędą się 3 makroregionalne warsztaty dobrych praktyk w różnych województwach kraju
9) zorganizowane zostaną wizyty w samorządach (16 wizyt, spotkań z pracownikami), rozsyłanie informacji do jednostek rządowych zajmujących się problematyką uzależnień.
10) odbędą się spotkania edukacyjne z grupami zawodowymi.

Wizyty w samorządach, jak już wcześniej wspomniano dotyczyć będą: obecnej sytuacji na rynku pracy osób uzależnionych i ich podejścia do stosowanych metod leczenia, przedstawienia modelu wypracowanego w projekcie, nawiązywania współpracy w dziedzinie profilaktyki oraz rozpowszechniania informacji na temat realizacji projektu, możliwości wdrożenia wypracowanych rozwiązań.
Konferencja oraz spotkania to kolejne miejsca, gdzie będzie przekazywana informacja o projekcie a przede wszystkim w sposób szczegółowy o produkcie finalnym, natomiast ich znaczenie w procesie upowszechniania polegać będzie na przekazywaniu informacji mającej na celu dostarczenie wiedzy o sposobie wprowadzenia metody leczenia uzależnień metodą skoncentrowaną na rozwiązaniu, alternatywnych możliwościach wykorzystania wypracowanego rozwiązania, jakim będzie krótkoterminowy program terapeutyczny.

VI. STRATEGIA WŁĄCZANIA DO GŁÓWNEGO NURTU POLITYKI

Cel strategii włączania

Jednym z najważniejszych działań w projekcie są czynność polegające na włączaniu do głównego nurtu polityki produktu finalnego tego projektu. Oznacza to, iż włączanie sprowadzać się będzie do poszukiwania takich rozwiązań, które w konsekwencji doprowadzą do sytuacji, w której produkt finalny, jakim jest BSFT – innowacyjna metoda terapeutyczna w stacjonarnym leczeniu uzależnień alkoholowych osób dorosłych zapewni sobie trwałe jej stosowanie przez ośrodki terapeutyczne w regionie oraz kraju.

W zakresie horyzontalnych działań włączających mających charakter wiodący w projekcie prezentowane będą walory najwyższej użyteczności produktu finalnego wobec szerokiego grona decyzyjnego i wykonawczego (pośredniego i bezpośredniego) osób zaangażowanych w świadczenie usług terapeutycznych na rzecz uzależnionych od alkoholu.

Celem działań wertykalnych będzie pozyskiwanie pozytywnych rekomendacji dla włączania w nurt polityki produktu finalnego, jakim jest dotychczas niestosowana innowacyjna, krótkoterminowa metoda skoncentrowana na rozwiązaniu (BSFT) stosowana wobec osób dorosłych uzależnionych od alkoholu. Kluczowym elementem działań włączających do głównego nurtu polityki będzie uznanie go za zgodny ze „Standardami wykonywania świadczeń zdrowotnych z zakresu lecznictwa odwykowego" wyznaczonymi przez PARPA.

Adresaci działań włączających

Działania włączające są ściśle powiązane z działaniami upowszechniającymi i zarazem obie te formy mają kluczowe znaczenie dla powodzenia projektu, gdyż wywierają wpływ a nawet angażują osoby krajowych i lokalnych polityków i decydentów, zatem osoby będące autorytetami w życiu publicznym i społecznym na rzecz projektu z jego finalnym produktem.

Strategia włączania do głównego nurtu polityk w aspekcie wertykalnym będzie miała charakter regionalny oraz ogólnopolski i odbywać się będzie poprzez dotarcie z informacją o wypracowanym modelu Autorskiego Programu Terapeutycznego opartego na metodzie BSFT do użytkowników oraz jak najszerszego grona interesariuszy, w tym do:

- posłów i senatorów odpowiedzialnych za kształtowanie polityki na szczeblu centralnym,
- przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia
- przedstawicieli władz jednostek samorządu terytorialnego różnych szczebli odpowiedzialnych za przeciwdziałanie alkoholizmowi w tym w szczególności: regionalnych ośrodków polityki społecznej, urzędów wojewódzkich i marszałkowskich, starostw powiatowych, (w tym powiatowych urzędów pracy) oraz urzędów gmin
- ekspertów w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych

- przedstawicieli Regionalnej Sieci Tematycznej oraz Instytucji Pośredniczącej
- terapeutów pracujących w stacjonarnych oddziałach lub placówkach terapii uzależnień od alkoholu mających swoją siedzibę w regionach, gdzie organizowane będą konferencje regionalne,
- kuratorów społecznych i sądowych
- przedstawicieli organizacji kościelnych i związków wyznaniowych działających na rzecz osób uzależnionych od alkoholu
- przedstawicieli Ruchów AA,
- przedstawicieli organizacji pozarządowych działających w obszarze polityki społecznej a w szczególności w obszarze przeciwdziałania uzależnieniom.

Przed wysłaniem dla tych osób – przedstawicieli instytucji wymienionych powyżej zaproszenia na konferencję prześlemy na ich ręce pisemną, wyczerpującą informację o zaletach stosowania innowacyjnej metody terapeutycznej u osób uzależnionych od alkoholu dla uzyskania ich akceptacji oraz poparcia dla włączania tych działań do głównego nurtu polityki. Końcowym akcentem oczekiwań wobec tych osób dla pozytywnej oceny i poparcia produktu finalnego oraz włączenia go do głównego nurtu polityki będzie zaproszenie do udziału w konferencjach regionalnych organizowanych w wybranych regionach kraju. Jesteśmy przekonani, że prezentacja produktu finalnego tak szerokiemu gremium zwiększy szanse dla innowacyjnego rozwiązania w zakresie terapii na jego wdrożenie.

Do grona odbiorców działań włączających zaliczyć należy również osoby uzależnione od alkoholu, które poza uczestnikami – odbiorcami biorącymi udział w procesie testowania produktu będą zaproszone do udziału w konferencjach regionalnych oraz informowane będą o zaletach innowacyjnej metody terapii uzależnień od alkoholu poprzez organizacje zajmujące się problematyką uzależnień, których są członkami.

Formy działań włączających

Działania włączające w fazie pogłębionej diagnozy i opracowania wstępnej wersji produktu finalnego – 01.09.2012 do 28.02.2013r

- organizacja panelu dyskusyjnego po zakończonych badaniach
- wydanie w wersji książkowej oraz na płytkach CD raportu z badań i udostępnienie go uczestnikom panelu
- propagowanie idei i założeń produktu finalnego na stronie internetowej projektu

Działania włączające w fazie testowania oraz analizy rzeczywistych efektów testowanego produktu i opracowania ostatecznej jego wersji – 01.05 do 31.12.2013r

- konferencja rozpoczynająca etap testowania, po zakończonych szkoleniach – 50 osób uczestniczących – terapeuci i pacjenci oraz osoby decyzyjne wpływające na polityką społeczną w regionie a także lokalni interesariusze działający w środowisku uzależnień od alkoholu oraz prezentacja filmu szkoleniowego ukazującego metodę BSFT w terapii osób uzależnionych od alkoholu
- opracowanie i rozesłanie drogą mailową informacji o projekcie i produkcie finalnym do 50 osób decyzyjnych, które nie potwierdzą udziału w konferencji
- opracowanie i rozesłanie min. 30 listów intencyjnych do osób decyzyjnych - przedstawicieli działających w środowisku uzależnień

Działania włączające w fazie III etapu realizacji projektu – 01.01.2014 do 31.08.2014r

- odbycie 8 konferencji regionalnych i 1 podsumowującej z udziałem łącznie 950 osób o różnej reprezentacji działających na rzecz rozwiazywania problemów alkoholowych lub będących tymi problemami dotkniętymi
- przeprowadzenie 3 regionalnych warsztatów dobrych praktyk z udziałem zaproszonych użytkowników – terapeutów
- edycja w prasie krajowej 2 artykułów sponsorowanych nt. produktu finalnego
- wydanie publikacji – wersji ostatecznej Autorskiego Programu Terapeutycznego w metodzie BSFT
- opracowanie i przekazanie informacji nt. projektu i produktu finalnego do 200 osób, które nie wezmą udziału w konferencjach regionalnych
- zorganizowanie 16 wizyt w samorządach różnego szczebla, w czasie których przekazana zostanie informacja o projekcie i produkcie finalnym w celu uzyskania poparcia i akceptacji dla włączania do nurtu polityki
- przekazanie do Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych wydanej przez Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień opinii nt. Autorskiego Programu Terapeutycznego w metodzie BSFT
- uzyskanie dla Autorskiego Programu Terapeutycznego w metodzie BSFT certyfikatu zgodności ze „Standardami wykonywania świadczeń zdrowotnych z zakresu lecznictwa odwykowego" wyznaczonymi przez PARPA.

Można, zatem stwierdzić, że włączenie do głównego nurtu polityki ma jeszcze jeden aspekt, a mianowicie odbywać się będzie na dwóch płaszczyznach:

- wewnętrznej - oddziaływującej na środowisko grupy odbiorców pomocy - poszerzenie oferty Ośrodka Terapii Uzależnień, 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 z osobami uzależnionymi i proponowanie skorzystania z leczenia metodą BSFT

VII. KAMIENIE MILOWE II ETAPU PROJEKTU

Spośród wszystkich działań projektu kluczowymi dla jego przebiegu będą:

1. Opracowanie, przekazanie do zaopiniowania oraz uzyskanie akceptacji Regionalnej Sieci Tematycznej dla strategii wdrażania produktu finalnego: kwiecień- czerwiec 2013r.
2. Rekrutacja grup odbiorców (pacjentów) oraz testowanie produktu finalnego (termin zgodny z harmonogramem działań II etapu projektu: czerwiec- grudzień 2013r.). Dla efektywnego przebiegu projektu kluczowe jest ciągłe monitorowanie wskaźników ilościowych i jakościowych dotyczących poszczególnych grup odbiorców (5 grup 12 osobowych) od fazy rekrutacji, aż do zakończenia procesu testowania.
3. Przeprowadzenie indywidualnych wywiadów pogłębionych z odbiorcami produktu finalnego (uzależnionymi pacjentami) wraz z opracowaniem raportu cząstkowego i końcowego: lipiec 2013r.- luty 2014r.
4. Wewnętrzny monitoring i ewaluacja rzeczywistych efektów testowanego produktu finalnego: od czerwca 2013r. do lutego 2014r. (wraz z opracowaniem raportu cząstkowego i podsumowującego fazę testowania).
5. Ewaluacja zewnętrzna- przygotowanie raportu ewaluacyjnego produktu finalnego przez ewaluatora zewnętrznego: marzec- czerwiec 2014r.
6. Opracowanie ostatecznej wersji produktu finalnego oraz jego walidacja przez Regionalną Sieć Terapeutyczną w okresie: I-III kwartał 2014r.

W trzecim etapie realizacji projektu nastąpi najważniejsza faza upowszechniania produktu finalnego oraz mainstreaming realizowane poprzez:

- bieżące publikacje rezultatów i produktów projektu na utworzonym portalu badawczo-upowszechniającym,
- edycje artykułów sponsorowanych oraz ogłoszeń w prasie regionalnej i krajowej: I i III kwartał 2014r.
- rozpowszechnianie wśród użytkowników 2 podręczników (przetłumaczonych i wydanych w języku polskim) na temat metody BSFT: styczeń- sierpień 2014r.
- zorganizowanie i przeprowadzenie wizyt w jednostkach samorządu terytorialnego nt. produktu finalnego oraz rozesłanie informacji do jednostek rządowych zajmujących się problematyką uzależnień: styczeń- sierpień 2014r.
- poinformowanie zewnętrznych interesariuszy (JST, GOPS, MOPS, ROPS, ośrodki terapii uzależnień, itd.) o rezultatach i produktach projektu: styczeń – sierpień 2014r.
- zorganizowanie i przeprowadzenie 8 konferencji regionalnych i 1 podsumowującej dla potencjalnych odbiorców i użytkowników produktu finalnego oraz pozostałych interesariuszy zewnętrznych: grudzień 2013r.- sierpień 2014r.
- przeprowadzenie 3 makroregionalnych warsztatów dobrych praktyk dla użytkowników produktu finalnego: I- III kwartał 2014r.
- rozpowszechnianie drukowanej, ostatecznej i zwalidowanej wersji produktu finalnego: II- III kwartał 2014r.

- przekazanie do Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych opinii o produkcie finalnym wydanej przez Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień Alkoholowych: III kwartał 2014r.

VIII. ANALIZA RYZYKA

Potencjalne zagrożenia i oszacowanie prawdopodobieństwa ich wystąpienia oraz wpływu ryzyka na realizację Projektu

OPIS MIAR RYZYKA

P - prawdopodobieństwo wystąpienia - (skala 1-3, 1 – mało prawdopodobne, 2 – średnio prawdopodobne, 3 – bardzo prawdopodobne)

W – wpływ na realizację projektu - (skala 1-3, 1 – mały wpływ, 2 – średni wpływ, 3 – znaczący wpływ)

I – iloczyn prawdopodobieństwa i wpływu

OPIS PRAWDOPODOBNYCH RYZYK

1. Przekonanie terapeutów o niskiej skuteczności nowych metod terapeutycznych oraz zmiana ich postaw i rezygnacja z udziału w projekcie

Prawdopodobieństwo wystąpienia ryzyka P - 1,
Wpływ wystąpienia ryzyka na realizację projektu W – 2
Iloczyn prawdopodobieństwa i wpływu - 2
Biorąc pod uwagę szacowane ryzyko można uznać je za istotne.

2. Niechęć przedstawicieli Administracji Publicznej oraz środowisk Terapeutycznych i ruchów abstynenckich do udziału w upowszechnianiu produktu finalnego

Prawdopodobieństwo wystąpienia ryzyka P - 1,
Wpływ wystąpienia ryzyka na realizację projektu W – 1
Iloczyn prawdopodobieństwa i wpływu - 1
Biorąc pod uwagę szacowane ryzyko można uznać je za mało istotne.

3. Brak spójnej metodyki łączenia reintegracji społecznej i zawodowej w ramach procesu terapeutycznego

Prawdopodobieństwo wystąpienia ryzyka P - 1,
Wpływ wystąpienia ryzyka na realizację projektu W – 1
Iloczyn prawdopodobieństwa i wpływu - 1
Biorąc pod uwagę szacowane ryzyko można uznać je za mało istotne.

4. Niezrekrutowanie dostatecznej liczby osób

Prawdopodobieństwo wystąpienia ryzyka P - 1,
Wpływ wystąpienia ryzyka na realizację projektu W – 3
Iloczyn prawdopodobieństwa i wpływu - 3
Biorąc pod uwagę szacowane ryzyko można uznać je za istotne o znaczącym wpływie na projekt.

5. Rezygnacja uczestników z projektu

Prawdopodobieństwo wystąpienia ryzyka P - 1,
Wpływ wystąpienia ryzyka na realizację projektu W – 3
Iloczyn prawdopodobieństwa i wpływu - 3
Biorąc pod uwagę szacowane ryzyko można uznać je za istotne o znaczącym wpływie na projekt

6. Ryzyko utraty płynności finansowej projektu z powodu opóźnień w wypłacie kolejnych transz środków finansowych na realizację zadań projektowych

Prawdopodobieństwo wystąpienia ryzyka P - 2,
Wpływ wystąpienia ryzyka na realizację projektu W – 1
Iloczyn prawdopodobieństwa i wpływu - 2
Biorąc pod uwagę szacowane ryzyko można uznać je za istotne.

Najważniejsze zagrożenia

Przy możliwości wystąpienia ryzyka 1 sposobem na uniknięcie takiej sytuacji, czyli braku wykwalifikowanej kadry już od momentu rozpoczęcia realizacji I etapu projektu zbierane są dane potencjalnych chętnych do zmiany podejścia w zakresie zastosowania nowej terapii pozwalające na zbudowanie trwałego i sprawnego zespołu terapeutycznego – uczestników – użytkowników projektu.

Niezrekrutowanie dostatecznej liczby osób (ryzyko 4) oraz rezygnacja uczestników z projektu (ryzyko 6) to przypadki, w których ryzyko wystąpienia i jego wpływ na realizacje projektu jest bardzo istotne.

W przypadku zaistnienia ryzyka 4 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. Zespół projektowy zakłada możliwość zastosowania bezpośrednich interwencji u zgłoszonych wcześniej uczestników projektu.

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.
W sytuacji opisanej, jako ryzyko 5 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.

Beneficjent jest przekonany o powodzeniu procesu testowania w kontekście udziału w nim osób uzależnionych z następujących powodów:

- zarówno we wniosku o dofinansowanie jak i strategii wdrażania produktu finalnego przyjęte zostały takie efekty, jak liczba osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, które zakończyły udział w projekcie na poziomie 40 osób. Oznacza to, iż na grupę przypada po 8 z 12 osób zaplanowanych do terapii
- liczba ta koresponduje z liczbą osób, które zdaniem badanych na etapie Zadania 1 terapeutów określiły optymalną ilość osób uzależnionych biorących udział w terapii na poziomie 8 osób
- prawie 2/3 badanych pacjentów uznało, że po zakończeniu przez nich dotychczasowej terapii, winno się im zaproponować inne metody terapeutyczne, niż te stosowane dotychczas
- pierwszy tydzień realizacji terapii w metodzie BSFT ma na celu przede wszystkim zbudowanie motywacji wśród uczestników – odbiorców do świadomego udziału w terapii, nawet wśród tych z zewnętrzna motywacją (kierowanych sądownie).
- określona zostanie lista rezerwowych pacjentów dla każdej grupy (do 3 osób – 25% grupy), które mogą zostać przyjęte do terapii w 1 tygodniu jej realizacji
- badania przeprowadzone wśród terapeutów potwierdziły chęć zdobywania wiedzy z nowych metod terapeutycznych; szczególnie wypowiedzi te odnosiły się do metody BSFT

Dokonywane uzupełnienie strategii wdrażania produktu finalnego na etapie już prowadzonego procesu testowania tego produktu potwierdza założenia Beneficjenta o skutecznej eliminacji przyjętego na etapie opracowywania strategii ryzyka w zakresie rekrutacji uczestników – odbiorców. Także przyjęta w projekcie i zastosowana w procesie testowania produktu finalnego ilościowa struktura grupy oraz wg płci uczestników – odbiorców potwierdza się i Beneficjent nie widzi zagrożenia w tych przypadkach. Na inne elementy charakteryzujące uczestników – odbiorców, takie jak przede wszystkim wiek a także - choć w mniejszym zakresie - motywacja udziału w terapii (zewnętrzna) Beneficjent nie ma żadnego wpływu. Zapis zaproponowany w projekcie miał jedynie podjęcie próby przetestowania tych uzależnionych od alkoholu, którzy kierowani są na terapię decyzją sądową. Jeśli chodzi o wiek uczestnika – odbiorcy, to biorąc pod uwagę prawo każdego uzależnionego od alkoholu do terapii Beneficjent nie może żadnej osobie odmówić przyjęcia do Ośrodka, chyba, że powodem jest brak miejsc w Ośrodku.

W przypadku ryzyka utraty płynności finansowej (ryzyko 6) zapobieganiem pojawienia się takiego zagrożenia będzie podwójny sposób sprawdzania wniosków o płatność, bieżący kontakt z opiekunem projektu oraz częste merytoryczne konsultacje z Instytucją Pośredniczącą.

Strategia działania wobec zagrożeń

Analiza możliwych do wystąpienia ryzyk w projekcie wskazuje, że we wszystkich przypadkach prawdopodobieństwo wystąpienia ryzyka określono na poziomie 1, czyli jako mało istotne. W dwóch przypadkach, a mianowicie w przypadku niezrekrutowania dostatecznej liczby osób oraz rezygnacji uczestników z projektu wpływ tego ryzyka na projekt byłby znaczący. Czynniki prawdopodobieństwa zostały określone w oparciu o aktualne doświadczenie Lidera projektu oraz członków Zespołu projektowego w zakresie realizacji innych projektów unijnych o podobnej problematyce, budżetach i zasięgu realizacji,

chociaż nie były to projekty innowacyjne. W przypadku wystąpienia szacowanych prawdopodobieństw ryzyka będą one miały następujący wpływ na realizację projektu: w dwóch przypadkach – mało istotny, w trzech kolejnych, jako istotny oraz w dwóch ostatnich, jako znaczący (w tych ostatnich przypadkach poziom ryzyka wyniósł 3).

Przygotowanie na wypadek wystąpienia innych zagrożeń

Zastosowany w projekcie system zarządzania (szczegółowy podział zadań i wynikających stąd obowiązków personelu projektowego oraz wewnętrzny system kontroli u Beneficjenta skutecznie przeciwdziała problemom pojawiającym się w trakcie realizacji projektu. Przyjęty system komunikacji zapewnia bieżącą informację w zakresie ryzyka, jakie może się pojawić, a ich wcześniejsza identyfikacja pozwala na wyeliminowanie zagrożeń albo ich istotne zminimalizowanie. Ryzyko wystąpienia zagrożeń zostanie znacząco ograniczone także dzięki posiadanemu doświadczeniu oraz wiedzy i umiejętności Zespołu Zarządzającego projektem.

Przygotowanie na skutki osiągnięcia nieprzewidywalnych efektów projektu

Beneficjent nie podziela obaw o możliwości pojawienia się nieprzewidywalnych sytuacji, które mogłyby mieć negatywny wpływ na końcowe efekty projektu. Swoją pewność w tym zakresie opiera na istotnych przesłankach, a mianowicie:

- wybrani do testowania produktu finalnego terapeuci zgłosili do projektu swój akces z własnej inicjatywy i na zasadzie pełnej dobrowolności, co może świadczyć, iż dokonali świadomego wyboru poznania nowego modelu terapeutycznego w metodzie BSFT,
- szkolenie terapeutów prowadzili w sposób profesjonalny eksperci - terapeuci, którzy posiadają rekomendacje Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Skoncentrowanej na Rozwiązaniu i posiadają certyfikat psychoterapeuty zgodnie z wymogami NFZ a także opracowali autorski program szkoleniowy w metodzie BSFT,
- uczestnicy – użytkownicy biorący udział w szkoleniu wyposażeni zostali w dwa zagraniczne podręczniki omawiające zagadnienia terapii krótkoterminowej skoncentrowanej na rozwiązaniu,
- we wcześniejszym okresie Beneficjent realizował w partnerstwie projekt unijny, którego uczestnikami były osoby uzależnione od alkoholu i może się wykazać niezbędnym w tym zakresie doświadczeniem.