



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt raportu końcowego

ewaluacji mid-term projektu systemowego

Wsparcie osób ze stwardnieniem rozsianym, w tym z niepełnosprawnościami
sprzężonymi na rynku pracy



Katowice, 2014

Raport końcowy ewaluacji mid-term projektu systemowego Wsparcie osób ze stwardnieniem rozsianym, w tym z niepełnosprawnościami sprzężonymi, na rynku pracy został opracowany przez ekspertów Collect Consulting S.A.

Raport został opracowany przez zespół badawczy w składzie:

Magdalena Sęk – Kierownik badania

Magdalena Hędrzak-Mącznik – Członek Zespołu Badawczego

Wioleta Kmieć – Członek Zespołu Badawczego.

na zlecenie:

Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

w ramach projektu pn. Wsparcie osób ze stwardnieniem rozsianym, w tym z niepełnosprawnościami sprzężonymi, na rynku pracy, realizowanego w ramach Priorytetu I. Zatrudnienie i integracja społeczna, Działanie 1.3 Ogólnopolskie programy integracji i aktywizacji zawodowej Poddziałanie 1.3.6. Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki.

Katowice, czerwiec 2014 r.

Spis treści

1	Streszczenie	4
2	Wstęp	6
2.1	Kontekst badania	6
3	Koncepcja badania.....	9
3.1	Opis projektu.....	9
3.2	Cel i zakres badania ewaluacyjnego	12
3.3	Kryteria i pytania ewaluacyjne	13
3.4	Założenia badawcze	14
4	Metodologia badania.....	15
4.1	Metodologia badania i analizy	15
4.2	Opis sposobu przeprowadzenia badania	17
4.3	Ograniczenia procesu ewaluacyjnego	18
5	Opis wyników badania	20
5.1	Planowanie projektu.....	20
5.2	Realizacja wsparcia a potrzeby uczestników.....	21
5.2.1	Rekrutacja do projektu	21
5.2.2	Różnorodność uczestników w ramach grup objętych wsparciem	26
5.2.3	Oddziaływanie projektu na uczestników	27
5.2.4	Ogólne skutki projektu	33
5.3	Okoliczności podejmowania zatrudnienia i rozpoczynania edukacji - studium przypadku	35
5.3.1	Podjęcie zatrudnienia	35
5.3.2	Podejmowanie nauki	39
5.4	Organizacja projektu	44
5.4.1	Zajęcia wyjazdowe – Fundacja na Rzecz Chorych na SM im. bł. Anieli Salawy.....	44
5.4.2	Zajęcia stacjonarne i wyjazdowe - Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego.....	46
5.5	Czynniki utrudniające realizację projektu	49
5.5.1	Ryzyka projektowe.....	49
5.5.2	Inne problemy realizacyjne.....	51
5.6	Poziom realizacji celów i wskaźników projektu	54
6	Wnioski z badania i rekomendacje	60
7	Aneksy.....	66

1 Streszczenie

Raport, który oddajemy Państwa lekturze został opracowany przez zespół Collect Consulting S.A. z siedzibą w Katowicach. Przedmiotem raportu była analiza dotychczasowego przebiegu realizacji projektu systemowego pn. „Wsparcie osób ze stwardnieniem rozsianym, w tym z niepełnosprawnościami sprzężonymi na rynku pracy” realizowany w ramach PO KL 2007-2013.

Badany projekt jest skierowany do 800 osób z SM oraz do 500 ich opiekunów i ma na celu aktywizację społeczno-zawodową osób chorych na stwardnienie rozsiane.

Analiza przeprowadzona w ramach badania objęła następujące zagadnienia:

- planowanie projektu,
- poprawność prowadzenia rekrutacji,
- efekty projektu z uwzględnieniem charakterystyk uczestników,
- skutki przyjętego sposobu organizacji projektu,
- ryzyka projektowe,
- poziom realizacji celów i wskaźników.

Pierwsze trzy rozdziały prezentują koncepcję badania, jego cele i założenia badawcze przyjęte na potrzeby prowadzenia analiz.

W rozdziale czwartym przedstawiono metodologię badania. Ewaluacja mid-term miała charakter jakościowy. Przy wykorzystaniu różnych metod i technik badawczych przebadano 44 respondentów reprezentujących następujące grupy:

- Kadra projektu (w badaniu udział wzięli zarówno przedstawiciele kadry zarządzającej ze strony Lidera oraz Partnerów jak i przedstawiciele kadry merytorycznej tj. doradcy zawodowi, psychologowie, trenerzy etc.),
- Osoby z SM uczestniczące w projekcie,
- Osoby z otoczenia chorych na SM, które biorą udział w projekcie.

Badania jakościowe zostały wsparte analizą desk research, która obejmowała: dokumentację projektową: m.in. wnioski o dofinansowanie, wnioski o płatność, regulaminy udzielanego wsparcia, Indywidualne Plany Działania czy też materiały promocyjne. Dodatkowo dokonano przeglądu opracowań naukowych oraz materiałów statystycznych dotyczących sytuacji społecznej i zawodowej osób chorych na SM.

Z wynikami badania mogą się Państwo zapoznać w rozdziale piątym, który zawiera szczegółowe omówienie zgromadzonego materiału oraz powstałe na jego podstawie wnioski dotyczące projektu. Najważniejsze z nich zostały pokrótce omówione poniżej.

Zdecydowana większość badanych jest zadowolona z uczestnictwa w projekcie. Jak deklarują, działania, w których brali udział zwiększyły ich pewność siebie i wiarę we własne możliwości. Najbardziej zadowoleni byli z uczestnictwa w zajęciach z psychologiem.

Obaj Partnerzy obecnie zmagają się z niechęcią osób z otoczenia do udziału w projekcie oraz słabą oceną wsparcia dedykowanego tej grupie. Działania skierowane do tej grupy nie są do końca trafne. Respondenci pozytywnie oceniają spotkania z psychologiem, natomiast są niezadowoleni z grupowego charakteru oraz jakości zajęć z prawnikiem. Wskazują również, że możliwość spotkań z doradcą zawodowym wpłynęłaby na prawidłowe ukierunkowanie pomocy podopiecznym w podjęciu przez nich aktywności zawodowej.

Fundacja w trakcie realizacji projektu napotkała na trudności związane z większym zainteresowaniem uczestników udziałem w zajęciach rehabilitacyjnych niż w pozostałych spotkaniach. Podjęte działania zaradcze nie spełniły swojej funkcji i wymagają dopracowania.

Podsumowaniem prowadzonych analiz jest rozdział szósty, który zawiera tabelę z rekomendowanymi działaniami, które należy wprowadzić w celu usprawnienia realizacji projektu i osiągnięcia jego celów.

Ewaluacja mid-term realizowana była w ścisłej współpracy z Liderem i Partnerami, których pozytywne nastawienie przyczyniło się do sprawnej realizacji badania. Serdecznie dziękujemy im za pomoc w trakcie gromadzenia materiału badawczego.

W celu szczegółowego zapoznania się z wynikami przeprowadzonego badania zapraszamy Państwa do lektury niniejszego opracowania.

2 Wstęp

Dokument prezentuje wyniki końcowe ewaluacji mid-term projektu „Wsparcie osób ze stwardnieniem rozsianym, w tym z niepełnosprawnościami sprzężonymi, na rynku pracy” realizowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w partnerstwie z Fundacją na Rzecz Chorych na SM im. bł. Anieli Salawy oraz Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego – Oddział w Łodzi w ramach PO KL 2007-2013.

2.1 Kontekst badania

Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych¹ wyróżnia trzy stopnie niepełnosprawności: znaczny, umiarkowany oraz lekki.

- Do znacznego stopnia niepełnosprawności - zalicza się osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i wymagającą, w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji.
- Do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności - zalicza się osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej lub wymagającą czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych.
- Do lekkiego stopnia niepełnosprawności - zalicza się osobę o naruszonej sprawności organizmu, powodującej w sposób istotny obniżenie zdolności do wykonywania pracy, w porównaniu do zdolności, jaką wykazuje osoba o podobnych kwalifikacjach zawodowych z pełną sprawnością psychiczną i fizyczną, lub mająca ograniczenia w pełnieniu ról społecznych dające się kompensować przy pomocy wyposażenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze lub środki techniczne.

Niepełnosprawność sprzężona - upośledzenie sprzężone występuje u osoby, u której stwierdza się 2 lub więcej niepełnosprawności, które są powodowane jednym lub kilkoma czynnikami w różnych okresach życia (dotyczy to także okresu prenatalnego). Niepełnosprawność sprzężona jest złożona, podwójna lub wieloraka, bądź towarzyszy jej dodatkowe kalectwo. Wśród osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi wymienia się wiele różnych kategorii, między innymi: osoby upośledzone umysłowo – niewidome, głucho – niewidome, niewidome z porażeniem mózgowym².

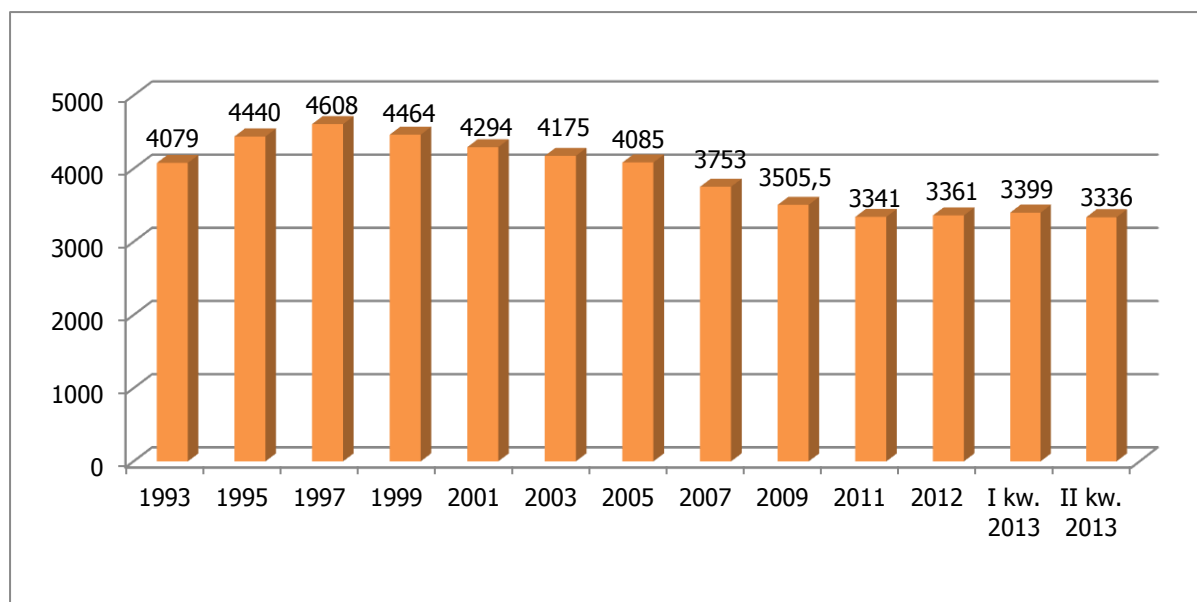
Jak wskazują wstępne wyniki Narodowego Spisu Powszechnego z 2011 r., liczba osób, które zadeklarowały ograniczenie zdolności do wykonywania zwykłych czynności podstawowych dla swojego wieku i/lub posiadały ważne orzeczenie kwalifikujące je do zaliczenia do zbiorowości osób niepełnosprawnych (tzw. *niepełnosprawność prawna*) wynosiła 4 697,5 tys., co stanowiło 12,2% ludności kraju. Opierając się na wynikach kwartalnego badania Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL) – „Osoby niepełnosprawne na rynku pracy”³, liczebność populacji osób niepełnosprawnych prawnie w wieku 16-64 lata (według kryterium prawnego) wyniosła w 2011 r. 3 341 tys. osób. Od roku 2011 widać nieznaczny wzrost liczby ON. W 2012 r. zarejestrowano 3 361 osób niepełnosprawnych prawnie, a w 2013 r. – 3 368 (średnia dla dwóch pierwszych kwartałów roku).

¹ Dz. U. 2011 nr 127 poz. 721.

² www.sds24.pl

³ „Osoby niepełnosprawne na rynku pracy w 2011r.”, GUS Departament Pracy, Warszawa 2012r., (www.stat.gov.pl)

Wykres 1 Liczba osób niepełnosprawnych w wieku 16-64 lat w Polsce w latach 1993-2013 wg BAEL



Źródło: Opracowane przez Collect Consulting na podstawie: Badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL), GUS.

Według danych BAEL, w roku 2011 w ogólnej liczbie osób niepełnosprawnych prawie 31,8% stanowiły osoby z orzeczonym znacznym stopniem niepełnosprawności, 40,8% - osoby o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, a jedynie 27,4% - osoby o stopniu niepełnosprawności lekkim. W 2011 r. aktywnych zawodowo było 17,2% osób niepełnosprawnych w wieku 16 lat i więcej, w tym w wieku produkcyjnym 26,4%.

Specyfika osób ze stwardnieniem rozsianym

Stwardnienie rozsiane (SM, sclerosis multiplex) to choroba układu neurologicznego: „klinicznie definiuje się ją, jako występowanie nawrotowych epizodów objawów neurologicznych, spowodowanych rozsianymi demielinizacyjnymi uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego, z czasem prowadzących do znacznych deficytów neurologicznych.”⁴ Choroba ta najczęściej dotyka osoby w wieku 20-40 lat, częściej kobiety. Stwardnienie rozsiane u każdej z osób przebiega indywidualnie, jednak najczęściej przybiera jedną z 4 postaci:

- rzutowo-remisyjne - najczęściej występująca postać choroby - dotyczy ok. 60% chorych, objawy występują przez pewien czas (dni, tygodnie, miesiące), a następnie stan neurologiczny ulega częściowej lub całkowitej poprawie. Stan pogorszenia zdrowia nazywany jest rzutem. Dochodzi do niego, kiedy komórki układu odpornościowego atakują osłonę włókna nerwowego w mózgu lub rdzeniu kręgowym, tworząc tym samym stan zapalny. Kiedy stan zapalny cofa się, objawy ustępują częściowo (zdarza się, że pozostanie potem pewne uszkodzenie) lub całkowicie znikają. Określa się to mianem remisji. Remisje mogą trwać zarówno kilka miesięcy, jak i lat.
- wtórnie postępujące - kiedy u osób z SM rzutowo-remisyjnym występuje trwałe pogorszenie stanu zdrowia przez co najmniej 6 miesięcy, to bez względu na to, czy w tym czasie pojawiają się rzuty, mówi się o wtórnie postępującym SM. Statystycznie u ok. 65% osób z SM rzutowo-remisyjnym po średnio 15 latach rozwija się postać wtórnie postępująca.
- łagodna postać - w tej odmianie po jednym lub dwóch atakach następuje całkowity powrót do zdrowia i SM nie rozwija się. Jeżeli u osoby chorej po 10-15 latach stan zdrowia nie pogorszył się

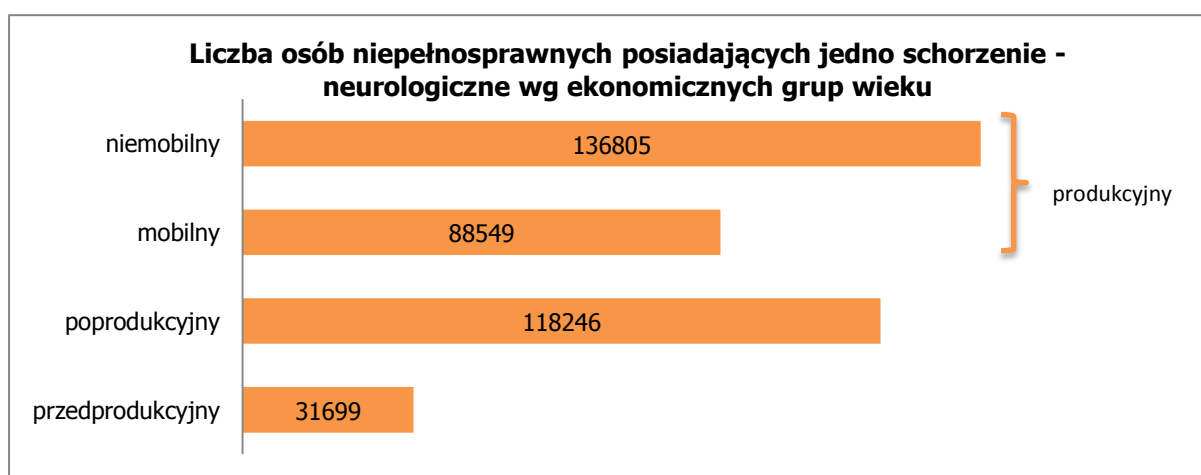
⁴ K. Selmaj Stwardnienie rozsiane . kryteria diagnostyczne i naturalny przebieg choroby w: Polski przegląd neurologiczny , Warszawa 2005 tom 1 s. 99.

i ma ona minimalną niepełnosprawność lub jej brak, również można mówić o SM przebiegającym w sposób łagodny. Postać łagodna występuje u ok. 20% osób chorych.

- pierwotnie postępujące - jest to forma SM dotycząca 10-15 % osób chorych. Osoby z pierwotnie postępującym SM są na ogół diagnozowane w wieku 40 lat lub później. Podczas, gdy w innych postaciach SM zmiany demielinizacyjne pojawiają się zarówno w mózgu jak i w rdzeniu kręgowym, w pierwotnie postępującym SM większość uszkodzeń ma miejsce w rdzeniu kręgowym. Osoby z pierwotnie postępującym SM nigdy nie mają wyraźnych rzutów lub remisji. Choroba rozpoczyna się od pojawienia się problemów, np. z poruszaniem, które się stopniowo pogłębiają.

Trudno jest podać dokładną liczbę osób dotkniętych stwardnieniem rozsianym w skali kraju. Szacuje się, że liczba ta waha się pomiędzy 40 000 a 60 000 osób. Jak wynika z informacji przedstawionych przez Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego (odwołując się do danych NFZ) w roku 2011 liczba osób z SM wynosiła **38 050**, jednak ze względu na specyfikę choroby część osób może przez dłuższy czas pozostać nieświadoma swojej choroby (nie wystąpił jeszcze pierwszy rzut lub też choroba nie została jeszcze zdiagnozowana). Według danych Narodowego Spisu Powszechnego z 2011 r. liczba osób posiadających jedno schorzenie – neurologiczne wynosiła 37 5299 osób, jednakże należy pamiętać, iż choroba ta wpływa na funkcjonowanie całego organizmu i w wielu przypadkach osoby chore na SM mają także problemy np. z poruszaniem się. Jak szacuje Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, co druga osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim cierpi na SM.

Wykres 2 Osoby niepełnosprawne z jednym schorzeniem neurologicznym według ekonomicznych grup wieku



Źródło: Opracowane przez Collect Consulting S.A. na podstawie danych Narodowego Spisu Powszechnego 2011 GUS.

Okres diagnozy SM i rozpoczęcie leczenia przypada najczęściej na lata największej aktywności społeczno-zawodowej osoby chorej. W wielu przypadkach diagnoza traktowana jest jako konieczność rezygnacji z dotychczas prowadzonego sposobu życia i zmniejszenie aktywności społecznej oraz zawodowej. Tego typu opinie o SM wyrażają zarówno osoby chore jak i ich otoczenie.

3 Koncepcja badania

3.1 Opis projektu

Projekt „Wsparcie osób ze stwardnieniem rozsianym, w tym z niepełnosprawnościami sprzężonymi, na rynku pracy” jest realizowany przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w partnerstwie z Fundacją na Rzecz Chorych na SM im. bł. Anieli Salawy oraz Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego – Oddział w Łodzi.

Okres realizacji projektu został założony na 01.12.2012-30.11.2014.

Cele projektu

Głównym celem projektu jest wzrost aktywności społeczno-zawodowej osób ze stwardnieniem rozsianym. Jest on realizowany poprzez następujące cele szczegółowe:

Cele szczegółowe

- Rozwój kompetencji społeczno-zawodowych zwiększających szanse wejścia na rynek pracy,
- Przywrócenie aktywności zawodowej i społecznej poprzez wsparcie prawne, naukę lub przekwalifikowanie, praktyczną naukę zawodu, staże rehabilitacyjne itp.
- Nabycie nowych umiejętności i kompetencji zawodowych przez uczestników projektu,
- Wzmocnienie najbliższego otoczenia osób ze stwardnieniem rozsianym.

Aby osiągnąć wyżej wymienione skutki realizatorzy projektu zaplanowali różnorodne formy wsparcia zarówno dla osób ze stwardnieniem rozsianym, jak również dla ich opiekunów.

Wsparcie dla osób ze stwardnieniem rozsianym

wsparcie psychologiczne, prawne, doradcy zawodowego,

Warsztaty Aktywizacji Zawodowej

szkolenia podnoszące kwalifikacje zawodowe

praktyczna nauka zawodu, staże,

wsparcie w rozpoczęciu nauki

Wsparcie dla opiekunów

doradztwo prawne

wsparcie psychologiczne

Grupa docelowa

Projekt „Wsparcie osób ze stwardnieniem rozsianym, w tym z niepełnosprawnościami sprzężonymi, na rynku pracy” w ramach projektu systemowego PO KL 2007-2013 jest skierowany do 800 osób ze stwardnieniem rozsianym oraz do 500 ich opiekunów.

Ze względu na cel projektu, jakim jest aktywizacja zawodowa osoby ze stwardnieniem rozsianym muszą spełniać następujące warunki:

- wiek: 15-59 w przypadku kobiet oraz 15-64 w przypadku mężczyzn,
- posiadanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności oraz zdiagnozowane stwardnienie rozsiane,
- brak zatrudnienia i gotowość do podjęcia pracy.

W stosunku do opiekunów osób niepełnosprawnych zastosowano elastyczne podejście; w projekcie może uczestniczyć opiekun prawny, ustawowy, faktyczny, bądź osoba zadeklarowana jako opiekun przez osobę z niepełnosprawnością.

Specyfika Partnerów

Partnerzy projektu przyjęli odmienne podejście organizacyjne do wspierania osób ze stwardnieniem rozsianym oraz ich opiekunów. Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego organizuje wsparcie w pobliżu miejsca zamieszkania osób niepełnosprawnych oraz podczas kilkudniowych wyjazdów, czasami specjaliści odwiedzają osoby z SM również w domach. Natomiast Fundacja na Rzecz Chorych na SM im. bł. Anieli Salawy organizuje trzytygodniowe spotkania wyjazdowe, aby oderwać uczestników projektu od środowiska, w którym żyją na co dzień.

Wskaźniki projektu

Efekty projektu zostały określone ilościowo, w postaci wskaźników, za pomocą których można zobrazować skalę pomocy, jaką zostaną objęte osoby z niepełnosprawnościami. W projekcie zaplanowano:

- dokonanie diagnozy funkcjonalnej dla 800 osób (480 K i 320 M),
- opracowanie IPD (Indywidualnych Planów Działania) dla 800 osób (480 K i 320 M),
- objęcie wsparciem 800 osób (480 K i 320 M), w formie indywidualnego i grupowego wsparcia psychologicznego,
- objęcie wsparciem 800 osób (480 K i 320 M), w formie indywidualnego i grupowego doradztwa zawodowego,
- objęcie wsparciem 500 osób (300 K i 200 M), w formie indywidualnego i grupowego wsparcia prawnego,
- objęcie wsparciem 100 osób (60 K i 40 M), w formie warsztatów aktywizacji zawodowej i społecznej,
- objęcie wsparciem 100 osób (60 K i 40 M), w formie praktycznej nauki zawodu,
- rozpoczęcie nauki w szkole średniej, policealnej, pomaturalnej i wyższej przez 40 (24 K i 16 M),
- objęcie wsparciem 50 osób (30 K i 20 M), w formie udziału w 3 miesięcznych stażach rehabilitacyjnych na otwartym lub chronionym rynku pracy,
- podjęcie zatrudnienia przez 80 osób (48 K i 32 M),
- wsparcie w utrzymaniu się na rynku pracy 50 osób (30 K i 20 M),
- 17 spotkań informacyjnych ze środowiskiem pracodawców,
- objęcie wsparciem 500 rodziców/opiekunów/bliskich OSM w formie indywidualnego i grupowego wsparcia psychologicznego i prawnego,
- zakończenie udziału w projekcie przez 800 OSM,
- zakończenie udziału w projekcie przez 500 osób z najbliższego otoczenia OSM.

Ponadto w projekcie określono umiejętności, jakie nabędą uczestnicy szkoleń oraz pożądane wzmocnienia określonych postaw:

- zwiększenie zaufania we własne siły i motywacji do aktywności zawodowej i społecznej oraz zwiększenie poczucia odpowiedzialności u osób objętych wsparciem o 40%,
- zwiększenie poczucia bezpieczeństwa i stabilizacji u osób objętych wsparciem o 40 %,
- wzrost koncentracji, uwagi i zadaniowości u osób objętych wsparciem o 30 %,
- zdobycie wiedzy na temat funkcjonowania rynku pracy i nawiązywanie relacji zawodowych u osób objętych wsparciem o 40%,
- wzrost wiedzy wśród osób z najbliższego otoczenia OSM, na temat możliwych rozwiązań prawnych dla ON i ich najbliższego otoczenia o 40%,
- zmiana postaw wobec samodzielnej aktywności społecznej i zawodowej osób z otoczenia chorych na SM o 30%.

Słownik pojęć – specyfika projektu pn. "Wsparcie osób ze stwardnieniem rozsianym, w tym z niepełnosprawnościami sprzężonymi, na rynku pracy".

W ramach prowadzonej ewaluacji mid-term Wykonawca będzie posługiwał się następującymi pojęciami, wynikającymi z założeń projektu:

Osoba niepełnosprawna: osoba posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności lub równoważne, w szczególności uczestnik projektu z niepełnosprawnością.

Osoba bezrobotna: według ustawy o promocji rynku pracy to:

- osoba niezatrudniona i nie wykonująca żadnej pracy zarobkowej, ale zdolna i gotowa do podjęcia zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy (bądź jeśli jest to osoba niepełnosprawna - zdolna i gotowa do podjęcia zatrudnienia co najmniej w połowie tego wymiaru czasu pracy),
- nieucząca się w szkole z wyjątkiem szkół dla dorosłych lub szkół wyższych w systemie wieczorowym albo zaocznym,
- zarejestrowana w powiatowym urzędzie pracy oraz poszukująca zatrudnienia lub pracy zarobkowej jeżeli m.in.:
- osoba, która ukończyła 18 lat, ale nie ukończyła 60 lat w przypadku kobiety i 65 lat w przypadku mężczyzny,
- nie nabyła prawa do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy, renty szkoleniowej, renty socjalnej,
- nie pobiera świadczenia lub zasiłku przedemerytalnego, świadczenia rehabilitacyjnego, zasiłku chorobowego lub macierzyńskiego;
- nie jest właścicielem lub posiadaczem nieruchomości rolnej o powierzchni użytków rolnych powyżej 2 ha przeliczeniowych,
- nie podlega ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu z tytułu stałej pracy, jako współmałżonek lub domownik w gospodarstwie rolnym o powierzchni użytków rolnych przekraczającej 2 ha przeliczeniowe;
- nie uzyskuje miesięcznie przychodu w wysokości przekraczającej połowę minimalnego wynagrodzenia za pracę, z wyłączeniem przychodów od środków pieniężnych zgromadzonych na rachunkach bankowych.

Osoba nieaktywna zawodowo – bierna zawodowo to: Osoba niepracująca i nieposzukująca pracy. W grupie osób nieaktywnych zawodowo znajdują się: osoby starsze (w wieku emerytalnym) lub takie, które są w wieku produkcyjnym, ale uzyskały uprawnienia rentowe i nie zamierzają powrócić na rynek pracy. Stan bierności zawodowej dotyczy także osób niepełnosprawnych oraz

młodzieży, która nie rozpoczęła jeszcze kariery zawodowej lub czasowo wycofała się z rynku pracy z powodu kontynuowania edukacji lub konieczności opieki nad dzieckiem, rodziną. Zgodnie z definicją GUS i metodologią kwartalnego Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL) za biernych zawodowo uważa się osoby w wieku 15 lat i więcej, które w badanym tygodniu:

- nie pracowały, nie miały pracy i jej nie poszukiwały,
- nie pracowały i poszukiwały pracy, ale nie były gotowe do jej podjęcia w ciągu dwóch tygodni następujących po tygodniu badanym,
- nie pracowały i nie poszukiwały pracy, ponieważ miały pracę załatwioną i oczekiwały na jej rozpoczęcie w okresie: dłuższym niż 3 miesiące, do 3 miesięcy, ale nie były gotowe tej pracy podjąć.⁵

Uczestnik projektu – uczestnikami projektu są zarówno osoby chore na SM, jak również ich opiekunowie.

- a) Osoby chore na SM – w projekcie udział mogą wziąć osoby spełniające następujące kryteria:
- posiadają orzeczenie o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności lub równoważne;
 - są w wieku między 15 a 59 rokiem życia (dla kobiet) i 64 (dla mężczyzn);
 - posiadają zdiagnozowane SM;
 - są osobami niepracującymi.⁶
- b) **Opiekun/ bliski/ otoczenie** – w chwili przystępowania do projektu musi spełnić jeden z poniższych warunków:
- być opiekunem ustawowym (ON z SM w wieku 15-18 lat);
 - być opiekunem prawnym (orzeczenie sądu o ubezwłasnowolnieniu częściowym lub całkowitym);
 - być opiekunem faktycznym ON z SM spełniając łącznie następujące warunki:
 - dana osoba sprawuje opiekę nad OSM;
 - OSM wymaga takiej opieki ze względu na stan zdrowia;
 - dana osoba nie jest opiekunem ustawowym lub prawnym.
 - być wskazanym przez OSM jako opiekun/ bliski – deklaracja OSM.

3.2 Cel i zakres badania ewaluacyjnego

Badanie ewaluacyjne mid-term projektu pn. „Wsparcie osób ze stwardnieniem rozsianym, w tym z niepełnosprawnościami sprzężonymi, na rynku pracy” w ramach projektu systemowego PO KL 2007-2013 ma charakter oceny śródkresowej.

Cel główny

Głównym celem ewaluacji mid-term jest ocena wstępnych wyników projektu takich jak, osiągnięte i wytworzone na danym etapie wdrażania:

- produkty,
- rezultaty,

⁵ Ibidem.

⁶ Dokumentacja projektowa dostępna na stronie: <http://lodz.ptsr.org.pl/wsparcie>

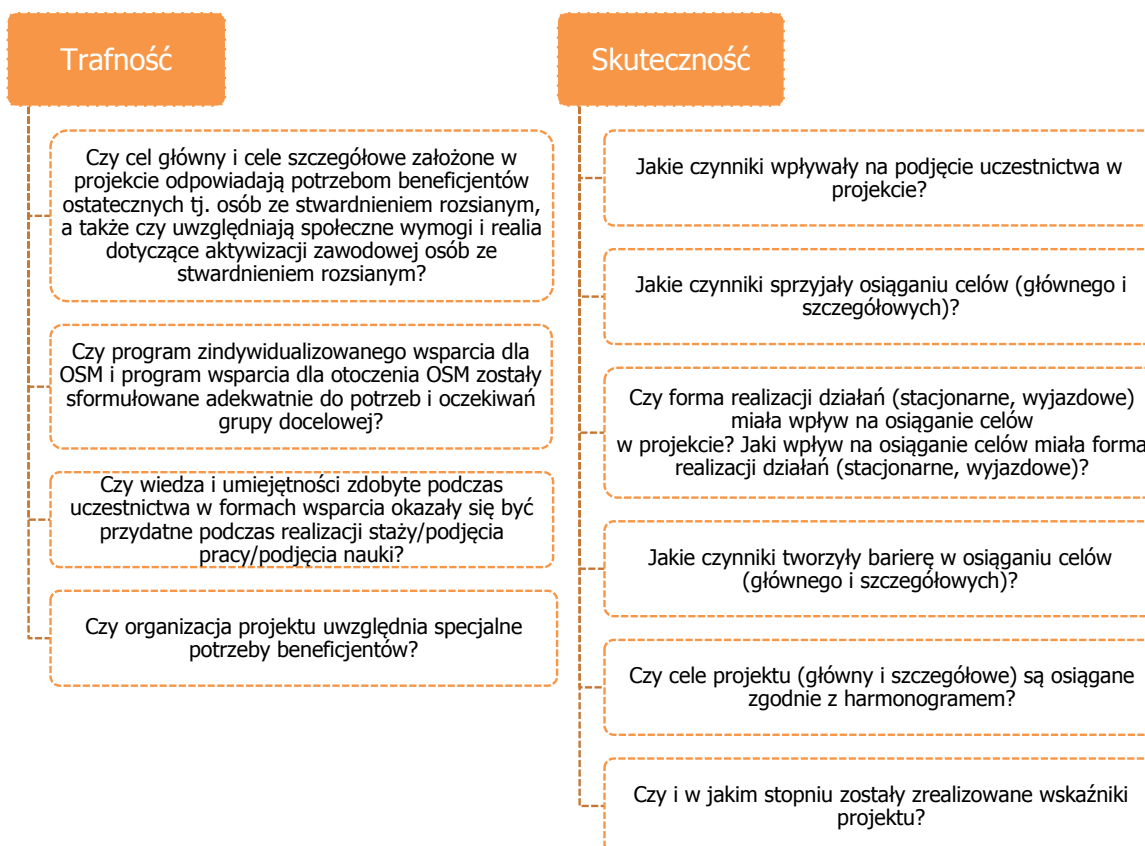
□ cele.

W zakres ewaluacji mid-term weszły zatem następujące elementy:

- ocena trafności określenia celów w stosunku do aktualnie istniejących potrzeb beneficjentów,
- ocena stopnia osiągnięcia zakładanych rezultatów,
- ocena zgodności realizowanych zadań z harmonogramem realizacji projektu,
- diagnoza czynników, które mają wpływ na realizację projektu i skuteczność osiągania założonych celów,
- ocena trafności wskaźników,
- ocena dotychczasowej efektywności w stosunku do osiągniętych rezultatów oraz postępu w realizacji celów.

3.3 Kryteria i pytania ewaluacyjne

Badanie zostało przeprowadzone z wykorzystaniem dwóch kryteriów ewaluacyjnych:



3.4 Założenia badawcze

Celem zapewnienia rzetelności badania materiał badawczy został pozyskany od przedstawicieli wszystkich grup związanych z projektem tj.

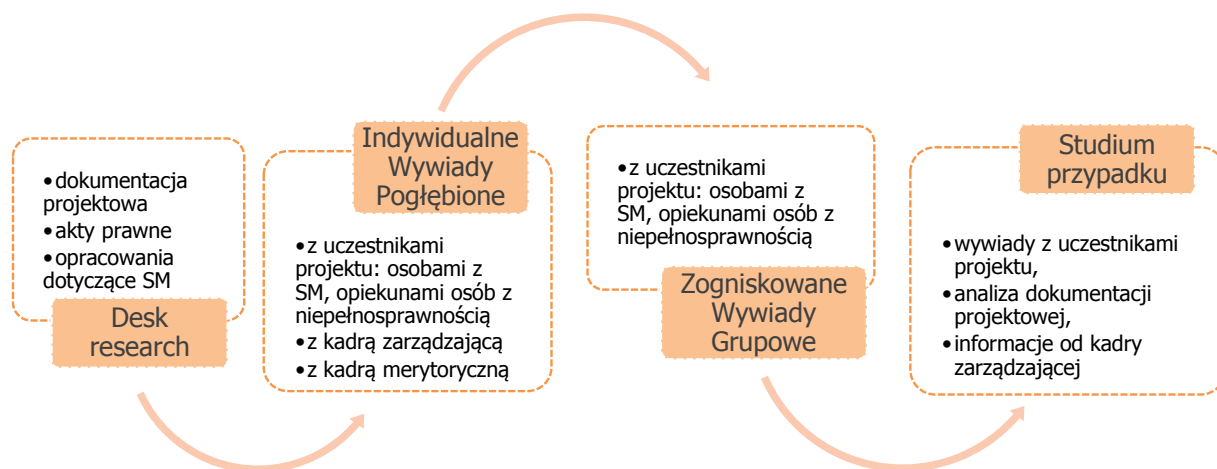
- od uczestników projektu: osób chorych na stwardnienie rozsiane oraz ich opiekunów,
- od kadry projektu: psychologów, prawników, rehabilitantów itp. prowadzących zajęcia z uczestnikami projektu,
- od kadry zarządzającej: przedstawicieli Lidera oraz Partnerów odpowiadających za kwestie organizacyjne związane z projektem.

Zestawienie informacji na temat atrakcyjności i stopnia dostosowania projektu do grupy docelowej uzyskanych zarówno od organizatorów, jak i uczestników zmaksymalizowała obiektywność uzyskanych danych i pozwoliła na wyciągnięcie trafnych wniosków.

4 Metodologia badania

4.1 Metodologia badania i analizy

W niniejszym badaniu zostały zastosowane następujące techniki badawcze:



Desk research

Analiza dokumentów stanowiła podstawę umożliwiającą selekcję i kategoryzację informacji niezbędnych do sformułowania założeń badawczych, uściślenia rozwiązań szczegółowych oraz określenia elementów bezpośrednio powiązanych z badaną tematyką. Została ona stosowana przy opracowywaniu każdego z kryterium badania zarówno na poziomie koncepcji, jak i opracowywania wyników badań.

Analiza desk research posłużyła realizacji następujących celów badania:

- Ocena dokumentacji projektowej pod kątem kryterium trafności i skuteczności projektu;
- Osadzenie analizy projektu w kontekście problematyki osób niepełnosprawnych, ze szczególnym uwzględnieniem funkcjonowania na rynku pracy osób ze stwardnieniem rozsianym.

Próba badawcza

Analizie zostały poddane następujące typy dokumentów:

- dokumentacja projektowa (m.in. wnioski o dofinansowanie, wnioski o płatność),
- dokumenty programowe i operacyjne PO KL,
- akty prawne dotyczące rynku pracy i instytucji zatrudnienia, pomocy i integracji społecznej:
- dostępne dane i analizy GUS dotyczące osób niepełnosprawnych (m.in. dane statystyczne dotyczące sytuacji osób niepełnosprawnych, „Osoby niepełnosprawne na rynku pracy w 2011 r.”, raport opracowany przez GUS, Warszawa 2012 r., „Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.”, raport opracowany przez GUS, Warszawa 2011 r.),
- inne opracowania i dokumenty, w tym:
 - Andrzej Barczyński, Identyfikacja jakościowa i ilościowa kosztów zwiększania aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych, 2008, Warszawa;
 - Krajowa Izba Gospodarczo-Rehabilitacyjna, Potrzeby osób niepełnosprawnych w zakresie aktywizacji zawodowej, materiały konferencyjne, 2007, Warszawa;

- Rada Europy, Plan działań na rzecz osób Niepełnosprawnych 2006-2015.
- Materiały zamieszczone na stronach internetowych: www.mpips.gov.pl, www.efs.gov.pl, www.mir.gov.pl, www.pfron.org.pl.

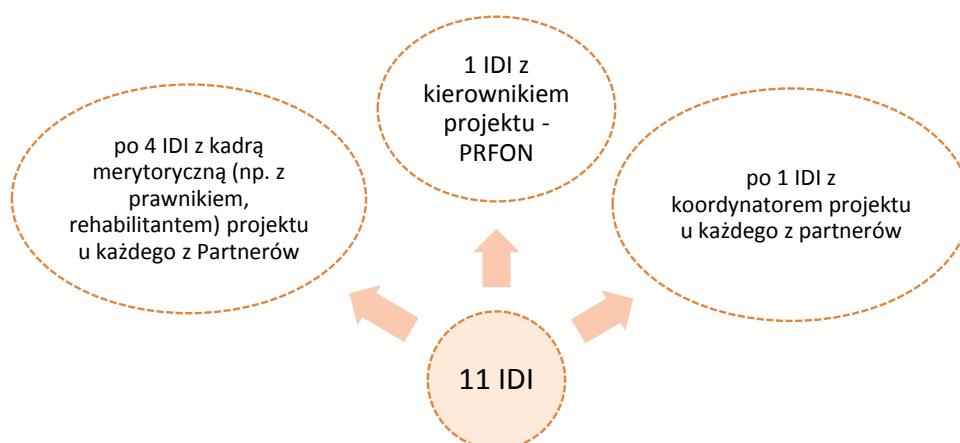
Indywidualne wywiady pogłębione

Wywiady indywidualne stanowiły cenne źródło wiedzy o projekcie, gdyż eksplorowały obszary nieopisane w dokumentacji projektowej: doświadczenia projektowe osób prowadzących zajęcia z niepełnosprawnymi i ich opiekunami, aspekty komunikacji pomiędzy Liderem a Partnerami, codzienne zajęcia osób organizujących projekt, motywacyjną i organizacyjną ścieżkę podejmowania nauki i pracy przez osoby z niepełnosprawnością objęte projektem.

Wywiady z kadrą projektu stanowiły podstawowe źródło informacji w zakresie przebiegu projektu, oraz ewentualnych problemów wdrożeniowych. Wywiady były więc głównym źródłem informacji w zakresie m.in. następujących pytań kierunkowych:

- Czy organizacja projektu uwzględnia specjalne potrzeby beneficjentów?
- Jakie czynniki sprzyjały osiągnięciu celów?
- Jakie czynniki tworzyły barierę w osiągnięciu celów?

Próba badawcza



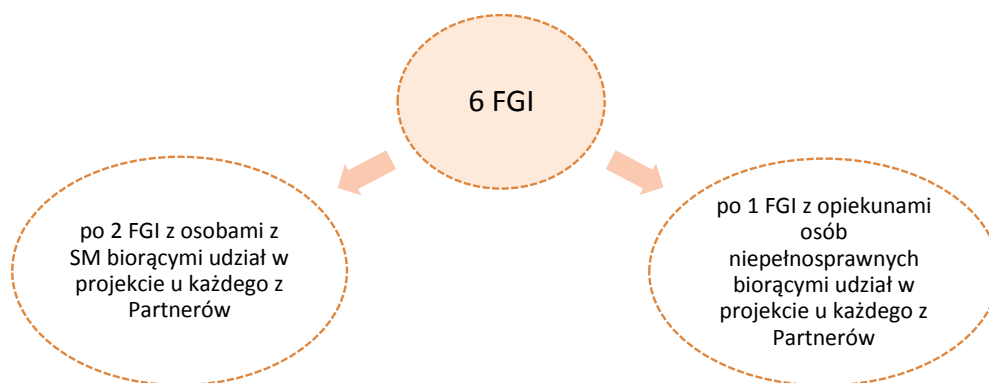
Zogniskowane Wywiady Grupowe

Zogniskowane wywiady grupowe zostały zrealizowane wśród uczestników projektu – osób z SM oraz ich opiekunów. Ich tematyką była ocena trafności oraz skuteczności projektu w kontekście potrzeb i możliwości zdrowotnych osób niepełnosprawnych. Uzyskane informacje pozwoliły na zestawienie opinii organizatorów i uczestników odnośnie form wsparcia i organizacji projektu.

Wywiady z uczestnikami projektu stanowiły podstawowe źródło informacji w zakresie oceny projektu przez uczestników oraz jego adekwatności do potrzeb osób z SM. Wywiady były więc głównym źródłem informacji w zakresie m.in. następujących pytań kierunkowych:

- Jakie czynniki wpływały na podjęcie uczestnictwa w projekcie?
- Czy forma realizacji działań (stacjonarne/ wyjazdowe) miała wpływ na osiągnięcie celów projektu?
- Czy wiedza i umiejętności zdobyte podczas uczestnictwa w formach wsparcia okazały się być przydatne podczas staży/ podejmowania pracy/ podejmowania nauki?

Próba badawcza



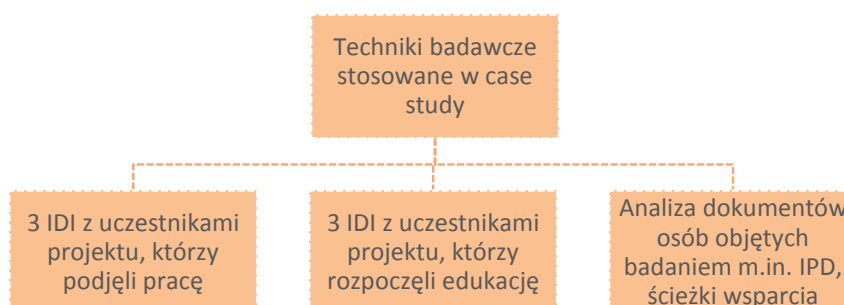
Studium przypadku

Case Study pozwoliło na wyodrębnienie działań i aspektów projektu sprzyjających aktywizacji społeczno-zawodowej osób niepełnosprawnych oraz czynników, które ją utrudniają.

Ponieważ ostatecznym etapem aktywizacji jest podjęcie zatrudnienia lub rozpoczęcie edukacji, która w efekcie końcowym powinna podnieść szanse osoby niepełnosprawnej na rynku pracy w studium przypadku prowadzona była diagnoza działań, które:

- sprzyjają podjęciu zatrudnienia i rozpoczęciu nauki,
- obniżają szanse osób niepełnosprawnych na znalezienie pracy.

Próba badawcza



4.2 Opis sposobu przeprowadzenia badania

Badanie zostało przeprowadzone z zachowaniem standardów badań społecznych, ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb osób chorych na stwardnienie rozsiane. W praktyce osoby z SM wymagały w szczególności przypomnienia im o terminie spotkania oraz organizowania spotkań w miejscach przystosowanych do ich stanu zdrowia.

Przez cały okres realizacji zamówienia Wykonawca zachowywał w tajemnicy wszystkie dane dotyczące badania oraz przestrzegał poufności wobec informacji uzyskanych od respondentów.

Organizacja pracy badawczej opierała się o następujące narzędzia:

- harmonogram realizacji badania;
- optymalny podział zadań pomiędzy członków Zespołu Badawczego;

- kontrolę przebiegu badania;
- kontrolę ryzyk w badaniu;
- bieżący kontakt z Zamawiającym.

Monitorowanie i kontrola właściwej realizacji badania składała się ze sprawdzania i regulowania postępu prac badawczych, określenia wszelkich obszarów, w których będą potrzebne zmiany, analizy ryzyk oraz planowania działań zaradczych. Taka ścieżka kontroli i monitoringu umożliwiła regularną i konsekwentną obserwację i zapobieganie ewentualnym problemom.

W trakcie badania dokonywana była również kontrola jakości materiału badawczego oraz rzetelności procesu badawczego:

- zapewniono optymalne zaplecze badawczo-naukowe oraz kadrę specjalistów,
- uwzględniono triangulację metodologiczną,
- zagwarantowano staranność i uczciwość badaczy poprzez zaangażowanie w prace badawcze kompetentnych i odpowiednio przeszkolonych pracowników oraz nadzorowanie ich prac przez Kierownika Zespołu Badawczego.

4.3 Ograniczenia procesu ewaluacyjnego

Prowadzenie badania ewaluacyjnego wśród osób z niepełnosprawnością wymaga zapewnienia odpowiednich warunków prowadzenia badania. Należy także spodziewać się występowania dodatkowych trudności wynikających ze stanu zdrowia osób objętych badaniem. Ponadto, ponieważ badanie miało charakter badania społecznego, w trakcie realizacji wystąpiły klasyczne ograniczenia wynikające z interakcji społecznych.

W procesie badawczym, którego finalizacją jest niniejszy dokument wystąpiły następujące ograniczenia poznawcze:

- Wycofanie się osób z niepełnosprawnością z udziału w wywiadzie grupowym na krótko przed zaplanowanym terminem badania. W dniu prowadzenia spotkania pogoda nie sprzyjała dobremu samopoczuciu osób z SM, na skutek czego część z zaproszonych nie przybyła na wywiad grupowy.

Sposób niwelowania skutków wystąpienia ryzyka:

Wywiady grupowe prowadzone były w miejscach udzielania wsparcia osobom z SM toteż przebywała tam większa liczba uczestników projektu niż przewidziana do badania. Ponadto w Łodzi wykorzystano możliwość zapraszania uczestników badania na spotkanie w dniu prowadzenia spotkania, kiedy wiadomym było, iż wszyscy zaproszeni nie będą w stanie dotrzeć na spotkanie.

- Męczliwość się osób z SM, na skutek czego spotkanie grupowe musiało zostać maksymalnie skondensowane.

Sposób niwelowania skutków wystąpienia ryzyka:

Scenariusz wywiadu został ograniczony do najważniejszych pytań. Istotna była rola moderatorów, którzy prowadzili spotkania w sposób umożliwiający zgromadzenie wszystkich niezbędnych danych przy czasie trwania spotkania nie przekraczającym godziny, m.in. dzięki niepowielaniu pytań, łączeniu pytań w bloki, rozwijaniu tylko kwestii ściśle związanych z problematyką badania.

- Problemy z pamięcią i koncentracją osób z SM wynikające ze specyfiki choroby.

Sposób niwelowania skutków wystąpienia ryzyka:

Wykonawca po zapoznaniu się ze specyfiką choroby poinformował moderatorów o możliwości wystąpienia problemów z pamięcią i koncentracją u osób z SM. Prowadzący spotkania na bieżąco podejmowali działania niwelujące. Do ich zadań należało spokojne omówienie zagadnienia, na temat którego toczyła się rozmowa wraz z podawaniem konkretnych przykładów.

- Problemy z mową niektórych respondentów powodujące trudności z dokonaniem transkrypcji zarejestrowanego nagrania.

Sposób niwelowania skutków wystąpienia ryzyka:

Wykonawca przewidując możliwość wystąpienia tego typu problemu rejestrował spotkania z respondentami chorymi na SM na dwóch dyktafonach, korzystając przy sporządzaniu transkrypcji z lepszej wersji nagrania, bądź obydwu, jeśli zaistniała taka potrzeba.

- Brak czasu opiekunów osób z SM na udział w badaniu. Dodatkową trudnością była konieczność zgromadzenia co najmniej sześciu osób w jednym miejscu celem przeprowadzenia zogniskowanego wywiadu grupowego (FGI).

Sposób przeciwdziałania ryzyka:

Wykonawca w celu zapewnienia możliwości udziału opiekunów w badaniu starał się organizować spotkania w czasie, gdy opiekunowie przywożą swoich podopiecznych na wsparcie, gdy opiekunowie sami uczestniczą w wsparciu (w trakcie przerw) oraz w godzinach popołudniowych lub w weekendy tak by jak największa liczba osób mogła uczestniczyć w badaniu.

Oprócz trudności w realizacji badania występowały również czynniki sprzyjające. Do najważniejszych należały bardzo pozytywne nastawienie do badania ze strony Partnerów i Lidera oraz udzielenie przez nich pomocy na etapie realizacji badań terenowych.

5 Opis wyników badania

5.1 Planowanie projektu

Projekt „Wsparcie osób ze stwardnieniem rozsianym, w tym z niepełnosprawnościami sprzężonymi na rynku pracy” został przewidziany do realizacji w trybie systemowym. Jego ogólne założenia zostały zawarte w Planie Działania PO KL na rok 2012 dotyczącym Priorytetu I opracowanym przez Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich. Znalazły się wśród nich następujące wskaźniki:

- 80 uczestników podejmie zatrudnienie (10%),
- 40 uczestników podejmie edukację (5%),
- 100 uczestników odbędzie praktyczną naukę zawodu (12,5%),
- 100 uczestników zostanie objętych warsztatami aktywizacji społeczno-zawodowej (12,5%),
- 500 opiekunów osób z SM zostanie objętych wsparciem psychologicznym i prawnym.

W obrębie tak określonych ram Partnerzy zaplanowali formy i tematykę zajęć, które zostały skierowane do uczestników projektu.



Szczegółowych ustaleń w zakresie realizacji projektu dokonano w oparciu o dotychczasowe doświadczenia zdobyte przez każdego z Partnerów podczas długoletniego kontaktu z osobami z SM. Ostateczne decyzje były konsultowane

Rozmowy z osobami ze stwardnieniem rozsianym, obserwowanie dziejów i losów tych osób wywołuje refleksję odnośnie do tego, co można dla nich zrobić, żeby ich aktywizować społecznie.

Wiedzę o potrzebach osób z SM buduje np. psycholog, który z nimi rozmawia. Tak zgromadzone informacje posłużyły do skryształizowania informacji o projekcie.

Źródło: Na podstawie IDI z kadrą projektu.

z ekspertami. Również Lider planował działania korzystając z doświadczenia nabytego w trakcie realizowanych dotychczas projektów. Uwzględnił dobre praktyki dotyczące pracy z osobami z różnymi typami i stopniami niepełnosprawności wypracowane m.in. przy realizacji projektów współfinansowanych z PO KL. Posiadanie tak dużej wiedzy mogło zostać wykorzystane do podniesienia efektywności realizacji projektu. **Spotkania przedstawicieli Lidera i Partnerów odbywały się jednak zbyt rzadko. Nie następowała również wymiana dobrymi praktykami.**

Opracowanie szczegółowych założeń planowanego wsparcia nie zostało poprzedzone badaniami potrzeb wśród potencjalnych uczestników. Opinie uzyskano dopiero na etapie tworzenia Indywidualnych Planów Działania, kiedy tematyka i forma spotkań były już określone. Wyniki ewaluacji mid-term potwierdzają, że takie podejście, tj. **eksperckie ustalenie zakresu organizowanych zajęć jest słuszne.** Przy określaniu tematyki zajęć nie można bazować wyłącznie na deklaracjach uczestników, gdyż nie są oni świadomi wszystkich swoich potrzeb związanych z aktywizacją społeczno-zawodową.

Ja nie zdawałem sobie nawet sprawy, że ze znacznym stopniem niepełnosprawności mogę podjąć pracę.
Człowiek nie wiedział nawet, jakie są możliwości w szukaniu pracy.

Źródło: Na podstawie FGI z uczestnikami projektu.

Ci, którzy dotychczas nie pracowali i są potencjalnymi kandydatami na rynku zawodowym, nie mają jeszcze żadnych konkretnych potrzeb związanych z aktywizacją zawodową. Nie znają bowiem realiów podejmowania zatrudnienia, wymagań pracodawców, własnych barier w podejmowaniu aktywności zawodowej.

Źródło: Na podstawie IDI z kadrą projektu.

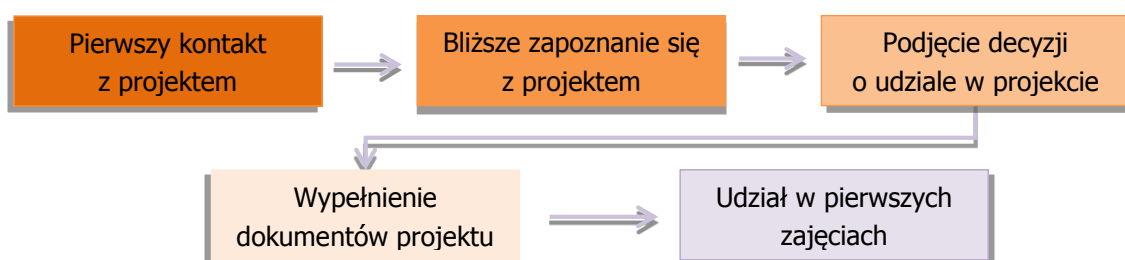
Po uzyskaniu ostatecznej akceptacji planu projektu, który został zawarty we wniosku o dofinansowanie, rozpoczęto etap realizacji.

5.2 Realizacja wsparcia a potrzeby uczestników

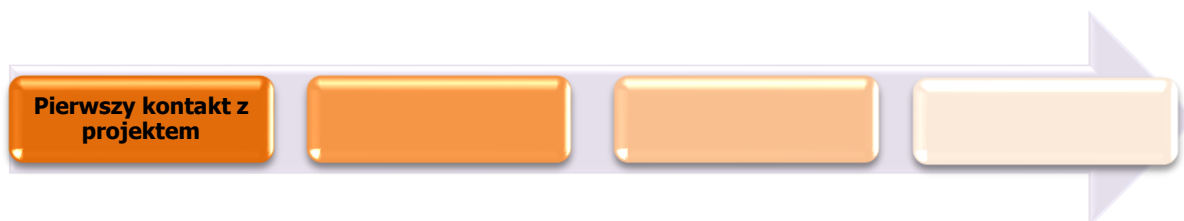
Ocena dopasowania rodzaju zajęć do potrzeb beneficjentów zostanie rozpoczęta od przedstawienia przebiegu rekrutacji. Następnie poruszona będzie kwestia dużego zróżnicowania osób z SM uczestniczących we wsparciu grupowym. Podjęta zostanie próba skategoryzowania uczestników w ramach kilku jednorodnych grup oraz określenie rezultatów wywołanych przez projekt w ramach każdej z nich.

5.2.1 Rekrutacja do projektu

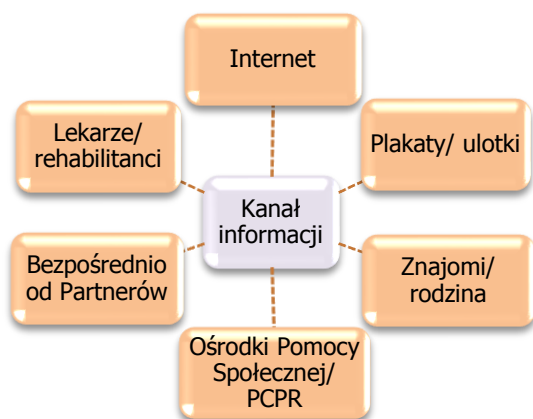
W procesie rekrutacji należy wyróżnić kilka kluczowych faz.



W dalszej części raportu każda z faz powyższego procesu zostanie oddzielnie omówiona.

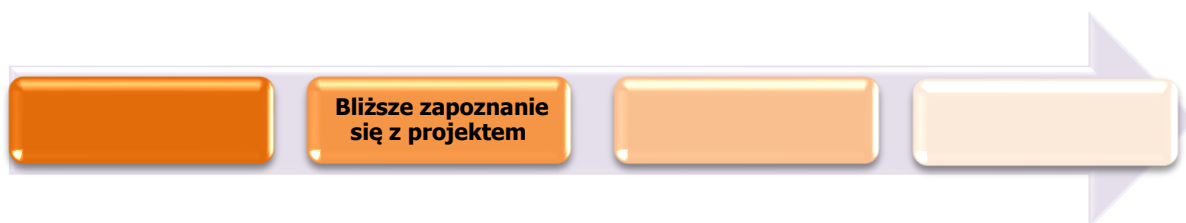


Obaj Partnerzy stosowali taką samą strategię informowania o projekcie. Polega ona na kierowaniu komunikatów głównie do osób chorych na SM, z którymi dany NGO już współpracuje. Takie rozwiązanie przyniosło pozytywne efekty w przypadku PTSR, jednak ze względu na znacznie mniejszy zakres współpracy z osobami z SM i dużo mniejszą liczbę stałych podopiecznych, Fundacja nie uzyskała zadowalających efektów. Dlatego też, mniej więcej w połowie realizacji projektu, konieczna była modyfikacja działań. Wdrożona została forma rekrutacji, polegająca na wizytach rekrutera w ośrodkach pomocy społecznej, zakładach opieki zdrowotnej, ośrodkach rehabilitacji i centrach pomocy rodzinie, mających swoje siedziby w województwach małopolskim oraz śląskim. W trakcie wizyt informowano o możliwościach wzięcia udziału w projekcie. Dzięki takim działaniom znacznie wzrosła liczba osób, które zainteresowały się ofertą proponowaną przez Fundację.



Jak wynika z przeprowadzonych badań osoby biorące udział w projekcie wstępne informacje o możliwości wzięcia udziału czerpały z różnych źródeł. Dominującymi kanałami informacji były: bezpośredni kontakt z Partnerem (w szczególności w przypadku PTSR) oraz kontakty za pośrednictwem Ośrodków Pomocy Społecznej, Powiatowych Centrów Pomocy Rodzinie itp. (ta forma dominowała wśród beneficjentów z ramienia Fundacji).

W przypadku rekrutacji otoczenia można dostrzec ten sam schemat promocji u obydwu Partnerów – zrekrutowane już osoby z SM zostały poinformowane, że w projekcie mogą wziąć udział również ich bliscy i opiekunowie. Ponieważ na tym etapie poziom ich wiedzy o projekcie był niski (najczęściej nie brały jeszcze udziału w jakichkolwiek zajęciach), jeśli więc przekazywały dalej informacje, były one lakoniczne.



Z przeprowadzonych badań wynika, że osoby biorące udział w projekcie często przystępowały do niego nie posiadając wiedzy o oferowanych formach wsparcia.

Nie otrzymały od organizatorów projektu informacji, w jakich zajęciach będą brały udział, ale też same nie starały się tego dowiedzieć.

Osoby z SM często tkwiły w fałszywym przekonaniu, że projekt ma na celu usprawnienie ruchowe, które co prawda zostało przewidziane, jednak nie jest celem projektu.

Dotyczy to przede wszystkim osób uczestniczących w projekcie z ramienia Fundacji. Rehabilitacja ruchowa jest niezwykle istotna w procesie wznawiania aktywności społecznej i zawodowej. Przekazywanie uczestnikom niepełnej informacji sprawia jednak, że w momencie poznania faktycznego planu zajęć, czują się rozczarowani. Pojawiające się negatywne odczucia przekładają się na obniżenie motywacji i zaangażowania. Przejawia się to brakiem zainteresowania oferowanym wsparciem (poza rehabilitacyjnym) i biernym uczestnictwem w zajęciach.

[Odpowiedzi respondentów na następujące pytanie: Jakie informacje posiadali Państwo odnośnie do projektu w momencie zapisywania się na niego?] Wiedziałem tylko tyle, co było napisane na ulotce.

Ja wiedziałem, że to jest projekt z Kapitału Ludzkiego, z Unii Europejskiej i stwierdziłem, że będzie coś z zawodowych, ale szczegółów nie znałem no bo skąd. Wszystko w ciemno.

Źródło: Na podstawie FGI z uczestnikami projektu – osoby chore na SM

Uczestnicy przyjeżdżają i spodziewają się, że to będzie turnus rehabilitacyjny. Takie nastawienie utrudnia pracę z nimi, bo przyjeżdżają z zupełnie inną motywacją i niektórzy w trakcie się dowiadują, że tu nie chodzi o rehabilitację ruchową, że jest jej bardzo mało i takie rozczarowanie wśród nich pojawia się już na początku projektu.

Źródło: Na podstawie IDI z kadrą projektu.

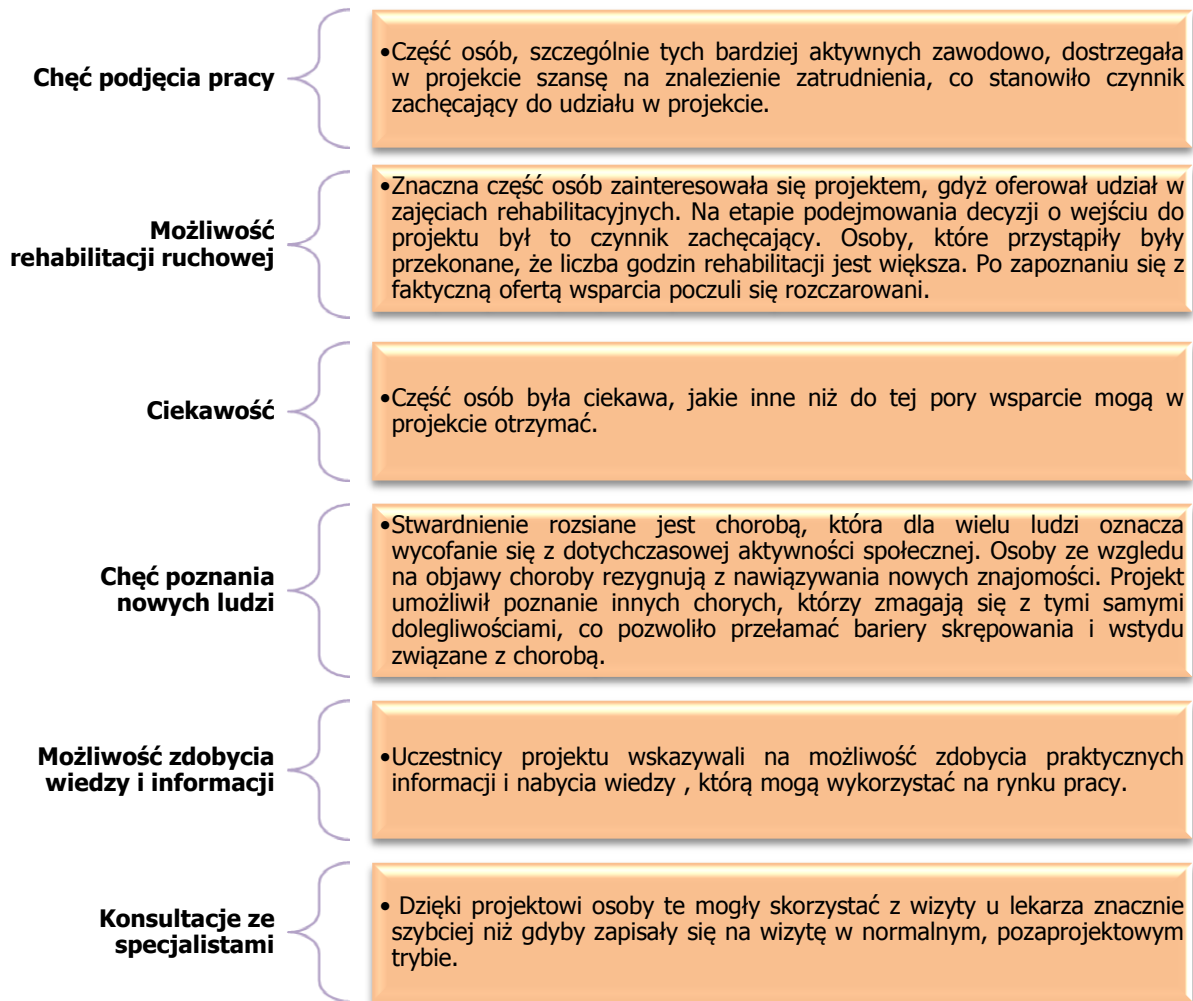
Patrząc na źródło oraz treści przekazywanych informacji, proces rekrutacji jest częściowo dopasowany do potrzeb uczestników z SM. Forma przekazu jest poprawna (bezpośredni kontakt przedstawicieli Partnerów), jednak treść komunikatów była niewystarczająca (zbyt mało informacji, niedomówienia).

Osoby z otoczenia podczas rekrutacji znajdują się w cieniu osób z SM. Jakość komunikatów kierowanych w ich stronę jest słaba zarówno pod względem formy, jak i treści przekazu. W ramach analizy materiałów promocyjnych związanych z projektem stwierdzono, iż większość z nich zawiera lakoniczne informacje skierowane do osób z otoczenia. Mając na uwadze fakt, iż tej grupie zadedykowano jeden z czterech celów szczegółowych, należy stwierdzić, że ilość materiałów skierowanych bezpośrednio do niej jest niewystarczająca (brak rzetelnej informacji o korzyściach z uczestnictwa w projekcie). Również na dalszych etapach rekrutacji osoby z otoczenia nie otrzymują dokładnych informacji o zajęciach, w jakich będą uczestniczyć.

Najczęściej Partnerzy kontaktują się telefonicznie z potencjalnym uczestnikiem z otoczenia dopiero, gdy ustalą termin świadczenia konkretnego wsparcia (np. kiedy kompletują grupę wsparcia w ustalonym już dniu). Podczas tej rozmowy osoby dowiadują się, w jakich zajęciach mogą brać udział oraz od razu otrzymują zaproszenie na konkretny termin danego wsparcia (np. na spotkanie z prawnikiem organizowane w przyszłym miesiącu lub tygodniu). **W przypadku tej grupy beneficjentów proces rekrutacji jest niedostosowany do jej potrzeb (np. związanych z posiadaniem odpowiedniej wiedzy o działaniach, w których może brać udział i płynących z tego korzyściach).**



Poza informacjami o projekcie, także inne czynniki sprawiły, że osoby z SM zdecydowały się wziąć w nim udział.



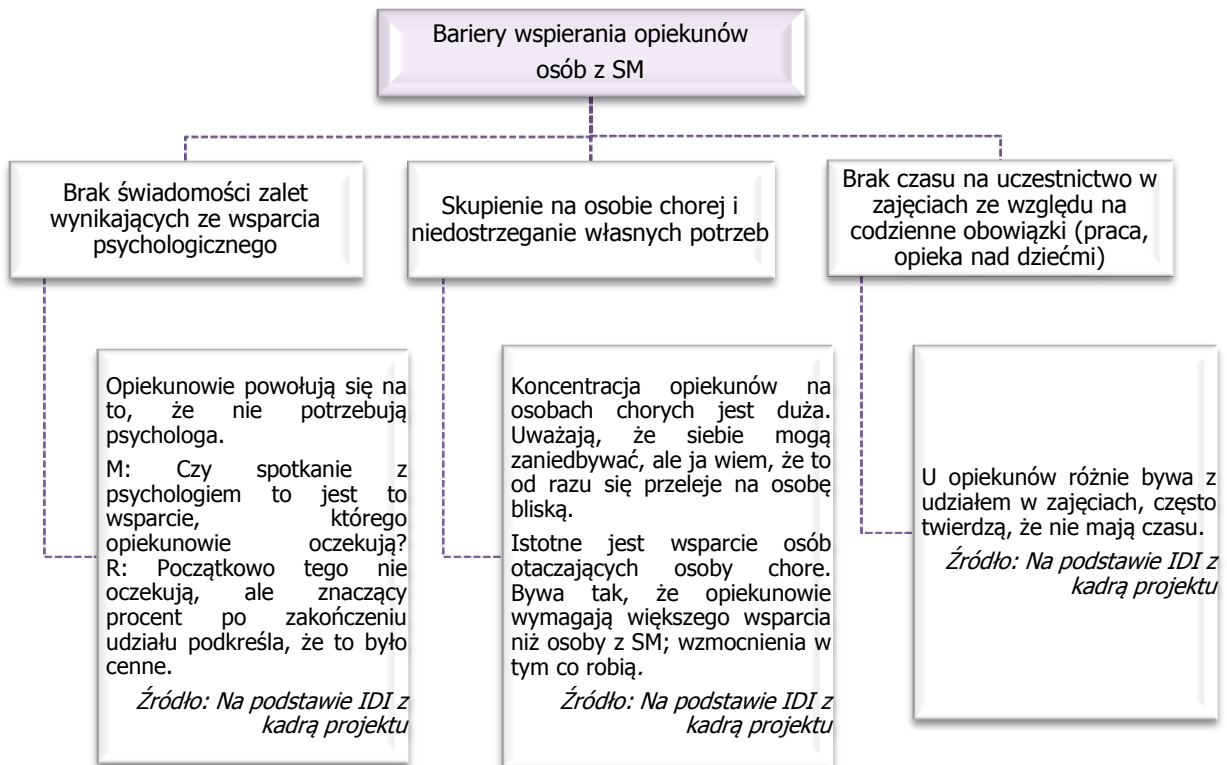
Trudno jest wskazać jeden dominujący czynnik, który zachęcił osoby z SM do uczestnictwa w projekcie. Czasami respondenci wymieniali tylko jeden z powyższej listy, czasami wskazywali na co najmniej kilka z nich. Każdy z uczestników miał własne powody. Ważne jest, że elastyczność projektu i jego różnorodność pozwoliły na zainteresowanie udziałem w nim.

Badani w większości zapewniają, że decyzję o przystąpieniu do projektu podjęli sami, jednak – jak przyznają – **duży wpływ na tę decyzję miało zaangażowanie osób rekrutujących**. Można więc ocenić, że duże zaangażowanie pracowników zajmujących się rekrutacją jest czynnikiem zachęcającym do udziału w projekcie.

Niektóre osoby do podjęcia udziału w projekcie przekonała informacja o **możliwości przerwania udziału w projekcie** bez konsekwencji. Odpowiada ona na istotną i powszechną potrzebę osób z SM dotyczącą możliwości zerwania zobowiązań w przypadku pogorszenia stanu zdrowia.

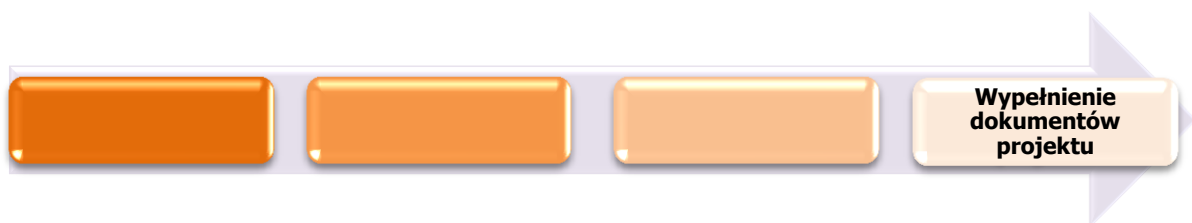
W przypadku osób z otoczenia, pozytywnych czynników, które zachęciłyby do podjęcia decyzji o udziale w projekcie jest znacznie mniej. W głównej mierze decydowały namowy pracowników oraz samych osób z SM.

Ponieważ wśród opiekunów często pojawiają się postawy negatywne wobec uczestnictwa w projekcie, w ramach ewaluacji mid-term przeprowadzono analizę, której celem było zdiagnozowanie powodów takiego zachowania. Zidentyfikowano trzy zasadnicze bariery, które utrudniają rekrutowanie tej grupy beneficjentów.



W projekcie w niewystarczającym stopniu eliminowano skutki występowania wyżej wymienionych trudności. Ze względu na cel projektu organizatorzy powinni dążyć do objęcia wsparciem opiekunów jak największej liczby osób z SM biorących udział w projekcie.

Istotną przeszkodą w rekrutacji otoczenia jest brak ich świadomości, na ile wsparcie psychologiczne, prawne i kontakt z innymi osobami opiekującymi się chorymi na stwardnienie rozsiane, może poprawić ich samopoczucie oraz relacje z podopiecznym. **Jednym ze sposobów zachęcania opiekunów do udziału w projekcie jest zapewnienie im kontaktu z psychologiem w warunkach domowych, by mogli się dowiedzieć na czym polegają zajęcia z psychologiem i jakie korzyści mogą przynieść.**



Ostatnim etapem rekrutacji było wypełnienie dokumentacji projektowej. W ramach badania nie stwierdzono, by uczestnicy mieli z tym trudności. Jak twierdzą, w przypadku problemów pracownicy biur projektowych udzielali odpowiedniej pomocy. Ich zdaniem formularze były stworzone w sposób przejrzysty i czytelny, co sprzyjało rekrutacji.

Podsumowując proces rekrutacji należy stwierdzić, iż podstawowym problemem jest udzielanie beneficjentom niepełnych informacji o oferowanym wsparciu. Powoduje to, że do projektu trafiają osoby z różnym nastawieniem i różnymi oczekiwaniami, co przyczynia się do powstawania zbyt heterogenicznych grup.

5.2.2 Różnorodność uczestników w ramach grup objętych wsparciem

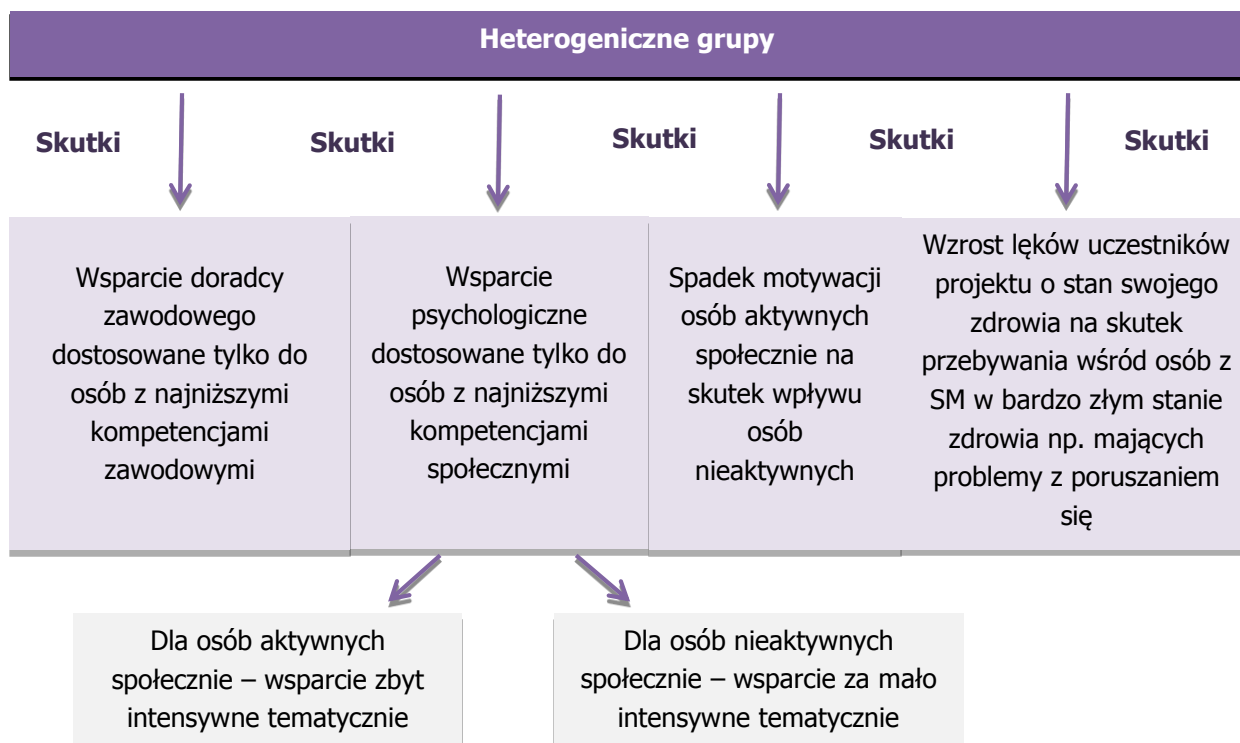
Często w skład jednej grupy odbywającej zajęcia z psychologiem i doradcą zawodowym wchodzi zarówno osoby długotrwale bezrobotne o bardzo niskiej motywacji do powrotu na rynek pracy, jak również osoby, które jeszcze do niedawna były aktywne zawodowo i chętnie ponownie podejmą zatrudnienie. Niektórzy prowadzący zajęcia uważają taką różnorodność za pozytywną, gdyż umożliwia wymianę doświadczeń. Wyniki ewaluacji mid-term wskazują, że jest to wniosek nieuprawniony. Wprawdzie w silnie zróżnicowanej grupie można dostrzec pozytywny wpływ osób aktywnych na biernych. Jednak trudno odnaleźć zalety takiego składu grup dla osób bardziej ruchliwych społecznie. Ponadto uczestnicy posiadający niską motywację do aktywności potrafią zdominować zajęcia i zniechęcić całą grupę. Dlatego najlepszym rozwiązaniem jest świadczenie wsparcia grupowego dla grona o podobnym poziomie kompetencji społecznych i zawodowych.

Kiedy występuje różnorodność grupy, wtedy zmniejsza się motywacja, bo uczestnicy nawzajem się dekoncentrują i obniżają chęć do pracy. Gdyby wszystkie osoby byłyby na takim samym etapie zdrowia fizycznego i psychicznego to ten efekt by się wzmacniał.

Źródło: Na podstawie IDI z kadrą projektu.

Zróżnicowanie wewnątrz grup utrudnia dostosowanie treści zajęć do potrzeb uczestników. Z konieczności są one dopasowane do osób o najsłabszej wiedzy i doświadczeniu zawodowym. Wpływ zajęć grupowych na aktywizację społeczno-zawodową jest więc odwrotnie proporcjonalny do poziomu kompetencji uczestników, tj. czym wyższy poziom kompetencji, tym słabsze oddziaływanie projektu. **Heterogeniczność grup obniża skuteczność i osłabia efekty wsparcia.** Należy zaznaczyć, że zjawisko to odnosi się wyłącznie do osób z SM, natomiast nie do ich opiekunów.

Zbytne zróżnicowanie uczestników biorących udział we wsparciu jest zjawiskiem, które warunkuje szereg negatywnych procesów. Na poniższym schemacie przedstawiono te zależności i proponowane sposoby ich niwelowania.



Propozycje działań

Podjęcie działań ujednoczających grupę, która ma uczestniczyć w zajęciach z psychologiem i doradcą zawodowym na etapie ustalania jej składu

Zapraszając osoby do udziału we wsparciu grupowym, należy uwzględnić zapisy IPD oraz deklaracje uczestników dotyczące planów zawodowych (czy poszukują pracy/ czy wolą pozostać na rencie)

Osoby z SM o podobnej motywacji do podjęcia pracy należy umawiać na wspólne zajęcia

W przypadku, gdy niemożliwe jest ustalenie jednolitego składu, warto zastanowić się nad organizowaniem zajęć w mniejszych grupach. Środki finansowe na te zajęcia powinny pochodzić z oszczędności w budżecie.

Heterogeniczność grup dotyczy obu Partnerów, choć bardziej widoczna jest w przypadku Fundacji.

Uzupełnianie wsparcia grupowego wsparciem indywidualnym nie wydaje się wystarczające z następujących powodów:

- uczestnictwo osób o wysokich kompetencjach w niedostosowanych do ich potrzeb zajęciach grupowych wywołuje u nich zniechęcenie oraz negatywne nastawienie do kolejnych zajęć w tym również indywidualnych, w szczególności jeśli zajęcia grupowe realizowane są jako pierwsze,
- przebywanie w towarzystwie osób mających silne objawy choroby jest trudnym psychicznym doznaniem, które może skutkować zmniejszeniem aktywności, lękiem i obniżeniem motywacji.

Ujednoczenie grup prowadzonych przez psychologa i doradcę zawodowego pod kątem poziomu aktywności uczestników pozwoli na dopasowanie tematyki zajęć do ich potrzeb, a więc przyczyni się do efektywniejszej realizacji celów projektu.

W kolejnym podrozdziale zostanie dokonana próba skategoryzowania uczestników. Następnie postawiona zostanie diagnoza dotycząca oddziaływania na nich wsparcia udzielanego w projekcie.

5.2.3 Oddziaływanie projektu na uczestników

W tym rozdziale zostanie przedstawione oddziaływanie projektu na jego uczestników – osoby z SM i ich bliskich. Opis rozpoczniemy od osób z niepełnosprawnością.

Wspólną cechą większości respondentów był lęk przed rzutem oraz szybkim pogorszeniem stanu zdrowia. W ramach projektu założono minimalizowanie tych obaw poprzez spotkania z psychologiem oraz konsultacje lekarskie. Wsparcie psychologiczne było nakierowane na zmniejszenie stresu związanego z tą niepewnością. Wszyscy respondenci bardzo pozytywnie je ocenili. Celem wizyt lekarskich było natomiast kompleksowe zdiagnozowanie obecnego stanu zdrowia. Neurologzy, okuliści, dietetycy itd. mieli wystarczającą ilość czasu, aby dokładnie przeanalizować specyfikę każdego pacjenta, na co często nie mają czasu przyjmując w przychodniach i poradniach zdrowia. Istniała również możliwość kilkukrotnego kontaktu z każdym specjalistą. W konsekwencji wsparcie zostało ocenione wysoko. Takie elementy nastawiają pozytywnie do projektu, zachęcając osoby z SM do udziału w pozostałych zajęciach.

Jeśli chodzi o poziom kompetencji społecznych i zawodowych można wyodrębnić trzy grupy uczestników projektu:

Tabela 1 Charakterystyka osób z SM pod względem posiadanych kompetencji społecznych przed przystąpieniem do projektu

Charakterystyka kategorii	Osoby nieaktywne społecznie	Osoby aktywne społecznie	Osoby do niedawna aktywne zawodowo
Wychodzenie z domu	Rzadko lub wcale samodzielnie nie wychodzą z domu.	Samodzielnie wychodzą z domu.	Samodzielnie wychodzą z domu.
Poziom samodzielności	Niski poziom samodzielności, niektórzy są samodzielni w zakresie codziennych czynności domowych.	Samodzielni w zakresie czynności codziennych, niektórzy potrafią załatwić sprawy urzędowe itd.	Samodzielni w zakresie codziennych czynności, załatwiania spraw urzędowych itp.
Czas pozostawania bez pracy	Długotrwale bezrobotne w tym osoby, które nigdy nie były zatrudnione.	Długotrwale bezrobotne w tym osoby, które nigdy nie były zatrudnione.	Osoby pozostające bez pracy mniej niż 2 lata.
Motywacja do podjęcia zatrudnienia	Brak lub bardzo niska motywacja do podjęcia zatrudnienia.	Niska motywacja lub neutralny stosunek do podjęcia zatrudnienia.	Wysoka motywacja do podjęcia zatrudnienia.
Postawa wobec choroby	Lęk przed pogorszeniem stanu zdrowia. Skupienie na rehabilitacji i leczeniu. Wyuczona bezradność. Niektóre osoby wstydzą się kontaktów społecznych ze względu na stan zdrowia.	Lęk przed pogorszeniem stanu zdrowia. Niektóre osoby skupione są na rehabilitacji i leczeniu.	Lęk przed pogorszeniem stanu zdrowia.

Źródło: opracowane przez Collect Consulting

5.2.3.1 Osoby nieaktywne społecznie uczestniczące w projekcie

Dla **osób nieaktywnych społecznie** samo uczestnictwo w projekcie, czyli konieczność wyjścia z domu, pełni funkcję aktywizacji społecznej, która jest niezbędna do rozpoczęcia aktywizacji zawodowej.

Najpierw konieczna jest aktywizacja społeczna. Chory musi przede wszystkim wyjść z domu. Jeśli uda się otworzyć go na społeczeństwo, jest w stanie w dalszej perspektywie podjąć zatrudnienie.

Źródło: Na podstawie IDI z kadrą projektu.

Najtrudniejsze dla nich były pierwsze dni w projekcie. Pojawiały się wątpliwości czy zadeklarowanie chęci udziału było trafną decyzją. Aby zapobiec przedwczesnej rezygnacji z dalszego uczestnictwa Partnerzy stosują następujące narzędzia:

Partner

Polskie Towarzystwo
Stwardnienia Rozsianego

Fundacja na Rzecz Chorych
na SM im. bł. Anieli Salawy

Sposoby na pokonanie lęku przed udziałem w projekcie osób z SM

Uczestnicy projektu mają możliwość zmiany terminu odbycia zajęć, gdyby w dniu spotkania źle się czuli.

Organizowanie domowych wizyt psychologa w przypadku, gdy osoba obawia się wyjścia z domu lub spotkania z innymi osobami chorymi na SM.

Dobrowolne uczestnictwo w zajęciach pomimo opracowanego planu zajęć na dany dzień.

Umożliwienie osobom z SM, obawiającym się samodzielnego wyjazdu przybycia wraz z opiekunem.

Rozwiązaniem, które przyniosło najlepsze efekty w działaniach Fundacji, było umożliwienie osobom z SM obawiającym się samodzielnego wyjazdu do ośrodka Ostoja, przybycie wraz z opiekunem. Kadra projektu twierdziła, że w większości przypadków zaproponowane rozwiązanie zapobiegło rezygnacji, a po kilku dniach udało się przekonać uczestników, że są w stanie funkcjonować podczas turnusu samodzielnie. W przypadku PTZR najskuteczniejsze okazały się domowe wizyty, dzięki którym pierwszy kontakt ze specjalistą (np. psychologiem) nastąpił w środowisku przyjaznym i bezpiecznym dla osób nieufnych (osoby nieaktywne społecznie zmagają się z szeregiem lęków, związanych z nowym miejscem, możliwościami motorycznymi i społecznym odbiorem).

W zeszłym roku też wyrażaliśmy pojedyncze zgody na przyjazd osób z SM w towarzystwie opiekuna. Po czterech dniach opiekun mógł zostawić podopiecznego, bo tamten nabył pewności siebie.

Z jednej strony możliwość przyjazdu opiekuna ze swoim podopiecznym eliminuje stres u osób, które nie widzą innej możliwości funkcjonowania. Sytuacja taka trwa dwa, trzy dni, bo potem opiekun bardzo chętnie korzysta z możliwości odpoczynku i mniej intensywnie zajmuje się swoim podopiecznym widząc, że tamten samodzielnie daje sobie radę.

Źródło: Na podstawie IDI z kadrą projektu.

Po tym, jak udało się zachęcić osoby niezdecydowane do udziału w projekcie, skierowano je na zajęcia z psychologiem, doradcą zawodowym oraz innymi specjalistami przewidzianymi w projekcie.

W przypadku osób, które przed udziałem w projekcie były **nieaktywne społecznie** najważniejsze efekty przyniosło wsparcie psychologiczne i rehabilitacyjne. Wyniki badań wskazują, że dzięki zajęciom nastąpił wzrost motywacji uczestników do aktywności społecznej.

Istotne było także spotkanie z innymi osobami chorymi na SM, które dobrze radzą sobie z chorobą. Wywołało refleksję, że pomimo choroby można być aktywnym. W tym aspekcie skuteczniejsze było wsparcie wyjazdowe oferowane przez Fundację na Rzecz Chorych na SM im. bł. Anieli Salawy ze względu na intensywniejszy kontakt pomiędzy uczestnikami projektu. Ponadto podczas trzytygodniowego wyjazdu osoby, które rzadko wychodzą z domu, musiały poradzić sobie bez opiekunów. Dzięki temu udowodniły sobie, że potrafią być niezależne.

Respondenci z tej grupy nie byli zainteresowani zajęciami z doradcą zawodowym. Twierdzili, iż nie podejmą zatrudnienia, w głównej mierze ze względu na swoją chorobę. Faktyczną przeszkodą jednak było ich utwierdzenie w niesamodzielnosci, nie stan zdrowia. **Nadmierne skupianie się na chorobie wywoływało przekonanie, że nic poza czynnikami medycznymi nie może spowodować poprawy ich funkcjonowania.** Z tego powodu nie byli zainteresowani podejmowaniem aktywności społeczno-zawodowej. **Wsparcie udzielane w ramach projektu nie wpłynęło na zmianę tego podejścia.**

Ograniczony wpływ wsparcia na uczestników był spowodowany m.in. ich negatywnym nastawieniem do udziału w zajęciach niebędących rehabilitacją. Część uczestników kojarzyło ośrodek w Ostoi z turnusami rehabilitacyjnym i byli przekonani, że będą w nich uczestniczyć. Gdy na miejscu okazało się, że zajęć rehabilitacyjnych jest niewiele, byli zawiedzeni, co wpłynęło na nieco negatywne nastawienie do udziału w innych spotkaniach.

Skupienie uwagi głównie na leczeniu dotyczy także uczestników zrekrutowanych przez PTSR. W szczególności osób, których stan zdrowia znacząco się pogorszył oraz tych, które mają niewielki kontakt z otoczeniem (osoby przebywające głównie w domu).

Aktywizacja zawodowa jest również utrudniona na skutek występowania u niektórych osób wyuczonej bezradności. Przekonanie ich do otworzenia się na życie społeczno-zawodowe wymaga długotrwałego wsparcia w postaci terapii, spotkań z psychologiem i spotkań z innymi osobami z SM. **Celem projektu jest aktywizacja zawodowa, dlatego też nie założono w nim długotrwałych działań terapeutycznych.** Przy takich założeniach projektowych należy stwierdzić, że osoby których nie da się w krótkim czasie przystosować do wykonywania pracy zawodowej, nie powinny być przyjmowane do projektu.

Oprócz spotkań ze specjalistami, projekt przewiduje również **warsztaty aktywizacji zawodowej, staże rehabilitacyjne, praktyczną naukę zawodu oraz kursy zawodowe. Uczestnictwo w nich nie doprowadzi do aktywizacji zawodowej osób z omawianej kategorii. Pomimo tego w ramach badania zdiagnozowano sytuację, w której organizatorzy zdecydowali się skierować na kurs zawodowy osobę, niezamierzającą podjąć zatrudnienia.** Taka decyzja była niewłaściwa. Na podstawie badania trudno wskazać jednoznaczne powody wystąpienia takiej sytuacji. Najprawdopodobniej głównym kryterium było wyrażone przez uczestnika zainteresowanie udziałem w kursie oraz możliwości finansowe projektu. Podejmowanie podobnych decyzji w kontekście innych osób z SM, znajdujących się w omawianej grupie nie przyniesie pożądanych efektów i nie przyczyni się do podjęcia zatrudnienia

Jeśli Partnerzy postanawiają uczyć zawodu osoby o niskich kompetencjach społecznych (w dowolnej spośród wyżej wymienionych form) powinni ściśle współpracować w tym zakresie z psychologiem i doradcą zawodowym. Działanie takie będzie związane z celami projektu, gdy oprócz nabycia konkretnych umiejętności, uczestnictwo w kursie będzie miało działanie motywacyjne. Posyłanie na kurs osób, które bardziej potrzebują psychologicznego czy terapeutycznego wsparcia motywacyjnego nie przynosi zakładanych rezultatów.

5.2.3.2 Osoby aktywne społecznie nieposiadające doświadczenia zawodowego uczestniczące w projekcie

Drugą kategorią uczestników projektu, wyodrębnioną na potrzeby prowadzonej analizy są **osoby aktywne społecznie**. Wykonują one samodzielnie różnorodne czynności codzienne oraz niejednokrotnie w pełni uczestniczą w życiu rodzinnym pełniąc role matki/ojca, żony/męża. Od długiego czasu nie podejmują jednak aktywności zawodowej (lub nigdy jej nie podejmowały), czują się skrępowane występowaniem objawów choroby. Dlatego cenią sobie możliwość uczestnictwa w spotkaniach z innymi chorymi, którzy mają podobne problemy. Atmosfera wzajemnego zrozumienia sprzyja budowaniu pewności siebie oraz oswojeniu się z wiedzą o rynku pracy. Osoby z SM aktywne społecznie najczęściej ograniczają swój świat społeczny do środowiska lokalnego, które dobrze już znają, nowe środowisko w tym potencjalne środowisko zawodowe wywołuje u nich poczucie niepewności i stres. Nauczenie ich radzenia sobie z uczuciami wynikającym z wyjścia poza znajome otoczenie i kontaktu z nieznanymi im

Wszyscy na to samo chorujemy i nie dzieli nas nic, to też jest bardzo ważne.

Źródło: Na podstawie FGI z uczestnikami

Wywiązały się pomiędzy uczestnikami projektu bardzo silne więzi towarzyskie. Ci, którzy byli na zajęciach grupowych, nawiązali silne relacje i wspierają się nawzajem.

Źródło: Na podstawie IDI z kadrą projektu.

ludźmi jest podstawą w przygotowywaniu do funkcjonowania na otwartym rynku pracy. W projekcie wyjście do obcych osób, nie chorujących na SM, miało miejsce wyłącznie u uczestników, którzy podjęli pracę, staż lub edukację, inni nie mieli takiej możliwości. Projekt nie przewidywał form wsparcia, które np. zakładałyby wizyty studyjne w zakładach pracy, co zmniejszyło efektywność osiągnięcia celów.

Osoby aktywne społecznie najwyżej oceniły wsparcie psychologiczne, którego efektem był w głównej mierze wzrost wiary we własne siły. Dobre, ale niewystarczające efekty, wystąpiły u większości badanych po udziale w zajęciach prowadzonych przez doradców zawodowych. Uczestnicy **zaczęli dostrzegać możliwość podjęcia zatrudnienia, ale niewielu z nich faktycznie je podjęło. Projekt poszerzył ich wiedzę i zainteresowanie podejmowaniem aktywności społecznej i zawodowej, ale nie nauczył ich aktywnego poszukiwania pracy.**

Kiedy osoby rozmawiają o pracy pierwszego dnia, przy przygotowaniu IPD, to praktycznie dziewięćdziesiąt procent osób mówi, że się nie nadaje do pracy, że rynek pracy jest zbyt trudny. Natomiast jak wyjeżdżają z ośrodka to mają plany w głowie odnośnie do stażu albo edukacji.

Pod koniec udziału w warsztatach uczestnicy doceniają fakt tego, że poprzez własną inicjatywę mogą zminimalizować napięcie, które jest wynikiem przeżywanego przez nich stresu. Sporo osób ma też chęć podjęcia aktywności, czy to stażu, czy to szkolenia, czy też ewentualnie później pracy. Niektórzy też mają ochotę zaangażowania się w jakieś działania o charakterze wolontariatu.

Źródło: Na podstawie IDI z kadrą projektu.

Ja nie zdawałem sobie nawet sprawy, że ze znacznym stopniem niepełnosprawności mogę podjąć pracę. Zajęcia otworzyły nam oczy na wiele rzeczy, bo my siedzimy w domu i nie wiemy o możliwościach aktywizacyjnych.

Nie posiadaliśmy wiedzy prawnej w zakresie podejmowania pracy. Bo dla nas to nie był problem iść do zakładów pracy i pytać się czy przyjmą nas na staż, tylko to, że człowiek nie wiedział nawet jakie są warunki podpisywania umowy przez pracodawcę.

Źródło: Na podstawie FGI z uczestnikami projektu.

Istotną barierą w aktywizacji zawodowej osób aktywnych i nieaktywnych społecznie jest niechęć do rezygnacji z pobierania renty. Zdaniem respondentów dochód ten nie jest wysoki, ale pewny. Obawiają się, że jeśli podejmą zatrudnienie, a ich stan zdrowia nagle się pogorszy, to będą zmuszeni do rezygnacji z pracy i pozostaną bez jakichkolwiek środków do życia. Istotne jest, aby PRFON z pomocą psychologa wzbudzał w tych osobach przekonanie, że w przypadku rzutu mogą liczyć na jego pomoc. Skutecznym byłoby zadeklarowanie wsparcia doradczego w sytuacji, gdy szybki postęp choroby spowoduje konieczność porzucenia pracy i ponownego uzyskania renty. Należy również zwrócić uwagę, iż konieczne byłoby wsparcie doradcze prowadzone w domach osób z SM lub skierowane do ich opiekunów, jako że w opisanej powyżej sytuacji mogą one nie być w stanie wyjść z domu.

5.2.3.3 Osoby aktywne społecznie i do niedawna aktywne zawodowo uczestniczące w projekcie

Ostatnią wyodrębnioną grupą są **osoby do niedawna aktywne zawodowo**. Przystąpiły do projektu, aby uzyskać konkretną pomoc w poszukiwaniu pracy. Najczęściej niedawno utraciły zatrudnienie i obecnie poszukują pracy. Potrzebują wsparcia psychologicznego, przez ten pryzmat oceniały projekt, dlatego najbardziej niezadowolone były te osoby, którym dotychczas nie udało się podjąć pracy.

Organizatorzy projektu prowadzą rozmowy z pracodawcami, u których ma się odbyć praktyczna nauka zawodu, czy staż. Nie angażują w te zadania osób z SM, zatem nie uczą ich samodzielnego poszukiwania zatrudnienia i bezpośredniego kontaktu z pracodawcą. **Warto byłoby organizować warsztaty związane z nawiązywaniem relacji z potencjalnym pracodawcą dla osób silnie zmotywowanych do jej podjęcia, ale mających nieco mniejsze doświadczenie w kontaktach z pracodawcami.** Częściowo takie działania realizuje PTSR, organizując spotkania uczestników z pracodawcami. Działania te należałoby rozszerzyć oraz wprowadzić w Fundacji.

W większości przypadków poddanych badaniu zachowana została spójność ścieżki wsparcia tj. osoba idąca na kurs w danych zawodzie, następnie w tym samym podejmuje staż. Realizatorzy projektu twierdzą, iż po stażu większość pracodawców oferuje zatrudnienie.

Niezależnie od deklarowanych potrzeb, obowiązkową ścieżką udziału w projekcie dla każdego uczestnika jest spotkanie z psychologiem oraz doradcą zawodowym. **Formy grupowe tych zajęć były przez większość respondentów do niedawna aktywnych zawodowo zostały ocenione jako nieciekawe, nie wnoszące nowej wiedzy.** Poruszane zagadnienia dotyczyły bowiem kwestii ogólnych, dostosowanych do osób posiadających najsłabiej rozwinięte kompetencje społeczne. Natomiast zajęcia **indywidualne** miały charakter bardziej wymierny i doskonale trafiły w oczekiwania omawianej grupy. Doradcy zawodowi byli przygotowani do udzielania skutecznego wsparcia. Podawali konkretne przykłady podejmowania pracy przez osoby z SM. Psychologowie, zdaniem respondentów, podnieśli ich poczucie własnej wartości oraz skutecznie niwelowali przekonanie, że choroba uniemożliwia im kontynuowanie aktywności zawodowej. Było to szczególnie istotne, gdyż utrata pracy następowała często na skutek borykania się z objawami SM, co powodowało załamanie.

Ewaluacja mid-term wykazała, że warto ograniczyć grupowe wsparcie (zwłaszcza z doradcą zawodowym) kierowane do osób, które do niedawna były aktywne zawodowo, na rzecz wsparcia indywidualnego. Takie rozwiązanie umożliwi lepsze dostosowanie treści i zakresu zajęć do potrzeb uczestników projektu.

5.2.3.4 Otoczenie osób z SM uczestniczące w projekcie

W projekcie biorą także udział **opiekunowie osób z SM. Umożliwienie im spotkań z psychologiem wpisuje się w ich kluczowe potrzeby.** Zdaniem respondentów niewiele organizacji oferuje tego typu wsparcie.

Nigdy nie spotkałam się z sytuacją, żeby ktokolwiek myślał o opiekunach tych osób, bo jeśli są jakiegokolwiek projekty to są tylko dla osób chorych na SM.

Źródło: Na podstawie FGI z uczestnikami projektu

W projekcie zaplanowano uczestnictwo 500

osób z otoczenia, czyli nie każdy chory będzie miał możliwość udziału z opiekunem. Oczywiście podczas planowania wsparcia istotne było uwzględnienie potencjalnego zainteresowania, które

Miałam komunikaty od osób z SM podczas prowadzonych z nimi warsztatów, że osoby bliskie, opiekunowie, którzy nie biorą udziału w projekcie mają problemy w relacjach z nimi: stres w domu, awantury. Więc może to jest informacja, że powinny być objęte wsparciem psychologicznym.

Źródło: Na podstawie IDI z kadrą projektu

w praktyce okazało się niewysokie. Natomiast z punktu widzenia efektywności aktywizacji społeczno-zawodowej osób z SM zespół badawczy rekomenduje, aby w przyszłych działaniach założyć wsparcie psychologiczne dla otoczenia większości osób z SM uczestniczących w projekcie.

Zasadność objęcia wsparciem otoczenia jest potwierdzona wynikami ewaluacji mid-term. Opiekunowie twierdzą, że wstępnie byli niechętni udziałowi w projekcie, natomiast spotkania ze specjalistami oraz kontakt z innymi opiekunami osób z SM wpłynęły na zmianę ich relacji z podopiecznym. Na skutek zajęć z psychologiem lepiej rozumieją specyfikę choroby oraz zachowania osób z SM. Obniżyło to napięcia występujące pomiędzy domownikami oraz zwiększyło tolerancję dla niejasnych dotąd zachowań podopiecznego. W konsekwencji sukcesywnie zmniejsza się ich nadopiekuńczość i są coraz bardziej chętni do aktywizowania osób z niepełnosprawnością np. angażowania ich w codzienne obowiązki domowe. Z badań wynika, że wsparcie psychologiczne udzielone otoczeniu dopiero zaczęło przynosić skutki. Większość osób chętnie uczestniczyłaby w dalszych spotkaniach. Również chorzy na SM dostrzegają konieczność objęcia dalszym wsparciem

Ja uważam, że psycholog powinien być częściej.

My jesteśmy już tak zmęczeni opieką nad osobą z SM, że może coś z tych rad psychologa pomoże w codziennym funkcjonowaniu

(...) każdy miał inną historię życia z osobą z SM. Wymiana tego typu doświadczeń otwiera oczy na problemy, człowiek rozumie, że nie jest jedyną osobą z takimi problemami. To pomaga.

Źródło: Na podstawie FGI z uczestnikami projektu

psychologicznym bliskich im osób. **Warto zatem zastanowić się, czy nadwyżki środków nie przeznaczyć właśnie na ten cel.**

Zajęcia z prawnikiem nie zostały ocenione przez osoby bliskie chorych na SM pozytywnie. Twierdziły, że poruszane tematy były zbyt ogólne, nieukierunkowane na specyfikę ich życia, a pytania zadawane prowadzącym często pozostawały bez odpowiedzi.

Respondenci wskazywali, że mają trudności w pomaganiu podopiecznym w poszukiwaniu zatrudnienia. W ramach projektu nie uczęszczają na zajęcia z doradcą zawodowym, zatem jedynie wiedza nabyta podczas spotkań z prawnikiem, a jest ona niewystarczająca, ułatwia im wspieranie chorych na SM w poszukiwaniu pracy.

Ogólne niezadowolenie opiekunów z udziału w projekcie wynikało z niewystarczającego dopasowania zajęć do ich potrzeb. Każdy z uczestników kierowany jest na wsparcie z psychologiem i prawnikiem (głównie grupowe), niezależnie od problemów, z jakimi się boryka. **Warto zastanowić się nad indywidualizacją wsparcia kierowanego do otoczenia po zapoznaniu się z relacjami, jakie panują w ich domu. W puli dostępnych zajęć powinny znaleźć się: większa liczba zajęć z psychologiem, zajęcia z doradcą zawodowym, możliwość udziału w zajęciach z zakresu m.in. sposobów poszukiwania pracy, skierowanych dotychczas tylko do osób z SM, konsultacje z rehabilitantem.**

W trakcie realizacji projektu pracownicy PTSR dostrzegali wpływ wsparcia kierowanego do otoczenia na aktywizację społeczną osób z SM. W ramach oszczędności planują stworzenie oferty wspólnych wyjazdów opiekunów z podopiecznymi, podczas których organizowane będą zajęcia ze specjalistami (odrębnie dla osób z SM i opiekunów). **Na wyjazdy planuje się zabrać te osoby, które wyrażą taką wolę.** Prawdopodobnie chęć wyjazdu zgłoszą uczestnicy aktywni, którzy nie mają problemów z komunikowaniem organizatorom swoich potrzeb. Aby planowana forma wsparcia była bardziej efektywna warto zagwarantować miejsca dla osób nieśmiałych, nieaktywnych, mających trudne relacje z najbliższymi, które są gotowe zmierzyć się z problemami na tym polu.

Efekty wsparcia dotyczące osób z SM, opisane powyżej, były w dużej mierze uzależnione od poziomu kompetencji społeczno-zawodowych. Inne skutki projektu zostaną omówione w kolejnym rozdziale.

5.2.4 Ogólne skutki projektu

Pozytywny aspekt integracji grupowej

Nawiązanie kontaktów między osobami z SM oraz między opiekunami otworzyło wiele możliwości terapeutyczno-aktywizacyjnych. Spotkanie ludzi znajdujących się w podobnej sytuacji i poznanie ich historii, u większości respondentów zniwelowało poczucie osamotnienia w chorobie. Nastąpiła także wymiana informacji o sposobach radzenia sobie ze stwardnieniem rozsianym w wymiarze społecznym i zdrowotnym.

Ponadto opiekunowie mieli możliwość spotkania się nie tylko z innymi osobami podobnymi do siebie, ale również zobaczenie innych chorych na SM, czasami będących w złym stanie fizycznym (zwłaszcza uczestnicy przebywający w Ostoi). Pozwoliło im to ostatecznie przekonać się, że ich podopieczny nie symuluje złego samopoczucia, nie próbuje wymóc wyręczenia go w obowiązkach.

Projekt pokazał, że dla uczestników szczególnie cenne są rady udzielane przez inne osoby z SM lub ich opiekunów. Często są wiarygodniejsze niż informacje uzyskiwane od specjalistów. **Organizatorzy nie**

Osoby, które są na zajęciach mówią, że pierwszy raz spotkały się z innymi osobami chorymi na SM i pierwszy raz mają możliwość porównania swojej sytuacji zdrowotnej z innymi osobami chorującymi na to samo.

Źródło: Na podstawie IDI z kadrą projektu.

Ja jestem bardzo zadowolony, bo oprócz wiedzy praktycznej codziennej, którą nam prowadzący przekazali, uzyskałem wiedzę od współchorych.

Źródło: Na podstawie FGI z uczestnikami projektu.

wykorzystali tych zależności. Można to zrobić m.in. poprzez zapraszanie na spotkania osób z SM spoza projektu, którym udaje się na co dzień walczyć z chorobą, które podejmują pracę zarobkową i pomimo długoletniej choroby funkcjonują w społeczeństwie. Mogłyby one przedstawić swoje życie, wskazać sposoby na godzenie stwardnienia rozsianego z aktywnością społeczno-zawodową. Istotne jest, aby prezentowany styl życia nie wydał się uczestnikom projektu odległy od ich możliwości. Stąd dobrze byłoby, gdyby osoby-wzory te brały udział w wyjazdach, zintegrowały się z grupą. Umożliwiłoby to również nieformalne (poza zajęciami) rozmowy z tymi osobami, pozwalające na utwierdzenie w przekonaniu, że są to zwykli ludzie, którzy dzięki własnej inicjatywie nie zamykają się w kręgu najbliższych i dzięki temu są szczęśliwi.

Kompleksowe wsparcie a samodzielność uczestników

Intensywne kontakty pomiędzy uczestnikami projektu mogą nieść za sobą także skutki negatywne. Zwłaszcza, gdy w grupie znajdują się osoby o niskiej motywacji do aktywności. Swoim nastawieniem mogą zmniejszyć zaangażowanie pozostałych osób. Dlatego ważne jest, aby psycholog na bieżąco diagnozował relacje istniejące w grupie wsparcia oraz ich skutki. Główny nacisk na te działania należy położyć podczas wyjazdów, kiedy osoby z SM (czasami również ich opiekunowie) przebywają w swoim towarzystwie kilka lub kilkanaście dni. Odpowiednie zintegrowanie grupy zapobiegnie wspieraniu się w bezradności i uruchomi lub wzmocni wzajemne motywowanie się do uczestnictwa w zajęciach i do aktywności społeczno-zawodowej.

Organizowanie spotkań grupowych prowadzi do zetknięcia się uczestników w dobrym stanie zdrowia z osobami poruszającymi się na wózku, mającymi problem z mową i inne objawy zaawansowanego stwardnienia rozsianego. U osób w lepszej formie doświadczenie to może powodować załamania psychiczne, stres, wycofanie. **W projekcie nie zadbano o wsparcie w przygotowaniu uczestników na taką konfrontację.**

Problem dotyczy obydwu partnerów. W przypadku Fundacji wsparcie takie powinno być szczególnie intensywne. Wyjazd do Ostoi wiąże się ze spotkaniem nie tylko uczestników projektu, ale również osób przebywających tam na turnusach rehabilitacyjnych, których zdrowie jest często poważnie nadszarpnięte chorobą.

Niezależnie od poziomu kompetencji społecznych i zawodowych uczestników, projekt w sposób negatywny oddziałuje na ich samodzielność. Otrzymują kompleksowe wsparcie oraz różne udogodnienia, natomiast nie są uczeni zaradności. Przykładem takich działań jest

Doradca tylko opowiada jak znaleźć pracę, a my byśmy oczekiwali, żeby Stowarzyszenie poszukiwało dla nas pracy. By mieli pracę w różnych miejscach i żeby ten chory mógł sobie wybrać czy zastanowić się, którą z nich chce podjąć.

Źródło: Na podstawie FGI z uczestnikami projektu.

poszukiwanie miejsc staży rehabilitacyjnych oraz praktycznej nauki zawodu bez angażowania w ten proces uczestników projektu. W konsekwencji **projekt bezpośrednio nie uczy poszukiwania zatrudnienia.** W tym przypadku brak zaangażowania uczestników w działania wpłynął na wzrost ich oczekiwań, nie w stosunku do siebie, ale do projektu. Niektórzy respondenci spodziewali się, że Towarzystwo/ Fundacja przedstawi im kilka ofert pracy, z których będą mogli wybrać odpowiednią dla siebie, inni mieli nierealnie wysokie oczekiwania do warunków pracy.

Pojawianie się postaw roszczeniowych wymaga podjęcia, w pierwszej kolejności działań motywacyjnych w postaci odpowiednio ukierunkowanych spotkań z psychologiem i doradcą zawodowym. Kolejnym krokiem powinno być uczenie samodzielności poprzez aktywne włączenie uczestników w poszukiwania pracy. Powinno temu towarzyszyć uświadamianie procesów występujących faktycznie na rynku pracy tj. istnieniu dużej ilości kandydatów, ograniczonej komunikacji pracodawcy z kandydatem, częstych porażek w poszukiwaniu pracy. Pozwoli to na weryfikację wyobrażenia o przyszłej pracy i przygotuje na stres związany z poszukiwaniem

zatrudnienia. Dalszym etapem powinno być **zwiększanie pewności siebie osób z SM w zakresie podejmowania zatrudnienia oraz wprowadzenie ich na rynek pracy, aby pod okiem doradcy zawodowego poznali jego realia.**

Pojawianie się postawy roszczeniowej można obserwować także podczas analizy organizowania przez PTSR kilkudniowych wyjazdów dla osób chorych na SM. W ich trakcie prowadzone są zajęcia z różnymi specjalistami z zakresu aktywizacji społeczno-zawodowej np. WAZiS-y, w planach jest także wprowadzenie zajęć z psychologiem i doradcą zawodowym. Pomimo tego przez uczestników czasami traktowane są jako wycieczki. Sprzyja temu lokalizacja, gdyż często są to miejscowości atrakcyjne turystycznie. U niektórych uczestników pojawiało się przekonanie, że bezpłatne wyjazdy powinny być organizowane dla nich częściej i w miejsca bardziej atrakcyjne. **Do takich osób powinny być skierowane warsztaty z organizowania czasu wolnego, na których mogliby się dowiedzieć, w jaki sposób radzić sobie z chorobą jednocześnie spędzając czas w sposób aktywny:** chodząc do kina, na basen, na inne zajęcia sportowe, czy organizując wakacje.

5.3 Okoliczności podejmowania zatrudnienia i rozpoczynania edukacji - studium przypadku

5.3.1 Podjęcie zatrudnienia

Dla chorych na SM nie ma lepszej terapii jak praca. A w naszym kraju samo zdiagnozowanie SM jest wskazaniem do przyznania pacjentowi renty, podczas gdy przez długie lata może on pozostawać sprawny. Warunkiem jest podjęcie leczenia i rehabilitacji, która zahamuje rozwój choroby.

Gabriela Kłodowska-Duda, neurolog z NZOZ Neuro-Care w Katowicach specjalizująca się w leczeniu SM

Źródło: <http://www.pracaizdrowie.com.pl/content/view/1336/2/>

Projekt ma na celu wsparcie osób nieaktywnych zawodowo oraz bezrobotnych. Podejmowanie zatrudnienia przez osoby dotknięte stwardnieniem rozsianym jest jednym z najważniejszych czynników rehabilitacyjnych. Należy je traktować jako element wspomagający leczenie.

Dzięki podjęciu pracy chorzy nie wycofują się z życia społecznego i nie zamykają się. Jej wykonywanie pozwala na zachowanie dobrego samopoczucia i wysokiej samooceny. Należy również pamiętać, że aktywność zawodowa to niezależność finansowa, czyli kolejny element, który pozytywnie wpływa na obraz własnego „ja” osób zmagających się z SM.

W ramach ewaluacji mid-term wyodrębniono dobre praktyki w zakresie podejmowania zatrudnienia, pojawiające się w projekcie. W tym celu zastosowano analizę studium przypadku (case study). Badaniu poddano trzech uczestników projektu.

Motywacja do podjęcia zatrudnienia



Czynnikiem, który sprzyja wejściu na rynek pracy jest niewątpliwie posiadana **motywacja**. Jak wynika z przeprowadzonych badań, osoby, które znalazły zatrudnienie na początku udziału w projekcie cechowały się silną chęcią do jego podjęcia. Był to ich główny cel. Wsparcie psychologa, które otrzymali dodatkowo wzmocniło ich poczucie własnej wartości. Pozwala to sądzić, iż w przypadku utraty zatrudnienia, będą go poszukiwały.

Podjęcie pracy, to był dla mnie priorytet. Praca była najważniejsza.

Źródło: Na podstawie IDI z uczestnikami

Respondenci wskazywali, że chcą podnosić swoje kwalifikacje i kompetencje zawodowe na szkoleniach i kursach.

Wcześniejsze doświadczenia zawodowe

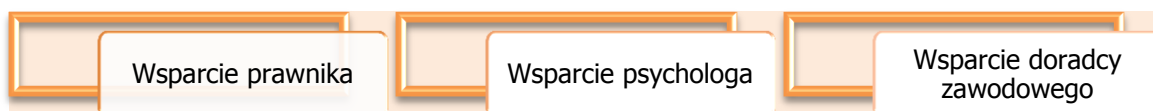


Kolejnym czynnikiem, który ułatwił podjęcie pracy jest posiadanie doświadczenia zawodowego. Osoby badane w ramach studium przypadku pracowały wcześniej w zawodach zgodnych z posiadanym wykształceniem, także po tym, jak dowiedziały się o swojej chorobie. Posiadania doświadczenia zawodowego ułatwiło i przyspieszyło znalezienie swojego miejsca na rynku pracy. **Stąd też zaleca się, aby osoby, które takiego doświadczenia nie mają, nabyły je podczas udziału w Praktycznej Nauce Zawodu oraz w Stażu Rehabilitacyjnym.**

Wsparcie udzielone w projekcie



Większość uczestników przeszło następującą ścieżkę wsparcia:



Zajęcia z prawnikiem miały m.in. dostarczyć wiedzę w zakresie regulacji wynikających z zatrudnienia osoby niepełnosprawnej. Respondenci deklarują, że posiadali pewną świadomość dotyczącą swoich praw i obowiązków, dlatego te zajęcia nie są traktowane jako czynnik wpływający na znalezienie pracy. Można zatem zastanowić się, czy prawidłowo została przeprowadzona wstępna diagnoza wiedzy z zakresu prawa pracy kwalifikująca do udziału w tych zajęciach.

Spotkania z psychologiem zostały ocenione jako główny motywator podjęcia zatrudnienia. Respondenci w szczególności zwracają uwagę na następujące zagadnienia poruszane podczas zajęć:

- radzenie sobie ze stresem,
- techniki relaksacyjne,
- wzrost motywacji do podjęcia pracy,
- praca w zespole,
- nawiązywanie kontaktów, relacji z innymi (w tym w środowisku pracy),
- radzenie sobie z niepełnosprawnością, przełamywanie własnych obaw.

Potrzebowałem wsparcia psychicznego, bo nie wierzyłem w siebie. Teraz też czasami nie do końca wierzę, ale przypominam sobie rozmowy i spotkania z psychologiem i wtedy sam już motywuję się do działania.

Źródło: Na podstawie IDI z uczestnikami projektu

Jak podkreślają badani, wiedzę i kompetencje nabyte podczas tych spotkań wykorzystują również w pracy. W szczególności przydatne są techniki radzenia sobie ze stresem oraz umiejętności pracy w zespole i nawiązywania kontaktów z innymi ludźmi.

W projekcie nauczyłem się radzenia ze stresem. Teraz z tego korzystam, bo moja praca wiąże się z dużym stresem.

Źródło: Na podstawie IDI z uczestnikami

Należy podkreślić, iż osoby, które przed podjęciem pracy nie zakończyły jeszcze udziału we wsparciu psychologicznym, nadal mogą z niego korzystać (pomimo zatrudnienia). W świetle zgromadzonych wyników należy stwierdzić, że nowe środowisko dla osoby chorej to źródło wielu napięć

emocjonalnych. Okres zaaklimatyzowania może być trudny, dlatego uczestnicy projektu **powinni mieć możliwość otrzymania wsparcia psychologicznego w pierwszych tygodniach nowej pracy.**

Respondenci deklarują, że w ramach zajęć z doradcą zawodowym uzyskali następujące informacje:

- jak poruszać się po rynku pracy, gdzie szukać ofert pracy,
- jak przygotować dokumenty aplikacyjne,
- jak przygotować się do rozmowy z pracodawcą oraz jak taką rozmowę przeprowadzić,
- jak stać się bardziej atrakcyjnym na rynku pracy.

Miałam dużo rozmów z doradcą zawodowym, dotyczących przygotowania dokumentacji rekrutacyjnej i określenia ścieżki zawodowej, uzyskania informacji gdzie można szukać ofert pracy.

Źródło: Na podstawie IDI z uczestnikami

Podczas indywidualnych spotkań rozmawiali o swojej przyszłości zawodowej, gdzie chcieliby pracować, jaki zawód mogą wykonywać, co powinni zrobić, aby zdobyć pracę. Doradca zawodowy opracowywał ścieżkę zawodową zakładającą m.in. podniesienie kompetencji i kwalifikacji zawodowych (proponując konkretne kursy zawodowych/ językowych oraz praktycznej nauki zawodu i staży rehabilitacyjnych).

Osoby z SM podkreślają, że podobnie jak w przypadku spotkań z psychologiem, wsparcie doradcy zawodowego w znacznym stopniu przyczyniło się do podjęcia zatrudnienia.

Doradca zawodowy pomógł mi znaleźć pracę.

[Odpowiedź na pytanie: Czy projekt przyczynił się do zwiększenia wiary, że można jednak podjąć pracę?] Tak, głównie mam na myśli zajęcia z doradcą zawodowym, bo doradził jak rozmawiać z pracodawcą; udowodnił, że to nie jest takie straszne wcale.

Źródło: Na podstawie IDI z uczestnikami projektu

Na tym etapie podobieństwo ścieżki udziału w projekcie wśród badanych kończy się. Dwóch z trzech respondentów wzięło udział w stażu rehabilitacyjnym. Jedna z osób po jego zakończeniu otrzymała zatrudnienie. Staże rehabilitacyjne przebiegały w następujący sposób:



Staż rehab. zakończony zatrudnieniem

- Podczas stażu uczestnik wykonywał czynności zgodne z późniejszym zatrudnieniem, jednak w mniejszym zakresie (mniej obowiązków) oraz przy wsparciu współpracowników.
- O możliwości dalszej pracy w firmie (na etacie) wiedział przed rozpoczęciem stażu.
- Osoba po zakończonym stażu, podjęła zatrudnienie u tego samego pracodawcy, u którego odbywała staż.
- Umiejętności zdobyte dzięki stażowi (czego się nauczyła): "Wykonywania zawodu".

Staż rehabilitacyjny

- Podczas stażu uczestnik wykonywał czynności pomocniczne, nie do końca zgodne z jego oczekiwaniami.
- O tym, że po zakończeniu stażu nie będzie możliwości przedłużenia współpracy dowiedziała się podczas jego trwania.
- Osoba po zakończonym stażu nie podjęła zatrudnienia u tego pracodawcy. Powodem był brak miejsc/ etatów. Staż odbywał się w JST, gdzie rotacja pracowników jest bardzo niska czyli tak naprawdę osoba, już przystępując do stażu, miała niewielką szansę na pozostanie w tej instytucji na zasadach stosunku pracy.
- Umiejętności zdobyte dzięki stażowi (czego się nauczyła): "Na stażu, niczego się nie nauczyłam z uwagi na to, że obowiązki, które wykonywałam, realizowałam wcześniej w mojej poprzedniej pracy."

Staż rehabilitacyjny, zgodnie ze szczegółowym opisem projektu, miał na celu zdobycie nowych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych poprzez praktyczne wykonywanie zadań na stanowisku pracy bez nawiązywania stosunku pracy. U jednego z respondentów faktycznie spełnił przypisane mu

funkcje, a nawet doprowadził do zatrudnienia. W drugim przypadku staż stanowił formę podtrzymania aktywności zawodowej, ale nie wpłynął na podniesienie umiejętności i kwalifikacji. Osoba ta znalazła zatrudnienie u innego pracodawcy i jest w pełni zadowolona z pracy, którą wykonuje. Trzecia osoba, która nie brała udziału w stażu, po odbyciu wsparcia prawnego, psychologicznego i z zakresu doradztwa wzięła udział w Warsztatach Aktywizacji Zawodowej i Społecznej. Następnie podjęła zatrudnienie.



Wszystkie badane osoby pracują na otwartym rynku pracy. Dwie z nich podjęły pracę zgodną z wykształceniem, kwalifikacjami i zainteresowaniami. Ofertę pracy otrzymały od kadry projektu. Trzecia osoba poszukiwała pracy na własną rękę. Pozyskała zatrudnienie częściowo zgodne z posiadanym doświadczeniem i zainteresowaniami. Pomimo tego jest zadowolona, że posiada jakiegokolwiek źródło dochodu. Warto również zauważyć, iż projekt pozwolił na odbudowanie poczucia bezpieczeństwa i wiary we własne umiejętności, dzięki czemu uczestnicy nie tylko podjęli pracę, ale nie boją się w przyszłości jej zmienić.

Pracownik z projektu zapoznał się z moim szefem i rozmawiał z nim o tym projekcie. Mój obecny szef powiedział, że chętnie by zatrudnił taką osobę i trafiło na mnie.

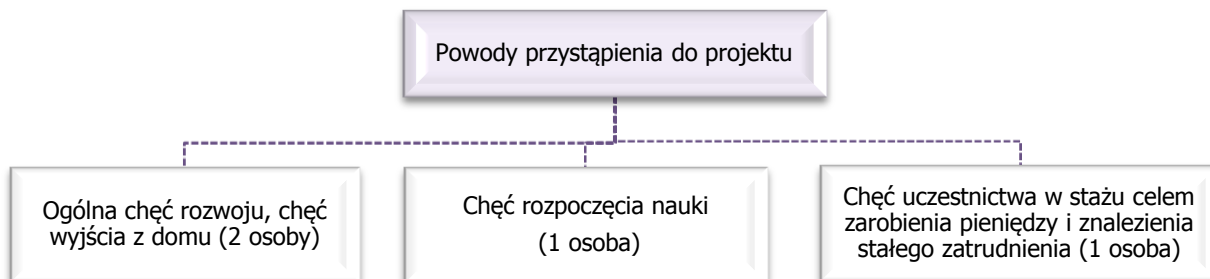
Źródło: Na podstawie IDI z uczestnikami projektu

W tym przypadku chciałbym zmienić pracę na jeszcze lepszą, żeby więcej zarabiać. Chciałbym zmienić pracę i wierzę w to, że zmienię.

Źródło: Na podstawie IDI z uczestnikami projektu

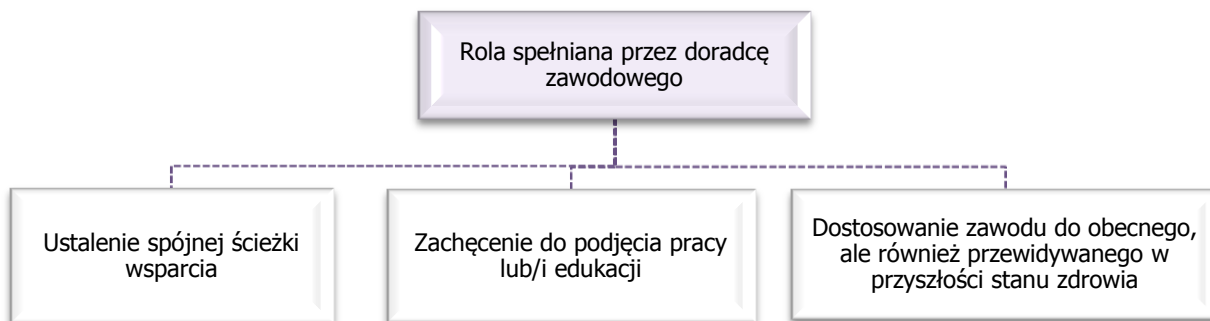
5.3.2 Podejmowanie nauki

W projekcie założono, że w szkole średniej, policealnej, pomaturalnej lub wyższej rozpocznie edukację 40 uczestników projektu. W ramach studium przypadku określono, w jaki sposób realizowane jest to wsparcie. Badaniu poddano cztery osoby: dwie, które zaczęły uczęszczać do szkoły policealnej, jedną - studiującą, jedną, która podjęła naukę w liceum ogólnokształcącym. Osoby te wskazywały różnorodne powody przystąpienia do projektu. Jedna od początku była zainteresowana podjęciem nauki, natomiast pozostałe nie miały takich planów.



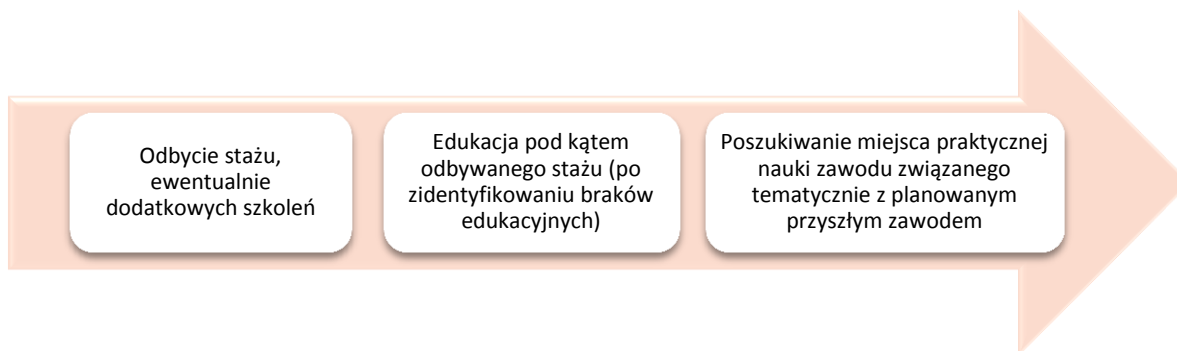
Warto przyrzeć się motywacji przystąpienia do projektu związanej z zarobkowaniem. Jedna z respondentek stwierdziła, że otrzymuje niską rentę, a każdego miesiąca musi kupować drogie leki. Staż jest dla niej szansą na uzyskiwanie wynagrodzenia przez trzy miesiące, a więc może zapewnić jej chwilowe podniesienie jakości życia. Potencjałem jest silna motywacja do podjęcia stażu lub zatrudnienia. W związku z chęcią podjęcia jakiegokolwiek pracy przez uczestnika projektu **ogromna rola spoczywa na doradcy zawodowym, który powinien wskazać spójną ścieżkę rozwoju zawodowego oraz zalety jej realizowania** (m.in. możliwość podejmowania coraz lepszej pracy w wybranym zawodzie, umacnianie pozycji na rynku pracy dzięki posiadaniu doświadczenia zawodowego w jednej branży).

Rola doradcy zawodowego (w podejmowaniu edukacji)



Pierwszym etapem pomocy w podjęciu zatrudnienia było ustalenie ścieżki wsparcia podczas opracowania IPD. W trakcie zajęć z doradcą zawodowym wstępne ustalenia zostały doprecyzowane. Spośród czterech badanych osób, dwóm udzielono spójnego wsparcia ,zgodnego z kompetencjami i zainteresowaniami.

Spójne ścieżki wsparcia (2 uczestników)



Podjęte przez uczestników: staż, kursy i edukacja były spójne pod kątem przyszłego zawodu. Jednak w obydwu przypadkach najpierw osoby zostały posłane na staż, podczas których okazało się, że nie

Jak ja rozmawiałam z pracodawcą, czy byłaby szansa na zatrudnienie po stażu, to mi powiedziała: 3 miesiące to było za mało żebyś ja mogła zatrudnić, bo ty wszystkiego nie umiesz a ja nadal bym cię uczyła i jeszcze ci płaciła.

Źródło: Na podstawie IDI z uczestnikami projektu.

posiadają wystarczającej wiedzy do kontynuowania zatrudnienia. Doradca zawodowy zaproponował im rozpoczęcie nauki: jednej osobie w szkole policealnej, drugiej w liceum ogólnokształcącym dla dorosłych, aby w przyszłości mogła pójść do szkoły policealnej i zdobyć odpowiednie kwalifikacje do wykonywania zawodu.

Trzymiesięczny kontakt z pracodawcą pozwolił na zdiagnozowanie i uzupełnienie kompetencji niezbędnych do wykonywania zawodu przed podjęciem stałej pracy. Z drugiej strony, nieodpowiednie przygotowanie do wykonywania zawodu uniemożliwiło nawiązanie stałej współpracy z pracodawcą.

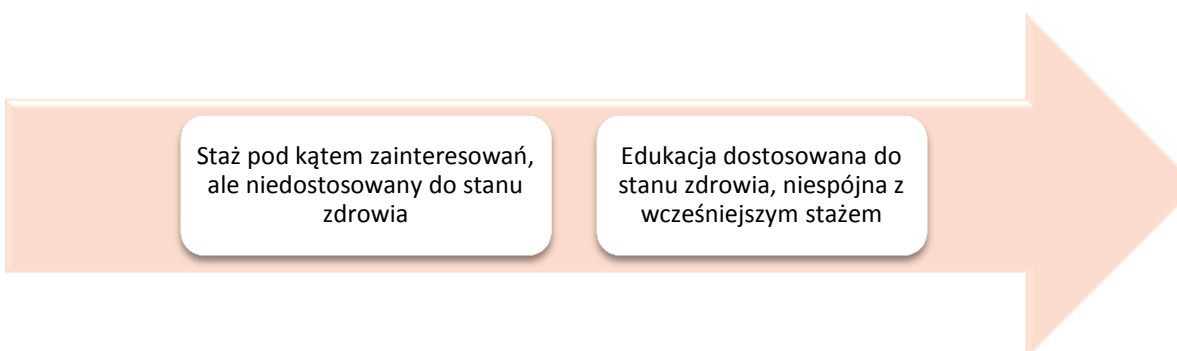
Wsparcie w projekcie powinno uwzględniać niezbędną sekwencję zdarzeń, tj. najpierw uczestnik powinien nabywać kwalifikacje niezbędne do wykonywania pracy w danym zawodzie, a dopiero później odbywać w tym kierunku staż. Istotną wskazówką w planowaniu takiej ścieżki powinna być opinia doradcy zawodowego, a nie negatywna ocena kompetencji wystawiona przez pracodawcę.

W przypadku podjęcia decyzji o zaproponowaniu uczestnikowi nauki w formie szkolnej, należy zdawać sobie sprawę z długiego czasu nabywania w taki sposób kwalifikacji zawodowych. Jeśli chce się osiągnąć efekty w postaci podjęcia pracy szybciej, konieczne jest jednoczesne posłanie takiej osoby na krótszy kurs uzupełniający umiejętności na poziomie umożliwiającym podjęcie pracy, choćby na najniższym w danej branży stanowisku.

Z drugiej strony przekwalifikowanie na zawód pozwalający osobie z SM podejmowanie pracy pomimo pogarszającego się stanu zdrowia, warte jest poświęcenia kilku lat na zdobycie tego typu kompetencji.

Niespójne ścieżki wsparcia (odrębne dla każdej z 2 osób)

Przypadek 1



W pierwszym analizowanym przypadku respondent odbył staż w wybranym przez siebie zawodzie. Ponieważ poszukiwał pracodawców samodzielnie, podstawowym kryterium wyboru były jego zainteresowania. Okazało się jednak, że wykonywane czynności zawodowe są niedostosowane do jego stanu zdrowia. Wystąpiły dwa problemy: zbyt dużo czasu spędzanego w pozycji stojącej oraz wymóg dużej precyzji, któremu osoba z SM nie była w stanie sprostać. Po zakończeniu stażu uczestnik projektu był pewien, że nie będzie w stanie wykonywać tej profesji.

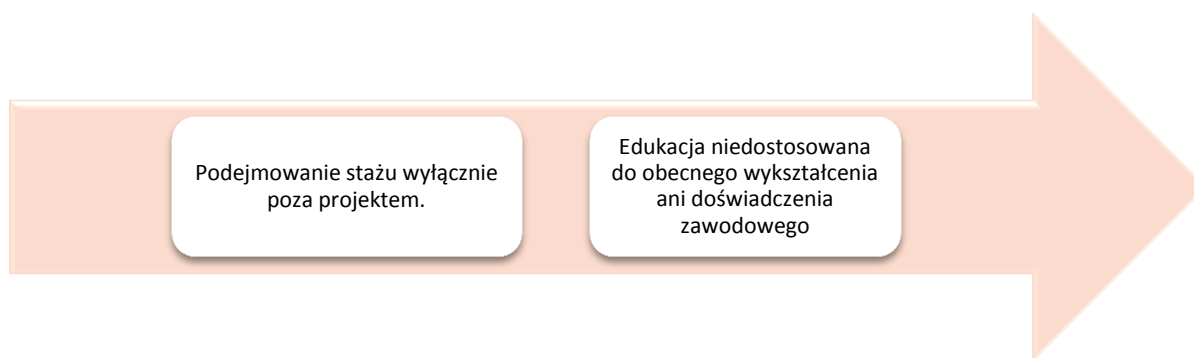
Warunki pracy odbiegały od zalecanych przez doradcę zawodowego w Indywidualnym Planie Działania dla uczestnika (miejsce bez barier architektonicznych, zmienne godziny pracy, regularne przerwy na odpoczynek). Takie rozbieżności nie powinny mieć miejsca. Zaleca się by każdorazowo specjaliści i organizatorzy weryfikowali opinie i preferencje uczestników z zapisami dokonanymi w IPD, aby nie doprowadzić do sytuacji, w której staż staje się nieefektywny ze uwagi na możliwości i kondycję osób z SM.

Po trzymiesięcznym wykonywaniu zawodu, była już pewna, że nie będzie mogła go wykonywać ze względu na stan zdrowia. Wówczas doradca zawodowy zaoferował jej edukację przygotowującą do specjalności możliwej do wykonywania pomimo występujących objawów SM.

To jest zawód odpowiedni dla osoby chorej na SM. Choroba nie będzie mi przeszkadzała pracować w tym zawodzie, bo to jest kontakt z ludźmi, bo to jest praca siedząca, jest elastyczna czasowo.

Źródło: Na podstawie IDI z uczestnikami projektu.

Przypadek 2.



Badany uczestnik przed udziałem w projekcie nie planował podejmowania edukacji. Kiedy pojawiła się możliwość uzyskania dotacji na dwa semestry studiów podyplomowych, zdecydował się na rozpoczęcie nauki. Wybrał kierunek studiów związany z własnymi zainteresowaniami, ale odbiegający od wyuczonego zawodu. Z pomocą pośrednika pracy podjął staż zgodny z preferencjami. Ważne, że uczestnik jest przekonany o słuszności i trafności tych decyzji. Trudno przewidzieć, na ile podjęte działania wpłyną na trwałe polepszenie sytuacji zawodowej tej osoby.

Podsumowując rolę doradcy zawodowego w zachęcaniu badanych osób do podjęcia edukacji i pracy,

To jest zawód odpowiedni dla osoby chorej na SM. Choroba nie będzie mi przeszkadzała pracować w tym zawodzie, bo to jest kontakt z ludźmi, bo to jest praca siedząca, jest elastyczna czasowo.

Źródło: Na podstawie IDI z uczestnikami projektu.

naależy stwierdzić, że była bardzo istotna. Poprawy wymaga niewystarczające zwracanie uwagi na dostosowanie proponowanego kształcenia do stanu zdrowia uczestnika. Wskazywali na to respondenci

badania. Sami musieli informować, że proponowany kierunek edukacji przygotowuje do zawodu, którego wykonywanie jest w ich przypadku niemożliwe. Z drugiej strony, doradcy zawodowi i inni specjaliści mogą być wprowadzani w błąd przez samych uczestników, którzy oceniają własne

możliwości na podstawie wyobrażeń. Zaleca się uwzględnianie opinii uczestników z zastrzeżeniem, że nie każda osoba spojrzy na swój rozwój zawodowy z realnej perspektywy. Jest to rola doradcy zawodowego.

Udział w stażu

Osoby badane w ramach studium przypadku posiadały wysokie kompetencje społeczne i były zmotywowane do samodzielnego ubiegania się o zatrudnienie. Dwie z nich, kiedy dowiedziały się o możliwości finansowania w ramach projektu trzymiesięcznego stażu, rozpoczęły poszukiwania na własną rękę. Jednak natrafiły na problemy organizacyjne, gdyż nie posiadały pełnych informacji o zasadach organizacji stażu i nie potrafiły ich uzyskać od pracowników biura projektu (PTRS, oddział w Koninie). Toteż wypadały niewiarygodnie lub też przekazywały niekompletne informacje, co sprawiało, że pracodawcy zniechęcali się do współpracy. Pomimo tego kilkoro z nich zdecydowało się na pogłębienie uzyskanych informacji. Wówczas rolę przejmowali organizatorzy projektu, załatwiając formalności związane z podpisaniem umowy stażowej.

Kto czuł się na siłach szedł do pracodawcy i samodzielnie załatwiał staż. Próbowaliśmy przedstawiać, na czym polega ten projekt, własnymi słowami. Ale mieliśmy problem, bo nie posiadaliśmy wszystkich informacji, o które pytał pracodawca.

Źródło: Na podstawie IDI z uczestnikami projektu.

.W zakresie omawianego problemu główne zastrzeżenie do przedstawicieli PTRS dotyczy niewystarczającej komunikacji z uczestnikami projektu. Konieczne jest, aby osoby chcące samodzielnie poszukiwać stażu posiadały wszelkie informacje o procedurach związanych z nawiązywaniem porozumienia z pracodawcą. Osoby z SM powinny mieć poczucie, że w mogą w tej kwestii kontaktować się z biurem projektu i liczyć na wsparcie osób tam pracujących.

Osoby badane w ramach studium przypadku wskazują, że poszukując stażu samodzielnie natrafiały na następujące problemy::

- niektórzy pracodawcy traktowali staż jako okazję do posiadania darmowego pracownika na trzy miesiące;
- pracodawcy obawiali się, że na pracownika z niepełnosprawnością nie można polegać, przy czym stwierdzenie rozsiane budzi jeszcze większe wątpliwości niż inne rodzaje niepełnosprawności;
- pracodawcy byli niechętni do stażu ze względu na rozbudowaną biurokrację;;
- pracodawcy obawiali się zatrudniania osób z niepełnosprawnością, bo będą potrzebowały specjalnych warunków pracy.

Dla podsumowania opracowane studium zostaną przytoczone czynniki sprzyjające rozpoczęciu edukacji przez osoby z SM:

- indywidualne wsparcie psychologa,
- wsparcie motywacyjne doradcy zawodowego.

Badane osoby (trzy z czterech) oceniają wsparcie psychologa, jako niezwykle istotne dla ich dalszego rozwoju, w tym zawodowego. Pomimo tego, że były to osoby aktywne społecznie, świadomość choroby wywoływała w nich lęki, zamknięcie się w sobie, obniżała poczucie własnej wartości, co utrudniało podjęcie decyzji o rozpoczęciu edukacji. Udział w projekcie zniwelował przynajmniej część tych trudności.

Dobrze przeprowadzone diagnozy i rozmowy z doradcą zawodowym są w stanie zmotywować osoby z niepełnosprawnością do rozpoczęcia edukacji. Najsilniej motywacyjny charakter miało poznanie możliwych ścieżek edukacyjnych i zawodowych, uzmysłowienie sobie, jakie możliwości otwierają się na skutek zakończenia szkoły. W analizowanych przypadkach brak motywacji do rozpoczęcia edukacji nie wynikał z choroby, ale nieposiadaniu spójnego planu rozwoju zawodowego.

5.4 Organizacja projektu

Sposób organizacji projektu miał duży wpływ na jego skuteczność. W tym rozdziale zostały przedstawione metody realizacji projektu, z uwzględnieniem najistotniejszych:

- dostosowania formy i czasu trwania zajęć do stanu zdrowia osób z SM,
- przepływu informacji pomiędzy uczestnikami a organizatorami,
- adekwatności proponowanych miejsc pracy (w tym stażu) do możliwości osób z SM,
- dopasowania zajęć skierowanych do opiekunów osób z SM do trybu ich życia.

Analiza zostanie przedstawiona odrębnie dla każdego z Partnerów, gdyż ich strategia realizacji wsparcia znacząco różniła się.

5.4.1 Zajęcia wyjazdowe – Fundacja na Rzecz Chorych na SM im. bł. Anieli Salawy

Fundacja na Rzecz Chorych na SM im. bł. Anieli Salawy realizuje zajęcia w postaci trzytygodniowych turnusów dla osób z SM w ośrodku Ostoja, a także spotkania dla opiekunów w formie stacjonarnej w Krakowie lub wyjazdowej (od 2014 r.), w zależności od preferencji uczestników.

Rekrutacja do projektu odbywała się początkowo poprzez kontakt ze stałymi podopiecznymi fundacji oraz ogłoszenia kierowane poprzez środki masowego przekazu. Kiedy nie udawało się zachęcać wystarczającej liczby osób, w połowie projektu zwrócono się o pomoc do Ośrodków Pomocy Społecznej i Powiatowych Centrów Pomocy Rodzinie. Pracownicy tych organizacji nie do końca potrafili przekazać podopiecznym informację, na czym polega projekt, często bazowali wyłącznie na posiadanych ulotkach. W konsekwencji wiele osób myślało, że głównym celem projektu będzie rehabilitacja, ponieważ:

- taka informacja była uwypuklana przez osoby z OPS i PCPR,
- większość z podopiecznych tych instytucji była negatywnie nastawiona do podjęcia pracy,
- zajęcia miały odbyć się w ośrodku Ostoja, który kojarzony jest głównie z turnusami rehabilitacyjnymi.

Toteż zgłaszające się, na skutek tak prowadzonej rekrutacji, osoby najczęściej w bardzo dużym stopniu nakierowane były na aktywizację ruchową.

Po przyjeździe do ośrodka okazywało się, że w planie turnusów są w większości zajęcia z psychologiem, a jako dodatkowe m.in. z doradcą zawodowym, z wizażystą, rehabilitacyjne. Uczestnicy nie byli w stanie uczęszczać na tak intensywnie zaplanowane wsparcie. Zwłaszcza zajęcia psychologiczne miały zbyt duży wymiar godzinowy. Organizator postanowił zatem zmniejszenie tych zajęć, a zintensyfikowanie rehabilitacji.

Respondenci badań jakościowych – uczestnicy projektu – brali udział w zmienionej już formule zajęć. Pozytywnie oceniają oni wszystkie zajęcia, z wyjątkiem wizażysty.

Wskazują, że uzyskane informacje pomogą im w życiu codziennym, a także, być może, w podjęciu zatrudnienia. Natomiast zajęcia z autoprezentacji nie zostały przez nich odpowiednio odebrane. W założeniu miały one odpowiadać na problemy z wizerunkiem osoby z SM jako potencjalnego pracownika, uczestnicy mieli się dowiedzieć jak dopasować swój wygląd do sytuacji zawodowych (np. do rozmowy rekrutacyjnej). W trakcie badania respondenci nadal jednak wskazywali takie samo nastawienie: *„My przeważnie wybieramy ciuchy, żeby nam było wygodnie, nie dla jakiegoś stylu.”*

Jak wspomniano wyżej, wiele osób przyjeżdżających do Ostoi było przekonanych, że będzie to turnus rehabilitacyjny. Pomimo tego, że pozytywnie oceniają pozostałe zajęcia, to jednak wskazują niezaspokojone potrzeby rozwoju ruchowego.

Pozytywnie została także oceniona wyjazdowa forma wsparcia. Jej najistotniejszymi efektami są: otwarcie się uczestników na otoczenie oraz integracja osób z SM. Przyjeżdżający do Ostoi często są osobami o słabo rozwiniętych kontaktach społecznych. Zdarza się, że przebywają głównie w otoczeniu rodziny, rzadko wychodzą z domu, niektórzy w ogóle. Pytani podczas wywiadów o efekty znalezienia się poza domem, wskazują, że zaczęli doceniać relacje z innymi osobami i otworzyli się na otoczenie.

Ponadto, oderwanie od codziennego życia za sprawą uczestnictwa w wyjazdowej formie wsparcia, sprzyja otwartości na nową wiedzę. Respondenci wskazywali następujące zalety udziału w projekcie:



Zaplanowanie trzech tygodni na realizację wsparcia dla każdego uczestnika wymagało skumulowania zajęć, co dla osób z SM było dużym problemem m.in. ze względu na męczliwość. Próbą poradzenia sobie z nadmiernym obciążeniem zajęciami było zobligowanie wykładowców do zapewnienia elastyczności czasu trwania zajęć oraz częstości i długości przerw. Duże znaczenie ma także dostosowanie sposobu prowadzenia spotkań do występujących u uczestników: wahań samopoczucia, zaników pamięci, uzależnienia samopoczucia od pogody, itd. **Respondenci nie zgłaszali zastrzeżeń do tych aspektów organizacji projektu.** Twierdzili, że stosowana elastyczność, polegająca również na braku konieczności uczestnictwa we wszystkich zajęciach, jest wystarczającym dostosowaniem projektu do stanu ich zdrowia.

Osoby z SM bardzo często i szybko się męczą, wymagają bardzo elastycznego podejścia, dostosowania form zajęć do ich potrzeb.

Źródło: Na podstawie IDI z kadrą projektu.

Uzgadnialiśmy z wykładowcą czas trwania przerw i on dostosowywał się do naszych potrzeb (czy 10 minut, czy 20 minut). Prowadził krótszy lub dłuższy wykład, w zależności od naszych bieżących potrzeb. Ponadto realizowaliśmy program w ustalonym czasie, więc możliwe były także dłuższe przerwy. To było podejście elastyczne i dostosowane do naszych potrzeb.

Źródło: Na podstawie FGI z uczestnikami projektu.

Również komunikacja w trakcie trwania turnusu została oceniona pozytywnie przez badanych. Każdy mógł zapoznać się z planem kolejnych dni. Harmonogram był wywieszony

w różnych miejscach w ośrodku, a także możliwy do uzyskania od osób prowadzących zajęcia i zarządzających projektem.

Oprócz wsparcia oferowanego w ośrodku Ostoja, projekt zakłada również możliwość odbycia stażu i praktycznej nauki zawodu. Są one skierowane do wybranych uczestników, zainteresowanych podjęciem pracy.

Kadra projektu poszukuje pracodawców chętnych do zatrudnienia osób z SM. Aby zminimalizować ryzyko niedostosowania miejsc pracy do możliwości osób z SM, informują przedsiębiorców, że potencjalnym pracownikiem jest osoba niepełnosprawna, przedstawiają specyfikę stwardnienia rozsianego. Pośrednicy pracy w projekcie zwracają uwagę na fakt, że pracodawcy angażują się w organizację staży i w pozyskanie na 3 miesiące bezpłatnego pracownika, ale nie są chętni zatrudnianiu, które związane jest z koniecznością stworzenia odpowiednich warunków pracy dla osoby z niepełnosprawnością



Projekt jest skierowany również do opiekunów osób z SM. Pierwotnie Fundacja starała się zorganizować dla nich spotkania w Krakowie obejmujące doradztwo psychologiczne oraz prawne realizowane w odrębnych dniach. Założono, że muszą zgromadzić 27 osób na jeden termin, aby zajęcia się odbyły. Ze względu na niewielkie zainteresowanie, nie dochodziły do skutku. Obecnie zmniejszono minimalną liczebność grup do 12 osób, a zajęcia ze specjalistami odbywają się w tym samym dniu. Dokonane zmiany umożliwiły realizację wsparcia.

Od 2014 roku Fundacja wyszła naprzeciw osobom z SM, które obawiały się samodzielnego wyjazdu do Ostoi i umożliwiła im przyjazd wraz z opiekunem (czasami to otoczenie obawiało się posłania na turnus osoby chorej bez opieki). Lęk przed rozstaniem wymaga konsultacji psychologicznej i pracy nad zmianą tego nastawienia. Jednak opiekunowie mieli możliwość uczestniczenia wyłącznie w kilku indywidualnych spotkaniach z psychologiem oraz w zajęciach grupowych, jeśli w Ostoi w tym czasie przebywali inni opiekunowie.

5.4.2 Zajęcia stacjonarne i wyjazdowe - Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego

Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego – Oddział w Łodzi organizuje zajęcia w różnych miastach w Polsce. Wsparcie udzielane jest przez biura projektowe zlokalizowane na terenie całej Polski: w Łodzi, Warszawie, Koninie, Białej Podlaskiej i Szczecinie. Dodatkowo wybrane osoby zapraszane są na zajęcia odbywające się podczas kilkudniowych wyjazdów. Na skutek obserwacji potrzeb uczestników Towarzystwo stara się o zwiększenie liczby zajęć wyjazdowych oraz umożliwienie kilkukrotnego udziału w nich.

Ogólna ocena organizacji zajęć stacjonarnych dokonana przez respondentów jest bardzo pozytywna. Są one dostosowane do ich możliwości i potrzeb. Stosowana forma realizacji ma w tym wypadku przewagę nad wyjazdową, gdyż wsparcie może być realizowane elastycznie, w miarę potrzeb i nie jest ograniczone konkretnymi ramami czasowymi. W projekcie wykorzystuje się na przykład takie rozwiązania:

- umożliwienie przeprowadzenia wstępnej diagnozy (opracowanie IPD) w domu uczestnika, jeśli nie jest on w stanie sam dojechać na spotkanie
- dostosowanie tematyki i intensywności wsparcia do indywidualnych potrzeb.

Spotkania domowe to jest nasz pierwszy kontakt z projektem. Myślę, że to dobry pomysł, bo w domu odczuwamy poczucie bezpieczeństwa,.

Źródło: Na podstawie FGI z uczestnikami projektu.

Po spotkaniu grupowym zainteresowane osoby mogą przyjść do prowadzącego lub do organizatorów i zakomunikować swoje potrzeby doradcze. Kadra projektu deklaruje, że jeśli są one związane z zakresem wsparcia przewidzianym w projekcie, to pomoc taka zostaje udzielona. Badanie wykazało jednak, że **uczestnicy projektu często nie wiedzą o możliwości zgłaszania indywidualnych potrzeb**. Dotyczy to np. zapotrzebowania na dowóz na zajęcia, dodatkowego wsparcia prawnego.

Uczestnicy, którzy nie znają możliwości, nie są w stanie z nich korzystać. Stąd duża rola organizatorów projektu w informowaniu o tym. Zwłaszcza kwestia powielania informacji jest ważna dla osób z SM, gdyż problemy z pamięcią są specyficzne dla tej niepełnosprawności.

M: A Państwo prosili o transport? R: Ja nie wiedziałam, że są takie możliwości, ale osoba prowadząca projekt powinna mi powiedzieć.

M: Czy Państwo zgłaszali te potrzeby organizatorom? R: Jak człowiek nie wie, że są takie możliwości, to trudno cokolwiek zgłaszać.

Źródło: Na podstawie FGI z uczestnikami

Kolejnym problemem jest nieśmiałość uczestników. Respondenci wskazywali, że niejednokrotnie nie zgłaszają się na spotkania indywidualne oraz nie pytają o możliwość uzyskania wsparcia adekwatnego do swoich potrzeb, gdyż czekają na taką propozycję ze strony organizatora.

Ostatnią ze zdiagnozowanych w badaniu barier komunikacyjnych jest **utrudniony kontakt z przedstawicielami PTSR poza obszarem Łodzi**. Respondenci twierdzili, że osoba dyżurująca w biurze projektu często nie odbiera telefonów. Także zbyt późno informuje o zajęciach ze specjalistami – dzień lub kilka dni przed planowanym spotkaniem.

Stowarzyszenie oprócz zajęć stacjonarnych prowadzi także zajęcia podczas krótkich form wyjazdowych. Pozwalają one uczestnikom projektu na oderwanie się od codzienności oraz nawiązywanie relacji z innymi osobami chorymi na SM.

Udział w warsztatach wyjazdowych powoduje zadowolenie osób z SM, generuje w nich motywację do spakowania, wywołuje chęć wyjazdu i zaangażowanie. To im pokazuje, że warto coś robić, a ich życie nie musi się ograniczać do siedzenia w domu.

Skutkiem warsztatów jest integracja. Uczestnicy poznają inne osoby w podobnej sytuacji (...) integrują się, zaprzyjaźniają się. Zwierzają się sobie nawzajem, to jest bardzo ważne, później utrzymują te relacje.

Źródło: Na podstawie IDI z kadrą projektu.

Istnieje jednak problem z dojazdem. Projekt ma charakter ogólnopolski, natomiast **respondenci twierdzili, że autokar zabiera uczestników tylko z jednego miejsca w Łodzi, do którego trzeba dotrzeć we własnym zakresie, co dla osób z innych części kraju stanowi problem**.

Kadra projektu uważa, że dowóz uczestników jest określany indywidualnie dla każdego wyjazdu i uzależniony jest od rozproszenia terytorialnego uczestników, dostępnych środków finansowych oraz miejsca docelowego. Jeśli autokar może przejechać przez daną miejscowość bez konieczności zbytniego zwiększania długości trasy, to uczestnicy są zabierani z takiej miejscowości. Istotnym kryterium jest tutaj efektywność wydawania środków oraz stopień niepełnosprawności uczestnika (dla osób z problemami w poruszaniu się zazwyczaj transport jest zapewniany).

Staramy się dostosowywać miejsce pracy pod kątem chorego. Jeżeli chory ma trudności w poruszaniu się to ma prostą pracę biurową. Mamy na stażach osoby, które pracują w domu. Staramy się być elastyczni. Często osoby mówią, że nie są w stanie dojeżdżać do pracy codziennie. Staramy się wówczas szukać takich firm, które pozwalają na pracę w domu. Jedna osoba zajmowała się grafiką komputerową w domu, a na część etatu dojeżdżała.

Źródło: Na podstawie IDI z kadrą projektu.

Podczas form wyjazdowych, zdaniem respondentów, odbywa się zbyt wiele zajęć. Czas ich trwania nie jest dostosowany do możliwości osób z SM. Analizując te opinie warto zwrócić uwagę nastawienie do tego wsparcia. **Jest ono traktowane jak wyjazd rekreacyjny.** Respondenci mają konkretne wymagania: znalezienie się w wypoczynkowej miejscowości i spędzenie czasu na „świeżym powietrzu”.

W konsekwencji niechętnie uczestniczyli w zajęciach organizowanych podczas tych wyjazdów. Warto zatem zmienić sposób promowania oraz organizację wyjazdów - **informować uczestników, jeszcze przed wyjazdem, o celu spotkania oraz połączyć ruch na świeżym powietrzu z zajęciami integracyjnymi i warsztatami, konsultacjami merytorycznymi.** Alternatywnie warto zastanowić się czy, skoro zajęcia wyjazdowe zaspokajają potrzebę integracji, nie powinny być skierowane szczególnie do osób rzadko wychodzących z domu, mających problemy z komunikacją itd.

Oprócz zajęć doradczych istotnym elementem są staże rehabilitacyjne. Organizatorzy projektu starają się negocjować warunki, aby były one dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych. Pracodawcy często jednak nie chcą oferować uprzywilejowanych warunków pracy. W związku z tym dostosowanie zatrudnienia do możliwości chorego odbywa się poprzez znalezienia ogłoszenia, które zawiera odpowiednie miejsce i wymiar czasu pracy do konkretnych potrzeb uczestnika projektu, np. możliwość wykonywania obowiązków w domu, w niepełnym wymiarze czasu.

Odrębnie należy przeanalizować dostosowanie projektu do potrzeb i możliwości opiekunów osób z SM. Respondenci z tej grupy nie wskazywali na problemy organizacyjne w zakresie miejsca i terminu organizowanych spotkań. Niemniej jednak byli niezadowoleni z niewystarczających informacji o projekcie, jakie były im udzielane zarówno na etapie rekrutacji, jak również uczestnictwa. **Pobodnie, jak w przypadku osób chorych na SM, część respondentów nie była wystarczająco poinformowana o możliwości ubiegania się o dodatkowe wsparcie indywidualne.**

5.5 Czynniki utrudniające realizację projektu

Realizacja projektu nie przebiega bezproblemowo. W ewaluacji mid-term zdiagnozowano przyczyny utrudnień we wdrażaniu zaplanowanych działań. Punktem wyjścia do diagnozy były zapisy we wniosku o dofinansowanie, dotyczące zakładanych, potencjalnych ryzyk. Zostały one zestawione z faktycznie występującymi sytuacjami oraz rzeczywiście podjętymi działaniami, które były oceniane pod kątem skuteczności. W dalszej części autorzy raportu odnieśli się do innych problemów, które nie zostały przewidziane na etapie planowania projektu, ale ich pojawienie się negatywnie wpłynęło na jego przebieg.

5.5.1 Ryzyka projektowe

W ramach badania analizie poddano kilka sytuacji, które mogły stanowić zagrożenie dla osiągnięcia zakładanych celów projektu.

1. Błędy i problemy komunikacyjne pomiędzy Liderem a Partnerem oraz pomiędzy Partnerami

. Na początku realizacji projektu pojawiły się problemy z komunikacją pomiędzy Liderem a Partnerami. Wynikały one z niewystarczającego zrozumienia podziału zadań pomiędzy PFRON-em a NGO-sami.

W ramach poprawy komunikacji wyjaśniono zależności pomiędzy Partnerem a Liderem oraz zintensyfikowano kontakt telefoniczny. Dzięki przesunięciom w budżecie wprowadzono również możliwość spotkań roboczych.

- ⇒ Jeden z Partnerów wskazuje na większą potrzebę wprowadzenia dodatkowych działań polegających na wzmożonym kontakcie za pośrednictwem poczty e-mail. Taka forma kontaktu wydaje się być wygodniejsza niż kontakt telefoniczny, gdyż do informacji przekazanej w ten sposób zawsze można powrócić.
- ⇒ Pomimo polepszania komunikacji w projekcie, problemy w tym zakresie nadal występują. Partner oczekuje, że Lider będzie potwierdzał mailowo ważniejsze ustalenia telefoniczne.

Problemem jest również wzajemna komunikacja pomiędzy Partnerami, która nie jest dostatecznie rozwinięta.

- ⇒ Lider powinien dążyć do usprawnienia komunikacji pomiędzy Partnerami poprzez np. zagospodarowanie środków na organizację wizyt studyjnych, które będą służyć wymianie doświadczeń.
- ⇒ Komunikacja i wymiana doświadczeń pomiędzy NGO-sami realizującymi badane przedsięwzięcie jest istotna, gdyż może pozytywnie wpłynąć na prowadzone działania, ale jej obecne ograniczenie nie stanowi bezpośredniego zagrożenia dla realizacji projektu.

2. Słaba ocena form wsparcia przez osoby z SM

Badani uczestnicy, biorący udział w projekcie z ramienia Fundacji, kilka miesięcy temu zgłaszali zastrzeżenia do dedykowanych im działań. Negatywnie ocenili niewielką liczbę zajęć z rehabilitantem, dużą intensywność wsparcia świadczonego w ciągu jednego dnia, i duże obciążenie zajęciami w godzinach popołudniowych.

Biorąc pod uwagę opinie uczestników, Fundacja wprowadziła następujące zmiany: zwiększyła liczbę godzin zajęć z rehabilitantem kosztem zmniejszenia liczby godzin grupowego wsparcia psychologicznego, zmieniła harmonogram zajęć w Ostoi, przesuwając te intensywniejsze na godziny od 09:00 do 13:00. W godzinach popołudniowych osoby przebywające w ośrodku mogą skorzystać z indywidualnych konsultacji.

- ⇒ Omawiane powyżej problemy były jedną z przesłanek do opracowania i wdrożenia programu naprawczego, a podjęte działania w znacznym stopniu zminimalizowały ich negatywne skutki.

Zdiagnozowano, że problemem jest niska ocena warsztatów dotyczących wizażu i równości płci, prowadzonych w ramach zajęć motywacyjnych w ośrodku „Ostoja”. W szczególności w przypadku zajęć z wizażu osoby z SM wskazują na niedostosowanie tematyki zajęć do ich potrzeb i możliwości. W ich opinii przykładem takiego niedostosowania jest chociażby porada dotycząca noszenia obuwia na wysokim obcasie przez osoby, które mają trudności z chodzeniem.

⇒ Pomimo tego, że zajęcia z wizażu nie mają bezpośredniego przełożenia na wskaźniki projektu należy pamiętać, że negatywna ich ocena może skutkować negatywną oceną całego wsparcia i pobytu w Ośrodku. To z kolei może powodować, że kolejne osoby zrezygnują z przyjazdu do Ostoi (w efekcie działania „poczty pantoflowej”). Wystąpienie takich sytuacji należy traktować jako zagrożenie dla realizacji projektu.

3. Brak zainteresowania udziałem w projekcie i rezygnacja na różnych etapach projektu, bez ukończenia ścieżki wsparcia

Zarejestrowano pojedyncze przypadki rezygnacji z projektu, które nie stanowiły bezpośredniego zagrożenia dla jego realizacji. Najczęstszym powodem rezygnacji było pogorszenie stanu zdrowia. Zdarzały się również sytuacje, że osoby te rezygnowały gdyż miały inne zobowiązania (np. opieka nad dziećmi) lub też nie odpowiadało im miejsce świadczonego wsparcia (ośrodek w Woli Batorskiej).

4. Niechęć do udziału w projekcie osób bliskich

Obaj Partnerzy zmagali się z tym problem w początkowym etapie projektu. Osoby bliskie niechętnie uczestniczą w projekcie powołując się na szereg czynników m.in. odnoszących się do ich dyspozycyjności. PTSR dzięki utrzymywaniu stałego kontaktu z otoczeniem (częste rozmowy, namawianie) zminimalizowało skalę problemu. Niestety w Fundacji nadal on występuje.

Na początku 2014 r. Fundacja wprowadziła program naprawczy, który obejmował także zmiany dotyczące wsparcia świadczonego opiekunom osób z SM. Wśród nowych działań znalazły się: możliwość zwrotu kosztów dojazdu na wsparcie, zmniejszenie liczebności grup, połączenie wsparcia prawnego z psychologicznym (blok jednodniowy) oraz możliwość 2-tygodniowego pobytu w ośrodku Ostoja wraz z osobą chorą na SM (w tym czasie osoby z otoczenia mogą korzystać z indywidualnego wsparcia).

⇒ Wprowadzone działania częściowo zachęciły osoby z otoczenia do udziału w projekcie zmniejszając zagrożenie dla jego realizacji.

⇒ Pomimo podjętych działań wciąż pozostaje spora grupa bliskich, którzy nie chcą brać udziału w projekcie, podkreślając, że jest on niedostosowany do ich potrzeb. Zaleca się wprowadzenie zmian organizacyjnych, do których należą: w przypadku problemów z zebraniem kilkunastoosobowej grupy, organizowanie wsparcia nawet dla kilku osób (3-4), którym odpowiada dany termin; prowadzenie wsparcia w godzinach popołudniowych; zorganizowania wsparcia w innych miejscach (poza Krakowem i Wolą Batorską). Ponieważ Fundacja i tak ponosi wydatki związane z wynajęciem sali i zwrotem kosztów dojazdu do Krakowa (lub Woli Batorskiej), może również zorganizować wsparcie w innym mieście, do którego część opiekunów miałaby znacznie bliżej.

5. Słaba ocena form wsparcia przez otoczenie osób z SM

Większość osób z otoczenia chorych na stwardnienie rozsiane przed skorzystaniem ze wsparcia negatywnie ocenia dedykowane im działania. W trakcie uczestnictwa, ocena wsparcia psychologicznego ulega zmianie na pozytywną, natomiast zajęcia z prawnikiem nadal oceniane są nisko.

Partnerzy skupiają się przede wszystkim na realizacji wskaźnika jakim jest liczba osób, które wzięły udział we wsparciu, nie przywiązując przy tym uwagi do jego oceny. Brak jest wyraźnych działań, które wpłynęłyby na jej podniesienie.

- ⇒ Należy zastanowić się nad formą świadczenia wsparcia prawnego. Lepszym rozwiązaniem byłoby ograniczenie wsparcia grupowego i położenie większego nacisku na indywidualne konsultacje. Wiele osób z otoczenia ma swoje specyficzne problemy, których nie chce, albo ze względu na czas, nie może poruszyć na spotkaniach grupowych. Warto także zweryfikować jakość świadczonego wsparcia, gdyż część badanych nie była zadowolona ze sposobu prowadzenia zajęć (podkreślała, że nie uzyskała wystarczających odpowiedzi na zadane pytania).
- ⇒ Utrzymywanie się niskiej oceny świadczonego wsparcia to czynnik, który w efekcie końcowym może przełożyć się na niezrealizowanie zakładanych celów projektu (np. poprzez niechęć do udziału w kolejnych działaniach projektowych a nawet rezygnacja osób z otoczenia z udziału).

Z przeprowadzonej analizy wynika, że Lider oraz Partnerzy stosunkowo dobrze radzą sobie z sytuacjami mogącymi stanowić zagrożenie dla realizacji projektu. Należy podkreślić, iż w przypadku wykrycia zagrożenia, w odpowiednim czasie wprowadzane są działania naprawcze. Nadal jednak występują sytuacje, które w ocenie autorów raportu wymagają stałego monitorowania, a w niektórych przypadkach podejmowania powyżej opisanych działań zaradczych.

W ramach prowadzonego badania zdiagnozowano szereg innych problemów, które należy traktować jako czynniki utrudniające, a w niektórych przypadkach stanowiące barierę w osiągnięciu celów projektu.

5.5.2 Inne problemy realizacyjne

Pierwszy ze zdiagnozowanych problemów powstał na etapie tworzenia wniosku o dofinansowanie i planowania wydatków związanych z realizacją projektu. Sednem problemu są **niedoszacowania kosztów realizacji zadań projektowych**. Nie doszacowano następujących elementów:

- Koszty pracy personelu (w szczególności widoczne w Fundacji)
 - W projekcie nie uwzględniono kosztów pracy pracowników ośrodka w Woli Batorskiej, którzy na co dzień także świadczą swoje usługi przebywającym w nim uczestnikom projektu. Jest to problem, który pozostaje nierozwiązany. Wykonywanie dodatkowej pracy nie wynikającej z zakresu obowiązków, za którą pracownicy nie otrzymują odpowiedniego wynagrodzenia może wpływać na obniżenie jakości wykonywanej pracy.
 - Na etapie planowania budżetu założono zbyt niskie koszty, które spowodowały nadmierne obciążenie pracą osób zaangażowanych w realizację projektu od strony zarządzania nim – w ramach wprowadzonych zmian pozwolono Fundacji zwiększyć zatrudnienie. W ramach programu naprawczego zmieniono charakter zatrudnienia i zwiększono liczbę godzin dla osoby zajmującej się kwestiami kadrowo-finansowymi oraz utworzono nowe stanowisko pracy – asystenta zespołu projektowego, którego zadaniem jest koordynacja świadczonego wsparcia w ośrodku i opieka nad grupą uczestników, którzy biorą w nim udział. Ponieważ zmiany zostały wprowadzone zbyt późno, problemy w zakresie obsługi projektu przełożyły się na trudności ze świadczeniem wsparcia (przeciążenie kadry merytorycznej organizującej wsparcie). Wywołało to przesunięcia i opóźnienia w realizacji działań.

- Koszty transportu – w projekcie założono zbyt niskie koszty transportu. Nie doszacowano kosztów transportu osób z SM na zajęcia oraz nie przewidziano możliwości zwrotu wydatków podróży osób bliskich.
 - W przypadku osób z SM nie doszacowano wielkości grupy, która będzie wymagać dodatkowego transportu (w wielu przypadkach, w szczególności w Fundacji konieczny był specjalistyczny transport medyczny). Po wprowadzeniu szybkich zmian kwestia ta przestała być problematyczna.
 - W przypadku osób z otoczenia chorych nie przypuszczano, że brak możliwości zwrotu kosztów dojazdu opiekuna na zajęcia z prawnikiem czy psychologiem może stanowić czynnik zniechęcający do udziału w projekcie – w ramach zmian wprowadzono w budżecie kwotę na dojazd, co pozwoliło na częściowe rozwiązanie problemu. Niestety ze względu na fakt, że działania zostały wprowadzone stosunkowo późno, należy sądzić, że omawiana sytuacja przełożyła się na słabszy nabór i mniejsze zainteresowanie udziałem w projekcie. Ponieważ opiekunowie w większości przypadków do udziału w projekcie podchodzą negatywnie, a konieczność pokrycia kosztów podróży (nawet kilkunastokilometrowej) stanowi dodatkową barierę zniechęcającą, należy położyć większy nacisk na informowanie tych osób o wprowadzonej możliwości zwrotu kosztów dojazdu.

Drugim problemem, który pojawił się w trakcie realizacji projektu jest problem **częstej rotacji kadry**. W czasie realizacji nastąpiło kilka zmian, zarówno wśród osób zajmujących się obsługą projektu, jak i wśród pracowników merytorycznych. Zaburzyły one płynność procesu świadczenia wsparcia, gdyż wymagały z jednej strony rozpoczęcia procedury naboru nowej osoby, z drugiej strony - czasu, którego potrzebowała dana osoba na wdrożenie się w projekt. Czasochłonność zmian kadry częściowo przełożyła się na czas świadczenia wsparcia oraz na problemy organizacyjne związane z zapewnieniem odpowiedniej kadry do świadczenia danego wsparcia. Szczególnie uciążliwe było to dla Fundacji, co wynika z zaplanowanego charakteru udzielanego wsparcia (konieczność zgromadzenia kadry na ustalony termin, brak możliwości dostosowania terminu wsparcia do dostępności niektórych specjalistów).

Tych zmian w kadrze projektowej kilka nastąpiło. Z jednej strony jest to zespół kadrowy etatowy, czyli pośrednicy pracy, koordynator i specjalista do spraw rekrutacji. Z tych specjalistów, którzy wykonywali różne zadania w projekcie, też mam rotację. Pojawia się ryzyko, jeśli popatrzeć na pracowników merytorycznych, dlatego, zatrudnienie odbywa się poprzez zasadę konkurencyjności i pozyskiwania kadry poprzez bardzo sformalizowany i utrudniony nabór. Bywa tak, że do niektórych nie mogę dotrzeć, bo jeśli szukałam jakiegoś okulisty to już to jest ogromna trudność, bo to było szukanie gabinetu okulistycznego. I jak się wykurszy personel, to pozyskiwanie nowych osób na to miejsce, jest bardzo trudne, bo kiedy ja mam już zakończoną procedurę naboru, mimo że startowało do tego naboru wiele osób, trzeba to rozpocząć od nowa i jest ryzyko, że może paść projekt.

Źródło: Na podstawie IDI z kadrą projektu.

Problemy wynikające ze zmiany kadry pojawiają się od początku realizacji projektu i trwają nadal, stanowiąc zagrożenie dla płynności realizacji projektu. Dlatego należy dołożyć wszelkich starań aby utrzymać skład personelu, diagnozować powody rezygnacji z pracy oraz w razie możliwości proponować inne warunki współpracy (np. zmiana ilości godzin pracy).

Ostatni ze zdiagnozowanych problemów dotyczy **opóźnień i przesunięć w realizacji działań projektowych**. Projekt rozpoczął się z ok. 2-miesięcznym opóźnieniem, które w głównej mierze wynikało z przedłużającej się procedury opracowania i akceptacji dokumentacji projektu oraz naborem kadry projektowej. To z kolei przełożyło się na opóźnienia związane z rozpoczęciem rekrutacji i przesunięcia w realizacji pierwszych zaplanowanych form wsparcia (w szczególności w Fundacji, która wsparcie miała realizować we wcześniej określonych terminach). Z deklaracji badanych wynika, że skutki opóźnień zostały załagodzone i obecnie nie wpływają negatywnie na realizację projektu. Jednakże patrząc na poziom i wartości wskaźników twierdzenie to wydaje się być nie do końca

uzasadnione, gdyż to najprawdopodobniej wspomniane opóźnienia są jedną z przyczyn niskich, jak na obecny etap realizacji projektu, wartości niektórych wskaźników (w szczególności odnoszących się do tych działań, które wymagają dłuższej realizacji np. udział w stażu lub też są przewidziane na dalszym etapie ścieżki uczestnictwa np. udział w WAZiS , który możliwy jest bardzo często dopiero po wsparciu psychologicznym, prawnym, konsultacjach lekarskich itp.).

Analizując czynniki stanowiące bariery w realizacji celów projektu można dostrzec, iż część z nich w głównej mierze dotyczy tylko jednego z Partnerów czyli Fundację. Najprawdopodobniej wynika to z braku doświadczenia w realizacji projektów finansowanych ze środków Unii Europejskiej i niedostatecznego przygotowania do prowadzenia projektu z takimi założeniami i na taką skalę. Warto zaznaczyć, że codzienne działania NGO-sów różnią się od specyfiki działań w ramach projektu systemowego. **Partner bez doświadczenia w realizacji dużych projektów skupił się na świadczeniu wsparcia, co jest zgodne z ideą i misją NGO, jednak projekt finansowany ze środków EFS to nie tylko działania pomocowe, ale także działania zarządzające, organizacyjne i sprawozdawcze, które zmierzają do realizacji zakładanych celów projektu poprzez osiągnięcie konkretnych wskaźników.**

Należy podkreślić, iż dzięki nabytemu już doświadczeniu Fundacja rozwinęła swój potencjał, który powinien przynieść wymierne korzyści w dalszym etapie realizacji projektu oraz w podobnych projektach w przyszłości.

5.6 Poziom realizacji celów i wskaźników projektu

Analiza poziomu realizacji celów projektu rozpocznie się od oceny poziomu osiągniętych wartości wskaźników. Na jej podstawie zostaną opracowane zalecenia realizacyjne dotyczące wartości zagrożonych, które pozwolą na zminimalizowanie ryzyka nieosiągnięcia wartości docelowych. Podsumowaniem analizy będzie przedstawienie obecnego poziomu realizacji celów projektu.

Poniżej w tabeli przedstawiono poziom osiągnięcia poszczególnych wskaźników projektu na podstawie Wniosku o Płatność za okres od 01.03.2014 do 30.03.2014 dla całości projektu.

Tabela 2 Poziom realizacji wskaźników projektu na dzień 30.03.2014

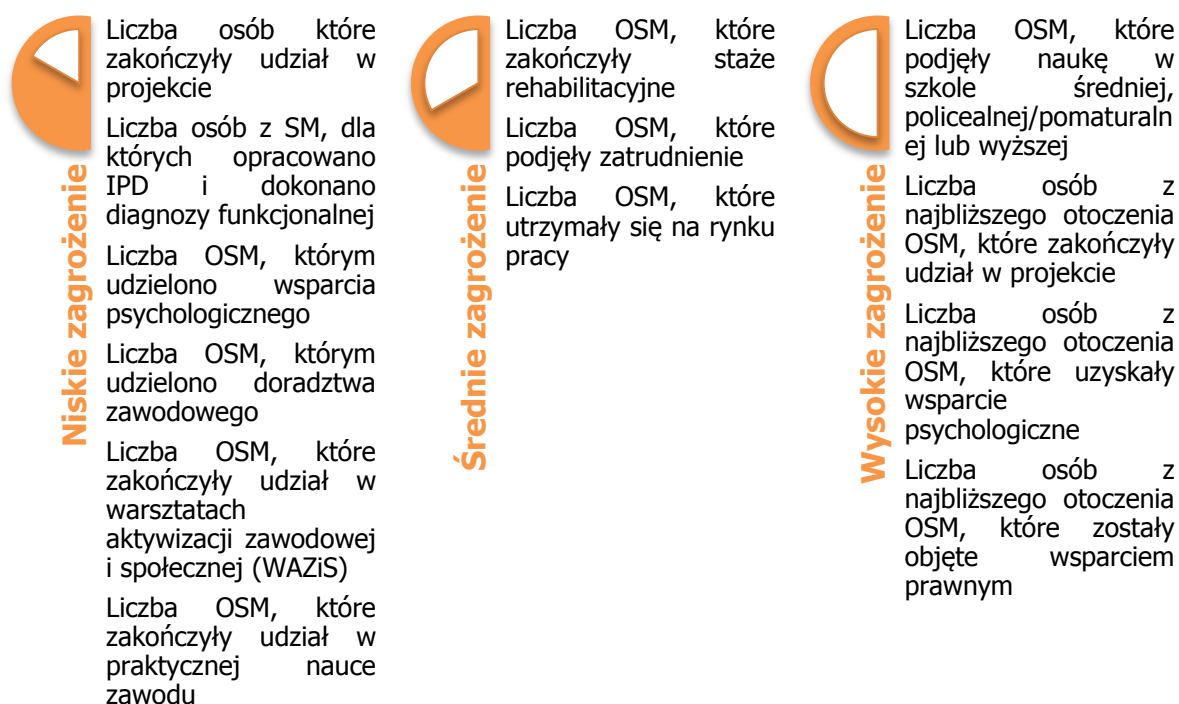
Cele projektu	Wskaźnik	Wartość obecna		
		Kobiety	Mężczyźni	Ogółem
Wzrost aktywności społeczno-zawodowej 880 osób (528 K i 352 M) ze stwardnieniem rozsianym w okresie 1.12.2012. do 30.11.2014 poprzez objęcie jej kompleksowym wsparciem.	Liczba osób które zakończyły udział w projekcie	32	25	57
Rozwój kompetencji społeczno-zawodowych zwiększających szanse wejścia na rynek pracy u 880 BO (528 K i 352 M) w okresie od 1.12.2012 do 30.11.2014 r.	Liczba osób z SM dla których opracowano IPD i dokonano diagnozy funkcjonalnej	429	254	683
	Liczba OSM, którym udzielono wsparcia psychologicznego	365	218	583
	Liczba OSM, którym udzielono doradztwa zawodowego	347	217	564
	Liczba OSM, które zakończyły udział w warsztatach aktywizacji zawodowej i społecznej (WAZIS)	52	29	81
Przywrócenie aktywności zawodowej i społecznej ok. 550 BO poprzez wsparcie prawne, naukę lub przekwalifikowanie, praktyczną naukę zawodu, staże rehabilitacyjne i itp. w okresie od 1.12.2012 do 30.11.2014 r.	Liczba OSM, którym udzielono wsparcia prawnego	232	141	373
	Liczba OSM, które podjęły naukę w szkole średniej, policealnej/pomaturalnej lub wyższej	21	12	33
	Liczba OSM, które zakończyły udział w praktycznej nauce zawodu	47	21	68
	Liczba OSM, które zakończyły staże rehabilitacyjne	16	9	25
Nabycie nowych umiejętności i kompetencji zawodowych przez BO co pozytywnie wpłynie na proces powrotu i utrzymania się na rynku pracy.	Liczba OSM, które podjęły zatrudnienie	23	23	46
	Liczba OSM, które utrzymały się na rynku pracy	16	17	33
Wzmocnienie najbliższego otoczenia – 550 os. – bliskich OSM poprzez wsparcie psychologiczne i prawne.	Liczba osób z najbliższego otoczenia OSM, które zakończyły udział w projekcie	8	1	9
	Liczba osób z najbliższego otoczenia OSM, które uzyskały wsparcie psychologiczne	205	113	318
	Liczba osób z najbliższego otoczenia OSM, które zostały objęte wsparciem prawnym	147	78	225

Źródło: Opracowane przez Collect Consulting S.A. na podstawie wniosku o dofinansowanie oraz wniosku o płatność za okres 01.03.2014 – 30.03.2014

W tej chwili najniższy stopień realizacji mają wskaźniki dotyczące zakończenia udziału w projekcie, co jednak jest naturalne ze względu na specyfikę zaplanowanych działań w projekcie.

Obecnie w projekcie udział rozpoczęło 777 osób niepełnosprawnych, z czego 492 to kobiety. Ogólna docelowa wartość wskaźnika dotyczącego liczby osób, które ukończyły udział w projekcie nie wydaje się zagrożona, jednakże należy zwrócić uwagę na rozkład uczestników ze względu na płeć. W chwili obecnej wskaźnik dotyczący kobiet został przekroczony o 12 osób, jednakże w projekcie nadal brakuje niepełnosprawnych mężczyzn (do osiągnięcia wskaźnika zostało min. 35 mężczyzn). Ze względu na pojawiającą się dysproporcję pomiędzy płciami oraz możliwe sytuacje związane z rezygnacją z uczestnictwa, zaleca się w ostatnim etapie zwiększyć nacisk na rekrutację mężczyzn do projektu lub też, jeśli działania te nie przyniosą efektów, należy dokonać modyfikacji wskaźnika. Można przypuszczać, że realizacja kilku wskaźników będzie trudna ze względu na czas pozostały do zakończenia projektu. Na poniższym schemacie przedstawiono ich podział z uwzględnieniem poziomu zagrożenia nieosiągnięcia zakładanej wielkości docelowej.

Rysunek 1 Poziom zagrożenia nieosiągnięcia poszczególnych wskaźników projektu



Aby szczegółowo zobrazować poziom zagrożenia nieosiągnięciem wartości docelowej, poniżej zostaną przedstawione wartości wskaźników na dzień 31.03.2014 r.

Pierwszy ze wskaźników o średnim poziomie zagrożenia dotyczy staży rehabilitacyjnych. Osiągnął on wartość 50% (osoby, które zakończyły udział) czyli po 16 miesiącach wskaźnik zrealizowano w połowie. Ponieważ projekt planowo kończy się w listopadzie 2014 roku na zrealizowanie kolejnych 50% zostało tylko 8 miesięcy. Przy założeniu, że staż trwa 3 miesiące, należy zintensyfikować działania, aby osiągnąć wskaźnik.

Kolejny wskaźnik, który znalazł się w grupie średniego ryzyka, dotyczy podjęcia

Wskaźnik dotyczący podjęcia pracy, nie jest mały, jednak bum na pracodawców się skończył, bo wszyscy, którzy mogli uruchomić jakieś swoje kontakty i mieli dobrą passę do pracodawców, już to zrobili i myślę, że to jest moment, w którym zasoby te wyczerpały się. Może się stać tak, że proces podejmowania pracy zacznie gasnąć, nie mówię, że tak będzie, ale obecnie istnieje takie zagrożenie.

Źródło: Na podstawie IDI z kadry projektu.

zatrudnienia. Obecnie tj. na 31.03.2014 został zrealizowany w 57,5%. Patrząc na pozostały czas realizacji oraz zdiagnozowane w ramach badania rosnące trudności z nawiązaniem współpracy z pracodawcami, należy zintensyfikować działania zmierzające do jego realizacji, a także stale monitorować tempo wzrostu wskaźnika i na bieżąco reagować w sytuacji, gdy będzie on słabo wzrastał.

Wskaźnik dotyczący utrzymania się na rynku pracy wynosi 66%. Poziom jego realizacji zależy od realizacji wskaźnika omawianego powyżej. Jednakże, biorąc pod uwagę różnicę w docelowej wartości obu wskaźników (liczba osób, które muszą się utrzymać na rynku pracy jest o 30 mniejsza), zagrożenie dotyczące utrzymania się na rynku pracy jest nieco mniejsze niż w przypadku podjęcia zatrudnienia.

W całym projekcie są dwa typy wskaźników, które ze względu na harmonogram realizacji projektu cechują się dużym ryzykiem związanym z nieosiągnięciem docelowych wartości. Pierwsza dotyczy edukacji. Problem ten dotyczy nieporozumień w interpretacji on wskaźnika, jaka miała miejsce podczas realizacji projektu.

Zagrożony jest na pewno wskaźnik dotyczący nauki, ale w części to wynika ze zmiany interpretacji, co to jest koszt nauki, że to już nie jest kontynuacja, tylko podjęcie.

Źródło: Na podstawie IDI z kadrą projektu.

Nadrzędnym do wniosku o dofinansowanie jest Plan Działania. Zawarty w nim wskaźnik dotyczący nauki ma nazwę niebudzącą żadnej wątpliwości, a mianowicie podjęcie nauki. Na poziomie pisania wniosku o dofinansowanie, w szczegółowym opisie projektu, ten wskaźnik został opisany w sposób uwzględniający osoby, które rozpoczynają naukę i osoby, które potrzebują wsparcia już na poziomie realizacji tej edukacji.

Źródło: Na podstawie IDI z kadrą projektu.

Realizacja tego wskaźnika wiąże się z koniecznością dostosowania działań do kalendarza roku szkolnego i akademickiego. Należy zintensyfikować działania w miesiącach, w których placówki edukacyjne rozpoczynają nabory.

Partnerzy znacząco różnią się pomiędzy sobą w poziomie osiągnięcia wskaźnika dotyczącego podjęcia nauki. PTSR zrealizował wskaźnik w 100%, przy czym Fundacja osiągnęła poziom wskaźnika w wysokości 20%⁷.

Ze względu na wysokie ryzyko nieosiągnięcia wskaźnika dotyczącego nauki **konieczne jest podjęcie takich działań jak: podjęcie przez Fundację zintensyfikowanych działań promocyjnych związanych z podjęciem nauki skierowanych do potencjalnych zainteresowanych osób (zaleca się w szczególności skierowanie takich działań do osób już uczestniczących w projekcie, gdyż dzięki znajomości projektu dotarcie do nich będzie łatwiejsze i szybsze), wydłużenie czasu realizacji projektu do stycznia 2015, tak aby możliwe było opłacenie całego semestru nauki (czynnik zachęcający)**. Jeśli w lipcu 2014 wskaźnik ten nadal będzie na niskim poziomie zaleca się przesunięcie wskaźnika na Partnera, który zrealizował go w 100% lub ewentualne zmiany w zakładanej docelowej wartości.

Drugim zagrożonym typem są wskaźniki dotyczące udziału osób z otoczenia osób z SM.

Ze względu na problemy związane z rekrutacją osób z otoczenia wskaźniki dotyczące opiekunów należą do grupy wysokiego ryzyka. Obecnie sytuacja w PTSR jest nieco lepsza niż w Fundacji, jednak z uwagi na pozostały czas

Nie wiem, czy to można pozostawić w kwestii wskaźników zagrożonych, czy można powiedzieć, że ich nie będzie, ale to są wskaźniki dotyczące otoczenia, myślę, że tego się nie uda zrobić.

Źródło: Na podstawie IDI z kadrą projektu.

⁷ We wniosku o płatność na dzień 31.03.2014 jeden z Partnerów wykazuje wskaźnik na poziomie 30%, tj. 3 osoby, które rozpoczęły naukę, jednak jak wynika z przeprowadzonych badań wsparcie jednej z osób nie spełnia wymaganego kryterium, w związku z czym zostanie zaliczone jako wydatek niekwalifikowalny.

realizacji wskaźniki dotyczące wsparcia, w tym w szczególności wsparcia prawnego, są na niezadawalającym poziomie (na dzień 31.03.2014 wynosi on nieco ponad 50%).

Przyczyn problemów z rekrutacją opiekunów jest kilka. Do najważniejszych z nich należą:

- **Przyczyny leżące po stronie potencjalnych beneficjentów**






W głównej mierze jest to niechęć opiekunów osób z SM do wzięcia udziału w projekcie argumentowana najczęściej brakiem czasu i potrzeby wsparcia.

- **Przyczyny leżące po stronie Partnerów:**

- sztywne zaplanowanie wsparcia dla opiekunów, nie uwzględniające indywidualnych potrzeb oraz dyspozycyjności osób z najbliższego otoczenia,
- materiały promocyjne zawierają niewiele komunikatów skierowanych do osób z otoczenia chorych na SM,
- partnerzy prowadzili i prowadzą najczęściej rekrutację pośrednią tzn. pierwszą osobą zrekrutowaną do projektu już osoba niepełnosprawna,
- niewystarczające informacje odnośnie tego z jakich form wsparcia może skorzystać opiekun.

Stopień realizacji wskaźników ma bezpośrednie przełożenie na poziom osiągnięcia celów projektu. Patrząc na obecnie osiągnięte wartości realizację poszczególnych celów można przedstawić następująco:

Tabela 3 Poziom realizacji celów projektu

Cel ogólny	Obecny poziom realizacji
Wzrost aktywności społeczno-zawodowej 880 osób (528 K i 352 M) ze stwardnieniem rozsianym w okresie 1.12.2012 do 30.11.2014 poprzez objęcie jej kompleksowym wsparciem.	
Cele szczegółowe	Obecny poziom realizacji
Rozwój kompetencji społeczno-zawodowych zwiększających szanse wejścia na rynek pracy u 880 BO (528 K i 352 M) w okresie od 1.12.2012 do 30.11.2014	
Przywrócenie aktywności zawodowej i społecznej ok. 550 BO poprzez wsparcie prawne, naukę lub przekwalifikowanie, praktyczną naukę zawodu, staże rehabilitacyjne itp. w okresie od 1.12.2012 do 30.11.2014	
Nabywanie nowych umiejętności i kompetencji zawodowych przez BO, co pozytywnie wpłynie na proces powrotu i utrzymania się na rynku pracy.	
Wzmocnienie najbliższego otoczenia – 550 os. – bliskich OSM poprzez wsparcie psychologiczne i prawne.	

Legenda:

 ≥ 75% realizacji celu  < 75% realizacji celu i ≥ 45 % realizacji celu  < 45% realizacji celu

Źródło: Opracowane przez Collect Consulting S.A. na podstawie analizy procentowego poziomu osiągnięcia poszczególnych wskaźników projektu wchodzących w skład danego celu – wynik ostateczny stanowi średnią arytmetyczną z poszczególnych procentowych poziomów realizacji wskaźników.

Powyższa tabela ma charakter poglądowy, nie ukazuje ona w pełni ewentualnych niezrealizowanych celów, co częściowo jest wynikiem specyfiki projektu. Chociażby niski wynik realizacji celu ogólnego

jest efektem tego, że w projekcie zaplanowano dłuższą ścieżkę wsparcia, co warunkuje jego obecny poziom (ewaluacja mid-term). Jednak przewiduje się, że na zakończenie projektu zostanie on zrealizowany zgodnie z harmonogramem (obecnie niewiele jest osób, które zakończyły już udział w projekcie, czyli zrealizowały w pełni zaplanowaną dla nich ścieżkę wsparcia).

Harmonogram realizacji celów został zaplanowany bez uwzględnienia terminów cząstkowej realizacji wskaźników. W związku z tym w obecnym momencie trudno mówić o tym, czy są one realizowane zgodnie z założonymi terminami.



Wykonawca w celu pomiaru użyteczności projektu, na etapie tworzenia metodologii badania założył dodatkowe wskaźniki (na etapie ewaluacji mid-term mierzone jakościowo, co jest efektem użytych metod i technik badawczych). Dodatkowe wskaźniki stanowią wsparcie dla oceny realizacji wskaźników z wniosku o dofinansowanie. Dodatkowe wskaźniki na tym etapie badania mają na celu ukazanie tendencji związanych z realizacją projektu, jakościowym opisem wsparcia oferowanego w projekcie, a także wskazania ewentualnych kierunków zmian⁸.

Tabela 4 Dodatkowe wskaźniki pomiaru rezultatów projektu

Nazwa wskaźnika	Opis wskaźnika	Obecny stan*
Adekwatność projektu do potrzeb uczestników	Odsetek uczestników, którzy wskazują, iż projekt odpowiada ich potrzebom	Niemalże wszyscy badani uczestnicy (osoby z SM) zadeklarowali, iż projekt odpowiada chociaż na część ich potrzeb.
Poziom kompetencji zawodowych	Odsetek uczestników, którzy wskazują na przydatność wiedzy nabytej w projekcie podczas podejmowania aktywności zawodowej	Prawie wszystkie badane osoby z SM, zadeklarowały, że wiedza nabyta w projekcie była/będzie przydatna podczas podejmowania aktywności zawodowej.
Dostosowanie kwestii organizacyjnych do potrzeb i możliwości uczestników	Stopień, w jakim organizacja projektu, spełnia potrzeby beneficjentów (udział działań adekwatnych do potrzeb beneficjentów do ogółu działań organizacyjnych)	Badane osoby z SM oceniły organizację projektu jako odpowiadającą większości ich potrzeb. W swojej ocenie badani nieznacznie różnili się pomiędzy sobą - byli tacy, którzy zadeklarowali, iż organizacja projektu spełnia wszystkie ich potrzeby, ale niektórzy stwierdzili, że pomimo ich zadowolenia część rzeczy można było lepiej dopasować.
Atrakcyjność projektu	Odsetek uczestników, którzy deklarują, że działania realizowane w projekcie są dla nich atrakcyjne	Zdecydowana większość badanych osób z SM bardzo wysoko oceniły atrakcyjność działań, w których brały udział. Mniej pozytywnie wypowiadały się osoby z otoczenia, co najprawdopodobniej wynika ze specyfiki dedykowanego

⁸ Na etapie ewaluacji ex-post powyższe wskaźniki będą mierzone w sposób ilościowy (na podstawie danych z wniosków, jak również ankiet telefonicznych), dopiero w tym momencie możliwe będzie podanie dokładnych danych liczbowych (odsetek).

		im wsparcia (mogą skorzystać tylko z dwóch form tj. zajęć z psychologiem oraz prawnikiem).
Użyteczność wsparcia	form	Zdecydowana większość badanych deklaruje, że przynajmniej część form w projekcie jest dla nich użyteczna (osoby najczęściej deklarują, że każda forma jest w jakimś zakresie przydatna, jednak zakres ten jest różny u różnych osób).
Czarne chmury projektu		Ok. 33% ryzyk, które zdiagnozowano na etapie planowania projektu, wymagało wprowadzenia zmian w projekcie. Należą do nich: <ul style="list-style-type: none"> • Słaba ocena form wsparcia przez OSM; • Niechęć do udziału w projekcie osób bliskich; • Słaba ocena form wsparcia przez otoczenie OSM i trudność w pogodzeniu uczestnictwa w projekcie z obowiązkami (praca, opieka, etc.). Większość zmian wprowadzono w ramach programu naprawczego Fundacji.
Stopień realizacji założeń projektu		Odsetek ten wynosi pomiędzy 50 a 75%, część działań była realizowana z opóźnieniem, co spowodowało obniżenie stopnia realizacji niektórych celów i wskaźników projektu. Ponieważ harmonogram realizacji celów jest szeroki i na realizację każdego z nich przewidziano maksymalny czas tzn. cały okres trwania projektu, trudno o podanie dokładnej wartości.

Źródło: Opracowane przez Collect Consulting S.A. na podstawie badań jakościowych oraz analizy dokumentacji projektowej

* ze względu na charakter badań podejmowanych w ramach ewaluacji mid-term (badania jakościowe) wartość wskaźników: - adekwatność projektu do potrzeb uczestników; poziom kompetencji zawodowych; dostosowanie kwestii organizacyjnych do potrzeb i możliwości uczestników; atrakcyjność projektu; użyteczność form wsparcia - należy traktować jako wartości poglądowe, a nie jako wartości bezwzględne, gdyż odnoszą się one tylko do ograniczonej liczbowo grupy badanych (beneficjenci ostateczni projektu) gdzie N=44, przy czym osób z otoczenia chorych na SM było N=12, osób z SM N=32.. W powyższej tabeli nie uwzględniono opinii kadry projektu. Liczebność grupy badawczej wynika ze specyfiki prowadzonej na tym etapie ewaluacji.

6 Wnioski z badania i rekomendacje

Tabela 5 Wnioski i rekomendacje z badania

Wniosek z badania	Rekomendacja	Sposób wdrożenia	Adresat rekomendacji
Obszar badawczy (pytanie kierunkowe)			
Czy cel główny i cele szczegółowe założone w projekcie odpowiadają potrzebom beneficjentów ostatecznych tj. osób ze stwierdzeniem rozsianym, a także czy uwzględniają społeczne wymogi i realia dotyczące aktywizacji zawodowej osób ze stwierdzeniem rozsianym?			
Ewaluacja mid-term wskazuje ogromny potencjał grupowej motywacji osób z SM. Podczas spotkań i wyjazdów osoby z SM w bardzo wysokim stopniu czerpią motywację do własnej aktywności z powodzenia innych osób, chętnie biorą z innych dobrych przykład, chętnie słuchają wskazówek udzielanych przez osoby w podobnej sytuacji życiowej.	Zaleca się wykorzystanie zdiagnozowanego mechanizmu do aktywizacji zawodowej osób z SM poprzez wprowadzanie na zajęciach dobrych przykładów prezentujących osoby z SM, którym udało się podjąć pracę, które pomimo choroby w pełni uczestniczą w życiu społecznym i zawodowym.	Zapraszanie na zajęcia osób z SM, które sprawnie funkcjonują w życiu społecznym i zawodowym, aby każdy z uczestników projektu mógł z taką osobą porozmawiać, dowiedzieć się o jej ścieżce kariery, walki z chorobą. Najbardziej efektywne byłoby namówienie takiej osoby/ osób na wspólny kilkudniowy wyjazd organizowany w ramach projektu.	PTSR Fundacja na Rzecz Chorych na SM
	W związku z istnieniem grupowych procesów motywacyjnych istotne jest, aby osoby wchodzące do projektu były poddane odpowiednim działaniom integracyjnym pod kierunkiem psychologa. Istotne jest to zwłaszcza podczas wsparcia wyjazdowego, kiedy osoby z SM (czasami również ich opiekunowie) przebywają w swoim towarzystwie kilka dni. Odpowiednie zintegrowanie grupy zapobiegnie wspieraniu się w bierności i skupianiu wyłącznie na leczeniu oraz uruchomi lub wzmocni wzajemne motywowanie do uczestnictwa w zajęciach i do aktywizacji społeczno-zawodowej.	Celem wdrożenia rekomendacji konieczne jest prowadzenie zajęć integracyjnych pod okiem psychologa każdego dnia podczas wyjazdu i okresowo podczas wsparcia stacjonarnego.	PTSR Fundacja na Rzecz Chorych na SM
Osoby z SM bardzo często w zbyt dużym stopniu koncentrują się na stanie zdrowia, rezygnując z aktywności społecznej i zawodowej. Potwierdza to słuszność eksperckiego podejścia do planowania badanego projektu.	Konieczne jest indywidualne diagnozowanie barier w podejmowaniu zatrudnienia przez osoby z niepełnosprawnością, zwłaszcza wynikających z wyuczonej bezradności, zbyt dużego skupienia na rehabilitacji i leczeniu przy jednoczesnym niedocenianiu pozytywnego wpływu aktywności na stan zdrowia, lękiem przez porażką na rynku pracy oraz udzielanie im adekwatnego wsparcia, jako punkt wyjścia do wprowadzenia ich na rynek pracy.	Zwrócenie jeszcze większej uwagi na psychiczny stan zdrowia podczas opracowania IPD oraz w trakcie udzielanego wsparcia psychologicznego. Angażowanie rehabilitantów, aby uświadamiali chorym, iż aktywność fizyczna to tylko jeden, z wielu istotnych czynników przeciwdziałających chorobie (istotny na równi z aktywizacją społeczną, m.in. ze względu na konieczność ćwiczenia pamięci, mowy).	PTSR Fundacja na Rzecz Chorych na SM
Czy program zindywidualizowanego wsparcia dla OSM i program wsparcia dla otoczenia OSM zostały sformułowane adekwatnie do potrzeb i oczekiwań grupy docelowej?			
Uczenie uczestników projektu samodzielności ogranicza się do przekazywania informacji o funkcjonowaniu wśród osób zdrowych, natomiast nie ma żadnych zajęć „w terenie”.	Realizacja kolejnych projektów z zakresu aktywizacji społecznej osób z SM powinna obejmować zorganizowanie zajęć w środowisku osób „zdrowych”. Powinna być	Nakłanianie oraz finansowanie uczestnikom projektu udziału w: szkoleniach na otwartym rynku, wyjazdach do kina, na basen, do kawiarni,	PTSR Fundacja na Rzecz Chorych na SM

Wniosek z badania	Rekomendacja	Sposób wdrożenia	Adresat rekomendacji
które pokazywałyby jak tę wiedzę można przełożyć na konkretne działania.	skierowana do uczestników projektu potrafiących radzić sobie wśród osób z podobną niepełnosprawnością	aby zobaczyli, iż są w stanie w pełni uczestniczyć w życiu społecznym.	
Ze względu na oszczędności w projekcie PTSR zastanawia się nad zorganizowaniem spotkań wyjazdowych dla osób z SM i ich opiekunów, jako że te formy cieszą się największym zainteresowaniem. Jednak sposób rekrutacji na to wsparcie przesądzi, czy będzie ono efektywnym narzędziem aktywizacji zawodowej osób z SM.	Istotne jest, aby w pierwszej kolejności na wyjazdy zapraszać osoby, które nie byłyby w stanie zorganizować ich samodzielnie (dotyczy wsparcia organizowanego przez PTSR jako, że Fundacja kieruje wsparcie wyjazdowe do wszystkich uczestników projektu chorych na SM). -	Spotkania wyjazdowe powinny mieć charakter aktywizacji społecznej toteż rekrutacja na nie powinna odbywać się pod okiem psychologa – wybieranie tych osób, które boją się wychodzić z domu, mają problem ze zmianą otoczenia, nie zdobyłyby się na samodzielne zorganizowanie wyjazdu. Oczywiście podczas takich wyjazdów konieczne jest stałe wsparcie psychologiczne.	PTSR
Większość osób z niepełnosprawnością wskazuje, że ich relacje z najbliższymi są trudne. Otoczenie osób z SM nie rozumie specyfiki choroby, toteż aktywizacja społeczno-zawodowa osób z SM powinna obejmować pracę nad relacjami z ich najbliższymi. Obecny poziom wsparcia w tym zakresie jest niewystarczający oraz niedostosowany do indywidualnych potrzeb uczestników projektu.	Do udziału w projekcie powinni zostać zaproszeni najbliżsi opiekunowie każdej z osób z niepełnosprawnością objętej wsparciem. Również projekt powinien bardziej elastycznie podchodzić do tego wsparcia zarówno podczas rekrutacji, jak na etapie realizacji. Należy także zindywidualizować wsparcie pod kątem potrzeb poszczególnych uczestników wsparcia.	Warto przeznaczyć dodatkowe środki na wsparcie psychologiczne, które jest tym osobom szczególnie potrzebne i do udziału, w którym wyrażają chęć. Należy dostosować rekrutację do postaw opiekunów – powinna ona odbywać się podczas domowych wizyt psychologa, w poradniach neurologicznych itp. Indywidualizacja wsparcia dla opiekunów powinna obejmować miejsce realizacji spotkań, liczbę godzin i tematykę spotkań oraz ewentualne sesje wspólnie z osobą chorą na SM. Powinny być także dopuszczalne spotkania opiekunów z doradcą zawodowym i rehabilitantem, jeśli zaistnieje taka potrzeba i chęć ze strony opiekuna.	PTSR Fundacja na Rzecz Chorych na SM
Czy wiedza i umiejętności zdobyte podczas uczestnictwa w formach wsparcia okazały się być przydatne podczas realizacji staży/podjęcia pracy?			
Grupy uczestniczące w zajęciach w psychologiiem i doradcą zawodowym są zróżnicowane pod kątem stanu psychicznego, poziomu aktywności społecznej, zatem osoby wchodzące w skład tych grup mają odmienne potrzeby i oczekiwania. Prowadzone zajęcia są zatem niedostosowane do większości z uczestników.	Istnieje konieczność ujednoczenia grup prowadzonych przez psychologa i doradcę zawodowego pod kątem stopnia aktywności społeczno-zawodowej uczestników. Pozwoli to na dopasowanie tematyki zajęć do potrzeb beneficjentów, a więc przyczyni się do efektywniejszej realizacji celów projektu.	Grupy uczestników powinny być dobierane na podstawie informacji zawartych w IPD, dodatkowych opiniach specjalistów oraz deklaracji samych uczestników w zakresie dotychczasowej aktywności zawodowej oraz społecznej. Ponieważ rekrutacja została prawie zakończona to działania należy podjąć na etapie ustalania składu grupy na dane wsparcie. Osoby z SM o podobnej motywacji do powrotu na rynek pracy należy umawiać na jeden	PTSR Fundacja na Rzecz Chorych na SM

Wniosek z badania	Rekomendacja	Sposób wdrożenia	Adresat rekomendacji
		<p>wspólny termin wsparcia. W przypadku, gdy niemożliwe jest ustalenie jednolitego składu warto zastanowić się nad podziałem grupy na mniejsze podgrupy. Środki na to dopasowanie powinny pochodzić z oszczędności w budżecie. Jeśli jest to niemożliwe można zastanowić się nad skróceniem czasu świadczenia wsparcia dla danej grupy to jest 1 godzinę wsparcia podzielona na dwie mniejsze grupy, którym wsparcie będzie świadczone przez np. 30 minut)</p> <p>Pomimo zmniejszenia czasu wsparcie będzie lepiej dostosowane do potrzeb uczestników.</p>	
Czy organizacja projektu uwzględni specjalne potrzeby beneficjentów?			
<p>Podczas badania zdiagnozowano, iż uczestnicy projektu nie posiadają informacji o działaniach, jakimi zostaną objęci w trakcie projektu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • W przypadku Fundacji – do momentu opracowania IPD w Ostoi, • W przypadku PTSR – niedoinformowanie o czasie i miejscu. <p>Niektórzy respondenci nie wiedzą także, iż mogą zgłosić się w celu zapewnienia sobie transportu na zajęcia czy indywidualnego spotkania z prawnikiem, psychologiem itd.</p>	<p>Należy usprawnić komunikację na linii organizator – uczestnik projektu, m.in. poprzez przekazywanie informacji o dalszym wsparciu planowanym dla danej osoby w projekcie, możliwości zgłaszania indywidualnych potrzeb w zakresie transportu na miejsce zajęć, dostępności indywidualnych zajęć psychologicznych, terapeutycznych, konsultacji lekarskich. Ponadto konieczne jest intensywniejsze diagnozowanie bieżących potrzeb uczestników zajęć.</p>	<p>Podczas zajęć z każdym ze specjalistów należy przypominać uczestnikom, iż mogą w każdej chwili zgłaszać potrzeby w zakresie indywidualnego wsparcia psychologicznego czy medycznego (określić zakres).</p> <p>Podczas zajęć prowadzący powinien identyfikować dalsze potrzeby uczestników i przekazywać te informacje organizatorom projektu (wpis do dokumentów danego uczestnika).</p> <p>Organizatorzy projektu powinni przedstawiać każdemu uczestnikowi przewidywaną ścieżkę wsparcia oraz co najmniej tydzień przed planowanymi zajęciami przypominać o terminie spotkania.</p>	<p>PTSR Fundacja na Rzecz Chorych na SM</p>
Jakie czynniki wpływały na podjęcie uczestnictwa w projekcie?			
<p>W ramach ewaluacji mid-term zdiagnozowano następujące czynniki, które pozytywnie wpłynęły na podjęcie decyzji o uczestnictwie w projekcie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chęć podjęcia pracy dzięki udziałowi w projekcie; • Możliwość rehabilitacji ruchowej; • Ciekawość; • Chęć poznania nowych ludzi; 	<p>Ponieważ Partnerzy praktycznie zakończyli rekrutację do projektu (została niewielka liczba wolnych miejsc dla osób z SM a tym samym niewiele możliwości na rekrutację osób z otoczenia) wprowadzenie rekomendacji niewiele by zmieniło. Jedyne co zaleca się na tym etapie to skupienie się na zachęcaniu osób z otoczenia do udziału w zajęciach, które obecnie cechują się niskim zainteresowaniem.</p>	<p>W związku z uwolnieniem zasobów kadrowych (praktycznie zakończona rekrutacja OSM) zaleca się, aby osoby, które do tej pory zajmowały się rekrutacją osób z SM skupiły swoje działania na otoczeniu. Zaleca się zintensyfikowanie bezpośrednich kontaktów z otoczeniem, przekazywanie pełnej informacji odnośnie</p>	<p>PTSR Fundacja na Rzecz Chorych na SM</p>

Wniosek z badania	Rekomendacja	Sposób wdrożenia	Adresat rekomendacji
<ul style="list-style-type: none"> Możliwość zdobycia wiedzy i informacji; Możliwość konsultacji z lekarzami specjalistami. 		<p>świadczonego wsparcia oraz zachęcanie do udziału w dedykowanych im formach wsparcia.</p>	
<p>Jakie czynniki sprzyjały osiągnięciu celów (głównego i szczegółowych)?</p>			
<p>W toku przeprowadzonych badań zdiagnozowano dwa główne czynniki, które mają wpływ na osiągnięcie celów projektu:</p> <ul style="list-style-type: none"> Kaaadra projektu rozumiana jako zespół specjalistów, którzy reagują na potrzeby uczestników projektu; Elastyczność projektu czyli dostosowanie go do potrzeb beneficjentów 	<p>Rekomenduje się dalsze działania omawianych czynników. Projekt powinien zachować swoją dotychczasową elastyczność (w niektórych działaniach, powinien jednak bardziej uwzględnić potrzeby beneficjentów).</p>	<p>Zachowanie dalszej możliwości bieżącego reagowania na potrzeby uczestników projektu. Przy jednoczesnym zwiększeniu elastyczności wsparcia świadczonego np. osobom bliskim.</p>	<p>PTSR Fundacja na Rzecz Chorych na SM, PFRON, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich</p>
<p>Czy forma realizacji działań (stacjonarne, wyjazdowe) miała wpływ na osiągnięcie celów w projekcie? Jaki wpływ na osiągnięcie celów miała forma realizacji działań (stacjonarne, wyjazdowe)?</p>			
<p>Najistotniejszym elementem wsparcia dla osób o niskiej aktywności społecznej jest przekonanie ich do udziału w projekcie. Niezależnie od sposobu realizacji wsparcia skuteczne w tym zakresie okazało się wykorzystanie wizyt domowych psychologa oraz umożliwienie przyjazdu na zajęcia z opiekunem (co było realizowane w Ostoi).</p>	<p>Partnerzy powinni wymieniać się dobrymi praktykami wypracowanymi podczas realizacji projektu, zwłaszcza w zakresie skutecznej rekrutacji do projektu (osób z SM oraz opiekunów) oraz stworzenia jak najbardziej komfortowego pierwszego kontaktu beneficjenta z projektem.</p>	<p>W ramach badania zdiagnozowano dobre praktyki, którymi nie wymieniają się partnerzy tj. wizyty domowe psychologa celem opracowania IPD (realizowane wyłącznie przez PTSR), umożliwienie przyjazdu na zajęcia z opiekunem (realizowane wyłącznie w Ostoi), zachęcanie opiekunów do udziału w projekcie poprzez domową wizytę psychologa (realizowane w niewielkim stopniu, głównie wskazywane jako skuteczne przez ekspertów).</p>	<p>PTSR Fundacja na Rzecz Chorych na SM</p>
<p>Jakie czynniki tworzyły barierę w osiągnięciu celów (głównego i szczegółowych)?</p>			
<p>Obecnie do największych barier utrudniających realizację celów projektu należą:</p> <ul style="list-style-type: none"> Niechęć do udziału w projekcie osób bliskich Słaba ocena form wsparcia przez otoczenie osób z SM. <p>Bariery te wymagają podjęcia działań niwelujących ich skutki, które usprawnią realizację celów projektu.</p> <p>Na etapie realizacji projektu Lider oraz Partnerzy napotkali na inne problemy, które częściowo utrudniały realizację zaplanowanych działań jednak zostały one w większości przypadków rozwiązane</p>	<p>Zaleca się podjęcie odpowiednich działań w celu zniwelowania części zdiagnozowanych barier, których do tej pory jeszcze nie udało się przełamać poprzez podjęcie dodatkowych działań naprawczych.</p>	<p>Czynności, które powinny zostać wprowadzone w celu wdrożenia rekomendacji:</p> <p>Niechęć do udziału w projekcie osób bliskich: Zaleca się wprowadzenie zmian organizacyjnych, do których należą: w przypadku problemów z zebraniem kilkunastoosobowej grupy, organizowanie wsparcia nawet dla kilku osób (3-4), którym odpowiada dany termin; prowadzenie wsparcia w godzinach popołudniowych; zorganizowania wsparcia w innych miejscach (poza Krakowem i Wolą Batorską). Ponieważ Fundacja i tak ponosi wydatki związane z wynajęciem sali i zwrotem kosztów dojazdu do Krakowa (lub Woli Batorskiej), może również zorganizować wsparcie w innym mieście, do</p>	<p>PTSR Fundacja na Rzecz Chorych na SM</p>

Wniosek z badania	Rekomendacja	Sposób wdrożenia	Adresat rekomendacji
		<p>którego część opiekunów miałaby znacznie bliżej.</p> <p>Słaba ocena form wsparcia przez otoczenie osób z SM: Należy zastanowić się nad formą świadczenia wsparcia prawnego. Lepszym rozwiązaniem byłoby ograniczenie wsparcia grupowego i położenie większego nacisku na indywidualne konsultacje.</p>	
Czy cele projektu (główny i szczegółowe) są osiągnięte zgodnie z harmonogramem?			
<p>Ponieważ w projekcie uwzględniono jedynie ramy czasowe na realizację poszczególnych celów, trudno jest obecnie ocenić czy cele te są osiągane zgodnie z harmonogramem. W projekcie nie założono również harmonogramów pośrednich, które określałyby wartości poszczególnych wskaźników np. w połowie realizacji projektu. Jednak będąc na etapie ewaluacji mid-term i patrząc na poziom wartości niektórych z nich należy spodziewać się wystąpienia znacznych problemów z osiągnięciem docelowych wartości. W szczególności obecnie zagrożony jest cel dotyczący wsparcia osób z najbliższego otoczenia osób z SM. Nieosiągnięcie wskaźników będzie miało swoje bezpośrednie przełożenie na niezrealizowanie celów projektu.</p>	<p>Należy skupić uwagę na czwartym celu szczegółowym dotyczącym otoczenia, którego realizacja jest obecnie najbardziej opóźniona i zagrożona. Partnerzy powinni podejmować działania zmierzające do zachęcenia osób bliski chorych na SM do udziału w projekcie. Ponieważ cele projektu rozumiane są poprzez wskaźniki działania to wymagają one tych samych działań, co w przypadku zagrożonych wskaźników, w szczególności, jeśli zagrożone są wszystkie wskaźniki przypisane jednemu celowi, tak jak ma to miejsce przy czwartym celu szczegółowym projektu.</p>	<p>Działania, które należy podjąć aby zoptymalizować realizację czwartego celu szczegółowego:</p> <p>zmiany w ofercie wsparcia, tak aby było ono bardziej dopasowane do potrzeb opiekunów,</p> <p>promocja korzyści i przekazywanie (telefonicznie lub mailowo),</p> <p>informacji odnośnie projektu – kontakt bezpośredni.</p>	<p>PTSR Fundacja na Rzecz Chorych na SM, PFRON, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich</p>
Czy i w jakim stopniu zostały zrealizowane wskaźniki projektu?			
<p>Obecny poziom realizacji wskaźników jest zróżnicowany. Większość z nich osiągnęła zadowalający poziom realizacji przekraczając 50% zakładanej wartości docelowej. Szczególnie istotne są te wskaźniki, które w toku badań zdiagnozowano jako zagrożone nieosiągnięciem założonych wartości docelowych. Do tych wskaźników należą: liczby OSM, które podjęły naukę w szkole średniej, policealnej/ pomaturalnej lub wyższej; liczba osób z najbliższego otoczenia OSM, które zakończyły udział w projekcie; liczba osób z najbliższego otoczenia OSM, które uzyskały wsparcie psychologiczne; liczba osób z najbliższego otoczenia OSM, które zostały objęte wsparciem prawnym.</p>	<p>Ze względu na wysokie ryzyko niezrealizowania wspomnianych wskaźników projektu należy podjąć szereg działań wspomagających realizację zagrożonych wskaźników.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wskaźnik dotyczący edukacji wymaga wprowadzenia działań, które pozwolą na wypromowanie wśród uczestników projektu tej formy wsparcia, zachęcenia ich do skorzystania z niej. • Wskaźniki dotyczące otoczenia: podjęcie działań zaradczych skupionych w tym wypadku na zindywidualizowaniu form wsparcia, ukazaniu realnych korzyści i przekazaniu pełnych informacji odnośnie projektu. 	<p>Działania, które należy podjąć w celu wdrożenia rekomendacji:</p> <p>Osiągnięcie wskaźnika dotyczącego nauki: podjęcie Fundację zintensyfikowanych działań promocyjnych związanych z podjęciem nauki skierowanych do potencjalnych zainteresowanych osób (zaleca się w szczególności skierowanie takich działań do osób już uczestniczących w projekcie, gdyż dotarcie do nich będzie łatwiejsze i szybsze), wydłużenie czasu realizacji projektu do stycznia 2015 tak, aby możliwe było opłacenie całego semestru nauki (czynnik zachęcający). Jeśli w lipcu 2014 wskaźnik ten nadal będzie na niskim poziomie zaleca się przesunięcie wskaźnika na partnera, który zrealizował 100% wskaźnika lub ewentualne</p>	<p>PTSR Fundacja na Rzecz Chorych na SM, PFRON, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich</p>

Wniosek z badania	Rekomendacja	Sposób wdrożenia	Adresat rekomendacji
		<p>zmiany w zakładanej docelowej wartości.</p> <p>Wskaźniki dotyczące otoczenia: zmiany w ofercie wsparcia, tak aby było ono bardziej dopasowane do potrzeb opiekunów, promocja korzyści i przekazywanie (telefonicznie lub mailowo) informacji odnośnie projektu – kontakt bezpośredni.</p>	

7 Aneksy

Bibliografia

1. Andrzej Barczyński, Identyfikacja jakościowa i ilościowa kosztów zwiększania aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych;
2. Artykuł prasowy: Specjaliści: inwestycja w leczenie chorych z SM się opłaca. Polska Agencja Prasowa, Warszawa 2010;
3. Dane z badania ankietowego przeprowadzonego wśród chorych na SM przez ośrodek Neuro-Care z Katowic, Katowice 2011.;
4. Krajowa Izba Gospodarczo-Rehabilitacyjna, Potrzeby osób niepełnosprawnych w zakresie aktywizacji zawodowej, materiały konferencyjne, Warszawa 2007;
5. Osoby niepełnosprawne na rynku pracy w 2011 r., opracowany przez GUS, Warszawa 2012 r.
6. Plan działania na rok 2012 dla Priorytetu I Zatrudnienie i integracja społeczna Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki – wersja z dn. 09.07.2012, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich.
7. Program Operacyjny Kapitał Ludzki na lata 2007-2013 (wersja z 19 lipca 2013 r. oraz wersje poprzednie),
8. Rada Europy, Plan działań na rzecz osób Niepełnosprawnych 2006-2015.
9. Raport z badania pn. „Świat chorych na SM – z dwóch perspektyw” przeprowadzone przez Dom Badawczy Maison dla Telescope w 2013, Warszawa 2013;
10. Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r., opracowany przez GUS, Warszawa 2011 r.
11. Szczegółowy Opis Priorytetów PO KL (wersja z 1 stycznia 2014 r. oraz wersje poprzednie).
12. Ustawa o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie z dnia 24 kwietnia 2003 r. (Dz. U. z 2003 r. Nr 96, poz. 873 z późn. zm.),
13. Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. (Dz. U. z 2004 r. Nr 64, poz. 593, z późn. zm.).
14. Ustawa o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z dnia 20 kwietnia 2004 r. (Dz. U. z 1 maja 2004r. Nr 99, poz. 1001, z późn. zm.),
15. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127 poz. 721),

Strony internetowe:

1. www.efs.gov.pl
2. www.fundacja-sm.hpark.pl
3. www.mpips.gov.pl
4. www.niepełnosprawni.gov.pl
5. www.ptsr.org.pl
6. www.stat.gov.pl

Lista dokumentów wykorzystanych przy realizacji ewaluacji

1. Dane z Monitoringu
2. Dokumenty związane z Programem Naprawczym wprowadzonym w projekcie
3. Formularze zmian wprowadzonych we Wniosku o Dofinansowanie
4. Indywidualne Plany Działań uczestników projektu
5. Kapitał Ludzki – wersja z dn. 09.07.2012, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich.
6. Materiały Promocyjne
7. Plan działania na rok 2012 dla Priorytetu I Zatrudnienie i integracja społeczna Programu Operacyjnego
8. Regulamin rekrutacji i uczestnictwa projektu
9. Regulamin udzielanych form wsparcia uczestnikom projektu
10. Sprawozdanie z realizacji projektu za rok 2013
11. Strategia Promocji Projektu
12. Szczegółowy Opis Projektu
13. Wniosek o Dofinansowanie
14. Wniosek o Płatność za okres od 01.03.2014 do 31.03.2014 (wniosek ogólny oraz w rozbiciu na Partnerów)
15. Wybrane Indywidualne Plany Działań uczestników projektu

Dodatkowe załączniki

Ponadto do raportu zostanie dołączony załącznik zawierający:

- Narzędzia badawcze
- Transkrypcje wywiadów
- Listę osób i organizacji/instytucji, z którymi przeprowadzono wywiady

wraz z płytą CD zawierającą zapis audio przeprowadzonych wywiadów.