



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Raport końcowy

ewaluacji ex-post projektu systemowego

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



Katowice, 2014

Raport końcowy ewaluacji ex-post 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, październik 2014 r.

Spis treści

1	Streszczenie	4
2	Wstęp	6
2.1	Kontekst badania	6
3	Charakterystyka projektu.....	10
3.1	Słownik pojęć.....	12
4	Koncepcja badania	15
4.1	Cel i zakres badania ewaluacyjnego	15
4.2	Kryteria i pytania ewaluacyjne.....	15
4.3	Metodologia badania	18
4.4	Sposób prowadzenia badania	22
4.5	Ograniczenia procesu ewaluacyjnego.....	22
5	Analiza i ocena dokumentów programowych i projektowych	24
6	Analiza i ocena procesu realizacji projektu	30
6.1	Planowanie projektu	30
6.2	Zarządzanie projektem	30
6.3	Komunikacja w projekcie	31
6.4	Ocena elastyczności projektu w kontekście zmian w procesie realizacji zadań projektowych....	33
6.5	Poziom realizacji wskaźników i celów projektu.....	40
7	Opis wyników badania (trafność, skuteczność, użyteczność projektu dla osób chorych na SM).....	49
7.1	Rekrutacja do projektu	50
7.2	Ocena zajęć realizowanych w ramach projektu.....	55
7.3	Efekty uczestnictwa w projekcie	62
7.3.1	Aktywizacja społeczna	62
7.3.2	Aktywizacja zawodowa	70
7.3.3	Rola opiekunów w aktywizacji społeczno-zawodowej.....	78
7.4	Czynniki sprzyjające podejmowaniu zatrudnienia i edukacji w ramach projektu	81
8	Trafność, skuteczność, użyteczność projektu dla opiekunów osób chorych na SM	90
8.1	Struktura próby badawczej	90
8.2	Rekrutacja do projektu	91
8.3	Powody uczestnictwa w projekcie.....	96
8.4	Ocena form wsparcia.....	99
8.5	Efekty form wsparcia	106
9	Wnioski z badania i rekomendacje.....	112
9.1	Wnioski z badania	112
9.2	Rekomendacje dotyczące kształtu i procesu realizacji/wdrażania projektu	114
9.3	Rekomendacje dotyczące wykorzystania zastosowanych w projekcie form wsparcia w procesie rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych	115
	Spis rysunków	121
	Spis tabel	121
	Spis wykresów.....	122
10	Aneksy	123
10.1	Lista dokumentów wykorzystana w desk research	123
10.2	Bibliografia literatury wykorzystana w desk research	123
10.3	Lista dokumentów wykorzystanych przy realizacji ewaluacji	124
10.4	Lista publikacji wykorzystanych przy realizacji ewaluacji	125
10.5	Dodatkowe załączniki	125

1 Streszczenie

Projekt „Wsparcie osób ze stwardnieniem rozsianym, w tym z niepełnosprawnościami sprzężonymi, na rynku pracy” jest realizowany w ramach PO KL 2007-2013 przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w partnerstwie z Fundacją na Rzecz Chorych na SM im. bł. Anieli Salawy (zwaną dalej Fundacją) oraz Polskim Towarzystwem Stwardnienia Rozsianego – Oddział w Łodzi (zwanym dalej PTSR). Został on skierowany do osób chorych na SM oraz do ich opiekunów.

Prezentowany Państwu raport dotyczy oceny rezultatów wspomnianego projektu. Analizą objęto następujące zagadnienia:

- ocenę dokumentów projektowych i programowych;
- ocenę procesu realizacji projektu, w tym poziom realizacji wskaźników;
- poprawność prowadzenia rekrutacji;
- ocenę adekwatności zajęć realizowanych w projekcie do potrzeb beneficjentów;
- efekty uczestnictwa w projekcie;
- czynniki sprzyjające podejmowaniu edukacji i zatrudnienia w ramach projektu;
- efekty wsparcia skierowanego do opiekunów osób chorych na SM.

Ocena dokumentów projektowych i programowych

Dokumentacja programowa oraz projektowa została przygotowana prawidłowo. Zapisy dokumentów wpisują się w politykę Państwa oraz Unii Europejskiej, dotyczącą aktywizacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych.

Jedynym zdiagnozowanym problemem jest nieprecyzyjne określenie rezultatów miękkich. Jak wynika z analizy przeprowadzonej za pomocą techniki S.M.A.R.T, żaden z tych rezultatów nie spełniał przynajmniej jednego z kryteriów określonych w Podręczniku wskaźników Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007-2013.

Ocena procesu realizacji projektu

Proces wdrażania projektu nie zawsze przebiegał sprawnie. W ciągu dwóch lat wystąpiły różne czynniki, które utrudniały i zagrażały realizacji założonych celów projektu. Jednak, dzięki elastyczności działań podejmowanych w ramach projektu, większość problemów udało się rozwiązać.

Niestety nie wszystkie działania prowadzone w ramach realizacji projektu okazały się skuteczne. W szczególności widoczne jest to w przypadku Fundacji, która pomimo prowadzonych działań motywujących, nadal nie zrealizowała i możliwe, że nie zrealizuje wskaźnika dotyczącego edukacji oraz Warsztatów Aktywizacji Zawodowej i Społecznej (WAZiS) (jeśli w wyznaczonym terminie WAZiS się nie odbędzie lub też udział w nim weźmie mniej niż 19 osób, najprawdopodobniej nie będzie już możliwości zorganizowania dodatkowego warsztatu).

Rekrutacja do projektu

Najsukuteczniejszym sposobem rekrutowania uczestników projektu okazał się telefoniczny i bezpośredni kontakt pracowników projektu z osobami chorymi na SM. W pierwszej kolejności wiadomość o realizowanym wsparciu była kierowana do członków organizacji wdrażających projekt. W przypadku Fundacji istotne było też informowanie o projekcie za pośrednictwem instytucji pomocy społecznej oraz zakładów opieki zdrowotnej. Miało to istotny wpływ na strukturę grupy beneficjentów, wśród których 34,2% w momencie przystępowania do projektu było podopiecznymi instytucji pomocy społecznej.

Zastosowane metody rekrutacji pozwoliły na pozyskanie chętnych w liczbie założonej we wniosku o dofinansowanie.

Ocena adekwatności zajęć do potrzeb beneficjentów

Respondentom najbardziej podobały się zajęcia ogólnousprawniające oraz spotkania z psychologiem. Oceny form wsparcia różnią się w zależności od organizacji, w ramach działań której beneficjent uczestniczył w projekcie. Zajęcia ogólnorozwojowe, warsztaty aktywizacji społecznej i zawodowej oraz indywidualne zajęcia z doradcą zawodowym były lepiej oceniane przez uczestników z PTSR, natomiast w Fundacji dużo lepiej zostały ocenione grupowe spotkania z psychologiem oraz doradztwo prawne.

Ogółem, 86,2% respondentów zadeklarowało, że oferowane wsparcie zaspokajało wszystkie ich potrzeby, a 87,0% badanych stwierdziło, że działania, w których brali udział, były atrakcyjne.

Efekty uczestnictwa w projekcie

Projekt wpłynął na wzrost aktywizacji społecznej uczestników. Spośród wszystkich respondentów, 83,4% uznało informacje, które zdobyli na zajęciach, za przydatne w codziennym życiu. Pozyskana wiedza dotyczyła przede wszystkim praw, jakie przysługują osobom chorym na SM obejmującym zatrudnienie. Informowano też o sposobach reagowania na negatywne postrzeganie niepełnosprawności w społeczeństwie oraz radzenia sobie z problemami zdrowotnymi podczas wychodzenia z domu. Dzięki udziałowi w projekcie osoby chore na SM chcą częściej spotykać się z ludźmi oraz mają większą motywację do rozwijania posiadanych umiejętności.

Mniejsze efekty projekt przyniósł w związku z aktywizacją zawodową. Tylko niewielki odsetek uczestników zmienił negatywne nastawienie do podjęcia zatrudnienia. Niemniej jednak 40,0% respondentów stwierdziło, że wiedza nabyta w projekcie jest przydatna do poszukiwania i podejmowania przez nich zatrudnienia. Uczestnicy projektu nauczyli się przede wszystkim sposobów poszukiwania pracy oraz przygotowywania dokumentów aplikacyjnych.

Czynniki sprzyjające podejmowaniu edukacji i zatrudnienia w ramach projektu

Do najważniejszych czynników, które sprzyjały podejmowaniu edukacji oraz zatrudnienia przez osoby chore na SM, należy zaliczyć przede wszystkim początkową motywację tych osób oraz zajęcia z psychologiem i doradcą zawodowym. To właśnie dzięki tym zajęciom osoby uczestniczące w badaniu rozwijały swoje zawodowe i społeczne możliwości.

Na etapie podejmowania pracy szczególnie istotnym elementem okazało się dodatkowe wsparcie doradcy zawodowego. Pozostawał on w kontakcie z uczestnikami i wspierał ich przy okazji podejmowania przez nich pierwszych prób aplikowania na konkretne stanowiska.

Efekty wsparcia skierowanego do opiekunów osób chorych na SM

Ponad połowa uczestników projektu wskazuje, że nie wpłynął on na zmianę postaw względem podopiecznego. Osoby dostrzegające zmianę twierdzą, że polega ona głównie na zaprzestaniu wyręczania podopiecznego w codziennych obowiązkach. Ankietowani wskazują również na poprawę relacji z osobą chorą na SM.

Efekty uczestnictwa w zajęciach, które zostały zauważone u największej liczby badanych, to wzrost samooceny opiekunów oraz wyższa ocena samodzielności osób chorych na SM.

Zapraszamy do zapoznania się z pełną treścią raportu.

2 Wstęp

Niniejszy raport przygotowany został przez specjalistów współpracujących z firmą Collect Consulting S.A. z siedzibą w Katowicach, Badanie było realizowane w terminie od lipca do października 2014 r., w tym badania terenowe były prowadzone od sierpnia do września. Dokument prezentuje wyniki końcowe ewaluacji ex-post 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 Polskim Towarzystwem 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.

- Znaczny stopień niepełnosprawności – odnosi się do osób z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolnych do pracy albo zdolnych do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i wymagających, w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z ich niezdolnością do samodzielnej egzystencji.
- Umiarkowany stopień niepełnosprawności – odnosi się do osób z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolnych do pracy albo zdolnych do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej lub wymagającą czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych.
- Lekki stopień niepełnosprawności – odnosi się do osób o naruszonej sprawności organizmu, powodującej w sposób istotny obniżenie zdolności tych osób do wykonywania pracy, w porównaniu do zdolności, jaką wykazują osoby o podobnych kwalifikacjach zawodowych z pełną sprawnością psychiczną i fizyczną lub o ograniczonej zdolności do pełnienia ról społecznych, dającej się kompensować przy pomocy wyposażenia w postaci przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych lub środków technicznych.

Niepełnosprawność sprzężona – upośledzenie sprzężone występuje u osoby, u której stwierdza się dwie lub więcej niepełnosprawności, które są powodowane jednym lub kilkoma czynnikami w różnych okresach życia (dotyczy to także okresu prenatalnego). Niepełnosprawność sprzężona może być złożona, podwójna lub wieloraka, bądź może jej towarzyszyć dodatkowe kalectwo. Osoby z niepełnosprawnościami sprzężonymi mogą należeć do różnego rodzaju 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, w 2011 r. liczebność populacji osób

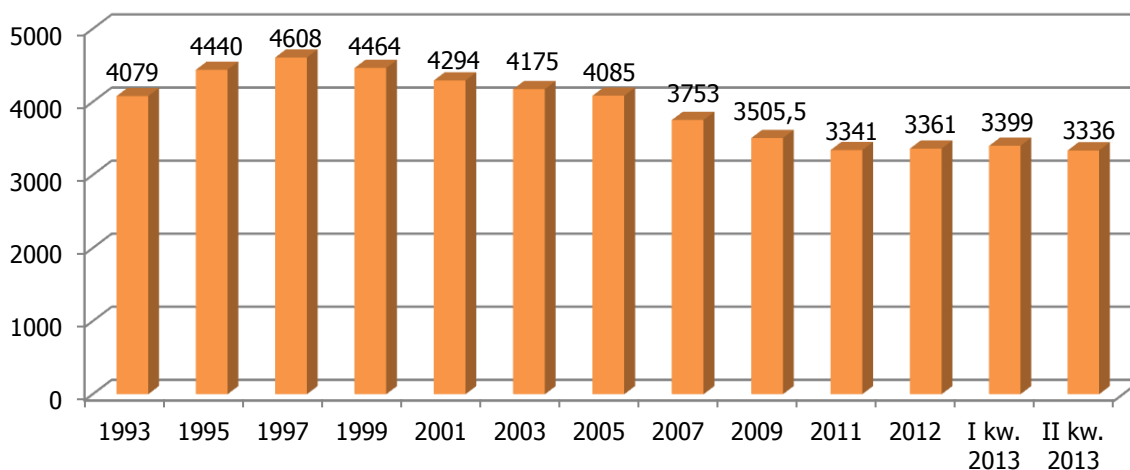
¹ Dz. U. 2011 nr 127 poz. 721.

² www.sds24.pl

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

niepełnosprawnych prawnie w wieku 16-64 lata (według kryterium prawnego) wyniosła 3 341 tys. osób. Od roku 2011 można zaobserwować 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).

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



Źródło: Badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL), GUS.

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

Specyfika jednostki chorobowej

Stwardnienie rozsiane (SM, sclerosis multiplex) to choroba układu neurologicznego: „*klinicznie definiuje się ją jako występowanie nawrotowych epizodów objawów neurologicznych, spowodowanych rozszianymi demielinizacyjnymi uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego, z czasem prowadzących do znacznych deficytów neurologicznych.*”⁴ Choroba ta dotyka najczęściej osoby w wieku 20-40 lat, częściej kobiety. Stwardnienie rozsiane u każdej z osób przebiega w sposób indywidualny, jednak najczęściej przybiera jedną z czterech 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 pozostają po nim pewne uszkodzenie), albo całkowicie znikają. Określa się to mianem remisji. Remisje mogą trwać kilka miesięcy, ale zdarza się, że nawet parę 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,

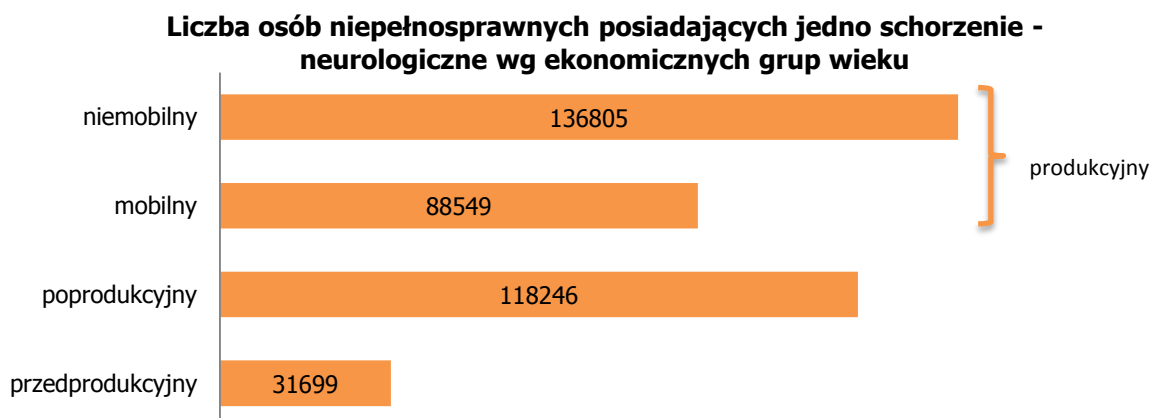
⁴ K. Selmaj Stwardnienie rozsiane. Kryteria diagnostyczne i naturalny przebieg choroby w: Polski przegląd neurologiczny, Warszawa 2005 tom 1 s. 99.

mówi się o wtórnie postępującym SM. Statystycznie, u ok. 65% osób z SM rzutowo-remisyjnym, średnio po 15 latach choroby 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 stan zdrowia nie pogorszył się po 10-15 latach i stwierdza się u niej minimalną niepełnosprawność lub całkowity 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 charakteryzująca około 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 stopniowo się pogłębiają.

Stwardnienie rozsiane jest chorobą neurologiczną. Według danych Narodowego Spisu Powszechnego z 2011 r. liczba osób posiadających jedno schorzenie neurologiczne wynosiła 375 299 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 Liczba osób niepełnosprawnych posiadających jedno schorzenie neurologiczne



Źródło: Dane Narodowego Spisu Powszechnego 2011 GUS.

Trudno jest podać dokładną liczbę osób dotkniętych stwardnieniem rozsianym w skali kraju. Różne statystyki podają, że jest to 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 **38 050** osób chorowało w Polsce na SM.

Okres rozpoznania SM i rozpoczęcie leczenia przypada najczęściej na lata największej aktywności społeczno-zawodowej osoby chorej (20-45 lat). W wielu przypadkach diagnoza traktowana jest jako konieczność rezygnacji z dotychczas prowadzonego sposobu życia i zmniejszenie aktywności społecznej. Tego typu opinie o SM wyrażają zarówno osoby chore jak i ich otoczenie.

Choroba ta, niesie ze sobą także utrudnienia w codziennym funkcjonowaniu, wpływa negatywnie na samopoczucie psychiczne chorego. Jak wynika z publikacji dotyczących tego schorzenia nawet ok. 50% chorych na SM zmagają się także z objawami depresji: „różnego rodzaju zaburzenia psychiczne mogą

wystąpić u ok 2/3 chorych z rozpoznaniem SM. Około połowa pacjentów w przebiegu choroby może doświadczyć pełnoobjawowego epizodu depresji, a w przeciągu roku, jego rozpowszechnienie wynosi ok. 20%. Mimo to depresja u chorych pozostaje najczęściej nierozpoznana, a przez to też nieleczona. Wystąpienia epizodu depresji można się spodziewać w fazie ‚rzutu‘ choroby, kiedy to objawy wyraźnie zaostrzają się.⁵ Specjaliści upatrują przyczyn tego zjawiska w trzech źródłach, które można uznać za potencjalne czynniki rozwoju depresji. Są to: czynniki psychologiczne, społeczne i neurobiologiczne⁶. Ze względu na postać choroby i jej „nieprzewidywalność” pacjentom bardzo często towarzyszy uczucie lęku: „Występowanie zaburzeń lękowych w przebiegu SM może stanowić nawet częstszy problem niż depresja.”⁷ Wystąpienie tego typu objawów obniża aktywność społeczną i motywację do działania, w tym do podejmowania aktywności zawodowej. Wystąpienie depresji u osób z SM ogranicza skuteczność działań motywujących i aktywizujących, które są podejmowane w projektach aktywizacyjnych skierowanych do chorych na stwardnienie rozsiane.

⁵ Źródło: <http://www.gabinetyrozwoju.pl/aktualnosci/stwardnienie-rozsiane-a-zaburzenia-psychiczne/>

⁶ Ibidem.

⁷ Ibidem.

3 Charakterystyka 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 (zwaną dalej Fundacją) oraz Polskim Towarzystwem Stwardnienia Rozsianego – Oddział w Łodzi (zwanym dalej PTSR).

Cele projektu

Głównym celem projektu jest wzrost aktywności społeczno-zawodowej osób ze stwardnieniem rozsianym. Jest on realizowany poprzez następujące **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 opiekunów⁸.

Tabela 1 Wsparcie oferowane w projekcie

Wsparcie dla osób ze stwardnieniem rozsianym	Wsparcie dla opiekunów
<ul style="list-style-type: none">• konsultacje dla beneficjentów ze specjalistami "niezależnego życia",• grupowe zajęcia motywacyjne,• szkolenia językowe,• wyjazdowe warsztaty komunikacji interpersonalnej,• indywidualne i grupowe wsparcie psychologiczne, prawne, doradcy zawodowego,• Warsztaty Aktywizacji Zawodowej i Społecznej,• szkolenia podnoszące kwalifikacje zawodowe,• praktyczna nauka zawodu, staże rehabilitacyjne,• wsparcie w rozpoczęciu nauki,• spotkania grupowe z pracodawcami.	<ul style="list-style-type: none">• doradztwo prawne,• wsparcie psychologiczne,• warsztaty promocji aktywności społeczno-zawodowej osób niepełnosprawnych wśród opiekunów.

Źródło: Na podstawie dokumentacji projektowej.

⁸ Opracowane na podstawie zapisów wniosku o dofinansowanie punkt 3.3. Zadania str. 8-10 oraz szczegółowego budżetu projektu str. 17-72.

Grupa docelowa

Projekt systemowy pn.: „Wsparcie osób ze stwardnieniem rozsianym, w tym z niepełnosprawnościami sprzężonymi, na rynku pracy” skierowany był do 800 osób ze stwardnieniem rozsianym oraz do ich 500 opiekunów.

Ze względu na cel projektu, jakim jest aktywizacja zawodowa, aby przystąpić do projektu, osoby ze stwardnieniem rozsianym musiały 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 mógł uczestniczyć opiekun prawny, ustawowy, faktyczny, bądź osoba zadeklarowana jako opiekun przez osobę z niepełnosprawnością.

Specyfika Partnerów

Partnerzy projektu przyjęli odmienne podejście w zakresie wspierania osób ze stwardnieniem rozsianym oraz ich opiekunów. Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego organizowało wsparcie w pobliżu miejsca zamieszkania osób niepełnosprawnych oraz podczas kilkudniowych wyjazdów. Czasami też specjaliści odwiedzali osoby z SM w ich domach. Natomiast Fundacja na Rzecz Chorych na SM im. bł. Anieli Salawy organizowała dłuższe trzytygodniowe wyjazdy, aby uczestnicy projektu mogli przebywać w innym środowisku niż to, w którym żyją na co dzień.

Rezultaty projektu

Efekty projektu zostały określone ilościowo, w postaci rezultatów twardych, za pomocą których można zobrazować skalę pomocy, jaką zostały objęte osoby z niepełnosprawnościami. W projekcie zaplanowano następujące rezultaty twarde:

- „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 osób (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 z pracodawcami,
- 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 OSM⁹.

Niektóre z powyższych wartości, na skutek wprowadzonych w trakcie realizacji projektu zmian, uległy zwiększeniu. Szczegóły tych zmian zostały przedstawione w dalszych rozdziałach.

Ponadto w projekcie określono, w postaci rezultatów miękkich, umiejętności, jakie nabędą uczestnicy zajęć oraz pożądane wzmocnienia konkretnych 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%¹⁰.

W dalszej części raportu analizie został poddany proces tworzenia projektu oraz wprowadzania zmian, jakie zachodziły przez cały okres jego realizacji. Prześledzenie tego procesu stanowiło punkt wyjścia do analizy poziomu realizacji celów i wskaźników przyjętych w projekcie.

3.1 Słownik pojęć

W ramach prowadzonej ewaluacji ex-post Wykonawca posłużył się następującymi pojęciami, wynikającymi z założeń projektu:

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

Osoba bezrobotna: według ustawy o promocji rynku pracy to:

- osoba niezatrudniona i niewykonująca żadnej pracy zarobkowej, ale zdolna i gotowa do podjęcia zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy,
- niepodjęająca nauki w szkole, z wyjątkiem szkół dla dorosłych lub szkół wyższych w systemie wieczorowym albo zaocznym,

⁹ Na podstawie załącznika nr 1 do Specyfikacji/Załącznik nr 1 do Umowy Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia str. 2-3.

¹⁰ Ibidem s. 3.

- zarejestrowana w powiatowym urzędzie pracy oraz poszukująca zatrudnienia lub pracy zarobkowej, jeżeli m.in.:
 - 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 bierne 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.¹¹

Uczestnik projektu: w projekcie mogą wziąć udział 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.¹²

Uczestnikami projektu są także opiekunowie osób niepełnosprawnych zgodnie z poniższą definicją.

¹¹ Ibidem.

¹² Dokumentacja projektowa dostępna na stronie: <http://lodz.ptsr.org.pl/wsparcie>

Opiekun/ bliski/ otoczenie: osoba wskazana w dokumentacji projektowej przez osobę z SM jako opiekun/ bliski.¹³

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.

Ewaluacja – „to obiektywna ocena projektu, programu lub polityki na wszystkich jego etapach, tj. planowania, realizacji i mierzenia rezultatów. Powinna ona dostarczyć rzetelnych i przydatnych informacji pozwalając wykorzystać zdobytą w ten sposób wiedzę w procesie decyzyjnym. Często dotyczy ona procesu określenia wartości lub ważności działania, polityki lub programu”¹⁴. W praktyce badawczej ze względu na moment rozpoczęcia badania wyróżnia się następujące rodzaje ewaluacji:

- ewaluacja ex-ante: przed rozpoczęciem realizacji projektu, programu, etc.;
- ewaluacja mid-term: w trakcie trwania projektu, programu, etc.;
- ewaluacja ex-post: po zakończeniu realizacji projektu, programu, etc.

¹³ Ibidem.

¹⁴ Źródło: https://www.ewaluacja.gov.pl/ewaluacja_wstep/Strony/Definicja.aspx

4 Koncepcja badania

4.1 Cel i zakres badania ewaluacyjnego

Głównym celem ewaluacji ex-post jest ocena skuteczności, użyteczności i trafności projektu oraz określenie poziomu osiągniętych wartości wskaźników.

W zakres ewaluacji ex-post wejdą następujące elementy:

- analiza wyników ewaluacji mid-term;
- ocena stopnia osiągnięcia zakładanych rezultatów twardych oraz miękkich;
- identyfikacja czynników, które miały wpływ na realizację projektu, a także skuteczność osiągnięcia założonych celów;
- ocena realizacji celów;
- ocena efektywności w stosunku do osiągniętych rezultatów oraz zrealizowanych celów;
- ocena zarządzania projektem.

4.2 Kryteria i pytania ewaluacyjne

W niniejszym badaniu przyjęto następujące kryteria ewaluacyjne:

- trafność,
- skuteczność,
- użyteczność.

Poniższa tabela uszczegóławia wspomniane kryteria, opisując je za pomocą pytań badawczych.

Tabela 2 Pytania i kryteria badawcze

Kierunkowe pytania badawcze	Uszczegółowiona lista pytań badawczych
Kryterium trafności	
1. Czy cel główny i cele szczegółowe założone w projekcie odpowiadają potrzebom beneficjentów ostatecznych, tj. osób ze stwardnieniem rozsianym, a także czy uwzględniają społeczne wymogi i realia dotyczące aktywizacji zawodowej osób ze stwardnieniem rozsianym?	1.1 W jaki sposób została dokonana wstępna diagnoza potrzeb beneficjentów? Czy uwzględniała ona opinie osób ze stwardnieniem rozsianym?
	1.2 Czy w trakcie realizacji projektu beneficjenci sygnalizowali inne potrzeby niż uwzględnione w projekcie?
	1.3 Jak na zaspokojenie potrzeb OSM wpłynął fakt, iż w projekcie założono udział większej liczby OSM niż ich opiekunów?
	1.4 Czy przy planowaniu i realizacji działań korzystano z rekomendacji wypracowanych w ramach innych badań ewaluacyjnych projektów realizowanych w ramach Poddziałania 1.3.6 PO KL?

<p>2. Czy program zindywidualizowanego wsparcia dla OSM i program wsparcia dla otoczenia OSM zostały sformułowane adekwatnie do potrzeb i oczekiwań grupy docelowej?</p>	<p>2.1 Jakie są potrzeby OSM i otoczenia OSM w zakresie aktywizacji społeczno-zawodowej badanej grupy w opinii Partnerów oraz osób ze stwardnieniem rozsianym? Jaka jest relacja tych potrzeb do wsparcia oferowanego w ramach projektu?</p> <p>2.2 Czy program odpowiada oczekiwaniom OSM w stosunku do ich opiekunów oraz oczekiwaniom opiekunów w stosunku do OSM? Na jakie potrzeby w głównej mierze zwracają uwagę uczestnicy?</p> <p>2.3 Czy obydwa podejścia stosowane w projekcie (realizacja wsparcia w codziennym środowisku oraz poza nim) są adekwatne do potrzeb grup docelowych? Jakie są zastrzeżenia w tym zakresie?</p>
<p>3. Czy wiedza i umiejętności zdobyte podczas uczestnictwa w formach wsparcia okazały się być przydatne podczas realizacji staży/podjęcia pracy?</p>	<p>3.1 Które umiejętności zdobyte podczas projektu były szczególnie przydatne podczas realizacji staży/ podjęcia pracy przez OSM? Które umiejętności zostały rozwinięte w sposób niewystarczający?</p> <p>3.2 Czy wsparcie kierowane do otoczenia OSM wpłynęło na wzrost aktywizacji zawodowej OSM? W jaki sposób?</p> <p>3.3 Czym przejawia się przydatność wsparcia oferowanego w projekcie podczas realizacji staży/ podjęcia pracy (np. efektywniejszy kontakt z pracodawcą, lepsze radzenie sobie z niepełnosprawnością w pracy)?</p>
<p>4. Czy sposoby realizacji wsparcia sprzyjały osiągnięciu celów (głównego i szczegółowych)?</p>	<p>4.1 Które aspekty realizacji projektu sprzyjały, a które nie sprzyjały osiągnięciu celów projektu?</p> <p>4.2 Czy wystąpiły aspekty realizacji, które utrudniły osiągnięcie celów projektu? Czy były one konieczne do realizacji? Jeśli tak, dlaczego?</p>
<p>5. Czy organizacja projektu uwzględnia specjalne potrzeby beneficjentów?</p>	<p>5.1 Na jakie własne potrzeby wskazują beneficjenci, jako istotne z punktu widzenia organizacji projektu?</p> <p>5.2 Czy, a jeśli tak, to w jaki sposób, proces rekrutacji jest dostosowany do potrzeb uczestników/ uczestniczek (np. sposób rekrutacji opiekunów do projektu)?</p> <p>5.3 Czy i w jaki sposób staże rehabilitacyjne oraz szkolenia zawodowe uwzględniały niepełnosprawności posiadane przez uczestników? Czy podjęte założenia były wystarczające? W jaki sposób wpłynęły na realizację celów projektu?</p> <p>5.4 Czy realizacja projektu uwzględniała elastyczne podejście do uczestników i bieżące reagowanie na ich potrzeby? W jaki sposób odbywał się ten proces?</p>
<p>Kryterium skuteczności</p>	
<p>6. Jakie czynniki wpływały na podjęcie uczestnictwa w projekcie?</p>	<p>6.1 Skąd uczestnicy projektu dowiedzieli się o możliwości udziału w nim?</p> <p>6.2 Kto w głównej mierze przyczynił się do podjęcia decyzji o udziale w projekcie (osoba uczestnicząca w projekcie, jej rodzice, osoby z organizacji wspierających niepełnosprawnych)?</p> <p>6.3 Jakie działania podejmowane w ramach projektu wpłynęły na wzrost chęci uczestnictwa w nim?</p>
<p>7. Jakie czynniki sprzyjały osiągnięciu celów (głównego i szczegółowych)?</p>	<p>7.1 Czy w projekt zaangażowano zarówno OSM, jak i otoczenie tej osoby? W jaki sposób podejmowane było to działanie poza zorganizowaniem dla opiekunów odrębnych działań projektowych?</p> <p>7.2 Czy często zdarzały się rezygnacje z udziału w projekcie? Czy podejmowano dodatkowe działania zachęcające do uczestnictwa w projekcie – przed jego realizacją oraz w trakcie jego trwania?</p>

8. Czy forma realizacji działań (stacjonarne, wyjazdowe) miała wpływ na osiągnięcie celów w projekcie? Jaki wpływ na osiągnięcie celów miała forma realizacji działań (stacjonarne, wyjazdowe)?	8.1 Czy działania stacjonarne i wyjazdowe wzajemnie uzupełniają się w aktywizowaniu osób z niepełnosprawnością? Jeśli nie, która z form wsparcia odpowiada za realizację celów projektu?
	8.2 Która z form realizacji była skuteczniej realizowana i jakie czynniki miały wpływ na taką sytuację?
9. Czy zakładane wskaźniki produktów i rezultatów (ilościowe i jakościowe) zostały osiągnięte zgodnie z założeniami projektu i harmonogramu?	9.1 Czy wartości wskaźników zostały osiągnięte zgodnie z określonymi wartościami docelowymi (czy w trakcie trwania projektu dokonywane były zmiany w zakresie wartości docelowych)?
	9.2 Czy wskaźniki były osiągnięte w terminie określonym w założeniach? Jeśli zachodziły w tym zakresie zmiany, z czego wynikały? Czy i jaki wpływ miały na ostateczne osiągnięcie wartości docelowej wskaźników?
	9.3 Czy projekt uzyskał wartość dodaną? Na czym ona polega? Jakie czynniki wpłynęły na jej wystąpienie?
Kryterium użyteczności	
10. Jaki jest poziom satysfakcji i zadowolenia beneficjentów z udziału w projekcie? (z uwzględnieniem kwestii merytorycznych, organizacyjnych i innych)	10.1 Jak beneficjenci oceniają poszczególne aspekty realizacji projektu pod kątem spełniania ich potrzeb?
	10.2 Na jakie efekty aktywizacji społeczno-zawodowej przekłada się satysfakcja i zadowolenie beneficjentów z udziału w projekcie? Czy zadowolenia z udziału w projekcie prowadzi do podjęcia pracy lub innej aktywności społecznej?
11. Jakie czynniki wpływały na kształtowanie poziomu kompetencji społeczno-zawodowych rozwijanych w projekcie?	11.1 Które działania realizowane w ramach projektu wpłynęły na aktywizację społeczno-zawodową, a które wywołały bierność u uczestników (czy uczestnicy podejmują samodzielna aktywność wyuczoną w projekcie)?
	11.2 Czy większe efekty wynikają ze wsparcia indywidualnego czy grupowego? Wyjazdowego, czy realizowanego w codziennym środowisku beneficjentów?
	11.3 Czy uczestnicy chcą brać udział w kolejnym projekcie tego typu, czy też są gotowi samodzielnie rozwijać się pod kątem społecznym i zawodowym?
12. Jaką wiedzę i umiejętności uzyskali Beneficjenci projektu?	12.1 Jakie kompetencje zawodowe zdobyli uczestnicy szkoleń?
	12.2 Jakie informacje o funkcjonowaniu w społeczeństwie nabyły osoby z niepełnosprawnością oraz ich opiekunowie? Jakie zmiany ich funkcjonowania w społeczeństwie wywołał udział w szkoleniu?
13. Czy zdobyta wiedza i umiejętności są wykorzystywane w codziennym życiu/pracy? Czy są lub będą one faktycznie przydatne?	13.1 Czy na skutek udziału w projekcie zmieniła się sytuacja społeczna i/lub zawodowa osób objętych wsparciem? Czy opiekunowie inaczej traktują osoby z niepełnosprawnością?
	13.2 Czy uczestnicy projektu wykorzystują nabytą wiedzę i kwalifikacje? Które konkretnie elementy okazują się przydatne? Jakie zmiany funkcjonowania w społeczeństwie niosą ze sobą?
14. Czy i w jakim stopniu uczestnictwo w projekcie (formach wsparcia) przyczyniło się do zmiany/ zwiększenia kompetencji miękkich?	14.1 Jakie kompetencje miękkie zostały nabyte przez uczestników i ich opiekunów dzięki udziałowi w projekcie?
	14.2 Które z tych kompetencji są przez nich wykorzystywane w aktywności społeczno-zawodowej? W jaki sposób?

14.3 Czy istnieją kompetencje wskazywane przez osoby z niepełnosprawnością lub opiekunów jako kluczowe, których nie udało się uzyskać poprzez udział w projekcie?

Źródło: Opracowanie własne – Collect Consulting S.A. na podstawie SIWZ

4.3 Metodologia badania

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 zastosowana przy opracowaniu 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 trafności i skuteczności projektu;
- osadzenie analizy projektu w kontekście problematyki związanej z funkcjonowaniem osób niepełnosprawnych na rynku pracy, z uwzględnieniem osób ze stwierdzonym 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

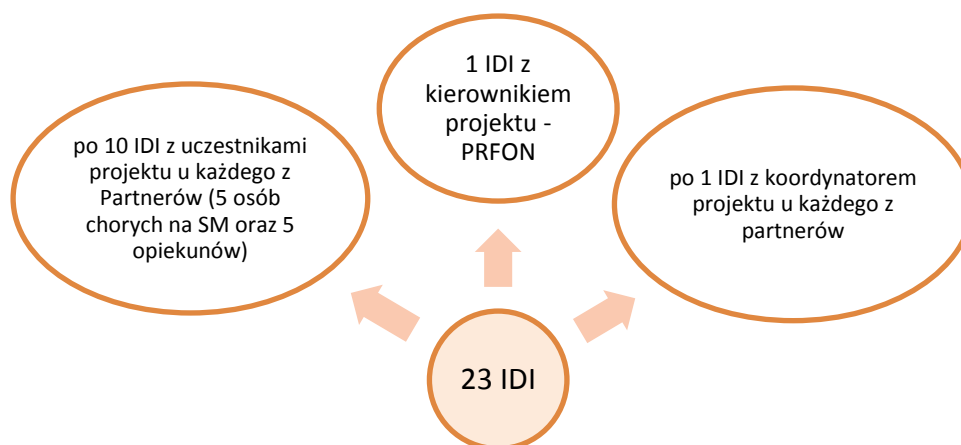
Wywiady indywidualne stanowiły cenne źródło wiedzy o projekcie, gdyż pozwalały zagłębić się w obszary nieopisane w dokumentacji projektowej: aspekty związane z komunikacją pomiędzy Liderem a Partnerami, codzienne zajęcia osób organizujących projekt, motywacyjną i organizacyjną ścieżkę podejmowania nauki i pracy przez osoby z niepełnosprawnościami objęte projektem.

Wywiady z kadrą projektu stanowiły podstawowe źródło informacji o przebiegu projektu oraz o ewentualnych problemach 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 stanowiły barierę w osiągnięciu celów?

Istotne było również pozyskanie szczegółowych informacji od osób uczestniczących w projekcie. Stanowiły one uzupełnienie ilościowych wyników badania i przyczynek do wyjaśnienia tendencji zdiagnozowanych na tej podstawie.

Próba badawcza



Standaryzowane wywiady telefoniczne (CATI)

Wywiady kwestionariuszowe zostały przeprowadzone wśród uczestników projektu – osób z SM oraz ich opiekunów. Ich tematem była ocena trafności oraz skuteczności projektu w kontekście potrzeb i możliwości zdrowotnych osób niepełnosprawnych. Uzyskane informacje pozwoliły na zestawienie danych ilościowych i jakościowych w odniesieniu do form wsparcia i organizacji projektu.

Wywiady z uczestnikami projektu stanowiły podstawowe źródło informacji o tym, w jaki sposób oceniają oni projekt. Ponadto pozwoliły na określenie adekwatności samego projektu do potrzeb osób z SM. Wywiady dostarczyły więc niezbędnych informacji dotyczących 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

Badanie z osobami chorymi na SM

Zrealizowano 457 wywiadów CATI. Dobór próby uwzględniał dwie warstwy – organizację, w ramach której beneficjent uczestniczył w projekcie oraz płeć beneficjentów. Jako że PTSR rekrutuje 75% ogółu uczestników projektu, a Fundacja 25%, taki sam udział procentowy zastosowany został w próbie. W konsekwencji struktura próby badawczej prezentuje się w następujący sposób:

Tabela 3 Struktura próby badawczej przedstawiającej populację OSM uczestniczących w projekcie

Partner Płeć	Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego (Oddział w Łodzi)			Fundacja na Rzecz Chorych na SM im. bł. Anieli Salawy		
	Liczba osób z SM objętych wsparciem w ramach projektu	Odsetek osób z SM w populacji	Liczba osób z SM w próbie	Liczba osób z SM objętych wsparciem w ramach projektu	Odsetek osób z SM w populacji	Liczba osób z SM w próbie
Kobiety	360	60%	206	120	60%	68
Mężczyźni	240	40%	137	80	40%	46
Ogółem	600	100%	343	200	100%	114

Źródło: Opracowanie własne – Collect Consulting S.A. na podstawie wniosku o dofinansowanie

Badanie z opiekunami

Z opiekunami osób chorych na SM przeprowadzono 340 wywiadów telefonicznych. Dobór próby uwzględniał organizację, w ramach której beneficjent uczestniczył w projekcie. Liczebność w warstwach została ustalona proporcjonalnie do występowania zjawiska w populacji.

4.4 Sposób prowadzenia badania

Badanie zostało podzielone na 7 wzajemnie powiązanych ze sobą etapów. Niektóre z działań w poszczególnych fazach ewaluacji miały charakter następstw wynikowych, inne były realizowane równocześnie. Konieczność taka wynikała ze struktury i charakteru prowadzonych badań.

Plan badania przedstawiał się następująco:

- etap I Przygotowanie raportu metodologicznego
- etap II Zgromadzenie materiału badawczego oraz zapoznanie się z literaturą przedmiotu
- etap III Zaprojektowanie i zaplanowanie badań jakościowych i ilościowych
- etap IV Realizacja badań terenowych
- etap V Analiza danych
- etap VI Opracowanie raportu końcowego

W pierwszym etapie badania miało miejsce opracowanie raportu metodologicznego.

Na podstawie raportu oraz uwag, które przesłał zamawiający, zespół badawczy zgromadził dokumentację niezbędną do dalszej pracy. W tej fazie przeprowadzona została analiza *desk research*, która była kontynuowana także w toku innych działań realizowanych w trakcie ewaluacji.

Trzeci etap ewaluacji polegał na zaprojektowaniu i zaplanowaniu badań jakościowych i ilościowych. W tym celu zespół badawczy doprecyzował narzędzia badawcze – scenariusze i kwestionariusze wywiadów, opracował bazę danych do badania CATI (na podstawie bazy PEFS przekazanej przez zamawiającego), przeprowadził rekrutację respondentów.

W czwartym etapie zrealizowane zostały badania terenowe. Rozpoczęcie tego etapu to szkolenie moderatorów i ankieterów. Przeprowadzone badania terenowe poddane zostały kontroli kierownika badania.

W piątym etapie badania opracowano transkrypcje, dokonano analizy statystycznej danych ilościowych, a także analizy eksperckiej jakościowego materiału badawczego.

W szóstym etapie przeanalizowany materiał badawczy wraz ze stosownymi wnioskami został ujęty w raporcie końcowym.

4.5 Ograniczenia procesu ewaluacyjnego

Przeprowadzenie badania ewaluacyjnego wśród osób z niepełnosprawnościami wymagało zapewnienia im odpowiednich warunków. Uwzględniono występowanie dodatkowych trudności wynikających ze stanu zdrowia osób objętych badaniem. Ponadto z uwagi na fakt, iż badanie miało charakter badania społecznego, w trakcie jego realizacji wystąpiły klasyczne ograniczenia wynikające z interakcji społecznych.

W procesie badawczym, którego rezultatem jest niniejszy dokument, wystąpiły następujące ograniczenia badawcze:

- Wycofanie się osób z niepełnosprawnościami z udziału w wywiadach indywidualnych na krótko przed zaplanowanym terminem badania. W dniu zaplanowanego spotkania pogoda nie sprzyjała dobremu samopoczuciu osób z SM, na skutek czego część z zaproszonych nie przybyła na spotkanie.

Działania zaradcze:

Miejsce i czas prowadzenia wywiadów indywidualnych były dostosowane do potrzeb i możliwości osób niepełnosprawnych. Przed spotkaniem moderator wywiadu kontaktował się z respondentem i, w przypadku wystąpienia takiej konieczności, termin badania był zmieniany.

- Męczliwość u osób z SM, na skutek czego wywiady, zwłaszcza pogłębione, musiały zostać maksymalnie skondensowane.

Działania zaradcze:

Scenariusz wywiadu został ograniczony do najważniejszych pytań. Istotna w tym wypadku była rola moderatorów, którzy prowadzili spotkania w sposób umożliwiający zgromadzenie wszystkich niezbędnych danych przy jednoczesnym skróceniu czasu spotkania maksymalnie do jednej 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.

Działania zaradcze:

Po zapoznaniu się ze specyfiką choroby, Wykonawca 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 używanie prostego języka oraz podawanie konkretnych przykładów

- Przebywanie respondentów poza miejscem zamieszkania ze względu na wyjazd na turnus rehabilitacyjny lub wakacje.

Działania zaradcze:

Wykonawca, przewidując możliwość wystąpienia tego typu trudności, sporządził zapasową listę respondentów do badań jakościowych IDI, zawierającą osoby, których sytuacja zawodowa miała zostać poddana analizie w ramach studium przypadku. W badaniu ilościowym, w przypadku kilkakrotnie nieudanej próby nawiązania kontaktu z respondentem lub uzyskania informacji o jego wyjeździe, z bazy dobierana była inna osoba, spełniająca przyjęte kryteria doboru próby badawczej.

- Trudności w nawiązaniu kontaktu telefonicznego z opiekunami biorącymi udział w projekcie w ramach działań Fundacji.

Działania zaradcze:

Zespół badawczy wielokrotnie podejmował próbę nawiązania kontaktu z respondentami o zróżnicowanych porach dnia. Ponieważ działania te okazały się niewystarczające, zwrócono się do Zamawiającego z prośbą o weryfikację nieprawidłowych oraz nieaktywnych numerów telefonów. Po uzyskaniu zweryfikowanych kontaktów, przeprowadzono wywiady.

- Brak czasu opiekunów osób z SM na udział w badaniu.

Działania zaradcze:

W celu zapewnienia opiekunom możliwości udziału w badaniu, Wykonawca starał się organizować spotkania w czasie najdogodniejszym dla respondenta: w godzinach popołudniowych lub w weekendy.

5 Analiza i ocena dokumentów programowych i projektowych

Dokumentacja programowa

W ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki osoby niepełnosprawne zostały zakwalifikowane do jednej z grup znajdujących się w szczególnie trudnej sytuacji na rynku pracy. W związku z tym uznano, że wymagają one intensywniejszych działań aktywizacyjnych, niż osoby zdrowe. Brak aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych sprawia, że są one zagrożone wykluczeniem społecznym. Jak wspomniano powyżej, ta trudna sytuacja została dostrzeżona i uwzględniona w działaniach zaplanowanych do realizacji w ramach PO KL w latach 2007-2013. Szczególną uwagę na ten problem zwrócono formułując cel 2 PO KL: „Zmniejszenie obszarów wykluczenia społecznego”. Zgodnie z zapisami dokumentów programowych efektem działań podjętych w latach 2007-2013 miał być: „wzrost wartości wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych w wieku 15–64 lat z 17,3% do 23%”.¹⁵

Działania skierowane do osób niepełnosprawnych w ramach PO KL na szczeblu centralnym (ogólnokrajowym) były możliwe do realizacji w ramach Priorytetu I „Zatrudnienie i Integracja Społeczna”. Szczegóły wsparcia osób niepełnosprawnych określało Poddziałanie 1.3.6, w ramach którego projekty realizował beneficjent systemowy – Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Realizowane projekty mogły obejmować następujące działania:

- „ekspertyzy i badania dotyczące diagnozy potrzeb, efektywności form wsparcia oraz aktywizacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych, powiązane z konkretnymi działaniami wdrożeniowymi;
- ogólnokrajowe i ponadregionalne projekty aktywizacji zawodowej i integracji społecznej, skierowane do osób z niepełnosprawnością i ich otoczenia (ze szczególnym uwzględnieniem wykorzystania nowoczesnych technologii oraz projektów promujących elastyczne i innowacyjne formy zatrudnienia);
- identyfikacja i promocja najlepszych rozwiązań z zakresu pomocy osobom niepełnosprawnym;
- kampanie informacyjne, skierowane m.in. do pracodawców, w celu zachęcania ich do zatrudniania osób niepełnosprawnych”.¹⁶

W projektach objętych Poddziałaniem 1.3.6 mogły brać udział:

- „osoby niepełnosprawne z rzadko występującymi niepełnosprawnościami i niektórymi niepełnosprawnościami sprzężonymi;
- rodziny i członkowie najbliższego otoczenia osób niepełnosprawnych;
- instytucje i podmioty bezpośrednio realizujące zadania na rzecz osób niepełnosprawnych;
- pracodawcy;
- partnerzy społeczno-gospodarczy;
- osoby wspierające zatrudnienie osób niepełnosprawnych”.¹⁷

¹⁵ Program Operacyjny Kapitał Ludzki Narodowe Strategiczne Ramy Odniesienia 2007-2013, Warszawa 15.04.2014.

¹⁶ Szczegółowy Opis Priorytetów Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007-2013, Warszawa 01.07.2014.

¹⁷ Ibidem.

Powyższe założenia PO KL, dotyczące osób niepełnosprawnych, są zgodne z priorytetami „Strategii Polityki Społecznej na lata 2007-2013”¹⁸, czyli z kompleksową rehabilitacją i aktywizacją osób niepełnosprawnych. Zapis analizowanego programu wpisuje się także w zakres priorytetów polityki spójności Unii Europejskiej, określonych w „Strategicznych Wytycznych Wspólnoty na lata 2007—2013”. Ma to miejsce przede wszystkim poprzez zwiększenie udziału osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, w tym osób niepełnosprawnych, w kształceniu zawodowym i szkoleniach, a także umożliwienie im udziału w rehabilitacji. Dodatkowo dzięki działaniom skierowanym do osób z otoczenia osób niepełnosprawnych oraz ich potencjalnych pracodawców, projekty realizowane w ramach Poddziałania 1.3.6 mają także na celu zwalczanie negatywnego obrazu osoby niepełnosprawnej jako pracownika i walkę z przejawami dyskryminacji w miejscu pracy. To kolejny wymiar, w obrębie którego analizowany program wpisuje się w Strategiczne Wytyczne Wspólnoty.¹⁹

Ocena dokumentów programowych

Biorąc pod uwagę oczekiwaną docelową wartość wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych w wieku 15-64 lata, który ma wzrosnąć o niespełna 6%, efekt końcowy może wydawać się niezbyt ambitny. Oceniając założenia dokumentacji programowej należy jednak pamiętać, że Poddziałanie 1.3.6 było skierowane przede wszystkim do osób z niepełnosprawnościami rzadkimi oraz sprzężonymi²⁰. Osoby takie zwykle nie miały możliwości wzięcia udziału w innych projektach, gdyż ich stan zdrowia utrudniał udział w tego typu inicjatywach. W wyniku czego, często przez lata były bierne i niechętnie podchodziły do zmiany swojej sytuacji społecznej, którą niewątpliwie udział w tego typu działaniach narzucał. Dlatego wydaje się, że założenia, które poczyniono w ramach PO KL były realne do osiągnięcia i można je traktować przynajmniej jako częściową odpowiedź na specyficzne potrzeby grupy docelowej.

Dokumentacja projektowa

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”²¹, dotyczącym Priorytetu I i opracowanym przez Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich. Obejmował on następujące założenia:

- 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.

Z analizy zapisów wniosków o dofinansowanie wynika, że projekt został powierzony do realizacji następującym beneficjentom:

- Lider projektu: PFRON;
- Partner projektu: PTSR Oddział Łódź;

¹⁸ Strategia Polityki Społecznej na lata 2007-2013, Warszawa 13.09.2005.

¹⁹ DECYZJA RADY z dnia 6 października 2006 r. w sprawie strategicznych wytycznych Wspólnoty dla spójności (2006/702/WE).

²⁰ Źródło: <http://www.kapitalludzki.gov.pl/o-programie/priorytet-i/dzialanie-13/poddzialanie-136/>

²¹ Plan działania na rok 2012 Program Operacyjny Kapitał Ludzki.

- Partner projektu: Fundacja na Rzecz Chorych na SM im. bł. Anieli Salawy.

Partnerstwo w projekcie wynikało z zapisów „Planu Działania PO KL na rok 2012”. Wyboru Partnerów dokonał Lider: PFRON. Procedura wyboru przebiegała w następujący sposób: Lider ogłosił nabór partnerów do projektu (organizacje pozarządowe). W ramach pierwszego naboru wyłoniono partnerów projektu, jednak został on unieważniony z przyczyn formalnych. Ogłoszono drugi nabór, w ramach którego na Partnerów wybrano Fundację (po raz drugi) oraz PTSR²².

W projekcie przewidziano działania, które zakładały kompleksowe wsparcie osób niepełnosprawnych (założone działania omówiono w rozdziale „Charakterystyka projektu”) i które tym samym wpisały się w założenia „Strategii Polityki Społecznej”. Należy również podkreślić, że zaplanowane działania projektowe odpowiadały kierunkom zawartym w „Planie działań na rzecz osób niepełnosprawnych 2006-2015”.

Badany projekt wpisuje się w cele PO KL w następującym zakresie:

Tabela 5 Cele Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki a cele projektu pn. "Wsparcie osób ze stwardnieniem rozsianym, w tym z niepełnosprawnościami sprzężonymi, na rynku pracy"

Cele PO KL	Cele projektu
Upowszechnienie i wdrażanie ogólnopolskich i ponadregionalnych programów wspierających zatrudnienie i integrację społeczną.	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.

Źródło: Na podstawie dokumentacji programowej oraz dokumentacji projektowej „Wsparcie osób ze stwardnieniem rozsianym, w tym z niepełnosprawnościami sprzężonymi, na rynku pracy”

Porównanie z wynikami ewaluacji mid-term

W kontekście głównego celu projektu zapisy dokumentów programowych oraz projektowych nie uległy zmianie pomiędzy prowadzeniem ewaluacji mid-term a ewaluacją ex-post. Należy jednak podkreślić, że zmianie uległy wartości docelowe niektórych rezultatów projektu (zmiana ta została omówiona w dalszej części raportu). Na etapie ewaluacji mid-term zdiagnozowano, że przy ustalaniu szczegółów dotyczących form wsparcia korzystano z doświadczenia zdobytego podczas realizacji innych projektów w ramach Poddziałania 1.3.6 PFRON, jednak nie wzięto pod uwagę wyników badań ewaluacyjnych. Wzorowano się jedynie na dobrych praktykach wynikających z realizacji innych przedsięwzięć.

Działania zaplanowane w projekcie były zgodne z dokumentami projektowymi, gdyż wpisywały się w rodzaje wsparcia przewidziane w ramach Poddziałania 1.3.6:

²² Na podstawie IDI z kierownikiem projektu przeprowadzonego na etapie ewaluacji mid-term.

Tabela 6 Działania przewidziane w ramach Poddziałania 1.3.6 a wsparcie zaplanowane w ramach projektu "Wsparcie osób ze stwardnieniem rozsianym, w tym z niepełnosprawnościami sprzężonymi, na rynku pracy"

Działania przewidziane w ramach Poddziałania 1.3.6 PO KL	Działania przewidziane w projekcie
Ekspertyzy i badania dotyczące diagnozy potrzeb, efektywności form wsparcia oraz aktywizacji zawodowej i społecznej wobec osób niepełnosprawnych, powiązane z konkretnymi działaniami wdrożeniowymi.	X
Ogólnokrajowe i ponadregionalne projekty aktywizacji zawodowej i integracji społecznej, skierowane do osób niepełnosprawnych i ich otoczenia (ze szczególnym uwzględnieniem wykorzystania nowoczesnych technologii oraz projektów promujących elastyczne i innowacyjne formy zatrudnienia).	<p>Działania skierowane do osób niepełnosprawnych z terenu całego kraju:</p> <ul style="list-style-type: none"> • konsultacje dla beneficjentów prowadzone przez specjalistów „niezależnego życia”, • spotkania grupowe z pracodawcami, • grupowe zajęcia motywacyjne, • szkolenia językowe, • wyjazdowe warsztaty komunikacji interpersonalnej, • indywidualne i grupowe wsparcie psychologiczne, prawne, doradcy zawodowego, • Warsztaty Aktywizacji Zawodowej i Społecznej, • szkolenia i kursy podnoszące kwalifikacje zawodowe, praktyczna nauka zawodu, staże rehabilitacyjne, • wsparcie w rozpoczęciu nauki, • spotkania grupowe z pracodawcami.²³ <p>Działania skierowane do osób z otoczenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • doradztwo prawne, • wsparcie psychologiczne, • warsztaty promocji aktywności społeczno-zawodowej osób niepełnosprawnych wśród opiekunów.²⁴
Identyfikacja i promocja najlepszych rozwiązań z zakresu pomocy osobom niepełnosprawnym.	<ul style="list-style-type: none"> • Opracowanie i rozdysponowanie 600 egzemplarzy podręcznika dobrych praktyk.
Kampanie informacyjne skierowane m.in. do pracodawców w celu zachęcania ich do zatrudniania osób niepełnosprawnych. ²⁵	<ul style="list-style-type: none"> • 2 konferencje upowszechniające rezultaty projektu (w tym jedna konferencja prasowa). • Bieżące prowadzenie strony internetowej projektu oraz interaktywnych stron projektu Partnerów.

Źródło: Na podstawie dokumentacji programowej oraz dokumentacji projektowej „Wsparcie osób ze stwardnieniem rozsianym, w tym z niepełnosprawnościami sprzężonymi, na rynku pracy”

Rezultaty twarde projektu zostały założone w sposób adekwatny do wymogów programowych. Zaś oceniając rezultaty miękkie za pomocą techniki S.M.A.R.T można niestety zauważyć, że w tym aspekcie założenia wniosku nie są do końca prawidłowe. Technika S.M.A.R.T polega na ocenie celów i wskaźników za pomocą następujących kryteriów:

- **„S** – konkretne, szczegółowe, proste (ang. Specific/ Simple) – szczegółowo opisane i powiązane z konkretnymi problemami oraz prosto skonstruowane.
- **M** – mierzalne (ang. Measurable) – tak, by można było stwierdzić, czy cele (wartości docelowe wskaźnika) faktycznie zostały osiągnięte; umożliwiające rozpoznanie osiągnięcia celu przez

²³ Opracowane na podstawie zapisów wniosku o dofinansowanie punkt 3.3. Zadania str. 8-10 oraz szczegółowego budżetu projektu str. 17-72.

²⁴ Ibidem.

²⁵ Szczegółowy Opis Priorytetów Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007-2013, Warszawa 01.07.2014.

odwołanie do konkretnych wskaźników (obserwowalnych, mierzalnych, odczuwalnych); sprawdzalne. Możliwe do zmierzenia przy użyciu odpowiednich narzędzi.

- **A** – dostępne (ang. Achievable) – informacje potrzebne do pomiaru wskaźnika są lub będą dostępne podczas realizacji projektu po akceptowalnym koszcie.
- **R** – realistyczne (ang. Realistic/ Relevant) – realne do osiągnięcia; możliwe do wykonania lub urzeczywistnienia przy dostępnych zasobach.
- **T** – określone w czasie (ang. Timed/ Time lined/ Timely defined) – powinien zostać określony termin, w jakim zostanie osiągnięta założona we wniosku aplikacyjnym wartość wskaźnika, jak również częstotliwość jego pomiaru²⁶.

Do rezultatów miękkich, które spełniają niemal wszystkie kryteria analizy S.M.A.R.T. należą:

- Wzrost koncentracji uwagi i zadaniowości u osób objętych wsparciem o 30%.
- Wzrost wiedzy wśród osób z najbliższego otoczenia OSM na temat możliwych rozwiązań prawnych dla ON i ich najbliższego otoczenia o 40%.

Jedynym kryterium, którego nie spełniają sformułowane w ten sposób rezultaty jest kryterium określenia w czasie („T”). We wniosku o dofinansowanie nie sprecyzowano mianowicie częstości pomiaru. Ten problem dotyczy także pozostałych wskaźników, jednak nie stanowi on bezpośredniego zagrożenia związanego z osiągnięciem zakładanych wartości.

Pozostałe spośród sformułowanych rezultatów w większości spełniają kryterium dotyczące realności („R”). Tylko jeden z nich: „Zdobycie wiedzy na temat funkcjonowania rynku pracy i nawiązywanie relacji zawodowych u osób objętych wsparciem o 40%” należy uznać za niespełniający wymagań tego kryterium. Uczestnicy przystępujący do projektu mieli różny poziom wiedzy na temat rynku pracy, niemożliwy jest więc do zrealizowania wzrost tej wiedzy aż o 40% u każdego z nich. Gdyby projekt zakładał grupę homogeniczną pod względem wcześniejszego doświadczenia zawodowego, czy wiedzy o rynku pracy, wówczas takie założenie rzeczywiście byłoby realne do osiągnięcia.

Badane rezultaty w czterech na sześć przypadków spełniają kryterium dotyczące szczegółowości („S”). Problematyczne w tym zakresie są wskaźniki:

- Zwiększenie wiary we własne siły i motywacji do aktywności zawodowej i społecznej oraz zwiększenie poczucia odpowiedzialności u osób objętych wsparciem o 40%.
- Zmiana postaw wobec samodzielnej aktywności społecznej i zawodowej osób z otoczenia chorych na SM o 30%.

Pierwszy wskaźnik obejmuje kilka odrębnych elementów i odnosi się jednocześnie do kilku zmian jakie miałyby nastąpić u uczestników, jednak zmiany te nie są ze sobą tożsame i ich występowanie nie musi być wzajemnie warunkowane. Oznacza to, że zwiększenie wiary we własne siły niekoniecznie będzie miało bezpośrednie przełożenie na zwiększenie poczucia odpowiedzialności. Drugi rezultat określony został nieprecyzyjnie, gdyż nie wskazuje jaka zmiana postawy ma mieć miejsce wskutek realizacji projektu.

Połowa badanych rezultatów nie spełniła wymagań określanych przez kryterium mierzalności („M”). Do tej grupy należą:

²⁶ Podręcznik wskaźników Program Operacyjny Kapitał Ludzki 2007-2013, Warszawa styczeń 2012.

- Zwiększenie wiary 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%.
- Zmiana postaw wobec samodzielnej aktywności społecznej i zawodowej osób z otoczenia chorych na SM o 30%.

Dokumentacja projektowa nie definiuje precyzyjnie w jaki sposób należy określić wartość wzrostu. Powoduje to, że trudno określić co dokładnie oznacza i w jaki sposób zostanie określone np. wymagane 40% wzrostu (co można uznać za zwiększenie w skali 5%, 10%, 20%, itd.).

Wszystkie z badanych rezultatów spełniały kryterium dotyczące dostępności („A”).

Oceniając sposób formułowania wskaźników, należy mieć na uwadze, że na etapie przygotowania dokumentacji nie było możliwości przeprowadzenia dodatkowych analiz czy też ewaluacji ex-ante, której wyniki mogłyby zostać wykorzystane przy opracowywaniu rezultatów miękkich.

Ocena dokumentacji projektowej

Jak wynika z przeprowadzonej analizy dokumentacji projektowej, założenia projektu „Wsparcie osób ze stwardnieniem rozsianym, w tym z niepełnosprawnościami sprzężonymi, na rynku pracy” wpisują się w założenia Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007-2013.

Wstępne założenia określające cele projektu, działania oraz wskaźniki należy ocenić jako poprawne. Jako nieadekwatne do potrzeb uczestników należy natomiast ocenić podejście Partnerów do świadczenia wsparcia alternatywnie, w dwóch odrębnych formach (stacjonarnej albo wyjazdowej). Jak pokazała praktyka projektowa tak ścisły podział się nie sprawdził. Partnerzy pod wpływem potrzeb uczestników projektu wprowadzili różne formy świadczenia wsparcia, a wspomniany powyżej pierwotny podział okazał się niepotrzebny. Ostatecznie doprowadziło to do zmiany na poziomie zarządzania projektem (po analizach efektywności obu form wsparcia).

Oceniając dokumentację projektową należy także zwrócić uwagę na nieścisłości, jakie pojawiły się przy określaniu wskaźników. Problemem było nieprecyzyjne sformułowanie wskaźnika dotyczącego podjęcia edukacji, który w pierwszym Szczegółowym Opisie Projektu zakładał możliwość kwalifikowania kontynuowania nauki jako formy wsparcia (takie były założenia zarówno Lidera jak i Partnerów). Po skorygowaniu opisu wskaźnika (wskutek wyjaśnień z CRZL, które definiowały tego typu wsparcie jako niekwalifikowalne), podjęte wcześniej działania nie mogły być kontynuowane ani finansowane ze środków projektowych. Omawianą nieścisłość w zapisach dokumentacji projektowej należy ocenić jako negatywnie wpływającą na proces realizacji projektu.

Druga nieścisłość pojawia się w przypadku rezultatów miękkich, w szczególności tych skierowanych do osób chorych na SM. W większości zostały one nieprecyzyjnie sformułowane i w tym zakresie nie spełniają wymagań określonych w dokumentacji programowej. Należy jednak pamiętać, że w takim kształcie zostały one zaakceptowane przez Instytucję Wdrażającą.

Podsumowanie

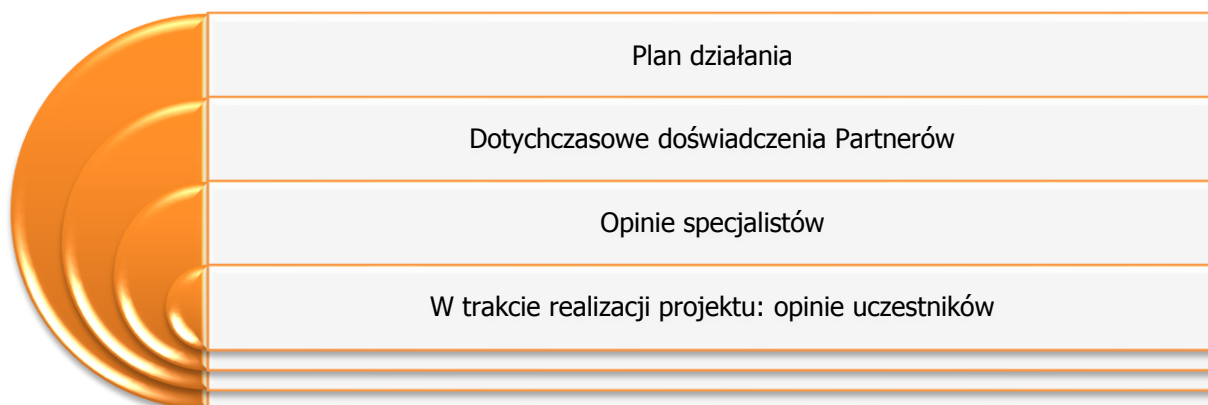
Dokumenty programowe zostały określone poprawnie, wpisują się one zarówno w krajową jak i unijną politykę wsparcia osób niepełnosprawnych w zakresie aktywności społecznej i zawodowej. Dokumentacja projektowa również w znacznym stopniu została sporządzona poprawnie, wpisuje się ona w założenia Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki.

6 Analiza i ocena procesu realizacji projektu

W niniejszym rozdziale zawarto analizę i ocenę procesu realizacji projektu. Uwzględniają one m.in. etap planowania projektu, zarządzania projektem, komunikację w projekcie, zmiany w sposobie realizacji zaplanowanych działań oraz poziom osiągnięcia celów i wskaźników projektu.

6.1 Planowanie projektu

Rysunek 1 Proces planowania projektu



Źródło: Na podstawie raportu końcowego z ewaluacji mid-term projektu „Wsparcie osób ze stwardnieniem rozsianym w tym z niepełnosprawnościami sprzężonymi na rynku pracy”.

Na etapie ewaluacji mid-term stwierdzono, iż szczegółowe ustalenia dotyczące realizacji projektu powstały w oparciu o dotychczasowe doświadczenia Partnerów, zdobyte podczas wieloletniej pracy z osobami niepełnosprawnymi chorymi na SM. Ostateczne decyzje były konsultowane z ekspertami. Lider planował działania korzystając również z doświadczenia nabytego w trakcie wdrażania dotychczasowych projektów.

W ramach badania mid-term ustalono, że słusznym było opracowanie szczegółowych założeń planowanego wsparcia na podstawie specjalistycznego ustalenia zakresu organizowanych zajęć. Jak pokazały wnioski z badania śródkresowego, przy określaniu tematyki zajęć nie należało opierać się wyłącznie na deklaracjach uczestników. Część z nich nie była świadoma wszystkich swoich potrzeb związanych z aktywizacją społeczno-zawodową. Często potrzeby te były przez nich odkrywane dopiero w momencie uczestnictwa w konkretnych zajęciach.

Czas realizacji projektu przewidziano na okres dwóch lat, tj. od 01.12.2012 do 30.11.2014, wysokość budżetu została określona na kwotę 6 000 000 zł (w tym kwota dofinansowania wynosiła 5 099 999,91 zł). Koszt przewidziany na jednego uczestnika wynosił 4 195,80 zł. Po uzyskaniu ostatecznej akceptacji planu projektu, który został zawarty we wniosku o dofinansowanie, rozpoczęto etap realizacji.

6.2 Zarządzanie projektem

W tym rozdziale przedstawiono proces zarządzania projektem i, na podstawie zgromadzonego materiału badawczego, dokonano jego oceny.

Zgodnie z zapisami wniosku o dofinansowanie, zarządzanie projektem zostało powierzone Grupie Sterującej Projektem. Za zarządzanie działaniami projektowymi w imieniu każdego beneficjenta odpowiedzialni byli koordynatorzy projektu. Partnerzy odpowiadali za poprawną realizację wsparcia

w ramach przypisanych im zadań (skierowanie do osób z SM oraz osób z ich otoczenia). W ramach projektu ustalono następującą strukturę:

Rysunek 2 Struktura zarządzania projektem



Źródło: Na podstawie dokumentacji projektu.

W projekcie wyraźnie rozdzielono zadania powierzone obydwu Partnerom (poprzez podział terytorialny prowadzonych działań). Właśnie ze względu na ten podział oraz specyfikę projektu nie przewidziano współpracy pomiędzy Partnerami na etapie realizacji wsparcia. Budżet projektu nie przewidywał możliwości finansowania działań, które mogłyby ją zacieśnić np. częstych spotkań roboczych czy wzajemnych wizyt studyjnych pracowników każdego Partnera. W ocenie zespołu badawczego, wdrożenie tego typu rozwiązań stanowiłoby źródło wymiany doświadczeń i okazję do nawiązania współpracy, która mogłaby być kontynuowana również po zakończeniu realizacji projektu. Te elementy stanowiłyby wartość dodaną, której tutaj, ze względu na ograniczenia projektowe, zabrakło.

Ocena procesu zarządzania

Jak wynika z przeprowadzonych analiz, GSP sprawnie zarządzała projektem, a na posiedzeniach monitorowała postępy jego realizacji. Wskazywała również na ryzyka i zagrożenia, które wystąpiły lub mogłyby wystąpić bez podjęcia odpowiednich kroków zaradczych. W przypadku gdy zaistniało tego typu zagrożenie, członkowie grupy potrafili wspólnie ustalić różne scenariusze, które miały za zadanie minimalizowanie ewentualnego ryzyka. Podczas badania nie odnotowano, by współpraca w ramach GSP przebiegała w sposób problemowy.

Podsumowanie:

Zarówno struktura projektu jak i zarządzanie nim przez GSP zostały ocenione pozytywnie – nie pojawiły się w ich obrębie trudności, które mogłyby mieć negatywny wpływ na realizację planowanych działań.

6.3 Komunikacja w projekcie

W niniejszym rozdziale analizie został poddany proces komunikacji pomiędzy Liderem a Partnerami projektu oraz pomiędzy samymi Partnerami.

Jak wynika z analizy dokumentacji, komunikacja miała przebiegać przede wszystkim pomiędzy Liderem a Partnerami. Poza kontaktem w ramach Grupy Sterującej Projektem, nie zakładano utrzymania stałej relacji pomiędzy Partnerami.

Podczas realizacji zadań wykorzystywano następujące formy komunikacji:

- ⇒ kontakt telefoniczny;
- ⇒ kontakt mailowy;
- ⇒ kontakt bezpośredni (spotkania w ramach Grupy Sterującej Projektem oraz spotkania robocze – forma ta występowała najrzadziej).

Poza spotkaniami w ramach Grupy Sterującej Projektem, partnerzy kontaktowali się ze sobą rzadko, najczęściej w celu weryfikacji czy dany uczestnik nie został wcześniej zrekrutowany przez drugą stronę.

Porównanie z wynikami ewaluacji mid-term

Na etapie ewaluacji mid-term zdiagnozowano pewne problemy komunikacyjne w ramach relacji PFRON-Fundacja. Głównymi trudnościami, na które wskazywał Partner, była przewaga kontaktu telefonicznego nad mailowym i brak mailowego potwierdzenia telefonicznych ustaleń. Tego typu problemy utrudniały realizację projektu, gdyż Partner nie zawsze pamiętał o szczegółach ustaleń telefonicznych, a ze względu na brak wiadomości mailowych, nie mógł do nich powrócić.

Z rozmów przeprowadzonych z przedstawicielami Lidera oraz Fundacji wynika, że po badaniu śródkresowym kwestia komunikacji uległa poprawie: *Pamiętam, że było spostrzeżenie, że ta komunikacja jest jakaś trudna. Nie kryje, że Lider jakby wzmógł swoje działania w zakresie tej relacji i to się np. przekłada na informowanie nas na piśmie i jest to bardzo ważne, bo zawsze można do tego sięgnąć. I to poinformowanie na piśmie o realizacji konkretnego działania, o zasadach, o zmieniających się przepisach, o wymogach, które się pojawiają, bo gdzieś tam w UE zapadną takie decyzje. Więc jesteśmy na bieżąco informowani, a oprócz tego, że do mnie i np. do biura projektu, do prezesa, są wysyłane takie wiadomości, to również do wszystkich pracowników etatowych. Także, no tu to oceniam bardzo dobrze.* (FK I). W rozwiązaniu, które zastosowano Lider projektu dostrzega pewne wady: *Stosujemy praktykę, że wysyłamy informację do całego zespołu, bo zakres obowiązków się dubluje. Nie można wysłać na jeden adres, jak do PTSR i jest reakcja, to wysyłamy do wszystkich: na adres biura, do prezesa, żeby nie było sytuacji, w której to umyka. Co też nie jest dobre, bo nie wiadomo, kto na tego maila ma odpowiedzieć i musi być to w tym mailu wskazane. Jest to jakiś sposób, aby między sobą wiedzieli, jaki jest komunikat z naszej strony, ale na pewno nie wpłynie to na komunikację pomiędzy nami i nimi.* (FK II).

Wniosek

Pomimo że Lider projektu dostrzega pewne wady wprowadzonego usprawnienia w sposobie komunikowania się z Fundacją, działania te należy ocenić pozytywnie. Dzięki wzmożonemu kontaktowi mailowemu, Fundacja miała większą możliwość weryfikacji i śledzenia na bieżąco ustaleń związanych z procesem realizacji projektu. W związku z tym, że zespół Fundacji był mniejszy niż w przypadku drugiego Partnera, a zadania były rozdzielane pomiędzy kilka osób, działania tego typu pozwalały na dotarcie z informacją do wszystkich zainteresowanych, a nie tylko do jednego rozmówcy, który później mógłby nie mieć czasu i możliwości przekazania dokładnej informacji innym pracownikom.

Inaczej kwestie komunikacji postrzega Lider projektu, według którego nadal występują problemy, w szczególności w komunikacji wewnątrz Fundacji: *Komunikacja u Partnera dalej kuleje, zespół nadal się nie komunikuje. To widać w każdym wniosku o płatność. Przekazywane są dane w części opisowej i tabelarycznej i one są rozbieżne. Czyli robią to dwie osoby, które ze sobą nie rozmawiają i efekty są widoczne. Wygląda, że w ujęciu tabelarycznym jest napisane, że np. 5 osób podjęło naukę, a w opisie wynika jakoby 3. Ja dopytuję, dlaczego to się różni od siebie, to wynika, że jedno robił pan iksiński,*

a drugi jakaś pani... To wskazuje, że u nich ta komunikacja nie przebiega tak, jak powinna, skoro są takie rozbieżności w ramach jednego Partnera. (FK II).

Na etapie ewaluacji ex-post nie stwierdzono, aby rozwinęła się komunikacja pomiędzy Fundacją a PTSR. Zarówno Partnerzy jak i Lider projektu uważają, że podejmowanie tego typu kroków jest niepotrzebne. Jak twierdzi przedstawiciel Lidera, taki stan rzeczy jest zgodny z zapisami projektu i nie stanowi problemu dla jego realizacji: *Jeśli chodzi o komunikację pomiędzy Partnerami, to poziom organizacyjny Partnerów jest bardzo różny. (...) Nie mają możliwości spotykania się. I najważniejsze, że to nie jest zapisane w projekcie. Element wymiany doświadczeń nie jest istotnym elementem projektu. To nie jest wpisane w proces realizacji projektu jako coś, co ma się dzieć. Nie są zatem przewidziane żadne środki na wspólne wyjazdy i spotkania robocze, wzajemne wyjazdy, aby każdy z Partnerów mógł podpatrzeć u drugiego, co się u niego dzieje. Nie jest to wpisane jako zamierzone działanie. (FK II).*

Podsumowanie:

Oceniając komunikację w projekcie należy podkreślić, że uległa ona poprawie zwłaszcza jeśli chodzi o relację Fundacja-Lider. Dzięki wprowadzonym działaniom częściowo usprawniono proces realizacji projektu. W opinii Lidera problem z komunikacją nadal występuje w obrębie Fundacji, jednak należy się zastanowić nad jego przyczyną. Z uwagi na fakt, że przedstawiciele Fundacji nie zgłaszali znaczących kłopotów związanych z zarządzaniem czy organizacją komunikacji wewnątrz swojej organizacji, a przeprowadzone badania również nie dostarczyły istotnych informacji w tym zakresie (ten problem dostrzega Lider), trudno o sformułowanie jednoznacznego wniosku dotyczącego przyczyn powstawania omawianych problemów. Możliwe są następujące wyjaśnienia takiego stanu rzeczy:

- niewłaściwa organizacja pracy w zespole Fundacji;
- przeciążenie zadaniami pracowników zespołu Fundacji;
- czynniki takie jak: brak wiedzy, pośpiech, stres.

Obecnie nie można wskazać jednoznacznej przyczyny. Istnieje duże prawdopodobieństwo, że każda z powyższych możliwości wystąpiła w jakimś stopniu, wpływając na postrzeganie przez Lidera projektu wewnętrznej komunikacji w Fundacji jako funkcjonującej niepoprawnie.

6.4 Ocena elastyczności projektu w kontekście zmian w procesie realizacji zadań projektowych

W tym rozdziale autorzy raportu przedstawili proces realizacji zadań, które w trakcie projektu uległy zmianie. Dzięki przeanalizowaniu zmian w działaniach, które były szczególnie istotne ze względu na założone cele, możliwe było zbadanie elastyczności projektu i adekwatności wprowadzonych w nim modyfikacji.

Zmiany wyodrębnione na podstawie analizy dokumentacji projektowej (w tym wniosków o dofinansowanie, formularzy zmian, protokołów z posiedzenia Grupy Sterującej Projektem, sprawozdań ze spotkań roboczych, wywiadów IDI oraz wyników ewaluacji mid-term) dokonywały się w trzech obszarach: działania w zakresie wsparcia świadzonego osobom z SM, działania w zakresie wsparcia świadzonego osobom z otoczenia osób z SM, działania w zakresie obsługi projektu.

1. Działania w zakresie wsparcia świadczonego osobom z SM:

W czerwcu 2013 r. pojawiły się problemy z realizacją wsparcia świadczonego przez Fundację. Jak wynika z zapisów Protokołu posiedzenia Grupy Sterującej Projektem z dn. 28.06.2013 r., w maju 2013 roku nastąpiła tendencja spadkowa dotycząca liczby zrekrutowanych osób. Co więcej, w maju i czerwcu 2013 r. Fundacja nie zorganizowała żadnej z wcześniej zaplanowanych grup wsparcia. Jako przyczynę koordynator projektu podał rezygnację uczestników z przyjazdu do „Ostoi” na trzy dni przed planowanym terminem. W jego opinii, organizowanie wsparcia dla mniejszej grupy było nieekonomiczne, więc odwołano zaplanowany wyjazd. Problem niskiego poziomu rekrutacji uczestników utrzymywał się przez kilka kolejnych miesięcy. Dodatkowo w lipcu zdiagnozowano kolejny problem, który pojawił się po stronie Fundacji: do lipca 2013 r. Fundacja nie zorganizowała wsparcia dla osób z otoczenia osób chorych na SM²⁷. We wrześniu 2013 r. poziom rekrutacji w projekcie uległ poprawie, jednak nie rozwiązało to problemów, gdyż nadal widoczna była niechęć uczestników do kilkunastodniowego pobytu w ośrodku „Ostoja”²⁸. Wtedy też po raz pierwszy pojawiła się propozycja modyfikacji formy świadczonego wsparcia. Co więcej, Fundacja nadal borykała się z problemami organizacji działań dla osób z otoczenia chorych – ich przyczyną były kłopoty ze stworzeniem grupy, która liczyłaby co najmniej 20 osób²⁹. Odpowiedzią na te trudności miały być zmiany w zakresie świadczonego wsparcia (zmniejszenie liczebności grup, połączenie wsparcia psychologicznego i prawnego w jeden blok oraz świadczenie wsparcia w ramach pobytu z bliskimi w ośrodku „Ostoja”). Od tego momentu rozpoczęły się prace nad zmianami w projekcie tak, aby zwiększyć zainteresowanie uczestników udziałem w oferowanych zajęciach. Dnia 30.09.2013 r. do CRZL złożono wnioski o ich akceptację. Wśród proponowanych zmian znalazły się: propozycja organizacji w krakowskim biurze Fundacji zajęć z zakresu doradztwa zawodowego, wsparcia psychologicznego i prawnego; świadczenie wsparcia prawnego i psychologicznego dla opiekunów (w formie jednego bloku) oraz zwrot kosztów dojazdu na te zajęcia; zapewnienie możliwości pobytu opiekuna wraz z osobą chorą na SM w ośrodku „Ostoja” i świadczenie wsparcia przewidzianego dla osób z otoczenia chorych podczas takiego pobytu³⁰. W październiku 2013 r. Centrum zaakceptowało zaproponowane zmiany.³¹ Niestety w listopadzie 2013 r. Fundacja zrezygnowała z wprowadzenia części z nich. Powodem rezygnacji były kwestie organizacyjne (zorganizowanie w Krakowie wsparcia dla 50 osób z SM było niemożliwe, ze względu na brak miejsca i odpowiednich specjalistów, będących w stanie świadczyć adekwatne usługi).³² Wtedy też pojawiła się kolejna propozycja zmiany działań, mianowicie rozważano podzielenie dwutygodniowego pobytu na dwukrotny 7-dniowy turnus. Pod koniec ubiegłego roku Fundacja przedstawiła program naprawczy, jednak zawarte w nim propozycje nie były oparte na wcześniejszej diagnozie czynników wpływających na rezygnację z udziału w zajęciach realizowanych w Woli Batorskiej, stąd też nie został on przyjęty. Po spotkaniu GSP w grudniu 2013 roku, Partner dokonał diagnozy powodów rezygnacji uczestników z udziału w projekcie (poza wspomnianymi powyżej dwoma przypadkami rezygnacji z realizacji grupy wsparcia w maju i czerwcu, została odwołana również grupa planowana na przełom listopada i grudnia). Jak wynika z przeprowadzonych analiz, powody skłaniające uczestników do podejmowania takich kroków były zróżnicowane: najczęściej osoby rezygnowały ze względu na

²⁷ Protokół z posiedzenia Grupy Sterującej Projektem z dn. 26.07.2013 r.

²⁸ Protokół z posiedzenia Grupy Sterującej Projektem z dn. 20.09.2013 r.

²⁹ Ibidem.

³⁰ Na podstawie pisma przesłanego przez Lidera Projektu do CRZL z dnia 30.09.2013 r.

³¹ Na podstawie pisma przesłanego przez CRZL do Lidera z dn. 11.10.2013 r.

³² Protokół z posiedzenia Grupy Sterującej Projektem z dn. 28.11.2013 r.

pogorszenie się ich stanu zdrowia (3 osoby), 2 znalazły pracę, 2 nie były zainteresowane aktywizacją zawodową, 1 nie mogła zostawić osoby zależnej bez opieki, 1 należała do oddziału terenowego PTSR.³³

Wyniki diagnozy wykorzystano w przedstawionym dn. 10.01.2014 r. programie naprawczym, który zakładał wprowadzenie następujących zmian w zakresie działań projektowych prowadzonych przez Fundację:

- ⇒ Zwiększenie liczby godzin zajęć z rehabilitantem kosztem zmniejszenia liczby godzin grupowego wsparcia psychologicznego oraz zmiana harmonogramu zajęć w „Ostoi”, polegająca na przesunięciu zajęć o intensywniejszym charakterze na godziny od 09:00 do 13:00. W godzinach popołudniowych osoby przebywające w ośrodku mogły skorzystać z indywidualnych konsultacji.³⁴
 - Ocena zmiany: Na podstawie zgromadzonego materiału badawczego należy ocenić, że zmiany w zakresie realizacji wsparcia świadczonego w ośrodku „Ostoja” pozytywnie wpłynęły na proces realizacji projektu. Zmniejszyły one obciążenie fizyczne uczestników, co wpłynęło na zwiększenie atrakcyjności wyjazdu.
- ⇒ Zmiana sposobu rekrutacji uczestników projektu. Uczestników zaczęto rekrutować przede wszystkim za pośrednictwem ośrodków pomocy społecznej (ROPS-y, MOPS-y, GOPS-y) m.in. poprzez bezpośrednie wyjazdy przedstawicieli Partnera do wyżej wymienionych instytucji na terenie województwa śląskiego oraz małopolskiego.³⁵
 - Ocena zmiany: Zmiana wpłynęła negatywnie na proces realizacji projektu, gdyż znaczna część zrekrutowanych w ten sposób osób deklarowała brak zainteresowania działaniami zmierzającym do aktywizacji społecznej oraz zawodowej. Często były to osoby, które nie chciały podejmować pracy czy nauki, a w projekcie wzięły udział, gdyż zakładał on możliwość rehabilitacji zdrowotnej.³⁶ Takie podejście grupy uczestników znacząco utrudniało realizację zadań bezpośrednio związanych z aktywizacją społeczną i zawodową (zajęcia z doradcą zawodowym, szkolenia, praktyki, staże).
- ⇒ Wprowadzenie możliwości przebywania osoby bliskiej/opiekuna w ośrodku „Ostoja”³⁷ wraz z osobą chorą.
 - Ocena zmiany: Jak wynika z przeprowadzonych wywiadów, dla wielu osób wprowadzenie takiej zmiany organizacyjnej było kluczowe, gdyż bez możliwości pobytu z opiekunem nie przystąpiłyby one do projektu.
- ⇒ Powrót do możliwości świadczenia wsparcia dla osób z SM w Krakowie.³⁸
 - Ocena zmiany: W toku przeprowadzonego badania nie zdiagnozowano, aby którakolwiek z osób chorych na SM otrzymywała wsparcie w Krakowie, zmiana ta nie była zatem kluczowa.

³³ Na podstawie pisma zawierające uszczegółowienie diagnozy dotyczącej przyczyn mniejszej niż zaplanowano ilości osób na zajęciach grupy wsparcia i motywacyjnych z dn. 23.12.2013 r.

³⁴ Punkt 3 i 4 Programu naprawczego zawartego w piśmie skierowanym do Lidera projektu z dn. 10.01.2014 r.

³⁵ Punkt 1 Programu naprawczego zawartego w piśmie skierowanym do Lidera projektu z dn. 10.01.2014 r.

³⁶ Na podstawie raportu końcowego z ewaluacji mid-term projektu „Wsparcie osób ze stwierdzeniem rozsianym w tym z niepełnosprawnościami sprzężonymi na rynku pracy”.

³⁷ Punkt 6 Programu naprawczego zawartego w piśmie skierowanym do Lidera projektu z dn. 10.01.2014 r.

³⁸ Punkt 7 Programu naprawczego zawartego w piśmie skierowanym do Lidera projektu z dn. 10.01.2014 r.

Także drugi Partner wprowadził zmiany w oferowanym wsparciu. Miały one na celu zaspokojenie potrzeb, które zgłaszali beneficjenci: *Tego ostatniego, skuteczność, znaczy warsztaty były zorganizowane na prośbę uczestników projektu: chcieli pojechać na wspólny wyjazd ze swoim opiekunem.* (FK III).

- ⇒ PTSR wprowadziło wyjazdowe warsztaty rehabilitacyjne dla chorych na SM. Nowością był wyjazdowy charakter zajęć, który, zgodnie z pierwotnymi założeniami projektu, nie miał być stosowany (wsparcie powinno być świadczone blisko miejsca zamieszkania uczestników).
 - Ocena zmiany: Zmiana odpowiadała na potrzeby zgłaszane przez beneficjentów.

2. Działania w zakresie wsparcia świadczonego osobom z otoczenia osób z SM:

W ramach wprowadzonego planu naprawczego Fundacja:

- ⇒ Zmieniła liczebność grup wsparcia (z 27 osób do ok. 12 osób) oraz połączyła zajęcia z psychologiem i prawnikiem w jednodniowy cykl (a nie jak planowano wcześniej – rozdzielnie na dwa dni zajęć).³⁹
 - Ocena zmiany: Zmiana odpowiadała na potrzeby uczestników projektu i umożliwiła realizację wsparcia przeznaczonego dla opiekunów. Gdyby jej nie wprowadzono, najprawdopodobniej wskaźniki dotyczące opiekunów osiągnęłyby znacznie niższy poziom niż obecnie, a zadanie nie byłoby realizowane. (Brak możliwości realizacji wsparcia dla tak dużej liczby osób spowodowany był m.in. niewystarczającym czasem na zrekrutowanie odpowiedniej liczby uczestników.)
- ⇒ Wprowadziła możliwość przebywania opiekuna z osobą chorą na SM podczas 14-dniowego pobytu w ośrodku „Ostoja”. W tym czasie osobom z otoczenia chorych na SM świadczone było przewidywane wsparcie.⁴⁰
 - Ocena zmiany: Dokonując oceny podjętych działań należy mieć na uwadze, że gdyby nie możliwość pobytu ze swoimi podopiecznymi, część opiekunów nie uczestniczyłaby w projekcie. To z kolei miałyby negatywne przełożenie na zainteresowanie chorych udziałem w projekcie (część z nich nie chciała samodzielnie przebywać w ośrodku). W tym kontekście podjęte działania należy uznać za prawidłowe.

PTSR wprowadził nowy rodzaj działania, jakim była możliwość wyjazdu opiekuna z osobą chorą na SM na kilkudniowe warsztaty promocji aktywności społecznej dla opiekunów i osób chorych. Zajęcia miały być odpowiedzią na potrzeby grupy i sposobem na zwiększenie zainteresowania udziałem w projekcie osób z otoczenia chorych. *Te potrzeby to są potrzeby chorych, więc my się staramy dostosować maksymalnie na ile jest to możliwe, o ile nie ograniczają nas w tym zakresie wymogi formalne, do potrzeb osób, tych chorych i ich opiekunów. Dlatego właśnie wprowadziliśmy tą formę warsztatów wyjazdowych z opiekunami. Bardziej staramy się dostosować do chorych i opiekunów.* (FK III)

- ⇒ W ramach wyjazdu odbywały się zajęcia z prawnikiem, psychologiem i doradcą zawodowym. Zajęcia były prowadzone w trzech grupach: opiekunowie, osoby chore oraz grupa wspólna (razem osoby chore na SM i ich bliscy).

³⁹ Punkt 5 Programu naprawczego zawartego w piśmie skierowanym do Lidera projektu z dn. 10.01.2014 r.

⁴⁰ Punkt 6 Programu naprawczego zawartego w piśmie skierowanym do Lidera projektu z dn. 10.01.2014 r.

- Ocena zmiany: Zmiana odpowiadała na potrzeby uczestników projektu, jednak nie była to zmiana kluczowa, gdyż PTSR nie miał większych problemów z realizacją wskaźników. Wprowadzenie tego typu działania miało na celu uatrakcyjnienie uczestnictwa w projekcie.

3. Działania w zakresie obsługi projektu:

W ramach programu naprawczego w zespole Fundacji:

- ⇒ Zmieniono charakter zatrudnienia i zwiększono liczbę godzin dla osoby zajmującej się kwestiami kadrowo-finansowymi oraz utworzono nowe stanowisko: asystent zespołu projektowego⁴¹
 - Ocena zmiany: Ze względu na charakter świadczonego wsparcia i przeciążenie pracą zespołu projektowego, wprowadzone zmiany należy uznać za istotne dla realizacji projektu (zwiększenie zatrudnienia nie rozwiązało jednak problemów z wypełnianiem dokumentacji projektowej, w tym ze sporządzaniem wniosków o płatność).

W projekcie wprowadzono także inne zmiany, przesunięcia w kosztach itp., jednak w opinii zespołu badawczego, zmiany te nie miały bezpośredniego i kluczowego przełożenia na proces realizacji projektu, dlatego też zostały pominięte w niniejszej analizie.

Wraz z wprowadzeniem części nowych działań, zmianie uległy niektóre wskaźniki projektu. W czerwcu 2014 r. zwiększono wartości następujących wskaźników:

Tabela 7 Porównanie wartości docelowych wybranych wskaźników projektu

Wskaźnik	Wartość docelowa na etapie mid-term	Wartość docelowa na etapie ex-post	Wzrost
Liczba OSM, które zakończyły udział w warsztatach aktywizacji zawodowej i społecznej (WAZiS)	100	145	Zwiększenie o 45 osób z SM
Liczba OSM, które podjęły naukę w szkole średniej, policealnej/pomaturalnej lub wyższej	40	42	Zwiększenie o 2 osoby z SM
Liczba OSM, które zakończyły staże rehabilitacyjne	50	54	Zwiększenie o 4 osoby z SM

Źródło: Na podstawie wywiadów IDI z kadrą projektu oraz dokumentów projektowych

Dodatkowe wskaźniki zrealizować miało PTSR, co było następstwem wprowadzenia przez organizację nowych warsztatów: *Wprowadziliśmy warsztat rehabilitacyjny i warsztat promocji aktywności społeczno-zawodowej wśród opiekunów.* (FK III) oraz dużego zainteresowania uczestników niektórymi formami wsparcia: *Zwiększyliśmy wskaźnik „warsztaty aktywizacji społecznej i zawodowej”, ponieważ to były formy wyjazdowe, które cieszyły się dużym zainteresowaniem chorych. Zwiększyliśmy chyba jeszcze wskaźnik „nauka w szkole średniej” o 2 osoby i zwiększyliśmy staże. To też się cieszyło bardzo dużym zainteresowaniem, o 4 osoby.* (FK III). W związku ze zmianą założeń co do tych wskaźników, na etapie badania ex-post poziom ich realizacji w PTSR nie osiągnął jeszcze 100%.

Wniosek

Oceniając elastyczność projektu w kontekście zmian, które miały miejsce, należy zwrócić uwagę na

⁴¹ Patrz. Program naprawczy Fundacji z dn. 10.01.2014 r.

dwa aspekty. Pierwszym jest dostosowanie zmian w projekcie do bieżących trudności i problemów wdrożeniowych. Na etapie planowania projektu nie przewidziano wszystkich szczegółowych scenariuszy działań, które można by wprowadzić w przypadku wystąpienia problemów realizacyjnych. Dlatego też kadra projektu musiała reagować na nie na bieżąco. Propozycje zmian, które wypracowano, pozwoliły na utrzymanie płynności związanej z realizacją projektu. Pod tym względem należy ocenić projekt jako elastyczny.

Drugim aspektem, na który należy zwrócić uwagę, jest wprowadzanie zmian, które były odpowiedzią na potrzeby uczestników projektu (tzn. takich, które nie były konieczne dla realizacji celów projektu). Tego typu zmiany wprowadzało przede wszystkim PTSR. Jak twierdzą Partner i Lider, wprowadzenie tych zmian pozwoliło uniknąć pojawienia się w przyszłość problemów z rekrutacją: *I dlatego zorganizowaliśmy, zmieniliśmy trochę przebieg projektu. To było takie działanie zaradcze – problemem było to, że osoby niechętnie przyjeżdżały i działaniem zaradczym było zorganizowanie takiej formy wsparcia.* (FK III). Zmiany odpowiadały na potrzeby zgłaszane przez uczestników i w tym aspekcie projekt należy uznać za elastyczny. Jednak działania wprowadzone w projekcie nie mają bezpośredniego powiązania z aktywizacją zawodową, gdyż nie przekładają się bezpośrednio na podjęcie zatrudnienia czy uzupełnienie kwalifikacji zawodowych. Taki efekt można było osiągnąć, gdyby podczas zajęć wyjazdowych odbywały się np. spotkania z pracodawcami, szkolenia i kursy zawodowe, czy też praktyczna nauka zawodu.

Z wywiadów przeprowadzonych z koordynatorami projektu wynika, że zmianom w działaniach towarzyszyły również zmiany odnoszące się do okresu ich realizacji, aby zapewnić optymalny czas na osiągnięcie wartości docelowych projektu: *Sporo wydłużaliśmy rzeczy: wsparcie psychologiczne i doradztwo zawodowe, terminy warsztatów aktywizacji zawodowej i społecznej, prawnika zarówno dla chorych i otoczenia. Termin szkoleń zawodowych wydłużaliśmy, podjęcie nauki i termin staży.* (FK III). Na etapie ewaluacji ex-post Lider planował również przedłużenie całego projektu do końca grudnia 2014 r.

Podsumowanie

Oceniając elastyczność projektu w kontekście zmian jakie wprowadzono w działaniach, należy podkreślić, iż w większości były one adekwatne do czynników, które je wywołały. Projekt był elastyczny i skutecznie reagował na problemy realizacyjne oraz potrzeby beneficjentów.

Jedynym problemem w tym zakresie były działania związane ze wskaźnikiem dotyczącym edukacji. Jak wynika z przeprowadzonego badania, po zakończeniu ewaluacji mid-term nie wdrożono rekomendacji dotyczącej omawianego wskaźnika – chociażby sugerowanego przez ewaluatorów przejścia przez PTSR pewnej wartości wskaźnika od Fundacji. Niemniej jednak należy podkreślić, iż podjęto w tym zakresie pewne próby: podczas spotkania Grupy Sterującej Projektem, które odbyło się w czerwcu 2014 roku, pojawiła się propozycja przesunięcia wskaźnika pomiędzy partnerami.⁴² Niestety ze względów organizacyjnych, w tym harmonogramu realizacji projektu, a także z uwagi na wprowadzane przez PTSR zmiany (z którymi wiązało się podniesienie wartości wskaźnika), propozycja ta została odrzucona. PTSR stwierdziło, że nie jest w stanie przejąć zobowiązań Fundacji ze względu na czas, który pozostał do zakończenia projektu: *To się rozstrzygnęło niestety na niekorzyść Fundacji, bo PTSR uznał, że oni nie*

⁴² Na podstawie protokołu z posiedzenia GSP z dnia 18.06.2014 r.

chcą przejmować wskaźników. Chcą spokojnie zrealizować projekt, boją się nowych zobowiązań. To jest taka czysta obawa przed tym, żeby nie przyjąć zobowiązania, którego nie jesteśmy w stanie zrealizować. Wprawdzie PTSR już przekroczył pewne wskaźniki i to będzie szło do jednego worka, bo to będzie liczone zbiorczo, więc być może pokryją tę dziurę, którą Fundacja będzie miała, natomiast PTSR mówi, że ma mało czasu i się boi o te wskaźniki, które są problematyczne, tzn. wskaźniki związane z nauką. No i PTSR spojrział w kalendarz i stwierdził, bo skoro mamy czerwiec i mamy podejmować naukę, no to jest problem nie do rozstrzygnięcia, bo ludzie nie zdążą podjąć nauki, będzie ciężko w okresie wakacyjnym zmobilizować ludzi do pójścia do szkoły. (FK II). Również Fundacja nie podejmowała w tym zakresie wyraźnych działań, które mogłyby ułatwić podział wskaźnika (przeciągające się w czasie decyzje). Intensywne starania, mające na celu zachęcenie uczestników do podjęcia nauki, rozpoczęto dopiero w sierpniu 2014 r. W ocenie badaczy reakcja na problem z realizacją wskaźnika nastąpiła zbyt późno (w odniesieniu do harmonogramu projektu).

6.5 Poziom realizacji wskaźników i celów projektu

W poniższej tabeli zawarte zostało porównanie dotyczące stopnia realizacji wskaźników na etapie obydwu badań.

Tabela 8 Poziom realizacji wskaźników projektu na dzień 30.03.2014 i 31.07.2014

Cele projektu	Wskaźnik	Wartość na etapie ewaluacji mid-term	Wartość na etapie ewaluacji ex-post
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 ich kompleksowym wsparciem.	Liczba osób które zakończyły udział w projekcie	57	82
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	683	849
	Liczba OSM, którym udzielono wsparcia psychologicznego	583	748
	Liczba OSM, którym udzielono doradztwa zawodowego	564	737
	Liczba OSM, które zakończyły udział w warsztatach aktywizacji zawodowej i społecznej (WAZiS)	81	126
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 r.	Liczba OSM, którym udzielono wsparcia prawnego	373	511
	Liczba OSM, które podjęły naukę w szkole średniej, policealnej/pomaturalnej lub wyższej	33	34
	Liczba OSM, które zakończyły udział w praktycznej nauce zawodu	68	92
	Liczba OSM, które zakończyły staże rehabilitacyjne	25	43
Nabycie nowych umiejętności i kompetencji zawodowych przez BO, co pozytywnie wpłynęło na proces powrotu i utrzymania się na rynku pracy.	Liczba OSM, które podjęły zatrudnienie	46	70
	Liczba OSM, które utrzymały się na rynku pracy	33	44
Wzmocnienie najbliższego otoczenia – 550 osób – bliskich OSM poprzez wsparcie psychologiczne i prawne.	Liczba osób z najbliższego otoczenia OSM, które zakończyły udział w projekcie	9	11
	Liczba osób z najbliższego otoczenia OSM, które uzyskały wsparcie psychologiczne	318	425
	Liczba osób z najbliższego otoczenia OSM, które zostały objęte wsparciem prawnym	225	343

Legenda:

 zmiana wartości docelowej






Źródło: Na podstawie wniosku o dofinansowanie oraz wniosku o płatność za okres 01.07.2014 – 31.07.2014

Dwa z czternastu wskaźników przekroczyły zakładany poziom, są to:

- Liczba OSM, dla których opracowano IPD i dokonano diagnozy funkcjonalnej – stan na 31.07.2014 – osiągnięto 106,12% wartości docelowej;
- Liczba OSM, którym udzielono wsparcia prawnego – stan na 31.07.2014 – osiągnięto 102,20% wartości docelowej.

Przyrost wartości wskaźników bezpośrednio przełożył się na lepsze niż na etapie mid-term, osiągnięcie celów projektu.

Tabela 9 Poziom realizacji celów projektu (wg. stanu na dzień 31.07.2014)

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 ich 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 30.11.2014r.	
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 30.11.2014r.	
Nabycie 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: 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.

Według stanu na dzień 31.07.2014, trzy spośród czterech celów szczegółowych przekroczyły 75-procentowy próg realizacji (na etapie mid-term tylko pierwszy cel szczegółowy przekroczył ten poziom). W stosunku do poprzedniego badania, podniósł się również poziom realizacji ostatniego celu szczegółowego, który wcześniej nie przekraczał 45%.

Porównanie z wynikami ewaluacji mid-term

Na etapie ewaluacji mid-term kilka wskaźników zagrożonych było ryzykiem nieosiągnięcia wartości docelowej. Były to:

- Liczba OSM, które podjęły naukę w szkole średniej, policealnej/pomaturalnej lub wyższej.
- Liczba osób z najbliższego otoczenia OSM, które uzyskały wsparcie psychologiczne.
- Liczba osób z najbliższego otoczenia OSM, które zostały objęte wsparciem prawnym.

Ryzyko związane z nieosiągnięciem wskaźnika dotyczącego wsparcia psychologicznego osób z otoczenia chorych na SM zostało zażegnane i obecnie nie przewiduje się znaczących problemów z osiągnięciem jego wartości docelowej na zakończenie projektu. Na etapie ex-post nadal słabo kształtuje się wskaźnik dotyczący wsparcia prawnego osób z otoczenia chorych, jednakże patrząc na szybki przyrost pomiędzy badaniami (wzrost o 118 osób) i biorąc pod uwagę wydłużenie terminu realizacji działań, należy przypuszczać, że zostanie on osiągnięty bez większych problemów.

Problematyczny pozostaje natomiast **wskaźnik dotyczący rozpoczęcia nauki przez osoby ze stwardnieniem rozsianym**. PTSR osiągnął 100% tego wskaźnika już w marcu 2014 r. Tymczasem Fundacja od samego początku zmagą się z nikłym zainteresowaniem nauką u beneficjentów, co z kolei przekłada się na zrealizowanie tego wskaźnika na zaledwie 30-procentowym poziomie (część beneficjentów oczekiwała wsparcia w kontynuacji nauki, a nie w jej rozpoczęciu). Jak wynika z dokumentów przeanalizowanych w ewaluacji ex-post, na końcowym etapie projektu Fundacja podejmowała zintensyfikowane działania, których celem było zapewnienie osiągnięcia planowanej wartości wskaźnika:

- ⇒ Po analizie IPD Fundacja podjęła wobec 11 osób zintensyfikowane działania motywujące, które przyniosły następujące rezultaty:
 - Spośród 11 osób tylko 6 wyraziło zainteresowanie podjęciem nauki.
 - Jak wynika z ustaleń telefonicznych z dnia 09.09.2014 r., z dwóch osób, które złożyły dokumenty w sierpniu, jedna otrzymała pozytywny wynik rekrutacji, druga nadal oczekiwała na jej rezultat.
 - Kolejne dwie osoby miały w ciągu tygodnia (od 09.09 do 16.09.2014 r.) złożyć dokumenty rekrutacyjne do wybranych przez siebie szkół.
 - Jedna osoba wybrała kierunek i szkołę, jednak termin składania dokumentów rekrutacyjnych minął, w związku z czym trwały poszukiwania szkoły o zbliżonej ofercie edukacyjnej.
 - Kolejna osoba wybrała kierunek kształcenia i rozpoczęła poszukiwanie odpowiedniej placówki edukacyjnej.

Z uzyskanych informacji wynika, że na dzień 09.09.2014 r. było 6 potencjalnych beneficjentów zainteresowanych edukacją. W dalszym ciągu prowadzone były prace nad zrekrutowaniem jeszcze przynajmniej 1 osoby (potencjalna wartość wskaźnika wynosi 9 osób, ponieważ 3 podjęły naukę już wcześniej). Z uwagi na fakt, że nabór do szkół/uczelni trwa przede wszystkim w miesiącach sierpień/wrzesień, należy traktować ten wskaźnik jako zagrożony.

Ze względu na cel badania warte omówienia są jeszcze dwa wskaźniki: dotyczące udziału w Warsztatach Aktywizacji Zawodowej i Społecznej oraz realizacji staży rehabilitacyjnych.

W przypadku WAZiS (stan na 30.07.2014):

- ⇒ Na poziomie całego projektu osiągnięto 87% wartości wskaźnika
- ⇒ PTSR zrealizowało 100% pierwotnej wartości wskaźnika.
- ⇒ Fundacja zrealizowała tylko 24%.

W przypadku staży (stan na 30.07.2014):

- ⇒ Na poziomie całego projektu osiągnięto niespełna 80% wartości wskaźnika.
- ⇒ PTSR zrealizowało 85,71% pierwotnej wartości wskaźnika.
- ⇒ Fundacja zrealizowała tylko 58,33%.

O ile w ogólnej statystyce oba wskaźniki wydają się być niezagrożone, to rozbijając je na poszczególnych Partnerów widać wyraźne dysproporcje w poziomie ich realizacji. PTSR radzi sobie dobrze, podczas gdy Fundacja ma spore problemy z organizacją warsztatów. Aby wskaźnik został osiągnięty, w WAZiS musi wziąć udział 19 uczestników. Fundacja zaplanowała zajęcia dla 23 osób w terminie 21.10.2014, czyli na zakończenie projektu. Jeśli weźmie w nich udział mniej niż 19 osób, może zabraknąć czasu na organizację dodatkowego warsztatu, co spowoduje, że Fundacja nie osiągnie odpowiedniej wartości wskaźnika.

Wskaźnik dotyczący staży osiągnął wysoki poziom realizacji. Obserwując poczynania Partnerów należy zauważyć, że również w tym zakresie znacznie lepiej radzi sobie PTSR, które pomimo zwiększenia wartości docelowej wskaźnika, nie powinno mieć trudności z jego realizacją. Fundacja deklaruje osiągnięcie zakładanego rezultatu do końca listopada 2014 r. Uwzględnienie osób, które w chwili badania były w trakcie stażu lub przed jego rozpoczęciem (miały podpisaną umowę z pracodawcą) zaowocuje osiągnięciem docelowej wartości.

Ryzyka projektowe

Jednym z elementów planowania projektu było określenie ryzyk, jakie mogłyby wystąpić w trakcie jego wdrażania i zaburzyć jego sprawną realizację, a tym samym utrudnić osiągnięcie zakładanych celów. Na etapie mid-term zdiagnozowano, że w projekcie wystąpiły następujące sytuacje, które uznano za ryzyka:

- błędy i problemy komunikacyjne pomiędzy Liderem a Partnerem oraz pomiędzy Partnerami;
- słaba ocena form wsparcia wyrażana przez osoby z SM;
- brak zainteresowania udziałem w projekcie i rezygnacja z uczestnictwa na różnych etapach projektu (bez ukończenia ścieżki wsparcia);
- niechęć do udziału w projekcie osób bliskich;
- słaba ocena form wsparcia wyrażana przez otoczenie osób z SM⁴³.

Jak wynika z przeprowadzonych badań na etapie ex-post, większość problemów zdiagnozowanych w ewaluacji śródkresowej zostało rozwiązanych. Na chwilę obecną problemem pozostaje tylko niechęć do udziału w projekcie osób z otoczenia chorych na SM. Zakładając, że obecne tempo przyrostu wartości utrzyma się do końca projektu, nie powinno być znaczących problemów z osiągnięciem wartości docelowej wskaźników.

Ocena realizacji celów projektu

Oceniając poziom realizacji celów, należy wziąć pod uwagę harmonogram prowadzonych działań. Patrząc przez pryzmat czasu, który pozostał do końca projektu, obecny poziom realizacji celów jest umiarkowanie zadawalający. Przy zachowaniu tendencji wzrostowych, założone rezultaty powinny zostać osiągnięte. Jednak mając na uwadze problemy, z którymi nadal boryka się Fundacja, ostateczne

⁴³ Raport końcowy z ewaluacji mid-term projektu systemowego „Wsparcie osób ze stwardnieniem rozsianym, w tym z niepełnosprawnościami sprzężonymi na rynku pracy” s.49.

osiągnięcie założonych celów może być zagrożone (pomimo wydłużenia czasu realizacji poszczególnych zadań). Część podjętych działań zaradczych należy ocenić jako niewystarczające w kontekście zamierzonego celu. Są to przede wszystkim działania w zakresie realizacji wskaźnika dotyczącego edukacji oraz WAZIS-ów.

Ocena poziomu osiągnięcia rezultatów miękkich

Ze względu na specyfikę projektu, która zakłada dwukrotny pomiar wskaźników dotyczących rezultatów miękkich (na początku przystąpienia do projektu i po jego zakończeniu), na etapie ewaluacji ex-post niemożliwe jest dokonanie pełnej oceny poziomu ich osiągnięcia. Lider wciąż jest bowiem na etapie gromadzenia ankiet ewaluacyjnych (spora część osób nie ukończyła jeszcze udziału w projekcie).

Podczas przeprowadzonego badania ewaluacyjnego pytano respondentów o wpływ projektu na wzrost ich kompetencji, będących składowymi badanymi wskaźników miękkich. Pytania dotyczyły oceny respondenta w zakresie posiadania przez niego danej cechy przed i po udziale w projekcie. Wyniki zostały zsumowane – uzyskano w ten sposób wartość wskaźnika.

Tabela 10 Poprawa poziomu kompetencji miękkich uczestników projektu w skutek uczestnictwa w projekcie

Nazwa wskaźnika	Kompetencje składające się na wskaźnik	Odsetek badanych, którzy zadeklarowali wzrost poziomu kompetencji ⁴⁴	Odsetek badanych, którzy zadeklarowali wzrost poziomu kompetencji o co najmniej 40% ⁴⁵
Zwiększenie zaufania we własne siły i motywacji do aktywności zawodowej i społecznej oraz zwiększenie poczucia odpowiedzialności u osób objętych wsparciem o 40%	Samoocena Wiara w możliwości Chęć poszukiwania pracy Chęć podjęcia pracy Chęć podnoszenia kwalifikacji	65,2%	50,5%
Zwiększenie poczucia bezpieczeństwa i stabilizacji u osób objętych wsparciem o 40%	Samodzielność Pewność siebie	55,4%	43,5%
Zdobycie wiedzy na temat funkcjonowania rynku pracy i nawiązywanie relacji zawodowych u osób objętych wsparciem o 40%	Wiedza w zakresie poruszania się po rynku pracy Otwartość na inne osoby	56,2%	34,8%
Wzrost koncentracji, uwagi i zadaniowości u osób objętych wsparciem o 30%	Umiejętność skupienia uwagi Umiejętność koncentrowania się	31,7%	28,2%

Źródło: Wywiady (CATI) z osobami chorymi na SM – Fundacja i PTSR

⁴⁴ Wzrost o co najmniej 1 ocenę – w skali od 1 do 5 – w porównaniu z sytuacją sprzed przystąpienia do projektu jak i po zakończeniu udziału w nim, podawany sumarycznie dla cech przypisanych do wskaźnika miękkiego.

⁴⁵ Wzrost o co najmniej 2 oceny – w skali od 1 do 5 – w porównaniu z sytuacją sprzed przystąpienia do projektu jak i po zakończeniu udziału w nim, podawany sumarycznie dla cech przypisanych do wskaźnika miękkiego.

W przypadku osób z otoczenia osób chorych na SM sytuacja przedstawia się następująco:

- Wzrost wiedzy wśród osób z najbliższego otoczenia OSM na temat możliwych rozwiązań prawnych istotnych dla ON i ich bliskich – odsetek opiekunów, którzy zadeklarowali wzrost wiedzy na etapie ewaluacji ex-post wynosi 40,6%.
- Zmiana postaw wobec samodzielnej aktywności społecznej i zawodowej osób z otoczenia chorych na SM – odsetek opiekunów, którzy zmienili swoje postawy wobec osoby bliskiej, cierpiącej na SM (będącej jednocześnie uczestnikiem projektu), na etapie ewaluacji ex-post wynosi 32,2%.

Takie wyniki oznaczają, że na zakończenie realizacji projektu część rezultatów miękkich może zostać nieosiągnięta. Autorzy raportu zalecają, aby w przyszłych projektach tego typu podejmowano zintensyfikowane działania, mające na celu realizację wskaźników miękkich (m.in. wprowadzenie dodatkowego wsparcia psychologicznego, konsultacji z doradcą zawodowym). Jednocześnie należy zwrócić uwagę na to, że powyższa tabela nie stanowi oceny poziomu realizacji wskaźników miękkich, gdyż badanie nie obejmowało 100% uczestników. Ponadto zespół badawczy nie miał możliwości dokonania pomiaru w momencie przystępowania uczestników do projektu. W badaniu ewaluacyjnym respondenci określali wartość początkową przez pryzmat doświadczenia projektowego, a zatem w badaniach ankietowych omawiana wartość może znacząco odbiegać od tej, która została otrzymana w ramach ewaluacji ex-post.

Na etapie tworzenia metodologii badania, w celu pomiaru użyteczności projektu, zespół badawczy założył dodatkowe wskaźniki, które stanowią wsparcie dla oceny realizacji wskaźników z wniosku o dofinansowanie. (Na etapie ewaluacji mid-term mierzone były one jakościowo, a na etapie ex-post – w wyniku użytych metod i technik badawczych – głównie ilościowo.)

Tabela 11 Dodatkowe wskaźniki pomiaru rezultatów projektu

Wskaźnik	Opis wskaźnika	Stan w ewaluacji mid-term*	Stan w ewaluacji ex-post
Adekwatność projektu do potrzeb uczestników	Odsetek uczestników, którzy wskazują, że projekt odpowiada ich potrzebom	Niemalże wszyscy badani uczestnicy (osoby z SM) zadeklarowali, że projekt odpowiada chociaż na część ich potrzeb.	87,4% beneficjentów deklaruje, że projekt odpowiada ich potrzebom. Osoby chore, biorące udział w projekcie ze strony PTSR częściej udzielały tego typu odpowiedzi (88% badanych) niż w przypadku beneficjentów Fundacji (78,9% badanych twierdzi, że projekt odpowiada ich potrzebom). W przypadku opiekunów wyniki przedstawiają się następująco: - w PTSR takiego zdania było 88% osób; - w Fundacji - 95,8% badanej grupy.
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.	69,4% respondentów zadeklarowało, że przynajmniej częściowo wiedza nabyta w projekcie będzie im przydatna podczas podejmowania aktywności zawodowej. W rozbiu na Partnerów deklaracje

			uczestników przedstawiają się następująco: - 66,2% osób z SM uczestniczących po stronie PTSR zadeklarowało przydatność wiedzy nabytej w projekcie przy okazji podejmowania aktywności zawodowej. - Zdecydowanie częściej tego typu deklarację składali podopieczni Fundacji: aż 78,9% chorych na SM.
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. Oceny badanych nieznacznie różniły się między sobą - były osoby, które deklarowały, iż organizacja projektu spełnia wszystkie ich potrzeby, ale niektórzy stwierdzili, że pomimo ich ogólnego zadowolenia, część rzeczy można było dostosować lepiej.	Projekt jest w znacznym stopniu dostosowany do potrzeb organizacyjnych uczestników. Aż 86,4% respondentów zadeklarowało, że nie napotkało na żadne problemy, które utrudniałyby im uczestnictwo w projekcie (związane z organizacją wsparcia). W podziale na Partnerów wyniki przedstawiają się następująco: - W PTSR 80,99% badanych chorych na SM zadeklarowało brak problemów. - W Fundacji odsetek ten wynosił 81,58% osób. W przypadku otoczenia opiekunów chorych na SM odpowiedzi pomiędzy Partnerami rozkładały się w następujący sposób: - W PTSR 92,94% badanych opiekunów zadeklarowało brak problemów, które utrudniałyby im uczestnictwo w projekcie. - W Fundacji odsetek ten wynosił 97,18% badanych (osób z otoczenia).
Atrakcyjność projektu	Odsetek uczestników, którzy deklarują, że działania realizowane w projekcie są dla nich atrakcyjne	Zdecydowana większość badanych osób z SM bardzo wysoko oceniła atrakcyjność działań, w których brała udział. Mniej pozytywnie wypowiadały się osoby z otoczenia chorych, co wynika najprawdopodobniej ze specyfiki przeznaczonego dla nich wsparcia (mogą one skorzystać tylko z dwóch form wsparcia, tj. zajęć z psychologiem oraz prawnikiem).	79% uczestników zadeklarowało, że wszystkie działania w projekcie są dla nich atrakcyjne. W rozbiciu na Partnerów, można dostrzec, iż to chorzy beneficjenci PTSR częściej deklarowali wysoki poziom atrakcyjności działań, w których brali udział. Zadeklarowało to 85,1% chorych, którzy uczestniczyli w projekcie jako beneficjenci PTSR. W Fundacji takie same deklaracje złożyło 81,6% chorych. Nieco inaczej rozkładają się deklaracje opiekunów. Uczestnicy po stronie PTSR takie deklaracje składali

			<p>rzadziej - 70,6% bliskich. W fundacji odsetek ten wyniósł 77,5%.</p>
<p>Użyteczność form wsparcia</p>	<p>Odsetek uczestników, którzy deklarują, że formy wsparcia realizowane w projekcie są dla nich użyteczne w aktywności społeczno-zawodowej (podział na działania realizowane stacjonarnie oraz wyjazdowe)</p>	<p>Zdecydowana większość badanych deklaruje, że przynajmniej część form w projekcie jest dla nich użyteczna (uczestnicy projektu najczęściej deklarują, że każda forma jest w jakimś zakresie przydatna, jednak zakres ten jest różny u różnych osób).</p>	<p>83,4% uczestników (chorych na SM) zadeklarowało, że formy wsparcia realizowane w projekcie są użyteczne w ich aktywności społeczno-zawodowej. Takie stanowisko przedstawia 81,3% badanych beneficjentów PTSR oraz 89,5% badanych chorych na SM korzystających ze wsparcia oferowanego przez Fundację.</p>
<p>Czarne chmury projektu</p>	<p>Odsetek ryzyk zdiagnozowanych w projekcie, które spowodowały konieczność wprowadzenia w nim zmian (uwzględnienie zmian kluczowych oraz operacyjnych)</p>	<p>Ok. 33% ryzyk, które zdiagnozowano na etapie planowania projektu, wymagało wprowadzenia zmian w projekcie. Należą do nich:</p> <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 codziennymi obowiązkami (praca, opieka, itd.). <p>Większość zmian została wprowadzona w ramach programu naprawczego Fundacji. PTSR nie wprowadzał zmian, które byłyby wynikiem wystąpienia ryzyka projektowego.</p>	<p>Na etapie ewaluacji ex-post wprowadzono kolejne zmiany w działaniach, głównie u jednego z Partnerów (PTSR), ale nie były one wynikiem wystąpienia dodatkowych ryzyk. Dlatego też odsetek zmian, które zostały wywołane przez ryzyka projektowe, zdiagnozowanych na etapie mid-term, nie zwiększył się na etapie ewaluacji ex-post (nadal pozostaje na poziomie ok. 33%).</p>
<p>Stopień realizacji założeń projektu</p>	<p>Odsetek celów i wskaźników projektu, które zostały zrealizowane zgodnie z założeniami (z uwzględnieniem celów i wskaźników zrealizowanych z opóźnieniem oraz w ogóle niezrealizowanych)</p>	<p>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 ich dokładnej wartości.</p>	<p>Część prowadzonych działań była realizowana dłużej niż pierwotnie zakładano⁴⁶, dzięki czemu na końcowym etapie wdrażania projektu większość wskaźników kształtuje się na poziomie powyżej 75%. W kontekście wydłużenia harmonogramu pozwala to sądzić, że zdecydowana większość początkowych założeń zostanie zrealizowana. Jedyne problemy mogą wystąpić w przypadku wskaźnika dotyczącego edukacji – w świetle obecnych danych można przypuszczać, że ostatecznie zostanie on</p>

⁴⁶ Na podstawie IDI z koordynatorami projektu.

			wypracowany na bardzo wysokim poziomie, jednak może nie osiągnąć wartości docelowej (brak 1-2 osób).
--	--	--	--

Źródło: Na podstawie wniosków z ewaluacji mid-term, badania CATI 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. Odnoszą się one tylko do ograniczonej ilościowo grupy badanych (beneficjenci ostateczni projektu) gdzie N=44, przy czym osób z otoczenia chorych na SM było N=12, osób z SM N=32. Liczebność grupy badawczej wynika ze specyfiki ewaluacji prowadzonej na tamtym etapie.

Trendy w realizacji wskaźników, oszacowane na podstawie badań jakościowych (na etapie ewaluacji mid-term), w większość znalazły swoje potwierdzenie w badaniach ilościowych (ewaluacja ex-post). Należy również podkreślić, iż na etapie ewaluacji ex-post nie wystąpiły odchylenia pomiędzy osiągniętymi wartościami, które znacząco różnicowałyby Partnerów.

Podsumowanie

Większość wskaźników twardych realizowana jest zgodnie z harmonogramem i ich osiągnięcie w momencie zakończenia projektu nie wydaje się zagrożone. Na chwilę obecną największym problemem jest niska wartość wskaźnika dotyczącego edukacji po stronie Fundacji.

Jak wynika z przeprowadzonej analizy, na zakończenie projektu problemem będzie również realizacja zakładanych rezultatów miękkich. Wstępna diagnoza pozwala przypuszczać, że założone wartości docelowe są zbyt wysokie, co w konsekwencji doprowadzi do konieczności uznania ich za bardzo trudne do osiągnięcia.

7 Opis wyników badania (trafność, skuteczność, użyteczność projektu dla osób chorych na SM)

Charakterystyka respondentów

Osoby chore na SM, biorące udział w projekcie, zostały objęte badaniami ilościowymi (CATI) oraz badaniami jakościowymi (IDI).

Zrealizowano 457 wywiadów CATI. Dobór próby uwzględniał dwa czynniki – organizację, w ramach której beneficjent uczestniczył w projekcie oraz płeć beneficjentów. Projekt przewiduje, że PTSR rekrutuje 75% ogółu uczestników, a Fundacja 25%. Taki sam udział procentowy został zastosowany w próbie. Struktura próby badawczej prezentuje się następująco:

Tabela 12 Struktura próby badawczej osób chorych na SM wg instytucji rekrutującej

Partner Płeć	Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego (Oddział w Łodzi)			Fundacja na Rzecz Chorych na SM im. bł. Anieli Salawy		
	Liczba osób z SM objętych wsparciem w ramach projektu	Odsetek osób z SM w populacji	Liczba osób z SM w próbie	Liczba osób z SM objętych wsparciem w ramach projektu	Odsetek osób z SM w populacji	Liczba osób z SM w próbie
Kobiety	360	60%	206	120	60%	68
Mężczyźni	240	40%	137	80	40%	46
Suma	600	100%	343	200	100%	114

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wniosku o dofinansowanie

Struktura wieku i wykształcenia nie była określona podczas doboru respondentów. Rozkład wieku w próbie kształtuje się następująco:

Tabela 13 Struktura próby badawczej osób chorych na SM ze względu na wiek

Instytucja	Jednostka	Wiek respondentów chorych na SM				
		Do 24 lat	25-34	35-44	45-54	Powyżej 55 lat
Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego (Oddział w Łodzi)	Liczba	6	52	97	108	80
	Odsetek	1,75%	15,16%	28,28%	31,49%	23,32%
Fundacja na Rzecz Chorych na SM im. bł. Anieli Salawy	Liczba	2	17	19	43	33
	Odsetek	1,75%	14,91%	16,67%	37,72%	28,95%

Źródło: Wywiady (CATI) z osobami chorymi na SM – Fundacja i PTSR

Struktura próby ze względu na wiek zmienia się w zależności od Partnera. W przypadku PTSR uczestnikami projektu chorymi na SM są osoby nieco młodsze, niż w przypadku Fundacji.

Tabela 14 Struktura próby badawczej osób chorych na SM ze względu na wykształcenie

Instytucja	Jednostka	Wykształcenie respondentów chorych na SM					
		Wyższe magisterskie	Wyższe zawodowe	Średnie	Zasadnicze zawodowe	Gimnazjalne	Podstawowe
Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego (Oddział w Łodzi)	Liczba	77	23	144	83	5	11
	Odsetek	22,45%	6,71%	41,98%	24,20%	1,46%	3,21%
Fundacja na Rzecz Chorych na SM im. bł. Anieli Salawy	Liczba	33	21	4	49	36	3
	Odsetek	22,60%	14,38%	2,74%	33,56%	24,66%	2,05%

Źródło: Wywiady (CATI) z osobami chorymi na SM – Fundacja i PTSR

Również rozkład respondentów ze względu na wykształcenie nieznacznie różni się u poszczególnych Partnerów. W Fundacji występuje więcej niż w PTSR osób z wykształceniem gimnazjalnym, a mniej z wykształceniem średnim.

Ukazane zróżnicowanie w strukturze badanej próby mogą wyjaśniać niektóre różnice w wynikach badań uzyskiwanych u obydwu Partnerów.

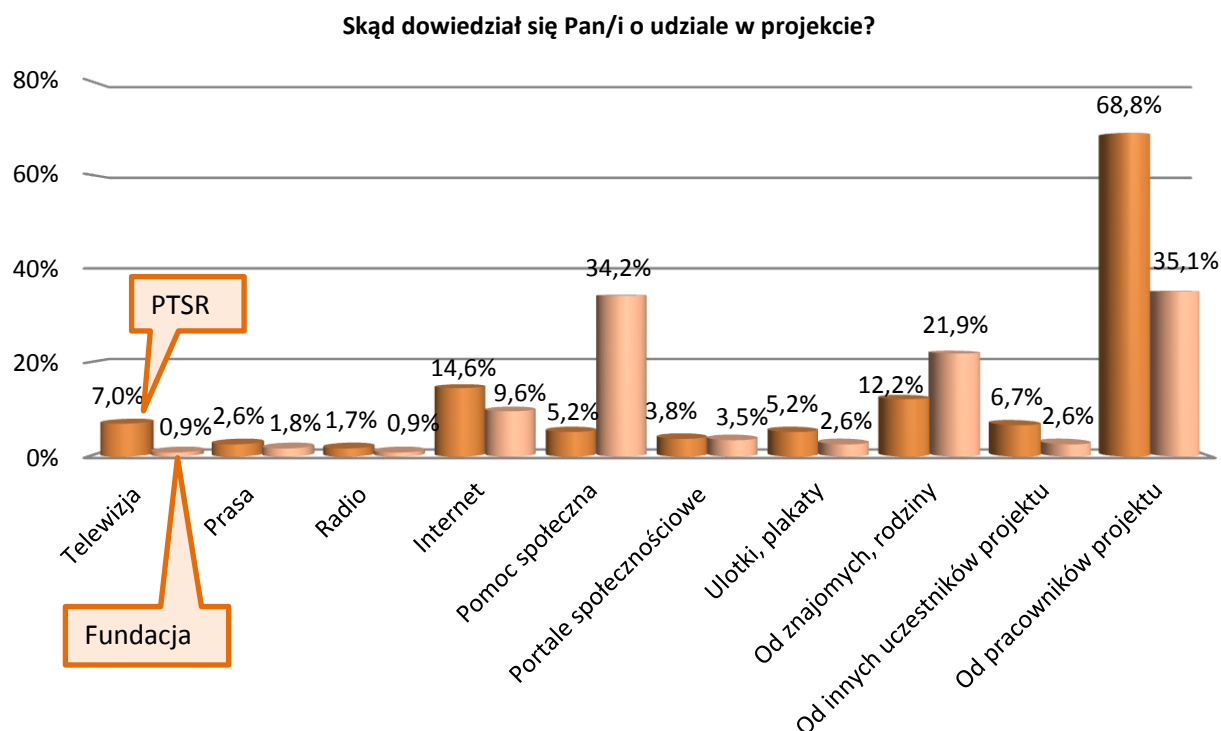
7.1 Rekrutacja do projektu

Na etapie ewaluacji mid-term zdiagnozowano, że na początku realizacji projektu „obaj Partnerzy stosowali taką samą strategię informowania potencjalnych uczestników o projekcie. Polegała ona na kierowaniu komunikatów do osób chorych na SM, z którymi dana organizacja utrzymywała kontakt. Takie rozwiązanie przyniosło pozytywne efekty w przypadku PTSR. Tymczasem, 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 Fundacji. 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. Z pracownikami tych instytucji ustalono, że będą oni informowali osoby chore na SM, korzystające z ich usług, o możliwości wzięcia udziału w projekcie. Dzięki takim działaniom znacznie wzrosła liczba osób, które zainteresowały się ofertą proponowaną przez Fundację⁴⁷.

W trakcie ewaluacji ex-post zapytano uczestniczące w projekcie osoby chore na SM, z jakich źródeł dowiedziały się o projekcie.

⁴⁷ Ewaluacja mid-term projektu pn. Wsparcie osób ze stwardnieniem rozsianym, w tym z niepełnosprawnościami sprzężonymi, na rynku pracy, Collect Consulting, Katowice, 2014.

Wykres 3 Źródła informacji o projekcie



Źródło: Wywiady (CATI) z osobami chorymi na SM – Fundacja i PTSR
Pytanie wielokrotnego wyboru - każdy respondent mógł udzielić więcej niż jednej odpowiedzi

Wyniki badań ilościowych wskazują, że o projekcie jego uczestnicy dowiedzieli się głównie od pracowników biura projektu, pracowników pomocy społecznej, rodziców lub znajomych oraz ze stron internetowych poświęconych osobom niepełnosprawnym. Natomiast decyzję o udziale w projekcie podejmowali najczęściej samodzielnie. Ogólnie w rekrutacji do projektu niewielką rolę odegrały kanały, które nie opierają się na bezpośrednim kontakcie, tj. telewizja, prasa, radio, plakaty.

Skuteczność źródeł informowania o projekcie była inna u każdego z Partnerów.

W przypadku PTSR dominującą rolę pełnił bezpośredni kontakt pracowników projektu z osobami chorymi na SM. Podczas wywiadów pogłębionych kadra projektu potwierdziła, że wsparcie kierowane było przede wszystkim do członków Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego. W trakcie rekrutacji informowano osoby należące do tej organizacji o możliwości wzięcia udziału w projekcie. Działania te pozwoliły na zrekrutowanie takiej liczby osób, jaka została przewidziana do objęcia wsparciem. Założenia projektu w zakresie rekrutacji były dostosowane do możliwości PTSR, a organizacja wypełniła założenia projektu.

Aż 20% respondentów badania ilościowego wskazało, że forma rekrutacji, czyli kontakt i namowy pracowników PTSR, były istotnym czynnikiem wpływającym na podjęcie przez nich decyzji o udziale w projekcie. Opinie takie dominowały u osób po 45 roku życia.

Wśród respondentów badań jakościowych, 4 z 5 osób były członkami PTSR. Podczas wizyt w siedzibie organizacji dowiadywali się oni o trwającym projekcie oraz uzyskiwali szczegółowe informacje na temat zajęć, w których mogliby wziąć udział. Większość z nich była bardzo zainteresowana udziałem, gdyż

upatrywali w nim szansę na kontynuowanie aktywności społecznej⁴⁸ oraz na uzyskanie wsparcia psychologicznego. Ponadto mieli pozytywną opinię o pracownikach Towarzystwa i ich zaangażowaniu w pomoc osobom niepełnosprawnym.

Jedna z osób wskazała, że do udziału w projekcie przekonał ją psycholog. Dzięki bezpośredniej rozmowie i dobrym argumentom, nawiązującym do możliwości poprawy stanu psychicznego, osoba ta postanowiła podjąć próbę i zapisała się na zajęcia. Na etapie rekrutacji uczestnik ten nie miał wyczerpującej wiedzy o projekcie, gdyż skupiony był na pozyskiwaniu wsparcia psychologicznego.

Drugim pod względem skuteczności źródłem informacji o projekcie okazały się strony internetowe poświęcone osobom niepełnosprawnym, w tym podstrona prowadzona przez PTSR na temat projektu „Wsparcie osób ze stwardnieniem rozsianym, w tym z niepełnosprawnościami sprzężonymi, na rynku pracy” – <http://lodz.ptsr.org.pl/wsparcie>. W badaniu ilościowym na źródło to wskazało 14,6% respondentów, wśród nich głównie kobiety (82% respondentów) oraz osoby obu płci w wieku do lat 44.

Dla jednej z osób objętych badaniem jakościowym było to pierwsze źródło informacji o projekcie. Osoba ta oceniła je pozytywnie. Uzyskała z niego wszelkie niezbędne na tym etapie informacje.

Wnioski

Zaprezentowany powyżej sposób prowadzenia rekrutacji był właściwy dla realizacji celów projektu. Pozwolił na zgromadzenie wystarczającej liczby chętnych do udziału w projekcie. Umożliwił także szczegółowe wyjaśnienie potencjalnym uczestnikom, na czym będzie polegało wsparcie. Skutecznie przekonano również osoby niezdecydowane o zaletach skorzystania z projektu.

Cel, polegający na zrekrutowaniu do projektu określonej liczby uczestników, został osiągnięty.

W przypadku Fundacji na Rzecz Chorych na SM im. bł. Anieli Salawy najwięcej respondentów deklarowało, że o projekcie dowiedziało się od pracowników projektu (35,1%), z instytucji pomocy społecznej (34,2%) oraz od rodziny czy znajomych (21,9%).

Takie wyniki pokrywają się z oceną skuteczności narzędzi promocyjnych, przedstawioną przez pracowników projektu podczas indywidualnych wywiadów pogłębionych. Występowały opinie, że na początku realizacji projektu informacje o możliwości udziału były zamieszczone w prasie, na plakatach, na ulotkach oraz kierowane do osób, z którymi Fundacja utrzymywała kontakt (czyli do członków organizacji, osób mających założone przez organizację subkonto, itp.). Z działań tych, jedynie bezpośredni i telefoniczny kontakt z osobami chorymi na SM przyniósł rezultaty w postaci zapisów do projektu. Skala zgłoszeń okazała się jednak niewystarczająca.

Z powodu zbyt małej liczby chętnych, nie udało się zrealizować kilku planowanych wyjazdów do „Ostoi”. W konsekwencji podjęto decyzję o wprowadzeniu planu naprawczego. W zakresie rekrutacji zakładał on kontakt pracownika projektu z MOPS-ami, biurami ds. osób niepełnosprawnych oraz liderami lokalnymi, celem skierowania do nich prośby o przekazanie osobom chorym na SM informacji o projekcie. Przedstawiciel kadry projektu twierdził, że *Rozrzut instytucji był bardzo duży. Były to ośrodki pomocy społecznej, PCPR, zespoły do spraw orzekania, parafie czy miejscowe kościoły, szpitale z oddziałami neurologicznymi, przychodnie neurologiczne.* (FK I).

⁴⁸ Aktywność społeczna w niniejszym raporcie będzie rozumiana jako utrzymywanie kontaktów społecznych przejawiających się m.in. utrzymywaniem relacji z przyjaciółmi, samodzielnym wychodzeniem z domu np. na zakupy, do lekarza, na zajęcia ogólnorozwojowe. Pojęcie to będzie odnosiło się głównie do osób chorych na SM.

Działania te przyniosły oczekiwane rezultaty i zrekrutowano założoną w projekcie liczbę uczestników. Podczas wywiadu pogłębionego, osoba realizująca projekt stwierdziła, że *największe problemy były na początku projektu z rekrutacją osób, ale kwestia ta została definitywnie rozwiązana* (FK I).

Respondenci, z którymi prowadzono wywiady pogłębione, o projekcie dowiedziały się z różnorodnych źródeł: z Internetu, od znajomych, z Fundacji, z plakatu. 4 na 5 osób oceniły, że posiadały wystarczające informacje o projekcie oraz że informacje te pokrywały się z faktycznymi działaniami, którymi zostali później objęci.

Sposób informowania o projekcie negatywnie ocenił wyłącznie respondent, którego źródłem informacji były strony internetowe. Stwierdził on, że ogłoszenie wskazywało na większy nacisk na znalezienie zatrudnienia i kontakt z pracodawcami, niż miało to faktycznie miejsce.

Wnioski

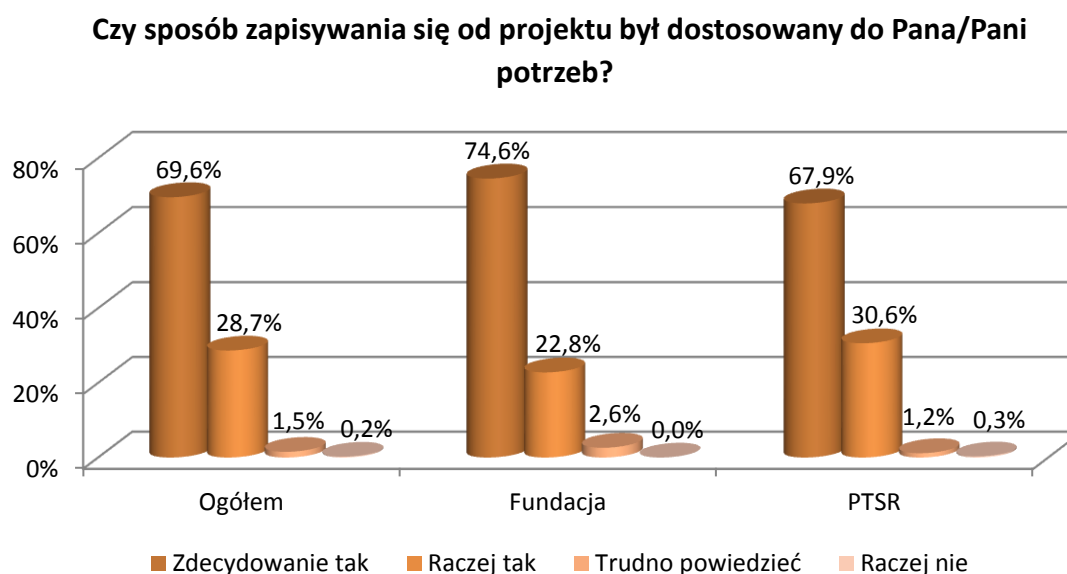
W przypadku obydwu Partnerów najskuteczniejszym sposobem rekrutacji do projektu był kontakt z osobami, którym udzielano już pomocy w przeszłości.

W przypadku Fundacji okazał się on jednak niewystarczający. Z tego powodu postanowiono informować o projekcie za pośrednictwem instytucji pomocy społecznej oraz zakładów opieki zdrowotnej. Wykorzystanie tych źródeł miało wpływ na zrekrutowanie wystarczającej liczby uczestników projektu.

Zapisy do projektu

Respondenci uczestniczący w badaniach jakościowych wskazywali, że sposób zapisów do projektu był dostosowany do ich potrzeb. Szczegółowe informacje na ten temat zostały zaprezentowane na poniższym wykresie.

Wykres 4 Dostosowanie sposobu zapisów do projektu do potrzeb beneficjentów



Źródło: Wywiady (CATI) z osobami chorymi na SM – Fundacja i PTSR

Wyniki badań ilościowych i jakościowych wskazują, że sposób zapisywania się do projektu był dostosowany do potrzeb i możliwości beneficjentów. Zapisy następowały poprzez kontakt telefoniczny, a następnie osobistą wizytę w biurze projektu lub przesłanie dokumentów pocztą.

W przypadku osób uczestniczących w projekcie za pośrednictwem PTSR tylko jeden respondent uczestniczący w badaniach ilościowych wskazał, że sposób zapisów do projektu był dla niego nieodpowiedni. Także podczas badań terenowych jeden respondent wyraził swoje zastrzeżenia w tym zakresie. Dotyczyły one nieuzyskania przez niego na etapie zapisywania się do projektu informacji o terminach realizowanego wsparcia.

W przypadku Fundacji, respondenci badań ilościowych i jakościowych nie sygnalizowali występowania problemów podczas zapisywania się do projektu.

Wstępna diagnoza potrzeb⁴⁹

Podczas zapisów do projektu rekruterzy powinni weryfikować, czy projekt jest w stanie sprostać potrzebom i oczekiwaniom osób, które zgłaszały się do udziału w nim. Poniższa tabela prezentuje wyniki diagnozy potrzeb deklarowanych przez respondentów.

Tabela 15 Diagnoza potrzeb beneficjentów określanych podczas zapisów do projektu

Partner	Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego (Oddział w Łodzi)		Fundacja na Rzecz Chorych na SM im. bł. Anieli Salawy	
	Liczba udzielonych odpowiedzi	Odsetek	Liczba udzielonych odpowiedzi	Odsetek
W trakcie zapisów do projektu przedstawiciel organizatora zadawał następujące pytania:				
W jakich zajęciach chciałbym/chciałabym wziąć udział?	271	79,0%	106	93,0%
Czego chciałbym/chciałabym się nauczyć?	237	69,1%	97	85,1%
Z jakimi problemami borykam się w związku z moim stanem zdrowia?	219	63,8%	96	84,2%
Czy będę potrzebował pomocy w dotarciu na zajęcia i podczas zajęć?	216	63,0%	93	81,6%
Czy wolę szkolenia w pobliżu mojego miejsca zamieszkania czy szkolenia wyjazdowe?	204	59,5%	91	79,8%
Czy chciałbym, aby w projekcie uczestniczył ktoś z moich bliskich?	196	57,1%	75	65,8%
Nie, w trakcie zapisów do projektu nikt nie pytał mnie o moje potrzeby?	53	15,5%	4	3,5%

Źródło: Wywiady (CATI) z osobami chorymi na SM – Fundacja i PTSR
Pytanie wielokrotnego wyboru – każdy respondent mógł udzielić więcej niż jednej odpowiedzi.

⁴⁹ Pod pojęciem „wstępna diagnoza potrzeb” rozumiane jest weryfikowanie podczas zapisów do projektu potrzeb i możliwości respondentów. Jej celem powinno być określenie, czy dana osoba spełnia kryteria uczestnictwa w projekcie oraz czy wpisuje się w cel projektu. Właściwa diagnoza była dokonywana na potrzeby tworzenia Indywidualnego Planu Działania przez następujących specjalistów: psychologa, doradcę zawodowego, lekarza.

Większość respondentów została zapytana o potrzeby szkoleniowe. Najwięcej badanych wskazuje, że byli pytani o zajęcia, w jakich chcieliby wziąć udział oraz o wiedzę, jaką chcieliby nabyć podczas szkoleń. Nieco mniej osób deklaruje, że diagnozowano u nich problemy zdrowotne, z jakimi się borykają.

W przypadku uczestników biorących udział w projekcie za pośrednictwem PTSR najwięcej respondentów stwierdziło, że na etapie projektu byli pytani o zajęcia, w których chcieliby wziąć udział.

Jedynie 57,1% badanych przyznało, że na etapie zapisów do projektu zostali zapytani, czy ktoś z ich bliskich chciałby wziąć udział w projekcie.

Respondenci będący uczestnikami projektu w ramach działań Fundacji deklarowali większą intensywność prowadzonej wstępnej diagnozy potrzeb niż uczestnicy w PTSR. W wyniku badania zdiagnozowano dwa zjawiska mogące mieć wpływ na tę sytuację:

- Fundacja zrekrutowała do projektu wiele osób, którym uprzednio nie udzielała wsparcia, zatem nie znała ich potrzeb szkoleniowych ani stanu zdrowia;
- Fundacja korzystała z pomocy pracowników socjalnych oraz liderów lokalnych (np. sołtysów).

Należy jednak zaznaczyć, iż przedstawione wyjaśnienia mają wyłącznie charakter hipotetyczny.

65,8% respondentów wskazywało ponadto, że podczas zapisów do projektu zostali zapytani, czy chcieliby, aby w projekcie uczestniczył ktoś z ich bliskich.

Podsumowanie

Na skutek prowadzonych działań udało się zrekrutować zakładaną w projekcie liczbę osób chorych na SM. W przypadku obydwu Partnerów najskuteczniejszym sposobem pozyskiwania uczestników okazało się nawiązanie kontaktu z podopiecznymi i członkami organizacji. W przypadku Fundacji ważnym kanałem przekazywania informacji o projekcie okazało się pośrednictwo instytucji opieki społecznej.

Na etapie zapisów do projektu prowadzona była wstępna diagnoza potrzeb beneficjentów. Dotyczyła ona zarówno zajęć, w jakich chcieli oni wziąć udział, jak i wsparcia, którego otrzymanie było konieczne ze względu na stan zdrowia (np. transport na zajęcia). Respondenci biorący udział w projekcie w ramach działań Fundacji uznają tę diagnozę za bardziej szczegółową.

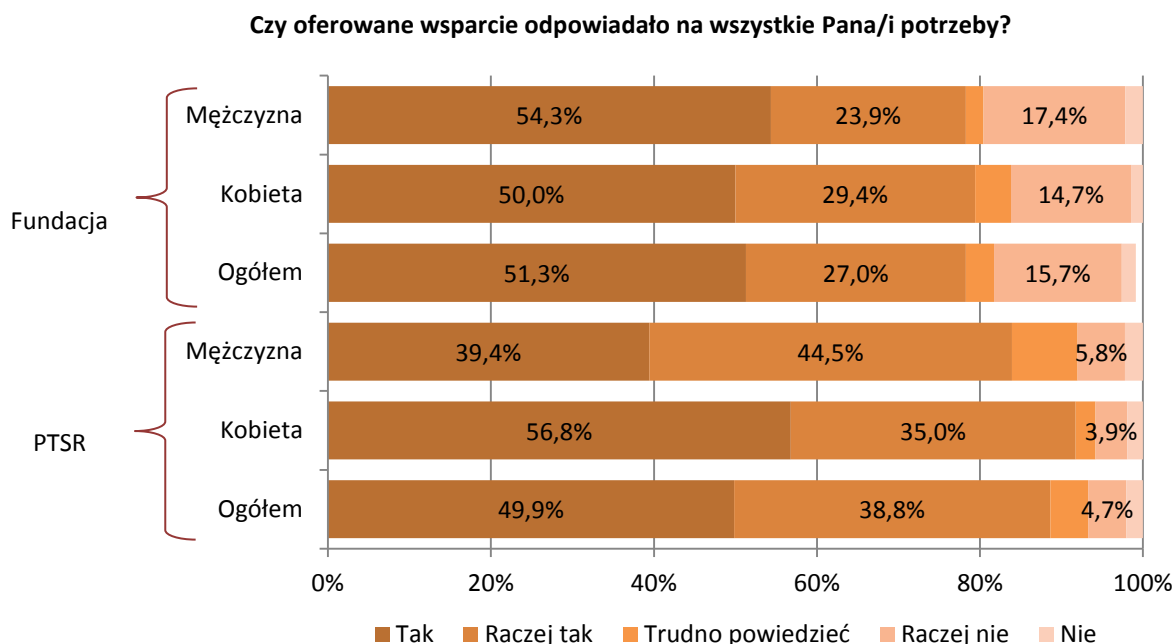
Sposób rekrutowania, polegający na deklaracji telefonicznej, a następnie osobistej wizycie w biurze projektu lub wysłaniu formularza rekrutacyjnego pocztą, został oceniony przez respondentów jako odpowiedni.

7.2 Ocena zajęć realizowanych w ramach projektu

Dla każdego z beneficjentów przewidziano udział w zajęciach z psychologiem oraz doradcą zawodowym. Ponadto na początku udziału beneficjenta w projekcie diagnozowano jego stan zdrowia, weryfikowano doświadczenie zawodowe oraz posiadane przez niego predyspozycje. Na tej podstawie określone były dodatkowe zajęcia, w których dana osoba będzie mogła uczestniczyć (np. staż rehabilitacyjny). Z indywidualnych wywiadów pogłębionych z kadrą projektu wynika, że uczestnicy mogli również zgłaszać organizatorom indywidualne potrzeby w zakresie doradztwa (np. dodatkowe spotkanie z prawnikiem) czy konsultacji medycznych, które były zaspokajane na bieżąco w miarę możliwości finansowych.

Respondenci biorący udział w badaniu ilościowym zostali poproszeni o ocenę stopnia zaspokojenia przez projekt ich potrzeb w zakresie aktywizacji społeczno-zawodowej. Szczegółowe wyniki tego badania przedstawia poniższy wykres.

Wykres 5 Adekwatność projektu do potrzeb beneficjentów chorych na SM



Źródło: Wywiady (CATI) z osobami chorymi na SM – Fundacja i PTZR

Ogółem 86,2% respondentów stwierdziło, że oferowane wsparcie odpowiadało na wszystkie ich potrzeby (odpowiedzi „tak” i „raczej tak”). Uzyskane wyniki wskazują, że PTZR spełniło wszystkie oczekiwania większej liczby uczestników projektu niż Fundacja.

9,4% wszystkich ankietowanych osób chorych na SM udzieliło negatywnej odpowiedzi na omawiane pytanie (odpowiedzi „nie” i „raczej nie”). Najwięcej głosów stwierdzających, że projekt odniósł się w niewystarczającym zakresie do oczekiwań osób w nim uczestniczących, wyrażali respondenci w grupie wiekowej powyżej 35 roku życia. Mieli oni następujące zastrzeżenia:

- zbyt mała ilość lub brak rehabilitacji (12 respondentów z PTZR, 17 respondentów z Fundacji),
- brak pomocy w podniesieniu kompetencji zawodowych lub w znalezieniu pracy (6 respondentów z PTZR, 3 respondentów z Fundacji),
- zbyt mała liczba konsultacji lekarskich (2 respondentów z Fundacji).

W przypadku PTZR jednoznacznie pozytywnej odpowiedzi udzieliło więcej kobiet, natomiast negatywnej – więcej mężczyzn. Główne potrzeby, które zostały zaspokojone, są związane z:

- wzrostem motywacji (w tym z poprawą samopoczucia) – 87,1% respondentów,
- aktywnością fizyczną – 68,5% respondentów,
- kontaktem z ludźmi – 67,6% respondentów,
- wzrostem wiedzy o rynku pracy – 29,4% respondentów,
- nabyciem kwalifikacji zawodowych – 14,8% respondentów.

W przypadku Fundacji, to w większości mężczyźni udzielili zarówno jednoznacznie pozytywnej, jak i jednoznacznie negatywnej odpowiedzi na pytanie o spełnienie przez projekt wszystkich ich potrzeb. Kobiety zazwyczaj udzielały odpowiedzi „raczej tak” oraz „trudno powiedzieć”. Główne potrzeby, które ankietowani wskazali jako te zaspokojone dzięki udziałowi w projekcie, to:

- kontakt z ludźmi – 86,8% respondentów,
- wzrost motywacji – 82,4% respondentów,
- aktywność fizyczna – 61,4% respondentów,
- nabycie wiedzy o rynku pracy – 24,6% respondentów,
- nabycie kwalifikacji zawodowych – 14,1% respondentów.

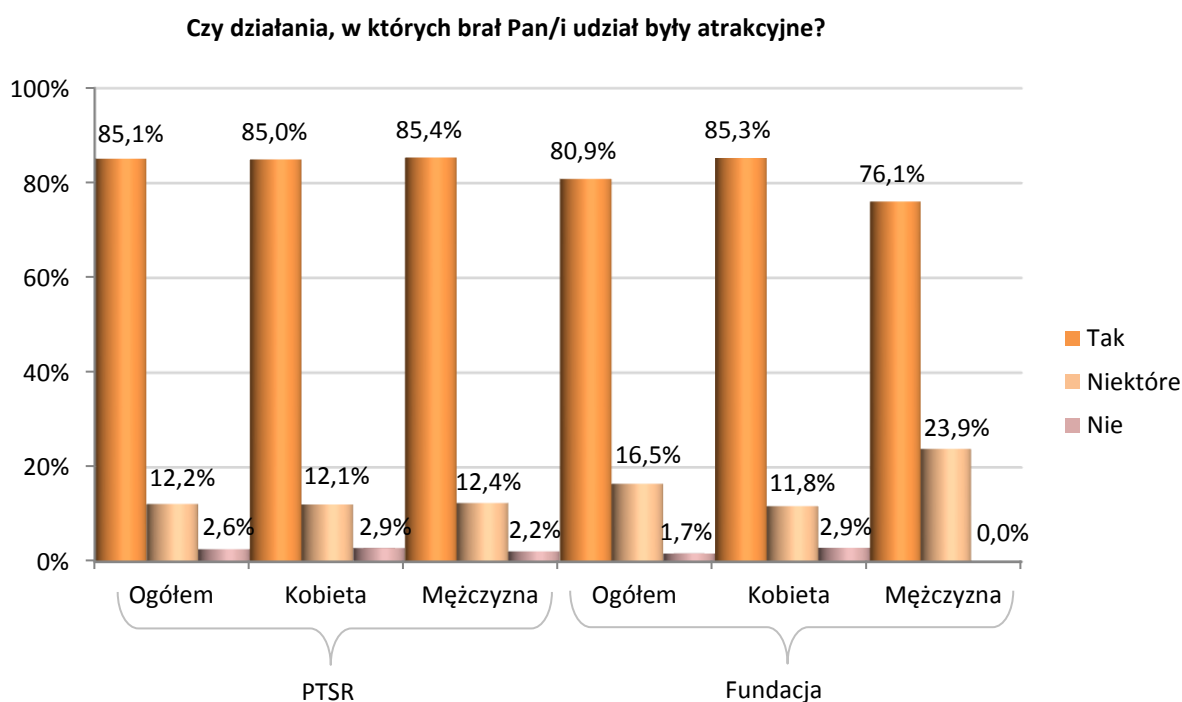
Wniosek

Potrzeby osób z SM zrekrutowanych do projektu dotyczyły głównie podniesienia ich motywacji do podjęcia aktywności społecznej, aktywności fizycznej oraz do nawiązania kontaktu z ludźmi znajdującymi się w podobnej do ich sytuacji. Działania oferowane w ramach projektu spełniły potrzeby większości uczestników.

Główne zastrzeżenia wskazywane przez respondentów dotyczyły zbyt małej ilości niektórych zajęć. W badaniu nie pojawiły się odpowiedzi wskazujące na całkowity brak istotnych dla respondentów form wsparcia.

Oprócz dostosowania projektu do potrzeb beneficjentów badano również atrakcyjność zajęć. Została ona oceniona wysoko. 85,1% respondentów biorących udział w projekcie po stronie PTSR oraz 80,9% w ramach działań Fundacji stwierdziło, że wszystkie zajęcia, w których brali udział, były atrakcyjne.

Wykres 6 Atrakcyjność zajęć w opinii uczestników projektu chorych na SM



Źródło: Wywiady (CATI) z osobami chorymi na SM – Fundacja i PTSR

84% ogółu respondentów zadeklarowało, że działania, w których brali udział w ramach projektu, były atrakcyjne. 13,5% badanych uznało, że tylko niektóre z nich okazały się atrakcyjne. Negatywnej odpowiedzi udzieliło 2,4% badanych. Pozytywne zdanie na temat badanego aspektu wyraziła większa liczba badanych z PTSR niż z Fundacji, przy czym różnica ta nie wystąpiła w przypadku kobiet.

W przypadku PTSR podobne opinie występowały zarówno u kobiet jak i u mężczyzn. W trakcie wywiadów pogłębionych respondenci nie wskazywali negatywnych aspektów udzielonego im wsparcia.

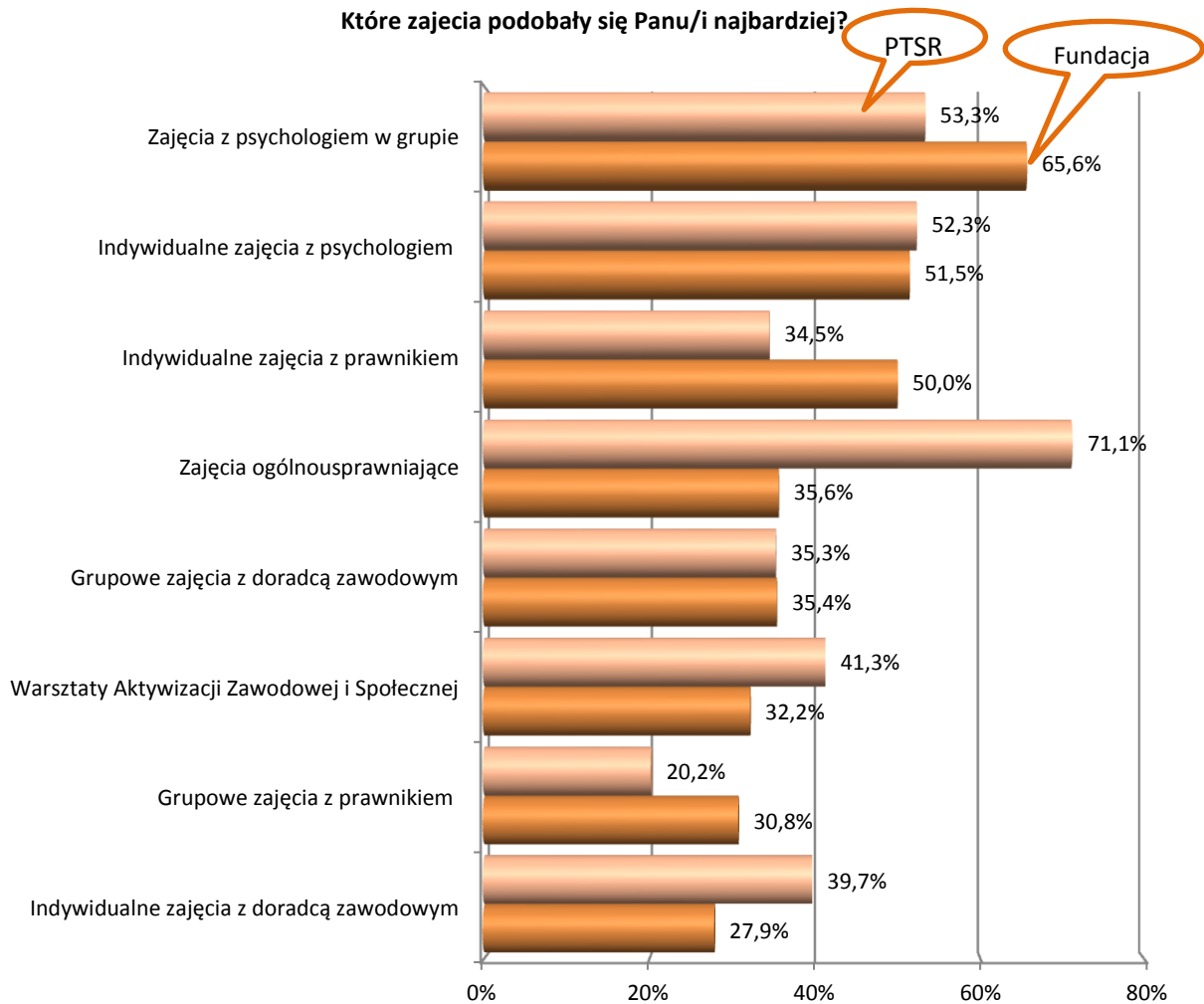
W przypadku Fundacji o atrakcyjności niektórych zajęć mówiło 16,5% respondentów, głównie mężczyźni.

Osoby, z którymi prowadzone były badania jakościowe, zgłaszały konkretne zastrzeżenia względem niektórych form wsparcia, z których można wywnioskować następujące rzeczy:

- część osób posyłana była na zajęcia, którymi nie była zainteresowana, gdyż szczegółowo znała poruszaną na nich problematykę;
- niektórzy z prowadzących zajęcia byli negatywnie odbierani przez osoby niepełnosprawne ze względu na zbyt niskie kompetencje pod względem merytorycznym bądź społecznym. *Można powiedzieć, że niektóre zajęcia odbywały się dla zabicia czasu. Nie po to, aby czegokolwiek się nauczyć, tylko to było takie „masło maślane”.* (FISM III), *Bo była kobieta nieprofesjonalna. Jak ktoś był gruby, to pytała dlaczego. Jak ktoś był kawalerem, to pytała, czy się podoba kobietom. No takie rzeczy. To dla nas to troszkę były takie pytania poniżej pasa.* (FISM III), *Po pierwsze, co do jej wiedzy miałam duże zastrzeżenia. No i jako człowiek, który chce prowadzić takie zajęcia z osobami niepełnosprawnymi, powinien z psychologiem porozmawiać o tym, jak rozmawiać z osobami niepełnosprawnymi.* (FISM V).

W ramach badania podjęto próbę zidentyfikowania zajęć, które najbardziej podobały się respondentom. Wyniki badań ilościowych w tym zakresie prezentuje poniższy wykres.

Wykres 7 Ocena zajęć realizowanych w projekcie przez uczestników chorych na SM



Źródło: Wywiady (CATI) z osobami chorymi na SM – Fundacja i PTSR
 Pytanie wielokrotnego wyboru - każdy respondent mógł udzielić więcej niż jednej odpowiedzi

Największy odsetek respondentów wskazał, że najbardziej podobały się zajęcia ogólnousprawniające (60,8%) oraz grupowe spotkania z psychologiem (57,6%). Jak wskazuje powyższy wykres oceny zajęć różnią się w zależności od organizacji, w ramach której beneficjent uczestniczył w projekcie.

Zajęcia ogólnorozwojowe, warsztaty aktywizacji społecznej i zawodowej oraz indywidualne zajęcia z doradcą zawodowym były lepiej oceniane przez uczestników z PTSR. Grupowe zajęcia z psychologiem oraz zajęcia z prawnikiem dużo lepiej zostały ocenione w Fundacji. Wspomniane różnice wynikają najprawdopodobniej z następujących przyczyn:

- W PTSR zrekrutowano więcej niż w Fundacji osób, które zamierzały podjąć zatrudnienie. Stąd większe u tych osób zainteresowanie zajęciami z doradcą zawodowym oraz warsztatami aktywizacji zawodowej.
- Fundacja realizowała zajęcia w formie wyjazdowej. Uczestnicy, przebywający ze sobą również po zajęciach, nawiązywali między sobą przyjacielskie relacje, które obecnie oceniają jako ważne. Na grupowych zajęciach z psychologiem również następowała integracja, stąd pozytywna ocena tych zajęć.

- Najprawdopodobniej wielu chorych na SM, wyjeżdżając do „Ostoi”, oczekiwało zajęć rehabilitacyjnych⁵⁰ ze względu na charakter samego ośrodka. Nie ocenili zatem zajęć ogólnousprawniających jako najbardziej interesujących, gdyż mieli w tym zakresie większe oczekiwania.

Szczegółowy opis oceny zajęć realizowanych przez każdą z organizacji został przedstawiony poniżej.

W przypadku PTZR dominująca większość respondentów wskazała na zajęcia ogólnousprawniające, jako najlepsze w całym projekcie. Odpowiedzi te pojawiły się przede wszystkim wśród osób o wykształceniu średnim, zasadniczym zawodowym i podstawowym oraz u uczestników w wieku powyżej 54 roku życia. Osoby w tym wieku są silnie skoncentrowane na poprawie stanu zdrowia. Ponadto w mniejszym stopniu niż osoby młodsze, są skłonne podjąć zatrudnienie.

W grupie wiekowej poniżej 54 roku życia, za najbardziej interesujące zostały uznane indywidualne zajęcia z psychologiem i doradcą zawodowym. Tłumaczy to, cechująca tych respondentów, chęć podjęcia zatrudnienia. Można wnioskować, iż pozytywna ocena indywidualnego wsparcia z psychologiem wynika z odczuwanej przez badanych potrzeby uzyskania pomocy w celu poprawy samopoczucia. Dla tych respondentów istotne były również grupowe zajęcia z psychologiem oraz indywidualne zajęcia z prawnikiem.

Podczas wywiadów pogłębionych respondenci biorący udział w projekcie w ramach działań PTZR wskazywali, że najbardziej zadowoleni byli z zajęć z psychologiem (3 z 5 osób). W trakcie przystępowania do projektu mieli problemy rodzinne, które przełożyły się na pogorszenie ich stanu psychicznego, a co za tym idzie, zdrowotnego. Potrzebowali zatem wsparcia motywacyjnego i podniesienia poczucia własnej wartości. Dwie pozostałe spośród badanych osób również wskazują, że zajęcia z psychologiem były dla nich bardzo istotne, gdyż dzięki pracy nad sobą stały się spokojniejsze i bardziej pewne siebie: *Liczyłam przede wszystkim na kontakt z psychologiem, to w sumie najbardziej mi potrzebne było.* (PSM I) *Spotkań z ludźmi, które mnie wzmocnią. Nauczą jak żyć z chorobą.* (PSM II) *Jak mówiłem, byłem w trudnym momencie życia i potrzebowałem wsparcia.* (PSM III).

W przypadku Fundacji, respondentom biorącym udział w badaniach ilościowych najbardziej podobały się zajęcia z psychologiem. Ich pozytywna ocena dominowała wśród kobiet. 69,35% jako najlepsze wskazało zajęcia grupowe z psychologiem (w porównaniu do 59,4% mężczyzn), a zajęcia indywidualne o tej samej tematyce wybrało 63,3% kobiet (oraz 34,8% mężczyzn).

Również w badaniach jakościowych respondenci wskazywali, że najciekawsze były zajęcia z psychologiem. Ich skutkiem było m.in. podniesienie motywacji do wychodzenia z domu i utrzymywania kontaktów z innymi ludźmi oraz wzrost poczucia bezpieczeństwa.

Wyniki badań ilościowych wskazują, że wiek był istotnym czynnikiem warunkującym ocenę form wsparcia. Respondentom powyżej 45 roku życia najbardziej podobały się indywidualne i grupowe zajęcia z psychologiem. Osoby te zwracały uwagę na nawiązywanie kontaktów z innymi osobami chorymi na SM. Wśród osób młodszych, zwłaszcza do 34 roku życia, najważniejszymi zajęciami okazały się być spotkania z doradcą zawodowym oraz indywidualne zajęcia z prawnikiem, a także zajęcia ogólnousprawniające.

Warto zwrócić uwagę na fakt, iż 32,2% respondentów (19 osób) odpowiedziało, że najbardziej podobały im się warsztaty aktywizacji zawodowej. Tymczasem w ramach działań Fundacji w tej formie

⁵⁰ Wniosek ten wynika z raportu końcowego ewaluacji mid-term badanego projektu.

zajęć wzięło dotychczas udział zaledwie 6 osób. Oznacza to, że badani myślą „warsztaty aktywizacji zawodowej” z innymi zajęciami. Wyniki badania nie wskazują, z jakimi.

Wniosek

Respondentom najbardziej podobały się spotkania z psychologiem oraz zajęcia ogólnorozwojowe. Doradztwo psychologiczne jest obligatoryjne dla wszystkich uczestników. W związku z tym, że podobało się ono największej liczbie badanych, można uznać to założenie za słuszne.

Ocena poszczególnych form wsparcia jest zależna od wieku. Osoby powyżej 45 roku życia najwyżej oceniają zajęcia z psychologiem. W młodszych grupach wiekowych istotne są również spotkania z doradcą zawodowym oraz indywidualne zajęcia z prawnikiem.

W ramach projektu realizowane było wsparcie indywidualne i grupowe. Jego ocena przez respondentów, biorących udział w projekcie ze strony PTSR, różniła się w zależności od tematyki zajęć. Konsultacje prawne i te z doradcą zawodowym były lepiej oceniane, gdy miały formę spotkań indywidualnych. W podobny sposób, niezależnie od typu, zostały ocenione spotkania z psychologiem.

Wywiady pogłębione wykazały, że na spotkania z prawnikiem czy doradcą zawodowym respondenci przygotowali ściśle określone pytania, stąd bardziej adekwatne do ich potrzeb były zajęcia indywidualne, na których można było szczegółowo omówić te zagadnienia. Dwóch badanych wskazało na zalety spotkań grupowych związane z możliwością zapoznania się z problemami, z którymi borykają się inni i przygotowania gotowego rozwiązania na wypadek wystąpienia podobnych problemów w przyszłości: *Grupowe spotkania z doradcą były bardzo fajnie, bo jednak samemu nie o wszystkim się myśli, pamięta. A w grupie każdy ma jakieś pytania i dyskusja się przeciąga i jest to naprawdę przydatne doświadczenie.* (PSM V). Jednakże warto zaznaczyć, że nie wszyscy byli zainteresowani takimi informacjami. W głównej mierze respondenci zwracali uwagę na załatwienie bieżących spraw, z którymi się zmagali. W mniejszym stopniu byli zainteresowani zdobywaniem wiedzy przydatnej w przyszłości.

W przypadku respondentów chorych na SM, uczestniczących w projekcie w ramach działań Fundacji, zajęcia grupowe z psychologiem i doradcą zawodowym zostały ocenione jako bardziej interesujące od indywidualnych spotkań z tymi specjalistami. Natomiast zajęcia z prawnikiem były lepiej oceniane, kiedy miały charakter indywidualnej rozmowy.

W badaniach jakościowych respondenci wskazywali na liczne zalety zajęć grupowych, polegające m.in. na wymianie doświadczeń, wzajemnym wsparciu, łatwiejszym przełamywaniu wstydu związanego ze stanem zdrowia (np. trudności w poruszaniu się) w towarzystwie osób posiadających tę samą chorobę: *Rozmawialiśmy wszyscy – każdy odpowiadał na to samo pytanie. Można było dzięki temu skonfrontować swój sposób myślenia z innymi.* (FISM V), *Cenne było prowadzenie rozmów z osobami mającymi podobne problemy, robienie konkursów w grupach. Ludzie zaczęli fajnie się kontaktować. Ludzie, którzy byli zamknięci, zaczęli się otwierać.* (FISM IV).

Pracownicy projektu również zwracali uwagę, że spotkania grupowe mają pozytywny wpływ na uczestników (w postaci wzajemnego wspierania się osób chorych na SM).

Porównanie z wynikami ewaluacji mid-term

W ramach ewaluacji mid-term nie dokonywano oceny poziomu satysfakcji i zadowolenia beneficjentów z udziału w projekcie. Stąd zestawienie uzyskanych tam informacji z wynikami niniejszego badania może przebiegać wyłącznie na poziomie ogólnym.

Podczas badania śródkresowego wsparcie psychologiczne zostało ocenione najwyżej, gdyż prowadziło do zmniejszenia stresu wynikającego z obawy o zdrowotne skutki kolejnego rzutu. Porady specjalistów prowadziły do wzrostu motywacji do podejmowania aktywności społecznej oraz do zwiększenia wiary we własne siły.

Wyniki te w większości pokrywają się z danymi z ewaluacji ex-post, podczas której wielu respondentów pozytywnie oceniało zajęcia z psychologiem. Uczestnictwo w takich zajęciach przyczyniło się do podniesienia motywacji do działania oraz wiary we własne możliwości. Nie wskazywano jednak na kwestię dotyczącą zmniejszenia obawy o stan zdrowia (ani na posiadanie takich obaw).

Badanie mid-term wskazało również na ogromne znaczenie nawiązywania kontaktu pomiędzy osobami chorym na SM. Potwierdziły to wyniki niniejszego badania.

Podsumowanie

Prowadzone badanie wykazało, że działania zaplanowane w projekcie w dużym stopniu odpowiadały na potrzeby jego uczestników. Przeważająca większość respondentów uznała, że zostały zaspokojone wszystkie ich potrzeby w zakresie aktywizacji społeczno-zawodowej. Ponad 80% badanych oceniło zajęcia, w których brali udział, jako atrakcyjne.

Jeśli chodzi o formę zajęć trudno wskazać, które zostały ocenione przez beneficjentów lepiej. Realizują one bowiem odmienne cele: wsparcie grupowe umożliwia poznanie innych osób chorych na SM, wymianę doświadczeń, wzrost poczucia pewności siebie. Natomiast wsparcie indywidualne pozwoliło na uzyskanie konkretnych odpowiedzi na interesujące uczestników zagadnienia, głównie z zakresu prawa.

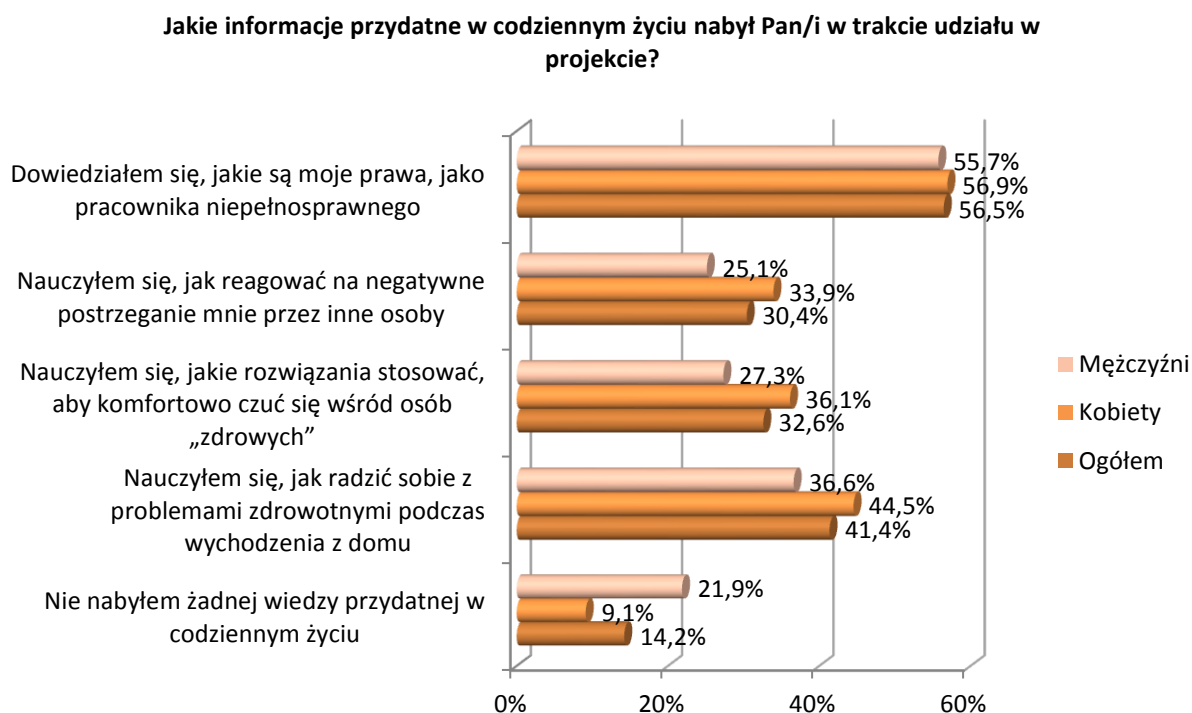
7.3 Efekty uczestnictwa w projekcie

Projekt zakłada osiągnięcie dwóch rodzajów efektów: aktywizacji społecznej i aktywizacji zawodowej beneficjentów. Z wartości wskaźników zawartych we wniosku o dofinansowanie można wywnioskować, że w założeniu większa miała być skala aktywizacji społecznej. Od niej zatem rozpoczniemy ocenę efektów projektu.

7.3.1 Aktywizacja społeczna

Projekt miał duży wpływ na aktywizację społeczną uczestników. 83,4% respondentów uznało, że zdobyte na zajęciach informacje są przydatne w codziennym życiu. Na poniższym wykresie zaprezentowano deklaracje uczestników dotyczące zakresu nabytej przez nich wiedzy.

Wykres 8 Wiedza nabyta przez uczestników projektu



Źródło: Wywiady (CATI) z osobami chorymi na SM – Fundacja i PTSR

W badaniu najczęściej wybieraną odpowiedzią było uzyskanie informacji o prawach niepełnosprawnego pracownika. Uznanie takiej informacji jako przydatnej w codziennym życiu wydaje się specyficzne w kontekście tego, że udzieliło jej m.in. 51,8% osób, które deklarują, iż w obecnej chwili nie zamierzają podjąć zatrudnienia (44,3% respondentów, którzy udzielili tej odpowiedzi). Można zatem wnioskować, że respondenci oceniali przydatność wiedzy ogólnie, nie skupiając się na chęci jej zastosowania w praktyce. Możliwe też, że zamierzają podjąć pracę w dalszej perspektywie czasowej, a zdobyta wiedza wydaje im się pomocna w tym działaniu.

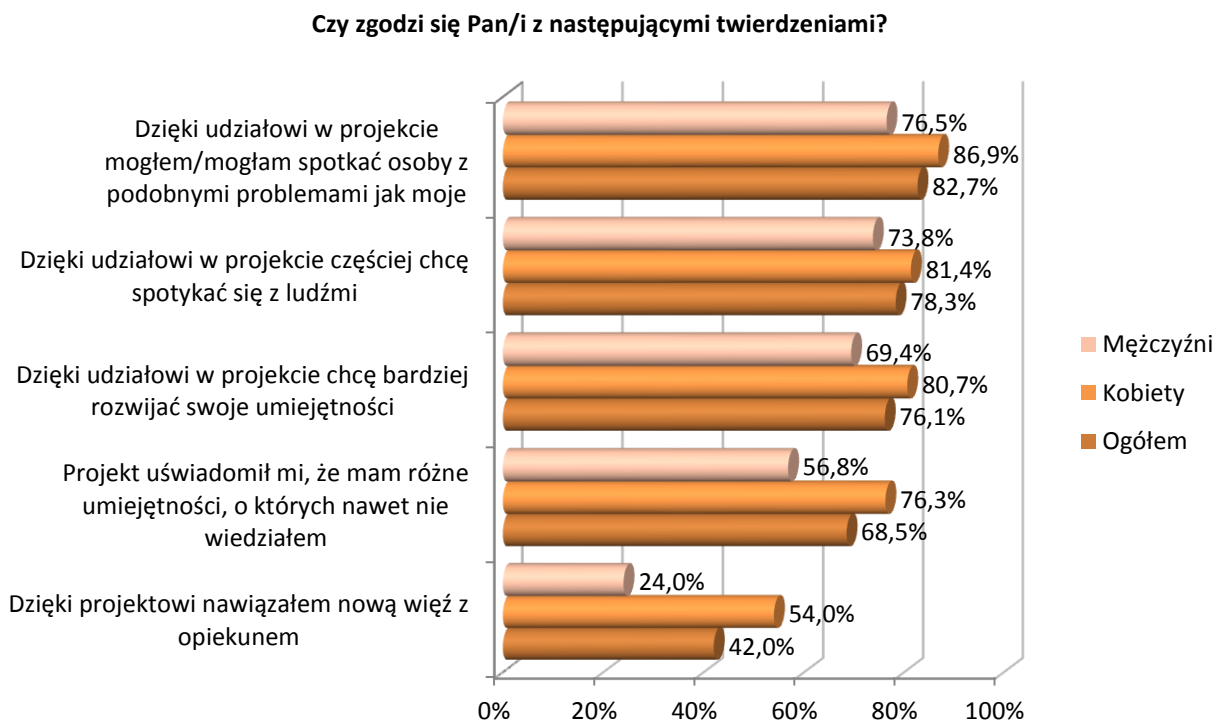
Często wskazywano, że dzięki udziałowi w projekcie uczestnicy nauczyli się w jaki sposób mogą radzić sobie z problemami zdrowotnymi kiedy przebywają poza domem. Pozwala to przypuszczać, że dla badanych był to realny problem, który został skutecznie zniwelowany.

14,2% respondentów uznało, że nie nabyło wiedzy przydatnej w codziennym życiu. Część z tych osób być może nie miała potrzeb we wskazanym zakresie. Potwierdzeniem tej hipotezy może być to, że 46,9% osób, które udzieliły wspomnianej odpowiedzi, planowało podjąć pracę przed przystąpieniem do projektu. Zatem chciały one posiąść wiedzę na temat rynku pracy.

Spośród respondentów, którzy stwierdzili, iż nie uzyskali informacji przydatnych w codziennym funkcjonowaniu, 27,1% oceniło projekt jako niespełniający ich potrzeb.

Pytani o pozytywne skutki projektu, respondenci wskazywali najczęściej to, że mogli spotkać się z osobami posiadającymi problemy podobne do ich własnych. Szczegółowe informacje o społecznych skutkach udziału w projekcie prezentuje wykres zamieszczony poniżej.

Wykres 9 Społeczne skutki udziału w projekcie



Źródło: Wywiady (CATI) z osobami chorymi na SM – Fundacja i PTSR

Należy zwrócić uwagę, że na każdą odpowiedź, przedstawioną na wykresie, wskazywał większy odsetek kobiet niż mężczyzn. Powodów takiej tendencji można się dopatrywać w strukturze wykształcenia ankietowanych. Kobiety dominują w grupie o wykształceniu wyższym, natomiast mężczyźni w grupie o wykształceniu zasadniczym zawodowym⁵¹. Niezależnie od powodu, projekt w większym stopniu przyczynił się do aktywizacji zawodowej kobiet niż mężczyzn.

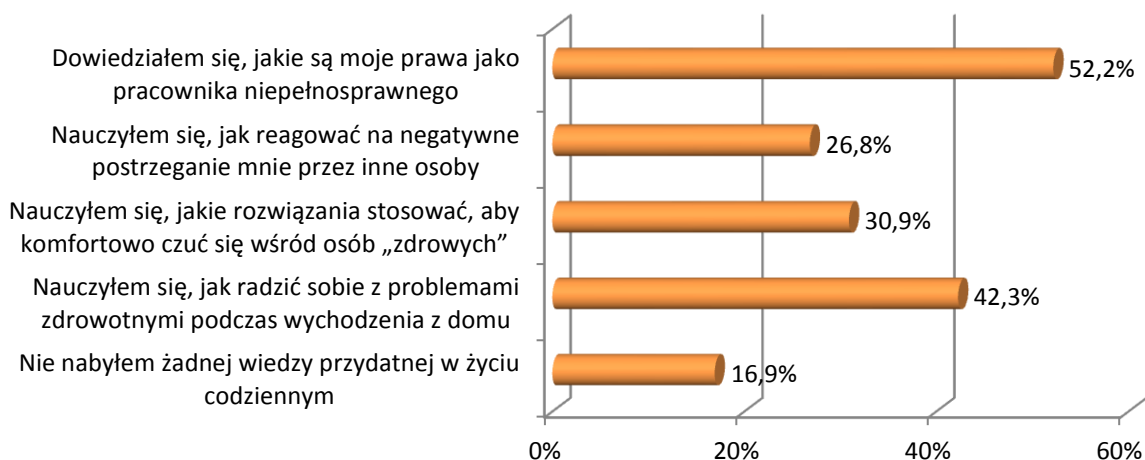
64% osób chorych na SM, które uczestniczyły w projekcie wraz z bliską osobą, potwierdziło, że to wspólne uczestnictwo miało pozytywny wpływ na ich wzajemne relacje. Można zatem wnioskować, iż objęcie wsparciem najbliższego otoczenia chorego jest efektywną metodą na odbudowę i utrwalenie prawidłowych relacji pomiędzy osobą z niepełnosprawnością a pozostałymi członkami gospodarstwa domowego.

W przypadku PTSR, na pytanie o zdobycie w ramach zajęć wiedzy użytecznej w życiu codziennym pozytywnej odpowiedzi udzieliło 81% badanych.

⁵¹ 33,6% kobiet i 19,1% mężczyzn to respondenci posiadający wykształcenie wyższe. 17,2% kobiet i 28,4% mężczyzn to respondenci o wykształceniu zasadniczym zawodowym.

Wykres 10 Wpływ projektu na poprawę codziennego życia beneficjentów

Jakie informacje przydatne w codziennym życiu nabył Pan/i w trakcie udziału w projekcie? – PTSR



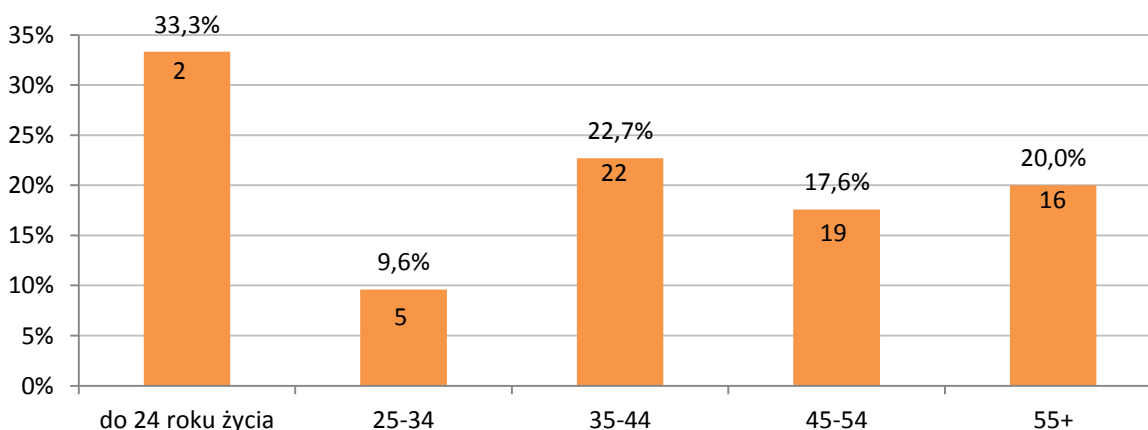
Źródło: Wywiady (CATI) z osobami chorymi na SM – Fundacja
Pytanie wielokrotnego wyboru – każdy respondent mógł udzielić więcej niż jednej odpowiedzi.

Jak wskazują wyniki badań, najczęściej osób uzyskało wiedzę w zakresie związanym z aktywizacją zawodową. Odpowiedź tę wskazywały głównie osoby w przedziale wiekowym 35-44 lata.

Aż 16,9% respondentów stwierdziło, że informacje uzyskane w trakcie udziału w projekcie nie są dla nich przydatne. Ponieważ jest to odsetek wyższy niż w przypadku Fundacji, postanowiono nakreślić charakterystykę osób, które udzieliły negatywnej odpowiedzi. Znalazło się wśród nich 35,9% kobiet oraz 64,1% mężczyzn. Struktura wieku respondentów została zaprezentowana na poniższym wykresie.

Wykres 11 Struktura wieku beneficjentów, którzy oceniają, że projekt nie wpłynął na ich codzienne życie

Podczas udziału w projekcie nie nabyłem/am wiedzy przydatnej w życiu codziennym - PTSR



Źródło: Wywiady (CATI) z osobami chorymi na SM – PTSR
Ze względu na niewielkie liczebności w niektórych grupach wiekowych, na wykresach podano liczebności udzielonych odpowiedzi.

Najmniej negatywnych odpowiedzi wystąpiło w grupie wiekowej 25-34 lata. Może to wynikać z faktu, iż osoby te są chore od niedawna. Zatem bardziej niż starszym respondentom są im potrzebne wskazówki

dotyczące codziennego funkcjonowania ze stwardnieniem rozsianym⁵². Dlatego też projekt powinien kierować zajęcia ułatwiające funkcjonowanie w codziennym życiu w szczególności do osób młodszych.

Respondenci badań ilościowych wymieniali następujące skutki społeczne projektu:

- Dzięki udziałowi w projekcie chcę częściej spotykać się z ludźmi (78% respondentów).
- Dzięki udziałowi w projekcie chcę bardziej rozwijać swoje umiejętności (76% respondentów).
- Projekt uświadomił mi, że posiadam różne umiejętności, o których nawet nie wiedziałem (68% respondentów).
- Dzięki projektowi nawiązałem nową więź z opiekunem (46% respondentów).

Wszyscy respondenci badań jakościowych (5 osób) twierdzili, że dzięki projektowi otworzyli się na ludzi. Niektórzy z nich podjęli również zatrudnienie. Badani wskazują na zmianę społecznego aspektu ich życia. Przed udziałem w projekcie bardzo rzadko wychodzili z domu, nie mieli motywacji do działania: *Siedziałem w domu, byłem w trudnej sytuacji, odizolowałem się od ludzi* (PSM III). Uczestnictwo w zajęciach sprawiło, że nabrali pewności siebie, uwierzyli we własne możliwości. Jedna z respondentek zaczęła wychodzić na basen i zajęcia taneczne wraz z innymi członkami organizacji. Spotkania ze specjalistami oraz innymi ludźmi chorymi na SM wniosły w życie uczestników projektu pozytywną energię i siłę do działania.

Aktywizacja społeczna respondentów nastąpiła głównie na skutek zajęć z psychologiem, spotkań z ludźmi zmagającymi się z podobnymi problemami oraz nawiązania z nimi relacji towarzyskich: *Moje życie po projekcie zupełnie się zmieniło. Jestem pewniejsza siebie* (PSM II). *Obecnie spotykam się z kolegami, którzy też są chorzy i to towarzystwo najbardziej mi odpowiada* (PSM III). *Tak, właśnie dzisiaj byłam na spotkaniu ze znajomymi. Przed projektem to zamykałam się w domu, a teraz uczestniczę w stowarzyszeniu i chodzę na basen, rehabilitację, na spotkania ze znajomymi* (PSM IV).

Osoby chore na SM, z którymi przeprowadzone zostały wywiady pogłębione deklarowały, że dzięki uczestnictwu w projekcie nabyły pewne kompetencje miękkie. Jedną z nich była umiejętność radzenia sobie ze stresem. Skutkowało to zwiększeniem częstotliwości kontaktów społecznych. Umiejętnościami, które wpłynęły na aktywizację zawodową były: zwiększenie pewności siebie, nabycie umiejętności rozwiązywania problemów w rodzinie oraz zdolności kontrolowania emocji, w szczególności w trudnych sytuacjach zawodowych.

Wniosek:

Działanie projektu polegające na aktywizacji społecznej uczestników z PTSR należy ocenić pozytywnie.

Informacje przydatne w życiu codziennym, jakie zdobyli uczestnicy, dotyczyły głównie prawa pracy oraz radzenia sobie z problemami zdrowotnymi podczas wychodzenia z domu. Zatem istotną rolę w tym zakresie pełniły najprawdopodobniej spotkania z doradcą zawodowym, prawnikiem oraz zajęcia ogólnousprawniające.

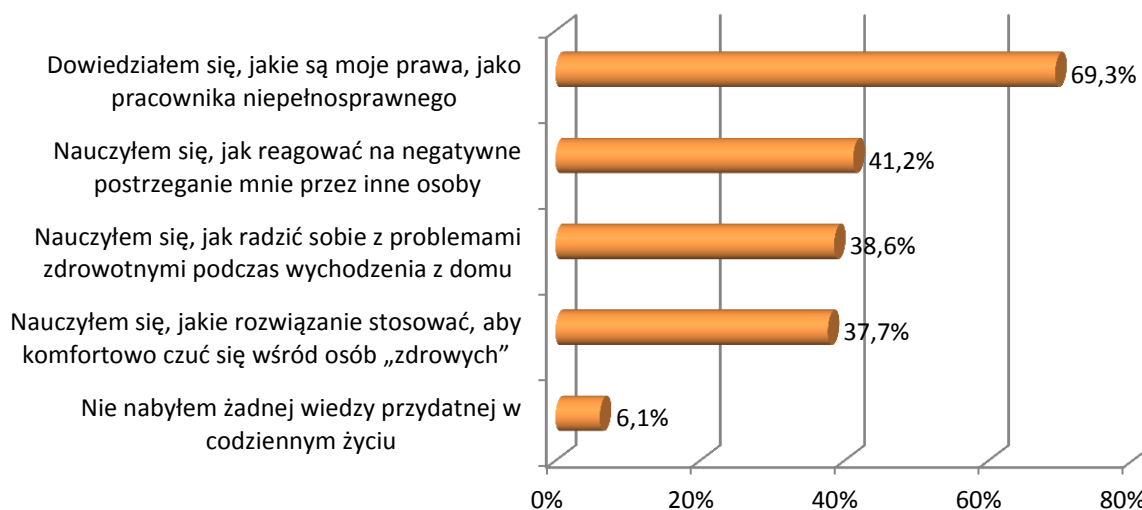
Uzyskanie największej ilości informacji przydatnych w życiu codziennym deklarowały głównie osoby w wieku 25-34 lata.

⁵² Z wnioskowania wyeliminowano grupę osób poniżej 25 roku życia ze względu na jej niewielką liczebność – 6 osób.

Aż 89% respondentów, uczestniczących w projekcie ze strony Fundacji oceniło, że uzyskało informacje przydatne w życiu codziennym. Negatywnej odpowiedzi udzieliły wyłącznie osoby po 45 roku życia. Wiadomości, które uzyskali uczestnicy projektu, dotyczą następujących zakresów:

Wykres 12 Wpływ projektu na poprawę codziennego życia beneficjentów

Jakie informacje przydatne w codziennym życiu nabył Pan/i w trakcie udziału w projekcie – Fundacja

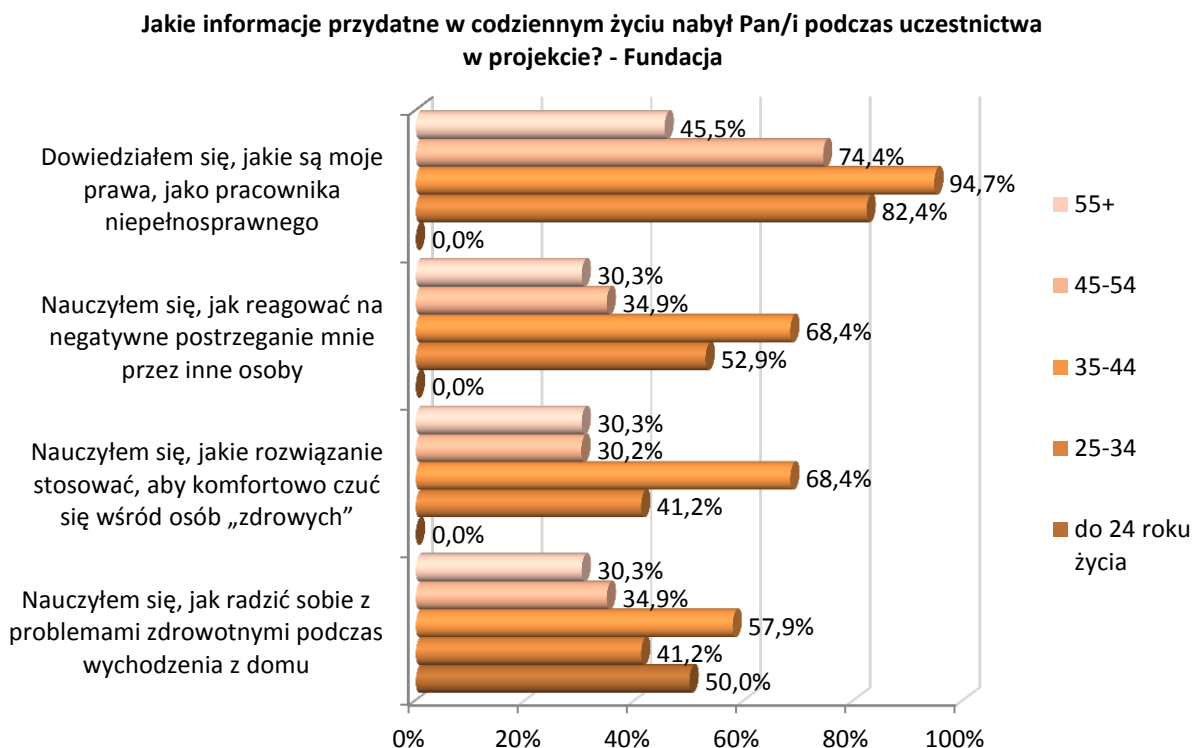


Źródło: Wywiady (CATI) z osobami chorymi na SM – Fundacja
Pytanie wielokrotnego wyboru – każdy respondent mógł udzielić więcej niż jednej odpowiedzi.

Jak wskazują wyniki badań, najczęściej osób uzyskało wiedzę w zakresie związanym z aktywizacją zawodową. Odpowiedź tą wybierały głównie osoby do 44 roku życia.

Wiek był czynnikiem warunkującym również pozostałe wskazania. Szczegółowe dane w tym zakresie prezentuje wykres zamieszczony poniżej.

Wykres 13 Wpływ projektu na poprawę codziennego życia beneficjentów w zależności od ich wieku



Źródło: Wywiady (CATI) z osobami chorymi na SM – Fundacja
Pytanie wielokrotnego wyboru – każdy respondent mógł udzielić więcej niż jednej odpowiedzi.

W grupie osób po 45 roku życia przydatność wiedzy nabytej w projekcie została oceniona najniżej, a w przedziale wiekowym 35-44 lata najwyżej. Oznacza to, że do osób 45+ konieczne jest skierowanie szczególnego wsparcia. Założenia takie są często podejmowane w projektach realizowanych ze środków PO KL, stąd warto zastosować tę zasadę również w projektach skierowanych do osób chorych na stwardnienie rozsiane.

Respondenci zauważyli również następujące skutki społeczne projektu:

- Dzięki udziałowi w projekcie częściej chcę spotykać się z ludźmi (78% respondentów).
- Dzięki udziałowi w projekcie chcę intensywniej rozwijać swoje umiejętności (78% respondentów).
- Projekt uświadomił mi, że mam różne umiejętności, o których nawet nie wiedziałem (71% respondentów).
- Dzięki projektowi nawiązałem nową więź z opiekunem (30% respondentów).

Respondenci badania jakościowego twierdzili, że przed udziałem w projekcie byli aktywni społecznie, tj. wychodzili samodzielnie z domu na spotkania ze znajomymi, na zakupy, do lekarza. Pomimo to, deklarowali wzrost aktywizacji na skutek odbytych zajęć – obecnie częściej wychodzą z domu i przede wszystkim podjęli pracę: *Pogodzenie z chorobą, to ja już dawno zrobiłem, bo z tym nie dałoby się żyć. Ale wzrost pewności siebie, to na pewno dał sporo.* (FISM II). Jeden z rozmówców zwrócił uwagę na to, że praca jest dla niego niezwykle istotnym elementem aktywizacji społecznej. Siedząc w domu myśli o chorobie i ma mniejszą motywację do spotkań z ludźmi, co niekorzystnie wpływa na stan zdrowia.

Tylko jedna respondentka badania jakościowego, prowadzonego wśród osób chorych na SM biorących udział w projekcie w ramach działań Fundacji, zadeklarowała, że przystępując do projektu była nieaktywna społecznie. Powodem był duży poziom stresu wynikający z choroby, a także związane z nim emocjonalne podejście do otaczającego ją świata. W następujący sposób zdefiniowała swój brak aktywności: *Wolałam częściej siedzieć w domu, bo każde wyjście powodowało, że wracałam zdenerwowana. Wszyscy mnie na zewnątrz denerwowali.* (FISM V). Udział w projekcie sprawił, że nauczyła się bagatelizować negatywne reakcje otoczenia na objawy posiadanej przez nią choroby oraz ogólnie stała się spokojniejsza. Dzięki temu ma ochotę na częstsze spotkania z rodziną i przyjaciółmi.

Podczas pogłębionych rozmów osoby chore na SM zostały zapytane o kompetencje miękkie, które nabyły podczas uczestnictwa w projekcie. Wskazywały głównie na asertywność, która ułatwia im codzienne funkcjonowanie (np. obecnie potrafią odmówić pożyczania pieniędzy osobom z otoczenia) oraz na rozwój kompetencji związanych z komunikacją z przełożonymi w pracy (np. obecnie potrafią nie wyrazić zgody na nadgodziny). Innymi umiejętnościami nabytymi w projekcie wskazywanymi przez pojedyncze osoby były: umiejętność koncentracji, skupienia uwagi, nawiązywania kontaktów zawodowych.

Wnioski

Informacje przydatne w życiu codziennym, które zdobyli uczestnicy projektu w Fundacji, dotyczyły głównie prawa pracy. Istotną rolę w tym zakresie odegrały zajęcia z doradcą zawodowym i prawnikiem.

Natomiast podczas zajęć z psychologiem osoby z SM nauczyły się funkcjonować w otoczeniu osób nieznających specyfiki SM oraz radzenia sobie z barierami wynikającymi ze stanu zdrowia.

Uzyskanie największej wiedzy przydatnej w życiu codziennym deklarowały osoby w przedziale wiekowym 34-45 lat.

Porównanie z wynikami ewaluacji mid-term

W ramach ewaluacji mid-term zdiagnozowano, że „samo uczestnictwo w projekcie, czyli konieczność wyjścia z domu, pełni funkcję aktywizacji społecznej, która jest niezbędna do rozpoczęcia aktywizacji zawodowej. (...) Istotne było także spotkanie z innymi osobami chorymi na SM, które dobrze radzą sobie z chorobą. Wywołało refleksję, że pomimo choroby można być aktywnym.”⁵³ Uczestnicy zaobserwowali wzrost poczucia pewności siebie i motywacji oraz nabyli wiedzę z zakresu rynku pracy.

Ewaluacja ex-post odniosła się bardziej szczegółowo do wpływu projektu na aktywizację społeczną. Dla respondentów ogromne znaczenie miała możliwość spotkania się z osobami chorymi na SM. Ważne były także zajęcia z doradcami pozwalające na uzyskanie wiedzy o rynku pracy, nabycie umiejętności radzenia sobie z problemami zdrowotnymi oraz funkcjonowania w środowisku osób nieznających specyfiki SM (30-40% respondentów).

⁵³ Ewaluacja mid-term projektu pn. Wsparcie osób ze stwardnieniem rozsianym, w tym z niepełnosprawnościami sprzężonymi, na rynku pracy, Collect Consulting, Katowice, 2014.

Podsumowanie

Poprzez udział w projekcie osoby z SM nabyły wiedzę ułatwiającą im funkcjonowanie w społeczeństwie, głównie z zakresu prawa pracy. Większa aktywizacja społeczna nastąpiła wśród kobiet niż wśród mężczyzn. Prawdopodobnie wpływ na ten wynik miała struktura wykształcenia respondentów obu płci.

Dzięki wiadomościom uzyskanym w ramach projektu oraz rozwinięciu kompetencji miękkich, m.in. związanych z radzeniem sobie ze stresem, nastąpiły zmiany w społecznym funkcjonowaniu uczestników projektu. Częściej wychodzą oni z domu i częściej spędzają czas z przyjaciółmi. Wzrosła także ich motywacja do rozwoju osobistego oraz do podejmowania zatrudnienia.

Warto zwrócić uwagę na różnice jakie wystąpiły pomiędzy Partnerami w zakresie aktywizacji społecznej uczestników. Uczestnicy z PTSR częściej niż w Fundacji oceniali, że dzięki udziałowi w projekcie nabyli umiejętności radzenia sobie z problemami zdrowotnymi podczas wychodzenia z domu.

Może to świadczyć o większym zainteresowaniu tą tematyką, zwłaszcza że w PTSR istniały większe możliwości indywidualnych konsultacji lekarskich. Ponadto wśród beneficjentów tej organizacji dużo lepiej zostały ocenione zajęcia ogólnousprawniające.

Więcej beneficjentów Fundacji niż PTSR uznało, że poznało prawa niepełnosprawnego pracownika oraz nabyło umiejętności reagowania na negatywne postrzeganie ich przez inne osoby. Ponadto sama forma zajęć, podczas których beneficjenci przebywali 2-3 tygodnie w swoim towarzystwie, sprzyjała pozytywniejszemu postrzeganiu własnej osoby jako członka grupy.

Wspomniane różnice dotyczące oddziaływania projektu u obydwu Partnerów mogą być wynikiem odmiennych potrzeb charakteryzujących uczestników projektu. Należy pamiętać, że główną potrzebą wskazywaną przez podopiecznych Fundacji był kontakt z ludźmi i wzrost motywacji, natomiast w przypadku PTSR – wzrost motywacji oraz aktywności fizycznej.

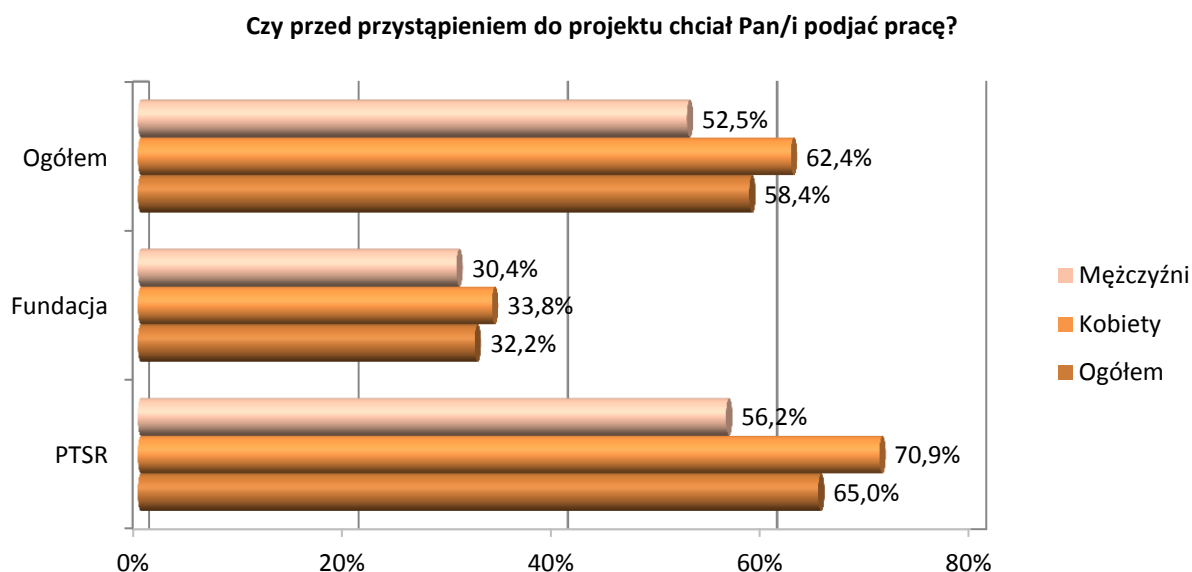
7.3.2 Aktywizacja zawodowa

Wszyscy uczestnicy projektu brali udział w spotkaniach z doradcą zawodowym. Dodatkowo osoby, które były zainteresowane rozwojem zawodowym mogły uczestniczyć m.in. w następujących zajęciach:

- warsztatach aktywizacji zawodowej,
- praktycznej nauce zawodu,
- kursach zawodowych,
- stażach rehabilitacyjnych.

Z przeprowadzonego badania wynika, że powodzenie aktywizacji zawodowej zależy m.in. od nastawienia danej osoby do rozpoczęcia pracy. 58,4% respondentów badań ilościowych deklaruje, że przed przystąpieniem do projektu chciało podjąć zatrudnienie. Podczas wywiadów pogłębionych przedstawiciele kadry projektu twierdzili, że ustalenie stopnia aktywizacji zawodowej podczas pierwszego spotkania z potencjalnym uczestnikiem projektu jest niemożliwe. Dzieje się to dopiero na etapie określania Indywidualnego Planu Działania przez psychologa i doradcę zawodowego. *Stopień aktywizacji społeczno-zawodowej przy pierwszej rozmowie kwalifikacyjnej też nie jest możliwy do oceny w 100%. IPD jest dopiero elementem diagnostycznym (FK I).*

Wykres 14 Chęć podjęcia pracy przez respondentów przed udziałem w projekcie



Źródło: Wywiady (CATI) z osobami chorymi na SM – Fundacja i PTSR

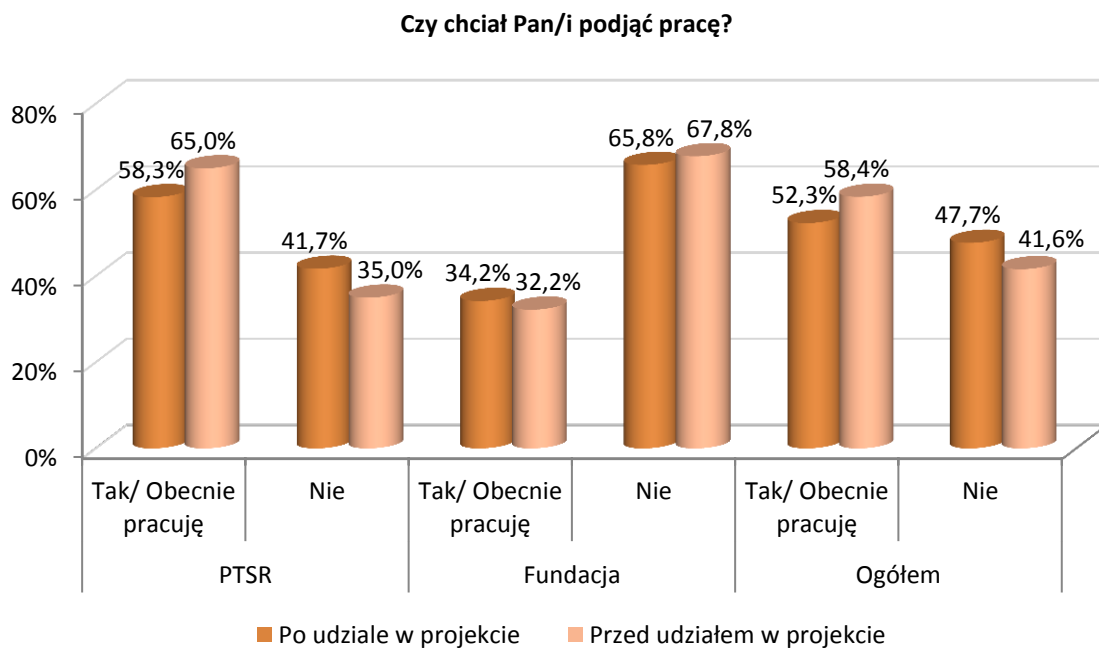
W trakcie projektu doświadczenie zawodowe zdobyło 36,8% osób spośród 64%, które przed udziałem w projekcie chciały podjąć zatrudnienie (27,5% deklarowało udział w warsztatach aktywizacji zawodowej, 6,2% w praktycznej nauce zawodu, a 8,9%⁵⁴ - w stażach rehabilitacyjnych).

Pozostali ankietowani twierdzili, że przed udziałem w projekcie nie myśleli o aktywności zawodowej. Kierowanie form wsparcia do osób mających negatywne nastawienie do rozpoczęcia pracy wydaje się generować zagrożenie niedostosowania zajęć do potrzeb i możliwości uczestników. Należy przyjrzeć się zatem ewentualnej zmianie nastawienia uczestników do podejmowania zatrudnienia już po udziale w projekcie.

Zainteresowanie podjęciem aktywności zawodowej u beneficjentów, którzy zakończyli udział w projekcie nie uległo znaczącej zmianie – 52,3% respondentów wyrażało taką chęć lub było zatrudnionych w momencie uczestniczenia w badaniu.

⁵⁴ Przedstawione wyniki nie sumują się do 36,8%, gdyż niektórzy uczestnicy brali udział w więcej niż jednej ze wspomnianych form wsparcia.

Wykres 15 Chęć podjęcia pracy przez respondentów przed i po udziale w projekcie



Źródło: Wywiady (CATI) z osobami chorymi na SM – Fundacja i PTSR

Po zakończeniu projektu odsetek uczestników, którzy chcieli podjąć zatrudnienie spadł o 6,1%. Na poziomie jednostek wynik ten wygląda następująco: 36 osób zmieniło zdanie na negatywne, tj. przed przystąpieniem do projektu chciały podjąć zatrudnienie, natomiast po udziale w projekcie już nie; 8 respondentów zmieniło podejście do podjęcia zatrudnienia na pozytywne.

Podczas wywiadów pogłębionych przedstawiciele projektu wyrażali opinię, że u beneficjentów zdarzają się przypadki zmiany nastawienia do podejmowania zatrudnienia z negatywnego na pozytywne. Wyniki badań ilościowych pokazują jednak, że skala tego zjawiska jest niewielka.

W ramach projektu pracę rozpoczęło 70 osób. Rozważając wpływ poszczególnych form wsparcia na aktywizację zawodową należy pamiętać o kompleksowym oddziaływaniu projektu. Natomiast z badań jakościowych wyodrębniono elementy, które wydają się mieć największe znaczenie dla podejmowania zatrudnienia przez osoby z SM. Na pierwszym miejscu jest możliwość odbycia stażu rehabilitacyjnego. Respondenci zwrócili uwagę, że wykonywanie obowiązków zawodowych podnosi ich poczucie wartości oraz pokazuje, że potrafią sobie poradzić w środowisku pracy. Istotna jest także możliwość poznania pracodawcy: *Jak poznałem to miejsce, i plusy i minusy, wiem, że jestem w stanie sobie poradzić.* (FISM 5), *Odbyłem staż, sprawdziłem się. Na początku na próbę, jako staż. W tej chwili prowadzę tę wypożyczalnię i myślę, że są ze mnie zadowoleni.* (PSM 451), *Przede wszystkim odbycie stażu dało mi to, że poczułem się potrzebny.* (PSM 451).

Ważną kwestią jest także możliwość poznania osób z SM. Dla uczestników, których stan zdrowia pozwala na podejmowanie zatrudnienia, istotne było uświadomienie sobie, że inne osoby z podobnymi problemami swobodnie biorą udział w życiu społecznym, na przykład uczęszczają na kursy i staże. Daje to motywację do podejmowania aktywności: *Zobaczyłam, że osoby, które chorują tak długo jak ja są w gorszym stanie zdrowotnym. Tak że myślę, że nie jest ze mną tak źle. Myślę, że jeszcze mogłabym pracować.* (FISM 69).

Osoba pracująca w projekcie stwierdziła podczas wywiadu, że około 50% staży skutkuje podjęciem pracy w zakładzie, w którym się odbywał : *M: Jak przebiega dalsza ścieżka posyłania na staż uczestnika projektu? R: To jest 50 na 50. 50% zostaje u pracodawcy. A 50% nauczy się czegoś, wzmocni swoje wyobrażenie o sobie jako o pracowniku, ale nie zawsze pracodawca zatrzymuje te osoby.* (FK I).

W próbie znalazło się 27 osób, które na dzień przeprowadzania badania posiadały pracę. Wśród respondentów, którzy podjęli zatrudnienie 92,6% (25 spośród 27 osób) chciało zrealizować taki cel jeszcze przed udziałem w projekcie.

Wniosek

Wyniki badania wskazują, że projekt nie przyczynił się do zachęcenia respondentów do podjęcia zatrudnienia. Chęć podjęcia pracy po udziale w zajęciach posiadają te same osoby, które zamierzały rozpocząć aktywność zawodową przed przystąpieniem do projektu. Wskazuje to na niewielki wpływ prowadzonych zajęć na zmianę nastawienia do podejmowania zatrudnienia.

W kontekście zgromadzonych danych, kierowanie zajęć mających na celu aktywizację zawodową do osób deklarujących brak chęci podjęcia pracy, niesie ze sobą ryzyko niskiego poziomu skuteczności tych działań.

Zaprezentowany powyżej wniosek potwierdzają również wyniki badań jakościowych. Respondenci, którzy podjęli zatrudnienie wskazują, że mieli takie oczekiwania wobec projektu: *[Przystępując do projektu] oczekiwałem, że znajdę jakąś pracę, że będą spotkania z pracodawcami. Skutki projektu były takie, że 7 miesięcy pracowałem.* (FISM III), *M: Czego oczekiwał Pan, przystępując do projektu? R: Znalezienia pracy. M: Czy podjął Pan pracę? M: Tak, pracowałem przez rok.* (FISM IV).

Osoby, które w znacznym stopniu skupiały się na stanie własnego zdrowia i nie były przekonane do podjęcia pracy, raczej nie zostały do tego zmobilizowane.

Podjęcie zatrudnienia jest ważnym elementem minimalizowania skutków SM. Respondenci badań jakościowych, którzy w ramach projektu podjęli staż lub pracę, dostrzegają same pozytywne skutki tej zmiany dla własnego samopoczucia i zdrowia: *W mojej sytuacji to, że wyszedłem z domu i podjąłem staż, to bardzo duży sukces.* (PSM III), *Siedzenie beczynnie to jest zabijanie na raty. Ja potrzebuję pracować i spędzać czasu więcej z takimi osobami, jak ja.* (FISM III).

Podjęcie pracy zmieniło życie osób, z którymi prowadzone były wywiady pogłębione: *Tak. Po projekcie życie się zmienia raz, niektóre rzeczy muszą być planowane, podział obowiązków, rano trzeba wstać, się ogolić, że dbałość o własnego siebie, inaczej się do tego podchodzi. Wszystko musi być inaczej.* (PSM V). Ta i podobne wypowiedzi respondentów wskazują, że praca pełni istotną rolę w ich walce z SM.

65% respondentów, biorących udział w projekcie w ramach działań PTSR, przed uzyskaniem wsparcia chciało podjąć zatrudnienie, natomiast po udziale w projekcie – 58,3%.

23 respondentów zmieniło stosunek do podjęcia pracy na negatywny. Dwoje z nich w ramach projektu podjęło staż, a jeden odbył praktyczną naukę zawodu. Tylko jedna osoba z omawianej grupy oceniła, że projekt był niedostosowany do jej potrzeb. Prawdopodobne jest zatem, że zmiana nastawienia do podjęcia pracy nastąpiła z powodów pogorszenia się stanu zdrowia tych uczestników. Tezę tę może potwierdzać opinia przedstawiciela kadry projektu: *Często nie chcą podjąć pracy z powodu ich stanu zdrowia.* (FK III).

W przypadku Fundacji, przed udziałem w projekcie 32,2% respondentów chciało podjąć zatrudnienie. W chwili badania zanotowano 2% przyrost w tym zakresie (o jedną osobę).

Podsumowanie

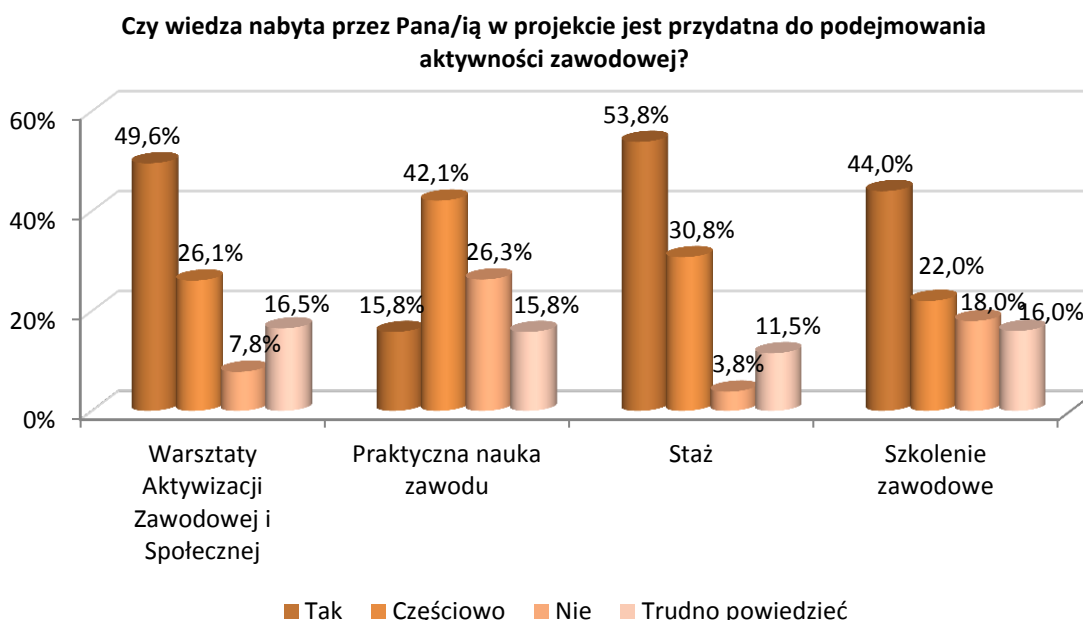
PTSR zrekrutowało więcej osób, które wstępnie deklarowały chęć podjęcia zatrudnienia, niż Fundacja. Ponadto kierowało ono wsparcie do bardziej adekwatnej grupy odbiorców: przed udziałem w projekcie, podjęcie zatrudnienia planowało 86,0% uczestników warsztatów aktywizacji zawodowej, praktycznej nauki zawodu oraz staży. W przypadku Fundacji odsetek ten wynosił 42,8%.

Zmiana stosunku do podjęcia zatrudnienia nastąpiła u niewielu osób, które biorą lub brały udział w projekcie. W przypadku PTSR odsetek osób zainteresowanych zatrudnieniem spadł o 6,7%⁵⁵ (28 osób), natomiast w przypadku Fundacji – wzrósł o 2,0% (1 osoba).

Celem projektu było nie tylko doprowadzenie do podjęcia pracy przez jego uczestników, ale również zwiększenie motywacji do aktywności zawodowej. Respondentów badań ilościowych zapytano czy wiedza zdobyta przez nich w projekcie jest przydatna w podejmowaniu aktywności zawodowej. Ogółem 40,0% stwierdziło, że wiedza nabyta w projekcie jest przydatna w podejmowaniu pracy, a 29,3% - że tylko częściowo. Pozostali respondenci udzielili odpowiedzi negatywnej (12,0%), bądź nie byli w stanie określić stopnia jej przydatności (18,7%).

Jednym z czynników warunkujących wybór odpowiedzi na omawiane pytanie jest uczestnictwo, bądź brak uczestnictwa we wsparciu związanym z nabywaniem kompetencji zawodowych. Szczegółowe dane w tym zakresie zostały zaprezentowane na wykresie przedstawionym poniżej.

Wykres 16 Uznanie wiedzy za użyteczną w zależności od uczestnictwa w wybranych formach wsparcia



Źródło: Wywiady (CATI) z osobami chorymi na SM – Fundacja i PTSR

⁵⁵ Obliczone jako różnica respondentów zainteresowanych podjęciem pracy przed udziałem w projekcie oraz sumy respondentów chcących podjąć zatrudnienie po udziale w projekcie i obecnie pracujących.

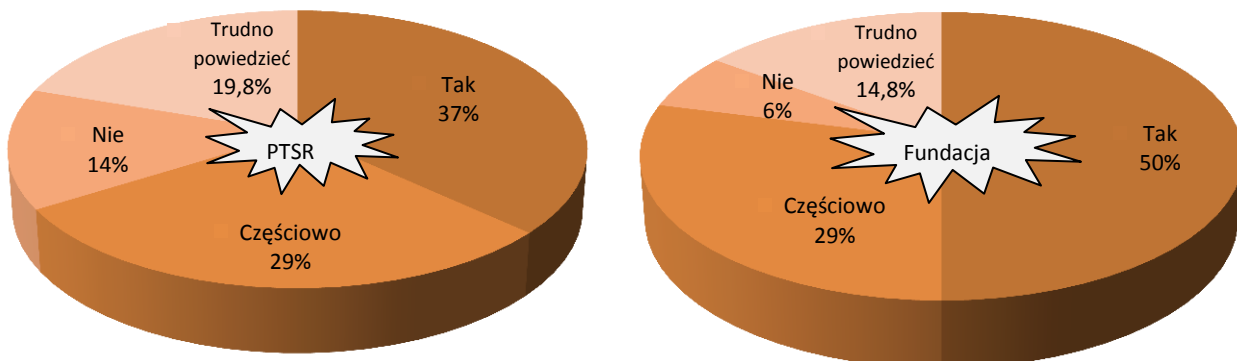
Respondenci, którzy wzięli udział w stażu oraz warsztatach aktywizacji zawodowej, ocenili nabytą w ten sposób wiedzę jako najbardziej przydatną do poszukiwania i podejmowania pracy. Uczestnicy praktycznej nauki zawodu (PNZ) najczęściej oceniali uzyskane za pośrednictwem projektu informacje jako nieprzydatne. Wpływ na to może mieć sposób organizacji PNZ. Wykonywane podczas tych zajęć czynności są bardzo proste. Zdarza się, że dotyczą one zakresu, w którym uczestnicy posiadają już doświadczenie zawodowe.⁵⁶ Ponadto respondenci są negatywnie nastawieni do tej formy wsparcia, gdyż uważają, że jest to dwutygodniowa praca bez wynagrodzenia.

Drugim czynnikiem, wpływającym na pozytywną ocenę projektu pod kątem przygotowania do rozpoczęcia pracy, jest chęć jej podjęcia przez danego beneficjenta. Wśród badanych, którzy nie dostrzegają przydatności wiedzy nabytej w projekcie do poszukiwania i podejmowania pracy, jedynie 26,8% planuje podjęcie zatrudnienia. Odpowiedź na to pytanie nie była skorelowana z posiadaniem przez respondentów doświadczenia zawodowego.

Rozkład odpowiedzi wskazujących na przydatność wiedzy nabytej podczas projektu do podejmowania aktywności zawodowej różni się u obydwu Partnerów, przy czym respondenci, biorący udział w projekcie w Fundacji częściej wskazywali odpowiedź pozytywną. Uzyskane wyniki zostały zaprezentowane na poniższych wykresach.

Wykres 17 Przydatność wiedzy nabytej w projekcie do podejmowania aktywności zawodowej

Czy wiedza nabyta przez Pana/ią w projekcie jest przydatna do podejmowania aktywności zawodowej?



Źródło: Wywiady (CATI) z osobami chorymi na SM – Fundacja i PTSR

W przypadku PTSR, 36,7% badanych uznało informacje uzyskane w projekcie za przydatne do poszukiwania i wykonywania pracy. Najwięcej pozytywnych odpowiedzi zostało udzielonych przez osoby w wieku 25-34 lata (w przypadku odpowiedzi „częściowo” – w przedziale 45-54 lata). Osoby w najmłodszych grupach wiekowych najprawdopodobniej dopiero wchodzą na rynek pracy, w związku z czym poszukują związanej z nim wiedzy.

⁵⁶ Porównaj z rozdziałem 6.4 Czynniki sprzyjające podejmowaniu zatrudnienia.

Opinie były również zależne od wykształcenia badanych. Odpowiedzi „tak” udzieliła ponad połowa respondentów posiadających wykształcenie wyższe i zawodowe (odpowieź „częściowo” – dominowała u osób o wykształceniu gimnazjalnym).

W przypadku Fundacji, 49,6% respondentów oceniło wiedzę nabytą w projekcie jako przydatną do podejmowania aktywności zawodowej. W grupie tej znalazły się głównie osoby w wieku 25-44 lata (w przypadku odpowiedzi „częściowo” osoby z przedziału 45-54 lata) oraz o wykształceniu wyższym (w przypadku odpowiedzi „częściowo” dominują osoby o wykształceniu wyższym magisterskim oraz zasadniczym zawodowym).

Odmienne wyniki u Partnerów wystąpiły m.in. dlatego, że w PTZR średnio 61,6% respondentów chciało podjąć zatrudnienie przed i po udziale w projekcie. W przypadku Fundacji wskaźnik ten wynosił 33,2%. Można zatem domniemywać, że w przypadku pierwszej z wymienionych organizacji, beneficjenci odnosili to pytanie do własnej sytuacji, natomiast w przypadku Fundacji, oceniali wiedzę jako użyteczną w ogóle, niekoniecznie planując jej wykorzystanie.

Istotna różnica pomiędzy Partnerami polegała również na stosunku, jaki do kwestii podjęcia zatrudnienia posiadały osoby z SM przyjmowane do projektu. Fundacja kierowała wsparcie, związane z aktywizacją zawodową (m.in. warsztaty aktywizacji zawodowej i staże), do dużego grona osób, które jeszcze przed udziałem w projekcie nie planowało pójść do pracy. Podczas wywiadu pogłębionego przedstawiciel kadry projektu twierdził, że staże są organizowane w oparciu o pozytywną opinię psychologa i doradcy zawodowego oraz zgodę osoby, która ma go odbyć: *M: W jaki sposób dobierają Państwo staż do danego uczestnika projektu? R: Diagnoza jest wykonywana przez doradcę zawodowego, psychologa i fizjoterapeutę. Stworzona w oparciu o tą diagnozę IPD pokazuje, jaka może być ścieżka rozwoju zawodowego takiej osoby. Czy może wykonywać pracę związaną ze swoim wykształceniem, na takim stanowisku. To jest jeden element. A drugi – wsłuchujemy się w oczekiwania osoby.* (FK I). Być może uczestnicy zmieniali czasami zdanie na temat podjęcia aktywności zawodowej, natomiast po kontakcie z pracodawcą wracali do poprzedniego, negatywnego stosunku do podejmowania zatrudnienia.

W przypadku PTZR wystąpiły tylko 3 sytuacje skierowania na staż lub praktykę uczestnika, który przed udziałem w projekcie nie chciał podjąć pracy (dane na podstawie badań ilościowych). Zjawisko to miało jednak skalę marginalną.

W projekcie możliwe było pozyskanie przez uczestników kompetencji zawodowych. Poniższa tabela zawiera deklaracje respondentów w zakresie umiejętności, jakie nabyli poprzez udział w stażach, kursach, itp.

Tabela 16 Kompetencje zawodowe nabyte przez uczestników projektu

Partner	Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego (Oddział w Łodzi)		Fundacja na Rzecz Chorych na SM im. bł. Anieli Salawy		Ogółem	
	Liczba udzielonych odpowiedzi	Odsetek	Liczba udzielonych odpowiedzi	Odsetek	Liczba udzielonych odpowiedzi	Odsetek
Zdobyłem potrzebne	59	17,20%	9	7,89%	68	14,9%

doświadczenie zawodowe						
Odbyłem kurs lub/i uzyskałem certyfikat	55	16,03%	7	6,14%	62	13,6%
Wiem, gdzie i w jaki sposób poszukiwać pracy	157	45,77%	70	61,40%	227	49,7%
Wiem, co dalej robić (gdzie się kształcić, jakich szukać staży ofert pracy), aby zwiększyć swoje szanse na rynku pracy	90	26,24%	54	47,37%	144	31,5%
Nauczyłem się przygotowywać CV i list motywacyjny	173	50,44%	72	63,16%	245	53,6%
Wiem jak zaprezentować się na rozmowie kwalifikacyjnej	123	35,86%	68	59,65%	191	41,8
Znam swoje prawa jako pracownika niepełnosprawnego	143	41,69%	65	57,02%	208	45,5%
Nie nabyłem żadnych kompetencji zawodowych	75	21,87%	8	7,02%	83	18,2%

Źródło: Wywiady (CATI) z osobami chorymi na SM – Fundacja i PTSR
Pytanie wielokrotnego wyboru – każdy respondent mógł udzielić więcej niż jednej odpowiedzi.

Największy odsetek stanowią respondenci (53,6%), którzy nabyli kompetencje związane z przygotowaniem CV i listu motywacyjnego oraz wiedzę na temat miejsc i sposobów poszukiwania pracy (49,7%). Jak wskazują uczestnicy badań jakościowych, były to głównie zajęcia prowadzone z doradcą zawodowym. W ich odczuciu prowadzona przez obydwu Partnerów nauka poszukiwania pracy była w większości pozbawiona wymiaru praktycznego (brak rzeczywistego kontaktu z pracodawcami).

Może być to jedną z przyczyn, dla której tak niewiele osób podjęło zatrudnienie po projekcie. Jeden z respondentów badania jakościowego powiedział wprost, że podczas ćwiczeń na warsztatach nie potrafił wczuć się atmosferę panującą podczas rozmowy rekrutacyjnej m.in. dlatego, że nie czuł stresu, który w późniejszym czasie faktycznie wystąpił podczas spotkania z pracodawcą.

Jedynie niewiele ponad 10% badanych nabyło umiejętności związane z wykonywanym zawodem, uzyskując odpowiedni certyfikat (13,6%), czy nabywając doświadczenie zawodowe (14,9%).

W przypadku PTSR aż 21,8% badanych uznało, że podczas udziału w projekcie nie nabyło żadnych kompetencji zawodowych. 57,3% z nich stanowili mężczyźni, natomiast jeśli chodzi o wiek tej grupy ankietowanych to w 67,5% były to osoby powyżej 45 roku życia. Uczestnicy ci posiadali głównie wykształcenie średnie (40,0%) oraz zasadnicze zawodowe (34,7%).

Jeśli chodzi o beneficjentów Fundacji jedynie 8 respondentów (7,02%) uznało, że zajęcia, w których uczestniczyli nie podniosły ich kompetencji zawodowych.

W PTSR większy niż w Fundacji odsetek uczestników nabył doświadczenie zawodowe lub kompetencje, potwierdzone certyfikatem. W przypadku Fundacji więcej osób deklarowało zdobycie umiejętności poruszania się po rynku pracy. Różnice w odpowiedziach udzielanych przez uczestników projektu u poszczególnych Partnerów wynikają najprawdopodobniej z następujących przyczyn:

- Odmienne oczekiwania uczestników projektu u obydwu Partnerów odnośnie wsparcia doradcy zawodowego. Mniejszy odsetek osób nastawionych na podjęcie zatrudnienia w Fundacji może współwystępować z mniejszymi oczekiwaniami w zakresie wiedzy, jaka jest potrzebna do pozyskania zatrudnienia. Przedstawiciel zespołu projektowego tego Partnera sugeruje, że często

zajęcia z doradcą zawodowym i psychologiem dopiero uświadamiają osobom z SM jakiego wsparcia potrzebują w zakresie aktywizacji zawodowej.

- Lepsze dostosowanie treści zajęć do potrzeb uczestników w Fundacji.
- Różnice w oczekiwaniach dotyczących zajęć przyczyniających się do aktywizacji zawodowej. Być może dużo większy odsetek osób twierdzących, że nie nabyły żadnych kompetencji zawodowych w PTSR wynika z faktu, iż osoby te spodziewały się intensywniejszego kontaktu z pracodawcą, a nie nabywania umiejętności poruszania się na rynku pracy.

Wniosek

Prawie 70% respondentów uznało, że wiedza uzyskana w projekcie jest przydatna do podejmowania aktywności zawodowej. Uzyskane informacje dotyczyły głównie przygotowania CV i listu motywacyjnego oraz sposobów poszukiwania pracy. Respondenci zwracali uwagę, że brakowało im kontaktu z pracodawcą podczas symulowanych rozmów rekrutacyjnych.

Niewielki odsetek badanych deklarował zdobycie umiejętności ściśle związanych z wykonywanym zawodem (tj. staż u pracodawcy czy certyfikat).

Porównanie z wynikami ewaluacji mid-term

Spory odsetek respondentów ewaluacji mid-term stanowiły osoby, które nie planowały podjęcia zatrudnienia. Obecnie prowadzone badanie potwierdziło tę tendencję, ukazując skalę zjawiska.

Badanie śródkresowe wykazało, że po udziale w zajęciach prowadzonych przez doradców zawodowych część badanych zaczęła dostrzegać możliwość podjęcia zatrudnienia. Jednak niewielu z nich faktycznie rozpoczęło pracę. Projekt poszerzył ich wiedzę i zainteresowanie podejmowaniem aktywności społecznej i zawodowej, ale nie nauczył ich aktywnego poszukiwania pracy. Wyniki przedstawione w niniejszym rozdziale pokrywają się z powyższymi wnioskami.

Podsumowanie

Do projektu zrekrutowano ponad 40% osób, które deklarowały niechęć wobec podjęcia zatrudnienia. Po odbyciu zaplanowanej ścieżki wsparcia odsetek ten nie zmniejszył się, co oznacza, że zajęcia kierowane do osób chorych miały nikły wpływ na zmianę ich postaw w stosunku do rozpoczęcia pracy.

Projekt wspierał jednak zawodowo te osoby, które były ukierunkowane na podjęcie zatrudnienia jeszcze przed rozpoczęciem udziału w projekcie. Nabytą wiedzę oceniają one jako przydatną w podejmowaniu aktywności zawodowej (przygotowanie dokumentów aplikacyjnych, sposoby poszukiwania pracy). Niewielka część uczestników zdobyła doświadczenie zawodowe (np. poprzez odbycie praktyki czy udział w stażu).

7.3.3 Rola opiekunów w aktywizacji społeczno-zawodowej

PERSPEKTYWA OSÓB CHORYCH NA SM

Respondenci objęci badaniami ilościowymi nie dostrzegają w relacjach z najbliższymi problemów, które mogłyby utrudniać im aktywizację społeczno-zawodową.

Tabela 17 Problemy w relacjach z bliskimi uczestników projektu chorych na SM

Jakie problemy w relacjach z bliskimi utrudniają Pana/i podjęcie pracy?	Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego (Oddział w Łodzi)		Fundacja na Rzecz Chorych na SM im. bł. Anieli Salawy	
	Liczba udzielonych odpowiedzi	Odsetek	Liczba udzielonych odpowiedzi	Odsetek
Nie występują takie problemy	184	53,6%	34	30,8%
Nie planuję podjąć zatrudnienia	142	41,4%	77	67,5%
Inne	17	5%	2	1,7%
Jakie problemy w relacjach z bliskimi utrudniają Pana/i częstsze wychodzenie z domu?				
Nie występują takie problemy	317	92,4%	111	97,4%
Inne	26	7,6%	3	2,6%

Źródło: Wywiady (CATI) z osobami chorymi na SM – Fundacja i PTSR

Badani uważają, że nie mają problemów w relacjach z bliskimi, które utrudniałyby im kontakty społeczne (np. spotkania ze znajomymi poza domem, załatwianie spraw „na mieście”) czy podjęcie pracy.

Niewielu respondentów wskazało czy ktoś z ich bliskich wziął udział w projekcie. Pozytywnej odpowiedzi udzieliło jedynie 25 respondentów w przypadku Fundacji (22%) oraz 76 respondentów w PTSR (22%).

Osoby te zapytano, jak oceniają skutki wsparcia udzielonego opiekunom w ramach projektu. Uzyskane odpowiedzi przedstawia poniższa tabela.

Tabela 18 Skutki udziału w projekcie opiekunów osób z SM (według opinii chorych)

Czy zauważył Pan/Pani zmiany w zachowaniu opiekuna/rodzica na skutek jego uczestnictwa w projekcie?	Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego (Oddział w Łodzi) N=76	Fundacja na Rzecz Chorych na SM im. bł. Anieli Salawy N=25
Tak, opiekunowie/rodzice w większym stopniu wspierają mnie w podejmowaniu aktywności społecznej – spotkaniach ze znajomymi, przyjaciółmi	5	4
Tak, opiekunowie/rodzice w większym stopniu wspierają mnie w poszukiwaniu pracy, kursów, szkoleń zawodowych	5	0
Tak, opiekunowie/rodzice w większym stopniu wierzą w moje możliwości	7	1
Tak, opiekunowie/rodzice lepiej wiedzą jak mi pomóc w zwalczaniu barier związanych z moim stanem zdrowia	22	11
Nie, uczestnictwo w projekcie nie wpłynęło na zmianę postaw moich rodziców/opiekunów	36	9

Źródło: Wywiady (CATI) z osobami chorymi na SM – Fundacja i PTSR

Wśród udzielanych odpowiedzi dominowały stwierdzenia, że uczestnictwo opiekuna w projekcie nie wpłynęło na zmianę jego zachowania. Jeśli respondenci dostrzegali już jakkolwiek wpływ, dotyczył on głównie większego wspierania ich w pokonywaniu barier architektonicznych.

Podczas pogłębionych rozmów osoby z SM wskazywały, że poprawa ich relacji z najbliższymi na skutek udziału w projekcie wynika głównie z ich częstszego przebywania poza domem. Uczestniczenie w zajęciach czy chodzenie do pracy daje rodzinie możliwość odpoczynku i zwalnia ją z konieczności organizowania i zagospodarowywania podopiecznym czasu (co miało miejsce przed podjęciem zatrudnienia przez chorego).

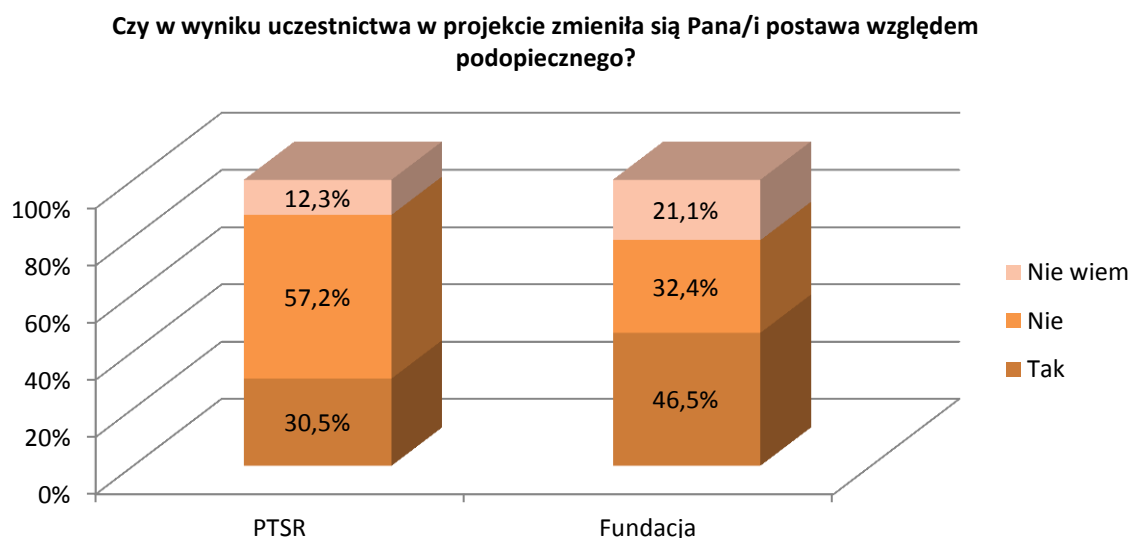
Wnioski

Większość respondentów chorych na SM nie dostrzega utrudnień ze strony najbliższych w podejmowaniu przez nich aktywności społecznej i zawodowej. Osoby chore na SM wskazywały, że ich bliscy uczestniczący w projekcie nauczyli się lepiej wspierać ich w pokonywaniu barier wynikających z ich niepełnosprawności.

PERSPEKTYWA OPIEKUNÓW

Biorący udział w projekcie opiekunowie zostali poproszeni o ocenę zmiany nastawienia do osób z SM, z którymi mieszkają lub którymi się opiekują, pod wpływem odbytych przez siebie zajęć.

Wykres 18 Zmiana postawy opiekuna wobec podopiecznego na skutek udziału w projekcie



Źródło: Wywiady (CATI) z opiekunami osób chorych na SM – Fundacja i PTSR

33,8% opiekunów deklaruje zmianę nastawienia do swoich podopiecznych. Istnieją duże rozbieżności w wynikach uzyskanych w odniesieniu do obydwu Partnerów (na korzyść Fundacji).

W przypadku PTSR, jedynie 30,5% opiekunów odpowiedziało, że na skutek udziału w projekcie zmieniła się ich postawa względem podopiecznego. Osoby, które dostrzegły zmiany, wskazywały w szczególności na następujące zjawiska:

- zaprzestanie wyręczania podopiecznego w codziennych obowiązkach (57,3% respondentów),
- zmniejszenie liczby konfliktów (43,9% respondentów),
- zwiększenie intensywności wspierania podopiecznego w aktywizacji społecznej (32,9% respondentów).

W przypadku Fundacji, 46,5% respondentów dostrzega zmianę swojego zachowania w stosunku do podopiecznego. Polega ona w szczególności na:

- zaprzestaniu wyręczania podopiecznego w codziennych obowiązkach (63,6% respondentów),
- zmniejszeniu liczby konfliktów (33,3% respondentów),
- wzroście wiary w możliwości podopiecznego (33,3% respondentów).

Porównanie z wynikami ewaluacji mid-term

W trakcie ewaluacji mid-term, opiekunowie twierdzili, że „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.”⁵⁷ W ramach ewaluacji ex-post potwierdzono powyższe skutki oraz zobrazowano ich skalę.

Podsumowanie

Osoby chore na SM uczestniczące w badaniu nie dostrzegają ze strony rodziny żadnych ograniczeń w podejmowaniu aktywności społecznej i zawodowej np. wynikających z nadopiekuńczości.

55% badanych, których opiekunowie brali udział w projekcie, dostrzegało zmiany w ich zachowaniu polegające głównie na lepszym wspieraniu respondentów w pokonywaniu barier architektonicznych. 45% badanych nie zaobserwowało pozytywnego wpływu wsparcia zaoferowanego w projekcie na ich najbliższych.

Spośród opiekunów biorących udział w projekcie 48% dostrzegło pozytywne skutki wsparcia. Polegały one głównie na zaprzestaniu wyręczania podopiecznego w codziennych obowiązkach oraz na zmniejszeniu liczby konfliktów w relacji podopieczny-opiekun. 52% opiekunów osób z SM wskazywało, że ich udział w projekcie nie zmienił ich nastawienia do podopiecznego.

Uzyskane wyniki wskazują na zasadność objęcia wsparciem otoczenia osób z SM.

7.4 Czynniki sprzyjające podejmowaniu zatrudnienia i edukacji w ramach projektu – studium przypadku

Podczas ewaluacji mid-term przestudiowano przypadki osób, które dzięki udziałowi w projekcie podjęły pracę lub rozpoczęły naukę. Na etapie ex-post, zabieg ten został powtórzony. Jednakże czerpiąc z doświadczenia mid-term, autorzy raportu świadomie zrezygnowali z wyraźnego rozgraniczenia pomiędzy pracą a nauką. Jak pokazują wnioski z ewaluacji śródkresowej, te dwa elementy często łączą się ze sobą. Dlatego też w obecnym rozdziale przedstawiono ścieżki uczestnictwa dla wszystkich chorych, ze szczególnym uwzględnieniem momentu przełomowego czyli podjęcia aktywności zawodowej lub rozpoczęcia nauki. Jednocześnie zabieg taki pozwolił zachować spójność analiz przy omawianiu obu aspektów.

⁵⁷ Ewaluacja mid-term projektu pn. Wsparcie osób ze stwardnieniem rozsianym, w tym z niepełnosprawnościami sprzężonymi, na rynku pracy, Collect Consulting, Katowice, 2014.

Wszystkie badane osoby (6) cechowała **silna motywacja** do realizacji swoich celów zawodowych, czego przykładem jest poniższa wypowiedź jednej z uczestniczek: *Zatrudnienie chciałam podjąć od razu. Wiadomo, że chciałam wziąć udział w projekcie, żeby wrócić na rynek pracy (CSP II)*. Osoby chcące podjąć naukę, przystąpiły do projektu z nastawieniem na to, że to dzięki podniesieniu swoich kwalifikacji zwiększą swoje szanse na rynku pracy, co pokazuje następująca wypowiedź: *Dlatego, że ja byłam w dużo gorszym stanie przed przystąpieniem do tego projektu, ja się tak naprawdę zaczęłam dobrze czuć od 2 lat, od 2 lat uczyłam się chodzić, stanęłam na nogi, zaczęłam normalnie myśleć o czymkolwiek i uznałam, żeby móc podjąć pracę, ja muszę myśleć szybciej, no i dlatego zaczęłam myśleć o nauce. (CSN I)*. U jednej z badanych osób takie przekonanie wykształciło się w trakcie udziału w projekcie, wcześniej aktywność zawodowa nie była dla niej priorytetowa. Do projektu przystąpiła, ponieważ niósł on za sobą możliwości skorzystania z profesjonalnych konsultacji lekarskich, jak również porad doradcy zawodowego: *Główną zachętą były możliwość spotkania ze specjalistami, z neurologiem, psychologiem, doradcą zawodowym, bo do tego typu usług jest ograniczony dostęp, trzeba samemu poszukać, zorganizować, a tu było wszystko podane (CSN IIII)*.

Porównanie z wynikami ewaluacji mid-term

Na etapie ewaluacji mid-term osoby, które osiągnęły główny cel projektu tzn. podjęły naukę lub pracę/staż, cechowały się silną motywacją do realizacji swoich celów zawodowych. Należy zatem uznać, że projekt przyniósł wymierne efekty przede wszystkim osobom już zmotywowanym.

Dla każdej osoby przystępującej do projektu (chorego na SM) został opracowany **indywidualny plan działania**, w którym, na podstawie diagnoz lekarza, psychologa i doradcy zawodowego, określono ścieżkę wsparcia, jaką ma ona przejść w projekcie.

Jak wynika z przeprowadzonych analiz, osobom które znalazły się w studium, poza standardowym wsparciem kierowanym niemal do wszystkich beneficjentów (tj. indywidualnymi/grupowymi konsultacjami z doradcą zawodowym, indywidualnymi/grupowymi konsultacjami z psychologiem, konsultacjami medycznymi z lekarzami), zaoferowano dodatkowe formy pomocy. I tak osoby te mogły skorzystać z:

- ⇒ kursów językowych,
- ⇒ kursów zawodowych,
- ⇒ praktycznej nauki zawodu,
- ⇒ staży rehabilitacyjnych,
- ⇒ sfinansowania kosztów nauki.

Kursy językowe

Wśród kursów językowych najpopularniejszy był język angielski. Na takie kursy skierowano trzech uczestników. Były wśród nich osoby, które nie znały języka: *Skorzystałam jeszcze z kursu językowego, miałam całoroczny kurs języka angielskiego, z którym wcześniej nie miałam kontaktu, bo ja miałam szkolenia z niemieckiego. Wiem, że angielski jest bardzo pożądanym w różnych instytucjach, urzędach, więc skorzystałam jeszcze z nauki języka obcego. Z tego tytułu jestem bardzo zadowolona., jak i takie, które już potrafiły się nim posługiwać w stopniu co najmniej dobrym: *Stwierdziłam, że to, czego brakuje mi w moim wykształceniu, które jest już spore, to doskwiera mi pewna nieporadność w posługiwaniu się**

językiem angielskim i zdecydowałam, że to należało zniwelować, mam nadzieję, że udało mi się to zrobić. (CSP II)

Jak wynika z przeprowadzonego badania, respondenci byli bardzo zadowoleni z tego, iż w ramach projektu mogli wziąć udział w kursie językowym. Traktowali go jako uzupełnienie swoich kwalifikacji zawodowych, co oznacza, że mieli świadomość wymogów panujących na rynku pracy/zawodów, w których chcieliby pracować: *Ja sama sobie to zaproponowałam, zobaczyłam jakie są możliwości, zdecydowałam się na kurs języka angielskiego, który miał podnieść moje kwalifikacje zawodowe w jakiś sposób.* (CSP I).

Kurs językowy był odpowiedzią na potrzeby respondentów, którzy podkreślali, że stanowił on jeden z najbardziej korzystnych dla nich elementów projektu: *Myślę, że główną korzyścią jest kurs języka angielskiego*". (CSP I).

Poza kursami językowymi, dla kilku badanych osób IPD przewidziało również możliwości skorzystania z kursów zawodowych.

Kursy zawodowe

Jak wynika z zapisów IPD, dla co najmniej 3 osób zalecone było, aby w ramach projektu odbyły kurs zawodowy (kurs komputerowy, kurs księgowy). Tymczasem przeprowadzone wywiady wskazują, że pomimo wyraźnych zaleceń z IPD żadna z tych osób takiego kursu nie zakończyła. Zgodnie z wynikami badań, respondenci nie sygnalizowali potrzeb odbycia szkolenia zawodowego, jednak trudno dziś wskazać jednoznaczne przyczyny wystąpienia takiej sytuacji.

Praktyczna nauka zawodu (PNZ)

Zgodnie z zaleceniami IPD, tylko jedna z sześciu badanych osób powinna była przejść praktyczną naukę zawodu. Na etapie prowadzenia badań do ewaluacji ex-post, osoba ta jeszcze nie rozpoczęła nauki, która wedle respondenta miała poprzedzać staż u tego samego pracodawcy: *Mój staż jeszcze się nie odbył, a 18 sierpnia mam odbyć naukę zawodu, co jest trochę dziwne, ponieważ ja wykształcenie takie mam, nie wiem jak się to ma odbywać, co ma zawierać, ma to być 10 dni praktycznej nauki zawodu, który będę odbywała w biurze, ze względów organizacyjnych w miejscu praktyk są teraz wakacje* (CSP I). Beneficjentka nie do końca rozumiała adekwatność kolejności zadań oraz celowość uczestnictwa w tego rodzaju wsparciu. Na etapie mid-term zdiagnozowano, iż zabiegi oparte na następującym schemacie:



powtarzały się bardzo często. Taki zabieg jest uzasadniony u osób, które posiadają tylko znikome doświadczenie w zawodzie, w którym ma się odbyć staż lub nie posiadają go wcale. Dzięki zastosowanemu rozwiązaniu osoba taka ma możliwość zapoznania się w ciągu kilkunastu dni ze środowiskiem i specyfiką pracy. Może również ocenić, czy na pewno chce wykonywać taki zawód i czy nie istnieją jakieś nieznane jej wcześniej przeciwwskazania do zajmowania danego stanowiska. Tymczasem w przypadku badanej respondentki, tego typu podejście wydaje się nieadekwatne. Ankietowana osoba posiadała wykształcenie kierunkowe w zawodzie, w którym miała odbyć staż, cechowała się również dużym doświadczeniem zawodowym. Czynności, które miała wykonać na praktyce, wykonywała wcześniej przez wiele lat w ramach pracy zawodowej. Odbycie praktyki nie

stanowiło punktu zwrotnego dla jej kariery zawodowej. Zastosowanie takiej ścieżki nie wynikało też z zapisów IPD. Wydaje się, że wdrażanie tego typu działań nie jest odpowiedzią na potrzeby części beneficjentów. Wręcz przeciwnie, może być czynnikiem zniechęcającym do podejmowania zatrudnienia. Skierowanie na staż osoby mającej wykształcenie i – nierzadko wieloletnie – doświadczenie w danym zawodzie, może skutkować jej świadomą rezygnacją z dalszego udziału w projekcie. Osoba taka może bowiem uznać, że zaproponowane jej wsparcie w żaden sposób nie zaspokaja jej zawodowych potrzeb.

Praktyczna nauka zawodu powinna być kierowana przede wszystkim do ludzi, którzy albo nie mają doświadczenia zawodowego, albo od dawna nie są aktywni zawodowo.

Zastosowanie omawianej ścieżki wsparcia wobec osób takich jak badani, pozwala osiągnąć wskaźniki projektu, jednak dla samych beneficjentów nie ma większego znaczenia w procesie ich aktywizacji. Patrząc z ich perspektywy, jest to działanie nieefektywne.

Staż rehabilitacyjny

Zgodnie ze szczegółowym opisem projektu staż rehabilitacyjny miał na celu zdobycie nowych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych przez beneficjentów, poprzez praktyczne wykonywanie zadań na stanowisku pracy bez nawiązywania stosunku pracy. Na etapie ewaluacji ex-post niemal wszyscy badani byli osobami, które zostały skierowane na staż (jedna osoba dopiero rozpoczynała staż, jedna była w połowie, reszta już zakończyła, tylko jedna osoba nie brała udziału w stażu).

U wszystkich badanych staż był powiązany z ich doświadczeniem zawodowym lub wykształceniem, co niewątpliwie wpłynęło na wysokie zadowolenie uczestników z tej formy wsparcia: (...) *wszystko było spójne. I góra informacji przyda się w przyszłym zatrudnieniu i właśnie miejsce odbywania stażu było zgodne z zainteresowaniami i zawodem. Nie był to kurs florystyki czy ikebany.* (CSN III).

Część osób sama szukała pracodawcy, u którego mogłaby odbyć staż: *Sama sobie szukałam stażu na własną rękę. Przez znajomych się dowiedziałam, gdzie jest miejsce, gdzie mogę odbyć staż.* (CSP II). Takie działania pozwoliły na wzmocnienie u tych osób poczucia samodzielności i zmniejszyły obawę przed poruszaniem się na rynku pracy, kontaktem z pracodawcą.

Pomimo tego, że część osób sama szukała pracodawcy, to rola Fundacji i PTSR nadal była istotna. Jak podkreślają niektórzy badani, to właśnie dzięki projektowi udało im się odbyć staż u konkretnego pracodawcy, z którym już wcześniej bezskutecznie próbowali nawiązać kontakt: *Jeszcze jedna rzecz jest bardzo interesująca, ja pracę w Muzeum Narodowym próbowałam podjąć już dużo wcześniej, natomiast Muzeum Narodowe w ogóle nie reagowało na moje zapytania o pracę, na jakikolwiek kontakt, ponieważ nie mają etatów. Ja to rozumiem, natomiast dzięki temu programowi aktywizacji, okazało się, że muzeum może mieć pracownika w gruncie rzeczy za darmo, na przyszłość, mój stopień niepełnosprawności gwarantuje im to, że Państwo zwróci poniesione koszty mojego zatrudnienia. Jak to zostanie zrealizowane w praktyce, nie wiem, ale wygląda to bardzo dobrze, obiecująco.* (CSP I), *Przed wszystkim możliwość uczęszczania na studium podyplomowe, odbycie stażu, bo w miejskiej pracowni urbanistycznej, przypuszczam, że bez udziału w projekcie, nie mogłabym odbyć stażu tak łatwo.* (CSN III).

Moment podjęcia stażu, który niewiele różni się od rozpoczęcia pracy zawodowej, dla wielu osób stanowi wyjątkowe obciążenie emocjonalne. Stres towarzyszący temu zdarzeniu może negatywnie wpłynąć na osoby chore na stwardnienie rozsiane, u których silne emocje mogą przełożyć się na fizyczne pogorszenie stanu zdrowia: *Jak zaczęłam staż, to z racji stresu, nawet tego pozytywnego, zaraz miałam pogorszenie i wylądowałam na L4, to jest przypisane w tą chorobę, że po prostu, czy ten stres*

pozytywny czy negatywny, mała zmiana trybu dnia, trybu życia, zaraz powoduje jakieś komplikacje. (CSP II). Wiele badanych osób ma za sobą doświadczenie rezygnacji z pracy spowodowane objawami choroby, uniemożliwiającymi wykonywanie obowiązków zawodowych. Te sytuacje z przeszłości generują obawy, że podobne zdarzenie będzie miało miejsce w trakcie stażu. Dlatego też istotne jest, aby przed rozpoczęciem stażu osoba otrzymała **wsparcie psychologiczne**. Jak wynika z przeprowadzonego badania, osoby te przechodziły prawidłową ścieżkę wsparcia w tym aspekcie.



Jak podkreślają badani, wsparcie psychologiczne pomogło im przede wszystkim w:

- ⇒ Ukazaniu jakie mają możliwości, uświadomieniu sobie, że choroba nie oznacza końca aktywizacji, ale czasem wręcz może być traktowana jako dodatkowy atut: *(...) od strony psychologicznej, spojrzenie na sprawę otwartych możliwości jakie stoją przede mną. (CSP I), Na pewno kilka z tych aspektów miało wpływ na większą świadomość tego, z czym się wiąże ta choroba, jakie mogą być konsekwencje, że można pomimo tego schorzenia wrócić na rynek pracy, robić coś jeszcze, poza tym, że się choruje. (CSP II), Zauważyłam szansę dla siebie, że ktoś, mi coś umożliwi, że tak naprawdę ta choroba, która była przekleństwem w tym momencie zatrudnienie pomoże mi znaleźć. Bo moi rówieśnicy, zdrowi rówieśnicy, również mają problemy ze znalezieniem pracy, ponieważ nie jest to w dzisiejszych czasach łatwe, ani proste. Tymczasem okazuje się, że jestem osobą niepełnosprawną może być moim atutem, zaskakuje mnie. (CSP I).*
- ⇒ Przewycięzaniu stresu, radzeniu sobie w sytuacjach nowych.

Wsparcie psychologiczne w projekcie było istotne, jednak – jak twierdzą wszyscy respondenci, którzy podjęli staż – znaczenie miały dla nich przede wszystkim **zajęcia z doradcą zawodowym**.

Doradca zawodowy pomagał w:

- ⇒ przygotowaniu dokumentacji aplikacyjnej (uczył jak napisać poprawne CV, list motywacyjny);
- ⇒ poszukiwaniu ofert pracy;
- ⇒ określaniu sposobów rozmowy z potencjalnym pracodawcą (przygotowanie do rozmowy kwalifikacyjnej);
- ⇒ omawianiu korzyści płynących z zatrudnienia osoby niepełnosprawnej;
- ⇒ znalezieniu miejsc dających możliwości podniesienia umiejętności zawodowych;
- ⇒ ustaleniu ścieżki zawodowej i dopasowaniu jej do potrzeb rynku pracy i oczekiwań beneficjentów.

Dla osób niepełnosprawnych istotne jest to, że powyższa lista działań doradcy zawodowego nie jest rozłączna, były one świadczone kompleksowo: *Z doradcą zawodowym odniosłem korzyści. ponieważ razem ustaliliśmy drogę postępowania: ja powiedziałem jemu, jak dalej chcę rozwijać ścieżkę zawodową, on wniósł korekty, to było owocne spotkanie. (CSP III), Forma przedstawienia jak się porusza po urzędach, jak z powrotem wejść na rynek pracy, jakie mamy prawa, przywileje, to wszystko było tam fajnie przypomniane i omówione, bo ja o wielu rzeczach nie wiedziałam, mimo że nie raz byłam rejestrowana jako bezrobotna, w przerwach w zatrudnieniu, natomiast bardzo dużo rzeczy na bieżąco, które obowiązują na rynku pracy, było tak dobrze dla osób bezrobotnych przedstawione, mi się to podobało. (CSP II), Na pewno poszerzyła się moja wiedza, bo moja wiedza na temat rynku pracy w ogóle zatrzymała się jakiś czas temu, pięć lat wcześniej, kiedy już byłam bardzo mocno chora,*

w związku z tym mam zaległości, mam taką lukę w życiorysie 5-letnią, i te dziewczyny pokazały mi właściwą drogę, powiedziały, co się pozmiało w prawie, co na rynku pracy. (CSN I).

To właśnie nabycie kompetencji miękkich związanych z nawiązywaniem relacji zawodowych, zachowaniem w środowisku pracy, wiedzą na temat rynku pracy etc. było najistotniejsze na etapie podejmowania staży.

Porównanie z wynikami ewaluacji mid-term

Ewaluacja ex-post potwierdziła wnioski z ewaluacji mid-term stwierdzające, że to właśnie wsparcie psychologa i doradcy zawodowego jest jednym z najważniejszych elementów projektu, który sprzyja rozwojowi aktywności zawodowej. Podobnie jak w przypadku osób, które wzięły udział w badaniu śródkresowym, także w ewaluacji ex-post nie odnotowano szczególnej roli zajęć z prawnikiem.

Współpraca z doradcą zawodowym nie kończyła się wraz z zakończeniem zajęć przewidywanych w projekcie, ale w niektórych przypadkach trwała dalej i stanowiła niewątpliwie wsparcie na etapie pozyskiwania stażu, przygotowywania konkretnych już dokumentów aplikacyjnych, rozmów z wybranym pracodawcą: *Zatrudnienie musiałam załatwić tutaj na miejscu, natomiast miałam stały kontakt telefoniczny z doradcą, który to załatwiał, który doradzał mi jakie muszę wypełnić dokumenty, żeby ten staż podjąć w ramach tego projektu, pod tym względem byłam cały czas w kontakcie telefonicznym. Oni mi pomagali załatwić wszystkie formalności, przez tą panią byłam cały czas wspierana. (CSP II), Bardzo to było sympatyczne, zresztą w tej chwili również, jak organizowałam sobie ten staż pani pomagała mi przeredagować list motywacyjny i te wszystkie papiery, które miałam przygotować do aplikacji. (CSP I).*

Wniosek

Samo podjęcie stażu może generować wiele emocji, szczególnie dla osoby niepełnosprawnej, która musi zmagać się z wieloma trudnościami. Wsparcie doradcy zawodowego na tym etapie jest niezwykle cenne, gdyż dana osoba staje przed rzeczywistą sytuacją, rzeczywistym pracodawcą. Korzysta z wiedzy i umiejętności nabytych w projekcie, które stale są monitorowane i korygowane przez profesjonalistę, dzięki czemu poziom obawy i stresu związanych z aplikowaniem o staż jest mniejszy. Uczestnik projektu czuje, że ma wsparcie i jest dodatkowo zmotywowany. Takie działanie należy uznać **za dobrą praktykę**, którą powinno się powtarzać w innych projektach skierowanych do osób niepełnosprawnych, z jednym tylko zastrzeżeniem. Aby ta forma pomocy była skuteczna, powinna zostać ograniczona tylko do asystowania beneficjentowi w kontakcie z pierwszym pracodawcą. Jeśli doradca zawodowy będzie pomagał za każdym razem, gdy osoba niepełnosprawna będzie aplikować o staż/pracę, to może wytworzyć się w niej pewna bierność i roszczeniowość oraz przekonanie, że doradca zawodowy zawsze powinien pomagać.

W tym miejscu należy również wspomnieć, iż w analizowanych przypadkach nie stwierdzono aby oferowane staże rehabilitacyjne czy szkolenia nie uwzględniały rodzaju niepełnosprawności w sposób istotny dla realizacji wsparcia, czy osiągnięcia celów. W większości były one dostosowane do potrzeb uczestników wynikających z posiadanego schorzenia.

Niestety żadna z osób, które podjęły staż i zakończyły go na etapie prowadzonego badania, nie kontynuowała współpracy z pracodawcą poprzez nawiązanie stosunku pracy: *Zatrudnienie chciałam podjąć od razu. Wiadomo, że chciałam wziąć udział w projekcie, żeby wrócić na*

rynek pracy. *Odbyłam staż, który mi zapewnił projekt, natomiast zatrudnienia nie podjęłam, ponieważ nikt mi nie zaproponował dalszej współpracy. (CSP II).* Pomimo faktu, że staż odwoływał się do doświadczenia i wykształcenia osoby w nim uczestniczącej, powtórzył się tu problem, który został już zdiagnozowany na etapie ewaluacji mid-term. Mianowicie staże odbywały się u pracodawców, którzy niemal od początku deklarowali, że nie mają możliwości zatrudnienia nowej osoby. Przede wszystkim były to jednostki publiczne, które, aby zatrudnić nowego pracownika, muszą ogłosić konkurs na dane stanowisko z określonymi wymaganiami, których czasem już na samym początku stażysta z projektu nie spełniał: *Niestety nie. Ponieważ nie mam odpowiedniego wykształcenia, tam jest preferowane wykształcenie wyższe, ja mam średnie. (...) Oczywiście, tam jest zatrudnienie podejmowane na zasadzie konkursów, do których można przystąpić, spełniając takie a nie inne warunki, których ja nie spełniam. Nie mam wykształcenia wyższego. (CSP II).* Staż jest niewątpliwie jedną z najistotniejszych form aktywizacji zawodowej, jednak organizowanie go w miejscu, w którym dana osoba nie będzie miała możliwości dalszego zatrudnienia (czego świadomy jest zarówno Partner jak i sam beneficjent), nie wpływa pozytywnie na daną osobę i może obniżyć jej motywację i zaangażowanie w wykonywane czynności.

Wniosek

W przyszłości, w przypadku realizacji podobnych projektów skierowanych do osób niepełnosprawnych należy weryfikować rzeczywiste możliwości zatrudnienia beneficjenta. Jest to istotne w szczególności w przypadku osób chorych na SM, które, ze względu na charakter schorzenia, powinny być stale motywowane, by skutecznie angażowały się w pracę (aby łatwo nie rezygnowały i nie wycofywały się z aktywności zawodowej). Realizacja wskaźników jest istotna, jednak nie powinna liczyć się tylko ilość odbytych staży, ale także ich jakość i efektywność. Ta z kolei winna przekładać się na realne możliwości znalezienia pracy, jeśli nawet nie u tego samego pracodawcy, to u innego z danej branży. Staże w administracji publicznej raczej takiej możliwości nie dają.

Jak podkreślają przedstawiciele Partnerów, potrzeby osób z SM w zakresie aktywizacji społeczno-zawodowej są różne. Najczęściej wymagają one dość intensywnego wsparcia, które – jak wynika z przeprowadzonych badań – było im zapewnione: *Na etapie wysyłania na rozmowę kwalifikacyjną. Najpierw my rozmawiamy i mówimy, że mamy kandydatów na miejsce pracy bądź staż. Najpierw siadamy jeszcze i omawiamy CV, omawiamy jak wygląda rozmowa kwalifikacyjna, omawiamy nawet jak ma się ubrać na tą rozmowę kwalifikacyjną, mówimy, że ma punktualnie przyjść. Jeszcze zdarzały nam się przypadki, że jeździliśmy z tymi osobami, żeby mieć pewność, że przyjdzie na czas, że nie zapomni.* (FK I).

Podjęcie nauki

Jednym z działań możliwych do realizacji w ramach projektu było sfinansowanie kosztów związanych z podjęciem nauki.

Osoby, które zdecydowały się uzupełnić swoje wykształcenie były silnie zmotywowane do udziału w projekcie, gdyż to właśnie możliwość rozpoczęcia nauki stanowiła powód przystąpienia do niego. Podobnie jak w przypadku staży, tutaj również **dużą rolę odegrali psycholog i doradca zawodowy**, którzy pomogli w dokładnym określeniu kierunku, wyborze odpowiedniej szkoły: *To jest trudne pytanie, bo to się zmienia, chociaż po tym wyjeździe w Ostoi, byłam święcie przekonana, że dobrze robię, idąc na te studia i to się zmieniło, jak się okazało, że są problemy z uzyskaniem tych pieniędzy po tym wyjeździe. Ale wtedy, kiedy wyjeżdżałam stamtąd wiedziałam, że to jest słuszna*

decyzja. W czym jakby, ugruntowała we mnie to przekonanie, głównie pani psycholog. (CSN I), Praktycznie to właśnie koordynator znalazł szkołę, poszłam na gotowe. Doradca zawodowy był pomocny. Bardzo. (CSN II).

Jak deklarują niektórzy respondenci, w podejmowaniu nauki pomagała również kadra projektu, w szczególności w kwestiach formalnych, związanych z dokumentacją: *Entuzjastycznie. Jak dały mi znać, że jest to możliwe, złożyłam dokumenty, kompletowałam dokumenty. Musiałam w toku rekrutacji na uczelni złożyć odpowiednie dokumenty, a resztą zajęły się dziewczyny. (CSN III).*

Kierunki, w których badani uczestnicy projektu rozpoczęli naukę, były częściowo związane z ich dotychczasowym doświadczeniem i umiejętnościami (tylko w jednym przypadku osoba z wykształceniem zawodowym, która nie chciała kontynuować nauki w wyuczonym zawodzie podjęła naukę w szkole średniej).

Wszyscy byli ostatecznie bardzo zadowoleni z podjętych przez siebie decyzji.

Podjęcie zatrudnienia

Tylko jedna z osób biorących udział w case study znalazła zatrudnienie w ramach projektu. Praca, którą podjęła, była powiązana z jej wykształceniem oraz ze stażem, który odbyła (u innego pracodawcy): *W obecnym miejscu pracuję od 3 miesięcy. Od stażu, który odbyłam w ramach programu, mam ciągłość zatrudnienia. W ramach projektu był staż. Później podjęłam pracę. Zapukałam do jednych, drugich drzwi i mnie przyjęli. (CN I).*

Badana osoba jest bardzo aktywna, korzystała ze stażu oraz rozpoczęła naukę. Według jej opinii do zatrudnienia przyczyniły się przede wszystkim zajęcia z doradcą zawodowym, na których uzyskała ona wiedzę z zakresu wymagań rynku pracy, konstrukcji dokumentów aplikacyjnych, prowadzenia rozmów z pracodawcą: – *W jaki sposób wiedzę tą wykorzystuje Pan/i w życiu codziennym? – Pracuję, więc chyba moje dokumenty aplikacyjne podobały się, rozmowa kwalifikacyjna też. (CN I).*

Otoczenie

Jak wynika z przeprowadzonych badań, otoczenie osób z SM zazwyczaj nie utrudnia choremu podejmowania aktywności zawodowej. W dwóch przypadkach zdiagnozowano mniejsze wsparcie dla chorego, jednak wynika ono bardziej z sytuacji życiowej, w jakiej znajdują się wspomniane osoby, niż z negatywnego postrzegania choroby i możliwości chorego: *Jeśli sama nic nie zrobię w tym kierunku, to oni nie są w stanie, nic na to nie poradzą. Jedyne co, jakie mogą mieć te oczekiwania, w momencie kiedy ta praca by się znalazła, żeby to wszystko w domu jakoś zorganizować, ktoś mi pomoże, np. w odbieraniu dziecka, żeby to wszystko można było zorganizować, jeśli chodzi o życie codzienne. (CSP II), Nie tyle zniechęcają, jak ograniczają. Zajmują się rodzicami; teraz ich stan jest ciężki i ciężko pogodzić te dwie rzeczy. (CSP III).*

W trzech przypadkach bliscy uczestniczyli w zajęciach projektowych. Jak podkreśla większość respondentów, fakt ten wpłynął na nich pozytywnie. Przede wszystkim zmianie uległ obraz osoby chorej i jej możliwości, także w kontekście aktywności zawodowej. Uczestnicy badania deklarują, że ich najbliżsi zmienili podejście zarówno do choroby, jak i do samego chorego: *Tzn. moi rodzice i mój mąż brali udział w zajęciach, które odbywały się jako szkolenia dla otoczenia osób chorych. Dowiedzieli się dużo na temat kontaktu psychologicznego z osobą chorą, możliwości prawnych. Wydaje mi się, że zaczęli patrzeć na chorobę jako taką trudność, ale bardziej możliwą do przezwyciężenia, że są pewne normy prawne, pewne możliwości, usankcjonowane jakimiś przepisami, pozwalające na znalezienie*

sobie miejsca w nieprzyjemnej sytuacji. (CSP I), Mama była na spotkaniach z prawnikiem i psychologiem. Nie wiem, czy z doradcą zawodowym, głowy nie dam, wydaje mi się, że tak. Wyszła zadowolona i podbudowana. Wydaje mi się, że mama trochę się uspokoiła. Jej niepokoje zostały załagodzone po spotkaniu z psychologiem. (CSN III). Należy więc stwierdzić, że wsparcie kierowane do otoczenia wpłynęło pośrednio na wzrost aktywności zawodowej osób z SM, gdyż pozwoliło bliskim na poprawę relacji z chorym (co samo w sobie jest pozytywnym efektem) i zwiększenie wiary w jego możliwości na rynku pracy.

Przyszłość

Pomimo że tylko jedna z badanych osób znalazła pracę w trakcie projektu, reszta uczestników jest pozytywnie nastawiona do swojej przyszłości zawodowej. Osoby te widzą dla siebie spore możliwości na rynku pracy. Z ich deklaracji wynika, że nie mają zamiaru rezygnować z aktywności zawodowej i już poza projektem będą dalej samodzielnie się rozwijać i poszukiwać pracy. Patrząc przez pryzmat wspomnianych deklaracji, należy przyjąć, iż projekt w pełni zrealizował swój cel, czyli zaktywizował badane osoby. Warto jednak zastanowić się, czy nie dokonano aktywizacji osób już aktywnych. Osoby przystępujące do projektu były silnie zmotywowane, często miały wyznaczony jasny cel zawodowy, w większości do niedawna jeszcze były aktywne zawodowo. Ponadto same poszukiwały różnych możliwości realizacji wyznaczonych sobie celów i w pewnym momencie natrafiły na projekt, który oferował im całą gamę różnych działań, z których chętnie korzystały. Tak szerokie ścieżki uczestnictwa nie były oferowane wszystkim uczestnikom.

Podsumowanie

W świetle powyższych wniosków, rodzi się pytanie o słuszność kierowania tak intensywnego wsparcia do osób bardzo aktywnych już na wejściu do projektu. Osoby te brały udział w przewidzianych dla nich działaniach wypełniając poszczególne wskaźniki projektu, ale należy się zastanowić czy podobnego efektu nie osiągnięto by nawet, gdyby to wsparcie było mniejsze.

W świetle analizy tych sześciu przypadków nie można stwierdzić jednoznacznie, jaka forma wsparcia była bardziej skuteczna: stacjonarna czy wyjazdowa, czy lepiej sprawdzały się zajęcia indywidualne czy grupowe. Skuteczność metody zależała od cech indywidualnych poszczególnych jednostek, od ich nastawienia, wcześniejszych doświadczeń czy zobowiązań rodzinnych. Ponieważ osoby z PTSR uczestniczyły w projekcie stacjonarnie, w pobliżu miejsca swojego zamieszkania, a respondenci z Fundacji wyjazdowo w ośrodku w Woli Batorskiej, trudno jest obecnie porównać bezpośredni wpływ form świadczonego wsparcia na jego skuteczność. Byłoby to możliwe w przypadku zamienności proponowanych form pomocy np. gdyby osoby z Fundacji przez tydzień przebywały w ośrodku w Woli Batorskiej, a przez tydzień miały świadczone wsparcie w pobliżu miejsca swojego zamieszkania. Takie sytuacje ze względu na zapisy dokumentacji projektowej nie miały jednak miejsca.

Respondenci, którzy brali udział w badaniu, nie wskazali żadnych kluczowych kompetencji, które chcieli rozwinąć w ramach projektu, ale im się to nie udało. Podkreślali jedynie brak zatrudnienia pomimo odbytych staży.

8 Opis wyników badania (trafność, skuteczność, użyteczność projektu dla opiekunów osób chorych na SM)

8.1 Struktura próby badawczej

Badania terenowe przeprowadzone z opiekunami osób chorych na SM

Z osobami bliskimi OSM przeprowadzono badania jakościowe (IDI) i ilościowe (CATI).

Do udziału w wywiadach pogłębionych zaproszono 10 opiekunów biorących udział w projekcie, po 5 od każdego z Partnerów. Wśród nich znalazły się osoby w wieku od 22 do 66 lat, zarówno kobiety, jak i mężczyźni.

Wybór osób do badania ilościowego, miał charakter losowo-warstwowy, gdzie warstwą była organizacja, w ramach której beneficjent brał udział w projekcie. Z populacji 459 osób (stan PEFS na lipiec 2014 r.) przy zachowaniu 2,7% błędu szacowania, wylosowano 340 respondentów.

Tabela 19 Struktura próby badawczej - populacja opiekunów uczestniczących w projekcie

Partner	Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego (Oddział w Łodzi)			Fundacja na Rzecz Chorych na SM im. bł. Anieli Salawy		
	Liczba opiekunów osób z SM objętych wsparciem w ramach projektu	Odsetek opiekunów osób z SM w populacji	Liczba opiekunów osób z SM w próbie	Liczba opiekunów osób z SM objętych wsparciem w ramach projektu	Odsetek opiekunów osób z SM w populacji	Liczba opiekunów osób z SM w próbie
Ogółem	363	79,1%	269	96	20,9%	71

Źródło: Opracowanie własne – Collect Consulting S.A. na podstawie wniosku o dofinansowanie

Interpretując wyniki badania w podziale na Partnerów, należy pamiętać, że wielkość próby badawczej w przypadku Fundacji (71 osób) pozwala na przeprowadzenie ograniczonych operacji statystycznych. **Prezentowanie wyników w podziale np. na wiek czy płeć ogranicza ich wiarygodność. Z tego względu w wielu miejscach kryteria te nie zostały zastosowane.** Ponadto większość wyników podawanych procentowo będzie uzupełniana podaniem liczebności.

Poniżej zaprezentowano charakterystykę próby w oparciu o wyniki uzyskane w trakcie badania.

Tabela 20 Struktura próby badawczej opiekunów osób chorych ze względu na płeć

Płeć	Liczebność w próbie	
	Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego	Fundacja na Rzecz Chorych na SM im. bł. Anieli Salawy
Kobieta	150	47
Mężczyzna	119	24

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wniosku o dofinansowanie

Tabela 21 Struktura próby badawczej opiekunów osób chorych na SM ze względu na wiek i wykształcenie

Wiek	Liczebność w próbie		Wykształcenie	Liczebność w próbie	
	Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego	Fundacja na Rzecz Chorych na SM im. bł. Anieli Salawy		Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego	Fundacja na Rzecz Chorych na SM im. bł. Anieli Salawy
Do 24 roku życia	10	3	Wyższe magisterskie	71	23
25-34 lat	34	9	Wyższe zawodowe	23	3
35-44 lat	55	10	Średnie	113	29
45-54 lat	69	10	Zasadnicze zawodowe	48	10
Powyżej 55 lat	101	39	Gimnazjalne	3	4
			Podstawowe	11	2

Źródło: Wywiady (CATI) z opiekunami osób z SM – PTSR i Fundacja

8.2 Rekrutacja do projektu

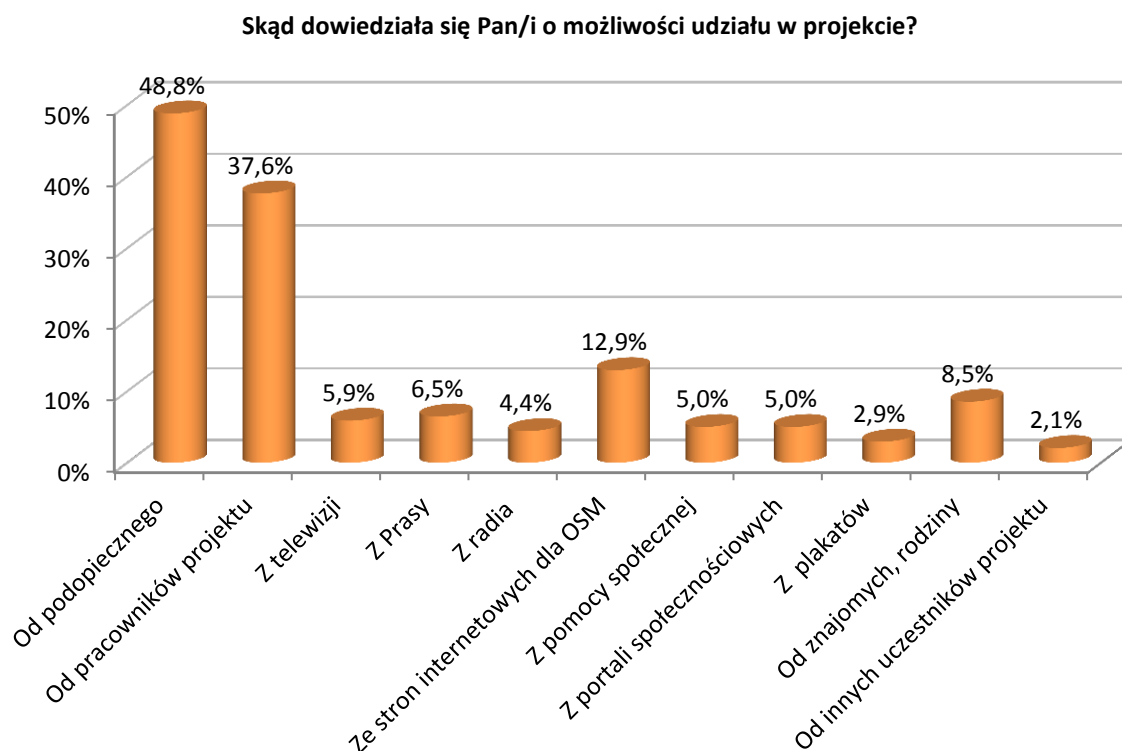
Podczas ewaluacji mid-term zwrócono uwagę, że „W przypadku rekrutacji otoczenia można dostrzec ten sam schemat promocji u obydwu Partnerów – zrekrutowane już osoby z SM zostały poinformowane, że w projekcie mogą wziąć udział również ich bliscy i opiekunowie. Ponieważ na tym etapie poziom ich wiedzy o projekcie był niski (najczęściej nie brały jeszcze udziału w jakichkolwiek zajęciach), jeśli więc przekazywały dalej informacje, były one lakoniczne.”⁵⁸

Na etapie ewaluacji ex-post przedstawiciel kadry projektu w Fundacji wskazał, że zmieniono sposób pozyskiwania uczestników na bezpośredni kontakt pracowników projektu z osobami z otoczenia. Ponadto umożliwiono wyjazd opiekunów razem z podopiecznymi do „Ostoi”. *Najlepszy skutek przynosi kontakt osobisty i na nim się skupiliśmy. Umożliwia on przekonanie osoby z otoczenia, że warto spróbować udziału w projekcie.* (FK I). Natomiast w wywiadzie pogłębionym przedstawiciel PTSR oświadczył, że dotychczas nie odnotowano problemów z rekrutacją otoczenia, zatem nie wprowadzono w tym zakresie modyfikacji. *Problemy z rekrutacją opiekunów u nas nie było.* (FK III).

Poniższy wykres prezentuje źródła, z jakich respondenci dowiedzieli się o możliwości udziału w projekcie.

⁵⁸ Ewaluacja mid-term projektu pn. Wsparcie osób ze stwardnieniem rozsianym, w tym z niepełnosprawnościami sprzężonymi, na rynku pracy, Collect Consulting, Katowice, 2014.

Wykres 19 Źródła informacji o projekcie wykorzystywane przez opiekunów osób niepełnosprawnych



Źródło: Wywiady (CATI) z opiekunami osób z SM – PTSR i Fundacja

Najwięcej osób z otoczenia dowiedziało się o projekcie od podopiecznego oraz od pracowników projektu. Wynika to ze sposobu prowadzenia rekrutacji. Spośród środków masowego przekazu największą skutecznością charakteryzują się strony internetowe. Jednak należy pamiętać, że źródła te nie pełniły dominującej roli w trakcie rekrutacji.

Na etapie zapisywania się do projektu osoby z otoczenia posiadały następujące informacje:

Tabela 22 Informacje posiadane przez osoby z otoczenia podczas zapisywania się do projektu

Jakie informacje o projekcie posiadał Pan/i na etapie zapisywania się do niego? (respondent mógł wskazać więcej niż jedną odpowiedź)	Liczebność w próbie	Odsetek w próbie
Wiedziałem o spotkaniach z psychologiem	211	62,1%
Wiedziałem o spotkaniach z prawnikiem	205	60,3%
Wiedziałem o wyjazdach	96	28,2%
Nie wiedziałem, jakie przewidziano zajęcia	74	21,8%

Źródło: Wywiady (CATI) z opiekunami osób z SM – PTSR i Fundacja

21,8% badanych twierdziło, że podczas zapisywania się do projektu nie posiadało informacji o rodzaju zajęć, w jakich mogą wziąć udział. Były to głównie osoby, które dowiedziały się o projekcie od podopiecznego. Osoby z SM często nie wiedziały, jakie wsparcie zostało przewidziane dla ich opiekunów.

Wiedzę o planowanych spotkaniach z prawnikiem i psychologiem posiadało nieco ponad 60% respondentów.

Niewielki odsetek badanych wiedział o wsparciu wyjazdowym. Wynika to z faktu, że taka możliwość została wprowadzona w późnej fazie realizacji projektu (w 2014 roku). PTSR wprowadził wspólne wyjazdy opiekunów i podopiecznych na kilkudniowe zajęcia, natomiast Fundacja uzyskała zgodę na towarzyszenie osób bliskich podczas wyjazdów chorych na SM do „Ostoi”. Rezygnacja ze ścisłego podziału na formę stacjonarną i wyjazdową została dokonana na poziomie zarządzania projektem.

Opiekunowie biorący udział w projekcie w PTSR, dowiedzieli się o możliwości udziału w zajęciach głównie od swoich podopiecznych (54,3% respondentów), od pracowników projektu (36,8% respondentów) oraz ze stron internetowych poświęconych osobom niepełnosprawnym (14,87% respondentów)⁵⁹.

W trakcie rekrutacji posiadali następujące informacje o projekcie:

Tabela 23 Informacje posiadane przez respondentów PTSR na etapie zapisów do projektu

Jakie informacje o projekcie posiadał Pan/i na etapie zapisywania się do niego? (respondent mógł wskazać więcej niż jedną odpowiedź)	Liczebność w próbie	Odsetek w próbie
Wiedziałem o spotkaniach z psychologiem	163	60,59%
Wiedziałem o spotkaniach z prawnikiem	160	59,48%
Wiedziałem o wyjazdach	77	28,62%
Nie wiedziałem, jakie przewidziano zajęcia	57	21,19%

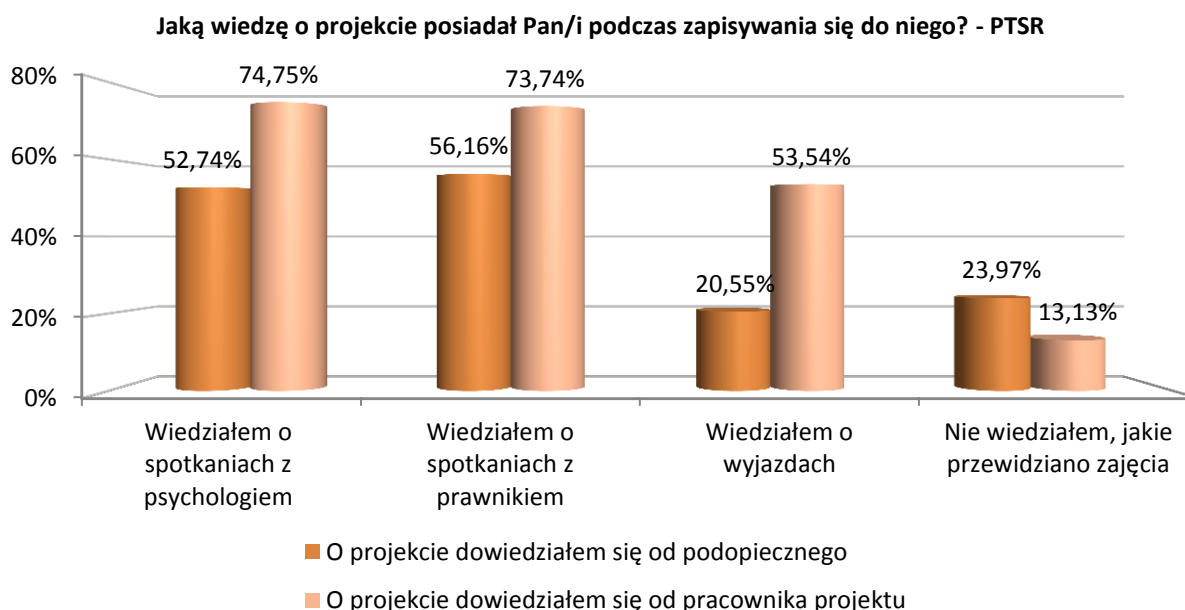
Źródło: Wywiady (CATI) z opiekunami osób z SM – PTSR
Pytanie wielokrotnego wyboru - każdy respondent mógł udzielić więcej niż jednej odpowiedzi

Podczas wywiadów indywidualnych z opiekunami osób chorych na SM 4 z 5 respondentów stwierdziło, że propozycja udziału w projekcie została im przedstawiona przez pracowników PTSR. Dwie osoby należące do organizacji dowiedziały się o projekcie podczas regularnych wizyt w placówce; z dwiema kolejnymi pracownicy projektu nawiązali kontakt telefoniczny. Zrekrutowani w ten sposób opiekunowie posiadali wystarczającą wiedzę na temat zajęć, w jakich będą mogli wziąć udział.

W związku z powyższym zestawiono wyniki badań mówiące o tym, jakie informacje o projekcie posiadały osoby z otoczenia, kiedy do niego przystępowały, z rodzajem źródła, z którego dowiedziały się o projekcie. Uzyskane rezultaty prezentuje poniższy wykres.

⁵⁹ Na pytanie można było udzielić więcej niż jednej odpowiedzi.

Wykres 20 Informacje posiadane przez respondentów na etapie zapisów do projektu w zależności od źródła informacji o projekcie



Źródło: Wywiady (CATI) z opiekunami osób z SM – PTSR
Pytanie wielokrotnego wyboru - każdy respondent mógł udzielić więcej niż jednej odpowiedzi.

Wyniki badań pokazują, że respondenci posiadali szerszą wiedzę o projekcie, kiedy byli o nim informowani przez pracownika jednego z Partnerów.

23,97% respondentów, którzy uzyskali informację od swojego podopiecznego nie wiedzieli o możliwości wzięcia udziału w zajęciach wyjazdowych.

Opiekunowie osób chorych na SM, biorący udział w projekcie w ramach działań Fundacji, dowiedzieli się o możliwości udziału w zajęciach głównie od pracowników projektu (29 respondentów) oraz od swoich podopiecznych (20 respondentów). Trzecim najczęściej wskazywanym źródłem wiedzy była rodzina i przyjaciele (8 respondentów).

Podczas rekrutacji posiadali następujące informacje o projekcie:

Tabela 24 Informacje posiadane przez respondentów Fundacji na etapie zapisów do projektu

Jakie informacje o projekcie posiadał Pan/i na etapie zapisywania się do niego? (respondent mógł wskazać więcej niż jedną odpowiedź)	Liczebność w próbie (N=71)
Wiedziałem o spotkaniach z psychologiem	48
Wiedziałem o spotkaniach z prawnikiem	45
Wiedziałem o wyjazdach	19
Nie wiedziałem, jakie przewidziano zajęcia	17

Źródło: Wywiady (CATI) z opiekunami osób z SM – Fundacja
Pytanie wielokrotnego wyboru - każdy respondent mógł udzielić więcej niż jednej odpowiedzi.

Analiza wyników badań ilościowych pokazała, że więcej informacji o projekcie posiadali opiekunowie, którzy dowiedzieli się o nim od podopiecznego, niż ci, którzy wiedzę taką uzyskali od pracownika projektu (w przeciwieństwie do wyników uzyskanych w PTSR). Z wywiadów pogłębionych z kadrą projektu wynika, że powodem takiej sytuacji było niewielkie zainteresowanie opiekunów rodzajem zajęć,

w jakich mogli wziąć oni udział. Dlatego podczas rekrutacji informowano ich głównie o pozytywnym wpływie zajęć na ich relacje z podopiecznymi.

Respondenci, z którymi były prowadzone wywiady pogłębione, dowiedzieli się o projekcie z różnorodnych źródeł: dwie osoby – ze stron internetowych, trzy – bezpośrednio od pracowników Fundacji. W pierwszym przypadku, opiekunowie po zapoznaniu się z treścią stron internetowych, nawiązali kontakt telefoniczny z Fundacją, jednak szczegóły oferowanego wsparcia uzyskali w późniejszej fazie projektu. Osoby, które były rekrutowane bezpośrednio przez pracowników projektu, na etapie zapisywania się na zajęcia posiadały o nich szczegółowe informacje.

Wniosek

Zakres informacji o zajęciach posiadany przez opiekunów zależał od źródła, z jakiego dowiedzieli się o projekcie. Największą wiedzę posiadały osoby poinformowane przez podopiecznego uczestniczącego w projekcie, najmniejszą – osoby, które o zajęciach dowiedziały się od pracowników projektu oraz ze strony internetowej.

Porównanie z wynikami ewaluacji mid-term

Wyniki ewaluacji mid-term wskazują, że podczas rekrutacji opiekunowie otrzymali niewystarczające informacje o zajęciach, w których będą uczestniczyć: „brak jest rzetelnej informacji o korzyściach z uczestnictwa w projekcie. Również na dalszych etapach rekrutacji osoby z otoczenia nie otrzymywały dokładnych informacji o zajęciach, w jakich będą uczestniczyć. (...) Najczęściej Partnerzy kontaktowali się telefonicznie z potencjalnym uczestnikiem z otoczenia dopiero, gdy ustalili termin świadczenia konkretnego wsparcia.

W przypadku opiekunów proces rekrutacji nie jest dostosowany do potrzeb (np. związanych z posiadaniem odpowiedniej wiedzy o działaniach, w których może brać udział).”

Wyniki uzyskane podczas ewaluacji ex-post wskazują, że proces komunikacji z otoczeniem osób z SM w przypadku PTSR uległ poprawie, m.in. na skutek częstszego bezpośredniego kontaktu nawiązywanego z nimi przez pracowników projektu.

W przypadku Fundacji, niektórzy z opiekunów nadal nie uzyskiwali od rekrutera szczegółowych informacji o projekcie. Wynikało to z ich niewielkiego zainteresowania rodzajem zajęć, w których mogli uczestniczyć.

Podsumowanie

W przypadku Fundacji, większy odsetek osób z otoczenia deklaruje uzyskanie informacji o zajęciach od pracowników organizacji niż podopiecznych. Wynika to z faktu, że w trakcie realizacji projektu Fundacja podejmowała z nimi kontakt bezpośredni i telefoniczny celem pozyskania uczestników projektu. Jednak to osoby z SM przekazywały informacje bardziej szczegółowe.

W przypadku PTSR bardziej szczegółowa wiedza o planowanych zajęciach została przekazana przez pracowników projektu, niż przez osoby chore na SM.

8.3 Powody uczestnictwa w projekcie

Głównym powodem przystępowania opiekunów osób z SM do projektu była chęć udzielenia pomocy podopiecznym. Szczegółowe informacje w tym zakresie prezentuje poniższa tabela.

Tabela 25 Powody uczestnictwa w projekcie osób z otoczenia OSM

Dlaczego wziął/a Pan/i udział w projekcie? (respondent mógł wskazać więcej niż jedną odpowiedź)	Liczebność w próbie	Odsetek w próbie
Chęć wsparcia podopiecznego	284	83,5%
Chęć podniesienia wiedzy w zakresie sposobu opieki nad osobą z SM	149	43,8%
Chęć nawiązania kontaktów z opiekunami OSM	121	35,6%
Chęć zdobycia wiedzy na temat możliwości wsparcia osób niepełnosprawnych z SM i ich opiekunów	112	32,9%
Chęć poznania nowych ludzi i uczestnictwa w życiu społecznym	101	29,7%
Chęć zdobycia wiedzy na temat instytucji, które udzielają wsparcia osobom niepełnosprawnym	70	20,6%
Potrzeba uzyskania wsparcia psychologicznego	70	20,6%
Chęć zdobycia wiedzy w zakresie sposobów aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych	62	18,2%
Potrzeba uzyskania wsparcia prawnego	33	9,7%
Potrzeba uzyskania wsparcia doradczego	26	7,6%

Źródło: Wywiady (CATI) z opiekunami osób z SM – PTSR i Fundacja

Uzyskane wyniki wskazują silne skupianie się osób z otoczenia na potrzebach OSM. Chęć wsparcia podopiecznego, podniesienia wiedzy w zakresie opieki nad nim oraz zdobycia wiedzy na temat możliwości wspierania go były trzema z czterech najczęściej wskazywanych odpowiedzi. Oznacza to, że uczestnicy projektu nie zdawali sobie sprawy z konieczności zaspokojenia własnych potrzeb psychologicznych oraz społecznych celem poprawy relacji z podopiecznym.

35,6% respondentów wskazało, że istotnym powodem uczęszczania na zajęcia była chęć poznania innych opiekunów osób chorych na SM, a 20,6% wskazało na potrzebę uzyskania wsparcia psychologicznego.

W wywiadach pogłębionych opiekunowie zwracali uwagę na życie w ciągłym napięciu wynikającym z troski o podopiecznego. Twierdzili również, że niepewny stan zdrowia osoby niepełnosprawnej generuje napięcia osłabiające wzajemne relacje. Zajęcia grupowe i indywidualne z psychologiem odpowiedziały na przytoczone powyżej problemy otoczenia.

W przypadku PTSR wyniki badań wskazują, że tematyka zajęć, nie jest głównym powodem podjęcia decyzji o udziale w projekcie. W badaniu ilościowym respondenci najczęściej podawali następujące motywy uczestnictwa w projekcie:

Tabela 26 Powody uczestnictwa w projekcie – PTSR

Dlaczego wziął/a Pan/i udział w projekcie? (respondent mógł wskazać więcej niż jedną odpowiedź)	Liczebność w próbie	Odsetek w próbie
Chęć wsparcia osoby niepełnosprawnej, którą się opiekuję	226	84,01%
Chęć zwiększenia wiedzy z zakresu sposobu opieki nad osobą z SM	118	43,87%
Chęć nawiązania kontaktu z innymi opiekunami osób niepełnosprawnych	93	34,57%
Chęć zdobycia wiedzy na temat możliwości wsparcia osób niepełnosprawnych z SM i ich opiekunów	87	32,34%
Chęć poznania nowych ludzi i uczestnictwa w życiu społecznym	76	28,25%
Chęć zdobycia wiedzy na temat instytucji, które udzielają wsparcia osobom niepełnosprawnym	56	20,82%

Źródło: Wywiady (CATI) z opiekunami osób z SM – PTSR
Pytanie wielokrotnego wyboru - każdy respondent mógł udzielić więcej niż jednej odpowiedzi.

Większość ankietowanych mówiła, że udział w projekcie został podyktowany chęcią udzielenia pomocy osobie z SM, a nie sobie. Wyniki te są zbieżne z odpowiedziami na pytanie o największą wartość projektu. Respondenci najczęściej wskazywali na „fakt, że osoba, którą się opiekują uważa, że jest to dla niej ważne” (60,6% respondentów), oraz, że udział w projekcie pozwoli im na „zdobycie profesjonalnej wiedzy na temat opieki nad osobą niepełnosprawną” (53,16%). Na wsparcie psychologiczne dla siebie, jako ważny element projektu, wskazało jedynie 37,17% ankietowanych. Istotne natomiast okazało się spotkanie z innymi opiekunami osób z SM (52,42% respondentów).

Wyniki badań jakościowych potwierdzają powyższe wnioski: opiekunowie przystępują do projektu głównie ze względu na podopiecznego, rzadziej zaś kierują się własnymi potrzebami. Często nie dostrzegają tego, że projekt może pomóc także im. Odpowiadając na pytania dotyczące oceny projektu, osoby te nie potrafiły skoncentrować się na własnych odczuciach. Stwierdzały, że jakoś sobie poradzą, natomiast wsparcie projektowe na pewno potrzebne jest ich podopiecznym.

Wniosek

Najwięcej szczegółowych informacji o projekcie uzyskały osoby rekrutowane przez pracowników projektu. Jednak to nie tematyka zajęć zachęcała do skorzystania ze wsparcia. Przeważająca większość ankietowanych deklarowała, że udział w projekcie został podyktowany chęcią wsparcia osoby niepełnosprawnej, a nie zaspokojeniem własnych potrzeb.

Również oceniając wyjazdowe formy wsparcia, opiekunowie osób z SM skupiali się na potrzebach podopiecznego. Odpowiedzi udzielane na pytanie: „Dlaczego forma wyjazdowa była dla Pana/i odpowiednia?” odnosiły się m.in. do zaspokojenia potrzeb osób z SM, np. „podopieczny nie mógł doczekać się wyjścia z domu”, „wyjścia pozwoliły na ustalenie nowego harmonogramu, przez co podopieczny miał plan dnia”. Na istotność spotkania się z innymi opiekunami oraz spędzenia czasu z podopiecznym wskazało po jednym respondencie.

Wniosek

Uzyskane wyniki badań dostarczają wytycznych w zakresie rekrutacji do projektu opiekunów osób

z SM. Aby wzbudzić w nich zainteresowanie i zaangażowanie, należy zaznaczać, że projekt wpłynie na poprawę samopoczucia podopiecznego.

Jednocześnie, podczas udzielania wsparcia, warto wyjaśniać opiekunom, że poprzez zaspokojenie własnych potrzeb, głównie związanych z odczuwanym stresem, przyczyniają się do poprawy stanu emocjonalnego i zdrowotnego podopiecznego.

W badaniu ilościowym, respondenci biorący udział w działaniach Fundacji, podawali najczęściej następujące powody, dla których zapisali się do projektu:

Tabela 27 Powody uczestnictwa w projekcie

Dlaczego wziął/a Pan/i udział w projekcie? (respondent mógł wskazać więcej niż jedną odpowiedź)	Liczebność w próbie	Odsetek w próbie	Odsetek w próbie (PTSR)
Chęć wsparcia osoby niepełnosprawnej, którą się opiekuję	58	81,7%	84,01%
Chęć zwiększenia wiedzy z zakresu sposobu opieki nad osobą z SM	31	43,7%	43,87%
Chęć nawiązania kontaktu z innymi opiekunami osób niepełnosprawnych	28	39,4%	34,57%
Potrzeba uzyskania wsparcia psychologicznego	27	38,0%	14,9%
Chęć zdobycia wiedzy na temat możliwości wsparcia osób niepełnosprawnych z SM i ich opiekunów	25	35,2%	32,34%

Źródło: Wywiady (CATI) z opiekunami osób z SM – Fundacja i PTSR
Pytanie wielokrotnego wyboru - każdy respondent mógł udzielić więcej niż jednej odpowiedzi.

Większość ankietowanych deklarowała, że udział w projekcie został podyktowany chęcią wsparcia osoby niepełnosprawnej. niespełna 40% ankietowanych wskazywało również na chęć zaspokojenia własnych potrzeb, wynikających z codziennego kontaktu z osobą chorą na SM (odpowiedzi o treści: „Chęć nawiązania kontaktu z innymi opiekunami osób niepełnosprawnych” oraz „Potrzeba uzyskania wsparcia psychologicznego”).

Wyniki badań jakościowych potwierdzają, że na etapie rekrutacji opiekunowie kierowali się chęcią udzielenia pomocy podopiecznemu w nieco mniejszym stopniu, zwracali uwagę na własne potrzeby. Chcieli uzyskać informacje o dostępnej pomocy finansowej i instytucjonalnej dla podopiecznych; m.in. w kwestiach dofinansowania remontu łazienki, wyegzekwowania budowy podjazdu dla wózków inwalidzkich, możliwości załatwiania spraw urzędowych w imieniu chorego.

Podczas uczestnictwa w projekcie na pierwszy plan wysunęła się chęć podniesienia poczucia własnej wartości. Opiekunowie zdali sobie sprawę, iż ich dobre samopoczucie wpływa na relacje w rodzinie, a co za tym idzie, poprawę zdrowia podopiecznego. Za największą wartość projektu uznali „poznanie doświadczeń opiekunów osób z SM” (71,8% respondentów), a także „duże znaczenie projektu dla osoby z SM” (47,9% respondentów) oraz „zdobycie wiedzy w zakresie opieki nad osobą z SM” (47,9% respondentów).

Oceniając wyjazdowe formy wsparcia, opiekunowie osób z SM wskazywali, że zajęcia te realizowały ich potrzeby. Na pytanie: „Dlaczego forma wyjazdowa była dla Pana/i odpowiednia?” dominowały odpowiedzi: „spotkałam się z innymi opiekunami” oraz „mogłam przebywać w innym miejscu, niż w domu”.

Wniosek

Opiekunowie wskazywali, że najważniejszą motywacją do udziału w projekcie była chęć pomocy podopiecznemu choremu na SM. Istotne było również zaspokojenie własnych potrzeb związanych ze stresem i napięciami występującymi w relacjach z podopiecznym.

Porównanie z wynikami ewaluacji mid-term

Wyniki ewaluacji mid-term wskazywały, że głównymi barierami utrudniającymi zachęcenie osób z otoczenia do udziału w projekcie są: brak świadomości zalet wynikających ze wsparcia psychologicznego, skupienie na osobie chorej i niedostrzeganie własnych potrzeb oraz brak czasu na uczestnictwo w zajęciach. „Istotną przeszkodą w rekrutacji osób z 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.” Twierdzono wówczas, iż „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”.⁶⁰

Wyniki ewaluacji ex-post pokazują, że zaproponowane rozwiązanie nie zostało wdrożone, a motywacje i bariery przystępowania do projektu osób z otoczenia chorych nie uległy zmianie. Nie wprowadzono również innych rozwiązań, które niwelowałyby te problemy.

Podsumowanie

Dla opiekunów uczestniczących w projekcie poprzez Fundację, znaczenie ma zarówno zaspokojenie potrzeb własnych, jak również wsparcie podopiecznego. Wyniki te są odmienne od deklaracji opiekunów rekrutowanych przez PTSR, którzy w większości za najistotniejsze uznali potrzeby podopiecznego.

Różnice te mogą wynikać ze sposobów rekrutacji opiekunów do projektu. PTSR pozyskiwał uczestników za pośrednictwem osób z SM. Najprawdopodobniej na zajęcia przyszły więc osoby, których relacje z podopiecznymi były dobre. Nie odczuwając napięć w relacjach z osobą niepełnosprawną, byli nakierowani na uzyskiwanie informacji przydatnych do wspierania podopiecznego.

Fundacja w trakcie trwania projektu zwiększyła intensywność rekrutowania osób z otoczenia poprzez kontaktowanie się z nimi pracownika projektu. Być może zachęciło to osoby posiadające problemy w relacjach z podopiecznym do udziału w zajęciach. Osoby takie odczuwałyby większe potrzeby w zakresie wsparcia psychologicznego.

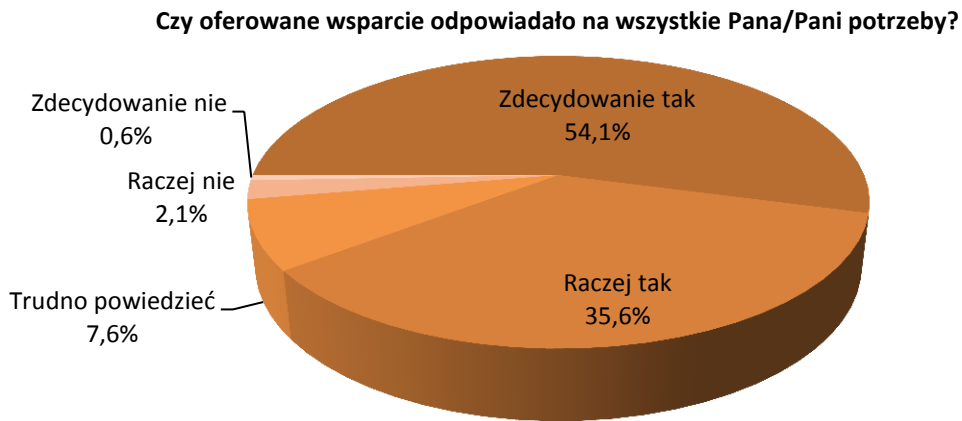
8.4 Ocena form wsparcia

W ramach projektu „Wsparcie osób ze stwardnieniem rozsianym, w tym z niepełnosprawnościami sprzężonymi” dla opiekunów osób z SM przygotowane zostały dwa rodzaje zajęć: z psychologiem oraz z prawnikiem, w formie indywidualnej i grupowej.

Oferowane wsparcie odpowiadało na wszystkie potrzeby większości uczestników projektu.

⁶⁰ Ewaluacja mid-term projektu pn. Wsparcie osób ze stwardnieniem rozsianym, w tym z niepełnosprawnościami sprzężonymi, na rynku pracy, Collect Consulting, Katowice, 2014.

Wykres 21 Adekwatność wsparcia do potrzeb uczestników projektu

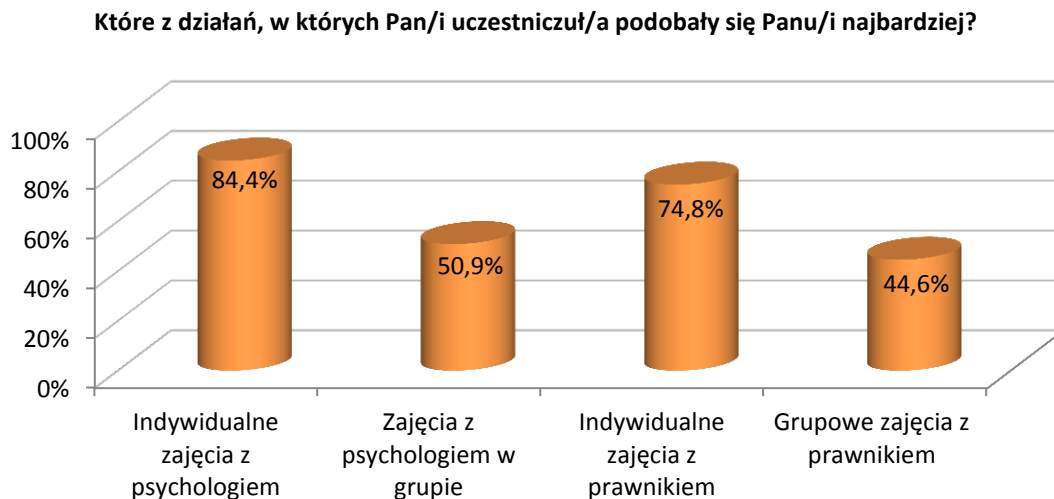


Źródło: Wywiady (CATI) z opiekunami osób z SM – PTSR i Fundacja

Wysoko oceniona została atrakcyjność spotkań. 72,1% respondentów uznało, że działania, w których wzięli udział są dla nich atrakcyjne, 24,7% badanych uznało, że niektóre są atrakcyjne. Negatywnej odpowiedzi udzieliło 3,2% respondentów. Zaprezentowane wyniki wskazują, że projekt został prawidłowo dostosowany do potrzeb osób z otoczenia chorych na SM.

Analizując ocenę poszczególnych zajęć można zauważyć, że uczestnikom projektu najbardziej podobały się zajęcia z psychologiem. Szczegółowe informacje w tym zakresie zostały zaprezentowane na poniższym wykresie.

Wykres 22 Działania, które podobały się najbardziej



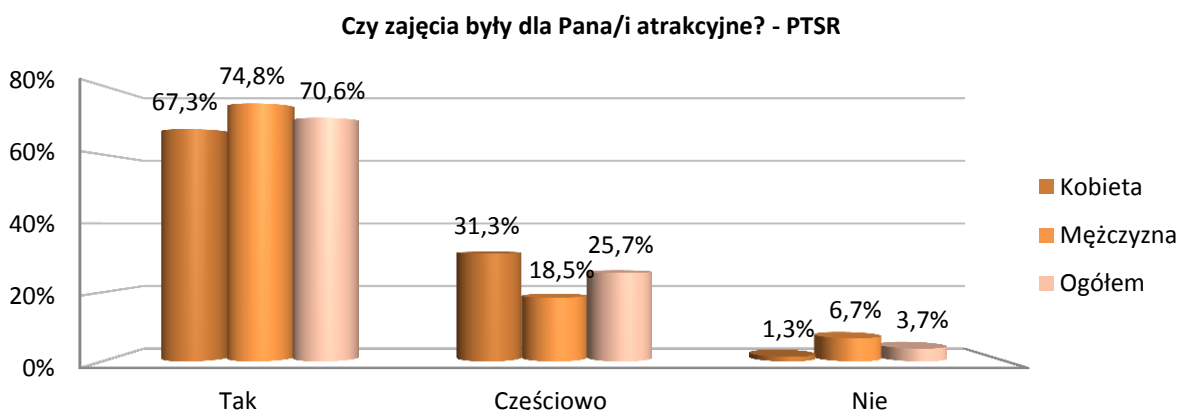
Źródło: Wywiady (CATI) z opiekunami osób z SM – PTSR i Fundacja

Respondentom najbardziej podobały się indywidualne zajęcia z psychologiem oraz indywidualne zajęcia z prawnikiem. Wynik ten można wyjaśnić przytaczając powody uczestnictwa w projekcie osób z otoczenia. Głównie chcieli oni wesprzeć swoich podopiecznych, więc najprawdopodobniej mieli konkretne pytania do specjalistów. W takich przypadkach indywidualne rozmowy z psychologiem czy prawnikiem są najskuteczniejsze.

Respondenci biorący udział w działaniach realizowanych przez PTSR, oceniają je jako odpowiadające ich potrzebom (88,1% respondentów, 9,7% nie było w stanie odpowiedzieć na to pytanie).

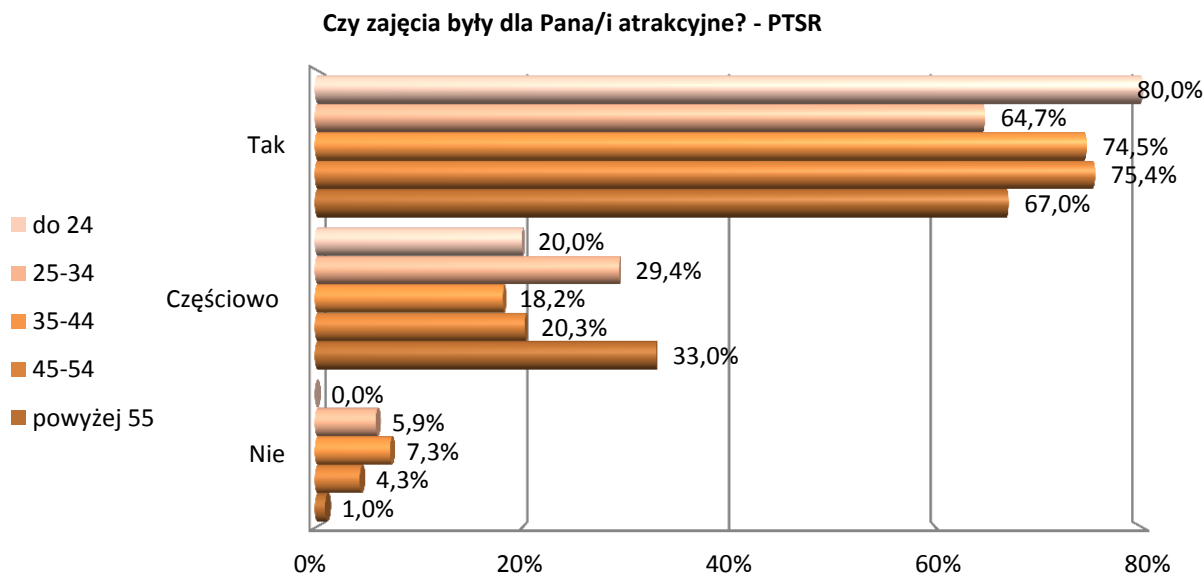
Wysoko oceniana jest atrakcyjność spotkań. 70,6% respondentów uznało zajęcia, w których uczestniczyło za atrakcyjne, dla 25,7% tylko niektóre z zajęć były atrakcyjne, natomiast negatywną opinię wyraziło 3,7% badanych. Uzyskane wyniki były zróżnicowane ze względu na wiek i płeć, co szczegółowo obrazują poniższe wykresy.

Wykres 22 Ocena atrakcyjności zajęć w zależności od płci respondentów



Źródło: Wywiady (CATI) z opiekunami osób z SM – PTSR

Wykres 23 Ocena atrakcyjności zajęć w zależności od wieku respondentów

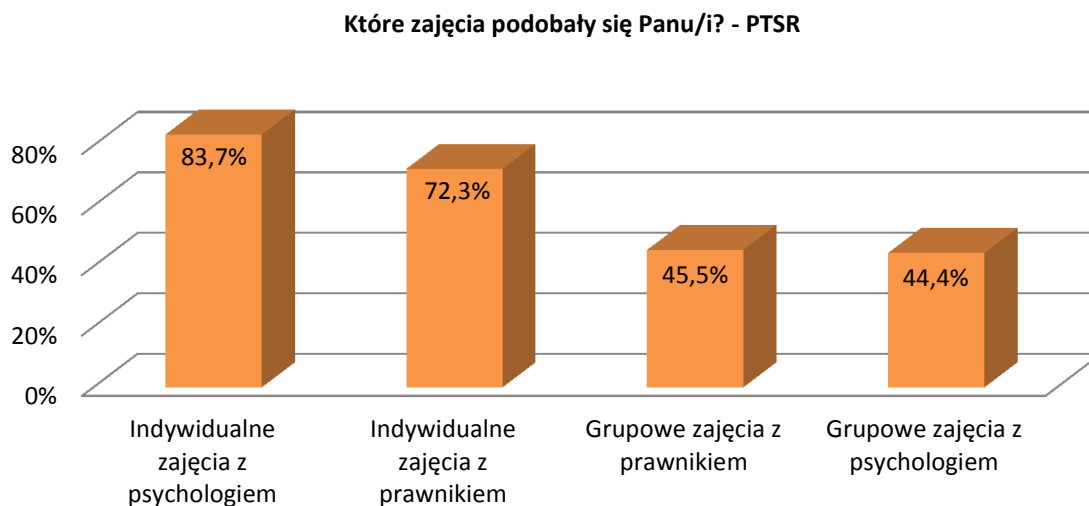


Źródło: Wywiady (CATI) z opiekunami osób z SM – PTSR

Wsparcie zostało ocenione jako atrakcyjniejsze przez mężczyzn niż przez kobiety, przez respondentów poniżej 35 roku życia oraz przez osoby z wykształceniem gimnazjalnym i podstawowym. Najprawdopodobniej osoby te mają mniejsze oczekiwania odnośnie zajęć. Treść odpowiedzi nie jest uzależniona od czasu opieki nad osobą z SM.

Analiza oceny poszczególnych zajęć wskazuje, że respondentom bardziej podobało się wsparcie psychologiczne (58% respondentów) niż wsparcie prawne (28% respondentów). Poszczególne spotkania zostały ocenione pozytywnie przez następujący odsetek respondentów:

Wykres 24 Zajęcia oceniane przez respondentów jako najatrakcyjniejsze



Źródło: Wywiady (CATI) z opiekunami osób z SM – PTSR
Pytanie wielokrotnego wyboru - każdy respondent mógł udzielić więcej niż jednej odpowiedzi.

Indywidualne zajęcia z psychologiem były oceniane najlepiej bez względu na wiek, płeć i wykształcenie respondentów. Ocena pozostałych form wsparcia była uzależniona od wieku badanych osób: zajęcia grupowe z psychologiem zostały ocenione najlepiej w grupie powyżej 55 roku życia; porady prawne przez osoby w wieku 35-44 roku życia. Osoby starsze, posiadające w gospodarstwie domowym chorego na SM, najprawdopodobniej martwią się, że ze względu na swój wiek niebawem nie będą w stanie opiekować się tą osobą. W związku z tym wyższe oceny przyznały wsparciu psychologicznemu, które pomaga im uporać się ze stresem i obniżoną samooceną.

Oceniając zajęcia pod kątem merytorycznym, należy powołać się na wyniki badań ilościowych wskazujące, że **najważniejsze jest indywidualne wsparcie psychologa**. Fakt ten potwierdzają również badania jakościowe. Respondenci zwracają uwagę, że mieszkając z osobą niepełnosprawną są narażeni na ciągły stres związany z troską o stan jej zdrowia. Występują napięcia w relacjach z podopiecznym, wynikające z obawy obojga przed kolejnym rzutem choroby lub ogólnym pogorszeniem zdolności manualnych osoby chorej na SM. Konsultacje z psychologiem pozwalają opiekunom na odbudowanie poczucia stabilizacji psychicznej i pewności siebie.

Spotkania z prawnikiem służą głównie załatwianiu bieżących spraw, a zainteresowanie nimi jest uzależnione od wieku respondenta. Wsparcie to oceniane jest niżej niż psychologiczne. Podczas wywiadów pojawiały się opinie mówiące, że respondenci nie uzyskali nowej wiedzy prawnej, a osoba prowadząca zajęcia nie miał doświadczenia w kwestiach dotyczących osób niepełnosprawnych, przez co udzielane rady nie zawsze były użyteczne.

Wniosek

Wsparcie psychologiczne jest trafnie dobraną formą wsparcia oferowanego otoczeniu osób chorujących na SM.

Kryterium wyboru prawników prowadzących spotkania z osobami niepełnosprawnymi oraz ich

opiekunami powinno być posiadanie praktycznej wiedzy z załatwiania spraw formalnych wynikających z niepełnosprawności. Należy pamiętać, że uczestnicy tych zajęć posiadają doświadczenie w załatwianiu spraw urzędowych (zwłaszcza osoby, u których chorobę zdiagnozowano dawno temu), zatem potrzebują rad praktyka, a nie tylko wiedzy teoretycznej.

Możliwość spotkania z innymi opiekunami osób z SM była dodatkową korzyścią płynącą z zajęć grupowych, na co wskazuje 52,42% ankietowanych. Również podczas badań jakościowych respondenci potwierdzili, że duże znaczenie miało dla nich poznanie innych opiekunów osób z SM. Wymieniano dwa rodzaje korzyści:

- wymiana informacji o możliwości uzyskania pomocy dla podopiecznych,
- podbudowanie psychiczne na skutek poznania osób, które również borykają się z podobnymi problemami i są w stanie poradzić sobie z nimi.

Do opiekunów osób chorych na SM kierowane było również wsparcie wyjazdowe, na które byli zapraszani wraz z podopiecznymi. 61 spośród badanych osób brało udział w zajęciach wyjazdowych, z czego 90,2% oceniło je jako adekwatne do posiadanych potrzeb. Pozytywnymi aspektami wyjazdów, wskazywanymi przez badanych, były m.in. zmiana otoczenia (zrelaksowanie się) oraz spotkanie z innymi osobami posiadającym podobne problemy.

Z wywiadów pogłębionych z opiekunami wynika, że zajęcia, w których brali udział pełnią różnorodne funkcje: podczas zajęć z prawnikiem oraz indywidualnych spotkań z psychologiem uczestnicy otrzymują konkretne wsparcie merytoryczne, natomiast zajęcia grupowe, głównie te z psychologiem, nakierowane są na wymianę doświadczeń z innymi opiekunami osób z SM.

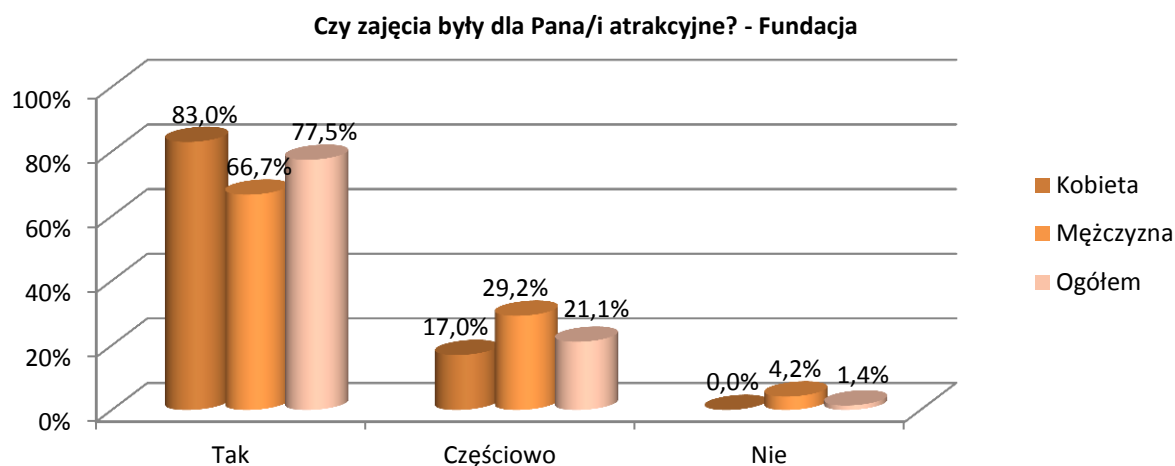
Wniosek

Liczba godzin zajęć z psychologiem przeznaczona dla każdego z opiekunów nie jest wystarczająca. Spotykając osoby z podobnymi do swoich problemami, opiekunowie próbują uzyskać jak najwięcej informacji merytorycznych o możliwej rehabilitacji i konsultacjach z lekarzami. W konsekwencji pozostaje niewiele czasu na realizację planowanej treści zajęć, czyli nauka minimalizowania stresu związanego z niepewnością odnośnie stanu zdrowia podopiecznego, niemocy w aktywizowaniu podopiecznego, itd. W przyszłych projektach zalecane jest zatem zwiększenie liczby godzin zajęć dla opiekunów. Konieczne jest również poszerzenie ich charakteru o spotkania uczestników nakierowane wyłącznie na wymianę doświadczeń. Zaspokojenie tego typu potrzeb na początku udziału w projekcie pozwoli na efektywniejsze uczestnictwo w pozostałych zajęciach.

Respondenci, biorący udział w działaniach Fundacji, oceniają spotkania z psychologiem i prawnikiem jako odpowiadające ich potrzebom (95,8% respondentów).

Wysoko oceniana jest atrakcyjność spotkań. 77,5% ankietowanych (55 osób) uznało zajęcia, w których uczestniczyli za atrakcyjne, dla 21,1% (15 osób) tylko niektóre z zajęć były atrakcyjne. Jedyne jedna osoba oceniła ten aspekt negatywnie. Uzyskane wyniki uwzględniające płeć respondentów przedstawia poniższy wykres.

Wykres 25 Ocena atrakcyjności zajęć uwzględniająca płeć respondentów

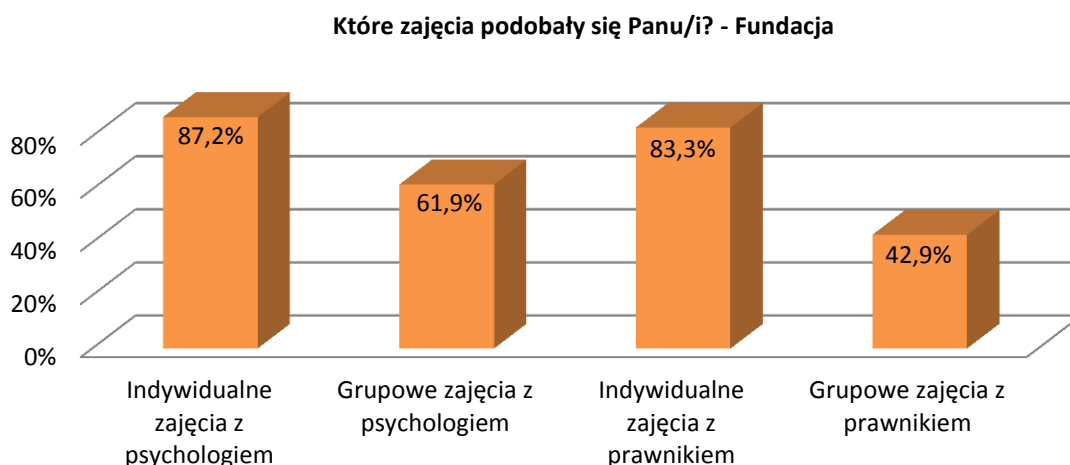


Źródło: Wywiady (CATI) z opiekunami osób z SM – Fundacja

Kobiety częściej niż mężczyźni oceniali zajęcia jako atrakcyjne. Wskazane rozbieżności mogą wynikać z występowania odmiennych relacji z podopiecznym: kobieta biorąca udział w projekcie często była matką lub córką osoby chorej, mężczyzna - mężem chorej.

Analiza oceny poszczególnych rodzajów zajęć pokazuje, że uczestnikom bardziej podobało się wsparcie psychologiczne (72,3% respondentów – 67 osób), niż wsparcie prawne (61,5% respondentów – 32 osoby), gdyż w wyższym stopniu odpowiadało na ich potrzeby. Poszczególne typy spotkań zostały ocenione pozytywnie przez następujący odsetek respondentów:

Wykres 26 Zajęcia oceniane przez respondentów jako najlepsze



Źródło: Wywiady (CATI) z opiekunami osób z SM – Fundacja
Pytanie wielokrotnego wyboru - każdy respondent mógł udzielić więcej niż jednej odpowiedzi.

Dla opiekunów użyteczne było zarówno wsparcie psychologa, jak i prawnika. Podczas pogłębionych rozmów respondenci wspominali, że przed udziałem w projekcie często nie dostrzegali, w jaki sposób ich kondycja psychiczna wpływa na samopoczucie podopiecznego. W życiu codziennym opiekunowie skupiają się na problemach osoby niepełnosprawnej, zapominając o niwelowaniu własnych obaw i stresu. Wsparcie psychologa pozwoliło im na uświadomienie sobie tych kwestii.

Zajęcia z prawnikiem również zostały ocenione pozytywnie. Respondenci wywiadów pogłębionych wskazywali, że udało im się rozwiązać konkretne problemy, z którymi się borykali. Uzyskali oni także

dotatkową wiedzę, która może być przydatna w przyszłości. Zaslugi w tym zakresie przypisują jednak nie tylko osobie prowadzącej, ale również grupowej formie zajęć. Wykład był bowiem przeplatany wypowiedziami uczestników o sposobie rozwiązywania przez nich konkretnych problemów. Opiekunowie dzielili się swoimi spostrzeżeniami, wskazówkami, dobrymi praktykami. Dzięki temu wiedza przekazywana przez prowadzącego była uzupełniana realnymi przykładami.

Wniosek

Wsparcie psychologiczne zostało ocenione nieco wyżej niż wsparcie prawne, natomiast ogólnie uczestnicy projektu oceniają zajęcia, w których brali udział, jako odpowiadające ich potrzebom.

Grupowa forma zajęć została oceniona pozytywnie także w przypadku wsparcia psychologicznego. Respondenci indywidualnych wywiadów pogłębionych wskazują, że jej kluczową zaletą było uświadomienie im, że istnieje wiele osób w podobnej sytuacji. Dzięki temu:

- zdali sobie sprawę, że nie muszą samodzielnie mierzyć się ze swoimi problemami. Są bowiem osoby, które mają podobne problemy i chętnie wesprą ich psychicznie i udzielą merytorycznej porady;
- przekonali się, że opiekunowie osób z SM nie są gorsi od innych ludzi. Ważne jest, aby nauczyć się odpowiednio reagować na otoczenie, które nie zdaje sobie sprawy ze specyfiki stwardnienia rozsianego;
- zdali sobie sprawę, że pomimo chwil bezradności, bardzo dobrze radzą sobie w swojej roli – osoby opiekującej się chorym na SM;
- zostali podbudowani psychicznie także poprzez uświadomienie sobie, że nie zawsze muszą samodzielnie mierzyć się z pojawiającymi się problemami. Istnieją bowiem instytucje, do których mogą zwrócić się o pomoc.

Respondenci pozytywnie oceniają także zajęcia indywidualne. Przypisują im jednak inną rolę: uzyskanie odpowiedzi na konkretne pytania, jak w przypadku spotkań z prawnikiem, oraz przełamanie tematów tabu, w przypadku rozmów z psychologiem.

Opiekunowie mogli również wziąć udział w zajęciach wyjazdowych, tj. udać się wraz z podopiecznymi do Woli Batorskiej, do ośrodka „Ostoja”. W takich zajęciach brało udział 16 respondentów. 12 uznało, że wyjazdowa forma zajęć była dla nich odpowiednia, m.in. dlatego, że mieli możliwość spotkania się z innymi opiekunami osób z SM (6 wskazań) oraz mogli na kilkanaście dni zmienić otoczenie (4 wskazania).

Wniosek:

Respondenci pozytywnie oceniali wszystkie z zaproponowanych im form zajęć, gdyż każda spełniała odmienne potrzeby. Na podstawie wyników badań zajęcia dla opiekunów należy ocenić jako kompleksowe i dostosowane do potrzeb beneficjentów.

Wyniki te są odmienne od tych uzyskanych w odniesieniu do opiekunów biorących udział w projekcie z ramienia PTSR. Wśród tamtych respondentów częstsze były wskazania, że ich uczestnictwo w projekcie wpływa na zaspakajanie potrzeb ich podopiecznych, przy jednoczesnym pomijaniu kwestii rozwiązywania ich własnych problemów.

Porównanie z wynikami ewaluacji mid-term

Wyniki ewaluacji mid-term wskazywały, że początkowo opiekunowie byli niechętni udziałowi w projekcie. Zainteresowanie wywołały u nich spotkania z psychologiem oraz innymi opiekunami osób z SM. Ostatecznym efektem projektu była poprawa samooceny uczestników. Dane te znalazły potwierdzenie w wynikach badań ilościowych, zrealizowanych w ramach ewaluacji ex-post.

W połowie trwania projektu „zajęcia z prawnikiem nie zostały ocenione pozytywnie przez opiekunów. Twierdzili oni, że poruszane na zajęciach tematy były zbyt ogólne, nieukierunkowane na specyfikę ich życia, a pytania zadawane prowadzącym często pozostawały bez odpowiedzi.” Również obecnie, tj. pod koniec trwania projektu, pojawiały się zarzuty o niedostosowanie zajęć prowadzonych przez prawnika w PTSR do potrzeb opiekunów. Jednakże, znacząca część respondentów w badaniu ilościowym stwierdziła, że konsultacje z prawnikiem podobały im się. Zatem, zasadniczo wsparcie jest dostosowane do potrzeb uczestników, natomiast zmiany wymaga głównie sposób doboru osób prowadzących.

Podsumowanie

Wsparcie przygotowane dla opiekunów osób z SM odpowiadało ich potrzebom. 70,6% respondentów w PTSR oraz 77,5% respondentów w Fundacji oceniło je jako atrakcyjne.

Uczestnikom najbardziej podobały się zajęcia z psychologiem. W PTSR deklarowali, że nauczyli się radzić sobie ze stresem związanym z troską o stan zdrowia podopiecznego oraz zdobyli wiedzę pomagającą w poprawie relacji rodzinnych. W przypadku Fundacji wskazywali, iż zdali sobie sprawę, że ich stan psychiczny wywiera duży wpływ na relację z podopiecznym. Stąd poprawę stosunków w rodzinie powinni zacząć od rozwiązania własnych problemów i pokonania lęków związanych z niepełnosprawnością bliskiej osoby.

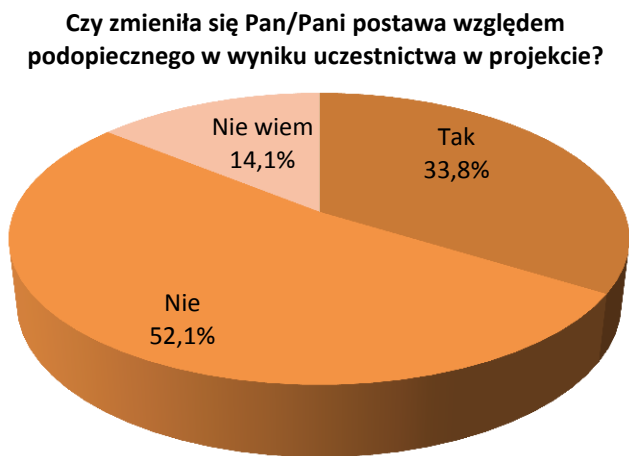
Istotnym aspektem udziału w projekcie dla opiekunów osób chorych na SM była także możliwość spotkania się z innymi osobami będącymi w podobnej sytuacji.

W zakresie oceny form wsparcia przez osoby z otoczenia nie zaobserwowano istotnych różnic pomiędzy partnerami.

8.5 Efekty form wsparcia

Jednym z głównych efektów działań skierowanych do opiekunów powinna być zmiana ich postaw wobec samodzielnej aktywności społecznej i zawodowej osób chorych na SM.

Wykres 27 Oddziaływanie projektu na zmiany w zachowaniu opiekunów względem podopiecznych

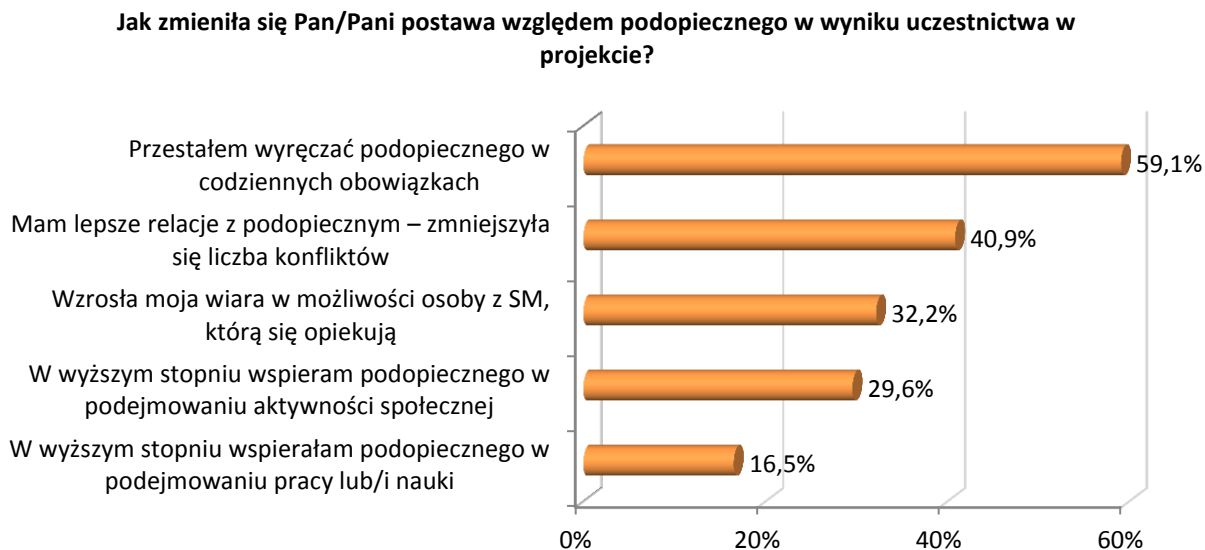


Źródło: Wywiady (CATI) z opiekunami osób z SM – PTSR i Fundacja

może wskazywać, że do projektu zrekrutowano głównie opiekunów utrzymujących pozytywne relacje z osobami chorymi. Oznaczałoby to, że w dużej mierze beneficjentami projektu nie zostały osoby, które najbardziej tej pomocy potrzebowały.

Część respondentów wskazała jednak na poprawę relacji z podopiecznym na skutek uczestnictwa w projekcie. Zwracali oni uwagę na następujące kwestie:

Wykres 28 Sposób zmiany postawy wobec podopiecznego na skutek udziału w projekcie



Źródło: Wywiady (CATI) z opiekunami osób z SM – PTSR i Fundacja

Najczęstszą zmianą zachowania wśród badanych było zaprzestanie wyręczania podopiecznego w codziennych obowiązkach. Oznacza to najprawdopodobniej, że opiekunowie zrozumieli, że samodzielność osoby chorej na SM jest ważna dla jej aktywizacji społeczno-zawodowej.

W przypadku PTSR, 57,2% respondentów stwierdziło, że na skutek uczestnictwa w projekcie nie nastąpiła zmiana ich postawy względem podopiecznego (12,3% nie było w stanie udzielić odpowiedzi na to pytanie).

Badani, którzy udzieliли pozytywnej odpowiedzi (30,5%), wskazywali na następujące zmiany:

- przestałem wyręczać podopiecznego w codziennych obowiązkach (17,5%),
- mam lepsze relacje z podopiecznym – zmniejszyła się liczba konfliktów (13,4%),
- w większym stopniu wspieram podopiecznego w podejmowaniu aktywności społecznej – spotkaniach ze znajomymi, przyjaciółmi (10%),
- w większym stopniu wspieram podopiecznego w poszukiwaniu pracy, kursów, szkoleń zawodowych (5,9%),
- wzrosła moja wiara w możliwości osoby z SM, którą się opiekuję (9,7%).

Opiekunowie biorący udział w badaniu zostali poproszeni o ocenę swoich postaw przed i po udziale w projekcie odnośnie następujących zagadnień:

- wiary w możliwości podopiecznego,
- zaufania do osób trzecich, działających na rzecz osób niepełnosprawnych,
- wiary ze własne siły jako opiekuna.

Po udziale w projekcie wiara w umiejętności osób z SM wzrosła średnio u 34,6% respondentów. W zakresie oceny samodzielności osób chorych na SM oraz ich możliwości społecznych odnotowano wzrost omawianego wskaźnika u 38,7%, natomiast nadzieja na podjęcie pracy przez podopiecznego zwiększyła się u 29,7% badanych.

Zaufanie respondentów do innych osób opiekujących się osobami z SM wzrosło u 28,5% badanych, natomiast do instytucji działających na rzecz osób niepełnosprawnych u 24,9%.

Wiedza w zakresie instytucji udzielających wsparcia osobom niepełnosprawnym, na temat metod aktywizacji społecznej i zawodowej osób z SM oraz praw osób z SM i ich opiekunów wzrosła średnio u 30% badanych.

Samoocena wzrosła aż u 41,6% respondentów, a wiara we własne umiejętności jako opiekuna u 31,6%, co wskazuje na wysoką użyteczność zajęć z psychologiem.

Mieszkający z osobą chorą na SM respondenci, z którymi były prowadzone wywiady pogłębione, w pełni uzależniają swoje życie od podopiecznego. Niezależnie od wieku i wykształcenia, skupiali się na poprawie stanu zdrowia i samopoczucia osoby chorej kosztem własnych potrzeb. Oznacza to, że w ich przypadku projekt nie przyniósł oczekiwanych rezultatów. Wsparcie udzielone przez psychologa nie spowodowało skupienia większej uwagi na własnych potrzebach. Nie w pełni zatem został zrealizowany rezultat miękki, polegający na zmianie postaw opiekunów wobec samodzielnej aktywności społecznej ich podopiecznych.

W przypadku Fundacji, 47% ankietowanych zauważyło zmianę postawy w stosunku do podopiecznego. W szczególności polegała ona na:

- zaprzestaniu wyręczania podopiecznego w codziennych obowiązkach (29,6% badanych, 21 osób);
- polepszeniu relacji z podopiecznym – zmniejszeniu liczby konfliktów (15,5% respondentów, 11 osób);

- podniesieniu wiary w możliwości osoby z SM, którą się opiekują (15,5% respondentów, 11 osób);
- większym wspieraniu podopiecznego w podejmowaniu aktywności społecznej (9,9% respondentów, 7 osób).

Wniosek

Wśród opiekunów osób z SM, biorących udział w działaniach Fundacji, znacznie większa liczba badanych dostrzega zmiany w podejściu do podopiecznego na skutek udziału w projekcie, niż w przypadku opiekunów zrekrutowanych przez PTZR.

Opiekunowie poddani badaniu zostali poproszeni o ocenę swoich postaw przed i po udziale w projekcie odnośnie następujących zagadnień:

- wiary w możliwości podopiecznego,
- zaufania do osób trzecich działających na rzecz osób niepełnosprawnych,
- wiary we własne siły jako opiekuna.

Po udziale w projekcie, wzrost wiary w umiejętności osób z SM zadeklarowało 47,9% respondentów, natomiast samodzielność podopiecznych jest oceniana wyżej przez 39,4%.

Zaufanie do osób troszczących się o niepełnosprawnych wzrosło u 35,2% opiekunów, natomiast do instytucji działających na rzecz osób niepełnosprawnych u 33,8%.

W najwyższym stopniu wzrosła samoocena uczestników – u 54,9% ankietowanych oraz wiara we własne siły jako opiekuna osób z SM – u 47,9%.

Podczas pogłębionych rozmów, 4 z 5 badanych wskazywało na podniesienie poczucia własnej wartości na skutek udziału w projekcie oraz na posiadanie sił do dalszej opieki nad osobą chorą.

Porównanie z wynikami ewaluacji mid-term

Podczas ewaluacji mid-term uzyskano informację, że skutkiem uczęszczania na zajęcia z psychologiem jest lepsze rozumienie specyfiki stwardnienia rozsianego oraz zachowania osób chorych na SM. Uzyskanie takiej wiedzy obniża napięcia występujące pomiędzy domownikami oraz zwiększa tolerancję dla niejasnych dotąd zachowań podopiecznego.

W przypadku PTZR, badania ilościowe oraz jakościowe zrealizowane podczas ewaluacji ex-post pokazały, że osoby z otoczenia nie odczuwają pozytywnych skutków udziału w projekcie, a ich postawa względem podopiecznego nie uległa zmianie. Respondenci uczestniczący w projekcie z ramienia Fundacji potwierdzali pozytywny wpływ projektu na relacje rodzinne. Ponadto podkreślali one wysoką wartość zajęć z prawnikiem przejawiającą się wzrostem wiedzy o możliwościach prawnych dostępnych dla osób z SM i ich opiekunów.

Podsumowanie

W przypadku PTZR, większość opiekunów (57,2%) wskazuje, że projekt nie wpłynął na zmianę ich postawy względem podopiecznego. Osoby dostrzegające różnicę twierdziły, że polegała ona głównie na zaprzestaniu wyręczania podopiecznego w codziennych obowiązkach. Wskazywały również na poprawę relacji z osobą chorą na SM.

Efekty uczestnictwa w zajęciach, które wystąpiły u największej liczby badanych, to wzrost samooceny (u 41,6% respondentów), a także wyższa ocena samodzielności osób chorych na SM oraz ich możliwości społecznych.

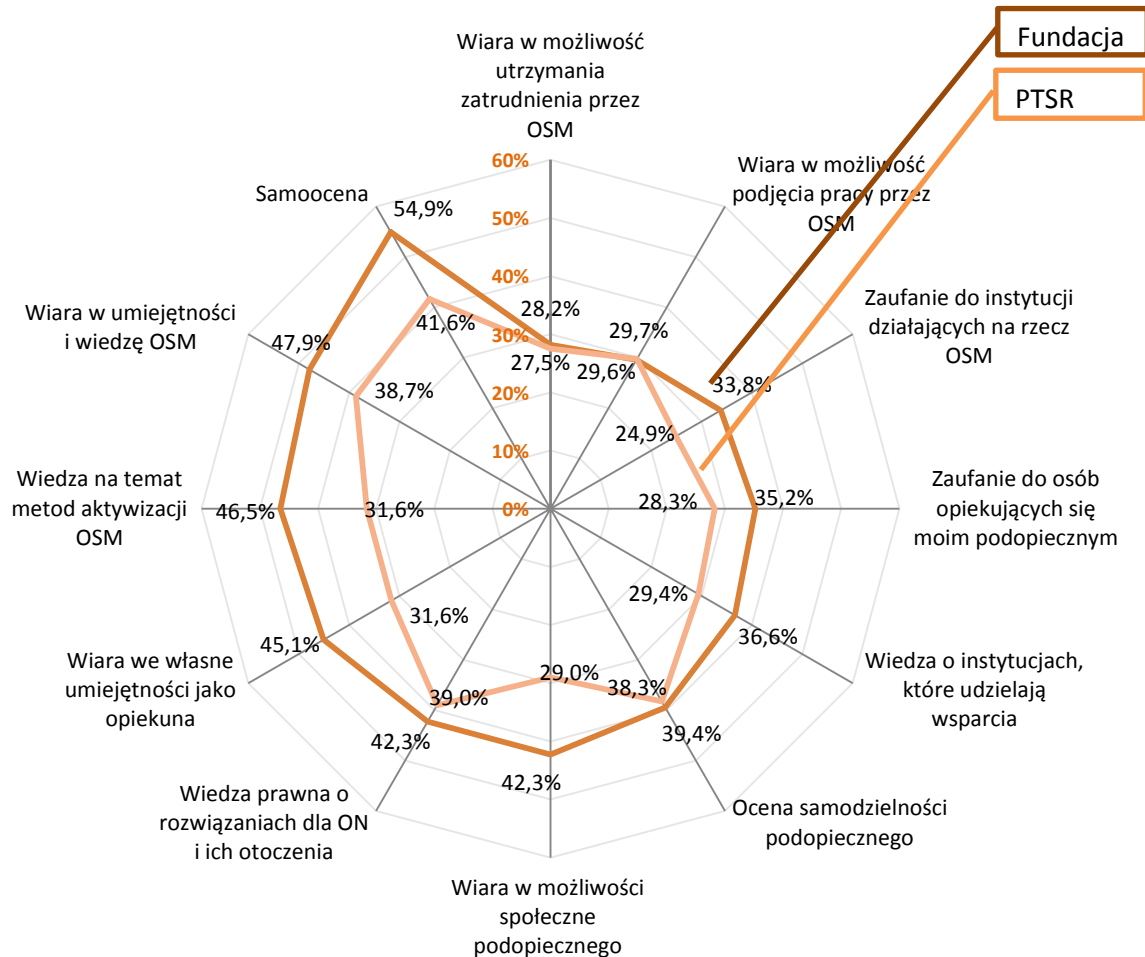
W przypadku Fundacji, głównym efektem projektu był wzrost samooceny uczestników oraz wiary w umiejętności podopiecznego. 47% ankietowanych zauważyło zmianę postawy w stosunku do osoby chorej na SM. Uczestnicy deklarują poprawę relacji z podopiecznym.

Kontakt z psychologiem oraz innymi opiekunami chorych na SM podbudował uczestników i dał im siły do zmagania się z codziennymi problemami. Najważniejsze było uświadomienie sobie, że pełnią ważną rolę w życiu osoby chorej oraz mają istotny wpływ na kształtowanie relacji w rodzinie. Widać tu zatem wpływ uczestnictwa w projekcie na poprawę relacji w rodzinie.

Porównanie efektów wsparcia: Fundacja a PTSR

Poniższy wykres prezentuje porównanie deklarowanej zmiany postaw i zachowań opiekunów osób chorych na SM, biorących udział w projekcie za pośrednictwem Fundacji oraz PTSR.

Wykres 29 Wpływ projektu na zmianę postaw i zachowań opiekunów osób z SM



Źródło: Wywiady (CATI) z opiekunami osób z SM – Fundacja i PTSR, Wykres prezentuje odsetek uczestników, którzy deklarują wzrost danej zmiennej.

Ze zgromadzonych danych wynika, iż większa liczba opiekunów osób chorych na SM, biorących udział w projekcie z ramienia Fundacji, zmieniła swoje nastawienie do podopiecznych w każdym z badanych zakresów. Największe różnice w wynikach są widoczne w przypadku wzrostu wiary w możliwości społeczne podopiecznego, podniesienia samooceny, wiary we własne umiejętności jako opiekuna oraz przyrostu wiedzy na temat metod aktywizacji podopiecznych.

9 Wnioski z badania i rekomendacje

9.1 Wnioski z badania

Poniżej zaprezentowano analizę SWOT projektu. W pierwszej części zostały wyszczególnione jego mocne i słabe strony. Druga część zawiera rozwiązania zastosowane w projekcie, które dają szansę na osiągnięcie założonych wskaźników oraz te, które zagrażają jego efektywnej realizacji.

Tabela 28 Analiza SWOT projektu

Mocne strony	Słabe strony
<p>Rekrutacja oraz aktywizacja społeczno-zawodowa osób chorych na SM</p> <ul style="list-style-type: none">• Elastyczne podejście do rekrutacji – umiejętność zmiany kanałów komunikacji, wykazane w przypadku Fundacji.• Zapisy do projektu dostosowane do potrzeb i możliwości uczestników.• Skierowanie wsparcia psychologicznego do wszystkich uczestników projektu.• Adekwatność projektu do potrzeb beneficjentów.• Atrakcyjność zorganizowanych zajęć.• Kierowanie do osób chorych na SM zajęć w formie indywidualnej i grupowej, składających się na kompleksowe wsparcie.• Duży wpływ projektu na aktywizację społeczną uczestników.• Duży wpływ projektu na wzrost wiary uczestników we własne siły oraz wzrost ich poczucia bezpieczeństwa.• Duża liczba opiekunów pozytywnie oceniających oddziaływanie zajęć, w których uczestniczyli, na ich postawę względem podopiecznych.• Zajęcia z doradcą zawodowym powiązane z rzeczywistymi sytuacjami na rynku pracy.• Wsparcie doradcy zawodowego także na etapie aplikowania o staż/pracę. <p>Założenia projektu</p> <ul style="list-style-type: none">• Różnorodne formy aktywizacji osób niepełnosprawnych.• Możliwość wypróbowania dwóch odrębnych podejść do świadczenia wsparcia osobom z SM (wyjazdowa/stacjonarna).	<p>Rekrutacja oraz aktywizacja społeczno-zawodowa osób chorych na SM</p> <ul style="list-style-type: none">• Wykorzystywanie wielu nieefektywnych kanałów dotarcia do respondentów.• Organizowanie zajęć z doradcą zawodowym dla wszystkich uczestników projektu, również osób przekonanych, że nigdy nie podejmą zatrudnienia.• Niewielki wpływ projektu na zachęcenie beneficjentów do podjęcia zatrudnienia.• Zbyt mały odsetek beneficjentów mających okazję nabycia praktycznych umiejętności wykonywania zawodu (poprzez udział w stażach, szkoleniach).• Duże grono osób z SM niedostrzegających zmiany w zachowaniu osób bliskich, które wzięły udział w projekcie.• Kierowanie na staże rehabilitacyjne do zakładów pracy, w których uczestnicy projektu nie mogli zostać zatrudnieni (praca nieodpowiednia do ich stanu zdrowia/ nieodpowiednie kwalifikacje stażystów/ pracodawca od początku deklarował brak gotowości do podjęcia dalszej współpracy). <p>Założenia projektu</p> <ul style="list-style-type: none">• Nieuwzględnienie na etapie planowania projektu specyficznych organizacyjnych potrzeb uczestników (np. zwrotu kosztów za dojazd opiekunów).• Nieuwzględnienie na etapie planowania projektu potrzeb kadrowych u jednego z beneficjentów.• Duża autonomiczność Partnerów.• Nieprecyzyjnie zdefiniowane wskaźniki miękkie projektu.

<p>Proces realizacji projektu</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elastyczność projektu – dostosowanie działań do potrzeb uczestników. • Dobra współpraca w relacji Lider-PTSR. • Przekroczenie poziomu niektórych wskaźników. • Brak znaczących problemów z realizacją wskaźników powierzonych PTSR. 	<p>Proces realizacji projektu</p> <ul style="list-style-type: none"> • Problemy komunikacyjne w relacji Lider-Fundacja. • Bardzo ograniczona współpraca pomiędzy Partnerami projektu. • Słaby poziom realizacji 2 wskaźników powierzonych Fundacji, na dwa miesiące przed końcem projektu. • Późne, w stosunku do harmonogramu projektu, wprowadzenie dodatkowych działań nakierowanych na realizację wskaźnika edukacyjnego (Fundacja). • Rotacja kadry projektowej w Fundacji oraz u Lidera projektu.
<p>Szanse</p>	<p>Zagrożenia</p>
<p>Rekrutacja oraz aktywizacja społeczno-zawodowa osób chorych na SM</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posiadanie przez PTSR dużego zaplecza podopiecznych oraz osób, z którymi podejmowana była współpraca – ułatwienie procesu rekrutacji. • Kierowanie do osób chorych na SM zajęć w formie indywidualnej i grupowej, które składają się na kompleksowe wsparcie. • Silna motywacja do powrotu na rynek pracy u części uczestników. <p>Założenia projektu</p> <ul style="list-style-type: none"> • Doświadczenie Lidera w realizacji tego typu przedsięwzięć. • Doświadczenie Partnerów. <p>Proces realizacji projektu</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poprawa współpracy pomiędzy Liderem a Fundacją. • Organizowanie spotkań roboczych. • Zaangażowanie Grupy Sterującej Projektem. 	<p>Rekrutacja oraz aktywizacja społeczno-zawodowa osób chorych na SM</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kierowanie wsparcia stale do tych samych osób, na skutek rekrutowania do projektu w pierwszej kolejności podopiecznych organizacji oraz osób, z którymi instytucja stale współpracuje. • Wysoka skuteczność rekrutacji wyłącznie za pośrednictwem pracowników projektu. • Rekrutowanie do projektu osób nienastawionych na podjęcie zatrudnienia. • Rekrutowanie do projektu osób w złym stanie zdrowia. • Przekonanie osób chorych na SM, że ich relacje z najbliższymi nie stanowią żadnej bariery w podejmowaniu przez nich zatrudnienia. <p>Założenia projektu</p> <ul style="list-style-type: none"> • Konieczność realizacji celów PO KL oraz osiągnięcie narzuconych przez Plan Działania wartości wskaźników docelowych. • Konieczność uzyskiwania akceptacji każdej zmiany w projekcie poprzez zatwierdzenie przez CRZL formularzy zmian. <p>Proces realizacji projektu</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brak zainteresowania podjęciem nauki u osób z SM biorących udział w projekcie po stronie Fundacji – nieosiągnięcie zakładanej wartości wskaźnika, w konsekwencji niezrealizowanie celów projektu. • Brak zainteresowania oraz problemy organizacyjne związane z realizacją WAZIS-ów pod koniec projektu – Fundacja.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania

9.2 Rekomendacje dotyczące kształtu i procesu realizacji/wdrażania projektu

Wniosek:

Jak wynika z przeprowadzonej analizy dokumentacji projektowej, rezultaty miękkie projektu zostały niewłaściwie i nieprecyzyjnie określone. W toku całego projektu Partnerzy szczególną wagę przywiązywali do realizacji rezultatów twardych, tymczasem to właśnie rezultaty miękkie mogą świadczyć o rzeczywistej skuteczności projektu oraz jego wpływie na aktywizację społeczno-zawodową osób niepełnosprawnych. O tym, że dana osoba została zaktywizowana świadczy nie tylko fakt, iż wzięła udział w danej formie wsparcia (np. w szkoleniu zawodowym). Istotna jest tu zmiana wewnętrzna, zmiana postawy tej osoby z pasywnej na aktywną. Powinno to być widoczne w rezultatach miękkich. Tymczasem sposób sformułowania zapisów na etapie planowania projektu może utrudniać rzeczywiste zmierzenie zmian, jakie wywołał projekt w nastawieniu/postawach osób niepełnosprawnych oraz ich bliskich.

Dlatego też rekomenduje się przykładanie większej wagi do prawidłowego określania rezultatów tj. stosowanie na etapie planowania działań/wskaźników odpowiednich analiz.

Sposób wdrożenia: Zaleca się przeprowadzenie ewaluacji ex-ante przed określeniem wartości docelowej wskaźników miękkich. W tym celu można rozważyć wcześniejsze zatrudnienie ewaluatora i włączenie jego analiz do dokumentacji projektowej podczas przygotowywania wniosku o dofinansowanie.

Spodziewany efekt: Beneficjenci będą popełniać mniej błędów w formułowaniu rezultatów miękkich. Te, które założą, będą możliwe do osiągnięcia. Beneficjenci projektu skupią się także na monitorowaniu nie tylko ilości zajęć zrealizowanego wsparcia, ale będą na bieżąco śledzić jego efekty.

Adresaci rekomendacji: Instytucje, osoby przygotowujące dokumentację projektową, przyszli beneficjenci projektów.

Wniosek:

Zarówno założenia projektu jak i jego budżet nie sprzyjały nawiązaniu współpracy pomiędzy organizacjami partnerskimi. PTSR i Fundacja prezentowały odmienne podejście do realizacji wsparcia (wyjazdowe/stacjonarne) i działały na różnych obszarach Polski. Wynikająca stąd autonomia Partnerów nie sprzyjała nawiązaniu ściślejszych relacji, które mogłyby zaowocować dalszą współpracą po zakończeniu projektu (wartość dodana projektu). Rekomenduje się promowanie współpracy pomiędzy organizacjami pozarządowymi w ramach projektów realizowanych z funduszy UE, w tym nawiązywanie partnerstw, które mogą być kontynuowane w ramach dalszej – już pozaprojektowej – współpracy.

Sposób wdrażania: Aby taka współpraca mogła mieć miejsce, projekt powinien przewidywać możliwość realizacji spotkań roboczych czy też wzajemnych wizyt studyjnych.

Spodziewany efekt: Dzięki wprowadzeniu tej rekomendacji przyszłe projekty realizowane ze środków UE będą wносить dodatkową wartość w postaci integracji środowiska organizacji pozarządowych. Wymiana doświadczeń, nawiązanie trwałych partnerstw skutkować będzie efektywniejszą realizacją działań projektowych.

Adresaci rekomendacji: Podmioty odpowiedzialne za tworzenie dokumentacji projektowej, wniosków o dofinansowanie oraz planujące budżet projektu. Adresaci pośredni – organizacje pozarządowe, które będą realizować projekty w partnerstwie w latach 2014-2020.

Wniosek:

Jednym z istotnych problemów związanych z realizacją projektu były trudności komunikacyjne w relacji Lider-Partner, widoczne w szczególności w przypadku Partnera mniej doświadczonego w realizacji tego typu działań. Brak wypracowanych na etapie planowania projektu modeli komunikacji, które uwzględniałyby doświadczenie Partnerów i specyfikę ich funkcjonowania, spowodował, że w trakcie realizacji projektu ten element nie funkcjonował poprawnie.

Dlatego też rekomenduje się przy planowaniu działań związanych z komunikacją, uwzględnienie doświadczenia Partnerów i dostosowanie działań komunikacyjnych do specyfiki organizacji.

Sposób wdrażania: W przyszłości podczas realizacji projektów tego typu, na etapie planowania projektu powinno się uwzględniać dotychczasowe doświadczenie Partnerów oraz specyfikę ich pracy. Dlatego też budżet powinien przewidywać możliwość dodatkowego wsparcia Partnera mniej doświadczonego. Powinny znaleźć się w nim środki m.in. na przeszkolenie pracowników Partnera w zakresie procedur (w tym z zasad komunikacji) czy też dodatkowe kwoty na spotkania robocze.

Spodziewany efekt: Wprowadzenie powyższych działań usprawni proces komunikacji, a tym samym będzie miało pozytywne przełożenie na cały proces realizacji projektu.

Adresaci rekomendacji: Osoby odpowiedzialne za przygotowanie dokumentacji projektowej. Adresaci pośredni: przyszli beneficjenci podobnych projektów.

9.3 Rekomendacje dotyczące wykorzystania zastosowanych w projekcie form wsparcia w procesie rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych ze stwardnieniem rozsianym, w tym z niepełnosprawnościami sprzężonymi

Wniosek

Głównym sposobem pozyskiwania przez Partnerów uczestników projektu był bezpośredni kontakt z podopiecznymi tych organizacji oraz innymi osobami chorymi na SM, które w jakikolwiek sposób korzystały z ich pomocy. Pozwoliło to na zrekrutowanie zakładanej w projekcie liczby uczestników. Badanie wykazało, że wykorzystanie masowych środków przekazu (radio, prasa, telewizja) w procesie rekrutacji było działaniem nieefektywnym.

Rekomendacja w zakresie sposobów rekrutacji do projektu osób z SM: Najefektywniejszym sposobem rekrutacji osób z SM jest kontakt bezpośredni. Warto zatem korzystać z zasobów organizacji, która ma własnych członków (stowarzyszenia) i prowadzi bazy danych osób, które w jakikolwiek sposób korzystały wcześniej z jej pomocy. W zależności od celu projektu warto również docierać do chorych niebędących pod stałą opieką organizacji realizujących projekt. Wprawdzie nie istnieją poradnie zdrowia dedykowane osobom z SM, ale projekt pokazał, że kontakt z osobami chorymi za pośrednictwem lokalnych liderów przynosi pozytywne efekty.

Sposób wdrożenia współpracy przy rekrutacji z innymi podmiotami: rekrutacja osób z SM nie może ograniczać się do przekazania ulotki (niska skuteczność takich działań), ale musi obejmować rozmowę z potencjalnym beneficjentem i zachęcenie go do udziału w projekcie. Są zatem dwie ścieżki współpracy z innymi podmiotami podczas rekrutacji tej grupy:

- namawianie osoby z SM na udział w spotkaniu, które zostanie przeprowadzone przez pracownika projektu;
- uzyskiwanie od osoby chorej na SM numeru telefonu, pod którym będzie się z nią kontaktował pracownik projektu.

Omówiona powyżej współpraca może być podejmowana z różnymi podmiotami i osobami, które mogą posiadać wiedzę o chorobie: rehabilitantami, lekarzami, pielęgniarkami w zakładach opieki zdrowotnej, pracownikami socjalnymi, pedagogami szkolnymi, higienistkami szkolnymi.

Adresaci rekomendacji: Rekomendacja odnosi się do sposobów rekrutacji do projektu, zatem jej adresatami są wszystkie podmioty realizujące projektowe wsparcie dla osób z SM oraz instytucja przygotowująca Plan Działania.

Wniosek

Wyniki badań wskazują, że udział w projekcie nie powoduje zmiany nastawienia względem podjęcia zatrudnienia. Osoby, które przed udziałem w projekcie chciały rozpocząć pracę, najczęściej nadal mają takie plany lub też znalazły zatrudnienie. Natomiast uczestnicy negatywnie nastawieni do aktywności zawodowej najczęściej nie zmieniali stanowiska w tym zakresie.

Istotne jest również, że pracę w ramach projektu podjęli głównie ci uczestnicy, którzy już wcześniej planowali podjęcie zatrudnienia.

Rekomendacja: Podczas planowania indywidualnej ścieżki wsparcia dla uczestników projektu, należy wziąć pod uwagę ich nastawienie do podjęcia zatrudnienia. Do osób, które deklarują niechęć do aktywizacji zawodowej, nie należy kierować działań podnoszących ich kompetencje zawodowe. Należy raczej zdiagnozować powody ich niechęci oraz skupić się na ich wyeliminowaniu. Konieczne jest przy tym wsparcie psychologiczne.

Uczestnicy, którzy deklarują chęć podjęcia zatrudnienia powinni być również diagnozowani pod kątem gotowości do rozpoczęcia pracy. Wysyłanie na praktyki zawodowe czy staże osób, które faktycznie chcą podjąć zatrudnienie pozwala na efektywne wydatkowanie środków projektowych. Należy również zwrócić uwagę czy osoby te, oprócz zdobywania doświadczenia zawodowego, potrzebują wsparcia psychologicznego związanego z podjęciem zatrudnienia (kontakt z pracodawcą, współpracownikami, funkcjonowanie w środowisku osób nierozumiejących specyfiki SM) oraz wynikającego z ewentualnych problemów w relacjach z najbliższymi czy też obawami o stan zdrowia. Jedynie kompleksowa pomoc pozwala na skuteczną i trwałą aktywizację zawodową.

Sposób wdrożenia: Chcąc dostosować wsparcie do potrzeb i możliwości osób z SM należy podjąć odpowiednie działania na kilku etapach realizacji projektu:

1. Podczas rekrutacji do projektu należy weryfikować, czy potencjalny uczestnik ma potrzeby i oczekiwania związane z możliwościami, jakie daje projekt. Pozwoli to na wstępną weryfikację, czy osoba ta może odnieść korzyści z udziału w zajęciach.

W kolejnych tego typu projektach na etapie rekrutacji warto zaplanować wstępne konsultacje z psychologiem i doradcą zawodowym.

2. Na etapie tworzenia ścieżek wsparcia należy mieć na uwadze nastawienie uczestnika projektu do aktywizacji zawodowej. Osoby niezainteresowane podjęciem zatrudnienia powinno się kierować na zajęcia motywacyjne, podnoszące wiarę we własne siły i poprawiające samoocenę

(jako pierwszy etap aktywizacji zawodowej); natomiast te, które są gotowe i mogą (np. ze względów zdrowotnych) podjąć zatrudnienie, na kursy zawodowe i staże.

3. W trakcie projektu należy monitorować, czy zajęcia motywacyjne przynoszą efekty. Jeśli psycholog stwierdzi, że osoba jest gotowa na podjęcie pracy, a sam uczestnik to potwierdzi, to wówczas zasadne jest skierowanie go na warsztaty aktywizacji zawodowej.

Ponadto osoby ustalające zasady prowadzenia projektu powinny wziąć pod uwagę rzadką zmianę postaw uczestników w stosunku do podjęcia zatrudnienia. W sposobie realizacji projektu powinien znaleźć się zapis, iż do projektu należy zrekrutować osoby deklarujące chęć podjęcia zatrudnienia w liczbie wynoszącej 130% wartości wskaźnika podjęcia zatrudnienia, np. jeśli w projekcie założono, że 50 uczestników podejmie zatrudnienie, to do projektu powinno zostać zrekrutowanych 65 osób deklarujących taką chęć.

Adresaci rekomendacji: Rekomendacja jest skierowana do instytucji realizujących projekty aktywizacji społeczno-zawodowej osób chorych na SM, w tym do powiatowych urzędów pracy.

Ponadto rekomendacja powinna zostać wykorzystana przez instytucję opracowującą Plan Działania.

Wniosek

W projekcie założono wartości wskaźników odrębnie dla każdej formy wsparcia, np. „objęcie wsparciem 100 osób (60 K i 40 M), w formie warsztatów aktywizacji zawodowej i społecznej”. Nie dokonano natomiast założeń, w ilu formach wsparcia może wziąć udział jedna osoba. W konsekwencji niektóre osoby zrealizowały kurs językowy, szkolenie zawodowe, warsztaty aktywizacji zawodowej i staż rehabilitacyjny, inne nie skorzystały z żadnej z wymienionych form wsparcia.

Rekomendacja: Planując aktywizację zawodową osoby chorej na SM, należy dostosować zajęcia do jej wykształcenia i dotychczasowego doświadczenia zawodowego. Pod uwagę należy wziąć posiadane przez nią umiejętności, ale także bariery psychologiczne, które mogą utrudniać jej wykonywanie czynności zawodowych.

Ponadto osoby określające zasady organizacji projektu powinny wprowadzić wytyczne oraz system kontroli pracowników projektu w zakresie kierowania do beneficjentów propozycji udziału w zajęciach.

Sposób wdrożenia: Praktyczna nauka zawodu powinna być proponowana uczestnikom projektu, którzy wykazują chęć podjęcia zatrudnienia, posiadają pozytywną opinię psychologa w zakresie możliwości rozpoczęcia pracy oraz:

- nie mają doświadczenia zawodowego (nigdy nie pracowali albo chcą zmienić zawód), dzięki czemu będą mieli okazję do poznania środowiska pracy, specyfiki zawodu lub
- od dawna nie są aktywni zawodowo, dzięki czemu będą mogli przywyknąć do rytmu pracy, zapoznać się z ewentualnymi zmianami technologicznymi, które nastąpiły w okresie, gdy nie pracowali w danym zawodzie.

W zasadach realizacji projektu wskazane jest wprowadzenie zapisu o konieczności zachęcania każdego beneficjenta do udziału w formach wsparcia, które są dla niego rekomendowane przez psychologa i doradcę zawodowego, np. trzykrotne propozycje w określonych odstępach czasu, aby beneficjent miał czas na zmianę decyzji na pozytywną. Konieczne jest wprowadzenie systemu dokumentowania składania tych propozycji beneficjentom przez pracownika projektu. Należy także wprowadzić system kontroli wykazujący, czy beneficjent miał możliwość wzięcia udziału np. w stażu.

Adresaci rekomendacji: Rekomendacja jest kierowana do instytucji organizujących praktyki zawodowe oraz staże, czyli m.in. do powiatowych urzędów pracy, szkół zawodowych, w tym specjalnych. Zawiera również zalecenia dla jednostek planujących sposób realizacji projektów skierowanych do osób z SM.

Wniosek

Osoby zmotywowane do podjęcia pracy, w najwyższym stopniu są aktywizowane zawodowo poprzez odbycie stażu. Negatywnie odnoszą się do praktycznej nauki zawodu, traktując ją jako bezpłatne wykonywanie obowiązków zawodowych.

Rekomendacja: W trakcie planowania i realizowania projektów, których celem jest aktywizacja zawodowa osób niepełnosprawnych, należy zakładać jak największą liczbę staży. Idealną sytuacją byłoby skierowanie każdego beneficjenta zainteresowanego podjęciem zatrudnienia na staż. Wyjątek powinny stanowić osoby, których stan zdrowia lub stan psychiczny na to nie pozwala.

Sposób wdrożenia: Na etapie planowania projektu należy założyć, że większość osób, które chcą podjąć zatrudnienie, zostanie skierowana na staż do pracodawcy.

Podczas rekrutacji uczestników do projektu należy określić, czy są oni zainteresowani podjęciem zatrudnienia. Po odbyciu przez nich kilku pierwszych zajęć w ramach projektu (np. spotkania grupowego z psychologiem) należy ponownie ocenić chęć rozpoczęcia pracy. Wszystkim osobom, które zostaną pozytywnie zweryfikowane pod tym kątem, należy zaproponować staż. Jeśli ich decyzja o rozpoczęciu omawianej formy aktywności zawodowej będzie pozytywna, należy zapewnić im tego typu wsparcie.

Adresaci rekomendacji: Rekomendacja jest skierowana do wszystkich organizacji aktywizujących zawodowo osoby chore na SM. Jest to również wskazówka dla psychologów i doradców zawodowych pracujących z ludźmi z SM.

Wyciągnięty z badania wniosek powinien posłużyć również osobom projektującym działania aktywizujące zawodowo badaną grupę beneficjentów, m.in. instytucji przygotowującej Plan Działania.

Wniosek

Respondenci wskazują, że możliwość spotkania z innymi osobami chorymi na SM daje im motywację do dalszego działania. Podczas tych kontaktów dostrzegają, że ludzie z podobnymi problemami są aktywni społecznie, podejmują staże, szkolenia, itd. Rodzi to w nich przekonanie, że również oni są pełnowartościowymi pracownikami i mogą podołać obowiązkowi zawodowemu.

Rekomendacja: Projekt skierowany do osób z SM powinien obejmować integracyjne formy wsparcia, aby osoby niepełnosprawne mogły przebywać we własnym towarzystwie, np. grupowe wsparcie psychologiczne, wspólne wyjazdy uczestników projektu.

Sposób wdrożenia: Uwzględnianie w projektach skierowanych do osób z SM zajęć nakierowanych na integrację uczestników, m.in. zajęcia grupowe z psychologiem, grupowe zajęcia ogólnoruchowe, wyjścia do kawiarni itp. Istotne są także spotkania, podczas których osoby chore na SM będą mogły wymienić się informacjami dotyczącymi sposobów leczenia; miejsc, w których warto odbyć konsultacje medyczne; możliwości pozyskania środków finansowych na rehabilitację itp.

Adresaci rekomendacji: Rekomendacja jest skierowana do wszystkich organizacji aktywizujących zawodowo osoby chore na SM. Jest to również wskazówką dla psychologów i doradców zawodowych pracujących z ludźmi chorymi na SM.

Wyciągnięty z badania wniosek powinien posłużyć również osobom opracowującym Plan Działania.

Wniosek

Wiek i płeć są czynnikami różnicującymi ocenę form wsparcia realizowanych w projekcie. Osoby młodsze wyżej niż starsze oceniały m.in. istotność zajęć z doradcą zawodowym oraz prawnikiem. Kobiety lepiej oceniały atrakcyjność zajęć oraz ich przydatność w rozwoju kompetencji społeczno-zawodowych niż mężczyźni.

W badanym projekcie działania nie były profilowane ze względu na wymienione cechy respondentów.

Rekomendacja: Rekomendowane jest profilowanie zajęć, przede wszystkim z uwzględnieniem wieku respondentów (osoby w różnym wieku mają różne potrzeby w zakresie aktywizacji społeczno-zawodowej).

Sposób wdrożenia:

Z przeprowadzonego badania wynikają następujące wskazówki dotyczące profilowania wsparcia:

- Do osób poniżej 34 roku życia rekomendowane jest kierowanie częstszych spotkań z doradcą zawodowym, zarówno indywidualnych jak i grupowych; zajęć usprawniających codzienne funkcjonowanie.
- Do osób powyżej 54 roku życia należy skierować przede wszystkim zajęcia integracyjne.
- Osoby powyżej 45 roku życia powinny się objąć szczególnymi działaniami związanymi z aktywizacją zawodową – połączenie intensywnych zajęć z psychologiem z podnoszeniem kwalifikacji zawodowych.

Adresaci rekomendacji: Rekomendacja jest skierowana do wszystkich organizacji aktywizujących zawodowo osoby z SM. Jest to również wskazówka dla psychologów i doradców zawodowych oraz dla osób projektujących działania aktywizujące zawodowo badaną grupę beneficjentów.

Wniosek

Wsparcie skierowane do opiekunów jest przez nich w większości oceniane jako atrakcyjne i dostosowane do ich potrzeb. Podczas zajęć z psychologiem zdobyli oni wiedzę i kompetencje pozwalające na poprawę relacji z podopiecznymi. 30,5% uczestników ze strony PTSR oraz 47% uczestników w Fundacji stwierdziło, że na skutek uczestnictwa w projekcie już nastąpiła zmiana ich zachowania względem podopiecznego.

Z drugiej strony, osoby chore na SM nie dostrzegają, aby problemy występujące w ich relacjach z najbliższymi utrudniały im aktywność społeczno-zawodową.

Rekomendacja: Podczas dokonywania diagnozy potrzeb uczestników projektu w zakresie aktywizacji społeczno-zawodowej, należy uwzględnić ich kontakty z najbliższymi. Jeśli uczestnicy wchodzi w skład wieloosobowego gospodarstwa domowego, ważna jest analiza relacji w tym środowisku. Nie wystarczy opierać się na deklaracjach uczestników. Ważna jest diagnoza psychologa dokonana po spotkaniu z rodziną.

Praca nad relacjami z najbliższymi musi przebiegać dwutorowo i obejmować zarówno opiekunów, jak i podopiecznych.

Sposób wdrożenia: Do osób chorych na SM i ich opiekunów powinno się kierować jednocześnie kilka rodzajów zajęć, które odpowiadałyby ich różnym potrzebom:

- zajęcia z rodziną (w pierwszej kolejności z osobami wspólnie mieszkającymi);
- grupowe wsparcie obejmujące wyłącznie opiekunów oraz grupowe zajęcia obejmujące wyłącznie osoby z SM;
- wsparcie wyjazdowe, w którym mógłby uczestniczyć opiekun z osobą chorą na SM – organizowane pod okiem psychologa w weekendy (gdyż opiekunowie często uczęszczają do pracy);
- wsparcie grupowe obejmujące zarówno opiekunów, jak i ich podopiecznych.

Elementy te początkowo muszą być realizowane w krótkich odstępach czasu, gdyż brak efektów utwierdzi opiekunów w przekonaniu o nieskuteczności zajęć. Jednocześnie istotna jest liczba spotkań. Powinna być ona dostosowywana do potrzeb uczestników. Przy decyzji o zakończeniu udzielania pomocy konieczna jest jednoznaczna opinia psychologa potwierdzająca, że uzyskane przez rodzinę wsparcie dało pożądane efekty.

Adresaci rekomendacji: Adresatami rekomendacji są wszystkie instytucje i organizacje pozarządowe, kierujące wsparcie do osób z SM. Ponadto przedstawiony wniosek i działania zaradcze powinny być wykorzystywane przez lekarzy i pielęgniarki opiekujące się osobami chorymi na SM, pracowników pomocy społecznej, pedagogów i psychologów szkolnych.

Spis rysunków

Rysunek 1 Proces planowania projektu	30
Rysunek 2 Struktura zarządzania projektem	31

Spis tabel

Tabela 1 Wsparcie oferowane w projekcie	10
Tabela 2 Pytania i kryteria badawcze	15
Tabela 3 Struktura próby badawczej przedstawiającej populację OSM uczestniczących w projekcie.....	20
Tabela 4 Struktura próby badawczej przedstawiającej populację opiekunów uczestniczących w projekcie	21
Tabela 5 Cele Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki a cele projektu pn. "Wsparcie osób ze stwardnieniem rozsianym, w tym z niepełnosprawnościami sprzężonymi, na rynku pracy".....	26
Tabela 6 Działania przewidziane w ramach Poddziałania 1.3.6 a wsparcie zaplanowane w ramach projektu "Wsparcie osób ze stwardnieniem rozsianym, w tym z niepełnosprawnościami sprzężonymi, na rynku pracy".....	27
Tabela 7 Porównanie wartości docelowych wybranych wskaźników projektu.....	37
Tabela 8 Poziom realizacji wskaźników projektu na dzień 30.03.2014 i 31.07.2014	40
Tabela 9 Poziom realizacji celów projektu (wg. stanu na dzień 31.07.2014).....	41
Tabela 10 Poprawa poziomu kompetencji miękkich uczestników projektu w skutek uczestnictwa w projekcie	44
Tabela 11 Dodatkowe wskaźniki pomiaru rezultatów projektu.....	45
Tabela 12 Struktura próby badawczej osób chorych na SM wg instytucji rekrutującej.....	49
Tabela 13 Struktura próby badawczej osób chorych na SM ze względu na wiek	49
Tabela 14 Struktura próby badawczej osób chorych na SM ze względu na wykształcenie	50
Tabela 15 Diagnoza potrzeb beneficjentów określanych podczas zapisów do projektu	54
Tabela 16 Kompetencje zawodowe nabyte przez uczestników projektu	76
Tabela 17 Problemy w relacjach z bliskimi uczestników projektu chorych na SM	79
Tabela 18 Skutki udziału w projekcie opiekunów osób z SM (według opinii chorych)	79
Tabela 19 Struktura próby badawczej - populacja opiekunów uczestniczących w projekcie.....	90
Tabela 20 Struktura próby badawczej opiekunów osób chorych ze względu na płeć.....	90
Tabela 21 Struktura próby badawczej opiekunów osób chorych na SM ze względu na wiek i wykształcenie	91
Tabela 22 Informacje posiadane przez osoby z otoczenia podczas zapisywania się do projektu.....	92
Tabela 23 Informacje posiadane przez respondentów PTSR na etapie zapisów do projektu	93
Tabela 24 Informacje posiadane przez respondentów Fundacji na etapie zapisów do projektu.....	94
Tabela 25 Powody uczestnictwa w projekcie osób z otoczenia OSM	96
Tabela 26 Powody uczestnictwa w projekcie – PTSR	97
Tabela 27 Powody uczestnictwa w projekcie.....	98
Tabela 28 Analiza SWOT projektu	112

Spis wykresów

Wykres 1 Liczba osób niepełnosprawnych w wieku 16-64 lat w Polsce w latach 1993-2013 wg BAEL	7
Wykres 2 Liczba osób niepełnosprawnych posiadających jedno schorzenie neurologiczne.....	8
Wykres 3 Źródła informacji o projekcie	51
Wykres 4 Dostosowanie sposobu zapisów do projektu do potrzeb beneficjentów	53
Wykres 5 Adekwatność projektu do potrzeb beneficjentów chorych na SM	56
Wykres 6 Atrakcyjność zajęć w opinii uczestników projektu chorych na SM	57
Wykres 7 Ocena zajęć realizowanych w projekcie przez uczestników chorych na SM	59
Wykres 8 Wiedza nabyta przez uczestników projektu	63
Wykres 9 Społeczne skutki udziału w projekcie	64
Wykres 10 Wpływ projektu na poprawę codziennego życia beneficjentów	65
Wykres 11 Struktura wieku beneficjentów, którzy oceniają, że projekt nie wpłynął na ich codzienne życie	65
Wykres 12 Wpływ projektu na poprawę codziennego życia beneficjentów	67
Wykres 13 Wpływ projektu na poprawę codziennego życia beneficjentów w zależności od ich wieku ...	68
Wykres 14 Chęć podjęcia pracy przez respondentów przed udziałem w projekcie	71
Wykres 15 Chęć podjęcia pracy przez respondentów przed i po udziale w projekcie	72
Wykres 16 Uznanie wiedzy za użyteczną w zależności od uczestnictwa w wybranych formach wsparcia	74
Wykres 17 Przydatność wiedzy nabytej w projekcie do podejmowania aktywności zawodowej.....	75
Wykres 18 Zmiana postawy opiekuna wobec podopiecznego na skutek udziału w projekcie	80
Wykres 19 Źródła informacji o projekcie wykorzystywane przez opiekunów osób niepełnosprawnych...	92
Wykres 20 Informacje posiadane przez respondentów na etapie zapisów do projektu w zależności od źródła informacji.....	94
Wykres 21 Adekwatność wsparcia do potrzeb uczestników projektu	100
Wykres 22 Działania, które podobały się najbardziej	100
Wykres 23 Ocena atrakcyjności zajęć w zależności od wieku respondentów.....	101
Wykres 24 Zajęcia oceniane przez respondentów jako najatrakcyjniejsze	102
Wykres 25 Ocena atrakcyjności zajęć uwzględniająca płeć respondentów.....	104
Wykres 26 Zajęcia oceniane przez respondentów jako najlepsze	104
Wykres 27 Oddziaływanie projektu na zmiany w zachowaniu opiekunów względem podopiecznych ...	107

10 Aneksy

10.1 Lista dokumentów wykorzystana w desk research

1. 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.
2. Program Operacyjny Kapitał Ludzki na lata 2007-2013 (wersja z 19 lipca 2013 r. oraz wersje poprzednie),
3. Rada Europy, Plan działań na rzecz osób Niepełnosprawnych 2006-2015.
4. Szczegółowy Opis Priorytetów PO KL (wersja z 1 stycznia 2014 r. oraz wersje poprzednie).
5. 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.),
6. Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. (Dz. U. z 2004 r. Nr 64, poz. 593, z późn. zm.).
7. 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.),
8. 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.ptsr.org.pl

10.2 Bibliografia literatury wykorzystana w desk research

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. Raport z badania pn. „Świat chorych na SM – z dwóch perspektyw” przeprowadzone przez Dom Badawczy Maison dla Telescope w 2013, Warszawa 2013;
7. Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r., opracowany przez GUS, Warszawa 2011 r.

Strony internetowe:

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

10.3 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, oraz z dn. 15.04.2014, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich.
6. Przekazane przez Zamawiającego aplikacja PEFS za okres 01.02.2014-28.02.2014; 01.05.2014-31.05.2014; 01.07.2014-31.07.2014
7. Materiały Promocyjne
8. Plan działania na rok 2012 dla Priorytetu I Zatrudnienie i integracja społeczna Programu Operacyjnego
9. Podręcznik wskaźników Program Operacyjny Kapitał Ludzki 2007-2013, Warszawa styczeń 2012.
10. Regulamin rekrutacji i uczestnictwa projektu
11. Regulamin udzielanych form wsparcia uczestnikom projektu
12. Sprawozdanie z realizacji projektu za rok 2013
13. Strategia Promocji Projektu
14. Szczegółowy Opis Projektu wraz z aktualizacją z dnia 19.06.2014
15. Wniosek o Dofinansowanie z 19.02.2014 oraz aktualizacja Wniosku o Dofinansowanie z 17.06.2014
16. Wniosek o Płatność za okres od 01.03.2014 do 31.03.2014 (wniosek ogólny oraz w rozbiciu na Partnerów) oraz za okres od 01.07.2014 do 31.07.2014
17. Protokoły z Posiedzenia Grupy Sterującej Projektem
18. Notatka ze spotkania roboczego z dnia 22.08.2014
19. Raport przedstawiający poziom realizacji wskaźników z rozbiciem na Partnerów stan na 31.07.2014 - przygotowany przez Lidera projektu na potrzeby ewaluacji ex-post
20. Raport z ewaluacji mid-term ewaluacji projektu „Wsparcie osób ze stwardnieniem rozsianym na rynku pracy”

10.4 Lista publikacji wykorzystanych przy realizacji ewaluacji

Bibliografia

1. Artykuł prasowy: Specjaliści: inwestycja w leczenie chorych z SM się opłaca. Polska Agencja Prasowa, Warszawa 2010;

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

10.5 Dodatkowe załączniki

Ponadto do raportu zostanie dołączony załącznik zawierający:

- Narzędzia badawcze
- Transkrypcje wywiadów
- Baza ankiet CATI wraz z zestawieniami
- Listę osób i organizacji/institucji, z którymi przeprowadzono wywiady

wraz z płytą CD zawierającą zapis audio przeprowadzonych wywiadów.