



FUNDACJA INICJATYW MENEDŻERSKICH



STRATEGIA

WDRAŻANIA PROJEKTU INNOWACYJNEGO

TESTUJĄCEGO

„PRZYJAZNY ŚWIAT”

REALIZOWANEGO PRZEZ

FUNDACJĘ INICJATYW MENEDŻERSKICH

W LUBLINIE I LUBELSKIE STOWARZYSZENIE OCHRONY

ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Temat :

Poszukiwanie nowych, skutecznych metod aktywizacji zawodowej i społecznej grup docelowych wymagających szczególnego wsparcia

Numer umowy o dofinansowanie: POKL.07.01.01-06-353/11

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY





SPIS TREŚCI

Wprowadzenie	3
1. Uzasadnienie dla opracowania innowacyjnego rozwiązania	5
1.1. Diagnoza przedprojektowa	5
1.2. Diagnoza przeprowadzona w trakcie I etapu realizacji projektu innowacyjnego testującego	6
1.2.1. Opis i wyniki diagnozy przeprowadzonej metodą wywiadów pogłębionych	6
1.2.2. Diagnoza sytuacji zawodowo-społecznej osób chorych psychicznie w wieku 15-25 lat	12
2. Cel wprowadzenia innowacji	16
2.1. Cele główne i cele szczegółowe	16
2.2. Pożądaný stan po wprowadzeniu innowacji	17
2.3. Wskaźniki realizacji celów	18
3. Opis innowacji i produktu finalnego	20
3.1. Wymiary innowacyjności na czym polega innowacja?	20
3.2. Istota innowacji	21
3.3. Grupy docelowe innowacji	23
3.4. Warunki, jakie muszą być spełnione aby innowacja działała prawidłowo	24
3.5. Efekty innowacji	24
3.6. Opis produktu finalnego	25
3.7. Czas, koszt i niezbędne zasoby do wdrożenia produktu	29
4. Plan działań w procesie testowania	30
4.1. Grupa docelowa	30
4.2. Metody doboru próby	30
4.3. Plan działań testujących	31
4.4. Sposób monitorowania przebiegu testowania	34
5. Sposób sprawdzenia czy innowacja działa	35
5.1. Ewaluacja wewnętrzna	35
5.2. Ewaluacja zewnętrzna	37
5.3. Efekty i sposób ich weryfikacji	37
6. Strategia działań upowszechniających	39
6.1. Informacje ogólne	39
6.2. Szczegółowy plan działań upowszechniających	39
7. Strategia działań włączających	42
8. Kamienie milowe	47
9. Strategia zarządzania ryzykiem	48
9.1. Ryzyko zewnętrzne	48
9.2. Ryzyko wewnętrzne	50





Wprowadzenie

Projekt dotyczy opracowania i wdrożenia nowatorskiej metody aktywizacji i reintegracji osób chorych psychicznie w wieku 15-25 lat.

Projekt realizowany jest przez Fundację Inicjatyw Menedżerskich – instytucję prowadzącą w kraju i za granicą działalność szkoleniową, konsultingową i badawczą w zakresie m.in. wdrażania nowatorskich rozwiązań w instytucjach trzech sektorów (publicznego, biznesowego i pozarządowego).

Realizujemy wiele projektów skierowanych do różnych grup społecznych, nierzadko defaworyzowanych w życiu społecznym i zawodowym, np. długotrwale bezrobotne kobiety, osoby niepełnosprawne z zaburzeniami psychicznymi, osoby nieaktywne zawodowo po 50 roku życia, tzw. ”trudna młodzież”.

Posiadamy doświadczenie w testowaniu, upowszechnianiu produktów finalnych w ramach projektów innowacyjnych testujących współfinansowanych z Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego (POKL Priorytet V, VI i VII).

Autorzy koncepcji to :

Prof.zw.dr hab.nauk med.Andrzej Czernikiewicz – kierownik Kliniki Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, wieloletni wykładowca Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Jeden z twórców systemu psychiatrii środowiskowej, specjalista w zakresie psychoedukacji. Autor wielu publikacji na temat chorób afektywnych i schizofrenii.

Lek.med. Artur Kochański – psychiatra z Kliniki Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, prezes Lubelskiego Stowarzyszenia Ochrony Zdrowia Psychicznego, specjalista w zakresie psychiatrii środowiskowej. Członek Rady Zdrowia Psychicznego przy Ministrze Zdrowia. Przewodniczący Sekcji Naukowej Psychiatrii Środowiskowej i Rehabilitacji Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Członek Zarządu Polsko-Niemieckiego Towarzystwa Zdrowia Psychicznego

Monika Madejska – coach, posiada wieloletnie doświadczenie w pracy z osobami zagrożonymi wykluczeniem społecznym. Ekspert w dziedzinie innowacji społecznej, współautor koncepcji nowatorskich rozwiązań w zakresie aktywizacji bezrobotnych absolwentów szkół wyższych, osób powyżej 45 roku życia, wczesnej interwencji socjalnej wychowanków domów dziecka. Trener w dziedzinie m.in. rozwoju kompetencji interpersonalnych, budowania relacji z ludźmi i zarządzania sobą.

Paweł Prokop – autor wielu innowacyjnych rozwiązań dotyczących aktywizacji bezrobotnych absolwentów, wczesnej interwencji wychowanków domów dziecka, aktywizacji osób powyżej 45 roku życia i monitorowania jakości usług publicznych. Uczestniczył w charakterze eksperta, i trenera w realizacji kilkudziesięciu projektów finansowanych ze środków Ministerstwa Spraw Zagranicznych Holandii, Rządu Stanów

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego





FUNDACJA INICJATYW MENEDŻERSKICH



Zjednoczonych, Kanady, Norwegii, Komisji Europejskiej, Ministerstwa Spraw Zagranicznych Rzeczypospolitej Polski, Europejskiego Funduszu Społecznego. Autor programów współpracy międzynarodowej (m.in. z partnerami holenderskimi, niemieckimi, ukraińskimi, rosyjskimi, gruzińskimi i tadżyckimi).

Anna Bielak - wykładowca wyższych uczelni w zakresie zarządzania projektami i zarządzania zasobami ludzkimi. Współautorka koncepcji projektów innowacyjnych testujących w ramach Priorytetu V, VI i VII POKL. Konsultant w dziedzinie wdrażania rozwiązań o charakterze zarządczym i organizatorskim w kraju i za granicą. Akredytowany trener Regionalnego Ośrodka Europejskiego Funduszu Społecznego w Lublinie

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY





1. Uzasadnienie dla opracowania innowacyjnego rozwiązania

1.1. Diagnoza przedprojektowa

Innowacja jest odpowiedzią na problemy związane z niewystarczająco skutecznymi i efektywnymi metodami wspierania chorych psychicznie w wieku 15-25 lat, które pozwalałyby im na normalne funkcjonowanie w życiu społecznym oraz ułatwiałyby wejście bądź powrót na rynek pracy. Należy wskazać dwie kluczowe przyczyny takiego stanu rzeczy. Po pierwsze - dotychczas nie opracowano i nie wdrożono kompleksowych, stałych, systemowych i spójnych mechanizmów pomocy osobom chorym psychicznie, które rozpoczynałaby się już w momencie pojawienia się pierwszych objawów choroby. Jako drugą przyczynę należy wskazać niedostateczną wiedzę i umiejętności przedstawicieli podmiotów działających na rzecz chorych psychicznie w zakresie efektywnego ich wspierania. Jak pokazują wyniki badań własnych przeprowadzone metodą analizy danych zastanych (m.in. opracowania własne, raport „Analiza sytuacji osób niepełnosprawnych w woj. lubelskim”, opracowania Towarzystwa Przyjaciół Niepełnosprawnych) w 2009 i 2010 r. przez Fundację Inicjatyw Menedżerskich i Lubelskie Stowarzyszenie Ochrony Zdrowia Psychicznego przy realizacji projektu „W drodze do lepszego jutra” obecnie dysponujemy dwoma głównymi narzędziami pomocy. Z jednej strony jest to leczenie szpitalne bądź ambulatoryjne, z drugiej - wiele pojedynczych przedsięwzięć, szkoleniowo-doradczych realizowanych w związku z otrzymaniem konkretnego finansowania. W ramach IW EQUAL i POKL zrealizowano bardzo dużo cennych przedsięwzięć dla chorych psychicznie, takich jak: treningi pracy, wsparcie psychologiczne, staże, szkolenia. Dzięki tym działaniom chorych udało się „wyciągnąć” z domu i pomóc im żyć w społeczeństwie. Jednakże były to działania wyłącznie o charakterze szkoleniowym lub doradczym, zatrzymywały się one w momencie zakończenia finansowania przedsięwzięcia, zabrakło w nich systemowości oraz trwałego i nieprzerwanego mechanizmu wspierania tych osób. W obecnej perspektywie finansowej na rzecz wspierania chorych psychicznie realizowane były projekty systemowe przez PFRON oraz projekty konkursowe - przez fundacje, stowarzyszenia w kraju i na Lubelszczyźnie. Podobnie dzieje się w przypadku współpracy podmiotów na rzecz chorych psychicznie. Każda instytucja czy organizacja czyni wiele wartościowych rzeczy dla chorych. Zmiana dotychczasowego podejścia do wspierania chorych psychicznie jest konieczna z dwóch powodów. Pozostawienie chorych bez systematycznej i trwałej pomocy spowoduje, iż będą oni dalej żyć wyłącznie w kręgu własnej choroby, często wśród bezradnych bliskich i nieprzychylnego otoczenia. Będą funkcjonować od kryzysu do remisji, a zważywszy na fakt zbliżającego się zakończenia okresu finansowania funduszy unijnych, nie będzie nawet środków na szkolenia czy poradnictwo zawodowe. Chorym w oczekiwaniu na następny okres programowania pozostanie leczenie farmakologiczne bądź doraźna pomoc w miarę potrzeb. Należy zwrócić

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego





uwagę na fakt, iż problem dotyczy bardzo dużej populacji ludzi. Jak wynika z danych Instytutu Neurologii i Psychiatrii w Warszawie 2010 w Polsce na zaburzenia psychiczne choruje 1 mln 600 tys. W woj. lubelskim z powodu choroby psychicznej leczy się 80 tys. osób (dane Lubelskie Centrum Zdrowia Publicznego 2010). Szczyt zachorowalności na schizofrenię to 18–24 rok życia. W woj. lubelskim zanotowano w 2010 r. ponad 1900 nowych przypadków schizofrenii. Znacząca większość (70%) były to osoby pomiędzy 15 a 25 rokiem życia. Szacuje się że 20-25% młodzieży do 18 r.ż. przechodzi epizod depresyjny wymagający fachowej pomocy (niekoniecznie farmakologicznej). Depresja jest drugą u chłopców i trzecią u dziewcząt przyczyną zgonu w wieku 10 - 19 r.ż z powodu samobójstwa. Depresja jest u młodzieży bardzo często pierwszym epizodem choroby afektywnej dwubiegunowej, która ma szczyt zachorowań również między 18 a 25 r.ż. (chorobowość na Lubelszczyźnie w zakresie zaburzeń afektywnych – 21,5 tys. osób). Zmiana dotychczasowego podejścia do pomocy osobom psychicznie chorym jest konieczna również z powodu ich bardzo trudnej sytuacji na rynku pracy. Jak wynika z badania BAEL 2009 i 2010 współczynnik aktywności zawodowej pozostaje na niezmiennie niskim poziomie 5%. Biorąc pod uwagę dane MOPR Lublin (2009), iż choroba psychiczna staje się czwartą przyczyną niepełnosprawności mieszkańców Lubelszczyzny oraz analizując ogólną liczbę młodych osób chorych psychicznie konieczne jest wypracowanie nowatorskiej metody pozwalającej na skuteczną aktywizację i integrację chorych.

1.2. Diagnoza przeprowadzona w trakcie I etapu realizacji projektu innowacyjnego testującego

Niniejsza diagnoza jest z jednej strony faktografią obecnej sytuacji zawodowo-społecznej osób chorych psychicznie w wieku 15-25 lat, z drugiej zaś strony stanowi uzasadnienie dla wprowadzenia proponowanej innowacji w zakresie aktywizacji tych osób. Analizę przeprowadzono metodą wywiadów pogłębionych i na podstawie diagnozy danych zastanych w okresie V- X 2012.

1.2.1. Opis i wyniki diagnozy przeprowadzonej metodą wywiadów pogłębionych

W badaniu wzięło udział 1067 respondentów, z terenu całej Polski – 814 osób, z Lubelszczyzny (76,3 %) i 253 osoby z pozostałych 15 województw (23,7 %).

W badanej grupie było:

- a. 264 osób chorych psychicznie w wieku 15-25 lat,
- b. 105 członków ich rodzin,
- c. 307 terapeutów (lekarze, pielęgniarki, terapeuci zajęciowi, psycholodzy),
- d. 241 pracodawców,

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



e. 150 pośredników pracy.

Uwzględniając podział na województwo lubelskie i pozostałe województwa:

1. Z województwa lubelskiego:
 - a. pacjentów – 208 osób,
 - b. członków ich rodzin – 85 osób,
 - c. terapeutów – 233 osób,
 - d. pracodawców – 193 osób,
 - e. pośredników pracy – 95 osób.

2. Z pozostałych województw:
 - a. pacjentów – 56 osób,
 - b. członków ich rodzin – 20 osób,
 - c. terapeutów – 74 osoby,
 - d. pracodawców – 48 osób,
 - e. pośredników pracy – 55 osób.

W grupie badanych pacjentów było 113 kobiet (42,9 %) i 151 mężczyzn (57,1 %).

Mieszkańców wsi było 97 osób (36,7 %) a 167 osób (63,7 %) mieszkało w mieście. Mieszkańców miast do 25 tys. było 72 osób (21,1 %), miast od 25 do 100 tys. mieszkańców było 75 osób (28,6 %), natomiast osób w miastach powyżej 100 tys. było 20 (7,6 % badanych).

Najliczniejszą grupę badanych pacjentów stanowiły osoby z wykształceniem ponadgimnazjalnym – 140 (52,9 % badanych), kolejno osoby z wykształceniem pomaturalnym – 59 (22,4 %), podstawowym – 55 osoby (21,0 %), oraz wyższym – 10 (3,8 % badanych).

Badanymi okazali się przede wszystkim pacjenci krócej chorujący: 147 osób (55,7 %) chorowało krócej niż 5 lat. Chorujących od 5 do 10 lat było 65 osób (24,8 %). Badanych z czasem trwania choroby od 10 do 20 lat było już 39 osób (14,8 %) a tych chorujących powyżej 20 lat zaledwie 13 osób (4,8 % badanych).

Większość badanych pacjentów utrzymywała się z renty – 176 osób (66,7 % badanych). Kolejne źródło utrzymania dla tych osób stanowiła rodzina – 53 osoby (20,0 %), pomoc społeczna – 20 osób (7,6 %) a tylko dla 15 osób zatrudnienie (5,7 % badanych pacjentów).

W badanej grupie rodzin było 78 kobiet (74,7 %) i 27 mężczyzn (25,3 %).



Mieszkańców wsi w grupie rodzin było 40 osób (38,5 %) a 65 osób było mieszkańcami miast (61,5 %). Z miast do 25 tys. mieszkańców było 28 respondentów (26,4 %), w miastach od 25 do 100 tys. mieszkańców – 23 osoby (22,0 %), a w miastach powyżej 100 tys. mieszkańców żyło 14 badanych osób (13,2 %).

Badani członkowie rodzin w największej liczbie posiadali wykształcenie ponadgimnazjalne – 36 osób (34,1 %), kolejno pomaturalne – 29 osób (27,5 %), wyższe – 28 osób (26,4 %) i podstawowe – 13 osób (12,1 % badanych).

W 73 przypadkach były to osoby z rodzin pełnych (69,2 %), a 32 przypadki dotyczyły osób, które były jedynymi opiekunami chorego (30,8 %).

W grupie badanych terapeutów było 246 kobiet (80,1 %) i 61 mężczyzn (19,9 %).

Mieszkańców wsi w badanej grupie było 50 osób (16,2 %), a miast 257 osób (83,8 %). W miastach do 25 tys. osób mieszkały 143 badane osoby (46,6 %), w miastach od 25 do 100 tys. mieszkańców 80 osób (25,9 %) a w miastach powyżej 100 tys. mieszkańców 34 osoby (11,3 % badanych).

Wśród badanych terapeutów było 38 lekarzy (12,4 %), 67 psychologów (21,8 %), 47 pielęgniarek (15,4 %) oraz 155 terapeutów zajęciowych (50,4 %). W grupie tej 240 osób było zatrudnionych w lecznictwie otwartym (78,2 %), a 67 (21,8 %) w lecznictwie zamkniętym.

W grupie pracodawców były 122 kobiety (50,7 %) i 119 mężczyzn (49,3 %). Wśród nich 26 osób było mieszkańcami wsi (11,1 %), a 215 osób mieszkańcami miast (88,9 %). W badanej grupie 91 osób pochodziło z miast do 25 tys. mieszkańców (37,7 %), 70 osób z miast od 25 do 100 tys. mieszkańców (29,0 %), a 54 osoby z miast powyżej 100 tys. mieszkańców (22,2 %).

Znacząca większość pracodawców reprezentowała mikro (118 osób – 48,8 %) i małe przedsiębiorstwa – 84 osoby (34,8 %). Ze średnich przedsiębiorstw pochodziło 35 badanych pracodawców (14,5 %), a z dużych 5 osób (1,9 % badanych). W badanej grupie było 17 pracodawców reprezentujących przemysł (7,2 %), 34 osoby budownictwo (14,0 %), 10 przetwórstwo (4,3 %), 68 pracodawców handel (28,0 %). Rolnictwo reprezentowało 16 osób (6,8 %), usługi – 76 pracodawców (31,4 %), z administracji publicznej wywodziło się 7 osób (2,9 %), a z innych dziedzin gospodarki 13 osób (5,3 %).

W grupie pośredników pracy były 122 kobiety (81,2 %) i 28 mężczyzn (18,8 %). Z miast do 25 tys. mieszkańców były tutaj 62 osoby (41,7 %), z miast od 25 do 100 tys. mieszkańców 61 osób (40,6 %), a z miast powyżej 100 tys. mieszkańców 27 osób (17,7 %). Znacząca większość badanych pośredników pracy była pracownikami doświadczonymi – powyżej 10





lat pracowało 56 osób (37,5 %), od 5 do 10 lat – 31 osób (20,8 %), od 3 do 5 lat – 31 osób (20,8 %), od roku do 3 lat – 235 osoby (15,6 %) a pracujących do roku – 8 osób (5,2 %).

Pierwsza, druga i trzecia grupa respondentów (tj. osoby chore psychicznie 15-25 lat, członkowie rodzin chorych psychicznie i terapeuci środowiskowi) odpowiadała na pytania dotyczące napotykanymi trudnościami w rehabilitacji zawodowej, barierami w dostępie do rynku pracy, przyczynami pozostawania bez pracy oraz problemów w zakresie aktywizacji zawodowej i społecznej. Wyniki w poszczególnych przedstawiają się następująco:

grupa pierwsza (osoby chore psychicznie w wieku 15-25 lat): 40% badanych respondentów widzi najistotniejsze trudności w rehabilitacji zawodowej osób chorych psychicznie po stronie polityki państwa. Większość badanych (42,4% i 33,8%) jako główne bariery w dostępie do rynku pracy podaje wysoki poziom ogólnego bezrobocia oraz niedostatek specyficznych form aktywizacji zawodowej dla osób chorych psychicznie. Najwięcej badanych osób (34,8%) jako zasadniczą przyczynę niskich wskaźników zatrudnienia osób chorych psychicznie uznaje brak asystentów osób chorych psychicznie pomocnych w procesie zdobywania wykształcenia i zatrudnienia, niedostateczną liczbę ośrodków wsparcia dla tej grupy potrzebujących, brak systemu informacji o dostępnych formach aktywizacji zawodowej (28,6%) oraz małą zdolność osób chorych do wchodzenia w relacje społeczne (30%). Jednocześnie największy odsetek badanych (30%) uważa, że powodem ich niepowodzenia na rynku pracy jest położenie niewielkiego nacisku w programach wsparcia psychospołecznego na potrzebę aktywizacji zawodowej. Ponad 1/3 badanych twierdzi również, iż ich szanse na rynku pracy zwiększyłyby się dzięki dobremu systemowi rehabilitacji zawodowej i odpowiedniej polityce władz lokalnych.

druga grupa (członkowie rodzin osób chorych psychicznie): 47% badanych członków rodzin uważa, iż największe bariery w rehabilitacji zawodowej osób chorych psychicznie tkwią w polityce państwa. Według ponad połowy badanych (51,6%) kluczową barierą w dostępie do rynku pracy jest niedostatek specyficznych (kompleksowych i skrajnie zindywidualizowanych) form aktywizacji zawodowej, które pozwalałyby na efektywniejsze poszukiwanie zatrudnienia. Blisko ¼ respondentów uważa, iż przyczyną niskich wskaźników zatrudnienia wśród osób chorych psychicznie jest niedostateczna liczba ośrodków wsparcia dla osób chorujących psychicznie oraz brak asystentów osób chorych psychicznie pomocnych w procesie zdobywania wykształcenia i zatrudnienia. Jednocześnie prawie połowa badanych (49,5%) największe szanse na podjęcie pracy upatruje w dobrej współpracy między placówkami terapeutycznymi, rehabilitacyjnymi i instytucjami rynku pracy. Większość badanych członków rodzin (46,2%) uważa, iż czynnikiem decydującym o niepowodzeniu na rynku pracy, a leżącym po stronie osoby chorej, jest znacznie zaniżona samoocena. Członkowie rodzin, podobnie jak chorzy, jako przyczynę niepowodzeń na rynku pracy osób





chorych psychicznie, biorąc pod uwagę system rehabilitacji psychospołecznej, podają położenie niewielkiego nacisku w programach wsparcia psychospołecznego na kwestie aktywizacji zawodowej. Ponad 40% badanych twierdzi, iż szanse osób chorych psychicznie na rynku pracy mogą zwiększyć rozwiązania systemowe takie jak dobrze skonstruowany system rehabilitacji zawodowej.

trzecia grupa badanych (terapeuci): 50,8% badanych uważa, iż najistotniejsza trudność w rehabilitacji zawodowej osób chorych leży po stronie polityki państwa. 60,2% ankietowanych jako istotną barierę w dostępie do rynku pracy podaje niedostatek specyficznych (kompleksowych i skrajnie zindywidualizowanych) form aktywizacji zawodowej. Najwięcej, bo 40,6% badanych jako przyczynę niskich wskaźników zatrudnienia podaje brak asystentów osób chorych psychicznie pomocnych w procesie zdobywania wykształcenia i zatrudnienia. Według większości badanych (36%) powodem niepowodzenia na rynku pracy biorąc pod uwagę system rehabilitacji psychospołecznej jest położenie niewielkiego nacisku w programach wsparcia psychospołecznego na kwestie aktywizacji zawodowej. Najwięcej, bo 41,7% badanych terapeutów uważa, iż najważniejsze utrudnienia w dostępie do rynku pracy osób chorych psychicznie spowodowane są brakiem systemu informacji o dostępnych formach aktywizacji zawodowej. Na pytanie *jakie rozwiązania systemowe mogą zwiększyć szanse osób chorych psychicznie na rynku pracy* większość badanych odpowiadała, że jest to dobry system rehabilitacji zawodowej oraz właściwa polityka zatrudnienia prowadzona przez władze lokalne.

Czwartą grupę respondentów stanowili też pracodawcy, których pytano czy zatrudniali osoby chore psychicznie, jak zachowaliby się, gdyby dowiedzieli się, że ich pracownik jest chory psychicznie, co stanowi przeszkodę przy zatrudnianiu takich osób, czy osoby chore psychicznie są zdolne do podjęcia pracy zarobkowej, co skłoniłoby pracodawcę żeby zechciał zatrudnić chorego i co byłoby pomocnym dla pracodawcy w zarządzaniu pracownikami chorymi psychicznie.

62,3% badanych pracodawców nigdy nie zatrudniała osób chorych psychicznie, a jako przyczynę takiej decyzji podaje ograniczenia zdrowotne kandydatów do pracy (72,5%) oraz obawę przed zachowaniem osób psychicznie chorych (80,2%). Inne przeszkody zdaniem pracodawców to: obawa przed gorszym wykonywaniem obowiązków(62,8%) i brak odpowiednich kwalifikacji (53,6%). Jednocześnie 73,9 % badanych osób twierdzi, iż osoby chore psychicznie mogą być dobrymi pracownikami, a 86% uważa, że przedstawiciele tej grupy społecznej są zdolne do pracy zarobkowej. Większość, bo 52,2% badanych pracodawców stwierdziło, iż gdyby w trakcie rekrutacji okazało się, że kandydat do pracy jest chory psychicznie to podjęta zostałaby decyzja o zatrudnieniu na okres próbny. Natomiast gdyby w trakcie zatrudnienia okazało się, że pracownik jest chory to najwięcej, bo ponad 40% badanych stwierdziło, iż decyzja o losach pracownika zostałaby podjęta po konsultacji, np. z innymi pracownikami, lekarzem itp. Zdecydowana większość badanych (84,1%) twierdzi,





iz pomocnym dla pracodawcy byłoby pozyskanie umiejętności i „wskazówek” do zarządzania pracownikami z chorobą psychiczną, a (83,6 %) respondentów twierdzi, iż pomocna, w znalezieniu zatrudnienia osobom chorym psychicznie, byłaby regularna, ścisła współpraca na linii pracodawca - urząd pracy – terapeuta / lekarz.

Piątą grupę badanych stanowili pośrednicy pracy z powiatowych urzędów pracy. Tych respondentów pytano o skuteczność narzędzi i form wsparcia osób chorych psychicznie przy poszukiwaniu zatrudnienia, o problemy w kontaktach z chorymi i pracodawcami, o przyczyny bierności zawodowej, o rozwiązania, które poprawiłyby skuteczność poszukiwania zatrudnienia.

88,5% badanych uważa, iż służby zatrudnienia nie posiadają wystarczającej ilości narzędzi i form pomocy w poszukiwaniu zatrudnienia dla osób chorych psychicznie, a 90,6% uważa dotychczasowe narzędzia i formy pomocy za nieskuteczne. Za najistotniejsze problemy w kontaktach z chorymi pośrednicy uważają lęk przed nawiązywaniem kontaktu (28,4 %) oraz nieprzewidywalne zachowania (16,8 %). W kontaktach z pracodawcami kluczowy problem stanowił lęk przed zatrudnianiem osób chorych psychicznie (32,6 %) oraz brak zainteresowania zatrudnianiem osób chorych psychicznie (21,1 %) badanych respondentów. Charakter współpracy pomiędzy urzędami pracy a pracodawcami w obszarze aktywizacji chorych psychicznie w głównej mierze opierał się na wizycie w zakładzie pracy, ogólnym informowaniu osób chorych psychicznie, pozyskiwaniu ofert zatrudnienia, organizacji szkoleń i staży oraz kierowaniu na rozmowy wstępne /pośrednictwo pracy/. Zdaniem 31,6% badanych pośredników największą przeszkodę w znalezieniu pracy osobie chorej psychicznie stanowi brak umiejętności w zakresie poszukiwania pracy i brak rozwiązań systemowych w obszarze aktywizacji zawodowej (23,2% respondentów). Przeważająca większość respondentów, bo aż 80,2% uważa, że pracownicy służb zatrudnienia nie są odpowiednio przygotowani do współpracy z osobami chorymi psychicznie przy poszukiwaniu zatrudnienia. 91,7% pytanych pośredników pracy twierdzi, iż pomocnym w poszukiwaniu zatrudnienia osobom chorym psychicznie byłoby nawiązanie regularnej współpracy pomiędzy pracodawcami, pośrednikami pracy a terapeutami.

Wyniki przeprowadzonych wywiadów wskazują, iż duży wysiłek w celu poprawy sytuacji społecznej i zawodowej należy wykonać w kierunku stworzenia systemowej i ścisłej współpracy środowiska terapeutów, lekarzy, pracodawców oraz służb zatrudnienia dla poprawy efektywności zatrudniania osób chorych psychicznie. Znacząca większość respondentów traktuje jednocześnie brak współpracy między placówkami leczniczymi, pomocą społeczną, organizacjami pozarządowymi a instytucjami rynku pracy jako podstawową trudność w procesie aktywizacji osób chorych psychicznie. W większości badani widzą wyraźnie potrzebę zastosowania specyficznych form aktywizacji zawodowej dla osób chorych psychicznie, co może z kolei stanowić największą szansę na uzyskanie w rezultacie





zatrudnienia na otwartym rynku pracy. Badani wskazywali także na potrzebę zaangażowania opiekunów osób chorych psychicznie pomocnych w procesie zdobywania wykształcenia i zatrudnienia. Ważnym czynnikiem który utrudnia proces aktywizacji zawodowej osób chorych psychicznie, biorąc pod uwagę system rehabilitacji psychospołecznej, zdaniem wielu respondentów jest brak wystarczającej wiedzy na temat chorób psychicznych u profesjonalistów spoza systemu leczenia psychiatrycznego. Wyniki badań wskazują więc z jednej strony na deficyt skutecznych systemów aktywizacji zawodowo-społecznej osób chorych psychicznie w wieku 15-25 lat, opartych na ścisłej współpracy lekarza - terapeuty środowiskowego i innych podmiotów działających na rzecz wspierania tej grupy społecznej. Z drugiej zaś potwierdzają zapotrzebowanie na nowe rozwiązania, proponowane w ramach projektu "Przyjazny świat".

1.2.2. Diagnoza sytuacji zawodowo-społecznej osób chorych psychicznie w wieku 15-25 lat

Diagnozę przeprowadzono metodą typu desk research na podstawie danych zastanych. W diagnozie wykorzystano następujące publikacje:

H. Kaszyński, *Osoby chore psychicznie jako grupa beneficjentów organizacji pozarządowych świadczących usługi na rynku pracy*

Red. B. Wojtyniak, Paweł Goryński, *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, Narodowy Instytut Zdrowia Państwowy Zakład Higieny

Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność opieki zdrowotnej, EZOP – Polska

H. Pilonis, *Biedni i samotni chorzy psychicznie w Polsce*

A. Kepiński, *Schizofrenia*, PZWL Warszawa

A. Bilikiewicz, *Psychiatria, tom 2*, Wrocław

H. Kaszyński, A. Cechnicki, *Polscy pracodawcy wobec zatrudniania osób chorujących psychicznie*, Psychiatria Polska 1/2011

Diagnoza sektora podmiotów ekonomii społecznej w województwie lubelskim Raport z badań, Rzeszów 2012

Cierpiący na choroby psychiczne żyją krócej

(www.wyborcza.pl)http://studia.dlastudenta.pl/artykul/MZ_wzrost_zachorowalnosci_na_zaburzenia_psychiczne,30159.html http://www.pzh.gov.pl/page/fileadmin/user_upload/npz.pdf

<http://www.choroby.senior.pl/78,0,Choroby-psychiczne-wzbudzaja-najwiekszy-strach,4187.html>





http://www.psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_1_2011/Heitzman_PTP_5_PP1
http://wyborcza.pl/1,76842,11522000,Pomoc_dla_chorych_psychicznie.htm
www.medonet.pl
http://wyborcza.pl/1,76842,11522000,Pomoc_dla_chorych_psychicznie

W niniejszej diagnozie wykorzystano także dane Głównego Urzędu Statystycznego oraz wyniki badań Centrum Badania Opinii Społecznej pt. *Osoby chore psychicznie w społeczeństwie*

Sytuację zawodowo-społeczną chorego psychicznie można zobrazować za pomocą sześciu określeń: biedny, samotny, niechciany, otepiały, bezrobotny i bez szans na lepszą przyszłość.

Chorzy psychicznie w Polsce są biedni. Większość cierpiących na choroby psychiczne utrzymuje się z renty inwalidzkiej. Zaledwie 2% pracuje zawodowo w pełnym wymiarze godzin. Istotnym problemem w sferze zdrowia psychicznego Polaków są zachorowania osób młodych na najpoważniejszą chorobę jaką jest schizofrenia. Pierwsze objawy schizofrenii pojawiają się u mężczyzn w wieku 15-24 lata, a u kobiet 23-34 lata. Choroba ta powoduje dezaktywację pacjentów i uniemożliwia im zdobycie wykształcenia oraz zdecydowanie ogranicza szanse na znalezienie zatrudnienia, a niewielka renta inwalidzka nie pozwala na zaspokojenie podstawowych potrzeb. Chory psychicznie w Polsce to osoba „podwójnie samotna”. Samotna, bo pojawienie się choroby w młodym wieku stanowi przeszkodę w założeniu rodziny. Ponadto - zgodnie z polskim prawem - osoba chora psychicznie aby mogła zawrzeć związek małżeński musi uzyskać zgodę sądu. Niewątpliwie stanowi to utrudnienie w założeniu rodziny. Chory psychicznie jest samotny i niechciany, bo nie akceptuje go społeczeństwo. Cytując wyniki badań CBOS *Osoby chore psychicznie w społeczeństwie* dotyczących funkcjonowania chorych psychicznie w społeczeństwie należy stwierdzić, iż w Polsce ciągle występuje niechęć wobec takich osób, a przyzwolenie na przymusowe leczenie postrzegane jako „najlepsza” forma terapii. O stosunku społeczeństwa do osób chorych psychicznie świadczy chociażby słownictwo jakiego używa się do ich określenia. W określaniu osób chorych psychicznie podkreśla się ich odmienność, niższy potencjał intelektualny, niepełnosprawność. Wyobrażenia społeczeństwa o osobach chorych psychicznych prowadzą do stwierdzenia, że prawie wszyscy zachowują się niezrozumiale, przejawiają niepokój, zaniedbują wygląd i higienę osobistą, są zubożeni na własny los, uważają się za kogoś kim nie są. Kwestia przymusowego leczenia osoby chorej psychicznie spotyka się w Polsce z dużą aprobatą. Jednak najbardziej niekorzystnym zjawiskiem dla chorych psychicznie jest dystansowanie od nich. Uruchamianych jest wiele

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego





procesów psychologicznych i społecznych, które marginalizują pozycję chorego, opóźniają i osłabiają możliwości udzielenia mu skutecznej pomocy, a niekiedy utrwalają nieprzystosowanie do życia społecznego. Jest to tym bardziej niebezpieczne, że osoby chore często same przejawiają skłonność do wycofywania się, wynikającą z przeżywanych zaburzeń. Doświadczenia kliniczne wskazują, że obie te tendencje – dystansowanie się otoczenia i własne wycofywanie się – skutecznie spychają byłego pacjenta na margines społeczności.

Prof. Janusz Heitzman, prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego mówi:

Jeśli wejdziemy do szpitala psychiatrycznego, spotkamy tam anemicznych, otępiałych spoconych i zaślinionych pacjentów. To efekt uboczny ordynowanych leków. Niestety, dostęp do nowoczesnych preparatów niepowodujących takich skutków ubocznych jest wciąż niedostateczny. Przepisy umożliwiają leczenie nimi chorych tylko ze stwierdzoną schizofrenią, której rozpoznanie można postawić po 6 miesiącach utrzymywania się psychozy. – Oznacza to, że przez 6 miesięcy dziesiętnastolatek, który trafia do lekarza z pierwszymi objawami schizofrenii, będzie leczony lekami, które eliminują go ze społeczeństwa. Pacjentów nie stać, aby samemu zapłacić pełną odpłatność za te leki. Miesięczny koszt leczenia wynosi tyle co ich renta.

Taki stan rzeczy również przyczynia się do stygmatyzacji chorych i zamyka ich w zaklętym kręgu swojej choroby.

Osoba chora psychicznie to osoba bezrobotna. Hubert Kaszyński w swojej publikacji *Osoby chore psychicznie jako grupa beneficjentów organizacji pozarządowych świadczących usługi na rynku pracy* podaje trzy podstawowe powody wykluczania chorujących psychicznie z rynku pracy:

- niedostateczna ilość miejsc pracy zdolnych do zapewnienia zatrudnienia dostosowanego do indywidualnych potrzeb beneficjentów,
- zjawisko stygmatyzacji i dyskryminacji,
- długotrwała zależność od **pasywnych form pomocy społecznej** oraz zależność od własnych rodziców

H. Kaszyński w swojej publikacji analizuje wszystkie istniejące w Polsce formy rehabilitacji społeczno-zawodowej. Analiza ta jednoznacznie dowodzi, iż osoby chorujące psychicznie to pracownicy zbędni („wypierani” z szeroko rozumianego rynku pracy). Natomiast zjawisko dyskryminacji osób chorujących psychicznie jako pracowników ma charakter powszechny. Na podstawie dostępnych danych jednoznacznie należy stwierdzić, iż chorujący psychicznie stanowią najliczniejszą w Polsce grupę osób, które nigdy nie pracowały zawodowo, także w porównaniu z innymi grupami niepełnosprawnych bez upośledzenia umysłowego. Według badania sfinansowanego przez PFRON 37% osób chorujących psychicznie nigdy w swoim





życiu nie pracowało. Przyczyny tego stanu rzeczy upatruje się zarówno w negatywnym nastawieniu pracodawców, jak i w nieodpowiednim systemie rehabilitacji i edukacji zawodowej. Problem bezrobocia i niskiej aktywności osób chorych psychicznie jest też widoczny w wynikach wywiadów pogłębionych, o których mowa powyżej. Bowiem na 264 respondentów (chorych psychicznie) pracowało zaledwie 15 osób.

Odnosząc się do kwestii metod wspierania chorych psychicznie należy stwierdzić, iż mają oni możliwości uczestniczenia w przedsięwzięciach realizowanych przez podmioty ekonomii społecznej. Zaliczamy tu: spółdzielnie socjalne, centra integracji społecznej (CIS), warsztaty terapii zajęciowej (WTZ), zakłady aktywizacji zawodowej (ZAZ).

Praca w spółdzielni socjalnej pozwala na powrót do uregulowanego życia społecznego i aktywności na rynku pracy. Jednakże trafia tam nieduża grupa osób chorych psychicznie.

Centrum Integracji Społecznej – działalność CIS-ów obejmuje warsztaty, szkolenia umożliwiające podwyższenie kwalifikacji, zajęcia terapeutyczne oraz indywidualne pogramy zatrudnienia socjalnego, które trwać może do 12 m-cy(w uzasadnionych przypadkach do 18 m-cy)

Warsztaty terapii zajęciowej – zadaniem jest rozwijanie umiejętności życia codziennego, przygotowanie do życia społecznego, ogólne usprawnianie, rozwijanie umiejętności zawodowych.

Zakłady Aktywizacji Zawodowej- prowadzą działalność gospodarczą polegającą na zatrudnianiu osób niepełnosprawnych i rehabilitacji zawodowej i społecznej. ZAZ-y jednak stanowią przysłowiową kroplę w morzu potrzeb jeśli chodzi o zatrudnianie osób chorych psychicznie.

Dużą popularnością wśród chorych i ich rodzin cieszą się Powiatowe Ośrodki Wsparcia. Są to ośrodki dziennego pobytu, w których chorzy przebywają od poniedziałku do piątku i mają możliwość uczestniczenia w treningach umiejętności społecznej i zaradności życiowej. Chorzy uczą m.in. się pełnienia ról społecznych, dbania o higienę osobistą, gospodarowania pieniędzmi, nawiązywania kontaktów społecznych, rozpoznawania objawów choroby i radzenia sobie z nawrotem choroby. Chorzy mają możliwość odbycia zajęć w pracowniach tematycznych (np. plastycznych, stolarskich) i uczestniczą w imprezach kulturalno-oświatowych. Osobami wspierającymi chorych są zatrudnieni w ośrodkach terapeuci (psycholodzy, pielęgniarki, terapeuci zajęciowi). Formy pomocy świadczone przez POW-y są bardzo ważne i cenne, jednakże zawierają w sobie duży poziom ogólności. W formach wsparcia duży nacisk położony jest na nabywanie umiejętności niezbędnych w codziennym życiu. Zdecydowanie brakuje elementu aktywizacji zawodowej, która pozwalałaby na lepsze

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego





funkcjonowanie chorego na rynku pracy. W POW-ie chorym zajmują się wszyscy terapeuci, nie ma jednej „przypisanej” do chorego osoby, która od początku do końca zajęłaby się procesem jego aktywizacji, utrzymywałaby kontakty ze środowiskiem zewnętrznym (szkołą, powiatowym urzędem pracy, lekarzem prowadzącym, pracodawcą). W dotychczas dedykowanych formach wsparcia brakuje też elementu ścisłej współpracy terapeuty i lekarza. Jest to warunek konieczny aby aktywizowanie chorego rozpoczęło się we właściwym momencie i trwało nieprzerwanie.

Wyniki diagnozy przedprojektowej i przeprowadzonej w trakcie pierwszego etapu realizacji projektu wskazują, iż głównym problemem w obszarze aktywizacji osób chorych psychicznie w wieku 15-25 lat jest deficyt efektywnych, „szytych na miarę”, kompleksowych i spójnych metod wspierania. Jest to problem występujący w skali całego kraju. Przyczyna takiego stanu rzeczy tkwi w tym, iż dotychczas nie opracowano skutecznego systemu aktywizacji, w którym położony byłby nacisk na wprowadzanie chorego na rynek pracy, w którym jedna osoba - odpowiednio przygotowany terapeuta - w ścisłej współpracy z psychiatrą wprowadziłby chorego do przyjaznego świata, w którym można normalnie funkcjonować. Jednoznacznie konsekwencją wskazanego problemu jest trudna sytuacja chorych psychicznie zarówno na rynku pracy jak i w codziennym życiu. Zaniechanie wprowadzenia nowatorskich metod aktywizacji chorych będzie wiązało się z pogłębianiem i mnożeniem się barier, kłopotów i trudności jakich doświadczać będą chorzy w szkole, na rynku pracy, w kontaktach społecznych. Niewątpliwie taki stan rzeczy będzie prowadził tych młodych ludzi do ich stygmatyzacji i marginalizacji.

2. Cel wprowadzenia innowacji

2.1. Cele główne i cele szczegółowe

Celem innowacji i jednocześnie celem głównym projektu jest wzrost o 40% aktywności zawodowo-społecznej 80 chorych psychicznie w wieku 15-25 lat z terenu woj. lubelskiego do końca 2014 poprzez zastosowanie nowatorskiej i zindywidualizowanej metody wsparcia. Cel ten zostanie osiągnięty poprzez następujące cele szczegółowe:

- zwiększenie samodzielności i zdolności do funkcjonowania w życiu społeczno-zawodowym przez 80 chorych psychicznie z woj. lubelskiego do końca 2014 roku
- nabycie unikatowej wiedzy przez 50 użytkowników produktu z terenu woj. w zakresie nowatorskiej metody aktywizacji zawodowo-społecznej chorych psychicznie do kwietnia 2013 roku





- nabycie wiedzy i kwalifikacji w obszarze wspierania chorych psychicznie 15-25 lat na rynku pracy i w życiu społecznym przez 30 pracowników administracji pracy i pomocy społecznej do maja 2013 roku
- promowanie idei dostępu do zatrudnienia osób chorych psychicznie wśród 100 pracodawców woj. lubelskiego do końca I kwartału 2015

Powyższe cele są tożsame z celami wynikającymi z wniosku o dofinansowanie

2.2. Pożądany stan po wprowadzeniu innowacji

Wprowadzenie innowacji to przełomowy moment w obszarze aktywizacji zawodowo – społecznej osób chorych psychicznie. Działania aktywizujące prowadzone będą przez osobistego opiekuna osoby chorej w oparciu o skrajnie zindywidualizowaną i regularną metodę pracy. Rolę opiekunów pełnić będą terapeuci z powiatowych ośrodków wsparcia, którzy zostaną gruntownie przygotowani do pracy według nowej metody poprzez pozyskanie nowoczesnej wiedzy m.in. w zakresie psychiatrii, coachingu, projektowania ścieżki edukacyjno-zawodowych, rozwoju zasobów ludzkich. Zastosowanie nowej metody spowoduje, iż aktywizacja chorych będzie miała miejsce już w trakcie pobytu w szpitalu czy w momencie pojawienia się pierwszych objawów choroby. Lekarz prowadzący będzie mógł zaproponować choremu profesjonalną opiekę terapeuty, a po uzyskaniu jego zgody bądź prawnego opiekuna, powiadomi o tym stosowny powiatowy ośrodek wsparcia. W POW-ie choremu zostanie przydzielony odpowiednio przygotowany opiekun, który rozpocznie aktywizację chorego przy ścisłej współpracy z lekarzem. Równoległe więc wraz z procedurami medycznymi będą wdrożone działania aktywizujące. Taka szybka i dualna interwencja w opinii lekarzy psychiatrów jest niezwykle ważna dla przywrócenia chorego do normalnego funkcjonowania. Po wdrożeniu innowacji proces wspierania chorego prowadzony przez opiekuna z POW-u przebiegać będzie w oparciu o cztery usystematyzowane i sekwencyjnie następujące po sobie etapy: bilansowanie, projektowanie przyszłości, wcielanie w życie planu (którego głównym celem będzie wprowadzenie na rynek pracy bądź utrzymanie zatrudnienia, podjęcie lub kontynuacja nauki, eliminowanie zjawiska izolacji społecznej, lepsze radzenie sobie w życiu), ewaluacja i planowanie korygujące.

Podsumowując należy stwierdzić, iż po wdrożeniu innowacji będziemy mieli do czynienia z nową jakością pracy terapeutów Powiatowych Ośrodków Wsparcia opartą na ścisłej współpracy z lekarzem prowadzącym oraz nowym, znacznie ulepszonym, zindywidualizowanym, systematycznym procesem aktywizacji i reintegracji chorych psychicznie w wieku 15-25 lat.



2.3 Wskaźniki realizacji celów

Cele innowacji mierzone będą za pomocą poniżej wskazanych wskaźników

Cel	Wskaźnik	Wartość bazowa wskaźnika	Wartość docelowa wskaźnika	Źródło weryfikacji i częstotliwość pomiaru
wzrost o 40% aktywności zawodowo-społecznej 80 chorych psychicznie w wieku 15-25 lat z terenu woj. lubelskiego do końca 2014 poprzez zastosowanie nowatorskiej i zindywidualizowanej metody wsparcia.	Liczba osób chorych psychicznie w wieku 15-25 lat z terenu województwa lubelskiego, u których zaobserwowano 40% wzrost aktywności zawodowo-społecznej poprzez zastosowanie nowatorskiej i zindywidualizowanej metody wsparcia	0	80	1. Raport początkowy, okresowy i końcowy z analizy porównawczej sporządzony przez terapeutów. Analiza dotyczyć będzie zmiany postaw i zachowań chorych w różnych sferach społecznych. W raportach znajdują się także informacje, jakie konkretne efekty udało się osiągnąć w wyniku podjętych działań (np. podjęcie zatrudnienia, kontynuacja nauki, nawiązanie relacji społecznych) III, IX 2013, III, IX 2014, III 2015 2. Raport z analizy delfickiej – XI 2014 3. Raport z ewaluacji zewnętrznej – XI 2014
zwiększenie samodzielności i zdolności do funkcjonowania w życiu społeczno-zawodowym przez	Liczba osób chorych psychicznie z woj. lubelskiego, u których odnotowano zwiększenie samodzielności i	0	80	1. Karta obserwacji prowadzona przez terapeutę, w której zawarte będą opinie dotyczące poziomu samodzielności

80 chorych psychicznie z woj. lubelskiego do końca 2014 roku	zdolności do funkcjonowania w życiu społecznym i zawodowym			<p>zdolności chorych do samodzielnego funkcjonowania III, IX 2013, III, XI 2014</p> <p>2. Protokół z analizy delfickiej – XI 2014</p> <p>3. Raport z ewaluacji zewnętrznej – XI 2014</p>
nabycie unikatowej wiedzy przez 50 użytkowników produktu z terenu woj. lubelskiego w zakresie nowatorskiej metody aktywizacji zawodowo-społecznej chorych psychicznie do kwietnia 2013 roku	Liczba terapeutów z Powiatowych Ośrodków Wsparcia z woj. lubelskiego, którzy nabyli unikatową wiedzę w obszarze nowatorskiej metody aktywizacji zawodowo-społecznej chorych psychicznie wieku 15-25 lat	0	50	<p>1. Arkusz użytkownika, protokół z egzaminu- III, IV 2013</p> <p>2. Raport z ewaluacji zewnętrznej i wewnętrznej – XI 2014</p>
nabycie wiedzy i kwalifikacji w obszarze wspierania chorych psychicznie 15-25 lat na rynku pracy i w życiu społecznym przez 30 pracowników administracji pracy i pomocy społecznej do czerwca 2013	Liczba przedstawicieli administracji pracy i pomocy społecznej, którzy nabyli kwalifikacje pozwalające na skuteczną pomoc w obszarze aktywizacji społecznej	0	30	<p>1. Raport ze szkolenia, sporządzony przez prowadzących zajęcia, w którym zapisany będzie program szkolenia, sposób prowadzenia zajęć i rodzaj nabytych kwalifikacji – VI 2013</p> <p>2. Raport z ewaluacji wewnętrznej – XI 2014</p>

<p>promowanie idei dostępu do zatrudnienia osób chorych psychicznie wśród 100 pracodawców woj. lubelskiego do końca I kwartału 2015</p>	<p>Liczba pracodawców, którzy zapoznają się z korzystnymi rozwiązaniami w zakresie zatrudniania chorych psychicznie</p>	<p>0</p>	<p>100</p>	<p>1. Lista pracodawców, którym przekazany zostanie metodyka zarządzania potencjałem pracowniczym i materiały reklamowe – I kwartał 2015</p>
---	---	----------	------------	--

3. Opis innowacji i produktu finalnego

3.1. Wymiary innowacyjności na czym polega innowacja?

Innowacyjność produktu finalnego przejawia się w trzech przenikających się wzajemnie wymiarach:

wymiar uczestnika projektu - produkt skierowany jest do grup docelowych, które wcześniej korzystały ze wsparcia lecz działania pomocowe nie przyniosły pożądanego efektu. Osoby chore psychicznie w wieku 15-25 lat uczestniczą w różnych działaniach aktywizujących i reintegrujących. Nie deprecjonując ich znaczenia i wartości są to działania pojedyncze „od projektu do projektu”, realizowane w miarę bieżących potrzeb. Chorzy uczą się różnych umiejętności, zdobywają nowe kwalifikacje, biorą udział w warsztatach motywacyjnych i komunikacyjnych, ale w dalszym ciągu obserwujemy deficyt kompleksowej, spójnej i systematycznej pracy z chorym aż do skutku, tzn. wprowadzenia go na rynek pracy, utrzymania zatrudnienia, podjęcia lub kontynuacji nauki czy aktywnego funkcjonowania w życiu społecznym.

wymiar problemu – projekt dotyczy znanego i ważnego obszaru w polityce władz centralnych i samorządowych, jakim jest aktywizacja osób chorych psychicznie. W polskim systemie prawnym istnieją takie regulacje jak: ustawa o ochronie zdrowia psychicznego czy Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, w którym mowa jest o problemie integracji i aktywizacji zawodowej osób chorych psychicznie. W kompetencji władz samorządowych (powiatu) wymienione są takie zadania publiczne jak: wspieranie osób niepełnosprawnych (w tym z zaburzeniami psychicznymi), ochrona zdrowia, aktywizacja lokalnego rynku pracy i sprawowanie nadzoru na Powiatowych Ośrodkami Wsparcia. Problem aktywizacji chorych psychicznie jest znany i zbadany, jednakże dotychczas stosowane instrumenty pomocy nie pozwoliły na skuteczne jego rozwiązanie, o czym świadczy bardzo duża stopa bezrobocia



przedstawicieli tej grupy społecznej i w dalszym ciągu obecne jest zjawisko marginalizacji i izolacji społecznej.

wymiar formy wsparcia – w projekcie proponujemy wykorzystanie nowych narzędzi, niestosowanych dotychczas w pracy z chorymi psychicznie, m.in. takich jak: zestaw do diagnozy osób 15-18 lat i 19-25 lat, scenariusze postępowań, zestawy ćwiczeń do sesji coachingowych, formularze zarządzania relacjami. Narzędzia te zostały ściśle dopasowane do specyfiki grupy docelowej.

3.2. Istota innowacji

Innowacyjność proponowanego podejścia polega na zmianie metod wspierania osób chorych psychicznie w obszarze ich aktywizacji zawodowo-społecznej. Dziś młoda chora osoba w momencie pojawienia się pierwszych objawów kwalifikowana jest przede wszystkim do leczenia medycznego (farmakologicznego). Niejednokrotnie choroba uniemożliwia jej dalszą naukę i tym samym przekreśla szansę na funkcjonowanie na rynku pracy. Trudną sytuację pogarszają jeszcze negatywne skutki zażywania leków, często brak oparcia w rodzinie i izolacja społeczna chorych. W zgodnej opinii lekarzy psychiatrów działania aktywizujące przychodzą zbyt późno aby przywrócić chorego po okresie leczenia do codziennego życia. Cytując opinie specjalistów należy stwierdzić, iż przyczyną takiej sytuacji jest z jednej strony brak występowania paralelności terapii medycznej i działań aktywizujących, z drugiej zaś deficyt spójnych, regularnych i kompleksowych mechanizmów pomocy osobom chorym psychicznie, które rozpoczynałaby się już w momencie pojawienia się pierwszych objawów choroby. Dlatego też jednym z fundamentów proponowanego przez nas rozwiązania jest ścisła współpraca pomiędzy lekarzem psychiatrą a osobą wspierającą chorego w codziennym życiu, polegająca m.in. na wspólnym opracowaniu scenariuszy postępowania, ustaleniu momentu rozpoczęcia aktywizacji, konsultowaniu kolejnych etapów reintegracji i aktywizacji.

Drugim filarem innowacji jest przygotowanie terapeutów (psychologów, terapeutów zajęciowych) z Powiatowych Ośrodków Wsparcia do roli stałego opiekuna osoby chorej psychicznie. Przygotowanie to opiera się na dostarczeniu wszechstronnej wiedzy na temat podstaw psychiatrii, coachingu, projektowania ścieżki edukacyjno-zawodowej, rozwoju zasobów ludzkich. Wybór pracowników POW-ów jest nieprzypadkowy, bowiem chorzy spędzają tam wiele czasu, traktują ośrodki jak drugi dom. Ważne jest więc aby proces aktywizacji przebiegał w środowisku znanym, w którym chorzy czują się dobrze i bezpiecznie.

Trzeci element innowacji to regularna, systematyczna i spójna praca opiekuna z chorym aż do osiągnięcia pożądanego rezultatu, jakie wspólnie ustala terapeuta i jego podopieczny.

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego





Pierwszym i zarazem bardzo istotnym krokiem w procesie aktywizacji jest przeprowadzenie w oparciu o nowatorskie narzędzia diagnozy badającej zasoby osobowe, talent, umiejętności działaniowe, system reprezentacji, rodzaje inteligencji osób chorych. Następnie w oparciu o wyniki terapeuty wspólnie z chorym przystępuje do procesu planowania przyszłości zawodowej i społecznej. Następnie wciela ten plan w życie (np. pomaga w znalezieniu pracy, współpracuje z powiatowym urzędem pracy, współpracuje z nauczycielem, z rodziną, pomaga w zdobyciu kwalifikacji, monitoruje postępy działania chorego). Ważnym elementem w procesie pracy z chorym jest ocena podjętych działań i opracowanie planu naprawczego w przypadku ewentualnych niepowodzeń.

Chcielibyśmy zwrócić uwagę, iż na potrzeby procesu testowania przyjęliśmy, iż współpraca na linii opiekun – lekarz będzie odbywać się w oparciu o psychiatrów pracujących w Klinice Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie i terapeutów z Powiatowych Ośrodków Wsparcia z woj. lubelskiego. Nie występują jednak żadne przeszkody aby taka współpraca mogła być prowadzona pomiędzy lekarzem-psychiatrą z Poradni Zdrowia Psychicznego a terapeutą środowiskowym. W ramach działań upowszechniających będziemy się starać poinformować jak największą liczbę lekarzy o nowej metodzie. W związku z tym lekarz podczas wizyty chorego będzie mógł mu zaproponować udział w procesie aktywizacji w stosownym POW-ie. Terapeuta z POW-u będzie również mógł zwrócić się do lekarza z propozycją wsparcia działań aktywizacyjnych i reintegracyjnych.

Omawiając istotę innowacji należy wskazać na kluczowe różnice pomiędzy proponowanym rozwiązaniem a dotychczasową praktyką

Pierwsza różnica polega na ścisłej współpracy opiekuna i lekarza w procesie aktywizacji chorego. Dzięki temu proces ten jest regularny i nieprzerwany, może - po konsultacji z lekarzem - odbywać się nawet w okresie progresji choroby. Jednocześnie opiekun pilnuje i motywuje chorego aby kontynuował leczenie farmakologiczne (bardzo często zdarza się, że chorzy nie chcą brać leków, robią to nieregularnie, nie pilnują kontrolnych wizyt lekarskich, co wiąże się oczywiście z pogorszeniem stanu zdrowia). Dualizm terapii powoduje, iż łatwiej będzie pacjentom wrócić do zdrowia i do normalnego funkcjonowania w społeczeństwie. Takie podejście stanowi **przewagę** nad dotychczasowymi rozwiązaniami.

Druga różnica polega na „przypisaniu” choremu stałego opiekuna (terapeuty z POW), który będzie mu cały czas towarzyszył w procesie aktywizacji i reintegracji, będzie wspierał go w kontaktach ze światem zewnętrznym (nauczycielem, pośrednikiem pracy etc). Dzięki takiemu podejściu chory odzyskuje poczucie bezpieczeństwa, wie że jest osoba, która troszczy się o niego i może na nią liczyć. Jest to bardzo ważne w procesie aktywizacji, gdyż nierzadko zdarza się, że chorzy nie mają oparcia w rodzinach. Ważne jest aby opiekun





i chory zaakceptowali siebie nawzajem. Dlatego też przed rozpoczęciem pracy odbędzie się rozmowa wstępna terapeuty, chorego i ew. jego ustawowego opiekuna. W trakcie rozmowy terapeuta poinformuje o założeniach, korzyściach wynikających z zastosowania nowej metody wsparcia, opowie o zadaniach i obowiązkach stron. Na zakończenie rozmowy zostanie podjęta decyzja co do wspólnej pracy.

Trzecia różnica tkwi w budowaniu przyszłości chorego w oparciu o wnikliwą diagnozę opartą na zasobach i w poczuciu własnej wartości i przyjaznego świata zewnętrznego. Takie podejście z kolei powoduje, iż rodzaj wsparcia jest skrajnie dopasowany do indywidualnych predyspozycji chorego i ma ogromne znaczenie dla motywowania chorego.

Wartością dodaną innowacji jest dostarczenie wiedzy pracodawcom, nauczycielom, którzy pracują z młodzieżą zaburzoną psychicznie, pracownikom powiatowych urzędów pracy na temat metod postępowania i wspierania tej grupy społecznej. Wiedza ta pozwoli na przełamanie barier i stereotypów dotyczących chorych psychicznie.

Do barier nie pozwalających na wprowadzenie proponowanej innowacji należy zaliczyć:

- niedostateczną wiedzę terapeutów Powiatowych Ośrodków Wsparcia na temat nowatorskich metod aktywizowania chorych psychicznie
- niewystarczającą świadomość i niewystarczające umiejętności na temat zasad i możliwości wspólnego działania lekarzy i osób wspierających chorych psychicznie

3.3. Grupy docelowe innowacji

Grupą docelową stanowią będą użytkownicy i odbiorcy.

Użytkownikami w wymiarze:

- testowania i upowszechniania oraz włączania będą lekarze z Kliniki Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie oraz terapeuci z POW z woj. lubelskiego (50 os.)

- docelowym będą to lekarze psychiatry, terapeuci POW w całym kraju

W wymiarze docelowym z elementów produktu finalnego (takich jak diagnoza zasobów lub scenariusze postępowania) skorzystają także pracownicy PUP i instytucji pomocy społecznej. Materiały te będą pomocne w procesie poszukiwania zatrudnienia bądź w realizacji zadań na rzecz osób chorych psychicznie w ramach pomocy społecznej. Pracodawcy natomiast otrzymają podręcznik zawierający metodykę zarządzania potencjałem ludzkim, będący



produktem pośrednim. W wymiarze docelowym produkt może być zastosowany przez organizacje pozarządowe, które świadczą pomoc w zakresie reintegracji psychospołecznej osób z zaburzeniami psychicznymi. Osoby pracujące z chorymi z powodzeniem mogą zastosować cztery etapy aktywizacji i reintegracji. Szczegółowy instruktaż dotyczący prawidłowego przeprowadzenia tego procesu jest zawarty w Podręczniku. Dokument ten został opracowany w sposób bardzo czytelny i zawiera dokładne instrukcje jak krok po kroku pracować z chorym.

Odbiorcami w wymiarze:

- testowania oraz upowszechniania i włączania będą osoby chore psychicznie w wieku 15-25 lat z woj. lubelskiego (80 os.)

-docelowym, wszystkie osoby chore psychicznie w wieku 15-25 lat w całym kraju

3.4. Warunki, jakie muszą być spełnione aby innowacja działała prawidłowo

- gruntowne przygotowanie terapeutów (opiekunów) do pracy z chorymi według nowatorskiej metody
- zaangażowanie w proces aktywizacji lekarzy psychiatrów
- regularne uczęszczanie chorego do Powiatowego Ośrodka Wsparcia
- odpowiedni poziom motywacji i zaangażowania chorego do współpracy z terapeutą (opiekunem)
- brak sprzeciwu ze strony rodziny chorego

3.5. Efekty innowacji

W tabeli poniżej przedstawiamy, jakie efekty przyniesie zastosowanie innowacji

EFEKT	GRUPA DOCELOWA
Poprawa jakości życia chorych (przejawiająca się m.in. w łatwiejszym poruszaniu się po rynku pracy, szybszym i trwalszym nawiązywaniem relacji społecznych, motywacji do kontynuacji nauki, wzrostem zaangażowania we własne	Odbiorcy – osoby chore psychicznie z terenu woj. lubelskiego w wieku 15-25 lat



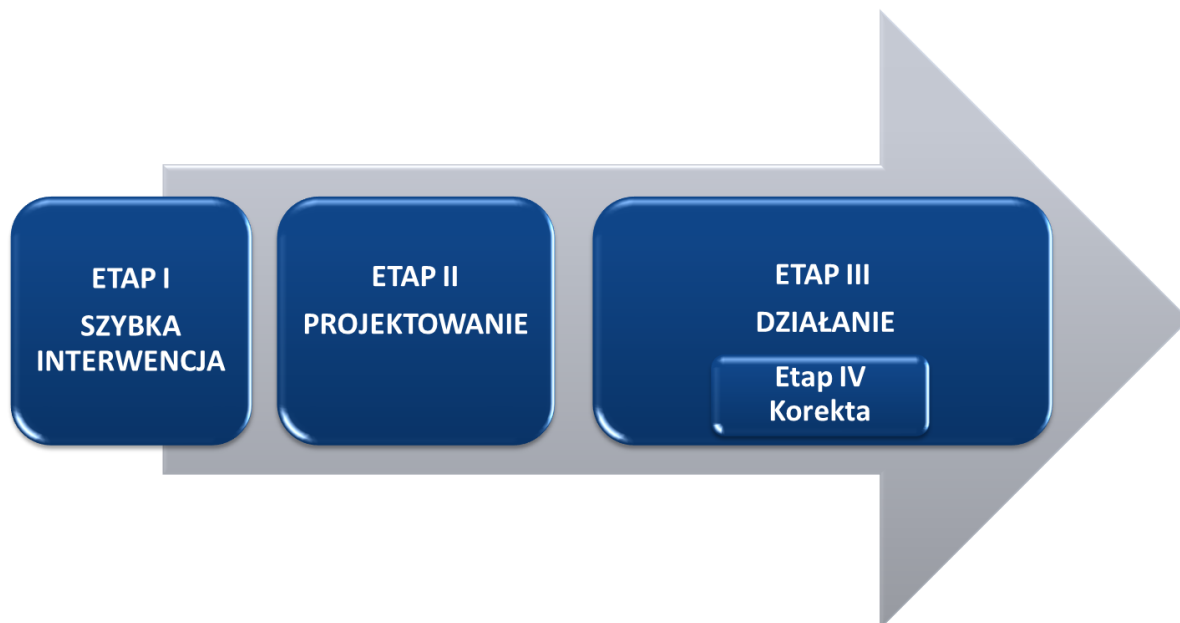
sprawy, wzrostem pewności siebie, lepszym radzeniu sobie w codziennym życiu)	
Nabycie umiejętności kierowania własnym życiem zawodowo-społecznym	Odbiorcy – osoby chore psychicznie z terenu woj.lubelskiego w wieku 15-25 lat
Zminimalizowanie w obszarze społeczno-zawodowym negatywnych skutków związanych z chorobą psychiczną	Odbiorcy – osoby chore psychicznie z terenu woj.lubelskiego w wieku 15-25 lat
Zwiększenie efektywności działań aktywizujących osoby chore psychicznie w wieku 15-25 lat	Użytkownicy - opiekunowie (terapeuci) POW i lekarze z Kliniki Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
Uzyskanie efektu synergii pomiędzy pracą lekarza a działaniami aktywizującymi prowadzonymi przez terapeutów	Użytkownicy – opiekunowie (terapeuci) POW i lekarze z Kliniki Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
Wprowadzenie nowej jakości pracy Powiatowych Ośrodków Wsparcia	Użytkownicy pośredni – kadra kierownicza Powiatowych Ośrodków Wsparcia

3.6 Opis produktu finalnego

Produkt finalny to nowatorska metoda skutecznej aktywizacji i integracji chorych psychicznie 15-25 lat oparta na zindywidualizowanym podejściu i ścisłej współpracy na linii chory-opiekun-lekarz-rodzina. Produkt składa się z 2 elementów: metodyki wsparcia i scenariuszy postępowania. Produktami pośrednimi będą instrukcje i przykłady ćwiczeń dla rodzin, nauczycieli i pracodawców pozwalające na włączenie chorych do pełni życia oraz metodyka zarządzania potencjałem pracowniczym 15-25 lat, która przeznaczona będzie dla pracodawców. Pracodawcy otrzymają do rąk podręcznik zarządzania pracownikami - osobami chorymi psychicznie 15-25 w zakresie m.in. planowania zatrudnienia, rekrutacji, adaptacji do pracy, oceniania. Nowa metoda aktywizacji i integracji oparta jest na 4 etapach:

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego





Etap I – Szybka interwencja. W trakcie pierwszego bądź kolejnych pobytów w szpitalu i po uzyskaniu zgody chorego lub jego prawnego opiekuna, chorym wspólnie z lekarzem zajmuje się wcześniej przygotowany z wiedzy psychiatrycznej, coachingowej, rozwoju zasobów ludzkich opiekun. Opiekun diagnozuje problemy, bada oczekiwania i bilansuje zdolności i talenty. Terapeuta pełniący rolę opiekuna niejako „przejmuje” opiekę nad osobą chorą od lekarza prowadzącego.

Na tym etapie procesu opiekun osoby chorej ma za zadanie:

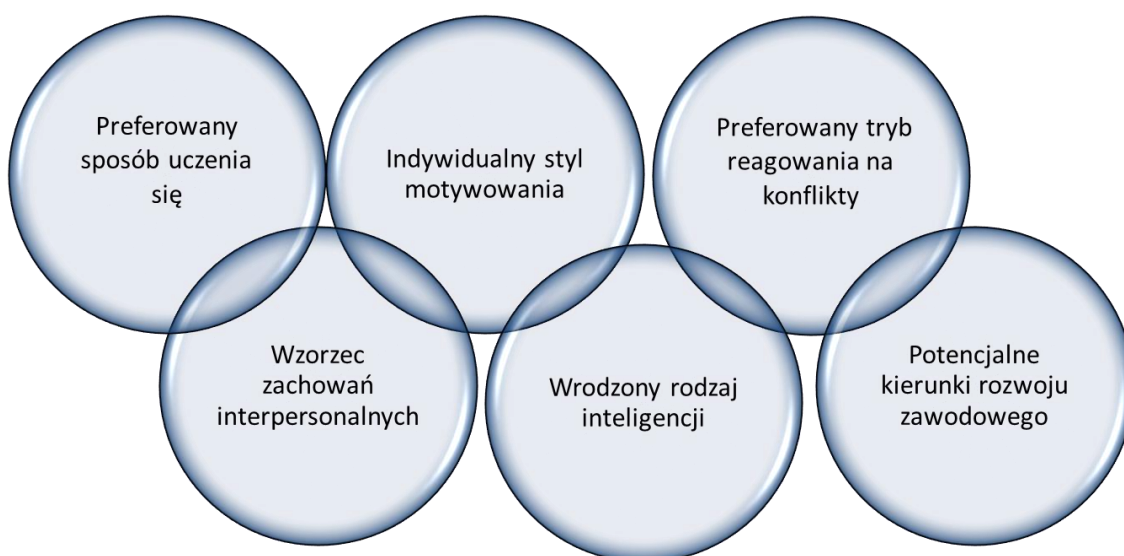
- I. Zebrać informację na temat aktualnej kondycji psycho-fizycznej podopiecznego.
- II. Dokonać diagnozy potencjału podopiecznego, w tym we współpracy z rodziną bądź prawnym opiekunem.
- III. Opracować scenariusz postępowania z podopiecznym, który stanowić będzie wskazówkę dla otoczenia chorego (rodziny, nauczycieli, przyszłego pracodawcy), ułatwiającą utrzymanie możliwie najlepszych relacji z osobą chorą.

Diagnoza potencjału przeprowadzana w trakcie pierwszego etapu zawiera oddzielne zestawy narzędzi dla dwóch grup wiekowych:

- Osoby w wieku szkolnym 15 - 18 lat
- Osoby pełnoletnie w wieku 19 - 25 lat

Wyniki diagnozy pozwolą odpowiedzieć na 6 kluczowych pytań związanych z naturalnymi predyspozycjami oraz potrzebami młodej osoby:

1. **Style prezentacji:** Jaki jest najbardziej efektywny sposób nauki dla danej osoby? O co musi zadbać nauczyciel i rodzina, aby osoba chora łatwiej nabywała wiedzę i umiejętności?
2. **Motywacja:** Jaki jest indywidualny styl motywowania danej osoby? W jaki sposób komunikować się z chorym, aby zwiększyć jego zaangażowanie w proces aktywizacji społeczno-zawodowej?
3. **Reakcja na konflikty:** Jaki jest automatyczny wzorzec postępowania osoby w sytuacjach konfliktowych? O co należy zadbać, aby w stresujących sytuacjach doprowadzić konflikt do konstruktywnego zakończenia?
4. **Wzorzec interpersonalny:** Jaki jest naturalny styl, w jaki osoba funkcjonuje w relacjach społecznych? W jaki sposób integrować chorą osobę z innymi ludźmi, aby było to dla niej korzystne emocjonalnie?
5. **Rodzaje inteligencji:** Jaki rodzaj inteligencji dominuje u młodej osoby? Na jakich predyspozycjach młodej osoby należy się skoncentrować aby w pełni wykorzystać jej naturalny potencjał?
6. **Predyspozycje zawodowe:** Jakie predyspozycje zawodowe oraz zainteresowania ujawniają się na etapie wykonywania diagnozy? Jakie są potencjalne kierunki rozwoju młodej osoby, w które warto zainwestować czas i energię?



Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



Etap II Projektowanie – składa się z trzech części:

1. Pomoc osobie chorej w określeniu celu głównego w zakresie aktywizacji społeczno-zawodowej oraz sposobów jego realizacji.
2. Zdefiniowanie możliwie najszerzej listy osób i instytucji, które potencjalnie mogą udzielić pomocy podopiecznemu wraz z możliwym zakresem tej pomocy.
3. Pomoc osobie chorej w opracowaniu szczegółowego planu działania – podzielonego na mniejsze etapy z określonymi terminami realizacji oraz wskazaniem osób / instytucji wspierających, które będą brały udział na poszczególnych odcinkach pracy.

Na etapie projektowania opiekun doprowadza również do określenia potencjalnych sposobów realizacji celu głównego (jakim jest oczywiście aktywizacja i reintegracja chorego). Mając określony cel, oszacowane możliwości rodziny chorego oraz informacje na temat realnych możliwości wsparcia ze strony osób i instytucji, opiekun pomaga podopiecznemu opracować szczegółowy plan działania na najbliższe miesiące.

Etap III Działanie – mając gotowy plan działania dla osoby chorej oraz mierniki jego skuteczności opiekun rozpoczyna proces jego wdrażania.

Na etap działania składają się trzy równoległe prowadzone procesy:

1. Prowadzenie regularnych sesji coachingowych z podopiecznym.
2. Koordynowanie osób / instytucji zaangażowanych we wspieranie osoby chorej.
3. Bieżący monitoring postępów w zakresie realizacji planu.

Opiekun spotyka się regularnie z podopiecznym (minimum raz na tydzień po półtorej godziny) na sesje prowadzone metodami coachingowymi.

Jednocześnie, równoległe do spotkań z podopiecznym, opiekun koordynuje pracę osób i instytucji biorących udział w procesie wsparcia osoby chorej.

Opiekun jest odpowiedzialny za czuwanie nad całym procesem coachingowym, wobec czego stale monitoruje postępy podopiecznego w zakresie ustalonego planu. Weryfikuje, czy ustalone działania faktycznie przyczyniają się do osiągnięcia ustalonych rezultatów. W przypadku, kiedy pierwotnie ustalony plan działań nie przybliży podopiecznego do jego celu, opiekun dokonuje oceny sytuacji i doprowadza do weryfikacji planu.

Etap IV Korekta – zakłada następujące działania ze strony opiekuna:

1. Cykliczny przegląd postępów podopiecznego w zakresie założonych celów. (poza bieżącym monitorowaniem postępów w realizacji planu opiekun ma za zadanie dokonywać cyklicznych „przeглядów” procesu wsparcia)
2. Ocenę postępów oraz projektowanie ewentualnych działań korygujących.

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego





(w przypadku dostrzeżenia, że założone metody realizacji celu nie pozwalają go osiągnąć, opiekun wspólnie z podopiecznym i rodziną przeprojektowują plan działania)

3. Kontynuację działań zgodnie z pierwotnym planem bądź wdrażanie działań naprawczych (po ewentualnej korekcie planu następuje jego wdrożenie według dotychczasowego modelu pracy z podopiecznym).

W przypadku zadawalających rezultatów dotychczasowych działań plan pozostaje niezmienny i jest dalej realizowany zgodnie z założeniami.

Zalecane jest aby terapeuta miał pod swoją opieką od 3 do 5 osób.

Należy podkreślić, iż wsparcie chorych będzie miało charakter nieprzerwany, gdyż pomiędzy etapami pracy chorego i opiekuna wsparcie będzie miało miejsce m.in. w domu, w pracy i szkole. Osoby bliskie i współpracujące z chorymi otrzymają scenariusze ze wskazówkami do pracy z chorymi, pokazujące m.in. jak motywować chorych, jak układać relacje, jak angażować do codziennych spraw.

3.7.Czas, koszt i niezbędne zasoby do wdrożenia produktu

Proponowana metoda nie powoduje zwiększenia czasu pracy terapeutów, zmian organizacyjnych w ośrodku, zmiany infrastruktury ani zwiększenia nakładów finansowych.

Produkt został bardzo dokładnie opisany w Podręczniku „Przyjazny świat” opiekunowie dostają do rąk zestaw narzędzi i wyczerpujące wyjaśnienia dotyczące każdego etapu pracy. Czas przygotowania terapeuty (opiekuna) do pracy z chorym według nowej metody wynosi max. 2 miesiące.

Na potrzeby testowania aby wnikliwie zweryfikować poprawność metody zaplanowano szkolenia dla terapeutów. Jednakże każdy terapeuta z Powiatowego Ośrodka Wsparcia na terenie całego kraju, który będzie chciał pracować z chorymi psychicznie według nowego systemu będzie mógł przygotować się do nowej roli w oparciu o Podręcznik „Przyjazny świat”.





4. Plan działań w procesie testowania

4.1. Grupa docelowa

W procesie testowania wezmą udział:

- użytkownicy (lekarze z Kliniki Psychiatrii UM w Lublinie oraz terapeuci środowiskowi z Powiatowych Ośrodków Wsparcia z woj. lubelskiego - 50 os.)
- odbiorcy (osoby chore psychicznie w wieku 15-25 lat z woj. lubelskiego - 80 os.)

4.2. Metody doboru próby

Odbiorcy

Przy doborze odbiorców należy brać pod uwagę następujące aspekty:

- wiek (w testowaniu może wziąć udział osoba chora psychicznie w wieku, która w momencie przystąpienia do projektu ma ukończone 15 lat i nie ukończony 25 rok życia)
- fakt zamieszkiwania na terenie województwa lubelskiego
- sytuację zawodowo-społeczną (w pierwszej kolejności należy przyjmować osoby, które doświadczają największych trudności na rynku pracy, mają problemy w kontynuowaniu nauki, czują się izolowani społecznie i rodzinie)

Nabór odbiorców prowadzony będzie przez psychologów z Lubelskiego Stowarzyszenia Ochrony Zdrowia Psychicznego (Partner) na podstawie rozmowy kwalifikacyjnej.

Przy doborze grupy odbiorców należy zadbać o jej różnorodność, tzn. zapewnić udział zarówno kobiet jak i mężczyzn, osób uczących się, chorych, którzy przerwali bądź zakończyli naukę, osób niepracujących i zatrudnionych.

Użytkownicy

Nabór użytkowników prowadzony będzie również przez pracowników Lubelskiego Stowarzyszenia Ochrony Zdrowia Psychicznego. W przypadku terapeutów jedynym kryterium formalnym, które należy brać pod uwagę to fakt zatrudnienia w Powiatowych Ośrodkach Wsparcia w województwie lubelskim. Bardzo ważne jest aby terapeuta zadeklarował wolę konsekwentnej współpracy z chorym według nowej metody.

Optymalna liczba terapeutów, biorących udział w testowaniu to 40 os.

W przypadku lekarzy rekrutacja prowadzona będzie we współpracy z Kierownikiem Kliniki Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Głównym kryterium doboru będzie wola

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



zainteresowania się nowatorskimi rozwiązaniami w obszarze aktywizacji chorych oraz deklaracja ścisłej i systematycznej współpracy z terapeutami-opiekunami chorych. Liczba psychiatrów biorących udział w testowaniu to 10 osób.

4.3. Plan działań testujących

Testowanie odbywać się będzie w okresie

Czas działania	Charakter działania	Niezbędne narzędzia i dokumenty
III 2013	Działania przygotowawcze, w ramach których odbędą się spotkania organizacyjne z kadrą kierowniczą Powiatowych Ośrodków Wsparcia oraz lekarzami i kadrą kierowniczą Kliniki Psychiatrii UM w Lublinie. W trakcie spotkania zostaną omówione szczegóły wdrażania nowych rozwiązań	Podręcznik „Przyjazny świat. Innowacyjne metody aktywizacji osób chorych psychicznie 15-25 lat”
III 2013	Rekrutacja odbiorców i użytkowników. Nabór odbywać się będzie zgodnie z zasadami określonymi w pkt. 4.2	Dokumentacja projektowa: deklaracje uczestnictwa, ankiety zgłoszeniowe, oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych, protokół z rozmowy kwalifikacyjnej
IV-V 2013	Szkolenie dla 40 terapeutów środowiskowych-opiekunów POW w zakresie nowej metodologii wsparcia, psychiatrii, coachingu, projektowania ścieżki edukacyjno-zawodowych, rozwoju zasobów ludzkich (40 godz.)	Podręcznik „Przyjazny świat. Innowacyjne metody aktywizacji osób chorych psychicznie 15-25 lat” Program szkolenia, dokumentacja projektowa (listy obecności, dziennik zajęć, arkusz użytkownika, protokół z egzaminu)



FUNDACJA INICJATYW MENEDŻERSKICH



VI 2013	Warsztaty dla lekarzy i opiekunów POW (łącznie 50 os.) w zakresie metodologii współpracy, zasad ustalania ścieżki wsparcia dla chorych, psychiatrii środowiskowej	Podręcznik „Przyjazny świat. Innowacyjne metody aktywizacji osób chorych psychicznie 15-25 lat” Program szkolenia, dokumentacja projektowa (listy obecności, dziennik zajęć, arkusz użytkownika, protokół z egzaminu)
VI 2013	Szkolenie dla 30 pracowników i pracownik PUP i OPS w zakresie współpracy z chorym psychicznie, poszukiwania dla nich ofert pracy, zasad pomocy w codziennym życiu (20 godz.)	Podręcznik „Przyjazny świat. Innowacyjne metody aktywizacji osób chorych psychicznie 15-25 lat” Program szkolenia, dokumentacja projektowa (listy obecności, dziennik zajęć, raport ze szkolenia)
VI 2013 – XI 2014	Bieżąca praca opiekunów (terapeutów) z chorymi psychicznie i ich rodzinami oraz lekarzami. Każdy odbiorca, biorący udział w testowaniu przejdzie przez cztery etapy działań aktywizujących: Etap I – Szybka interwencja. W trakcie pierwszego bądź kolejnych pobytów w szpitalu i po uzyskaniu zgody chorego lub jego prawnego opiekuna, chorym wspólnie z lekarzem zajmuje się wcześniej przygotowany z wiedzy psychiatrycznej, coachingowej, rozwoju zasobów ludzkich opiekun. Wspólnie z lekarzem diagnozuje problemy, bada oczekiwania i bilansuje zdolności i talenty. Ustala	Podręcznik „Przyjazny świat. Innowacyjne metody aktywizacji osób chorych psychicznie 15-25 lat”

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY





	<p>moment rozpoczęcia działań aktywizujących, jest wsparciem w terapii lekarskiej.</p> <p>Etap II Projektowanie – ma miejsce po opuszczeniu szpitala, w POW opiekun na podstawie wcześniej diagnozy osobowościowej wspólnie z chorym i rodziną pomaga w projektowaniu przyszłości chorego.</p> <p>Etap III Działanie – zaprojektowany plan zostaje wcielony w życie, opiekun pomaga choremu w codziennym życiu (np. monitoruje postępy w nauce, pomaga w szukaniu pracy i rozmowie kwalifikacyjnej, motywuje go do działania, ocenia jego zdolności do samodzielnego funkcjonowania)</p> <p>Etap IV Korekta – opiekun wspólnie z chorym dokonuje oceny podjętych działań, w przypadku niepowodzenia projektowane są działania naprawcze.</p> <p>Działania aktywizujące będą miały charakter nieprzerwany. Osoby bliskie i współpracujące z chorymi otrzymają scenariusze ze wskazówkami do pracy z chorymi, pokazujące m.in. jak motywować chorych, jak układać relacje, jak angażować do codziennych spraw.</p>	
--	--	--

Od momentu rozpoczęcia testowania wdrożymy również działania upowszechniające produkt. W pierwszym etapie upowszechniania poinformujemy drogą mailową powiatowe ośrodki wsparcia w całym kraju o fakcie realizacji tego typu działań w naszym województwie. Intensyfikacja działań upowszechniających nastąpi w ostatniej fazie realizacji projektu.





4.4. Sposób monitorowania przebiegu testowania

Działania monitorujące zostały zaplanowane zgodnie z zasadą empowerment zapewniającą szeroki udział grupy docelowej w badaniu przebiegu testowania i nadawaniu kształtu ostatecznej wersji produktu finalnego.

W ramach działań monitorujących powołany zostanie Zespół ds. monitorowania. Będzie to ciało opiniotwórczo – doradcze. Skład zespołu stanowić będą autorzy produktu finalnego, dwóch terapeutów (użytkowników produktu), dwóch lekarzy psychiatrów, biorących udział w testowaniu, jeden przedstawiciel Lubelskiego Stowarzyszenia Ochrony Zdrowia Psychicznego. Kierownikiem zespołu będzie ekspert metodyczny projektu.

Co kwartał do wszystkich użytkowników produktu wysyłana będzie drogą mailową ankieta za pomocą której badać będziemy przebieg wdrażania nowej metody wsparcia, będziemy pytać o opinie dotyczące produktu, o problemy z jakimi borykają się użytkownicy, o korzyści i efekty wynikające z zastosowania nowych rozwiązań. Za przesłanie ankiety i zebranie wyników odpowiedzialny będzie specjalista ds. logistyki i monitoringu. Raz na kwartał poprosimy również o wypełnienie krótkiej i zwięzłej ankiety odbiorców produktu i członków ich rodzin. Ważna jest bowiem ocena i spojrzenia z punktu widzenia korzystającego w sposób bezpośredni z nowych rozwiązań. O przekazanie ankiety poprosimy opiekunów (terapeutów) chorych.

Co cztery miesiące, po podsumowaniu wyników z powyższej ankiety, będą odbywać się spotkania Zespołu ds. monitorowania. Na spotkaniach szczegółowo zostanie omówiony przebieg testowania i kwestie związane z przydatnością produktu.

Z uwagi na liczne obowiązki terapeutów, odległości geograficzne pomiędzy ośrodkami wsparcia, kontakt w ramach działań monitorujących będzie miał głównie charakter mailowy i telefoniczny. Niemniej jednak planowane są wizyty eksperta metodycznego, koordynatora i autorów produktu w ośrodkach wsparcia. Ponadto w każdej chwili użytkownicy w razie problemów czy wątpliwości będą mogli zwrócić się do eksperta metodycznego o poradę.

W ramach procesu testowania raz w miesiącu odbywać się będą spotkania zespołu zarządzającego projektem a raz na kwartał będą miały miejsce posiedzenia Grupy Sterującej.

W ramach powyższych spotkań omawiany będzie postęp rzeczowy przebiegu testowania, pojawiające się ryzyka i inne kwestie dotyczące zarządzania procesem testowania.

W sytuacji gdyby zaistniała konieczność korekty produktu finalnego (wynikająca np. z sugestii użytkowników) to modyfikacja taka zostanie przeanalizowana przez autorów koncepcji i Zespół ds. monitorowania. Korekty produktu mogą dotyczyć takich kwestii jak: zasady współpracy terapeutów z lekarzami, wymaganego czasu pracy w ramach poszczególnych etapów, sposobu i zakresu diagnozy etapu pierwszego. W przypadku





podjęcia decyzji o modyfikacji zostanie sporządzony aneks do Podręcznika ze szczegółowym wyjaśnieniem charakteru korekt. Aneks zostanie przesłany do wszystkich użytkowników. Gdyby zaistniała konieczność zorganizowania dodatkowych spotkań doszkalających, to spotkania te oczywiście odbędą się i poprowadzą je autorzy Podręcznika.

5. Sposób sprawdzenia czy innowacja działa

W celu oceny wartości produktu finalnego i zbadania efektów wynikających z zastosowania nowej metody aktywizacji osób chorych psychicznie w wieku 15-25 lat przeprowadzona zostanie ewaluacja wewnętrzna i ewaluacja zewnętrzna.

5.1. Ewaluacja wewnętrzna

Cel ewaluacji wewnętrznej - sprawdzenie czy w wyniku wdrożenia nowej metody aktywizacji nastąpiły zaplanowane efekty

Czas przeprowadzenia ewaluacji - XI 2014

Osoby odpowiedzialne za ewaluację - koordynator, ekspert metodyczny, specjalista ds.logistyki i monitoringu

Techniki i narzędzia badawcze – metoda analizy delfickiej, analiza danych wtórnych (zebranych w trakcie monitoringu testowania), analiza danych pierwotnych (kwestionariusze dystrybuowane wśród przyszłych potencjalnych użytkowników dotyczące przydatności i użyteczności produktu)

Rodzaje ewaluacji – ewaluacja wewnętrzna typu on-going i ewaluacja ex post.

W ramach ewaluacji on-going w drugim kwartale 2014 roku będzie miała miejsce analiza delficka polegająca na pozyskaniu opinii specjalistów z dziedziny psychiatrii, rozwoju zasobów ludzkich i rynku pracy.

Analiza delficka ma nam dostarczyć opinii i rekomendacji w zakresie osiągniętych korzyści dla odbiorców i użytkowników oraz skuteczności interwencji. Z analizy delfickiej i analizy opinii i ocen ekspert metodyczny sporządzi raport.

Ponadto w pierwszym kwartale 2014 roku przeprowadzone zostanie badanie ankietowe wśród przyszłych potencjalnych użytkowników nowego rozwiązania, tj. terapeutów POW i lekarzy psychiatrów. Badanie zostanie przeprowadzone celem poznania opinii osób, które nie biorą bezpośrednio udziału w testowaniu, a mogą potencjalnie w przyszłości wykorzystywać nową metodę pracy z chorymi psychicznie. Ankieta dostarczy nam opinii na temat innowacji, jej wyniki będą też wykorzystane do opracowania ostatecznego kształtu produktu finalnego.





W listopadzie 2014 roku zostanie przeprowadzona ewaluacja końcowa. Materiałem pomocniczym będą wyniki uzyskane w trakcie ewaluacji on-going.

W ewaluacji ex-post zostaną przyjęte wskazane poniżej kryteria i postawione następujące pytania:

Kryteria:

- trafność i użyteczność (ocena, w jakim stopniu wdrożenie nowego rozwiązania spowodowało korzystne zmiany u grupy docelowej, czy produkt przyczynił się do rozwiązania problemów grupy docelowej))
- efektywność (ocena relacji wydatkowanych środków finansowych, posiadanych zasobów intelektualnych i technicznych do osiągniętych efektów, ocena zaangażowanych zasobów)
- skuteczność (ocena, w jakim stopniu osiągnięte zostały celem projektu)
- trwałość (ocena na ile osiągnięte efekty są trwałe i czy uda się je utrzymać w ciągu następnych lat).

Pytania:

- czy opracowane i wdrożone w fazie testowania rozwiązanie wpłynęło na zwiększenie efektywności i skuteczności procesów aktywizacji i integracji osób chorych psychicznie w wieku 15-25 lat.
- czy i w jaki sposób produkt wpłynął na poprawę jakości życia osób chorych psychicznie w wieku 15-25 lat
- czy i w jaki sposób nowe rozwiązania wpłynęły na efektywność współpracy terapeutów środowiskowych (opiekunów) i lekarzy
- jakie korzyści przyniosła Powiatowym Ośrodkom Wsparcia nowa metoda, a jakie lekarzom prowadzącym chorych
- jaki wpływ może mieć nowe rozwiązanie na postawę pracodawców i przekonanie ich do zatrudniania chorych
- w jaki sposób nowe rozwiązanie może być pomocne nauczycielom uczącym osoby chore psychicznie
- czy przyjęte rozwiązanie jest możliwe do zastosowania w innych Powiatowych Ośrodkach Wsparcia w całej Polsce i innych przychodniach bądź klinikach psychiatrycznych

Z ewaluacji końcowej zostanie opracowany raport, zawierający takie elementy jak: charakterystyka przedmiotu badania, zastosowane narzędzia i metody badawcze, analiza wyników, wnioski i rekomendacje.



5.2. Ewaluacja zewnętrzna

Ewaluacja zewnętrzna zostanie przeprowadzona w listopadzie 2014 roku.

W październiku 2014 roku Fundacja Inicjatyw Menedżerskich wyłoni ekspertów zewnętrznych celem wykonania tych działań. Zespół zarządzający projektem wraz z przedstawicielami Partnera opracują zaproszenie do składania ofert i zamieszczą je na stronie internetowej FIM. Zespół zarządzający dokona także wnikliwej analizy osób i instytucji zajmujących ewaluacją zewnętrzną. Zostanie wyłonionych dwóch ewaluatorów. Jeden z nich powinien posiadać udokumentowane kwalifikacje w obszarze psychologii, psychiatrii bądź coachingu. Druga osoba powinna posiadać udokumentowane co najmniej dwuletnie doświadczenie w prowadzeniu ewaluacji bądź audytów lub doświadczenie w wydawaniu opinii, ocen, ekspertyz.

Kluczowy zakres prac ewaluatorów będzie dotyczył analizy i oceny skuteczności oraz efektywności produktu w stosunku do dotychczasowych form aktywizacji osób chorych psychicznie w wieku 15-25 lat.

Główne zadania zespołu ewaluacyjnego to:

- wielowątkowa analiza produktu finalnego
- analiza danych pierwotnych i wtórnych
- analiza wyników ewaluacji wewnętrznej
- sporządzenie raportu z rekomendacjami dla produktu finalnego

5.3 Efekty i sposób ich weryfikacji

Poniżej podajemy efekty innowacji i sposób ich weryfikacji

EFEKT	KOGO DOTYCZY	SPOSÓB SPRAWDZENIA CZY EFEKT ZOSTAŁ OSIĄGNIĘTY
Poprawa jakości życia chorych (przejawiająca się m.in. w łatwiejszym poruszaniu się po rynku pracy, szybszym i trwalszym nawiązywaniem relacji społecznych, motywacji do	Odbiorcy – osoby chore psychicznie z terenu woj. lubelskiego w wieku 15-25 lat	Wyniki ewaluacji wewnętrznej (końcowej) Wyniki ewaluacji zewnętrznej

kontynuacji nauki, wzrostem zaangażowania we własne sprawy, wzrostem pewności siebie, lepszym radzeniu sobie w codziennym życiu)		
Nabywanie umiejętności kierowania własnym życiem zawodowo-społecznym	Odbiorcy – osoby chore psychicznie z terenu woj. lubelskiego w wieku 15-25 lat	Wyniki ewaluacji wewnętrznej (on-going i ex post) Wyniki ewaluacji zewnętrznej
Zminimalizowanie w obszarze społeczno-zawodowym negatywnych skutków związanych z chorobą psychiczną	Odbiorcy – osoby chore psychicznie z terenu woj. lubelskiego w wieku 15-25 lat	Wyniki ewaluacji wewnętrznej (końcowej) Wyniki ewaluacji zewnętrznej
Zwiększenie efektywności działań aktywizujących osoby chore psychicznie w wieku 15-25 lat	Użytkownicy - opiekunowie (terapeuci) POW i lekarze z Kliniki Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie	Wyniki ewaluacji wewnętrznej (on going i ex post) Wyniki ewaluacji zewnętrznej
Uzyskanie efektu synergii pomiędzy pracą lekarza a działaniami aktywizującymi prowadzonymi przez terapeutów środowiskowych	Użytkownicy- opiekunowie (terapeuci) POW i lekarze z Kliniki Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie	Wyniki ewaluacji wewnętrznej (on going i ex post) Wyniki ewaluacji zewnętrznej
Wprowadzenie nowej jakości pracy Powiatowych Ośrodków Wsparcia	Użytkownicy pośredni – kadra kierownicza Powiatowych Ośrodków Wsparcia	Wyniki ewaluacji wewnętrznej (on going i ex post) Wyniki ewaluacji zewnętrznej

6. Strategia działań upowszechniających

6.1. Informacje ogólne

Cel działań upowszechniających to informowanie o istocie produktu, jego zaletach, korzyściach i możliwościach jest zastosowania oraz zachęcanie do skorzystania z nowego produktu

Narzędzia działań upowszechniających: folder, konferencja upowszechniająca, warsztaty robocze, film popularyzatorsko-instruktażowy, listy rekomendacyjne, informacje na stronie internetowej Lidera i Partnera

Przedmiot działań upowszechniających: cały produkt finalny tj. metodyka wsparcia i scenariusze postępowań. Upowszechniać będziemy także produkt pośredni tj. metodykę zarządzania potencjałem pracowniczym 15-25 lat, przeznaczoną dla pracodawców.

Osoby odpowiedzialne za działania upowszechniające: zespół zarządzający i przedstawiciel Partnera.

Okres wdrażania działań upowszechniających: intensyfikacja działań upowszechniających nastąpi w pierwszym kwartale 2015 roku, główny nacisk w upowszechnianiu zostanie położony na dostarczenie informacji na temat istoty produktu i na zachęcenie przyszłych użytkowników do zastosowania nowych rozwiązań w praktyce.

Grupa docelowa działań upowszechniających - pracownicy Powiatowych Ośrodków Wsparcia, kadra kierownicza POW-ów, które nie uczestniczyły w procesie testowania, lekarze psychiatry pracujący w klinikach, szpitalach i poradniach zdrowia psychicznego, organizacje pozarządowe, kadra kierownicza i nauczyciele szkół specjalnych, przewodniczący i członkowie Krajowej i Regionalnych Sieci Tematycznych.

6.2. Szczegółowy plan działań upowszechniających

Grupa docelowa	Uzasadnienie wyboru grupy docelowej	Narzędzia upowszechniania	Oczekiwany charakter udziału grupy docelowej w upowszechnianiu
Pracownicy Powiatowych Ośrodków Wsparcia, w całym kraju - 300 os.	Konieczność dostarczenia wiedzy o produkcie, o zasadach jego stosowania, zachęcenie do wykorzystania produktu w swojej	Część pracowników POW- ow weźmie udział w warsztatach upowszechniających lub w konferencji upowszechniającej, do części osób	Zapoznanie się z produktem, wyrażenie opinii na jego temat możliwości zastosowania go we własnej pracy

	pracy	wysłane zostaną foldery i film popularyzatorsko-instruktażowy	
Kadra kierownicza Powiatowych Ośrodków Wsparcia w całym kraju – 200 os.	Konieczność dostarczenia informacji o produkcie z punktu widzenia zarządzania ośrodkiem	Część kadry kierowniczej uczestniczyć będzie konferencji upowszechniającej, do części osób wysłane listy rekomendacyjne lub film popularyzatorsko-instruktażowy	Zapoznanie się z produktem, rozważenie możliwości zastosowania go w podległym ośrodku
Lekarze psychiatrzy pracujący w klinikach psychiatrycznych, szpitalach psychiatrycznych, poradniach zdrowia psychicznego – 300 os.	Konieczność przekazania informacji o zasadach współpracy z terapeutami i korzyściach dla pacjentów	Część osób weźmie udział w konferencji upowszechniającej, część otrzyma foldery i listy rekomendacyjne	Zapoznanie się z produktem, wyrażenie opinii na jego temat (z punktu widzenia korzyści dla chorego), rozważenie możliwości przystąpienia do współpracy z terapeutami (opiekunami)
Przedstawiciele organizacji pozarządowych, które w swojej działalności statutowej zajmują się wsparciem osób chorych psychicznie, Warsztaty Terapii Zajęciowej - 150 os.	Wiele organizacji pozarządowych w Polsce w na Lubelszczyźnie zajmuje się problematyką wsparcia osób psychicznie chorych, organizując dla nich świetlice terapeutyczne, spotkania grup wsparcia, zajęcia rehabilitacyjne. Ważne jest więc aby organizacje te zapoznały się z nową	Część przedstawicieli NGO-sów zostanie zaproszona na konferencję upowszechniającą, do części zostaną przesłane foldery i listy rekomendacyjne	Zapoznanie się z nową metodą, wyrażenie opinii, zastosowanie elementów metody w praktyce

	metodą aktywizowania chorych i rozważyły zastosowanie jej elementów w swojej codziennej pracy		
Pracodawcy z woj. lubelskiego i całego kraju – 1000 os.	Przekazanie informacji o metodyce zarządzania pracownikami chorymi psychicznie, przekonywanie pracodawców aby zerwali ze stereotypami i nie bali się zatrudniać osób chorych	Listy rekomendacyjne, przekazanie metodyki zarządzania potencjałem pracowniczym, część pracodawców weźmie udział w konferencji upowszechniającej	Zapoznanie się z metodyką, wyrażenie opinii na temat metodyki
Kadra kierownicza i nauczyciele ze szkół specjalnych – 60 os.	Dostarczenie informacji na temat postępowania z chorym w procesie edukacji celem pełnego włączenia go do życia społecznego	Część osób weźmie udział w konferencji upowszechniającej, części zostaną przesłane listy rekomendacyjne i scenariusze postępowania	Zapoznanie się ze scenariuszami, wyrażenie opinii na temat nowej metody, zastosowanie scenariuszy i ćwiczeń w praktyce
Przewodniczący Krajowych Sieci Tematycznych i Regionalnych Sieci Tematycznych - 21 os.	Sieci tematyczne stanowią bardzo dobry „kanał” dystrybucji informacji o wypracowanych produktach w ramach projektów innowacyjnych testujących	Listy rekomendacyjne, zaproszenie na konferencję upowszechniającą	Wsparcie w upowszechnianiu informacji o produkcie.

Szczegółowa informacja o produkcie ukaże się na stronach internetowych Fundacji Inicjatyw Menedżerskich i Lubelskiego Stowarzyszenia Ochrony Zdrowia Psychicznego. Zamieszczony zostanie tam także podręcznik pt. „Przyjazny świat. Innowacyjne metody aktywizacji osób chorych psychicznie 15-25 lat”. Wszystkim zainteresowanym naszym produktem mogą zostać przesłane dodatkowe informacje, możliwe są też osobiste spotkania z autorami koncepcji.

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego





Działania upowszechniające są zgodne z zapisami wniosku o dofinansowanie.

7. Strategia działań włączających

Celem działań mainstreamingowych jest: zapewnienie włączenia proponowanych rozwiązań do głównego nurtu polityki i praktyki oraz doprowadzenie do powszechnego stosowania produktu.

Adresaci działań mainstreamingowych zostali sklasyfikowani pod kątem rodzaju działań włączających. W mainstreamingu horyzontalnym będą to:

- przedstawiciele kadry kierowniczej Powiatowych Ośrodków Wsparcia z województwa lubelskiego, które nie brały udziału w testowaniu
- pracownicy Powiatowych Ośrodków Wsparcia, którzy w sposób bezpośredni nie uczestniczyli w procesie testowania
- Kadra kierownicza i pracownicy Powiatowych Centrów Pomocy Rodzinie z woj. lubelskiego
- lekarze psychiatrzy z Kliniki Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Szpitala Neuropsychiatrycznego (oddziałów psychiatrii specjalnej i ogólnej), poradni zdrowia psychicznego z woj. lubelskiego, którzy nie brali udziału w testowaniu
- starostowie powiatów z województwa lubelskiego
- dyrektorzy powiatowych urzędów pracy z woj. lubelskiego
- Wojewódzki konsultant w dziedzinie psychiatrii oraz psychiatrii dzieci i młodzieży (dla woj. lubelskiego)
- Zarząd Polskiej Konfederacji Prywatnych Pracodawców Lewiatan

Grupy docelowe w mainstreamingu wertykalnym to:

- Starostwie powiatów w całym kraju
- Kadra kierownicza Powiatowych Centrów Pomocy Rodzinie w całym kraju
- Posłowie i senatorowie, w szczególności członkowie komisji sejmowych ds. rodziny i pomocy społecznej oraz do spraw zdrowia
- Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia
- Dyrektor Departamentu Pomocy i Integracji Społecznej w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej
- Krajowy konsultant w dziedzinie psychiatrii oraz psychiatrii dzieci i młodzieży
- Media

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



Narzędzia działań mainstreamingowych: spotkania lobbingowe, listy rekomendacyjne, materiały promocyjne (film i folder)

Osoby odpowiedzialne za działania upowszechniające: zespół zarządzający i przedstawiciel Partnera

Okres wdrażania działań upowszechniających - I kwartał 2015 roku

Szczegółowy plan działań w ramach mainstreamingu horyzontalnego

Grupa docelowa	Uzasadnienie wyboru grupy docelowej	Działania mainstreamingowe	Charakter udziału grupy docelowej w działaniach	Oczekiwane rezultaty podjętych działań
Przedstawiciele kadry kierowniczej Powiatowych Ośrodków Wsparcia z województwa lubelskiego, które nie brały udziału w testowaniu – 24 os.	Osoby posiadające możliwości decyzyjne w zakresie wdrożenia nowej metody aktywizacji	1. Listy rekomendacyjne dot. istoty koncepcji i korzyści dla chorych 2. Bezpośrednie spotkania lobbingowe autorów koncepcji	Zapoznanie się z produktem i rozważenie możliwości zastosowania go	Wykorzystanie produktu w podległym POW-ie
Pracownicy Powiatowych Ośrodków Wsparcia, którzy w sposób bezpośredni nie uczestniczyli w procesie testowania - 30 os.	Osoby, które potencjalnie mogą pracować z chorymi według nowej koncepcji aktywizacji	1. Warsztaty robocze 2. Materiały promocyjne	Zapoznanie się z produktem	Dyskusja nad korzyściami wynikającymi z zastosowania produktu, rozważenie możliwości wykorzystania produktu w codziennej pracy
Kadra kierownicza i pracownicy Powiatowych Centrów Pomocy Rodzinie z woj. lubelskiego – 20 os.	Sprawowanie w imieniu starosty nadzoru nad POW-ami	1. Listy rekomendacyjne dot. istoty metody 2. Bezpośrednie spotkania lobbingowe autorów	Zapoznanie się z produktem, wyrażenie opinii na jego temat	Rekomendacje do wdrożenia produktu w POW-ach

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

		koncepcji		
Lekarze psychiatrzy z Kliniki Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Szpitala Neuropsychiatrycznego (oddziałów psychiatrii specjalnej i ogólnej), poradni zdrowia psychicznego z woj. lubelskiego, którzy nie brali udziału w testowaniu – 10 os.	Osoby, które potencjalnie w przyszłości mogą współpracować z terapeutami wg nowej koncepcji aktywizacji	1.Listy rekomendacyjne 2. Spotkania lobbyingowe autorów koncepcji	Zapoznanie się z produktem, wyrażenie opinii na jego temat	Wykorzystanie produktu w codziennej pracy
Starostowie powiatów z województwa lubelskiego – 24 os.	Osoby decyzyjne, sprawujące nadzór nad Powiatowymi Ośrodkami Wsparcia	1.Listy rekomendacyjne dot. istoty koncepcji i korzyści wynikających z zastosowania produktu 2. Bezpośrednie spotkania lobbyingowe z autorami koncepcji	Zapoznanie się z produktem	Rekomendacja dot. wdrożenia produktu w POW-ach
Dyrektorzy powiatowych urzędów pracy z woj. lubelskiego – 24 os.	Osoby i instytucje uczestniczące w procesie doradztwa zawodowego i pośrednictwa pracy	1.Listy rekomendacyjne 2. Materiały promocyjne	Zapoznanie się z produktem	Wsparcie w procesie włączania produktu do głównego nurtu
Wojewódzki konsultant w dziedzinie psychiatrii oraz psychiatrii dzieci i młodzieży / dla woj. lubelskiego/	Autorytety w środowisku medycznym	1.Bezpośrednie spotkanie lobbyingowe eksperta metodycznego	Zapoznanie się z produktem	Wsparcie w procesie włączania produktu do głównego nurtu i rekomendacja w zakresie



FUNDACJA INICJATYW MENEDŻERSKICH



				stosowania produktu przez lekarzy- psychiatrów
Zarząd Polskiej Konfederacji Prywatnych Pracodawców Lewiatan	Organizacja zrzeszająca ponad 700 tys. osób, posiadająca autorytet wśród pracodawców	1.Listy rekomendacyjne, przekazanie metodyki zarządzania potencjałem pracowniczym	Zapoznanie się z produktem	Pełnienie roli „promotora” produktu wśród pracodawców, wsparcie w zakresie włączenia produktu do głównego nurtu

Szczegółowy plan działań w ramach mainstreamingu wertykalnego

Grupa docelowa	Uzasadnienie wyboru grupy docelowej	Działania mainstreamigowe	Charakter udziału grupy docelowej w działaniach	Oczekiwane rezultaty podjętych działań
Starostowie powiatów w całym kraju - 2000 os.	Podejmowanie decyzji w zakresie pomocy społecznej, przeciwdziałania bezrobociu, sprawowanie nadzoru na Powiatowymi Ośrodkami Wsparcia	Listy rekomendacyjne, foldery, bezpośrednie spotkania lobbingowe eksperta metodycznego i autorów produktu	Zapoznanie się z produktem, wyrażenie opinii na jego temat	Zapoznanie się z produktem, wyrażenie opinii na jego temat
Kadra kierownicza Powiatowych Centrów Pomocy Rodzinie w całym kraju- 1000 os.	Sprawowanie nadzoru nad POW-ami w imieniu starosty, realizacja zadań, których celem jest integracja osób z grup szczególnego ryzyka	Listy rekomendacyjne, foldery, bezpośrednie spotkania lobbingowe eksperta metodycznego i autorów produktu	Zapoznanie się z produktem, wyrażenie opinii na jego temat	Zapoznanie się z produktem, wyrażenie opinii na jego temat
Posłowie i	Możliwości	1.Bezpośrednie	Zapoznanie się	Rekomendacja

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



senatorowie, w szczególności członkowie komisji sejmowych ds. rodziny i pomocy społecznej oraz do spraw zdrowia – 10 os.	decyzyjne, możliwość wyrażania opinii w sprawach będących przedmiotem obrad parlamentu	spotkania lobbingsowe eksperta metodycznego i autorów produktu z lokalnymi parlamentarzystami, mające na celu przedstawienie korzyści zalet wynikających z zastosowania produktu 2. Listy rekomendacyjne	z produktem, wyrażenie opinii na jego temat	w zakresie włączenia produktu do głównego nurtu
Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia	Prowadzenie spraw związanych z realizacją zadań w zakresie zdrowia psychicznego	List rekomendacyjny, w którym zostanie przedstawiona idea produktu oraz rola i korzyści wynikające z udziału lekarzy w procesie wsparcia	Zapoznanie się z produktem, wyrażenie opinii	Rekomendacja dot. włączenia do głównego nurtu, wsparcie w rekomendacji produktu wśród lekarzy psychiatrów
Dyrektor Departamentu Pomocy i Integracji Społecznej w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej	Opracowywanie projektów rządowych i resortowych programów wsparcia osób i rodzin zagrożonych wykluczeniem społecznym oraz programów aktywnych form pomocy dla wybranych kategorii osób z grup szczególnego ryzyka	List rekomendacyjny, w którym zostanie przedstawiona koncepcja produktu oraz korzyści dla chorych i terapeutów środowiskowych	Zapoznanie się z produktem, wyrażenie opinii	Rekomendacja dot. włączenia do głównego nurtu, wsparcie w rekomendacji produktu w Powiatowych Ośrodkach Wsparcia

Krajowy konsultant w dziedzinie psychiatrii oraz psychiatrii dzieci i młodzieży	Osoby posiadające autorytet w środowisku medycznym	List rekomendacyjny, w którym zostanie przedstawiona idea produktu oraz rola i korzyści wynikające z udziału lekarzy w procesie wsparcia a także znaczenie nowych rozwiązań dla terapii meycznej	Zapoznanie się z produktem i wyrażenie opinii na jego temat	Pełnienie funkcji promotora produktu wśród lekarzy-psychiatrów
Redaktorzy naczelni oraz dziennikarze pism opiniotwórczych – 15 os.	Możliwość wpływu na opinię publiczną	1.Listy rekomendacyjne przesłane do redaktorów naczelnych, w którym zostanie zamieszczona informacja o istocie produktu i korzyściach społecznych wynikających z jego zastosowania 2.Bezpośrednie spotkania lobbingsowe eksperta metodycznego i autorów produktu	Zapoznanie się z założeniami produktu i wyrażenie opinii na jego temat	Rekomendacja do włączenia do głównego nurtu, zamieszczenie informacji o produkcie w czasopiśmie

8. Kamienie milowe

Kamienie milowe dla II etapu projektu to:

1. Rozpoczęcie fazy testowania produktu finalnego w powiatowych urzędach pracy w województwie lubelskim – I kw. 2013 r.
2. Opracowanie ostatecznej wersji produktu finalnego – IV kw. 2014 r.
3. Walidacja produktu – IV kw.2014 r.

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



4. Rozpoczęcie działań upowszechniających – I kw. 2015 r.
5. Rozpoczęcie działań włączających - I kw. 2015 r.
6. Zamknięcie projektu - I kw. 2015 r.

9. Strategia zarządzania ryzykiem

Celem analizy ryzyka była identyfikacja ewentualnych zagrożeń, które mogą pojawić się na etapie testowania, upowszechniania i włączania. W poniższej tabeli uwzględniono ryzyka, które otrzymały 4 i więcej punktów w obszarze istotności.

9.1. Ryzyko zewnętrzne

Ryzyko nr 1

Faza realizacji projektu: Testowanie

Nazwa ryzyka: Zaostrzenie się objawów chorobowych, które uniemożliwią regularną pracę z opiekunem

Prawdopodobieństwo wystąpienia 1- Małe 5 - Duże	Wpływ ryzyka 1-Mały 5 - Duży	Istotność Kol 1 x kol.2	Metody identyfikacji ryzyka	Strategia reakcji na ryzyko	Osoba odpowiedzialna za działania naprawcze
4	3	12	Analiza danych wyjściowych, Diagram Ishikawy	Strategia: Łagodzenie Ustalenie harmonogramu pracy z chorym w ścisłej współpracy z chorym, bieżący monitoring stanu zdrowia	Ekspert metodyczny

Ryzyko nr 2

Faza realizacji projektu: Testowanie

Nazwa ryzyka: Opór lub obawa ze strony rodziny chorego w związku z jego udziałem w nowatorskiej metodzie wsparcia, brak zgody opiekuna prawnego na udział osoby nieletniej w projekcie

Prawdopodobieństwo wystąpienia 1- Małe 5 - Duże	Wpływ ryzyka 1-Mały 5 - Duży	Istotność Kol 1 x kol.2	Metody identyfikacji ryzyka	Strategia reakcji na ryzyko	Osoba odpowiedzialna za działania naprawcze
2	3	6	Analiza danych wyjściowych, Diagram Ishikawy	Strategia: Unikanie 1. Przeprowadzenie przez opiekunów i eksperta metodycznego	Ekspert metodyczny, koordynator

				spotkań motywacyjnych, w trakcie których omówione zostaną korzyści z udziału w projekcie dla chorych i ich rodzin 2. Jeśli pomimo rozmów motywacyjnych nie uda się przekonać ustawowych opiekunów chorych do wyrażenia zgody na udział w projekcie, do przedsięwzięcia zostaną zaproszone osoby z listy rezerwowej	
--	--	--	--	---	--

Ryzyko nr 3

Faza realizacji projektu: Upowszechnianie

Nazwa ryzyka: Brak zainteresowania wdrożeniem nowej metody ze strony kadry kierowniczej i pracowników Powiatowych Ośrodków Wsparcia

Prawdopodobieństwo wystąpienia 1- Małe 5 - Duże	Wpływ ryzyka 1-Mały 5 - Duży	Istotność Kol 1 x kol.2	Metody identyfikacji ryzyka	Strategia reakcji na ryzyko	Osoba odpowiedzialna za działania naprawcze
2	2	4	Diagram Ishikawy	Strategia: Łagodzenie Przeprowadzenie na szeroką skalę działań upowszechniających, w których nacisk położony zostanie na przekazanie informacji o korzyściach dla chorych i zwiększeniu efektywności pracy terapeutów środowiskowych	Ekspert metodyczny, koordynator

Ryzyko nr 4

Faza realizacji projektu: Upowszechnianie

Nazwa ryzyka: Brak zainteresowania ze strony pracodawców ideą zatrudniania osób chorych psychicznie

Prawdopodobieństwo wystąpienia 1- Małe 5 - Duże	Wpływ ryzyka 1-Mały 5 - Duży	Istotność Kol 1 x kol.2	Metody identyfikacji ryzyka	Strategia reakcji na ryzyko	Osoba odpowiedzialna za działania naprawcze
4	2	8	Diagram Ishikawy	Strategia: Łagodzenie Skierowanie listów rekomendacyjnych do Zarządu Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych Lewiatan, przesłanie listów rekomendacyjnych do pracodawców i metodyki zarządzania potencjałem pracowniczym	Ekspert metodyczny, koordynator

Ryzyko nr 5

Faza realizacji projektu: Włączanie

Nazwa ryzyka: Niewystarczające zainteresowanie wśród starostów i innych decydentów włączeniem produktu do głównego nurtu

Prawdopodobieństwo wystąpienia 1- Małe 5 - Duże	Wpływ ryzyka 1-Mały 5 - Duży	Istotność Kol 1 x kol.2	Metody identyfikacji ryzyka	Strategia reakcji na ryzyko	Osoba odpowiedzialna za działania naprawcze
2	2	4	Diagram Ishikawy	Strategia: Łagodzenie Spotkania lobbingsowe eksperta metodycznego i autorów koncepcji ze starostami i decydentami, prezentacja korzyści społecznych wynikających z zastosowania produktu	Ekspert metodyczny, koordynator, autorzy koncepcji

9.2. Ryzyko wewnętrzne

Ryzyko nr 1

Faza realizacji projektu: Testowanie

Nazwa ryzyka: Niewystarczająca motywacja chorych i ich rodzin do współpracy z opiekunem (terapeutą)

Prawdopodobieństwo wystąpienia 1- Małe 5 - Duże	Wpływ ryzyka 1-Mały 5 - Duży	Istotność Kol 1 x kol.2	Metody identyfikacji ryzyka	Strategia reakcji na ryzyko	Osoba odpowiedzialna za działania naprawcze
3	3	9	Analiza bieżących danych z monitoringu testowania, diagram Ishikawy	Strategia: Łagodzenie 1. Dodatkowe rozmowy motywacyjne prowadzone przez opiekunów i eksperta metodycznego z chorymi i ich rodzinami, zachęcanie do aktywnego udziału, przekonywanie o korzyściach 2. Przekazanie szczegółowych scenariuszy postępowania	Ekspert metodyczny, koordynator

Ryzyko nr 2

Faza realizacji projektu: Testowanie

Nazwa ryzyka: Istnieje bardzo hipotetyczne ryzyko, iż proponowana metoda okaże się zbyt trudna do zastosowania przez terapeutów/opiekunów

Prawdopodobieństwo Wystąpienia 1- Małe 5 - Duże	Wpływ ryzyka 1-Mały 5 - Duży	Istotność Kol 1 x kol.2	Metody identyfikacji ryzyka	Strategia reakcji na ryzyko	Osoba odpowiedzialna za działania naprawcze
2	3	6	Analiza bieżących danych z monitoringu testowania, diagram Ishikawy	Strategia: Łagodzenie 1. Jeśli w trakcie szkoleń dla terapeutów środowiskowych okaże się, że uczestnicy mają kłopoty z przyswajaniem wiedzy, zostaną im przekazane dodatkowe materiały bądź zorganizowane zostaną dodatkowe konsultacje z trenerem. 2. Jeśli w trakcie pracy z chorymi terapeutami zgłaszać będą trudności z wdrażaniem metody, zorganizowane zostaną	Ekspert metodyczny, koordynator, autorzy koncepcji



FUNDACJA INICJATYW MENEDŻERSKICH



				warsztaty doszkalające. Ponadto nad procesem testowania cały czas czuwać będzie ekspert metodyczny i autorzy koncepcji, będą oni na bieżąco i w miarę potrzeb udzielać dodatkowych wskazówek i pomagać w rozwiązywaniu problemów	
--	--	--	--	--	--

Ryzyko nr 3

Faza realizacji projektu: Testowanie, upowszechnianie i włączanie

Nazwa ryzyka: Utrata płynności finansowej w projekcie

Prawdopodobieństwo wystąpienia 1- Małe 5 - Duże	Wpływ ryzyka 1-Mały 5 - Duży	Istotność Kol 1 x kol.2	Metody identyfikacji ryzyka	Strategia reakcji na ryzyko	Osoba odpowiedzialna za działania naprawcze
2	2	4	Analiza dokumentacji finansowej	Strategia: Łagodzenie Prefinansowanie wydatków projektu z własnych środków	koordynator

Załącznik : Podręcznik „Przyjazny świat. Innowacyjne metody aktywizacji osób chorych psychicznie 15-25 lat”

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY

