



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Strategia wdrażania projektu innowacyjnego testującego

Szczecin
lipiec 2013



Temat innowacyjny: Prowadzenie monitoringu losów absolwentów w celu podniesienia jakości kształcenia i lepszego dostosowania oferty edukacyjnej do potrzeb gospodarki opartej na wiedzy i wymogów rynku pracy.

Nazwa projektodawcy: Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie.

Tytuł projektu: AGNITIO - innowacyjny model monitoringu losów absolwentów realizowany przy współpracy z branżowymi, medycznym instytucjami samorządowymi.

Numer umowy: UDA-POKL.04.01.01-00-279/11-00

I. Uzasadnienie

W trakcie pierwszego etapu realizacji projektu została przeprowadzona szczegółowa diagnoza i analiza problemu, która została dodatkowo ukierunkowana na poznanie uwarunkowań prowadzenia monitoringu losów absolwentów przez uczelnie wyższe kształcące w regulowanych zawodach medycznych (skrót UWKwRZM). Zrealizowano:

- 1) Badania własne [przebadano 51 UWKwRZM spośród wszystkich 69 w Polsce, które kształcą w kierunkach: lekarz, lekarz-dentysta, pielęgniarka, położna (74%), 3 uczelnie odmówiły, a w przypadku 15 proces badawczy nie zakończył się z przyczyn niezależnych od PUM]. W badaniu udział wzięło 37 uczelni o profilu ogólnym mające w ofercie także kierunki kształcenia w regulowanych zawodach medycznych (72,5% badanych uczelni) i 14 (27,5%) uczelni o profilu medycznym tj. uniwersytety medyczne oraz wyższe szkoły medyczne.] tj.:
 - a) Badania jakościowe (zastosowano podejście mixed – mode, czyli połączenie różnych technik badań ankietowych wykorzystujących dokładnie ten sam kwestionariusz, tj.: ankieta internetowa (CAWI), wywiad telefoniczny wspomagany komputerowo (CATI) oraz ankieta pocztowa).
 - b) Badania jakościowe (zastosowano podejście mixed – mode czyli połączenie różnych technik badawczych, tj. telefoniczny wywiad pogłębiony (TDI) oraz indywidualny wywiad pogłębiony (IDI) – w zależności od preferencji respondenta).
 - c) Zogniskowany wywiad grupowy (FGI), którego celem było dokonanie pogłębionej diagnozy w zakresie nastawienia i motywacji uczelni do wdrażania systemu monitoringu losów absolwentów oraz stanu przygotowania do wdrożenia modelu losów absolwentów.
- 2) Analiza Desk Research:
 - a) danych statystycznych i opracowań pochodzących ze statystyki publicznej,
 - b) informacji w internecie,
 - c) informacji dotyczących niwelacji problemu w innych krajach UE,
 - d) wyników badań naukowych i instytucjonalnych.

Przeprowadzone badania (dołączone jako załącznik do strategii) koncentrowały się na pogłębieniu dotychczasowej wiedzy dotyczącej realizacji procesów monitoringu losów absolwentów (ze szczególnym uwzględnieniem UWKwRKM) w kraju i za granicą, jak również **pozwoiliły poznać, niezidentyfikowane do tej pory, szczegółowe czynniki warunkujące skuteczne wdrożenie modelu do praktyki w UWKwRKM**. Postawiono bowiem przed badaniami własnymi następujące cele:

- 1) Diagnoza stopnia przygotowania infrastrukturalnego i kadrowego wszystkich w Polsce UWKwRZM do wdrożenia i stosowania systemu badania losów absolwentów, w tym zebranie informacji na temat tego, jakie systemy informatyczne są używane do obsługi studentów.
- 2) Diagnoza struktury organizacyjnej wszystkich w Polsce UWKwRZM w celu wypracowania uniwersalnego/zunifikowanego modelu systemu badania losów absolwentów.
- 3) Diagnoza motywacji kadry kierowniczej wszystkich w Polsce UWKwRZM do wdrożenia i stosowania systemu badania losów absolwentów, a co za tym idzie analiza stopnia świadomości konieczności dostosowania kierunków i procesów edukacyjnych do wymogów rynku pracy.



- 4) Diagnoza szczegółowych oczekiwań wszystkich w Polsce UWKwRZM względem systemu badania losów absolwentów.

Wszystkie wyniki przeprowadzonej, pogłębionej analizy i diagnozy potwierdziły konieczność realizacji modelu bazującego m.in. na unikatowym i niestosowanym do tej pory mechanizmie pozyskiwania informacji o losach absolwentów z rejestrów prowadzonych przez Naczelną Izbę Lekarską i Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych, dostępnych na płaszczyźnie regionalnej w Okręgowych Izbach Lekarskich i Okręgowych Izbach Pielęgniarek i Położnych.

Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, pomimo wprowadzenia 18 marca 2011 roku zmian, do Ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. Nr 164, poz. 1365, z późn. Zm.), nakazującym uczelniom wyższym prowadzenie monitoringu kariery zawodowej swoich absolwentów (art. 13a.), do dnia dzisiejszego nie udostępniło żadnych instrumentów wspierających realizację ww. obowiązku ustawowego, a podejmowane w ostatnich miesiącach przez jednostki rządowe próby budowy centralnego modelu monitoringu losów absolwentów (w oparciu o dane np. gromadzone przez ZUS), nawet w przypadku pozytywnego zakończenia, nie będą miały (ze względu na zakres dostępnych danych do analizy) odpowiedniego jakościowo wymiaru pozwalającego na skuteczną modyfikację programów i kierunków kształcenia. Trzeba również dodać, że problem monitoringu losów absolwentów był w Polsce pomijany, zarówno: a) na szczeblu centralnym (obowiązek w Polsce wprowadzono w 2011, a np. w Niemczech 1989 Hochschul Informations System GmbH, w 1994 Wielka Brytania DLHE czy w 1997 Francja CEREQ, pomimo priorytetów UE Komunikat Londyński z Konf. Min. Ds. Szkol. Wyższ. z 18.05.2007)¹, jak również przez same b) uczelnie wyższe, które w większości przypadków nastawione są na ilościowe wskaźniki kształcenia (dotacja minist./czesne) niż jakościowe. Z powyższych względów wdrażanie systemu monitoringu losów absolwentów jest dla uczelni wyższych problemem merytorycznym, organizacyjnym jak i finansowym, co znajduje odzwierciedlenie w:

- stanie wdrożenia (SKALA PROBLEMU): **aż w przypadku 41,2%** procedury realizacji monitoringu losów absolwentów na UWKwRZM nie zostały jeszcze opracowane bądź zatwierdzone.² Dodatkowo trzeba stwierdzić, że przyjęcie procedur nie jest równoznaczne z realizacją monitoringu. Deklaracje składane telefonicznie przez 30³ badanych UWKwRZM o prowadzeniu monitoringu, w przypadku **57%** nie znajdowały potwierdzenia w dalszych pytaniach o szczegółowy opis realizacji ww. procedur. Tylko na **4** stronach (31%) www spośród 13 stron uniwersytetów medycznych jest informacja o prowadzonych procedurach monitoringu (które zresztą były realizowane incydentalnie, a nie systemowo),
- deklarowanych oczekiwaniach: **wciąż aż 43% UWKwRZM uważa**, że monitoring powinien być realizowany przez instytucję centralną⁴, przez co opóźniają realizację ww. działań,
- ograniczeń finansowych: władze uczelni wyższych borykając się z problemami finansowymi, nie są skłonne do ponoszenia dodatkowych wydatków na wdrażanie płatnych systemów monitoringu losów absolwentów.

Co gorsza, trzeba również dodać, że w przypadku już funkcjonujących modeli monitoringu losów absolwentów można zaobserwować ich wiele niedoskonałości, które przejawiają się m.in.:

¹ Raport z przeprowadzonej analizy DeskResearch oraz badań własnych dla projektu pn. „AGNITIO – innowacyjny model monitoringu losów absolwentów realizowany przy współpracy z branżowymi medycznymi instytucjami samorządowymi”, Szczecin 2013, s. 127.

² Ibidem, s. 217

³ Ibidem, s. 217

⁴ Ibidem, s. 224



1. **Niskim poziomem uzyskiwanych odpowiedzi na zadane pytania.** Wszystkie, bowiem modele stosowane w Polsce i innych krajach UE bazują na narzędziach ankietowych wysyłanych pocztą tradycyjną bądź elektroniczną i charakteryzują się poziomem zwrotności w wymiarze 20-30%. Np.:
 - Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego przy realizacji badania „Losy zawodowe absolwentów Wydziału Lekarskiego UJ CM, rocznik 2009/2010” na 324 absolwentów zebrało 182 (56%) formularzy w tym tylko **96 (30%) absolwentów wypełniło poprawnie formularz i zakończyło udział w badaniach.**⁵
 - Uniwersytet Medyczny w Lublinie przy realizacji badań „Losy zawodowe absolwentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie 2010/2011.” (Zespół ds. Rekrutacji, Oceny Jakości Kształcenia i Absolwentów, Listopad 2011) na 1427 absolwentów zebrało tylko 493ankiety (**35%**). Na niektórych kierunkach frekwencja była bardzo niska (np. fizjoterapia **2%**) lub zerowa (farmacja – **0%**)⁶.
2. **Brakiem uwzględniania w modelach monitoringu opinii pracodawców**, przez co np. weryfikacja jakości i rynkowości programów/kierunków studiów nie jest w pełni możliwa.
3. **Dużą uniwersalnością/ogólnością pytań ankietowych** stosowanych dla wielu, różnych kierunków, które uniemożliwiają skuteczną modyfikację kierunków/programów kształcenia z uwzględnieniem Krajowych Ram Kwalifikacji (Konwencja Bolońska nakazała KRK przyjąć i potwierdzić do końca 2012 roku).

Powyższe problemy niosą za sobą **wyraźne konsekwencje**, które wyrażają się w kilku płaszczyznach tj.:

1. Brak możliwości spełnienia ustawowych obowiązków zawartych zarówno w art. 13a Prawie o szkolnictwie wyższym (Dz. U. Nr 164, poz. 1365, z późn. Zm.), ale również w rozporządzeniu Ministra NiSW w sprawie warunków prowadzenia studiów na określonym kierunku i poziomie kształcenia (Dz. U. Nr 243, poz. 1445). Paragraf 11, punkt 1, nakłada obowiązek utworzenia wewnętrznego systemu kształcenia w Uczelni: „Wewnętrzny system zapewnienia jakości, odnoszący się do wszystkich etapów procesu dydaktycznego, **uwzględnia [...] wnioski z monitorowania kariery zawodowej absolwentów uczelni.**”
2. Brak możliwości realizacji procesów edukacyjnych przez UWKwRZM z uwzględnieniem MISJI (zawartej m.in. w Narodowym Programie Zdrowia 2007-15 czy Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-13) w budowanej się w realizację zadań wynikających z potrzeb społecznych w kontekście transformacji demograficznej.
3. Brak możliwości skutecznego dostosowywania programów kształcenia do wymogów Krajowych Ram Kwalifikacji, a tym samym do wymogów Konwencji Bolońskiej
4. Niedostosowanie oferty/programów do potrzeb gospodarki i pracodawców - 60% osób nie pracuje w wyuczonym zawodzie.⁷
5. Niedostosowanie do oferty rynku pracy – bezrobocie wśród absolwentów szkół wyższych wyniosło w I kwartale 2013 aż **26,2%**⁸ (wzrosło w stosunku do I kw. 2012 o 4,9 pkt. %), a czas szukania pracy w Polsce przez absolwenta szkół wyższych trwa średnio aż 2 lata⁹.
6. Niewykorzystanie dużego potencjału uczelni do realizacji działań monitoringowych; badania własne pokazały duży potencjał infrastrukturalno-kadrowy UWKwRZM, który jest gwarantem efektywnego wdrożenia modelu monitoringu. I tak m.in.: aż 88,24% osób, które są lub będą odpowiedzialne za monitoring w UWKwRZM ma wysokie zdolności komunikacyjne, 84,31%

⁵ Ibidem s. 108

⁶ Ibidem, s. 110

⁷ „Szkolnictwo wyższe w Polsce” IBnGR, Ernst&Young, 2009

⁸ Kwartałna informacja o aktywności ekonomicznej ludności, GUS, 2013

⁹ „Szkolnictwo wyższe w Polsce” IBnGR, Ernst&Young, 2009



zna podstawy prawne realizacji ww. procesów, 78,43% potrafi tworzyć narzędzia badawcze!¹⁰

Z powyższych względów proponowane przez PUM, unikatowe rozwiązanie, bazujące na źródłach danych gromadzonych przez samorzady medyczne, staje się na tle praktyki polskiej i europejskiej, zdecydowanie bardziej efektywne i skuteczne (patrz dalej) i jak wskazują badania własne możliwe do wdrożenia na UWKwRZM nawet tam, gdzie już funkcjonują modele monitoringu losów absolwentów.¹¹

II. Cel wprowadzenia innowacji

CELEM GŁÓWNYM projektu jest *Poprawa do 11.2015 zdolności 40 uczelni wyższych, które kształcą w regulowanych zawodach medycznych (skrót: UWKwRZM) na terenie Polski do podniesienia jakości kształcenia oraz lepszego dostosowania swojej oferty kształcenia do potrzeb gospodarki poprzez opracowanie, przetestowanie, upowszechnienie i włączenie do polityki jednego innowacyjnego, branżowego modelu realizacji monitoringu losów absolwentów regulowanych kierunków medycznych.*

CELAMI SZCZEGÓŁOWYMI zaś są:

- 1. Podniesienie do 11.2015 potencjału adaptacyjnego 40 UWKwRZM (jakość i adekwatność oferty edukacyjnej) poprzez wyposażenie je w innowacyjne narzędzia i metodyki do realizowania skutecznego procesu monitoringu losów absolwentów.*
- 2. Podniesienie do 11.2015 wśród kadry kierowniczej 40 UWKwRZM umiejętności dostosowywania oferty kształcenia do potrzeb rynku pracy w oparciu o wyniki dostarczone z innowacyjnego modelu monitoringu losów absolwentów.*
- 3. Podniesienie do 11.2015 poziomu znaczenia (uwzględniania) roli monitoringu losów absolwentów w skutecznym procesie zarządzania, usprawniania i dostosowywania oferty edukacyjnej dokonywanym przez kadrę kierowniczą 40 UWKwRZM.*

Po przeprowadzonej analizie w pierwszym etapie projektu określa się, że STANEM POŻĄDANYM będzie wdrożenie przez część UWKwRZM elementów/całości modelu wyrażającym się w osiągnięciu następujących wskaźników

¹⁰ Raport z przeprowadzonej analizy DeskResearch oraz badań własnych dla projektu pn. „AGNITIO – innowacyjny model monitoringu losów absolwentów realizowany przy współpracy z branżowymi medycznymi instytucjami samorządowymi”, Szczecin 2013, s. 210

¹¹ Ibidem, s. 218



Cel główny projektu	Wskaźnik pomiaru celu	Wartość obecna wskaźnika			Wartość docelowa wskaźnika			Źródło weryfikacji/pozyskania danych do pomiaru wskaźnika oraz częstotliwość pomiaru
		K	M	O	K	M	O	
Poprawa do 11.2015 zdolności 40 uczelni wyższych, które kształcą w regulowanych zawodach medycznych (skrót: UWKwRZM) na terenie Polski do podniesienia jakości kształcenia oraz lepszego dostosowania swojej oferty kształcenia do potrzeb gospodarki poprzez opracowanie, przetestowanie, upowszechnienie i włączenie do polityki jednego innowacyjnego, branżowego modelu realizacji monitoringu losów absolwentów regulowanych kierunków medycznych.	Liczba UWKwRZM, która podjęła proces modernizacji oferty i jakości kształcenia w oparciu o wypracowane, składowe modelu innowacyjnego	0	0	0	0	0	40	<p>Ze względu na szczegółowość i branżowość zastosowanych wskaźników (odnoszących się do działań UWKwRZM realizowanych w oparciu o efekty niniejszego projektu innowacyjnego np. „Ilość osób z kadry kierowniczej i pracowników administracji UWKwRZM, która potrafi korzystać z wypracowanych, innowacyjnych rozwiązań modelowych”) Wnioskodawca musiał zaplanować własny system zbierania danych.</p> <p>Zaplanowano, że Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie (realizator badań) przeprowadzi 4 razy wywiad telefoniczny z przedstawicielem każdej UWKwRZM (69 jednostek) tj. w:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pierwszym miesiącu realizacji zadania testowania produktu - ostatnim miesiącu realizacji zadania testowania produktu - pierwszym miesiącu realizacji zadania upowszechniania produktu oraz włączanie go do głównego nurtu polityki - ostatnim miesiącu realizacji zadania upowszechniania produktu oraz włączanie go do głównego nurtu polityki. <p>Narzędziem badawczym będzie specjalnie przygotowany kwestionariusz wywiadu telefonicznego, zawierający pytania odnoszące się do wszystkich wskaźników pomiaru celów wypełniany przez pracownika PUM na podstawie udzielonych telefonicznie odpowiedzi.</p> <p>Formularz będzie zawierał obowiązkowe pola do wypełnienia tj. nazwa badanej uczelni, imię i nazwisko pracownika uczelni udzielającego informacji wraz z jego danymi kontaktowymi i stanowiskiem pracy, data badania pozwalające podmiotom kontrolującym (np. Instytucji Pośredniczącej) projekt /wnioskodawcę na weryfikację rzetelności realizowanych badań i prawdziwość zanotowanych odpowiedzi.</p> <p>Wszystkie odpowiedzi będą agregowane za pomocą narzędzi komputerowych i przedstawiane w formie raportu ukazującego stopień osiągnięcia poszczególnych wskaźników na danym etapie realizacji projektu.</p> <p>Powyższe narzędzie będzie badało wartości wszystkich wskaźników.</p> <p>Oprócz niego zostały zaplanowane jeszcze inne źródła weryfikacji odnoszące się tylko do wybranych wskaźników</p>



								Termin osiągnięcia wskaźnika: 11.2015
	liczba os. kadry kierow. i admin., które nabyły umiejętność realizacji procesów modernizacji oferty i jakości nauczania w oparciu o składowe modelu	0	0	0	72	48	120	Dodatkowym elementem weryfikacji osiągniętych wskaźników będą ankiety audytoryjne (realizowane po każdym/ej z zaplanowanych w projekcie: dwóch spotkań konferencyjnych, ośmiu warsztatów, jednej konferencji podsumowującej, dwóch szkoleniach dla użytkowników - realizowanych w Zadaniu 6 „Upowszechnianie produktu oraz włączanie go do głównego nurtu polityki”). Łącznie zostanie poddanych temu badaniu minimum 120 osób uczestniczących w terminie od 04-11.2015 w ww. formach wsparcia. Dla każdego z rodzaju wsparcia zostanie przygotowany inny kwestionariusz. Termin osiągnięcia wskaźnika 11.2015
	liczba opracowanych, przetestowanych i wdrożonych innowacyjnych, branżowych modeli monitoringu losów absolwentów regulowanych kierunków medycznych	0	0	0	0	0	1	Dodatkowo: wydruk wstępnej i ostatecznej wersji produktu końcowego Termin osiągnięcia wskaźnika 11.2015



Cele szczegółowe projektu	Wskaźnik pomiaru celu	Wartość obecna wskaźnika			Wartość docelowa wskaźnika			Źródło weryfikacji/pozyskania danych do pomiaru wskaźnika oraz częstotliwość pomiaru
		K	M	O	K	M	O	
Podniesienie do 11.2015 potencjału adaptacyjnego 40 UWKwRZM (jakość i adekwatność oferty edukacyjnej) poprzez wyposażenie je w innowacyjne narzędzia i metodyki do realizowania skutecznego procesu monitoringu losów absolwentów.	Ilość UWKwRZM, które rozpoczęły procesy adaptacyjne (jakość i adekwatność w oparciu o komponenty modelu	0	0	0	0	0	40	jak dla 1 wskaźnika celu głównego Termin osiągnięcia wskaźnika 11.2015
Podniesienie do 11.2015 wśród kadry kierowniczej 40 UWKwRZM umiejętności dostosowywania oferty kształcenia do potrzeb rynku pracy w oparciu o wyniki dostarczone z innowacyjnego modelu monitoringu losów absolwentów	Ilość osób z kadry kierowniczej i pracowników administracji UWKwRZM, która potrafi korzystać z wypracowanych, innowacyjnych rozwiązań modelowych	0	0	0	72	48	120	jak dla 2 wskaźnika celu głównego Termin osiągnięcia wskaźnika 11.2015
	Ilość os. z kadry kierow. i admin. UWKwRZM, która potrafi zinterpretować wyniki uzyskane z syst. monitoringu	0	0	0	72	48	120	jak dla 2 wskaźnika celu głównego Termin osiągnięcia wskaźnika 11.2015
Podniesienie do 11.2015 poziomu znaczenia (uwzględniania) roli monitoringu losów absolwentów w skutecznym procesie zarządzania, usprawniania i dostosowywania oferty edukacyjnej dokonywanym przez kadrę kierowniczą 40 UWKwRZM	Ilość UWKwRZM, które wdrożyły opracowany, innowacyjny system monitoringu losów absolwentów	0	0	0	0	0	4	jak dla 1 wskaźnika celu głównego oraz minimum 4 uchwały senatów (kserokopie) bądź podpisane przez jego kierownictwo deklaracje o przyjęciu produktu końcowego do wdrożenia na uczelni (wartość ustalona przez IP na etapie negocjacji projektu przed podpisaniem umowy o dofinansowanie) uzyskane do 30.11.2013



Uzyskanie powyższych wartości będzie świadczyło o osiągnięciu w/w celów. Cel główny, jak i cele szczegółowe, nie zmieniły się. Został pominięty tylko 1 wskaźnik pn. „Ilość UWKwRZN, która zaimplementowała wypracowane modelowe rozwiązania monitoringu losów”, bowiem jest on tożsamy z „Ilość UWKwRZM, które wdrożyły opracowany, innowacyjny system monitoringu losów absolwentów”, dla którego podczas negocjacji (patrz protokół negocjacyjny i zmian w opisie) została zdefiniowana wielkość 4 (zmiana) poprzez konieczność umieszczenia zapisu: *Zakłada się również, że od min. 4 uczelni uzyska się uchwały senatów bądź podpisane przez jego kierownictwo deklaracji o przyjęciu produktu końcowego do wdrożenia na uczelni..* Założenia IP przyznającej gran w ww. zakresie pokryły się z wynikami badań własnych.

III. Opis innowacji, w tym produktu finalnego

Przedmiotem niniejszego projektu jest innowacyjny, branżowy model monitoringu losów absolwentów regulowanych kierunków medycznych (lekarze, lekarze dentyści, pielęgniarki, położne) realizowany przez uczelnie wyższe przy ścisłej współpracy z samorządami zawodowymi ww. zawodów, **wykorzystujący regularnie zbierane i uaktualniane dane przez Okręgowe Izby Lekarskie i Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych.**

Innowacyjność modelu przejawia się w:

1. Innowacyjnej formie wsparcia (gwarantującej TRWAŁOŚĆ I EFEKTYWNOŚĆ rozwiązania) wykorzystującej informacje gromadzone w samorządach zawodowych. Okręgowe Izby Lekarskie (OIL) i Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych (OIPiP) dysponują istotnymi, ale nieprzekazywanymi do UWKwRZM informacjami, **pozwalającymi znacznie zniwelować powszechnie pojawiający się w Polsce i w Europie problem niskiej zwrotności wypełnionych ankiet występujący w każdym systemie monitoringu losów absolwentów.** Instytucje branżowe na mocy ustaw (Dz.U. 2009 nr 219 poz. 1708, Dz.U. 1997 Nr 28 poz. 152) muszą gromadzić informacje o osobach pracujących w medycznych zawodach regulowanych. Posiadają one tak szczegółowe informacje jak dane o wszystkich odbytych: stażach, szkołach, miejscach zatrudnienia, kursach, przerwach w wykonywaniu zawodów, które dodatkowo zostaną poszerzone o wyniki ze stworzonych w ramach projektu jakościowych narzędzi badawczych! Proponowane **rozwiązanie pozwala na uzyskanie bardzo atrakcyjnego współczynnika nakład/rezultat.**

Innowacja więc w tym względzie będzie zawierała się w:

- stworzeniu NOWYCH, funkcjonalnych powiązań między UWKwRZM, a instytucjami branżowymi (OIL, OIPiP) w zakresie monitoringu losów absolwentów (nie ma ich w chwili obecnej, czyli nie ma kanału i możliwości przekazywania danych),
 - opracowaniu NOWATORSKICH, kompleksowych narzędzi (np. system informatyczny), dzięki którym zaistnieje możliwość wspólnego realizowania monitoringu losów absolwentów regulowanych kierunków medycznych przez ww. instytucje, oraz zautomatyzowaniu oceny rynekowości i jakości realizowanych procesów kształcenia,
 - opracowaniu modelu gromadzenia danych komplementarnego z Dyrektywą 36 Unii Europejskiej w budującym się równocześnie w nowelizowany w chwili obecnej system prawny,
 - włączeniu pracodawców do systemu monitoringu. System będzie umożliwiał łatwe pozyskiwanie informacji od kadry kierowniczej szpitali, przychodni czy innych placówek/firm świadczących usługi medyczne. Dzięki temu rozwiązaniu uczelnie będą miały aktualny i najbardziej wymierny obraz zaspakajania przez nie bieżących potrzeb rynku pracy, a także jakości realizowanych procesów edukacyjnych.
2. Innowacyjności względem grupy i problemu przejawiająca się w stworzeniu branżowego systemu monitoringu losów absolwentów skierowanego do tej pory do POMIANYCH uczelni wyższych kształcących w regulowanych zawodach medycznych. Ministerstwo Nauki



i Szkolnictwa Wyższego, pomimo wprowadzenia do Ustawy z dnia 18 marca 2011 r. o zmianie ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym art 13a, nie zagwarantowało, żadnego systemu wsparcia uczelni wyższych w procesie monitoringu losów absolwentów.

Z wypracowanego, innowacyjnego rozwiązania bezpośrednio skorzystają UWKwRZM, które będą UŻYTKOWNIKAMI PRODUKTU. Łącznie w Polsce jest ich 69 jednostek (wszystkie dostaną produkt), na których kształci się na kierunkach regulowanych (lekarskim, lekarsko-dentystycznym, pielęgniarstwie, położniczym) ok. 36 tys. (ż: DNISZWMZ) studentów stanowiących grupę ODBIORCÓW PRODUKTU. Konieczność objęcia UWKwRZM wiąże się z uwarunkowaniami determinującymi ścisłą potrzebę wbudowania oferty eduk. w realizację zadań wynikających z potrzeb społecznych w kontekście transformacji demograficznej, tj. starzejące się społeczeństwo, niska liczba urodzeń, środowiskowe zagrożenia zdrowotne, powszechna opieka medyczna. W skutek m.in. zachodzących ww. procesów, spośród 68 zawodów maksymalnie deficytowych aż 35% stanowią np. zawody medyczne (źródło: „Zawody deficytowe i nadwyżkowe w I pół 2011., MPiPS Departament Rynku Pracy)

Wypracowane i zawarte propozycje będą mogły zostać wdrożone w całości lub tylko w wybranych elementach. Model został podzielony na kilka części (patrz poniżej), które tworzą funkcjonalną i logiczną całość, jednakże możliwe jest wdrożenie ich poszczególnych składowych, np. tylko narzędzi badawczych (cz. III). Z tego też względu produkt ma bardzo duży potencjał w zakresie jego upowszechnienia i włączenia do polityki. Poza powyższym z „dodatkowych” efektów funkcjonowania modelu skorzystają również samorządy medyczne, pracodawcy branży medycznej, a w konsekwencji wszyscy odbiorcy usług medycznych w Polsce, ponieważ rozwiązania modelowe pozwalają nie tylko monitorować mobilność zawodową ww. grup zawodowych (np. odpływ pielęgniarek do zagranicznych szpitali), ale również uzyskać szczegółowe dane o potrzebach kształcenia praktycznego (doksztalcania) poprawiających jakość wykonywania czynności w pracy. Z tego też względu zaniechanie wdrożeń proponowanych rozwiązań pozbawia sektora zdrowia publicznego ważnego instrumentu monitorującego, pozwalającego wesprzeć politykę zdrowotną kraju.

Wdrożenie innowacyjnego rozwiązania wypracowanego w ramach projektu AGNITIO wymaga następujących, niezbędnych technicznych i organizacyjnych warunków tj.

- przyjęcie przez UWKwRZM (zaproponowanego) modelu realizacji monitoringu losów absolwentów regulowanych kierunków medycznych (stosowne uchwały dotyczących zatwierdzenia regulaminu monitoringu, współpracy z samorządem zawodowym itp. wchodzą w skład produktu)
- zainstalowania na serwerze własnym lub zewnętrznym opracowanego i gotowego systemu informatycznego wchodzącego w skład produktu,
- oddelegowanie do jego obsługi i całego systemu monitoringu losów absolwentów osoby pracującej w administracji uczelni (sugeruje się osobę z Akademickiego Biura Karier) i poszerzenie jego zakresu obowiązków o ww. elementy (jeśli do tej pory nikt nie zajmował się w uczelni przedmiotowym zakresem),
- nawiązanie (jeśli jej nie ma) i sformalizowanie relacji UWKwRZM – Samorządy zawodowe lekarzy i lekarzy-dentystów, pielęgniarek i położnych w oparciu o składowe modelu,
- rozpoczęcie realizacji procesu monitoringu o wytyczne zawarte w produkcie.

W celu wyjaśnienia działania partnerskie ww. instytucji tj. UWKwRZM oraz OIL i OIPiP już funkcjonują na innych płaszczyznach. Środowiska medyczne są bardzo wąskie i przenikają się wzajemnie np. często prezesem OIL jest lekarz, który pracuje w szpitalu klinicznym i jest pracownikiem UWKwRZM. Jest to czynnik, który bardzo znacząco i pozytywnie wpływa na potencjał wdrożeniowy modelu. Zresztą obowiązki medycznych samorządów zawodowych będą w ramach wypracowanego, innowacyjnego modelu bardzo niskonakładowe. Sprowadzać się będą do automatycznego wygenerowania ze swoich systemów kilku plików bazodanowych i przekazania ich w formie elektronicznej via email do UWKwRZM. Operacja ta trwać może



niespełna 15 minut (1 na rok) i wymaga tylko bardzo krótkiego zaangażowania czasowego pracownika Izby odpowiedzialnego za prowadzenie rejestrów.

Dużym atutem UWKwRZM są też kadry odpowiedzialne za monitoring losów absolwentów, które mają odpowiednie przygotowanie merytoryczne do realizacji ww. procesów¹². Opracowany produkt (patrz niżej) zawiera w sobie wszystkie niezbędne narzędzia prawne (np. przykłady uchwał potrzebnych do wdrożenia modelu i zawiązania oficjalnego partnerstwa), organizacyjne (porozumienie partnerskie zawierające skonkretyzowane procedury współpracy, obowiązków i przepływu informacji), techniczne (kody systemu informatycznego do prowadzenia monitoringu i implementacji danych z Izby), które nie wymagają ponoszenia znaczących nakładów czasowych i finansowych. Uwzględniając procedury prawne na zbiurokratyzowanych UWKwRZM należy przyjąć, że w oparciu o przygotowane wzory dokumentów i rozwiązań wdrożenie modelu powinno zająć ok. 1 miesiąca i kosztować ok. 1000 zł (koszt zakupu konta hostingowego obsługującego środowisko .NET oraz praca informatyka w celu zainstalowania systemu monitoringu). Obsługa monitoringu losów absolwentów też nie jest czasochłonna i zgodnie z badaniami własnymi należy już do zatrudnionych osób pracujących w uczelnianych biurach karier. Szacuje się, że czas potrzebny do realizacji monitoringu 1 rocznika 1 kierunku to ok. 5h/rok. Takie niskie obciążenia wynikają z zastosowanych rozwiązań bazującej na posiadanych przez Izby danych oraz pełnemu zautomatyzowaniu realizowanego procesu.

Główne efekty zastosowania innowacji:

1. Poprawa jakości kształcenia w regulowanych zawodach medycznych poprzez obiektywne doprecyzowanie efektów kształcenia, w ujęciu o przygotowania do wykonywania wyuczonych czynności w praktyce.
2. Poprawa rynkowości kształcenia na skutek uwzględnienia szczegółowych oczekiwań i opinii ze strony pracodawców.
3. Zwiększenie skuteczności kształcenia podyplomowego lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych dzięki szczegółowemu poznaniu potrzeb ww. grup i możliwości oferowania przez UWKwRZM. OIL, OIPiP dedykowanych kierunkowych szkoleń.
4. Lepszy monitoring rozwoju branży usług medycznych w Polsce, a w tym zapobieganie negatywnym zjawiskom na niniejszym rynku pracy (np. migracje zarobkowe, brak specjalizacji itp.).
5. Podniesienie poziomu współpracy między UWKwRZM, a medycznymi samorządami zawodowymi.

PRODUKTEM FINALNYM jest system zbierania informacji o losach absolwentów kierunków lekarskich, pielęgniarskich i położniczych bazujący na kanałach komunikacji i zbierania informacji w oparciu o istniejące instytucje branżowe posiadające wiedzę o sytuacji zawodowej absolwentów złożony z:

- **Zeszytu I** zawierającego „Zintegrowany model współdziałania uczelni wyższych kształcących w regulowanych kierunkach medycznych z samorządami zawodowymi lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych w zakresie przepływu, uzupełniania i wymiany informacji o losach absolwentów”.
- **Zeszytu II** zawierającego „Akty prawne pozwalające na współdziałanie uczelni wyższych kształcących w regulowanych kierunkach medycznych z okręgowymi izbami lekarskimi i okręgowymi izbami pielęgniarek i położnych w zakresie przepływu, uzupełniania i wymiany informacji o losach absolwentów”.
- **Zeszytu III** zawierającego „Narzędzia badawcze rozszerzające innowacyjny model monitoringu losów absolwentów regulowanych kierunków medycznych (wraz z instrukcją

¹² Ibidem, s. 218



stosowania i interpretacji) oparty na danych gromadzonych przez okręgowe izby lekarskie i okręgowe izby pielęgniarek i położnych”.

- **Zeszytu IV** zawierającego „System informatyczny (opis, architektura, kod programu, płyta instalacyjna, instrukcja instalacji i obsługi) wspomagający przepływ, gromadzenie informacji, a także zautomatyzowane dokonywanie wstępnej analizy wyników”.
- **Zeszytu V** zawierającego „Narzędzia wsparcia procesu implementacji modelu monitoringu losów absolwentów regulowanych kierunków medycznych tj.:
 - 1) Pakiety aktów, procedur prawnych umożliwiających w uczelni medycznej (publicznej/niepublicznej) na zaimplementowanie wypracowanego innowacyjnego modelu.
 - 2) Narzędzia oceny rynkowości realizowanych kierunków/programów kształcenia.
 - 3) Podręcznik „Strategiczne zarządzanie uczelnią wyższą z uwzględnieniem zmieniającej się struktury socjoekonomicznej kraju, zasad równościowych oraz informacji pochodzących z systemu monitoringu losów zawodowych absolwentów”.
 - 4) Szkolenie elearningowe z wideo instruktażami prezentujące sposoby realizacji działań monitoringu”.

Zakres modelu nie zmienił się w żadnym elemencie, jeśli chodzi o zawartość merytoryczną. Jedynie na skutek sugestii grupy empowerment zostały poprawione niektóre nazwy składowych modelu w celu lepszego ich zrozumienia przez potencjalnych użytkowników.

IV. Plan działań w procesie testowania produktu finalnego

Za cały proces testowania będzie odpowiedzialny specjalista ds. testowania innowacji (zatrudniony w wymiarze 80h/mc, posiadający doświadczenie w zakresie realizacji projektów innowacyjnych i wiedzę z przedmiotu testowania). Będzie on na bieżąco weryfikował prawidłowość realizacji testów oraz jeśli będzie zachodziła konieczność, przedstawiał Kierownikowi Merytorycznemu wnioski o wprowadzenie ewentualnych zmian do testowanego modelu. Zakres potencjalnych zmian będzie określał Kierownik Merytoryczny po konsultacji z specjalistą ds. testowania innowacji. Zmiany będą mogły dotyczyć uzupełnienia modelu o rozwiązania, które zostały pominięte w pierwszej fazie jego przygotowania niezbędnych do wdrożenia modelu lub istotnych z punktu widzenia funkcjonalności model.

Etap I - Dobór składu osobowego zespołu ds. testowania.

Produkt zostanie przetestowany na 4 użytkownikach (Warszawski Uniwersytet Medyczny, Uniwersytet Medyczny w Wrocławiu, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, Pomorski Uniwersytet Medyczny) oraz 80 odbiorcach (studenci w/w uczelni). Użytkownicy zostali określani już w fazie konstruowania wniosku o dofinansowanie w oparciu o kryteria: geograficzne (zupełnie różne położenie geograficzne każdej z uczelni), demograficzne (różnej wielkości aglomeracje, w których prowadzą swoją działalność edukacyjną: Warszawa- ok. 1 700 tys., Wrocław- ok. 631 tys., Poznań- ok. 550tys., Szczecin- ok. 400 tys.) uwarunkowania wewnętrzne każdej z uczelni (różna: długość funkcjonowania, ilość kadry naukowej, liczba posiadanych studentów).

Każdy użytkownik będzie zobligowany do wytypowania 1 testera odpowiedzialnego za systematyczne raportowanie. W każdym przypadku będzie to osoba z wykształceniem wyższym, z min. 3 letnim doświadczeniem w pracy administracyjnej dot. kształcenia w regulowanych kierunkach medycznych u danego użytkownika.

Każdy z użytkowników wytypuje po 20 odbiorców wg następującego klucza:

- studenci/studentki ostatniego roku studiów kształcących się w kierunku regulowanych zawodów medycznych (w przypadku studiów na kierunku pielęgniarka/położna dot. to zarówno studentów/studentek studiów licencjackich jak i magisterskich - wówczas zakłada się, że reprezentacja obu poziomów nauczania reprezentowana będzie w proporcjach 50/50),
- proporcja kobiet i mężczyzn uczestniczących w testowaniu będzie tożsama z proporcją liczby studentek do studentów ogółem pobierających naukę u danego użytkownika,



- 50% odbiorców stanowić będą odbiorcy ze średnią ocen za ostatni zaliczony semestr powyżej 3,6 natomiast pozostałe 50% ze średnią poniżej tego progu,
- 50% odbiorców stanowić będą odbiorcy pochodzący z obszarów wiejskich (weryfikowane na podstawie oświadczenia o miejscu zamieszkania przed rozpoczęciem studiów wyższych w zakresie regulowanych kierunków medycznych), natomiast pozostałe 50% z obszarów miejskich.

Gwarancja udziału użytkowników w procesie testowania są zawierane w chwili obecnej porozumienia o współpracy w przedmiotowym zakresie pomiędzy poszczególnymi uniwersytetami medycznymi, a Projektodawcą. Poza powyższym w przypadku rezygnacji odbiorców (organizowanych przez użytkowników), dana uczelnia zobligowała się zapewnić następnego odbiorcę o tożsamy parametrach badawczych (kierunek i poziom nauczania, płeć, średnia ocen, pochodzenie).

Etap II - Przekazanie narzędzi testowania.

Za to zadanie odpowiedzialny będzie specjalny zespół ekspertów (specjaliści przygotowujący narzędzia testowania oraz specjalista ds. testowania innowacji), który zostanie wyłoniony spośród osób mających doświadczenie w pracy przy projektach innowacyjnych testujących POKL oraz znających problematykę kształcenia na uczelniach wyższych. Zostaną skonstruowane następujące narzędzia: 5 zestawów uniwersalnych, szczegółowych kwestionariuszy uwag do składowych modelu (do każdej części składowej modelu po 1 zestawie, narzędzie to będzie załącznikiem do każdego dalej przedstawionego narzędzia), wzór raportu comiesięcznego z realizacji procesu testowania (1 wersja dla testera-użytkownika i 2 wersja dla testera-odbiorcy), wzór raportu opinii/uwag z warsztatów, wzór kwestionariusza wywiadu/obserwacji z testerami/ów.

Wszystkie ww. narzędzia składać się będą w spójny, kompleksowy system zbierania informacji o testowanym produkcie i pozwolą na szczegółową rejestrację uwag, opinii, propozycji zmian.

Etap III - Przygotowanie techniczne produktu (wydruk, nagranie płyty CD/DVD) oraz jego przekazanie testerom.

Produkt składać się będzie z opracowań tekstowych zawierających wszystkie przygotowane treści merytoryczne wg. szczegółowego opisu produktu zawartego powyżej (pkt III strategii) oraz płyty DVD z częściami cyfrowymi modelu, tzn. a) kodu systemu informatycznego wspomagającego przepływ, gromadzenie informacji, a także zautomatyzowane dokonywanie wstępnej analizy wyników oraz b) szkolenia e-learningowego. Produkt w całości dostaną testerzy będący potencjalnymi użytkownikami (UWKwRZM), zaś odbiorcy produktu, którzy będą uczestniczyć w procesie testowania (studenci/absolwenci UWKwRZM) dostaną tylko narzędzia ankietowe, bowiem reszta modelu ich bezpośrednio nie dotyczy.

Etap IV - Organizacja i realizacja systemu wsparcia merytorycznego dla użytkowników z zakresu wdrażania modelu.

Dla użytkowników/testerów zorganizowane zostaną 2 formy wsparcia:

- 4 warsztaty (w systematycznych odstępach czasowych, średnio co 2-3 mc-e, pierwsze warsztaty w 1 mc-u testowania, a ostatnie w 11-ym),
- dyżury specjalistów udzielających porad testerom (7mc x 20/h/mc).

Celem tego etapu będzie przygotowanie merytoryczne i systematyczne umożliwienie użytkownikom konsultacji z zakresu wdrażania poszczególnych części składowych modelu przez cały okres realizacji procesu testowania. Oprócz ekspertów prowadzących warsztaty/konsultacje w miarę możliwości niniejszą formę wsparcia będą realizować również twórcy merytoryczni modelu.

Warsztaty/dyżury posłużą również do zbierania informacji o procesie testowania (obserwacje) i zakresie problemów, które potencjalnie będą występować w trakcie realizacji ww. procesu. Po każdej formie wsparcia będą sporządzane raporty.

Etap V - Bieżące zbieranie opinii o modelu od użytkowników/odbiorców.



System zbierania informacji o produkcie (patrz również opis Etapu II) będzie umożliwiał w każdym momencie testowania przekazywanie informacji o sugestiach/poprawkach/uwagach w zakresie każdej składowej produktu. Każda informacja zostanie zarejestrowana i przekazana specjalście ds. testowania. Informacje te będą zbierane w sposób systematyczny i będą podstawą do realizacji etapu VI. Każdy tester-użytkownik będzie miał obowiązek sporządzania co miesięcznego raportu na wzorze opracowanym w etapie II, i przesłania go w wersji elektronicznej i drukowanej do biura projektu. Łącznie powstaną 44 raporty (4 testerów x 11 miesięcy testowania x 1raport/miesiąc).

Etap VI - Wypracowanie pakietu rekomendacji zmian produktu (modelu).

Niniejszy etap jest podsumowaniem całego procesu testowania. Zostaną zebrane wszystkie sugestie względem produktu celem poddania ich grupowej dyskusji, która będzie miała miejsce na ostatnim warsztacie (patrz Etap IV), w którym poza testerami/użytkownikami, ekspertami uczestniczyć będzie również zespół projektowy oraz przedstawiciele odbiorców (studenci regulowanych kierunków medycznych uczestniczących w testowaniu). Dodatkowo specjalista ds. testowania przeprowadzi z każdym testerem-użytkownikiem wywiad podsumowujący realizację całego procesu testowania. Efektem ostatniego warsztatu będzie pakiet rekomendacji zmian w produkcie, które to zostaną zaimplementowane w dalszych fazach realizacji projektu. Za ten proces odpowiedzialny będzie specjalista ds. testowania, który wspólnie z wyżej opisaną grupą oraz Kierownikiem Merytorycznym podejmie decyzję o ewentualnym wprowadzeniu korekt/zmian w celu opracowania ostatecznej wersji produktu.

V. Sposób sprawdzenia czy innowacja działa

Ocena wyników testowania zostanie dokonana na podstawie dokumentów/źródeł pochodzących z etapu testowania, uzyskanych dzięki opracowanemu, wdrożonemu, kompleksowemu systemowi zbierania informacji o produkcie. System ten będzie bazował na siedmiu głównych źródłach pozyskiwania danych do analizy:

- Comiesięczne raporty testerów – sporządzane regularnie w celu zbierania informacji z poszczególnych etapów realizacji procesu testowania.
- Raporty z warsztatów (sporządzane w przeciągu tygodnia po zakończeniu danego warsztatu) z zakresu rozwiązywania problemów wyłaniających się podczas wdrażania produktu. Informacje te są szczególnie istotne, ponieważ będą zawierały dane o trudnościach w realizacji procesów wdrożeniowych modelu od praktycznej strony. Stanowiąc one będą doskonałą i bardzo cenną płaszczyznę do poprawy modelu celem ułatwienia jego stosowania i podniesienia efektywności jego funkcjonowania. Raporty będą tworzone przez prowadzącą/ego warsztaty.
- Informacje z systemu bieżącego zbierania opinii o modelu zawierającego informacje o sugestiach/poprawkach/uwagach w zakresie każdej składowej produktu. Dane te będą zbierane systematycznie podczas całego procesu testowania.
- Wyniki przeprowadzonych przez specjalistę ds. testowania innowacji wywiadów z testerami-użytkownikami.
- Obserwacjach przeprowadzonych przez specjalistę ds. testowania innowacji podczas realizacji warsztatów dotyczących procesów wdrażania produktów i ich efektów.
- Zebrane uwagi/opinie od zespołu projektowego i grupy empowerment (w tym m. in. od osób prowadzących warsztaty, specjalistów tworzących poszczególne części składowe modelu, personelu zarządzającego projektem).
- Pakiet finalnych rekomendacji zmian wypracowany na ostatnim warsztacie (patrz etap VII Planu działań w procesie testowania produktu finalnego).

Wszystkie w/w informacje/dane będą zbierane w oparciu o pakiet narzędzi przygotowany przez Specjalistów przygotowujących narzędzia testowania. W skład pakietu wchodzić będą wzory



dokumentów tzn. ankiet, raportów, kwestionariuszy itd. (szczegółowo opisane w etapie II Planu działań w procesie testowania produktu finalnego) z uwzględnieniem specyfiki i charakterystyki testerów/użytkowników/odbiorców.

Zgodnie z wytycznymi dotyczącymi realizacji ewaluacji produktu w projektach innowacyjnych POKL tj. „Ewaluacja krok po kroku – czyli zalecenia IZ w zakresie ewaluacji w ramach POKL”, W-wa 2011, MRR; „Jak skutecznie wdrażać projekty innowacyjne i ponadnarodowe.” WUP Gdańsk 2011; „Miniprzewodnik po ewaluacji projektów innowacyjnych POKL – Zalecenia Krajowej Instytucji Wspomagającej” KIW, Zespół ds. Projektów Innowacyjnych.

po zakończeniu procesu testowania zostanie zrealizowana ewaluacja zewnętrzna ex-post. Jej głównymi kryteriami będą:

1) skuteczność tj.

- Czy wdrożenie produktu przynosi zakładane wyniki, a jeśli tak to co wpływa na jego skuteczność?

- Czy możliwe jest zwiększenie jeszcze skuteczności proponowanego rozwiązania a jeśli tak, to jakie warunki muszą być spełnione?

2) trwałość tj.

- Czy i w jakim stopniu prawdopodobne jest funkcjonowanie produktu po jego wdrożeniu (bez wsparcia oferowanego w ramach realizowanego projektu)

3) użyteczność tj.

- W jakim stopniu produkt zaspokaja potrzeby grup docelowych i czy został on przygotowany w sposób czytelny i łatwy do zastosowania?

4) efektywność tj.:

- Czy proponowane podejście jest bardziej efektywne i wydajne finansowo (stosunek nakładów do rezultatów) niż te, które były stosowane wcześniej?

Poza powyższym ewaluacja produktu innowacyjnego ma również dostarczyć odpowiedzi na pytanie, czy i w jakim stopniu wypracowano w ramach testowania produktu efekt netto, czyli porównanie efektów zastosowania innowacji z efektami, jakie zachodzą przy zastosowaniu tradycyjnego podejścia.

Ewaluacja zewnętrzna zostanie zlecona niezależnemu, zewnętrznemu podmiotowi – ewaluatorowi, który wyłoniony zostanie zgodnie z obowiązującymi zasadami w zakresie kwalifikowalności wydatków Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki i PZP. O wyborze ewaluatora będą decydowały przede wszystkim kryteria merytoryczne. Takie podejście sugeruje MRR w „Ewaluacja krok po kroku, czyli zalecenia IZ w zakresie prowadzenia ewaluacji w ramach POKL”:

*„Instytucja Zarządzająca POKL rekomenduje stosowanie ceny jako maksymalnie 40% wagi całkowitej oceny ofert. Reasumując, działania podejmowane w zakresie budowania kryteriów wyboru oferty powinny zapewnić pozyskanie najwyższej możliwej jakości badania w odniesieniu do zaproponowanej ceny. Warto również podkreślić, iż podejście takie wpisane zostało do ustawy o finansach publicznych. **Pozostałymi kryteriami powinny być koncepcja badania oraz proponowane metody i techniki badawcze**”*

Dlatego też w tym momencie trudno przewidzieć konkretnie jakie będą szczegółowe techniki i metody badań w ramach ewaluacji zewnętrznej, ponieważ podmiot realizujący niniejsze zadanie zostanie wybrany dopiero w przyszłości (zgodnie z zapisami wniosku o dofinansowanie wybór specjalistów będzie miał miejsce w 3 kwartale 2014 r.). Do niego będzie należało adekwatne i skuteczne dobranie odpowiednich, specjalistycznych metod, które będą kryterium oceny oferty. Dlatego też kryteriami merytorycznymi przy wyborze ewaluatora (zgodnie z wytycznymi MRR) będą:



- adekwatność metod i narzędzi badawczych do sformułowanych celów badania oraz logikę zaproponowanej metodologii
- adekwatność metod i narzędzi badawczych do pytań badawczych/zadań problemowych
- trafność dodatkowych pytań badawczych w kontekście celów badania zaproponowany sposób doboru oraz wielkość prób badawczych
- sposób prezentacji danych i wyników badania, format elektronicznej wersji raportu ewaluacyjnego
- rozplanowanie zadań w harmonogramie badania wraz z ich podziałem między członków zespołu badawczego

Ewaluator będzie musiał swoim doświadczeniem zawodowym potwierdzić posiadane kompetencje zgodne z obszarem realizacji projektu. Do jego zadań będzie należało:

- a) opracowanie strategii, planu i sposobu ewaluacji produktu zgodnie z założeniami wniosku o dofinansowanie (ewaluacja ex-post),
- b) ewaluacja działań zmierzająca do pozyskania informacji zwrotnych z fazy testowania produktu,
- c) weryfikacja jakości wykonywanych prac, przygotowywanie miesięcznych raportów dot. jakościowych i ilościowych pomiarów lub obserwacji zjawiska zgodnie z założonymi rezultatami, przeprowadzanych z góry określonym czasie wg zasady:
 - cykliczności
 - unifikacji metod
 - unifikacji interpretacji wyników
- d) stworzenie odpowiednich narzędzi potrzebnych do skutecznej realizacji procesu ewaluacji produktu,
- e) przygotowanie końcowego raportu z procesu ewaluacji.

Oprócz powyższych czynników wymaganiami wobec personelu realizującego ewaluację zewnętrzną będą:

- a) posiadanie wykształcenia wyższego minimum magisterskiego,
- b) udokumentowane doświadczenie praktyczne w realizacji ewaluacji

VI. Strategia upowszechniania

Celem upowszechniania jest poinformowanie wszystkich użytkowników produktów (uczelnii wyższych kształcących w regulowanych kierunkach medycznych, 69 podmiotów, czyli 100% grupy) i przekazanie im wypracowanych w ramach projektu innowacyjnych rozwiązań/narzędzi prowadzenia monitoringu losów absolwentów regulowanych kierunków medycznych przy współpracy z OIL i OIPiP oraz wsparcie ich szczegółową wiedzą z zakresu wdrażania modelu. Upowszechnianie będzie dotyczyło całości modelu.

Postawienie ww. celu jest możliwe dzięki dużej branżowości/specjalizacji produktu końcowego, który będzie możliwy do wykorzystania tylko przez szkoły wyższe kształcące w zawodach tj. lekarz, lekarz-dentysta, pielęgniarka, położna. Z tego też względu nie zachodzą przesłanki do wybiórczego ukierunkowania procesów upowszechniających.

Specyfika zaproponowanego rozwiązania (wymagająca współpracy z ww. medycznymi samorządami zawodowymi) nakazuje objąć procesem upowszechniania również okręgowe izby lekarskie (24) oraz okręgowe izby pielęgniarek i położnych (45) w celu wsparcia/przygotowania procesu włączania do głównego nurtu polityki i praktyki.

Osiągnięcie ww. stanu będzie możliwe dzięki zaplanowaniu kompleksowego zbioru działań upowszechniających (definiowanych we wniosku) realizowanych na płaszczyźnie:



- 1) Pośredniej (elektronicznej), poprzez:
 - a. Uruchomienie i udostępnienie portalu internetowego zawierającego szczegółowe informacje o wypracowanym rozwiązaniu modelowy. Strona będzie zawierała:
 - zintegrowany moduł umożliwiający komunikację on-line (forum) pozwalający na swobodne prowadzenie wymiany myśli, dyskusje, prezentowanie uwag, udzielanie porad (help-desc),
 - dostęp do szkolenia e-learningowego (do samo-kształcenia) pozwalającego w sposób szczegółowy dowiedzieć się o proponowanych rozwiązaniach,
 - mechanizm newsletter'a pozwalający w sposób zautomatyzowany na wysyłanie cyklicznych informacji dotyczących modelu.Skala odbioru: 1000 odsłon strony.
 - b. Udostępnienia na posiadanej przez PUM platformie elearning'owej treści szkolenia on-line.
Skala odbioru: 120 zalogowanych użytkowników szkolenia do samokształcenia.
 - c. Wysyłanie do zainteresowanych podmiotów comiesięcznego periodyku (8 numerów) realizowanego w formie ebooka poświęconego za każdym razem innej składowej modelu.
Skala odbioru: 200 odbiorców (100% przedstawicieli wszystkich UWKwRZM)
 - d. Udzielanie drogą emailową informacji/odpowiedzi w ramach „centrum informacji o modelu”.
Skala odbioru: przewiduje się udzielenie średnio 30 informacji w ciągu każdego miesiąca.
- 2) Pośredniej (drukowanej), poprzez:
 - a. Wysyłanie do każdej uczelni wydrukowanej wersji produktu końcowego wraz z płytą DVD zawierającą elektroniczne składowe modelu.
Skala odbioru: 69 UWKWRZM (100% użytkowników).
 - b. Artykuły sponsorowane w medycznych pismach branżowych (10 artykułów: łącznie minimum 15 000 nakład)
- 3) Bezpośredniej grupowej, poprzez:
 - a. Organizację i realizację spotkań konferencyjnych zawierającymi panel przeznaczony na debatę.
Skala odbioru: 100 uczestników.
 - b. Organizację i realizację konferencji podsumowującej projekt.
Skala odbioru: 60 uczestników.
 - c. Organizację i realizację warsztatów wdrażających, które głównie będą służyły procesom mainstream'owym, ale, na których będą również osoby chcące dowiedzieć się o produkcie.
Skala odbioru: 40 uczestników.
- 4) Bezpośredniej indywidualnej, poprzez:
 - a. Pracę Ambasadora modelu. Zadaniem niniejszej osoby będzie, odwiedzenie każdego województwa celem przedstawiania idei modelu osobom decyzyjnym stojącym na czele polskich uczelni medycznych oraz lobbowanie na rzecz aktywnego włączania modelu. Dodatkowo ambasador zobowiązany będzie do:
 - bieżącego udzielanie informacji o modelu każdej zainteresowanej osobie/instytucji,
 - kolportowanie materiałów promocyjnych modelu wśród potencjalnych użytkowników,
 - udzielanie porad oraz wskazówek dot.. praktycznych aspektów wdrażania modelu,



- wsparcie w zakresie organizacji konferencji głównej oraz spotkań konferencyjnych.

Skala odbioru: 160 rozmów/wywiadów/porad udzielonych/zrealizowanych przez Ambasadora.

Wszystkie ww. działania będą realizowane w fazie upowszechniania i włączania do głównego nurtu polityki i praktyki, jednakże proces upowszechniania będzie prowadzony również na wcześniejszych etapach, tj.:

- testowanie Produktu,
- analiza efektów testowanego produktu,
- opracowanie produktu finalnego.

Wnioskodawca będzie rozsyłał co miesiąc syntetyczne komunikaty do UWKwRZM oraz w trakcie wszystkich spotkań około branżowych (Kierownik Merytoryczny jest członkiem Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkolnictwa Medycznego) będzie informował różne podmioty, tj. np.: Szkoły wyższe, Naczelną Izbę Lekarską, Okręgowe Izby Lekarskie, Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych i Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych, Departament Nauki i Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia, Departament Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia, Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego.

W procesie upowszechniania uwzględniono również działania kierowane do przedstawicieli odbiorców, którymi zgodnie z zapisami wniosku będą studenci, a później absolwenci medycznych kierunków regulowanych. Działaniami informacyjnymi zostanie objętych min. 80 studentów/absolwentów ww. kierunków, którzy będą zaproszeni na konferencje, warsztaty a także będą mogli skorzystać z wszystkich elektronicznych kanałów informacyjnych opisanych powyżej.

Składowe produktu zostały bardzo szczegółowo przemyślane już na etapie składania wniosku i zostały na etapie opracowanie jego wstępnej wersji profesjonalnie wykonane, tak aby wdrożenie produktu nie wiązało się z barierami natury kompetencyjnej czy finansowej.

- 1) Przygotowanie użytkowników do wykonywania przewidywanych procedur będzie odbywało się bez kosztowo poprzez zapoznanie się ich ze składową modelu nr. V.4 *Narzędzia wsparcia procesu implementacji systemów zbierania informacji oraz oceny rynkowości/Szkolenie elearningowe i wideo-instruktaże prezentujące sposoby realizacji działań monitoringu*. W ramach tego elementu zostało przygotowane szkolenie elearningowe w formie do SAMOKSZTAŁCENIA, które w sposób bardzo precyzyjny i dogłębny wyjaśnia ideę systemu, jej składowe, etapy realizacji procesów monitoringu itp. a także, co najważniejsze krok po kroku prezentuje w formie wideo-instruktaży jak obsługiwać system informatyczny (centralny punkt produktu), aby skutecznie realizować ww. procesy. Z ww. prezentacji każda osoba, która na początku nie miała wiedzy o produkcie dowie się wszystkich potrzebnych informacji i nauczy się realizować procesy monitoringu losów absolwentów regulowanych kierunków medycznych. Wideo-instruktaże są w ten sposób zrobione, że można do nich wrócić, ponownie odtworzyć, zatrzymać itp. Są one nagrywane na realnie funkcjonującym systemie, czyli to, co widać na ekranie w szkoleniu elearningowym, dana placówka będzie miała u siebie po zainstalowaniu systemu. Przewiduje się, że nauka obsługi przygotowanego systemu do prowadzenia monitoringu zajmie ok. 1h (ze względu na bardzo przemyślaną jego strukturę i ergonomię działania).

Instrukcja papierowa obsługi systemu została załączona również do Zeszytu nr 4.

- 2) Przygotowanie techniczne do realizacji monitoringu w oparciu o składowe produktu sprowadza się do:



- a. Zapewnienia komputera z dostępem do Internetu oraz zainstalowaną przeglądarką internetową. Zakłada się, że osoba realizująca monitoring losów absolwentów będzie już zatrudnionym pracownikiem danej uczelni, któremu zwiększy się tylko zakres obowiązków (w przypadku jeśli tego nie ma wpisanego do swoich dokumentów) bowiem realizacja fizyczna monitoringu sprowadza się po jego wdrożeniu po stronie uczelni do: zautomatyzowanego zaimportowaniu listy z emailami absolwentów (przygotowanych przez dziekanaty w formie .xls., 1 minuta) zautomatyzowanego wczytania przygotowanych plików z Instytucji branżowych (ok. 1 min.), zainicjowanie dokonania zautomatyzowanej oceny wyników (1 kliknięcie), wysłania w sposób zautomatyzowany ankiet do absolwentów (klika kliknięć), zautomatyzowanego dokonania oceny rynkowości (1 kliknięcie). Najdłuższą czynnością jest sporządzanie raportu (do 5h), ale i to przewiduje się, że zostanie również zautomatyzowane. Koszt ten, przy założeniu, że monitoring będzie dokonywany przez zatrudnionego już pracownika np. Biura Karier (którego stanowisko pracy i tak musi zostać wyposażone w ww. sprzęt) nie będzie musiał być dodatkowo ponoszony przez uczelnię. W innym przypadku szacuje się, że wyniesie od 100 do 500 zł brutto.
- b. Zainstalowanie na serwerach aplikacji (składowej produktu dołączonej na płycie CD). Realizacja procesu monitoringu będzie wspomagana przygotowanym systemem informatycznym działającym w środowisku internetowym tak, aby z różnych miejsc była możliwość jego obsługi. Będzie to podstawowe narzędzie pracy osoby odpowiedzialnej za realizację ww. procesu. Aplikacja wymaga
- serwera Microsoft Internet Information Services (IIS) w wersji 7.5 lub wyższej
 - platformy .Net 4.0 zainstalowanej na ww. serwerze
 - bazy danych Microsoft SQL Server (w wersji 2008 lub wyższej) zainstalowanej na serwerze baz danych do którego możliwy jest dostęp z serwera IIS
 - zestawu rozszerzeń Microsoft ASP.NET Ajax zainstalowanym na serwerze IIS
 - zestawu komponentów Microsoft Access Database Engine 2010 Redistributable
- Środowisko takie można uruchomić indywidualnie lub też skorzystać z ofert istniejących na rynku firm świadczących usługi hostingowe (koszt od 200-500 zł/rok przy założeniu zlecenia usługi hostingu). Zaleca się powierzenie czynności instalacyjnych informatykowi posiadającego doświadczenie w przedmiotowym zakresie (koszt do 500 zł, przy założeniu, że będzie to wykonywał informatyk zewnętrzny). Czas instalacji i konfiguracji to maksymalnie kilka godzin. Dla celów wspierających ww. proces przygotowano w Zeszycie 4. Instrukcję instalacji krok po kroku.
- 3) Zaangażowanie Okręgowej Izby Lekarskiej (w przypadku monitoringu absolwentów kierunku lekarskiego i lekarsko-dentystycznego) oraz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych (w przypadku monitoringu absolwentów pielęgniarstwa i położnictwa). Model monitoringu bazuje m.in. na danych pochodzących z prowadzonych przez ww. instytucje rejestrów (zgodnie z prawodawstwem krajowym) dlatego przewiduje konieczność sformalizowania współpracy w przedmiotowym zakresie. Proces ten będzie realizowany na bazie wypracowanych i zamieszczonych w produkcie narzędzi prawnych tj. wzorów umów, także nie będzie wymagał zaangażowania kapitałowego ani czasowego. Współpraca między uczelniami i Izbami już funkcjonuje ale w innych obszarach. Przy bardzo małym zaangażowaniu (wygenerowanie z prowadzonych rejestrów w sposób



zautomatyzowany pliki z danymi wg. przekazanej i zawartej w produkcie instrukcji) Instytucje branżowe będą miały wyraźne korzyści polegające m.in. na otrzymywaniu od uczelni danych pochodzących z drugiego źródła pozyskiwania informacji o losach absolwentów - czyli ankiet. Dane te pozwolą przygotowywać przez Instytucje branżowe, pożądane przez absolwentów, pakiety szkoleń (komercyjnych) niwelujących zdiagnozowane braki. Zawiązanie współpracy (ramy, obowiązki, terminy) zostały bardzo szczegółowo opisane m.in. w Zeszytcie nr 2 pt. *Akty prawne pozwalające na współdziałanie uczelni wyższych kształcących w regulowanych kierunkach medycznych z okręgowymi izbami lekarskimi i okręgowymi izbami pielęgniarek i położnych w zakresie przepływu, uzupełniania i wymiany informacji o losach absolwentów*” i nie wymagają ponoszenia przez uczelnie nakładów finansowych. Czas nawiązania i sformalizowania współpracy zależy jest od wewnątrz-podmiotowych procedur i szacuje się go na od 1 do 4 tygodni.

Obowiązek monitorowania kariery zawodowej swoich absolwentów wprowadziła nowelizacja z dnia 18 marca 2011 r. (Dz. U. Nr 84, poz. 455) ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym z dnia 27 lipca 2005 r. (Dz. U. Nr 164, poz. 1365, z późn. zm.), w brzmieniu obowiązującym od dnia 1 października 2011 r. W artykule 13a ustawa stanowi, iż Uczelnie monitoruje kariery zawodowe swoich absolwentów w celu dostosowania kierunków studiów i programów kształcenia do potrzeb rynku pracy, w szczególności po trzech i pięciu latach od dnia ukończenia studiów.” Ustawodawca nie wskazała w w/w ustawie, ani żadnym innym akcie prawnym, narzędzi i sposobów wskazujących, w jaki sposób taki monitoring powinien być realizowany.

Ankieta on-line.

Zgodnie z założeniami modelu „Agnitio” jednym z przyjętych narzędzi badawczych jest prowadzenie badań ankietowych on – line, skierowanych do absolwentów uczelni.

Pozyskiwanie danych od absolwentów, tworzenie bazy danych osobowych oraz ich przetwarzanie wiąże się

z obowiązkami wynikającymi z ustawy o ochronie danych osobowych. Wiąże się to z następującymi obowiązkami uczelni:

- I. Obowiązek uzyskania zgody absolwenta.
- II. Obowiązek informacji.
- III. Obowiązek ochrony interesów osób, których dane dotyczą.
- IV. Obowiązek ochrony danych.
- V. Obowiązek zgłoszenia zbioru do rejestracji
- VI. Obowiązek respektowania praw osób, których dane dotyczą.

Pozyskiwanie i przetwarzanie informacji statystycznych przekazanych przez okręgowe izbę lekarzy lub/i okręgowe izby pielęgniarek i położnych.

W ramach projektu przewidziano, iż podstawowym narzędziem do monitorowania karier zawodowych absolwentów kierunków kształcących w regulowanych zawodach medycznych będzie pozyskiwanie i przetwarzanie informacji statystycznych przekazanych przez okręgowe izbę lekarzy lub/i okręgowe izby pielęgniarek i położnych.

Prawna dopuszczalność pozyskiwania danych z izb lekarskich dotyczy:

- a) przekazywania szkołom wyższym przez okręgowe izby lekarskie danych statystycznych powstałych na podstawie informacji zadartych w rejestrach lub
- b) pozyskiwania od Naczelnej Rady Lekarskiej informacji zawartych w Centralnym Rejestrze Lekarzy, o których mowa w art. 49 ust. 5 pkt 1, 2, 11-13, 22-25, 31-34 i 42-44 ustawy o izbach lekarskich z dnia 2 grudnia 2009 r. (Dz.U. Nr 219, poz. 1708 z późn.zm.), w ramach



informacji publicznej, w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz.U. Nr 112, poz. 1198, z późn. zm.14)).

Prawna dopuszczalność pozyskiwania danych z izb pielęgniarek i położnych dotyczy:

- a) przekazywania informacji przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych nie zawierających danych osobowych, z rejestrów prowadzonych przez okręgowe izby pielęgniarek i położnych;
- b) przekazywania szkołom wyższym przez okręgowe izby lekarskie danych statystycznych powstałych na podstawie informacji zadartych w rejestrach;
- c) pozyskiwania od Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych informacji, o których mowa w ust. 1 pkt 1, 10-13, 18 i 19, 21-24 i 26 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 r. (Dz.U. Nr 174, poz. 1039 z późn.zm.), w ramach informacji publicznej, w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz.U. Nr 112, poz. 1198, z późn. zm.10)).”

VII. Strategia włączania do głównego nurtu polityki

Działania mainstream'owe będą realizowane w ścisłym powiązaniu z działaniami upowszechniającymi i nie zostały zmienione względem zapisów wniosku.

Celem głównych działań włączających będzie wdrożenie w jak największej liczbie uczelni wyższych kształcących w regulowanych kierunkach medycznych stworzonego w ramach projektu AGNITIO innowacyjnego modelu monitoringu losów absolwentów realizowanego przy współpracy z branżowymi, medycznym instytucjami samorządowymi. Na poziomie negocjacji z IP ustalono, że cel ten zostanie osiągnięty jeszcze na etapie realizacji projektu, jeśli 4 uczelnie wdrożą wypracowany model i zostanie to potwierdzone uchwałami senatów, bądź podpisanymi przez kierownictwo uczelni deklaracjami o przyjęciu produktu końcowego do wdrożenia na uczelni. Oczywiście oczekuje się, że zdecydowanie większa liczba uczelni wdroży wypracowane rozwiązania, ale ze względu na jego specyfikę (np. konieczność podjęcia procedur partnerskich, uchwał, instalacji systemu, itp.) przewiduje się, że główne rezultaty działań mainstream'owych będą widoczne po zakończeniu realizacji projektu.

W projekcie przewidziano:

1. Mainstreaming horyzontalny, którego odbiorcami zgodnie z logiką interwencji będą **WSZYSTKIE** uczelnie wyższe (69 jednostek) kształcące w regulowanych zawodach medycznych. Ograniczona ich liczba w Polsce pozwala w projekcie zaplanować działania wdrażające obejmujące wszystkie ww. podmioty bez potrzeby dokonywania selekcji.

Działania te będą realizowane poprzez:

- a) warsztaty wdrażające (40 osób z wszystkich UWKwRZM),
- b) dwudniowe, specjalistyczne szkolenie dla użytkowników zainteresowanych wdrożeniem modelu (10 osób z wszystkich UWKwRZM),
- c) spotkania konferencyjne zawierające panele z ekspertami służące pogłębieniu wiedzy nt. wdrażania proponowanego rozwiązania (100 osób z wszystkich UWKwRZM),
- d) konferencję podsumowującą projekt (60 osób z wszystkich UWKwRZM),
- e) przekazanie 500 egzemplarzy UWKwRZM z modelem,
- f) pracę Ambasadora modelu. Zadaniem niniejszej osoby będzie, odwiedzenie każdego województwa celem przedstawiania idei modelu osobom decyzyjnym stojącym na czele polskich uczelni medycznych oraz lobbowanie na rzecz aktywnego włączania modelu. Dodatkowo ambasador zobowiązany będzie do:



- udzielania porad oraz wskazówek dot. praktycznych aspektów wdrażania modelu,
 - bieżącego udzielanie informacji o modelu każdej zainteresowanej osobie/instytucji,
 - kolportowania materiałów promocyjnych modelu wśród potencjalnych użytkowników,
 - wsparcia w zakresie organizacji konferencji głównej oraz spotkań konferencyjnych,
- 160 rozmów/wywiadów/porad udzielonych/zrealizowanych przez Ambasadora
2. Mainstreaming wertykalny, bazujący na przekonaniu otoczenia politycznego i decydentów (patrz niżej) do wsparcia procesu włączenia wypracowanego rozwiązania do głównego nurtu polityki i decyzji politycznych.
- Głównymi narzędziami realizacji ww. procesu będą:
- a) bezpośrednie rozmowy Kierownika Merytorycznego (członka Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkół Pielęgniarek i Położnych) z 10 przedstawicielami jednostek centralnych (np. ministerstwo zdrowia). Obecny minister zdrowia jest absolwentem i pracownikiem Wnioskodawcy,
 - b) konferencja podsumowująca projekt, na którą zostaną zaproszeni następujący goście:
 - Dyrektor Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia,
 - Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia,
 - Prezes Naczelnej Izby Lekarskiej,
 - Przewodnicząca Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych,
 - Prezesi 24 Okręgowych Izby Lekarskich
 - Przewodniczące 45 Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych
 - Dyrektor Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych,
 - Dyrektor Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego.

Wszystkie ww. działania będą realizowane w fazie upowszechniania i włączania do głównego nurtu polityki i praktyki, jednakże mainstreaming będzie prowadzony również na wcześniejszych etapach tj.:

- testowanie produktu,
- analiza efektów testowanego produktu,
- opracowanie produktu finalnego.

W trakcie ww. etapów Projektodawca będzie na bieżąco wysyłał informacje do instytucji wskazanych w punkcie powyższym jak również do Sieci Tematycznej. Bardzo istotne będzie motywowanie testerów (użytkowników) do pełnego zaangażowania się w proces ulepszeń modelu i pozyskiwanie od nich szczegółowych informacji zwrotnych. Również w ramach kontaktów z decydentami (patrz wyżej) będą podejmowane próby uzyskiwania od nich informacji o pożądanym kształcie produktu finalnego. W przypadku zaś ST oczekiwane będzie uzyskiwanie informacji zwrotnych na temat korekt/ulepszeń, które warto wprowadzić w modelu. Systematycznie również będą prowadzone konsultacje z grupą empowerment. Dzięki zaplanowanym i wdrożonym, jeszcze na etapie przygotowania wstępnej wersji produktu, internetowym formularzom zbierania opinii/uwag/propozycji będą na bieżąco pozyskiwane informacje, które na procesie testowania stworzą pakiet rekomendacji zmian potrzebnych do stworzenia ostatecznej wersji produktu.



W procesie włączenia do głównego nurtu praktyki przewidziano działania skierowane do przedstawicieli odbiorców modelu. Będą one skierowane do tej samej liczby i charakterystyki odbiorców, co w działaniu upowszechniającym. Istotnym partnerem w tym zakresie będą samorzady studentów regulowanych kierunków medycznych, którzy będą na bieżąco informowani i włączani do głównych działań mainstream'owych.

VIII. Kamienie milowe II etapu projektu

Ip.	Termin	Nazwa kamieni milowych
1.	01.10.2013	Rozpoczęcie procesu testowania produktu
2.	31.08.2014	Zakończenie procesu testowania produktu oraz wprowadzenia ewentualnych korekt do produktu (na tym etapie)
3.	01.09.2014	Rozpoczęcie czynności związanych z analizą rzeczywistych efektów testowanego produktu
4.	31.10.2014	Zakończenie analizy rzeczywistych efektów testowanego produktu – stworzenie raportu z wewnętrznej i zewnętrznej analizy wyników testowania
5.	01.11.2014	Rozpoczęcie procesu opracowania ostatecznej wersji produktu
6.	31.01.2015	Zakończenie prac nad ostateczną wersją produktu
7.	31.01.2015	Przekazanie produktu końcowego do sieci tematycznej celem dokonania walidacji
9.	01.04.2015	Rozpoczęcie zadania związanego z upowszechnianiem ostatecznej wersji produktu oraz włączanie go do głównego nurtu polityki.
10.	30.11.2015	Zakończenie zadania związanego z upowszechnianiem ostatecznej wersji produktu oraz włączanie go do głównego nurtu polityki
11.	30.11.2015	Zakończenie realizacji projektu

IX. Analiza ryzyka

Badania własne przeprowadzone w pierwszym etapie projektu zniwelowały część z zdefiniowanych we wniosku ryzyk. Tak stało się np. w przypadku ryzyka pn. "Brak przygotowania UWKwRZM (infrastrukturalnego, organizacyjnego, kadrowego) do wdrożenia modelu". Wyniki wszechstronnej analizy wskazały, że powyższa sytuacja nie generuje niebezpieczeństwa dla projektu, ponieważ uczelnie dysponują odpowiednim zapleczem kadrowym (posiadających wysokie kwalifikacje) oraz technicznym (patrz załącznik). Na skutek systematycznego pogłębiania wiedzy i rozszerzania kanałów jej pozyskiwania, zostały jednak zdefiniowane inne ryzyka, które m.in. zostały przedstawione poniżej.

Nazwa ryzyka	Ryzyko 1. Opracowanie centralnego systemu monitoringu losów absolwentów przy jednoczesnym zniesieniu ustawowego obowiązku (art. 13a Prawie o szkolnictwie wyższym).				
Prawdopodobieństwo wystąpienia:	niskie (1),	Wpływ na realizację celów:	na średnie (2),	Istotne zagrożenie:	NIE (2)
Wprowadzenie ww. rozwiązania spowoduje z dużym prawdopodobieństwem zaprzestanie działań w przedmiotowym zakresie przez większość uczelni wyższych w Polsce i powrót do sytuacji sprzed 2011 r., kiedy to regularne badania absolwentów prowadziło tylko kilka jednostek (żadna z branży usług medycznych). Powyższa sytuacja utrudniłaby znacząco realizację działań włączających, choć ze względu na specyfikę proponowanych rozwiązań nie wpłynęłaby na brak możliwości osiągnięcia zdefiniowanych					



celów i wskaźników. Model bowiem monitoringu losów absolwentów realizowany w oparciu o dane z ZUS (lub innych dostępnych źródeł publicznych) nigdy nie przyczyni się do podniesienia zdolności uczelni do poprawy jakości kształcenia i poziomu dopasowania oferty do potrzeb rynku pracy. Dane takie bowiem są zbyt ogólne i nie dostarczą merytorycznych informacji, będących podstawą do wprowadzenia zmian jakościowych. Poza powyższym, uczelnie wyższe muszą posiadać wewnątrz system kontroli jakości (PKA zasady oceny instytucjonalnej), który musi bazować na wynikach badania losów absolwentów.

Nazwa ryzyka	Ryzyko 2. Niechęć potencjalnych użytkowników do wdrożenia/skorzystania z wypracowanego produktu innowacyjnego.				
Prawdopodobieństwo wystąpienia:	średnie (2),	Wpływ na realizację celów:	średnie (2),	Istotne zagrożenie:	TAK (4)
Jest to jedno z głównych i najbardziej spodziewanych ryzyk, które mogą wpłynąć na realizację celów projektu. Choć badania własne wskazały, że realizatorzy nie powinni się nim przejmować m.in. z powodu otwartości UWKwRZM na proponowane rozwiązania, szczególnie takie, które gwarantują skuteczność pozyskiwanych danych (nawet w przypadku posiadania już wdrożonych, własnych narzędzi, patrz załącznik) to szczegółowa znajomość problemu uczula Projektodawcę na możliwość zaistniałej sytuacji, ze względu na swoistą „niechęć” uczelni do wprowadzania jakichkolwiek rozwiązań w zakresie monitoringu losów absolwentów.					
Zapobieganie:	Głównym narzędziem zapobiegającym występowaniu niniejszego ryzyka oraz jego skutków, jest sama koncepcja produktu, która w bardzo łatwy, zautomatyzowany oraz tani sposób umożliwia efektywne realizowanie procesów monitoringu. Danie konkretnych wytycznych i narzędzi na każdym etapie wdrażania monitoringu pozwala w efektywny sposób zapobiec postawom niechęci do wypracowanych narzędzi. Poza powyższym zaplanowana bardzo szeroka działalność upowszechniająca i włączająca kierowana do wszystkich UWKwRZM, wspierana budowaniem na płaszczyźnie centralnej (m.in. obecny minister zdrowia jest absolwentem i pracownikiem Wnioskodawcy), nagłośnione w prasie branżowej pozwolą na zbudowanie dobrego klimatu do procesów wdrożeniowych.				
Minimalizowanie:	W przypadku wystąpienia tego ryzyka przewidziano instrument zaangażowania się przedstawicieli krajowych i regionalnych instytucji branżowych oraz DNMZO w podjęcie bezpośredniej interakcji z UWKwRZM w celu niwelacji niniejszego ryzyka. Poza powyższym Wnioskodawca przewiduje liczne działania wspierające, wyjaśniające i motywujące w postaci konferencji/warsztatów/HelpDesku/przykładów dobrych praktyk oraz bezpośredniego zaangażowania się koordynatora w realizację wizyt studyjnych, a także bezpośrednie działania Ambasadora projektu, który odwiedzi każdą UWKwRZM.				

Nazwa ryzyka	Ryzyko 3. Niechęć Okręgowych Izb Lekarskich i Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych do współpracy z UWKwRZM w zakresie realizacji monitoringu losów absolwentów.				
Prawdopodobieństwo wystąpienia:	niskie (1),	Wpływ na realizację celów:	średnie (2),	Istotne zagrożenie:	NIE (2)
Choć Okręgowe Izby Lekarskie oraz Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych zauważają wiele wymiernych dla siebie korzyści ze współpracy z UWKwRZM przy monitoringu losów absolwentów (patrz Zeszyt 1 produktu) i ich realne zaangażowanie sprowadza się do chęci podjęcia współpracy i szacowanej 1 godziny pracy w roku, to ze względu na niezbędność dla modelu posiadania partnerskiej współpracy z ww. podmiotami oraz swoistą charakterystykę środowiska lekarskiego (cechującą się dużym indywidualizmem i nie zawsze znaczącą otwartością) oraz często pojawiającymi się antypatiami między środowiskiem lekarskim a pielęgniarskim niniejsze ryzyko zostało zauważone i zawarte w niniejszym rozdziale.					



Nazwa ryzyka	Ryzyko 4. Stare przyzwyczajenia/schematy działań oraz utrwalone niedoskonałe narzędzia realizowane w procesie zarządzania uczelnią wymagające konieczności ich znacznej modyfikacji.				
Prawdopodobieństwo wystąpienia:	średnie (2),	Wpływ na realizację celów:	średnie (2),	Istotne zagrożenie:	TAK (4)
Zapobieganie:	Tak jak w ryzyku nr 2 przede wszystkim bardzo szeroka, kompleksowa zaplanowana na szeroką skalę (w wymiarze liczby użytkowników) akcja działań upowszechniających i mainstream'owych (angażujących liczne środowiska branżowe) wykorzystujących zawarte w produkcie materiały uświadamiające i szczegółowo wyjaśniające istotę problemu np. Zeszyt 5 część 3 „Strategiczne zarządzanie uczelnią wyższa z uwzględnieniem zmieniającej się struktury socjoekonomicznej kraju, zasad równościowych oraz informacji pochodzących z systemu monitoringu losów zawodowych absolwentów”.				
Minimalizowanie:	Zapewnienie działań na poziomie wdrożeń skierowanych do wszystkich potencjalnych użytkowników (100%), dzięki czemu w przypadku wystąpienia ryzyka w danych UWKwRZM będzie możliwość uzyskania zakładanych wskaźników dzięki innym beneficjentom. Poza powyższym, podejmowanie działań wspierających, tj. indywidualne rozmowy Ambasadora projektu, pozwalające w sytuacji wystąpienia ryzyka na bardzo szczegółową reakcję i możliwość bezpośredniej interwencji uświadamiającej konieczności podjęcia zmiany na skutek wymogów zewnętrznych (np. uchwały 961/2011 Prezydium PKA z 24.11.2011 warunkującej otrzymaniem akredytacji kierunku m.in. od prowadzenia monitoringu losów absolwentów) warunkujących funkcjonowanie (np. akredytację) kierunków kształcenia.				

Nazwa ryzyka	Ryzyko 5. Opóźnienia w realizowaniu projektu zgodnie z harmonogramem				
Prawdopodobieństwo wystąpienia:	średnie (2),	Wpływ na realizację celów:	średnie (2),	Istotne zagrożenie:	TAK (4)
Zapobieganie:	Głównym powodem wystąpienia prawdopodobieństwa ww. ryzyka jest konieczność stosowania prawa zamówień publicznych przez wnioskodawcę. Realizacja procedur przetargowych w wyborze zleceniobiorców w niektórych sytuacjach może się wydłużyć m.in. poprzez wystąpienie takich przypadków jak np. brak ofert, zbyt wysoka cena ofert, protest, itp. Dlatego też PUM mając świadomość ich wystąpienia przyjął następujące środki prewencji tj. powierzenie realizacji przetargów osobie z branżowym, długoletnim doświadczeniem i wykształceniem prawniczym (wpieranym przez cały dział prawny PUM oraz zapleczem merytorycznym i organizacyjnym jednostki odpowiedzialnej za realizację przetargów) pozwalającym m.in. na uniknięcie błędów w dokumentacji przetargowej; przygotowanie procedur i ich realizacja ze znacznym wyprzedzeniem tj. zabezpieczenie czasu na ewentualne protesty lub ponowną konieczność ich publikacji, przywiązywanie dużej staranności do rozpowszechniania informacji o planowanych i realizowanych przetargach itp.				
Minimalizowanie:	W przypadku wystąpienia tego ryzyka tj. opóźnień w wyborze zleceniodawców, wnioskodawca ma do dyspozycji zespół współpracujących ekspertów, którzy na czas dopełnienia ww. formalności pomagają w realizacji zaplanowanych zadań (w ramach swoich obowiązków) tak aby realizacja projektu przebiegała bez zbędnych przestołów.				



Nazwa ryzyka	Ryzyko 6. Zastrzeżenia IP do kwartalnych sprawozdań				
Prawdopodobieństwo wystąpienia:	duże (3),	Wpływ na realizację celów:	małe (1),	Istotne zagrożenie:	NIE (3)
Zapobieganie:	Głównym negatywnym następstwem wystąpienia tego ryzyka są opóźnienia w wypłacie kolejnej transzy przez IP skutkujące brakiem płynności finansowej w projekcie. PUM przywiązuje szczególną wagę do przygotowywania kwartalnych sprawozdań. Opracował procedurę, która skupia przy ww. pracy trzyosobowy zespół zarządzający projektem oraz Biuro ds. Projektów UE Wnioskodawcy, który nadzoruje, monitoruje i sprawdza wszystkie części wniosków. Poza powyższym został zatrudniony zewnętrzny ekspert realizujący regularnie okresowy monitoring projektu w tym postępy rzeczowe jak i finansowe, dając w raportach stosowne wytyczne i sugestie ułatwiające usprawnić cykliczne rozliczenie projektem.				
Minimalizowanie:	Uwagi do wniosków płatniczych są traktowane przez beneficjenta w sposób priorytetowy i w trybie pilnym zostają poddane wyjaśnieniom. Poza powyższym w przypadku wystąpienia opóźnień w przekazywaniu kolejnych transz, realizacji płatności dla wykonawców jest realizowana ze środków własnych projektodawcy przez co zachowuje się płynność finansową projektu. Po otrzymaniu transzy stosowne wielkości są zwracane na konto PUM.				

Nazwa ryzyka	Ryzyko 7. Uznanie przez IP poniesionych wydatków za niekwalifikowalne				
Prawdopodobieństwo wystąpienia:	niskie (1),	Wpływ na realizację celów:	niskie (1),	Istotne zagrożenie:	NIE (1)
Zapobieganie:	W celu uniknięcia ww. sytuacji beneficjent powołał zespół doświadczonych ekspertów z znaczącą wiedzą nie tylko merytoryczną, ale również w z zakresu prawa i wytycznych POKL, którzy realizują projekt i go rozliczają. Poza powyższym jest on pod ciągłą kontrolą Biura ds. Projektów UE, która nadzoruje wszystkie jego etapy i ponoszone koszty. Dodatkowymi elementami zapobiegającymi zaistnieniu ww. sytuacji jest cykliczny monitoring projektu (patrz wyżej).				
Minimalizowanie:	W przypadku wystąpienia ryzyka zostaną podjęte procedury odwołujące się od ewentualnej decyzji IP o nie kwalifikowalności kosztów. Od wielu lat Wnioskodawca realizuje projekty UE i nie miał ww. sytuacji. Jeśli jednak ona zaistnieje nie wpłynie ona znacząco na realizację projektu ponieważ PUM posiada wielomilionowy budżet z wyznaczoną rezerwą na ww. sytuacje				

Nazwa ryzyka	Ryzyko 8. Zniechęcenie UWKwRKM wynikające brakiem sukcesów w jednostkowych próbach wdrożenia systemu monitoringu losów absolwentów				
Prawdopodobieństwo wystąpienia:	średnie (2),	Wpływ na realizację celów:	średnie (2),	Istotne zagrożenie:	TAK (4)
Zapobieganie:	Podejmowane wcześniej próby wdrożenia przez uczelnie wyższe systemów monitoringów losów absolwentów często kończyły się fiaskiem ze względu na bardzo niski i niezadawalający poziom uzyskiwanych odpowiedzi na badania ankietowe. Powyższy stan wpłynął na występowanie zjawiska zniechęcenia do podejmowania kolejnych prób w przedmiotowym zakresie. Jednak nie wszystkie uczelnie napotkały na ww. problem, bowiem niektóre z nich jeszcze nie rozpoczęły procesu zbierania danych o swoich absolwentach (patrz punkt pierwszy strategii – wyniki badań). Z tego względu PUM zaplanowała w projekcie szereg działań				



	wspierających (informacyjnych, doradczych, motywacyjnych) realizowanych już od pierwszego zadania (Patrz niżej).
Minimalizowanie:	<p>Przede wszystkim głównym aspektem minimalizującym jest sama koncepcja proponowanego w modelu rozwiązania tzn. bazowania na danych pochodzących z dostępnych baz danych. W ten sposób pozyskiwanie informacji tak jak dotychczas było robione tzn. z kwestionariuszy ankietowych będzie o wiele prostsze i efektywniejsze. Jak zostało zaprezentowane powyżej cały proces monitoringu po wdrożeniu modelu będzie dla jednego rocznika zajmował od kilku do kilkunastu minut w skali roku! Jednak, aby zminimalizować rezultaty wcześniejszych niepowodzeń w UWKwRZM został zaplanowany cały system wsparcia. Wysyłane są cykliczne informacje o realizacji kolejnych etapów wraz z najważniejszymi konkluzjami wynikającymi z ich realizacji. Powołany został wieloosobowy zespół empowerment, który na bieżąco uczestniczy w opiniowaniu produktu (przedstawiciele wielu uczelni w tym tych czołowych) przez co UWKwRZM mają pełną wiedzę o logice interwencji i traktują produkt jako „własny” tzn. wspólnie wypracowany, w którym uwzględniane są ich opinie (zarówno kadry zarządzającej jak również personelu administracyjnego, który będzie później odpowiedzialny za realizację procesów monitoringu). Poza powyższym zaplanowano takie działania jak udzielanie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • merytorycznej informacji (publikacje w branżowych czasopismach, konferencje z udziałem przedstawicieli resortów, spotkania konferencyjne, praca Ambasadora modelu, indywidualne rozmowy Koordynatora Merytorycznego (członka Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkół Pielęgniarek i Położnych) z przedstawicielami UWKwRZM realizowane podczas procesów akredytacyjnych, portal internetowy o modelu, periodyki) • doradztwa (warsztaty wdrażające, praca Ambasadora modelu) • szkoleń (specjalistyczne szkolenia dla użytkowników produktu) • wsparcia indywidualnego (praca Ambasadora modelu, centrum informacji o modelu) <p>Wszystkie ww. formy wsparcia wprowadzania zmiany, zgodnie z zasadami, koncentrują się na ludziach, którzy ją wprowadzają. W pierwszej kolejności będą kierowane do kadry zarządzającej UWKwRZM, ale również i do szczebla administracyjnego odpowiedzialnego za realne wdrożenie planów do praktyki.</p> <p>Wszystkie ww. formy będą realizowane przez osoby posiadające szczegółową wiedzę z przedmiotowego zakresu, którzy będą przekazywać informacje jak wdrożyć model, od czego zacząć, jakie są kolejne etapy wdrożenia, jakie będą korzyści po zakończeniu owego procesu. Dzielenie się wiedzą i doświadczeniem (m.in. zebranych z fazy testowania w 4 UWKwRZM) będzie realizowane w formach grupowych jak i indywidualnych, bowiem bardzo istotne jest uwzględnienie specyfiki poszczególnych uczelni.</p>

Nazwa ryzyka	Ryzyko 9. Brak wśród UWKwRZM wspólnego/j systemu wartości i świadomości problemu			
Prawdopodobieństwo wystąpienia:	średnie (2),	Wpływ na realizację celów:	średnie (2),	Istotne zagrożenie: TAK (4)
Zapobieganie:	Tak jak dla ryzyka 8. Zmiany zainicjowane przez MNiSZW dotyczące przedmiotu projektu ze względu na specyfikę systemu szkolnictwa wyższego nie są jeszcze widoczne w skali makro. Proces ten przebiega bardzo wolno i wymaga dużego wysiłku koncentrującego się m.in. na			



	uświadomieniu problemu i uznaniu przez uczelnię za znaczącą wartość posiadanie własnego systemu monitoringu losów absolwentów. Taką rolę powinno pełnić MNiSZW, bowiem jakkolwiek beneficjent projektu POKL nie będzie miał na tyle wystarczająco instrumentów, aby owe cele osiągnąć. Nie oznacza to, że nie można podejmować innych działań, na innym poziomie. Beneficjent będzie realizował aktywność w ww. zakresie używając innej logiki dotarcia do UWKwRZM (dostosowanej do potencjału projektodawcy) poprzez rozmowy z Krajową Radą Akredytacyjną Szkół Pielęgniarek i Położnych, Departament Nauki i Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia, Departament Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia, Naczelną Izbę Lekarską, Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych, Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. Budując stosowny klimat w środowisku medycznym stworzy skuteczną płaszczyznę do podniesienia świadomości problemu wśród UWKwRZM w ujęciu krajowym. Owe działanie jest również alternatywnym rozwiązaniem niwelowania innego ryzyka tzn. braku autorytetu wspierającego zmianę.
Minimalizowanie:	Tak jak dla ryzyka 8 i powyżej.

Nazwa ryzyka	Ryzyko 10. Przekonanie UWKwRZM oraz ich partnerów o braku korzyści wynikających z wdrożenia systemu monitoringu losów absolwentów.				
Prawdopodobieństwo wystąpienia:	średnie (2),	Wpływ na realizację celów:	średnie (2),	Istotne zagrożenie:	TAK (4)
Zapobieganie:	Tak jak dla ryzyka 8 i 9. Podczas wszystkich działań podkreślany będzie jeden, bardzo ważny element praktyczny modelu, który w sposób skuteczny może niwelować owe ryzyko. Dzięki systemowi monitoringu zawartemu w modelu UWKwRZM oraz ich Partnerzy (Izby) dostaną bardzo szczegółową informację o potrzebach merytorycznych absolwentów (brakach w wiedzy, umiejętnościach, kompetencjach) będącą podstawą do oferowania płatnych studiów podyplomowych oraz specjalistycznych kursów. Aspekt finansowych korzyści może stać się najbardziej efektywnym czynnikiem obniżającym do minimum owe ryzyko. Poza powyższym w dobie dużej konkurencji na rynku szkolnictwa wyższego większa jakość i efektywność kształcenia (tak istotnego w branży ratującej życie) jest wymiernym elementem podnoszącym konkurencyjność danej placówki.				
Minimalizowanie:	Tak jak dla ryzyka 8, 9 i powyżej.				

Nazwa ryzyka	Ryzyko 11. Niejasność celu wprowadzenia zmiany				
Prawdopodobieństwo wystąpienia:	średnie (2),	Wpływ na realizację celów:	średnie (2),	Istotne zagrożenie:	TAK (4)
Zapobieganie:	Tak jak dla ryzyka 8 i 9.				
Minimalizowanie:	Tak jak dla ryzyka 8, 9				

Załącznik – do strategii należy załączyć wstępną wersję produktu finalnego.

.....
Imię, nazwisko, funkcja i podpis osoby/-ów składającej/-ych strategię
W przypadku projektów realizowanych w partnerstwie (nie dotyczy partnerstwa ponadnarodowego) podpisy pod strategią składają przedstawiciele wszystkich instytucji partnerskich.