



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Raport z ewaluacji ex-ante w projekcie

„Wsparcie osób z zaburzeniami psychicznymi

na rynku pracy II”

Program Operacyjny Kapitał Ludzki 2007-2013

Priorytet I „Zatrudnienie i integracja społeczna”

Działanie 1.3 „Ogólnopolskie programy integracji i aktywizacji zawodowej”

Poddziałanie 1.3.6



Stowarzyszenie
Na Tak



1.	Wstęp.....	3
2.	Metodologia i zakres badania.....	5
3.	Sytuacja osób chorych psychicznie i ich opiekunów	8
	3.1 Ocena specyficznych problemów związanych z dyskryminacją osób chorych psychicznie.....	8
	3.2 Diagnoza problemów osób chorych psychicznie na rynku pracy	9
	3.3 Osoby z zaburzeniami psychicznymi w statystykach.....	11
	3.4 Otoczenie osób chorych psychicznie.....	13
4.	Cele projektu	16
6.	Spójność projektu z dokumentami programowymi.....	18
7.	Kwantyfikacja projektu oraz oczekiwanych rezultatów.....	19
8.	System realizacji celów projektu.....	23
9.	Podsumowanie i wnioski.....	26
10.	Bibliografia.....	28

1. Wstęp

*Być pełnosprawnym to tak naprawdę żadna nasza zasługa,
To dar od Boga, który każdemu o każdym czasie może być odebrany.
Pozwólmy więc niepełnosprawnym i członkom ich rodzin,
W jak najbardziej naturalny sposób włączyć się w życie.
Chcielibyśmy dać im pewność, że jesteśmy jednością.*

*Richard von Weizsäcker
(prezydent Niemiec w latach 1984-1994)*

Osoby z zaburzeniami psychicznymi (OZP) z powodu specyfiki schorzenia mają wielkie trudności w samodzielnym funkcjonowaniu społecznym, a w szczególności w funkcjonowaniu na rynku pracy. OZP często są spychane na margines życia społecznego. Schizofrenia jest najczęstszą ciężką chorobą psychiczną, na którą cierpi lub będzie cierpieła w jakimś momencie swojego życia, jedna na 100 osób. Zapadalność na schizofrenię w Polsce waha się w granicach od 15 do 30 na 100 tys. osób rocznie. Pojęcie schizofrenia wiąże się z piętnem, wynikającym z powszechnego niezrozumienia istoty choroby i objawów z nią związanych. Początek choroby pojawia się zazwyczaj u mężczyzn w wieku 15–24 lat, u kobiet - w 25–34 roku życia. W jej wyniku stwierdza się dezintegrację procesów poznawczych powodującą błędne odbieranie rzeczywistości, a długotrwałość choroby oraz utrwalanie się zaburzeń wpływa na rozwój dezadaptacji życiowej. Prowadzić to może do intensyfikacji objawów i dalszego wycofywania się pacjentów z realnego świata, a w konsekwencji do pogłębienia izolacji, przerwania nauki, utraty zdolności do pracy, ostatecznie do bezdomności. Około 40% pacjentów podejmuje próby samobójcze. Śmiertelność w wyniku samobójstw wynosi w schizofrenii ok. 10% i 12-krotnie przekracza obserwowaną w społeczeństwie. Osobistą tragedią chorych często pogłębia fakt początku choroby we wczesnym okresie dorosłości w momencie, w którym buduje się podwaliny życia zawodowego i rodzinnego.

Raport stanowi ocenę zasadności realizacji projektu „Wsparcie osób z zaburzeniami psychicznymi na rynku pracy II”. Został on przygotowany w oparciu o ewaluację ex ante.

Wyniki przeprowadzonej analizy potwierdzają zasadność realizacji projektu. Projekt zarówno w skali mikro jak i makro odpowiada na potrzeby osób chorych psychicznie i ich otoczenia.

Swym zasięgiem obejmuje także pracodawców. Zapewnia on holistyczne podejście do problemu aktywizacji zawodowo-społecznej osób chorych psychicznie. Ponadto został oparty o zasadę „empowerment”, co dodatkowo świadczy o jego innowacyjności i uniwersalnym charakterze.

Realizacja projektu jest zasadna z punktu widzenia celów, jakie zostały przed nim postawione, które z kolei są spójne z dokumentami programowymi.

2. Metodologia i zakres badania

Ewaluacja ex-ante dotyczy projektu systemowego „Wsparcie osób z zaburzeniami psychicznymi na rynku pracy II”. Projekt realizowany jest w okresie 01.06.2011 – 31.03.2013r. w partnerstwie z następującymi organizacjami:

1. Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych – Lider Partnerstwa,
2. Klub Wsparcia Psychicznego z Bydgoszczy – Partner nr 1,
3. Stowarzyszenie „Człowiek w potrzebie – Wolontariat Gorzowski” z Gorzowa Wielkopolskiego – Partner nr 2,
4. Chrześcijańskie Stowarzyszenie Osób Niepełnosprawnych Ich Rodzin i Przyjaciół „Ognisko” z Krakowa – Partner nr 3,
5. Stowarzyszenie Inicjatyw Lokalnych – SIL z Lubartowa – Partner nr 4,
6. Towarzystwo Przyjaciół Niepełnosprawnych z Łodzi – Partner nr 5,
7. Caritas Diecezji Warszawsko – Praskiej z Warszawy – Partner nr 6,
8. Stowarzyszenie Nadzieja dla Rodziny z Gdańska – Partner nr 7,
9. Stowarzyszenie Na Tak z Poznania – Partner nr 8.

Projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytet I Zatrudnienie i integracja społeczna, Działanie 1.3 Ogólnopolskie programy integracji i aktywizacji zawodowej, Poddziałanie 1.3.6 Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Projekt realizowany jest na terenie całego kraju. Zaplanowano, że poszczególne organizacje będą przyjmować beneficjentów/ki z następujących województw:

1. Klub Wsparcia Psychicznego – Bydgoszcz
 - Kujawsko – Pomorskie
 - Warmińsko – Mazurskie
2. Stowarzyszenie „Człowiek w potrzebie – Wolontariat Gorzowski” – Gorzów Wielkopolski
 - Lubuskie
 - Zachodniopomorskie
3. Chrześcijańskie Stowarzyszenie Osób Niepełnosprawnych Ich Rodzin i Przyjaciół „Ognisko” – Kraków
 - Małopolskie

- Śląskie
4. Stowarzyszenie Inicjatyw Lokalnych – SIL – Lubartów
 - Lubelskie
 - Podkarpackie
 5. Towarzystwo Przyjaciół Niepełnosprawnych – Łódź
 - Łódzkie
 - Świętokrzyskie
 6. Caritas Diecezji Warszawsko – Praskiej – Warszawa
 - Mazowieckie
 - Podlaskie
 7. Stowarzyszenie Nadzieja dla Rodziny – Gdańsk
 - Pomorskie
 - Warmińsko – Mazurskie
 8. Stowarzyszenie Na Tak – Poznań
 - Wielkopolskie
 - Dolnośląskie
 - Opolskie.

Ewaluacja ex-ante przeprowadzana jest przed rozpoczęciem realizacji projektu, w trakcie jego projektowania. Pomaga ona w ocenie na ile planowane działania są trafne z punktu widzenia potrzeb i oczekiwań grupy docelowej oraz spójne w zakresie planowanych celów i sposobów ich realizacji. Ocenia na ile planowana interwencja jest trafna z punktu widzenia potrzeb beneficjentów oraz spójna w zakresie planowanych celów i sposobów ich realizacji, bada kontekst społeczny, służy identyfikacji potencjalnych trudności oraz diagnozuje potrzeby i oczekiwania grupy docelowej.

Niniejsza ewaluacja ex-ante ma na celu dostarczenie odpowiedzi na następujące kluczowe pytania, które są określone dla obszarów ewaluacyjnych w kolejnych rozdziałach:

- ⇒ Czy projekt sprostą potrzebom oraz wyzwaniom, przed którymi stoi?
- ⇒ Czy projekt jest właściwie zdefiniowany, ma przejrzyste cele? Czy realne jest osiągnięcie założonych celów przy planowanych zasobach finansowych?
- ⇒ Czy zaproponowany projekt jest spójny z dokumentami programowymi? W jaki sposób projekt przyczynia się do osiągnięcia celów PO KL?

⇒ Czy zdefiniowano właściwe wskaźniki projektu i jego celów? Czy realne jest osiągnięcie założonych wskaźników oraz czy założone wartości zostaną osiągnięte do końca realizacji projektu? Czy zaproponowane wskaźniki i ich założone wartości tworzą podstawę dla przyszłego systemu monitoringu i ewaluacji projektu?

⇒ Czy zaproponowano właściwy system realizacji celów projektu?

W ramach ewaluacji przyjęto następujące kryteria oceny: trafność (projektu w odniesieniu do potrzeb), skuteczność (na ile jest prawdopodobne, że cele projektu zostaną osiągnięte), spójność i efektywność.

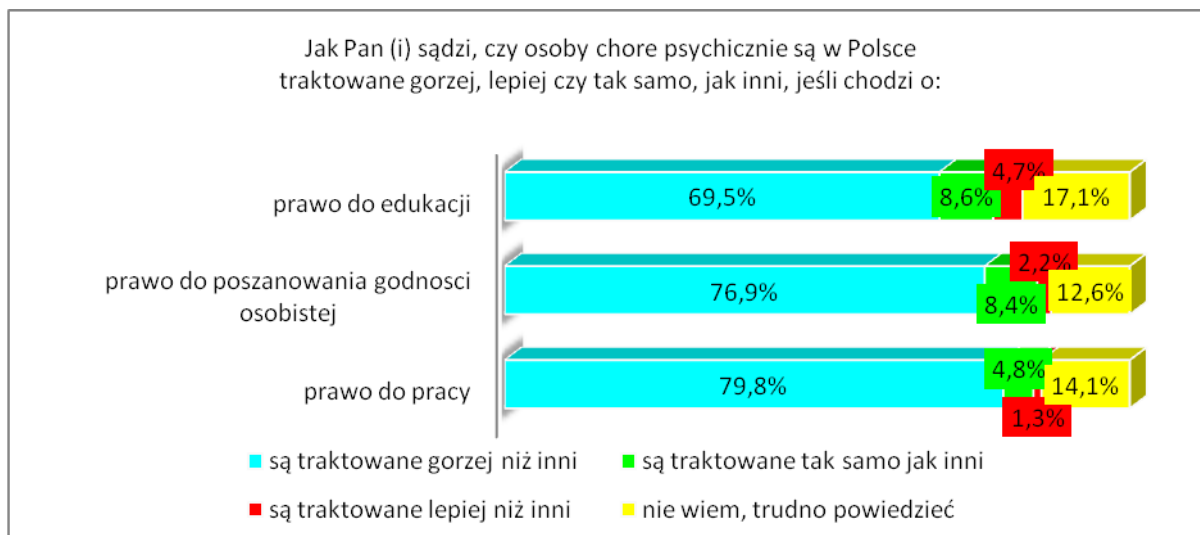
Raport z ewaluacji ex-ante został przygotowany w oparciu o analizę dostępnych danych statystycznych, dokumenty programowe, raporty z ewaluacji projektów o podobnych charakterze oraz na podstawie literatury.

3. Sytuacja osób chorych psychicznie i ich opiekunów

3.1 Ocena specyficznych problemów związanych z dyskryminacją osób chorych psychicznie

Uprzedzenia wobec osób chorych psychicznie i przesady na ich temat utrwały się przez wiele pokoleń. Mają one niestety negatywny wpływ na proces zdrowienia i funkcjonowania ludzi chorych psychicznie w społeczeństwie. Spotykają się one często w życiu codziennym z dyskryminacją i odrzuceniem. Społeczeństwo, prawodawcy, pracodawcy, media podtrzymują stereotypowe widzenie chorych psychicznie jako osób niebezpiecznych, agresywnych i niezdolnych do efektywnej pracy. Niski poziom wiedzy i wyobrażenia w społeczeństwie pokazały badania CBOS z 2007 roku dotyczące oceniania przez opinię publiczną sytuacji osób z problemami psychicznymi, zrealizowanych dla Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej.

Na pytanie: *Czy może Pan(i) wymienić znane Panu(i) choroby psychiczne?* 39,3% ankietowanych wskazuje na schizofrenię, 21,7% na depresję, 7,7% na nerwicę ogólnie, 2,1% na chorobę Alzheimera. Takie podejście ogółu społeczeństwa – nieprawidłowe i negatywne – zmniejsza szanse osób po przebytych kryzysie psychicznym za zatrudnienie, zakładanie rodziny, normalne życie. W efekcie u osoby chorej psychicznie obserwuje się postawę wycofania, rezygnacji i spadek aktywności życiowej. Etiologia zaburzeń psychicznych jest wieloczynnikowa, a wpływają na nie: biologiczne predyspozycje, doznane urazy psychiczne i czynniki społeczne. Według przytoczonych już badań CBOS, Polacy stykając się z osobą chorą psychicznie najczęściej reagują współczuciem (58%). Takim odczuciom najczęściej towarzyszy chęć pomocy (32%) i litości (30,7%). Na jednoznacznie negatywne reakcje w stosunku do osób chorych psychicznie, czyli niechęć lub złość i niezadowolenie, wskazało 14% badanych. Analizy wykazały, iż odczucia te często idą w parze ze strachem. Ponadto badani sami przyznali (17,8%), że osoby te stykają się z uprzedzeniem otoczenia, przez co stają się ofiarami dyskryminacji.



Źródło: z badań CBOS Warszawa 2007 – *Opinia publiczna o chorobach psychicznych, Raport z badania ilościowego typu „Omnibus” dla Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej.*

Najwięcej respondentów (79,8%) dostrzega dyskryminację OZP ze względu na prawo do pracy. Dyskryminację osób chorych psychicznie częściej dostrzegają osoby, które deklarują wiedzę na ten temat. Im ta wiedza jest większa, tym częściej skłonne są one twierdzić, iż OZP są traktowane gorzej niż inne w każdym zakresie.

Polskie społeczeństwo ma także niezbyt wysoki poziom wiedzy na temat chorób psychicznych. Ponad połowa ankietowanych (52,7%) stwierdziła, że wie niewiele na temat chorób psychicznych, a ponad jedna trzecia (36,5%) oceniła, że praktycznie nic nie wie na ten temat. Wiedze na temat chorób psychicznych chciałoby uzupełnić niewiele ponad dwie piąte (42,8%) Polaków, przy czym zdecydowane zapotrzebowanie na taką wiedzę wyraziło jedynie 8,5% badanych przez CBOS. Na pytanie, czy chcieliby wiedzieć więcej na temat chorób psychicznych, ankietowani odpowiadali najczęściej przecząco (44,0%).

3.2 Diagnoza problemów osób chorych psychicznie na rynku pracy

Zaburzenia psychiczne i neurologiczne dotyczą ok. 450 mln ludzi na całym świecie, a w ciągu najbliższych 20 lat ich liczba jeszcze wzrośnie – jak ocenia Światowa Organizacja Zdrowia (WHO). Przewiduje ona, że w 2020 roku np. depresja znajdzie się na drugim miejscu wśród wszystkich chorób będących przyczyną śmierci ludzi na całym świecie, zaraz za chorobą niedokrwieniową serca. Przypisywane jest to stresującemu stylowi życia, rosnącemu ubóstwu i przemocy. Cierpienia osób chorych psychicznie są pogłębiane przez nietolerancję społeczeństwa powodującą poczucie lęku. Tego rodzaju relacja często doprowadza do

niekorzystnej zmiany sposobu funkcjonowania osób z zaburzeniami psychicznymi i blokuje ich aktywność. Dalszą konsekwencją jest narastająca izolacja społeczna, wycofanie się z dotychczasowych kontaktów, przyjmowanie postawy biernej, zależnej oraz lękowej.

Spośród osób niepełnosprawnych, w szczególnie trudnej sytuacji na rynku pracy są właśnie osoby chorujące psychicznie, których aktywność zawodowa należy do najniższych wśród niepełnosprawnych. Zgodnie z danymi opublikowanymi przez Komisję Europejską, zły stan zdrowia psychicznego dotyka 27% mieszkańców Europy, co kosztuje Unię Europejską około 3-4% PKB, głównie na skutek utraty produktywności chorych. Według Instytutu Psychologii Zdrowia tylko 2% chorych na schizofrenię w Polsce ma pracę. Przyczyną takiego stanu rzeczy nie są głównie problemy medyczne, wynikające z samej specyfiki schorzenia. TPN (jeden z Partnerów planowanego projektu) na podstawie własnych doświadczeń wskazuje na dwa główne problemy dotyczące podejmowania pracy przez osoby chorujące na schizofrenię:

- I. Stereotypy i uprzedzenia wśród osób z otoczenia osób chorujących psychicznie. *Osoby chorujące psychicznie wciąż budzą niechęć i lęk. Stereotypy i uprzedzenia, piętnujące chorych psychicznie jako niezdolnych do pracy i niepoczytalnych wykluczają ich z życia społecznego i zawodowego. Szczególnie dramatyczna jest sytuacja osób chorych psychicznie w środowisku wiejskim, co wynika m.in. z ograniczonego dostępu społeczności wiejskiej do rehabilitacji psychiatrycznej, niewielkiej wiedzy członków tej społeczności o specyfice samej choroby, braku tolerancji środowiska na inność. Dodatkowo chorzy, którzy przyjmując leki psychotropowe często nie mogą wykonywać ciężkich prac gospodarskich, traktowani są często w tym środowisku jako osoby bezużyteczne.*
- II. Postawy pracodawców. *Pracodawcom łatwiej zaakceptować osobę np. z zaburzeniami narządów ruchu niż z chorobą psychiczną. Takie postrzeganie osób chorych psychicznie przekłada się na niski poziom ich zatrudnienia. Tymczasem osoby chore psychicznie mogą dobrze pracować i często posiadają olbrzymi potencjał oraz wiele talentów. Problemem jest też to, że osoby chore psychicznie zatrudniane w obrębie ZPCh kierowane są na stanowiska związane z pracą fizyczną, która nie umożliwia rozwoju osobom o wyższych aspiracjach. Przy zatrudnianiu osób z tej grupy nie uwzględnia się ani ich potencjału, ani ograniczeń wynikających z choroby. Tymczasem aktywność zawodowa chorych na schizofrenię jest jednym z najistotniejszych czynników sprzyjających poprawie*

stanu zdrowia psychicznego, zapobiegających izolacji, stygmatyzacji i wykluczeniu społecznemu.

Do tego należy dodać jeszcze często występujący brak odpowiedniego wykształcenia, a co za tym idzie kwalifikacji. Osoby chore psychicznie często nie mają możliwości nabycia nowych umiejętności zawodowych. Znaczna ich liczba nie ma również szans na zatrudnienie w wyuczonych zawodach, stąd konieczność szkoleń zawodowych. W sytuacji włączenia ich w szkolenia zawodowe czy zatrudnienie potrzebują oni silnego wsparcia środowiska, do którego mają zaufanie i o którym wiedza, że jest im przyjazne.

Strona | 11

W istotny sposób do powstania zaburzeń lub ich nasilenia może przyczynić się utrata pracy czy też zagrożenie wypadnięcia z pełnienia ról społecznych, zjawiska niezwykle częste w ostatnich latach. Konsekwencją tych zjawisk jest bardzo niski wskaźnik osób z chorobami psychicznymi, które pozostają w zatrudnieniu. Stopa bezrobocia wśród tych osób jest bardzo wysoka.

Występowanie schorzeń psychicznych ma tendencję wzrostową. Porównując badania statystyczne zaobserwować można, że przyczyną niepełnosprawności u 7,9% osób w 2004 roku były właśnie choroby psychiczne, dla porównania – w 2000 roku choroby psychiczne stanowiły w 5,1% przyczynę niepełnosprawności. W grupie wiekowej 15-59 lat, czyli najbardziej aktywnej społecznie i zawodowo, wśród osób niepełnosprawnych zaobserwowano także znaczący wzrost tych schorzeń: od 7,5% w 2000r. do 11,5% w 2004r.

3.3 Osoby z zaburzeniami psychicznymi w statystykach

Według badania aktywności ekonomicznej ludności Polski (BAEL) z 2010r., przeprowadzonego przez Główny Urząd Statystyczny, liczba osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym wynosiła ponad 3,5 mln i stanowiła 14,2% ludności w tym wieku. Według ww. badania, jedynie co 7 osoba niepełnosprawna funkcjonuje na rynku pracy, podczas gdy w UE jest to średnio co druga osoba. Jednocześnie źródłem utrzymania dla 84% osób niepełnosprawnych są głównie świadczenia społeczne. Zdecydowana większość osób niepełnosprawnych w Polsce jest bierna zawodowo - 84% wg BAEL GUS 2010. Analizy rynku pracy wskazują, że wynika to zarówno z dyskryminacji tej grupy przez pracodawców, utrwalonej postawy osób niepełnosprawnych (bierność, niska motywacja), ale także ze znacznie gorszego wykształcenia i niskich kwalifikacji.

Jedną z grup spośród osób niepełnosprawnych szczególnie zagrożonych wykluczeniem są osoby z zaburzeniami psychicznymi. Osoby te z powodu specyfiki schorzenia mają wielkie trudności z funkcjonowaniem społecznym, a w szczególności na rynku pracy. OZP są często spychane na margines życia społecznego. Według raportu Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej – „Raport nr 10 Wyniki i wnioski z ogólnopolskiego badania sondażowego przeprowadzonego w ramach projektu pt.: „Ogólnopolskie badanie sytuacji, potrzeb i możliwości osób niepełnosprawnych” z 2010 roku - OZP niepracujących było łącznie 84,2% badanych – odpowiednio w wieku 15-34 lat – 84,7%; w wieku 35-49 lat – 78,4%; w wieku 58-64 lat – 88,6%. Zaledwie ok. 2% pracuje zawodowo w pełnym wymiarze godzin.

Z w/w raportu SWPS i danych GUS wynika, że OZP jest 490 tys. Niepełnosprawność ta dotyka częściej osoby młodsze i w średnim wieku (11,3%), niż osoby starsze (4,4%), a także zarówno kobiety (51%), jak i mężczyzn (49%).

Wg raportu „Sytuacja zdrowotna ludności Polski” z 2008 r. opublikowanego przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego aż 1 305 tys. osób poddana była opiece ambulatoryjnej z powodu zaburzeń psychicznych. W/w raport NIZP wskazuje, że liczba osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych w oddziałach psychiatrycznej opieki całodobowej wynosi ponad 209 tys. W grupie tej około 80% stanowią osoby wykluczone z rynku pracy, tymczasem co najmniej 120 tys. spośród nich powinno być włączonych w programy pracy i rehabilitacji społeczno-zawodowej. Z danych wynika, iż wszystkie formy rehabilitacji społeczno-zawodowej wykorzystywane w Polsce swoim wsparciem obejmują około 9-10 tys. osób chorych psychicznie, co stanowi tylko około 8% zapotrzebowania. Raport „Perspektywa osób chorych psychicznie” wykonany na zlecenie PFRON wskazuje, iż odsetek OZP nigdy niepracujących jest najwyższy, nie licząc osób z upośledzeniem umysłowym, spośród grup osób niepełnosprawnych i kształtuje się na poziomie 37%. Pracy zawodowej relatywnie częściej nigdy nie podejmowały osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności (48%) niż ze stopniem umiarkowanym (32%). Spośród wszystkich badanych z grupy OZP prawie dwie trzecie (62%) odrzuca możliwość pracy. Wskaźnik ten jest istotnie wyższy dla osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności (72%), cierpiących na zaburzenia typu autyzm, schizofrenia. Trwała bierność zawodowa charakteryzuje przede wszystkim osoby niepełnosprawne od urodzenia (85%), cierpiące na zaburzenia zachowań (53%) oraz inne zaburzenia (48%).

OZP, szczególnie ze znacznym stopniem niepełnosprawności, znajdują zatrudnienie w zakładach pracy chronionej oraz w organizacjach pozarządowych (28% wśród badanych

Zakładów Pracy Chronionej zadeklarowało zatrudnianie OZP w stopniu umiarkowanym, zaś 9% w stopniu znacznym, w odniesieniu do NGO odsetki te wynoszą 11%). OZP są w dużym stopniu zatrudniane w Zakładach Aktywności Zawodowej – według stanu na koniec 2009r. osoby z tym rodzajem schorzenia stanowią 22,8 % pracowników ZAZ.

W przypadku OZP gotowość do podejmowania aktywności na rynku pracy spada wraz z wiekiem. Jest większa wśród mieszkańców dużych miast niż mieszkańców wsi oraz wśród mężczyzn niż wśród kobiet. Dane przedstawione w ramach projektu „Ogólnopolskie badanie sytuacji, potrzeb i możliwości osób niepełnosprawnych” z 2010 r. wskazują, że zaledwie 15,8% osób z zaburzeniami psychicznymi podejmuje pracę (w wieku 16-34l. – 15,3%, 35-49l. – 21,6%, 50-64l. – 11,3%) , wśród których wyraźnie wyższą aktywność zawodową wykazują mężczyźni – 60% niż kobiety - 40%. Ww. dane wskazują, że wśród OZP aż 72,8% nie pracuje i nie poszukuje pracy. Jest to najwyższy odsetek w grupach osób niepełnosprawnych poza osobami z niepełnosprawnością intelektualną.

3.4 Otoczenie osób chorych psychicznie

Rodziny/opiekunie

Aż 75 % członków rodzin osób chorych psychicznie cierpi na syndrom wypalenia pomaganiem. Głównym problemem, z jakim zmagają się rodziny pacjentów poradni zdrowia psychicznego jest syndrom wypalenia pomaganiem, a także mała aktywność zawodowa i społeczna osób chorych psychicznie. Ponadto każdorazowo osoby te głęboko przeżywają chorobę i np. umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym swoich bliskich. Stają wobec sytuacji zaskoczenia i bezradności. Choroba psychiczna członka rodziny sprawia, że osoby bliskie potrzebują dodatkowych umiejętności dla dobrego kształtowania relacji wewnątrz rodziny. Wymagają ukierunkowania i wsparcia, które pomoże im znaleźć się w nowej sytuacji w sposób dla nich bezpieczny. W Polsce nie ma wypracowanego systemu pomocy rodzinom osób z zaburzeniami psychicznymi.

Rodziny z osobą chorą psychicznie oczekują przede wszystkim fachowej profesjonalnej pomocy, dzięki której nauczą się sposobu postępowania z chorym członkiem rodziny. Społecznie „wstydlivy” fakt choroby psychicznej wprowadza w rodzinę poczucie niepewności, utratę wewnętrznej stabilności i oparcia. Jak pokazują wyniki ewaluacji projektu realizowanego w ramach IW EQUAL „Wchodzenie, utrzymanie, powrót na rynek pracy osób po chorobie psychicznej”, ważna dla rodzin/opiekunów jest pomoc psychologiczna,

umiejętność przeciwdziałania inwalidyzacji i schodzenia bliskiej osoby chorej na margines życia społecznego. Ważna jest umiejętność pokonania rodzących się barier, które powodują izolację tej osoby, a w konsekwencji całej rodziny. Nowa rola członków rodziny musi mieć charakter wspierający w dążeniu do podejmowania ról społecznych, z których, przez fakt choroby, osoba chora psychicznie okresowo została wyłączona.

Większość osób z najbliższego otoczenia OZP jest niechętna do dalszego wspierania swoich bliskich chorych, posiadają złe doświadczenie związane z podejmowaniem przez nich aktywności pro zawodowych, co wpływa na zwiększające się obawy, co do podejmowania kolejnych prób. W związku z tym należy zapewnić pomoc najbardziej zaangażowanym członkom rodzin i innym osobom zaangażowanym, aby jak najefektywniej wspierać proces aktywizacji społeczno-zawodowej OZP.

Pracodawcy

Z analizy zatrudnienia osób niepełnosprawnych zarejestrowanych w powiatowych urzędach pracy wynika, że pracodawcy stosunkowo niechętnie decydują się na ich zaangażowanie zawodowe. Ponad 56% zarejestrowanych stanowiły osoby długotrwale bezrobotne, a odsetek osób pozostających bez pracy ponad 6 miesięcy przekraczał 72% zarejestrowanych bezrobotnych. Pracodawcy, podobnie jak większość społeczeństwa, poddani są bardzo silnemu oddziaływaniu negatywnych stereotypów o osobach chorych psychicznie. Nakłada się na nie powszechny brak wiedzy, zarówno o samych chorobach jak też ich rzeczywistych skutkach dla osób doświadczających kryzysu psychicznego. Osoby po chorobie psychicznej mają kilkakrotnie mniejsze szanse na zatrudnienie niż inni niepełnosprawni, co obrazuje rzeczywistą skalę problemu, z którym mierzą się pracodawcy stojący wobec dylematu: zatrudnić czy nie zatrudnić? Pracodawca podlega również naciskowi środowiska swoich współpracowników, którzy formułują podobne obawy: o zakres odpowiedzialności możliwy do powierzenia pracownikowi, który doświadczył kryzysu psychicznego. Stawiane są pytania czy i jakim współpracownikiem może być taka osoba? Sądzą, że będą bezradni wobec takiej osoby i nie uzyskają potrzebnej pomocy z zewnątrz w razie problemów. Część z nich wskazuje również na konieczność wprowadzenia dużych zmian organizacyjnych w firmie.

Prowadzenie działalności ekonomicznej z założenia nie jest działalnością charytatywną. Z punktu widzenia pracodawcy zatrudnienie osoby chorej psychicznie wiąże się z ryzykiem na kilku płaszczyznach: ekonomicznej, wynikającej z mniejszej wydajności pracy i braku zawodowego przygotowania, emocjonalnej – z racji na „nieprzewidywalność” osoby oraz

możliwą konfliktożenność w środowisku pracy. Dlatego istotne znaczenie dla podjęcia decyzji o zatrudnieniu ma wypracowanie sposobów niwelowania potencjalnych zagrożeń, co daje poczucie bezpieczeństwa pracodawcom, i uzmysłowienie korzyści, również w wymiarze ekonomiczno-społecznym, jakie mogą płynąć dla pracodawców z zatrudnienia osób chorych psychicznie.

4. Cele projektu

Celem głównym projektu jest aktywizacja społeczno – zawodowa 600 OZP (300 K i 300 M) z terenu całego kraju w okresie od 01.06.2011r. do 31.03.2013r. poprzez udzielenie kompleksowej, zindywidualizowanej usługi polegającej na wsparciu przy wchodzeniu na rynek pracy oraz wsparcie 600 osób (400 K i 200M) z otoczenia OZP.

Cele szczegółowe projektu (osiągnięte w okresie 01.06.2011 - 31.03.2013):

CEL 1: Zapewnienie BO OZP wsparcia we wchodzeniu i funkcjonowaniu na rynku pracy poprzez diagnozę sytuacji społecznej i zawodowej, opracowanie IPD z IŚZ, zapewnienie wsparcia specjalistycznego, podniesienie kompetencji miękkich, społecznych i zawodowych, wsparcia psychologicznego, określenie ścieżki rozwoju zawodowego, staże.

CEL 2: Wzmocnienie osób z najbliższego otoczenia OZP poprzez ujednoczenie i upowszechnienie standardu funkcjonowania i współpracy w ramach systemu wsparcia OZP.

CEL 3: Stworzona baza pracodawców chętnych do współpracy, 80 uzyskanych ofert stażowych, 60 uzyskanych ofert pracy, 60 kontynuacji lub rozpoczęcia nauki.

Cel główny projektu został zdefiniowany właściwie. Zaproponowane cele szczegółowe są spójne z celem głównym projektu. Są one także spójne z potrzebami osób chorych psychicznie i ich rodzin/opiekunów. Projekt zakłada objęcie wsparciem wszystkich grup, które mają wpływ na podjęcie zatrudnienia przez osoby chore psychicznie.

Cele projektu są SMART:

1. Specific (konkretny) - sformułowane jednoznacznie i nie pozostawiające miejsca na luźną interpretację;
2. Measurable (mierzalny) – zostały liczbowo określone w postaci rezultatów, które zostaną sprawdzone w drodze monitoringu projektu;
3. Ambitious (ambitny) – ze względu na rezultaty określone w projekcie w stosunku do grupy docelowej, która zostanie nim objęta jest to cel ambitny; jego realizacja przyczyni się do zmiany sytuacji osób chorych psychicznie na rynku pracy;
4. Realistic (realny do osiągnięcia) – cele są realne do osiągnięcia co wynika chociażby z ewaluacji ex-post projektu pilotażowego;

5. Time (określony w czasie) – czas realizacji i osiągnięcia celów został określony.

Budżet projektu został oszacowany na 6.100.905,92 zł. Dla poszczególnych partnerów projektu przedstawia się on następująco:

Lider – 969.530,00 zł,

Partner 1 - 661.615,40 zł,

Partner 2 - 647.035,40 zł,

Partner 3 - 646.840,40 zł,

Partner 4 - 637.600,40 zł,

Partner 5 - 570.201,12 zł,

Partner 6 - 634.162,40 zł,

Partner 7 - 676.150,40 zł,

Partner 8 - 657.770,40 zł.

Biorąc pod uwagę doświadczenia organizacji biorących udział w projekcie jak też wyniki ewaluacji podobnych projektów, w tym ewaluacji ex-post projektu pilotażowego „*Wsparcie osób z zaburzeniami psychicznymi na rynku pracy*” osiągnięcie założonych celów jest możliwe przy założonych zasobach finansowych. Ewaluacja przeprowadzona w ww. projekcie potwierdza uzasadnienie do kontynuowania podobnych projektów, ponieważ obecnie nie istnieje żadna analogiczna forma zapewniająca kompleksowe i wielostronne podejście do OZP, w tym pomocy w zaktywizowaniu i wejściu tej grupy osób niepełnosprawnych na rynek pracy. Działania przewidziane w ramach projektu bazują na zdobytych doświadczeniach ze wsparcia udzielonego BO podczas trwania projektu pilotażowego, które zostało wysoko ocenione w sferze działań merytorycznych.

6. Spójność projektu z dokumentami programowymi

Projekt realizuje cel główny NSRO 2007–2013 wpisując się w cel 1 *Poprawa jakości funkcjonowania instytucji publicznych oraz rozbudowa mechanizmów partnerstwa* oraz cel 2 *Poprawa jakości kapitału ludzkiego i zwiększenie spójności społecznej*.

Cele projektu są zgodne ze strategicznymi celami PO KL, jakimi są m. in. podniesienie poziomu aktywności zawodowej oraz zdolności do zatrudnienia osób bezrobotnych i biernych zawodowo oraz zmniejszenie obszarów wykluczenia społecznego. Poprzez realizację celów projektu, tj. stworzenie ponadregionalnego systemu aktywizacji zawodowej i społecznej OZP, projekt wpisuje się w zakres działań przewidziany w Działaniu 1.3 PO KL - Ogólnopolskie programy integracji i aktywizacji zawodowej i Poddziałaniu 1.3.6 PO KL, tj. programy adresowane do osób niepełnosprawnych przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Działania projektu są zgodne z założeniami Strategii Lizbońskiej, Europejskiej Strategii Zatrudnienia a także Strategicznych Wytycznych Wspólnoty na lata 2007 – 2013. Przewidziane do realizacji zadania są zgodne ze SZOP KL oraz Planem Działania. Realizacja projektu przyczyni się do realizacji celu szczegółowego 2 Zwiększenie zasięgu oddziaływania Aktywnych Polityk Rynku Pracy poprzez rozwój zindywidualizowanych usług adekwatnych do zdiagnozowanych potrzeb OZP, zaplanowanie ich rozwoju zawodowego i upowszechnienie podejścia.

7. Kwantyfikacja projektu oraz oczekiwanych rezultatów

W projekcie zaproponowano następujące rezultaty i sposoby ich monitorowania:

REZULTATY TWARDE		
Nazwa	Sposób pomiaru	Cel projektu
Objęcie wsparciem 600 BO OZP (300 K i 300M) w formie spotkań dot. opracowania indywidualnej diagnozy społeczno-zawodowej – średnio 8h/BO OZP	ankiety, listy obecności	Cel główny CEL 1 szczegółowy
Objęcie wsparciem 600 BO OZP (300 K i 300M) w formie 20h/ BO OZP warsztatów kompetencji	ankiety, listy obecności	Cel główny CEL 1 szczegółowy
Objęcie wsparciem 600 BO OZP (300 K i 300M) w formie 20h/ BO OZP warsztatów aktywizujących	ankiety, listy obecności	Cel główny CEL 1 szczegółowy
Objęcie wsparciem 600 BO OZP (300 K i 300M) w formie 7h/ BO OZP konsultacji specjalistycznych	ankiety, listy obecności	Cel główny CEL 1 szczegółowy
Objęcie wsparciem 600 BO OZP (300 K i 300M) w formie spotkań dot. opracowania Indywidualnych Planów Działań wraz z Indywidualną Ścieżką Zawodową – średnio 12h/BO OZP	ankiety, listy obecności	Cel główny CEL 1 szczegółowy
Objęcie wsparciem 80BO OZP (40K i 40 M) w formie badań lekarskich przed przystąpieniem do stażu lub pracy	dokumentacja z przeprowadzenia badań	Cel główny CEL 1 szczegółowy
Podniesienie kwalifikacji zawodowych 124BO OZP (62 K i 62 M) w formie szkoleń zawodowych	ankiety, listy obecności, zaświadczenia, certyfikaty, dyplomy	Cel główny CEL 1 szczegółowy
Podniesienie kwalifikacji zawodowych 80 BO OZP (40 K i 40 M) w zakresie BHP	ankiety, listy obecności, zaświadczenia, certyfikaty, dyplomy	Cel główny CEL 1 szczegółowy
Objęcie wsparciem 80 BO OZP (40 K i 40 M) w formie udziału w stażach rehabilitacyjnych	dokumentacja udziału w stażu, zaświadczenie o odbyciu stażu	Cel główny CEL 1 szczegółowy CEL 3 szczegółowy
Objęcie wsparciem 600 osób z otoczenia BO OZP (400 K i 200M) w formie warsztatów psychologiczno-terapeutycznych – średnio 9h/osoba z otoczenia BO OZP	ankiety, listy obecności	Cel główny CEL 2 szczegółowy

Objęcie wsparciem 600 osób z otoczenia BO OZP (400 K i 200M) w indywidualnych konsultacji psychologiczno-terapeutycznych – średnio 1h/osoba z otoczenia BO OZP	ankiety, listy obecności	Cel główny CEL 2 szczegółowy
Podjęcie pracy średnio 8 osób na Partnera	Zaświadczenie o zatrudnieniu	Cel główny CEL 1 szczegółowy CEL 3 szczegółowy
Kontynuacja lub rozpoczęcie nauki przez 60 BO OZP średnio 8 osób na Partnera	zaświadczenie z placówki edukacyjnej	Cel główny CEL 1 szczegółowy CEL 3 szczegółowy
REZULTATY MIĘKKIE		
Zwiększenie kompetencji społecznych osób z zaburzeniami psychicznymi uczestniczących w projekcie	ankiety samo oceniające przed i po zakończeniu udziału w poszczególnych działaniach projektu	Cel główny CEL 1 szczegółowy
Rozwój umiejętności samodzielnego rozwiązywania problemów związanych z życiem w społeczeństwie oraz życiem zawodowym, samodzielnego i aktywnego poszukiwania pracy		Cel główny CEL 1 szczegółowy
Wzrost pewności siebie		Cel główny CEL 1 szczegółowy
Poprawa poziomu samooceny i wiary we własne możliwości		Cel główny CEL 1 szczegółowy
Zdobycie większej wiedzy na temat funkcjonowania rynku pracy		Cel główny CEL 1 szczegółowy
Poprawa zdolności łatwiejszego wchodzenia w interakcje społeczne, nawiązywania kontaktu z otoczeniem		Cel główny CEL 1 szczegółowy
Wzrost odpowiedzialności za własny rozwój zawodowy		Cel główny CEL 1 szczegółowy
Rozwój umiejętności pracy w zespole, nawiązywania relacji zawodowych		Cel główny CEL 1 szczegółowy
Wzrost świadomości społecznej rodzin i opiekunów OZP		Cel główny CEL 2 szczegółowy

Rezultaty miękkie osiągnięte zostaną przez min. 50% uczestników – 300 BO OZP. Wartość rezultatów miękkich to podniesienie o 50% w porównaniu z momentem przystąpienia do projektu.

Produkty projektu:

1. 3 konferencje upowszechniające rezultaty projektu – sposób monitorowania: listy obecności
2. Indywidualne Diagnozy BO OZP – 600 szt. – sposób monitorowania: dokumentacja ID
3. 56 warsztatów kompetencji - sposób monitorowania: listy obecności
4. 56 warsztatów aktywizacji społeczno-zawodowej - sposób monitorowania: listy obecności
5. Indywidualne Plany Działania z Indywidualną Ścieżką Zawodową – 600 szt. - sposób monitorowania: dokumentacja IPD i IŚZ
6. 80 badań lekarskich - sposób monitorowania: dokumentacja wyników badań
7. 124 szkolenia zawodowe – sposób monitorowania: listy obecności, zaświadczenia, certyfikaty, dyplomy
8. 80 szkoleń BHP - sposób monitorowania: listy obecności, zaświadczenia, certyfikaty, dyplomy
9. 80 staży rehabilitacyjnych - sposób monitorowania: zaświadczenie o odbyciu stażu
10. 49 warsztatów psychologiczno-terapeutycznych dla BO z otoczenia OZP - sposób monitorowania: listy obecności
11. 600 konsultacji indywidualnych psychologiczno-terapeutycznych dla BO z otoczenia OZP sposób monitorowania: listy obecności
12. 3 raporty ewaluacyjne (ex-ante, mid-term, ex-post) - sposób monitorowania: protokoły odbioru raportów.

Realizacja tak dużego projektu wymaga zaangażowania wielu instytucji życia publicznego. Prowadzi to do wymiany informacji, poszerzania bezpośrednich kontaktów zarówno przedstawicieli danych instytucji, jak i ich podopiecznych. Jest to związane zarówno z procesem rekrutacji beneficjentów, jak i poszukiwania atrakcyjnych dla nich miejsc staży oraz innych form wsparcia realizowanego w ramach projektu. Powstaje w ten sposób możliwość poszerzania zakresu współpracy między np. Powiatowymi Centrami Pomocy Rodzinie, Powiatowymi Urzędami Pracy, szkołami, organizacjami pozarządowymi, ośrodkami pomocy społecznej i przedsiębiorcami aktywnymi na danym terenie. Można wnosić, że okres realizacji projektu pozwoli na tyle pogłębić te związki, iż nie zanikną one po zakończeniu projektu – lecz będą kontynuowane już bez wsparcia finansowego, służąc

trwałym korzyściom dla środowiska osób z zaburzeniami psychicznymi. Realizacja tej wartości wpisuje się w zarysowany w Narodowych Strategicznych Ramach Odniesienia cel nadrzędny POKL, jakim jest poprawa jakości kapitału ludzkiego i zwiększenie spójności społecznej.

Ponadto, wartością dodaną w projekcie będzie także integracja środowiska OZP. OZP będą miały możliwość spotykania się, wymiany doświadczeń, wzajemnej „obserwacji”. Powyższe z pewnością przyczyni się do podniesienia ich motywacji w zakresie wchodzenia na otwarty rynek pracy a także pozwoli otworzyć się na środowisko – otoczenie.

Rezultaty projektu zostały właściwie zdefiniowane i przyporządkowane do poszczególnych celów projektu. Ich osiągnięcie jest wysoce prawdopodobne w założonym okresie realizacji projektu. Analiza rezultatów będzie zadaniem specjalisty ds. monitoringu i ewaluacji. W początkowej fazie projektu zostaną opracowane założenia do 3-etapowej ewaluacji projektu oraz metodyki monitoringu projektu. Monitoring obejmie obligatoryjnie następujące wskaźniki: liczba zgłoszeń do projektu, frekwencja podczas zajęć, poziom wydatkowania środków oraz poziom poświęconych środków w założonych rozliczeniu. Ponadto uczestnicy projektu będą badani za pomocą formularza ewaluacyjnego (ankiety) na etapie przystąpienia do projektu i na etapie zakończenia udziału w projekcie. Listy obecności będą podpisywane na początku każdego dnia warsztatów, szkoleń lub konsultacji w miejscu zajęć przez uczestników i prowadzących. Raporty z rekrutacji przekazywane będą okresowo specjalistom ds. monitoringu i ewaluacji przez pracownika ds. rekrutacji BO. Wszystkie pomiary będą odbywać się w sposób ciągły w celu stałego mierzenia postępu realnego projektu. Komitet Sterujący będzie odpowiedzialny za rozwiązywanie problemów w przypadku zagrożenia prawidłowej realizacji projektu.

Tak zaplanowany system monitoringu i ewaluacji pozwoli na odpowiednio wcześniejsze reagowanie na ewentualne opóźnienia i zagrożenia w projekcie. Założone wskaźniki i ich wartości tworzą prawidłową bazę dla systemu monitorowania i ewaluacji projektu.

8. System realizacji celów projektu

Projekt zakłada realizację trzech zadań głównych: zarządzanie i promocja, aktywizacja społeczno zawodowa os. z zaburzeniami psychicznymi i wsparcie otoczenia oraz monitoring i ewaluacja.

W ramach zadania *Zarządzanie i promocja* planuje się m.in.:

1. Powołanie zespołu realizującego projekt, w tym także Komitetu Sterującego,
2. Opracowanie procedur zarządzania projektem, w tym komunikacji wewnętrznej i in.,
3. Wdrożenie systemu rozliczeń finansowych,
4. Wdrożenie zasad sprawozdawczości w partnerstwie,
5. Opracowanie strategii informacji i promocji projektu, zaprojektowanie Systemu Identyfikacji Wizualnej,
6. Założenie i prowadzenie strony WWW,
7. Opracowanie i wydanie podręcznika dobrych praktyk.

W ramach zadania *Aktywizacja społeczno zawodowa os. z zaburzeniami psychicznymi i wsparcie otoczenia* – zadanie realizowane przez wszystkich Partnerów projektu, zaplanowano następujące działania ukierunkowane na grupy docelowe:

1. Opracowanie i wdrożenie procedury rekrutacyjnej,
2. Spotkania rekrutacyjne (informacja o projekcie, wywiady, spotkania z rodzicami/opiekunami),
3. Opracowanie indywidualnych diagnoz dla BO OZP,
4. Organizacja i przeprowadzenie warsztatów kompetencji,
5. Organizacja i przeprowadzenie warsztatów aktywizacji zawodowej,
6. Wypracowanie indywidualnych planów działania z indywidualną ścieżką zawodową,
7. Przeprowadzenie konsultacji specjalistycznych,
8. Przeprowadzenie badań lekarskich i szkoleń BHP,
9. Przeprowadzenie szkoleń zawodowych,
10. Realizacja staży rehabilitacyjnych,
11. Przeprowadzenie warsztatów dla osób z otoczenia BO OZP,
12. Przeprowadzenie konsultacji indywidualnych dla osób z otoczenia BO OZP,

13. Spotkania indywidualne pracowników ds. współpracy z pracodawcami w celu uzyskania ofert pracy i staży,
14. Konsultacje z zakresu dostosowania i wyposażenia stanowisk pracy dla BO OZP,
15. Przygotowanie pracodawcy i jego zespołu do przyjęcia BO OZP.

W ramach zadania *Monitoring i ewaluacja* planuje się opracowanie strategii monitoringu i ewaluacji projektu.

Projekt będzie realizowany w partnerstwie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z ośmioma organizacjami: Klubem Wsparcia Psychicznego zs. w Bydgoszczy, Stowarzyszeniem „Człowiek w Potrzebie - Wolontariat Gorzowski”, Chrześcijańskim Stowarzyszenie Osób Niepełnosprawnych Ich Rodzin i Przyjaciół „Ognisko” zs. w Krakowie, Stowarzyszeniem Inicjatyw Lokalnych „SIL” zs. w Lubartowie, Towarzystwem Przyjaciół Niepełnosprawnych zs. w Łodzi, Caritas DWP, Stowarzyszeniem Nadzieja dla Rodziny zs. w Gdańsku, Stowarzyszeniem Na Tak zs. w Poznaniu, dysponujących wieloletnim doświadczeniem, potencjałem intelektualnym oraz zapleczem dla realizacji działań skierowanych do wybranych grup OZP. Wszyscy Partnerzy biorą udział we wszystkich etapach realizacji Projektu.

Zarządzanie projektem będzie zgodne z metodyką PCM przy jednoczesnym wykorzystaniu elementów PRINCE2.

Nabór uczestników do projektu będzie zgodny z polityką równych szans kobiet i mężczyzn. W ramach rekrutacji uczestników zostaną zastosowane procedury uniemożliwiające bezpośrednią i pośrednią dyskryminację. Podczas rekrutacji stosowana będzie zasada równości szans co do wieku, płci, wykształcenia, stopnia niepełnosprawności, pochodzenia czy wyznania. Rekrutacja uczestników przeprowadzona będzie m.in. przy wsparciu wyspecjalizowanych placówek działających na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi oraz w oparciu o bazy danych znajdujące się w posiadaniu Partnerów projektu.

Nabór uczestników do projektu będzie otwarty dla wszystkich chętnych, spełniających określone kryteria, które zostaną zawarte w „Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie” (z uwzględnieniem podziału K/M). Proces rekrutacji poprzedzą informacje o miejscach i terminach naboru kandydatów zamieszczone na stronie internetowej projektu, na stronach internetowych podmiotów realizujących projekt, ulotkach i plakatach

rozmieszczonych w miejscach ogólnie dostępnych tj. Poradniach Zdrowia Psychicznego, Urzędach Pracy, Środowiskowych Domach Samopomocy, Oddziałach Dziennych, Miejskich Ośrodkach Pomocy Społecznej itp. Pierwsza grupa BO to OZP w wieku od 18 do 64 roku życia, z posiadanym orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności lub równoważnym, z doświadczeniem choroby psychicznej, potrzebująca wsparcia w poszukiwaniu pracy bądź pełnej aktywizacji zawodowej. Beneficjentami projektu mogą być zarówno OZP zarejestrowane jak i niezarejestrowane jako bezrobotne oraz poszukujące pracy w Powiatowym Urzędzie Pracy. Na wypadek rezygnacji BO z udziału w projekcie zostanie sporządzona lista rezerwowa OZP z uwagi na szczególnie "trudną" grupę docelową. Druga grupa BO to osoby z otoczenia OZP zaangażowane w proces aktywizacji społeczno-zawodowej OZP zakwalifikowanych do projektu.

Osoby odpowiedzialne za rekrutację będą na bieżąco monitorować liczby rekrutowanych mężczyzn i kobiet, a w sytuacji zachwiania zaplanowanych proporcji podejmie działania korygujące.

9. Podsumowanie i wnioski

Osoby chore psychicznie stanowią – w kontekście możliwości samorealizacji na różnych płaszczyznach życia społecznego i zawodowego – grupę dalece zróżnicowaną pod względem specyfiki jednostek chorobowych i ich konsekwencji. Wskazuje się, że OZP stanowią jedną z grup w największym stopniu narażoną na społeczne wykluczenie oraz problemy w znalezieniu i utrzymaniu pracy, co obciąża nie tylko tą osobę, ale też jej rodzinę i całe społeczeństwo.

Bardzo istotne dla możliwości podejmowania pracy przez OZP są postawy pracodawców. Stosunkowo często są one oparte na niewiedzy o istocie chorób psychicznych i ich konsekwencjach dla społeczno-zawodowego funkcjonowania dotkniętych nimi osób. Pomyślność procesu aktywizacji jest więc w dużej mierze uzależniona od podejścia pracodawców i współpracowników, którzy poprzez akceptację i zrozumienie, mają bardzo pozytywny wpływ na funkcjonowanie osoby dotkniętej kryzysem, a tym samym na możliwość świadczenia przez nią pracy. Dlatego istotne znaczenie dla podjęcia decyzji o zatrudnieniu ma wypracowanie sposobów niwelowania potencjalnych zagrożeń, co daje poczucie bezpieczeństwa pracodawcom, i uzmysłowienie korzyści, również w wymiarze ekonomiczno-społecznym, jakie mogą płynąć dla pracodawców z zatrudnienia osób chorych psychicznie.

W procesie rehabilitacji społeczno-zawodowej OZP bardzo ważną rolę pełnią postawy członków rodziny z uwagi na tendencje do paternalistycznego traktowania osób niepełnosprawnych, z jednej strony, a z drugiej strony objawiają się one wypaleniem. Zarówno jeden jak i drugi stan nie wpływa korzystnie na aktywizację OZP, a wręcz przeciwnie – mają wpływ na pogłębianie się nieprzystosowania. Zachodzi więc potrzeba kształtowania właściwego stosunku do OZP wśród rodziny, przyjaciół i najbliższego otoczenia.

Na podstawie przeprowadzonej analizy dokumentów oraz literatury, realizacja projektu jest zasadna i spójna w kontekście przedstawionej sytuacji osób chorych psychicznie.

Główne wnioski z ewaluacji ex-ante projektu są następujące:

- ⇒ projekt jest trafny z punktu widzenia potrzeb i oczekiwań OZP i ich otoczenia – w ramach projektu zaplanowano działania zarówno skierowane do OZP jak i ich otoczenia, a także do pracodawców,
- ⇒ projekt jest skuteczny – zaplanowane działania przyczynią się do osiągnięcia założonych celów, wskaźniki oraz sposób ich monitorowania zostały jasno określone i stanowią one podstawę do prowadzenia monitoringu i ewaluacji projektu, sposób zarządzania projektem oparty został o zasady partnerstwa, co gwarantuje powodzenie jego realizacji,
- ⇒ projekt jest spójny wewnętrznie oraz jest spójny z dokumentami programowymi – projekt wpisuje się w cele strategiczne NSRO oraz PO KL,
- ⇒ projekty zakłada efektywność - planowane nakłady są adekwatne do planowanych rezultatów.

Bilans korzyści i deficytów w wyniku przeprowadzonej ewaluacji ex-ante, przedstawia się następująco:

1. mocne strony projektu:

- ⇒ dostosowanie celów do istniejących potrzeb i oczekiwań,
- ⇒ holistyczne ujęcie problemu,
- ⇒ działania o charakterze systemowym,

2. słabe strony projektu:

- ⇒ ograniczona elastyczność proponowanych form wsparcia,
- ⇒ brak koncepcji kontynuowania działań,

3. zagrożenia:

- ⇒ zagrożenie trwałości wypracowanych zmian,

4. szanse

- ⇒ doświadczenie organizacji biorących udział w projekcie,
- ⇒ odpowiednio przygotowana kadra.

Analiza danych i wygenerowane wnioski dowodzą, że projekt jest przykładem holistycznego, opartego o zasady koncepcji „empowerment”, podejścia do kwestii społeczno-ekonomicznego funkcjonowania osób chorych psychicznie. Projekt stanowi odpowiedź na potrzeby OZP, ich rodzin oraz pracodawców.

10. Bibliografia

- Borek J. „Aktywizacja zawodowa osób niepełnosprawnych” [w:] Piątek K., Karpacki A. (red.) *Aktywna polityka społeczna z perspektywy. Europy socjalne*. Wydawnictwo Edukacyjne Akapit. Toruń 2007.
- Czapiński J., Panek T. (red.) *Diagnoza społeczna 2009. Warunki i jakość życia Polaków*”.
- Edwards V. „Depresja”. Wydawnictwo Klub dla Ciebie. Warszawa 2004.
- Garbat M., Paszkowicz A. „Instrumenty polityki zatrudniania osób niepełnosprawnych – propozycje” [w:] Kurzynowski A. (red.) *Aktywizacja zawodowa osób niepełnosprawnych* nr 1. KIG-R. Warszawa 2005.
- Jakubowska T., Kuran W. „Osoby z zaburzeniami neurologicznymi” [w:] Szczepankowska B., Ostrowska A. (red.) *Problem niepełnosprawności w poradnictwie zawodowym. Zeszyty informacyjne doradcy zawodowego*. Krajowy Urząd Pracy. Warszawa 1998.
- Kołodziej W. „Przyczyny bierności zawodowej osób niepełnosprawnych z zaburzeniami psychicznymi” [w:] Kurzynowski A. (red.) *Aktywizacja zawodowa osób niepełnosprawnych* nr 1-2 (5-6). KIG-R. Warszawa 2006.
- Kołodziej W. „Problemy rehabilitacji zawodowej i zatrudniania osób niepełnosprawnych z zaburzeniami psychicznymi” [w:] Kurzynowski A. (red.) *Aktywizacja zawodowa osób niepełnosprawnych* nr 3 (3). KIG-R. Warszawa 2005.
- Mader J. „Zaburzenia psychiczne w aspekcie poradnictwa zawodowego” [w:] *Problemy rehabilitacji Społeczno-Zawodowej* nr 3. 1996.
- Majewski T., Miżejewski C., Sobczak W. *Gmina a niepełnosprawność. Podręcznik dla samorządów gminnych z zakresu aktywizacji zawodowej i rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych*. KIG-R. Warszawa 2007.
- Opinia publiczna o chorobach psychicznych. Raport z badania ilościowego typu „Omnibus” dla Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej. Warszawa 2007.
- Osoby chore w społeczeństwie. Komunikat z badań. CBOS. Warszawa 2008.
- Wchodzenie, utrzymanie, powrót na rynek pracy osób po chorobie psychicznej – Raport z ewaluacji projektu. PFRON. Warszawa 2008.

www.tpn.org.pl

www.stat.gov.pl