

Zasady ewaluacji projektów deinstytucjonalizacji usług dla osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi

Oś IV Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój
„Innowacje społeczne i współpraca ponadnarodowa”

Warszawa, styczeń 2018

Spis treści

1.WSTĘP.....	3
1.1.Co zawiera ten dokument?.....	3
1.2.Dlaczego przygotowano zasady?.....	3
1.3.Kogo obowiązują zasady?	4
2.RAMY KONCEPCYJNE.....	4
1.4.Cele ewaluacji.....	4
1.5. Zakres ewaluacji.....	4
1.6.Ogólne założenia ewaluacji (minimum).....	6
3.EFEKTY PROJEKTÓW.....	8
1.7.Ewaluacja wspierana teorią.....	8
1.8.Efekty dla odbiorców wsparcia.....	11
1.9.Efekty dla bliskich/opiekunów.....	12
1.10.Efekty dla personelu (kadr).....	13
4.WDRAŻANIE PROJEKTÓW.....	15
1.11.Jakość usług (perspektywa użytkowników i osób bliskich).....	15
1.12.Jakość procesów (perspektywa zespołów projektowych).....	17
5.WYBÓR WYKONAWCY.....	19
6.RAPORT Z EWALUACJI.....	20
7.BIBLIOGRAFIA.....	22
8.ZAŁĄCZNIKI.....	25
1.13.Załącznik 1: Kwestionariusz – metryczka zbierająca podstawowe dane o uczestniku projektu ...	25
1.14.Załącznik 2: Kwestionariusz oceny jakości życia SF-36 (wersja polska).....	27
1.15. Załącznik 3: Struktura kwestionariusza Oceny Zaangażowania (polska wersja IEQ).....	30
8.1.Załącznik 4: Skrócona „skala werońska” (VSSS-54).....	33

1. WSTĘP

1.1. Co zawiera ten dokument?

Dokument zawiera zasady oraz minimalny wspólny zakres ewaluacji projektów realizowanych w ramach konkursu w zakresie deinstytucjonalizacji usług świadczonych na rzecz osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi (Oś IV Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, „Innowacje społeczne i współpraca ponadnarodowa”).

Modele wybrane do testowania są złożonymi interwencjami, dotyczą różnych odbiorców wsparcia, rodzajów podejmowanych działań, otoczenia w jakim będą wdrażane. W związku z tym nie można wskazać jednego, zamkniętego podejścia metodologicznego, które można zastosować do wszystkich modeli. Dlatego poniższe zasady **zawierają tylko minimum metodologiczne, nie są zaś kompleksowym raportem metodologicznym zawierającym opis planu badawczego pozwalającego przeprowadzić pełne badanie ewaluacyjne wdrażanych projektów.**

Oznacza to, że planując i realizując badania ewaluacyjne projektów, należy rozbudować i uzupełnić minimum w taki sposób, aby jak najlepiej dopasować zakres i metodologię indywidualnych badań do testowanego modelu (zasobów, działań, partnerów) i kontekstu, w jakim model ten jest wdrażany (np. cech układów terytorialnych). Poniższe zapisy powinny być uwzględnione w indywidualnych badaniach, jednak nie mogą być traktowane jako pełny opis metodologii.

Ponadto, poniższy dokument nie zastępuje monitoringu postępu rzeczowego projektów realizowanego na potrzeby wykazania realizacji zadań opisanych w modelach i wnioskach o dofinansowanie.

1.2. Dlaczego przygotowano zasady?

Każdy z testowanych modeli powinien zostać poddany ewaluacji. Wyniki badania ewaluacyjnego należy:

- wykorzystać przy modyfikowaniu modelu testowanego w ramach projektu w oparciu o doświadczenia z wdrażania;
- dołączyć do zmodyfikowanego modelu wraz z końcowym wnioskiem o płatność;

Zgodnie z regulaminem konkursu Instytucja Organizująca Konkurs przedstawia wnioskodawcom zasady realizacji ewaluacji przeprowadzanej na poziomie projektów w ramach budżetów projektów (wydatki związane z ewaluacją testowanych modeli są kosztami kwalifikowanymi).

Zakres ewaluacji realizowanych wewnętrznie lub zleconych przez Wnioskodawców wykonawcom zewnętrznym¹ musi uwzględniać zasady przekazane przez IOK².

Dzięki temu wyniki poszczególnych ewaluacji dostarczą spójnych dowodów, które uzupełnią ewaluację prowadzoną z poziomu całej osi i pozwolą na wskazanie optymalnych rozwiązań systemowych.

¹ Zgodnie z regulaminem konkursu „ewaluacja wewnętrzna dopuszczona może być jedynie w przypadku podmiotów posiadających potencjał w tym zakresie oraz pod warunkiem zachowania rozdzielności funkcjonalnej (w danym podmiocie jedna jednostka organizacyjna realizuje projekt, a inna jednostka, przeprowadza ewaluację), w celu zapewnienia obiektywności przeprowadzonej ewaluacji”.

² W przypadku projektu zintegrowanego, konieczne jest przyjęcie wspólnej metodologii badań dla wszystkich projektów wchodzących w skład projektu zintegrowanego, celem zapewnienia porównywalności osiągniętych wskaźników w poszczególnych lokalizacjach testowania modelu.

1.3. Kogo obowiązują zasady?

Z poniższych zasad ewaluacji powinny korzystać osoby:

- odpowiedzialne za planowanie i zamawianie zewnętrznych ewaluacji projektów (koordynatorzy, kierownicy merytoryczni, partnerzy);
- odpowiedzialne za planowanie i realizację wewnętrznej ewaluacji;
- odpowiedzialne za gromadzenie danych na potrzeby ewaluacji (niezależnie od rodzaju ewaluacji);
- odpowiedzialne za realizację badań w zewnętrznej ewaluacji projektów;
- zaangażowane w ewaluację horyzontalną na zamówienie Ministerstwa Rozwoju

2. RAMY KONCEPCYJNE

1.4. Cele ewaluacji

Po pierwsze, ewaluacje realizowane na poziomie projektów mają przynieść odpowiedź na pytanie: jaka jest skuteczność wdrażanych modeli?

Po drugie, ewaluacje te mają dostarczyć informacji niezbędnych do udoskonalenia modeli i wprowadzenia do nich modyfikacji umożliwiających ich wykorzystanie w głównym nurcie polityki ochrony zdrowia psychicznego w Polsce.

Biorąc pod uwagę środowiskowy typ interwencji, wyniki ewaluacji powinny stanowić ważne źródło informacji dla społeczności, w których były realizowane modele (w tym pacjentów oraz ich bliskich), a także dla organizacji i profesjonalistów zaangażowanych we wdrażanie modeli (wspieranie uczenia się, wzmacnianie przyszłych działań w oparciu o dowody z badań).

Cele te wpisują się w założenia konkursu, który ma „zapewnić wdrażanie do praktyki i polityki tylko najlepszych rozwiązań i możliwość ich modyfikacji przez różnych interesariuszy po etapie teoretycznego opracowania modelu”, a w konsekwencji zwiększyć „wykorzystanie innowacji społecznych na rzecz poprawy skuteczności wybranych aspektów polityk publicznych w obszarze oddziaływania EFS.”

Dane oraz wyniki ewaluacji projektów będą również kluczowym źródłem informacji podczas horyzontalnej ewaluacji konkursu przeprowadzonej na zamówienie Ministerstwa Rozwoju.

1.5. Zakres ewaluacji

Aby zrealizować powyższe cele, każda ewaluacja przeprowadzona na poziomie projektów powinna swoim zakresem obejmować co najmniej dwa moduły odpowiadające na dwie kluczowe potrzeby wiedzy:

Moduł 1:	wiedza o efektach wiedza o mechanizmach zmiany	ocena skuteczności modelu
-----------------	---	----------------------------------

Dodatkowo, na etapie ewaluacji horyzontalnej, wykorzystując dane zastane z wdrażania projektów (zawarte we wnioskach o płatność i danych monitoringowych z postępu rzeczowego projektów) oraz po uzyskaniu danych z odpowiednich instytucji systemu ochrony zdrowia podjęta zostanie próba ewaluacji ekonomicznej interwencji, która dostarczy dowodów o kosztach wdrażania modeli integrujących usługi z zakresu medycznego i społecznego.

Poszczególnym modułom przyporządkowane są główne pytania ewaluacyjne (w dalszej części opracowania znajdują się dodatkowe pytania szczegółowe). W przypadku oceny skuteczności testowanych modeli, ewaluatorzy powinni zgromadzić dane pozwalające w sposób wiarygodny odpowiedzieć na następujące pytania (szczegółowe rozwinięcie pytań znajduje się w kolejnej części opracowania):

- Czy modele są skuteczne, tzn. generują deklarowane efekty (w tym np. zmniejszają liczbę hospitalizacji, skracają długość pobytu w placówkach leczenia zamkniętego, wspierają poprawę samodzielności osoby otrzymującej wsparcie)?
- Czy skala osiągniętych efektów odpowiada oczekiwaniom autorów modeli?
- Czy pojawiły się inne, niezidentyfikowane wcześniej pozytywne efekty?
- Czy pojawiły się efekty negatywne?

W przypadku oceny procesów wdrażania działania ewaluatorów powinny dążyć do zgromadzenia danych, które pozwolą odpowiedzieć na następujące pytania:

- jak wdrażano modele - co zostało wdrożone (czy były różnice między założeniami modelu a realnie wdrożonymi rozwiązaniami? Jeżeli tak, z czego one wynikały?
- czy w trakcie wdrażania następowały zmiany wynikające z wcześniejszych doświadczeń projektowych? Jeżeli tak, czego dotyczyły i jaka była ich skala?
- kto otrzymał wsparcie (dokładny opis grup osób objętych wsparciem w ramach projektów)?
- jaki jest wpływ czynników kontekstowych (np. wcześniejszych doświadczeń z opieką środowiskową na danym obszarze, cech układu terytorialnego, dostępności innych usług) na wdrażanie zaproponowanych rozwiązań?
- W jakim stopniu złożoność modelu (liczba pojedynczych działań, relacje między działaniami) wpływała pozytywnie bądź negatywnie na jego wdrażanie?
- Jak funkcjonowała współpraca partnerów w projektach? W jakim stopniu jej poszczególne elementy ułatwiały bądź utrudniały wdrażanie działań dla odbiorców wsparcia?

Ten element zakresu ewaluacji pomoże stwierdzić, jakie czynniki wspierają bądź utrudniają sprawne wdrażanie modelu. Wiedza zdobyta w tym elemencie pozwoli udoskonalić modele, a przede

wszystkim wzbogacić rekomendacje dotyczące wdrażania modeli w innych kontekstach (w fazie upowszechniania).

1.6. Ogólne założenia ewaluacji (minimum)

Założenie 1: Ewaluacja oparta na obserwacyjnym planie badawczym

Wraz z rozwojem ruchu praktyki medycznej opartej na dowodach naukowych (evidence-based medicine and practice) wiele środowisk badawczych i instytucji finansujących programy publiczne przyjęło, że do odpowiedzi na pytanie, czy interwencje przyniosły oczekiwane efekty, najbardziej właściwe są eksperymentalne i quasi eksperymentalne plany badawcze (Evans, D. 2003). Trend ten upowszechnił się również w obszarze zdrowia psychicznego, czego dowodzą standardy i rekomendacje dotyczące oceny skuteczności interwencji wypracowane w Wielkiej Brytanii (National Institute for Clinical Excellence (NICE) czy Stanach Zjednoczonych (National Institute of Health (2004).

W literaturze naukowej obecne są jednak istotne argumenty wskazujące, że nie zawsze możliwe jest zastosowanie eksperymentalnych planów badawczych w ocenie interwencji w obszarze zdrowia psychicznego (WHO 2007). Wiele z tych argumentów odnosi się do sytuacji występującej w przypadku modeli środowiskowej opieki dla osób z chorobami i zaburzeniami psychicznymi, tj.:

- modele takie są raczej zintegrowanym katalogiem różnych działań z zakresu m.in. opieki psychiatrycznej, działań psychoterapeutycznych, profilaktycznych i edukacyjnych, interwencji kryzysowych, a nie jedną prostą interwencją);
- istnieją poważne teoretyczne wyzwania związane z budowaniem jednoznacznych łańcuchów mechanizmów przyczynowo skutkowych, które stanowią podstawę projektowania badań eksperymentalnych;
- występują poważne ograniczenia związane z pełną kontrolą nad zmiennymi mogącymi wpływać na rezultaty;
- w wielu przypadkach nie istnieją lub są niepełne dane pozwalające na zastosowanie metod quasi-eksperymentalnych;
- w przypadku ograniczonych środków publicznych podnoszone są również kwestie etyczne związane z randomizacją (losowym przypisaniem części potrzebujących osób do grupy otrzymującej wsparcie, a części do grupy kontrolnej);

Dlatego też eksperymentalne i quasi-eksperymentalne plany badawcze, mimo że są uznawane za najbardziej rygorystyczne i wiarygodne źródła informacji o skuteczności interwencji, nie są obligatoryjne w minimalnym wspólnym zakresie ewaluacji.

Jako minimum przyjęty został obserwacyjny plan badawczy, w którym przeprowadzone powinny zostać **minimum trzy pomiary wybranych potencjalnych rezultatów** działań realizowanych w modelach, tj. pomiar początkowy (przy rozpoczęciu udziału w projekcie, przed rozpoczęciem działań przewidzianych dla danego uczestnika/rodziny), pomiar śródkresowy (zrealizowany w połowie planowanego udziału danego uczestnika w projekcie), a także pomiar końcowy – w momencie planowanego zakończenia udziału w projekcie.

Od tej ogólnej zasady obowiązują dwa wyjątki:

1. w przypadku osób, które rozpoczęły udział w projekcie zanim zasady ewaluacji zostały ostatecznie zatwierdzone i przesłane w wersji finalnej do beneficjentów, nie przeprowadza się pierwszego pomiaru w chwili rozpoczęcia udziału w projekcie, a jedynie dwa pomiary - śródkresowy i końcowy.
2. z kolei w przypadku osób, które przedwcześnie zakończyły udział w projekcie (przed zaplanowanym końcem) – danych zebranych wcześniej nie uwzględnia się w końcowych analizach statystycznych – takie osoby wyłącza się z próby, dla której prowadzone są analizy statystyczne. Raportuje się jedynie liczbę takich osób i przyczyny zakończenia udziału zgodnie z Załącznikiem nr 1³.

Ponadto, ze względu na zróżnicowanie grup docelowych otrzymujących wsparcie w projektach, ewaluacja na poziomie minimum obejmuje wyłącznie niespecyficzne typy rezultatów i powiązane z nimi ogólne kwestionariusze. Przeprowadzenie oceny skuteczności działań w odniesieniu do rezultatów specyficznych dla danej grupy pacjentów lub danego typu i wymiaru choroby pozostaje w decyzji zespołów odpowiadających za merytoryczne wdrażanie konkretnych modeli opieki.

Założenie 2: Ewaluacja zintegrowana z wdrażaniem modeli (partycypacyjna)

Niezależnie od tego, czy w projektach będzie realizowana ewaluacja zewnętrzna, czy wewnętrzna, większość danych wynikających z niniejszych zasad powinna zostać zgromadzona przez personel projektów w trakcie ich realizacji. Założenie to wynika z następujących przesłanek:

- Personel projektów będzie miał najłatwiejszy dostęp do osób otrzymujących wsparcie (umożliwiający zebranie danych w co najmniej dwóch punktach czasu);
- Personel projektów będzie obdarzony wyższym zaufaniem, niż zewnętrzni ankieterzy;
- Personel projektów będzie realizował zadania związane z bezpośrednim monitoringiem działań, w tym np. ze śledzeniem postępów pacjentów w ramach wsparcia (np. realizacja indywidualnych planów) – w te działania można włączyć gromadzenie danych na potrzeby ewaluacji (pamiętając jednak, że nie są to procesy całkowicie jednoznaczne, mają jedynie wspólne elementy);
- gromadzenie danych przez personel w trakcie projektu pozwoli bardziej efektywnie wykorzystać bardzo ograniczone środki na ewaluację zewnętrzną;

Ponadto, ze względu na charakter projektów oraz ich aksjologiczne założenia, model ewaluacji partycypacyjnej, silnie angażującej osoby otrzymujące wsparcie oraz osoby zaangażowane we wdrażanie projektów dobrze wpisuje się w logikę interakcji w modelach.

Dodatkowo, silne włączenie personelu w gromadzenie i interpretację danych z przebiegu projektów jest zgodne z założeniami tzw. evidence-based practice, zgodnie z którymi za wiarygodne dowody uznaje się nie tylko wyniki z badań (research evidence), ale syntezę tychże wyników z doświadczeniem ekspertów- praktyków znających najlepiej konkretne uwarunkowania swojej

³ Powyższe informacje odnoszą się jedynie do ewaluacji projektów w przedmiotowym konkursie, nie dotyczą zaś ani nie zmieniają zapisów innych dokumentów Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój dotyczących np. monitorowania postępu rzeczowego określających sposoby ujmowania w dokumentacji osób, które zakończyły udział w projekcie.

pracy i mających najbardziej pogłębioną wiedzę o pacjentach, którym pomagają (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice 2006).

Dlatego, poza włączeniem personelu w gromadzenie danych, rekomendujemy również formułowanie ostatecznych wniosków z ewaluacji na podstawie syntezy tych dwóch źródeł wiedzy: dowodów badawczych płynących z realizowanego badania oraz doświadczeń praktyków wdrażających projekty w ich określonych kontekstach społecznych.

Podsumowując – ewaluacje projektów powinny się opierać na danych zgromadzonych przez osoby realizujące poszczególne zadania we wdrażanych projektach. Ewentualnie – dane mogą być gromadzone przez wykonawcę wybranego w ramach zamówienia na ewaluację końcową (z odpowiedniej linii budżetowej), jednak ich gromadzenie musi odbywać się w trakcie realizacji projektów, a nie dopiero po ich zakończeniu.

Założenie 3: Wykorzystanie mieszanych metod badawczych

Badania ewaluacyjne projektów powinny wykorzystywać sekwencyjne mieszane podejście badawcze. W wariacie minimum jakościowe narzędzia gromadzenia danych (wywiady pogłębione, grupy fokusowe) powinny być zaprojektowane i przeprowadzone po analizie danych zastanych (dokumentacja projektowa) i zgromadzeniu oraz analizie pierwotnych danych ilościowych (ankiety, testy). Dzięki temu wywiady pogłębione i grupy fokusowe pomogą w interpretacji występujących zjawisk oraz ich ocenie z różnych perspektyw.

Założenie 4: Ewaluacja minimum jako uzupełnienie działań monitoringowych prowadzonych w projektach

Realizacja zadań badawczych opisanych w niniejszych zasadach nie zastępuje działań monitoringowych prowadzonych w ramach projektów. Zespoły projektowe dokumentują i sprawozdają postęp rzeczowy wdrażania projektów zgodnie z zapisami wniosków o dofinansowanie.

Ponadto, podczas ewaluacji horyzontalnej, ewaluatorzy wybrani przez Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju gromadzić będą dodatkowe dane ilościowe i jakościowe pozwalające na uzupełnienie wniosków płynących z badań na poziomie projektów.

3. EFEKTY PROJEKTÓW

1.7. Ewaluacja wspierana teorią

Aby zrozumieć mechanizmy prowadzące do wystąpienia bądź nie efektów zakładanych w projektach, rekomendujemy zastosowanie ewaluacji wspieranej teorią. Podejście takie jest często stosowane w ewaluacjach zagadnień społeczno-gospodarczych, ale też interwencji z zakresu zdrowia psychicznego (Forbes et al. 2011).

Podejście to zakłada, że każdy projekt (model) opiera się na dwóch rodzajach teorii: pierwszy rodzaj teorii opisuje, jak i dlaczego dana interwencja (model) pomaga grupie docelowej w osiągnięciu zakładanych celów. Drugi zestaw teorii dotyczy wdrażania modelu, tj. jak realizować działania, aby możliwe było wystąpienie mechanizmów i efektów opisanych w pierwszym zestawie teorii.

Ewaluacja taka opiera się więc na rekonstrukcji (opisie) przyczynowo-skutkowego modelu zmiany, tj. opisanie w schematyczny sposób relacji między interwencją (podjętymi działaniami, ich skalą,

zasięgiem i sposobami realizacji), czynnikami wewnętrznymi (np. struktura grupy odbiorców) i zewnętrznymi determinantami (np. kontekst prawny, zasoby lokalnej społeczności) a osiągniętymi rezultatami.

Aby zapewnić porównywalność opisów teorii zmiany różnych modeli, rekomendujemy zastosowanie dla tworzenia modeli zmiany badanych projektów wspólnej ramy koncepcyjnej wywodzącej się z pragmatycznego nurtu tzw. ewaluacji realistycznej.

Odtworzona na etapie końcowej ewaluacji teoria zmiany powinna więc zawierać informacje dotyczące:

- **Kontekstu** – analiza uwarunkowań prawnych, instytucjonalnych, dotychczasowych praktyk i potencjałów lokalnej społeczności, relacji między aktorami zaangażowanymi we wdrażanie modelu, etc.
- **Interwencji** – jednoznaczne opisanie podejmowanych działań na rzecz osób chorych, ich najbliższych, a także wspólnot praktyków (lekarzy, terapeutów, pielęgniarek, edukatorów, trenerów) i szerszej społeczności;
- **Mechanizmów** – próba odpowiedzi na pytanie – w jaki sposób coś zadziało, a coś nie – jakie reakcje uruchomiło (jakie reakcje wywołała w odbiorcach interwencja, co odblokowała/zablokowała, a co ją w otoczeniu blokowało/wspierało, etc.
- **Rezultatów/efektów** – analiza osiągniętych efektów w stosunku do przyjętych zamierzeń, wskazanie w jakim stopniu obserwowane rezultaty różnią się od zakładanych przed wdrażaniem i z czego może to wynikać?

Źródłem dowodów dla tej rekonstrukcji teorii zmiany powinny być:

- przegląd literatury naukowej;
- przegląd danych zastanych z wdrażania (rejestry, sprawozdania, notatki ze spotkań)
- doświadczenia głównych interesariuszy uczestniczących we wdrażaniu, zarówno ustrukturyzowane (ankiety, kwestionariusze), jak i nieustrukturyzowane (np. dzienniki obserwacji, notatki związane z realizacją indywidualnych planów, etc).

W kolejnych fragmentach opisane są wybrane konkretne rodzaje efektów, których pomiar można prowadzić w ustrukturyzowanej formie.

Poza kwestionariuszami wykorzystywanymi we wcześniejszych badaniach naukowych, na potrzeby ewaluacji minimum należy wypełnić wraz z uczestnikami projektów metryczkę zbierającą podstawowe dane o uczestnikach projektu (zgodnie z **Załącznikiem 1**).

Kwestionariusz ten, wypełniany na początku udziału w projekcie, a następnie aktualizowany dwukrotnie (w połowie udziału i na zakończenie udziału w projekcie) ma dostarczyć podstawowych informacji pozwalających później analizować wyniki pozostałych kwestionariuszy w kontekście zmiennych mogących wpływać na wystąpienie bądź nie efektów.

Kwestionariusz ten umożliwi także gromadzenie informacji o istotnych zmianach w życiu uczestników projektów związanych z kluczowymi dla paradygmatu opieki środowiskowej wymiarami funkcjonowania osoby, tj. samodzielności (np. zmiana sytuacji mieszkaniowej,

przebywanie bądź nie pod opieką, zmiana sytuacji na rynku pracy), a także historii hospitalizacji z przyczyn związanych ze zdrowiem psychicznym.

Ponadto, aby pogłębić zrozumienie mechanizmów i wpływu na nie różnych czynników, w przypadku dokumentacji i oceny efektów wsparcia dla odbiorców w standardzie minimum we wszystkich ewaluacjach należy dodatkowo wykorzystać studium przypadku z wieloma obserwacjami, tj. **opracować co najmniej 6 zanonimizowanych studiów przypadków (pacjentów)** oraz dokonać teoretycznej syntezy informacji pochodzących z tego źródła.

Wybór pacjentów do studiów przypadków powinien być dokonany w sposób celowy, umożliwiający opisanie i analizę przypadków maksymalnie zróżnicowanych według cech (zmiennych), które mogą (zgodnie z konkretną dla danego projektu teorią zmiany) wpływać na przebieg i rezultaty interwencji. W związku z tym:

- **3 studia przypadków powinny dotyczyć osób, w przypadku których osiągnięto zamierzony efekt,**
- **3 studia przypadków powinny dotyczyć osób, w przypadku których nie uzyskano pełnego zamierzonego efektu** (z podaniem analizy, dlaczego nie uzyskano zakładanej, oczekiwanej wcześniej skuteczności).

Studia przypadków powinny liczyć około 10 stron i być przygotowane według następującej struktury:

1. Wprowadzenie
2. Podstawowe informacje o opisywanej osobie (zanonimizowane informacje demograficzne; sytuacja rodzinna, mieszkaniowa, zawodowa)
3. Co wiadomo o wcześniejszej historii leczenia? Co wiadomo o wcześniejszej historii związanej z problemami z prawem, nadużywaniem substancji psychoaktywnych?
4. Jak osoba trafiła do danego projektu opieki środowiskowej?
5. Z jakimi problemami i objawami się zgłosiła?
6. Jaką postawiono diagnozę główną? Czy zidentyfikowano inne problemy zdrowotne? Czy w trakcie uczestnictwa w projekcie diagnoza była zmieniana na podstawie prowadzonych obserwacji?
7. Jaki plan terapeutyczny zastosowano? (w odniesieniu do terapii psychiatrycznej, rehabilitacji, socjoterapii, szkoleń i treningów)
8. Jak przebiegało wdrażanie planu (problemy, wyzwania). W jakim stopniu zaangażowane było otoczenie uczestnika projektu (opiekunowie, rodzina, etc).
9. Jakie rezultaty osiągnięto w odniesieniu do zakładanych, prognozowanych dla danej osoby w zakresie zdrowia psychicznego?
10. Jakie rezultaty osiągnięto w odniesieniu do zakładanych, prognozowanych dla danej osoby w zakresie życia rodzinnego, funkcjonowania społecznego, etc?

11. Krytyczna synteza informacji i ocena skuteczności działań wobec opisywanej osoby

Dzięki temu pogłębione studia przypadków pacjentów pozwolą lepiej zrozumieć relacje między cechami indywidualnymi (np. nasilenie objawów w momencie wejścia do programu, historia wcześniejszego leczenia, sytuacja rodzinna, mieszkaniowa i zawodowa, etc.), rodzajem i sekwencją działań realizowanych w projektach (np. wsparciem w ramach indywidualnych planów), a kontekstem (np. zasobami lokalnej społeczności, dostępem do usług związanych z ochroną zdrowia psychicznego poza projektem, etc.).

1.8. Efekty dla odbiorców wsparcia

W przypadku efektów wsparcia w życiu osób z chorobami i zaburzeniami psychicznymi zaleca się pomiar zmiany subiektywnej jakości życia w trakcie udziału w projekcie.

Pytania ewaluacyjne	Jak odbiorcy wsparcia w projektach (osoby z zaburzeniami i chorobami psychicznymi) oceniają subiektywną jakość swojego życia? Jak zmienia się subiektywna ocena jakości życia uczestników projektów w trakcie ich realizacji?
Co mierzymy?	Subiektywna ocena jakości życia osób otrzymujących wsparcie w dwóch punktach czasu: na początku udziału w projekcie oraz na końcu udziału w projekcie
Dlaczego mierzymy?	Wraz ze zmianą paradygmatu terapeutycznego (od „leczenia choroby” do „leczenia człowieka”) jakość życia pacjentów stała się jednym z najczęściej wykorzystywanych mierników w ocenie interwencji w obszarze służby zdrowia, w tym zdrowia psychicznego. Znaczenie tej zmiennej w ocenie skuteczności działań jest tym ważniejsze, im bardziej złożone jest wsparcie, jakie otrzymuje osoba zmagająca się z chorobą lub zaburzeniem.
Jakie dane pozyskujemy?	Dane pierwotne (ankietowe) Dane ilościowe
Jakim narzędziem gromadzimy dane?⁴	Kwestionariusz oceny jakości życia SF-36 (wersja polska) (Tylka, J., Piotrowicz R. 2009) Załącznik 2 do Zasad.
Dlaczego to narzędzie?	Jest to jedno z najczęściej wykorzystywanych narzędzi do badania jakości życia pacjentów. Polskie zespoły badawcze wykorzystywały je w badaniach obejmujących np. pacjentów z chorobą Parkinsona (Augustyniuk, K., et al. 2016) czy też osób uzależnionych od opioidów (Fudalej, S. et al. 2016).
Kiedy mierzymy? (minimum)	Kwestionariusz wypełniany indywidualnie przez pacjenta na początku udziału w projekcie (np. podczas wstępnej diagnozy) oraz na zakończenie udziału w projekcie.
Od kogo	Badaniem powinni zostać objęci wszyscy pacjenci korzystający z usług opieki środowiskowej w projektach. Kwestionariusz ten był

⁴ W przypadku narzędzi rekomendowanych do wykorzystania w badaniach, po zakończeniu konsultacji i ustaleniu zamkniętego katalogu narzędzi, niezbędne będzie uzyskanie pozwoleń właścicieli praw intelektualnych do narzędzi (w przypadku tych kwestionariuszy, których wymóg ten dotyczy).

pozyskujemy dane? (respondenci)	z powodzeniem wykorzystywany zarówno u osób dorosłych, jak i dzieci i młodzieży od 12 roku życia (Kwan, B., Rickwood, D. 2015). Coraz więcej badań empirycznych rozwiewa wątpliwości związane z wiarygodnością informacji na temat jakości życia pozyskiwanych od osób z chorobami i zaburzeniami psychicznymi (zob. Revicki, D. A., 2014). Niemniej decyzja o pozyskaniu danych od konkretnego pacjenta powinna zostać dokonana przez psychoterapeutę-badacza, na podstawie jego wiedzy, doświadczenia, znajomości konkretnego przypadku oraz przy odwołaniu się do standardów etycznych.
Jak przeprowadzamy badanie?	Deklaracje/oceny respondentów gromadzone za pomocą anonimowej ankiety papierowej (PAPI) wypełnianej na prośbę lekarza, terapeuty. Dla wzmocnienia poczucia anonimowości i komfortu respondentów do ankiety warto dołączyć kopertę oraz umożliwić wrzucenie wypełnionej ankiety do pojemnika (np. w recepcji, przy szatni, etc.)
Jak analizujemy dane?	Zgodnie ze szczegółowymi instrukcjami do narzędzia badawczego

1.9. Efekty dla bliskich/opiekunów

W przypadku efektów wsparcia dla bliskich/opiekunów osób z chorobami i zaburzeniami psychicznymi zaleca się pomiar zmiany odczuwanego obciążenia opieką osobą otrzymującą wsparcie w projekcie.

Pytania ewaluacyjne	Jak opiekunowie (rodzina, opiekunowie spoza rodziny) oceniają obciążenie związane z opieką nad osobami otrzymującymi bezpośrednie wsparcie w projektach? W jakim stopniu udział w projekcie zmniejsza obciążenia odczuwane przez opiekunów osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi?
Co mierzymy?	Obciążenie opieką nad osobami z zaburzeniami i chorobami psychicznymi
Dlaczego mierzymy?	Zjawisko obciążenia opieką jest dobrze opisane w literaturze jako jedno z najpoważniejszych następstw chorób i zaburzeń psychicznych. Jest istotne dla jakości życia opiekuna i całej rodziny. Zbyt wysokie obciążenie może być przyczyną częstszych hospitalizacji (opiekunowie szukają wytchnienia oddając pacjentów do szpitali), a także prowadzić do chorób i zaburzeń psychicznych u opiekuna (np. depresje). Obniżanie obciążenia jest więc jednym z kluczowych wskaźników sukcesu modelu wśród opiekunów.
Jakie dane pozyskujemy?	Dane pierwotne (ankietowe) Dane ilościowe
Jakim narzędziem gromadzimy dane?	Polska wersja narzędzia Involvement Evaluation Questionnaire (IEQ), tj. Kwestionariusz Oceny Zaangażowania (Ciałkowska, M., Hadryś, T., Kiejna, A. 2009). Kwestionariusz zawiera 31 pytań i stwierdzeń pozwalających

	<p>respondentowi na ocenę różnych aspektów zaangażowania w opiekę, np. nadzorowanie, motywowanie do aktywności. Każdy element ocenia się w skali od 0 („nigdy”) do 4 („zawsze”) (Borowiecka-Kluza, JE., et al. 2013).</p> <p>Załącznik 3 do Zasad</p>
Dlaczego to narzędzie?	<p>Jest to rzetelne narzędzie, omawiane szeroko w literaturze, którego polska wersja była wykorzystana w badaniach naukowych (np. w ramach projektu EDEN), a ponadto wskazuje się na relatywnie prostą i krótką procedurę wypełniania ankiety przez respondenta (Ciałkowska-Kuźmińska, M., Kiejna, A., 2010).</p>
Kiedy mierzymy? (minimum)	<p>Kwestionariusz wypełniany indywidualnie przez opiekuna osoby otrzymującej wsparcie w dwóch turach: na początku udziału w projekcie, a także na koniec udziału w projekcie.</p>
Od kogo pozyskujemy dane? (respondenci)	<p>Od osoby wskazanej przez pacjenta jako opiekuna (nie zawsze jest to członek rodziny, może być np. sąsiad, przyjaciel), który poświęca na opiekę przynajmniej 1 godzinę w tygodniu.</p>
Jak przeprowadzamy badanie?	<p>Deklaracje/oceny respondentów gromadzone za pomocą anonimowej ankiety papierowej (PAPI) wypełnianej na prośbę lekarza, terapeuty. Dla wzmocnienia poczucia anonimowości i komfortu respondentów do ankiety warto dołączyć kopertę oraz umożliwić wrzucenie wypełnionej ankiety do pojemnika (np. w recepcji, przy szatni, etc.)</p>
Jak analizujemy dane?	<p>Zgodnie z instrukcjami do narzędzia badawczego</p>

1.10. Efekty dla personelu (kadr)

W przypadku personelu (terapeutów, lekarzy, koordynatorów, pielęgniarek, rehabilitantów) w standardzie minimum powinien się znaleźć opis mechanizmów wpływających na wykorzystanie (bądź nie) nowej wiedzy i/lub umiejętności pozyskanych w trakcie realizacji projektu (np. w wyniku udziału w szkoleniach, kursach, kampaniach informacyjnych) w praktyce zawodowej poza projektami.

Pytania ewaluacyjne	<p>W jaki sposób kadry (lekarze, terapeuci, pielęgniarki, rehabilitanci) wykorzystują w swojej praktyce wiedzę i umiejętności zdobyte w ramach wsparcia rozwoju zawodowego (szkolenia, warsztaty, kursy) oferowanego w projektach?</p> <p>Jakie są przeszkody dla zmiany praktyki działania lekarzy, terapeutów, pielęgniarek, które w konsekwencji mogą utrudniać upowszechnianie modelu opieki środowiskowej?</p>
Co mierzymy?	<p>Mechanizm zmiany praktyki zawodowej osób uczestniczących w szkoleniach, warsztatach i innych formach doskonalenia zawodowego realizowanego w projektach</p>
Dlaczego mierzymy?	<p>Powodzenie procesu deinstytucjonalizacji opieki zależy w dużym stopniu od nastawienia personelu świadczącego usługi. W literaturze podkreśla się, że skuteczna polityka deinstytucjonalizacji świadczeń z zakresu</p>

	<p>zdrowia psychicznego wymaga zmiany postaw i praktyk zawodowych osób pracujących w systemie opieki. Ponadto wskazuje się, że to dobrze przygotowani profesjonalści świadczący usługi w obszarze zdrowia mogą być „agentami zmiany”, wprowadzającymi nowe paradygmaty działania na poziomie organizacyjnym i szerszym – systemowym (Naccarella, L., et al. 2016).</p>
Jakie dane pozyskujemy?	<p>Dane pierwotne (wywiad ustrukturyzowany) Dane jakościowe</p>
Jakim narzędziem gromadzimy dane?	<p>Wywiad pogłębiony</p>
Dlaczego to narzędzie?	<p>Za użyciem narzędzia jakościowego przemawia zróżnicowanie typów działań w projektach, utrudniające skonstruowanie jednego ilościowego kwestionariusza mierzącego zmianę praktyk zawodowych personelu, a także potrzeba uzyskania pogłębionych informacji na temat mechanizmów zmiany lub jej braku (co można wykorzystać w udoskonalaniu modeli).</p>
Kiedy mierzymy? (minimum)	<p>Jednorazowy wywiad pogłębiony przeprowadzony przez ewaluatorów w czasie ewaluacji końcowej. Liczba wywiadów z personelem: 4-6</p>
Od kogo pozyskujemy dane? (respondenci)	<p>Badaniem powinni zostać objęci przedstawiciele wszystkich grup profesjonalnych, które w ramach projektu uczestniczyły w szkoleniach lub innych formach przygotowania zawodowego związanego z wdrażaniem modeli.</p>
Jak przeprowadzamy badanie?	<p>Deklaracje/oceny respondentów gromadzone za pomocą ustrukturyzowanego wywiadu pogłębionego (IDI)</p>
Jak analizujemy dane?	<p>Dane jakościowe powinny zostać udokumentowane (np. transkrypcja nagranego wywiadu), następnie poddane analizie jakościowej (kodowanie i analiza treści) zgodnie z podejściem deskryptywnym (synteza głównych informacji, np. zgłaszanych problemów z wykorzystaniem nowej wiedzy) i strukturalnym (identyfikacja powtarzających się schematów, mechanizmów wykorzystania bądź nie wiedzy i umiejętności).</p>

Przykładowy scenariusz ramowy wywiadu:

1. Proszę krótko opisać swoje doświadczenie zawodowe: od jak dawna Pan/i pracuje w swojej obecnej roli (lekarki, terapeutki, pielęgniarki środowiskowej, rehabilitanta)?
2. Z jakiego typu pacjentami głównie Pan/i pracuje?
3. Czy wcześniej miała Pani do czynienia lub uczestniczyła w programami opieki środowiskowej? Jeżeli tak, czy może Pan/i opisać krótko te doświadczenia.
4. Dlaczego postanowił/a Pan/i wziąć udział w projekcie...?
5. Jak ogółem ocenia Pan/i korzyści dla swojej praktyki zawodowej z udziału w projekcie?

6. Czy podczas udziału w projekcie były elementy, które Pani zdaniem wymagały poprawy, udoskonalenia? Jeżeli tak, jakie?
7. Jakie są 3 najważniejsze rzeczy, których nauczył/a się Pan/i podczas udziału w projekcie?
8. Czy może Pan/i podać 2-3 przykłady sytuacji, w których wykorzystał/a w swojej praktyce zawodowej wiedzę bądź umiejętności zdobyte w projekcie?
9. Kiedy myśli Pan/i o swoich doświadczeniach w pracy z pacjentami, to jakie są największe wyzwania? Co sprawia najwięcej trudności? Czy udział w projekcie w jakiś sposób pomógł radzić sobie z tymi sytuacjami? Czy może Pan/i opisać przykład takiej sytuacji?
10. Czy po zakończeniu udziału w projekcie przydarzyła się Panu/i sytuacja, w której chciał/a Pan/i wykorzystać wiedzę lub umiejętności z projektu, ale nie było to możliwe z przyczyn niezależnych od Pana/i? Czy może nam Pan/i opisać tę sytuację – jaki charakter miały te bariery?
11. Czy planuje Pan/i w przyszłości rozwijać swoją wiedzę i kompetencje w zakresie opieki środowiskowej?

4. WDRAŻANIE PROJEKTÓW

1.11. Jakość usług (perspektywa użytkowników i osób bliskich)

W przypadku oceny procesów wdrażania z perspektywy odbiorców wsparcia w standardzie minimalnym ewaluacji należy udokumentować i zanalizować oceny jakości świadczonych usług przez osoby chore oraz ich bliskich/opiekunów.

Pytania ewaluacyjne	Jak odbiorcy wsparcia (osoby z zaburzeniami i chorobami psychicznymi) oceniają jakość usług oferowanych w ramach projektów? Jak bliscy (rodzina, opiekunowie spoza rodziny) oceniają jakość usług oferowanych osobom z zaburzeniami i chorobami psychicznymi w ramach projektów?
Co mierzymy?	Poziom satysfakcji z usług wśród osób otrzymujących wsparcie Poziom satysfakcji z usług wśród bliskich osób otrzymujących wsparcie
Dlaczego mierzymy?	Zadowolenie pacjentów oraz ich rodzin z jakości usług, jakie otrzymują w ramach pomocy środowiskowej jest jednym z kluczowych wymiarów oceny jakości tych usług. Ponadto, jak wskazują badania, niski poziom satysfakcji może wpływać na wypadanie z procesu leczenia oraz częstsze hospitalizacje (za: Prot, K. et al. 2005, 2011).
Jakie dane pozyskujemy?	Dane pierwotne (ankietowe) Dane ilościowe
Jakim narzędziem	Skrócona „skala werońska” (VSSS-54) w wersji dla pacjenta i rodziny - the

gromadzimy dane?	<p>Verona Service Satisfaction Scale⁵ Kwestionariusz zawiera 54 pytania dotyczące:</p> <ul style="list-style-type: none"> • satysfakcji ogólnej; • umiejętności zawodowych i zachowania personelu; • informacji; • dostępności; • efektywności; • typów interwencji; • włączania rodziny w proces leczenia. <p>Odpowiedzi udzielane są z wykorzystaniem 5-punktowej skali. Załącznik nr 4 do zasad ewaluacji.</p>
Dlaczego to narzędzie?	<p>Jest to rzetelne narzędzie wielokrotnie wykorzystywane w europejskich badaniach, w ramach których mierzono jakość usług w obszarze zdrowia psychicznego (Ruggeri, M., et al. 2000).</p>
Kiedy mierzymy? (minimum)	<p>Kwestionariusz wypełniany indywidualnie przez pacjenta/opiekuna przed zakończeniem udziału respondentów w projekcie (np. na ostatniej sesji terapeutycznej). Jeżeli osoba uczestniczy w projekcie wiele miesięcy, można przeprowadzić dwie tury pomiaru (np. po pierwszym miesiącu korzystania z usług oraz przed zakończeniem udziału w projekcie).</p>
Od kogo pozyskujemy dane? (respondenci)	<p>Badaniem powinni zostać objęci pełnoletni pacjenci korzystający z usług opieki środowiskowej W przypadku pacjentów korzystających z usług przy udziale opiekunów (rodziny, przyjaciół) również te osoby powinny wypełnić kwestionariusz Kryteria wyłączenia: pacjenci przebywający w zakładach karnych; z historią długiego (ponad rok) leczenia szpitalnego, pacjenci z organicznymi zaburzeniami psychicznymi (w przypadku tej grupy badaniem można objąć wyłącznie bliskich/opiekunów).</p>
Jak przeprowadzamy badanie?	<p>Deklaracje/oceny respondentów gromadzone za pomocą anonimowej ankiety papierowej (PAPI) wypełnianej na prośbę lekarza, terapeuty. Dla wzmocnienia poczucia anonimowości i komfortu respondentów do ankiety warto dołączyć kopertę oraz umożliwić wrzucenie wypełnionej ankiety do pojemnika (np. w recepcji, przy szatni, etc.)</p>
Jak analizujemy dane?	<p>Zgodnie z instrukcjami do narzędzia badawczego</p>

Jakościowe uzupełnienie danych ilościowych: W trakcie ewaluacji zewnętrznej, po analizie danych ilościowych należy zorganizować 1 zogniskowany wywiad grupowy (FGI) z personelem świadczącym usługi (lekarzami, terapeutami, pielęgniarkami), na którym podjęta zostanie próba uzupełnienia wyników o perspektywę personelu.

W wywiadzie grupowym powinno wziąć udział od ok. 6 osób. Podczas rozmowy moderowanej przez zewnętrznego ewaluatora, można zadać następujące pytania (lista otwarta, scenariusz należy uzupełnić o pytania ściśle związane z typem modelu, dominującą

⁵ Za zgodą włoskich autorów narzędzie przetłumaczyli i dostosowali do lokalnego kontekstu badacze z Zespołu do Spraw Jakości Usług Medycznych Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie (Prot, K. et al. 2005). Kwestionariusz udostępniono w: Indulska, A. et al. 2008.

grupą odbiorców, uwarunkowaniami kontekstowymi, np. typem gminy, w jakiej było realizowane wsparcie):

1. *Czy w rozmowach z pacjentami, ich bliskimi otrzymywali Państwo informację zwrotną na temat jakości usług? Czy ta informacja była zbieżna, czy też przeciwstawna wynikom z ankiet?*
2. *Które z wyników oceny jakości usług są dla Państwa zaskoczeniem?*
3. *Czy zgadzają się Państwo z tymi ocenami? Z którymi nie? Dlaczego?*
4. *Z czego Państwa zdaniem wynikają wysokie oceny jakości usług dotyczące obszaru x [bezpośrednie odniesienie do wyników ankiet]? Jakie czynniki mogły Państwa zdaniem na to wpłynąć? Czy czynniki te wynikają z:
 - a. *założeń samego modelu (np. przeznaczone zasoby takie jak czas, pomieszczenia, w których odbywa się wsparcie, sposób organizacji pracy?)*
 - b. *Szerszego kontekstu (np. lokalnych uwarunkowań związanych z dostępnością do komplementarnych usług publicznych?)**
5. *Jak Państwa zdaniem można udoskonalić model, aby poprawić jakość usług? Czego powinny dotyczyć zmiany (budżet, czas, alokacja zasobów między partnerami, organizacja pracy i opieki nad pacjentami, koordynacja różnych osób i działań adresowanych do odbiorców wsparcia?)*

1.12. Jakość procesów (perspektywa zespołów projektowych)

Poza perspektywą pacjentów i opiekunów jakość procesu wdrażania powinna być także oceniona z perspektywy zespołu projektowego (personelu partnerów) bezpośrednio zaangażowanych we wdrażanie projektu.

Dodatkowo wykorzystanie zaproponowanego kwestionariusza pozwoli pozyskać opinie personelu projektów na temat koordynacji wsparcia udzielanego pacjentom.

Pytania ewaluacyjne	Jak przebiegają procesy wdrażania modeli? Jak można ocenić współpracę między partnerami, procesy zarządzania i podejmowania decyzji w projektach? Jakie korzyści odnoszą instytucje partnerskie z udziału w projektach??
Co mierzymy?	Ocenę jakości procesów z perspektywy personelu projektów
Dlaczego mierzymy?	O skuteczności modeli opieki środowiskowej decyduje nie tylko ich trafność (dopasowanie rozwiązań do zdiagnozowanych wyzwań i potrzeb odbiorców, użytkowników i społeczności), ale również jakość wdrażania projektów przez różnych partnerów koordynujących swoje działania. Pomiar i ocena funkcjonowania partnerstw może pomóc w udoskonalaniu praktycznych aspektów realizacji modeli.

Jakie dane pozyskujemy?	Dane pierwotne (ankietowe) Dane ilościowe
Jakim narzędziem gromadzimy dane?	Kwestionariusz ankietowy PSAT (Partnership Self-Assessment Tool) (polskie tłumaczenie) Narzędzie składa się z 67 pytań oceniających następujące aspekty współpracy partnerów projektów: <ul style="list-style-type: none"> • Synergie (wartość dodana ze współpracy) • Liderzy projektu • Wydajność funkcjonowania • Zarządzanie i administracja • Wykorzystanie zasobów niematerialnych • Wykorzystanie zasobów materialnych • Procesy decyzyjne • Pozytywy (korzyści) udziału w projekcie dla partnera • Negatywy udziału w projekcie dla partnera Załącznik nr 5 do Zasad
Dlaczego to narzędzie?	Za użyciem tego narzędzia przemawiają jego wcześniejsze zastosowania w kręgu anglosaskich modeli opieki środowiskowej (USA, Canada), kompleksowość pozwalająca uchwycić kluczowe aspekty funkcjonowania partnerstw w projekcie.
Kiedy mierzymy? (minimum)	Pierwszy pomiar: między 6 a 12 miesiącem funkcjonowania projektu Drugi pomiar: przed zakończeniem projektu Jeżeli zasoby zespołu projektowego pozwalają, pomiar można realizować na koniec każdego roku realizacji projektu, aby na bieżąco monitorować jakość funkcjonowania i ewentualnie dokonywać niezbędnych zmian.
Od kogo pozyskujemy dane? (respondenci)	Badaniem powinni zostać objęci wszyscy przedstawiciele instytucji partnerskich na stałe zaangażowani we wdrażanie projektu (testowanie modelu).
Jak przeprowadzamy badanie?	Deklaracje/oceny respondentów gromadzone za pomocą anonimowej ankiety internetowej (CAWI). Do realizacji badania można wykorzystać bezpłatne oprogramowanie ułatwiające realizację ankiet online, np. Formularze Google.
Jak analizujemy dane?	Zgodnie z instrukcjami do narzędzia badawczego wykorzystując analizy statystyczne, co najmniej: średnie arytmetyczne, odchylenia standardowe (SD), frakcje procentowe.

Jakościowe uzupełnienie danych ilościowych: Po realizacji dwóch pomiarów z wykorzystaniem kwestionariusza ankietowego i analizie danych (w tym opisie zmian, jakie zaszły między pierwszym a drugim pomiarem) należy zorganizować 1 zogniskowany wywiad grupowy (FGI) z reprezentantami instytucji wdrażających projekt, na którym podjęta zostanie próba jakościowej interpretacji wyników w świetle doświadczeń osób zaangażowanych we wdrażanie.

W wywiadzie grupowym powinno wziąć udział ok. 6 osób. Podczas rozmowy moderowanej przez zewnętrznego ewaluatora, można zadać następujące pytania:

6. *Które z mierników osiągnęły wysoki poziom? W jakich aspektach funkcjonowania projektów? Czy jest to dla Państwa zaskoczenie, czy też spodziewaliście się takich wyników? Co Państwa zdaniem w największym stopniu wpłynęło na wysoki poziom miernika x [moderator odnosi się do konkretnych wyników ankiety]? A w przypadku miernika y?*
7. *Które z mierników osiągnęły natomiast niski poziom? W jakich aspektach funkcjonowania projektów? Czy jest to dla Państwa zaskoczenie, czy też spodziewaliście się takich wyników? Co Państwa zdaniem w największym stopniu wpłynęło na wysoki poziom miernika x [moderator odnosi się do konkretnych wyników ankiety]? A w przypadku miernika y?*
8. *Przyjrzyjmy się też zmianom w czasie: które wskaźniki (w jakich obszarach wdrażania) znacząco zmieniły się w czasie realizacji projektu na plus? Co mogło na to wpłynąć Państwa zdaniem? Które się zmieniły na minus? Dlaczego według Państwa tak się stało? Czy mogą Państwo wskazać konkretne wydarzenia lub działania w projekcie, które mogłyby służyć za wyjaśnienie tych zmian?*
9. *Jakie zmiany Państwa zdaniem należy wprowadzić w koncepcji wdrażania projektu, aby poprawić te procesy, które były ocenione niżej? Jakie są Państwa zdaniem dobre praktyki z projektu, które wpłynęły na wysoki poziom ocen i warto je upowszechnić?*

5. WYBÓR WYKONAWCY

Zgodnie z regulaminem konkursu „ewaluacja wewnętrzna dopuszczona może być jedynie w przypadku podmiotów posiadających potencjał w tym zakresie oraz pod warunkiem zachowania rozdzielności funkcjonalnej (w danym podmiocie jedna jednostka organizacyjna realizuje projekt, a inna jednostka, przeprowadza ewaluację), w celu zapewnienia obiektywności przeprowadzonej ewaluacji”.

Zakłada się, że ewaluacja jest zlecana na zewnątrz w trzech przypadkach (Olejniczak et al. 2012):

- brak wystarczającej wiedzy Zamawiającego,
- potrzeba przeprowadzenia ewaluacji przez ekspertów zewnętrznych (transparentność, wymogi instytucji/programu finansującego projekt),
- brak czasu/zasobów technicznych do przeprowadzenia ewaluacji we własnym zakresie.

Każdy z zespołów realizujących projekty powinien dokonać oceny własnej sytuacji w odniesieniu do powyższych kryteriów.

Dodatkowo należy pamiętać, że niezależnie od trybu ewaluacji (zewnętrzna lub wewnętrzna), istotna część gromadzenia danych powinna być zrealizowana przez personel projektu w trakcie jego realizacji.

W przypadku decyzji o wyborze zewnętrznego ewaluatora, należy ustalić:

Kryteria wyłączenia precyzujące sytuacje, w których może dojść do wykluczenia podmiotu składającego ofertę z udziału (na podstawie obowiązujących przepisów ogólnych, a także regulaminu Konkursu i zapisów umowy o dofinansowanie).

Kryteria selekcji określające potencjały niezbędne do realizacji ewaluacji, w sposób szczególny zaś: **potencjał techniczny i profesjonalny** w zakresie:

- doświadczenia związanego ze zlecanym badaniem, w tym doświadczenia w badaniach prowadzonych w grupie osób podobnych do odbiorców wsparcia w projektach (ze względu na specyfikę pracy z osobami z zaburzeniami lub chorobami psychicznymi lub wykluczonymi społecznie) (np. z ostatnich 3 lat i/lub określonej liczby projektów),
- osób mających wykonać badanie (np. wykształcenie, języki obce itd.)

Kryteria udzielenia zamówienia, w tym w sposób szczególny:

- Zrozumienie zakresu badania i ram metodologicznych (od 20% do nawet 40% całościowej oceny);
- Organizacja badania (od 20% do nawet 40% oceny).
- Analiza i koncepcja zapobiegania ryzykom badawczym (od 20% do nawet 40% oceny).

Wykonawcy powinni zostać wybrani zgodnie z zasadą maksymalizacji relacji jakości do ceny, jednak rekomendujemy, aby cena nie stanowiła więcej, niż 30% w całościowej ocenie ofert.

Rekomendujemy, aby ewaluatorzy zewnętrzni wybierani byli w takim momencie realizacji projektu, który umożliwi adekwatne do potrzeb wsparcie zespołu projektowego w gromadzeniu danych (nie tylko ilościowych, ale i jakościowych), ich analizie i interpretacji.

Zaznaczyć należy jednak, że aby ewaluacja była możliwa w opisanym w niniejszym dokumencie zakresie, ewaluatorzy opierać się powinni na danych zbieranych już w trakcie testowania modelu (nie można zgromadzić danych post-factum).

6. RAPORT Z EWALUACJI

Wnioskodawcy (beneficjenci) wraz z końcowym wnioskiem o płatność oraz zaktualizowanym modelem przekażą Ministerstwu Rozwoju raport z ewaluacji. Raport ten powinien zawierać precyzyjne i jednoznaczne odpowiedzi na pytania ewaluacyjne.

Wnioski z ewaluacji powinny być uzupełnione wynikającymi z nich rekomendacjami, które będą wykorzystane w aktualizacji modeli.

Aby ułatwić lekturę raportów i zwiększyć szansę na upowszechnianie wiedzy, rekomendujemy opracowanie jak najkrótszych raportów.

Autorzy mogą przygotować je zgodnie z modelem 1-3-25 opracowanym przez Stephanie Evergreen⁶, jednej z czołowych badaczek i popularyzaterek wykorzystania ewaluacji w działaniu administracji i sektora pozarządowego w USA.

- 1 strona streszczenia
- 3 strony głównych wniosków
- 25 stron właściwego raportu
- Aneksy

Raport nie powinien zatem zawierać opisu wszelkich danych zgromadzonych w toku badania (np. prezentacji wykresów ze wszystkich ankiet), ale skupiać się na podsumowaniu i syntezie wniosków. Szczegółowy i rozbudowany opis danych empirycznych (tabele, wykresy) oraz wszelkie informacje metodologiczne (techniczne) powinny znaleźć się w załącznikach do raportu.

Raport powinien zostać przygotowany w formule partycypacyjnej, to znaczy przed sformułowaniem ostatecznych konkluzji, ewaluator powinien zaprezentować zamawiającemu podmiotowi propozycję wniosków wraz z odwołaniem do danych, na podstawie których zostały sformułowane. Proces komentowania raportu ma umożliwić uwzględnienie perspektywy instytucji wdrażających modele w procesie interpretacji wyników.

Raporty powinny zostać przygotowane z myślą o ich odbiorcach, którymi będą nie tylko profesjonaliści (lekarze, terapeuci), ale również decydenci różnego szczebla. Oznacza to, że raporty powinny tworzyć spójną i łatwą do śledzenia narrację, która będzie dobrze komunikować główne osiągnięcia projektów. Komunikacja ta powinna zatem wyjść poza wąską terminologię medyczną i techniczną, a uwzględniać również subiektywne doświadczenia pacjentów, opiekunów i środowisk zaangażowanych we wdrażanie modeli.

Dlatego też wykonawca ewaluacji zapewni, że w miarę możliwości język raportu będzie spełniał kryteria prostej, komunikatywnej polszczyzny, zgodnie z zasadami z badań prowadzonych dla Ministerstwa Rozwoju (Miodek et al. 2010, Maziarski et al. 2012). Oczywiście terminologia naukowa i specjalistyczna, związana z wdrażanymi modelami, powinna być stosowana zgodnie ze standardami danej dziedziny, ale warto ograniczyć ją do aneksów, a nie głównego raportu.

⁶ <http://stephanieevergreen.com/the-1-3-25-reporting-model/>

7. BIBLIOGRAFIA

1. APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006) Evidence-Based Practice in Psychology. *American Psychologist* 271, Vol. 61, No. 4, May–June 2006, ss. 271–285. DOI: 10.1037/0003-066X.61.4.271;
2. AUGUSTYNIUK, K., KNAPIK, J., STARCZEWSKA, M., SCHNEIDER-MATYKA, D., SZKUP, M., & JURCZAK, A. (2016). Ocena wpływu działań fizjoterapeutycznych i czasu trwania choroby na jakość życia pacjenta z chorobą Parkinsona. (Polish). *Family Medicine & Primary Care Review*, 99. doi:10.5114/fmpcr/59200
3. Benson, T., & Potts, H. W. (2014). A short generic patient experience questionnaire: *howRwe* development and validation. *BMC Health Services Research*, 14, 499. <http://doi.org/10.1186/s12913-014-0499-z>.
4. Borowiecka-Kluza, J. E., Miernik-Jaeschke, M., Jaeschke, R., Siwek, M., & Dudek, D. (2013). Brzemie rodziny chorych z zaburzeniami afektywnymi -- zarys problemu. (Polish). *Psychiatria Polska*, 47(4), 635.
5. Chen, H. (2005). *Practical Program Evaluation : Assessing and Improving Planning, Implementation, and Effectiveness*. Thousand Oaks, Calif: SAGE Publications, Inc.
6. Chiumento et al. (2017) *Globalization and Health* 13:8. DOI 10.1186/s12992-017-0231-y
7. Ciałkowska-Kuźmińska, M., & Kiejna, A., (2010) Konsekwencje opieki nad pacjentem z zaburzeniem psychicznym – definicje i narzędzia oceny. *Psychiatria Polska*, tom XLIV, numer 4, ss. 519–527.
8. Coly A, Parry G. (2017) *Evaluating Complex Health Interventions: A Guide to Rigorous Research Designs*. Washington, DC: Academy Health
9. Evans, D., (2003) Hierarchy of evidence: a framework for ranking evidence evaluating healthcare interventions. *Journal of Clinical Nursing*, 12: 77–84. doi:10.1046/j.1365-2702.2003.00662.x.
10. Evenson, RC., Vieweg, BW (1998) Using a Quality of Life Measure to Investigate Outcome in Outpatient Treatment of Severely Impaired Psychiatric Clients. *Comprehensive Psychiatry*, Vol. 39, No. 2 (March/April), 1998: pp 57-62
11. Forbes, D. et al. (2011) Psychological First Aid Following Trauma: Implementation and Evaluation Framework for High-Risk Organizations. *Psychiatry* 74(3) Fall 2011, ss. 224-239.
12. Fudalej, S., Klimkiewicz, A., Kopera, M., Jakubczyk, A., Wojnar, M. (2016) Molestowanie seksualne przed uzyskaniem pełnoletności a stan zdrowia i funkcjonowanie społeczne osób uzależnionych od opioidów leczonych substytucyjnie, *Alcoholism and Drug Addiction*, Volume 29, Issue 1, 2016, Pages 1-8, ISSN 0867-4361, <https://doi.org/10.1016/j.alkona.2016.03.001>.

13. Grau, H., Graessel, E., Berth, H. (2015) The subjective burden of informal caregivers of persons with dementia: extended validation of the German language version of the Burden Scale for Family Caregivers (BSFC), *Aging & Mental Health*, 2015, 19, 2, 159.
14. Holloway, I. (2005). *Qualitative Research in Health Care*. Maidenhead, England: McGraw-Hill Education.
15. Moore et al. (2011) Process evaluation of complex interventions. UK Medical Research Council (MRC) guidance
16. MRC (2006) Developing and evaluating complex interventions:
17. Naccarella, L., Butterworth, I., & Moore, T. (2016). Transforming health professionals into population health change agents. *Journal Of Public Health Research*, 5(1), 21-26. doi:10.4081/jphr.2016.643.
18. [National Institute of Health \(2004\). State implementation of evidence-based practices: Bridging science and service. \(NIMH and SAMHSA RFA MH-03-007\). Retrieved November 19, 2004.](#)
19. Olejniczak et al. (2012) Realizacja badań ewaluacyjnych w świetle Prawa Zamówień Publicznych. Warszawa: Ministerstwo Rozwoju Regionalnego.
20. Polskie Towarzystwo Ewaluacyjne (2008) Standardy ewaluacji. Warszawa: Polskie Towarzystwo Ewaluacyjne. Dostęp www: <http://pte.org.pl/standardy-ewaluacji-pte/>
21. Reeve et al (2016) Developing, delivering and evaluating primary mental health care: the coproduction of a new complex intervention. *BMC Health Services Research* (2016) 16:470 DOI 10.1186/s12913-016-1726-6
22. Revicki, D. A., Kleinman, L., & Cella, D. (2014). A history of health-related quality of life outcomes in psychiatry. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 16(2), 127–135.
23. Ruggeri M, Lasalvia A, Dall’Agnola R, et al. (2000) Development internal consistency and reliability of the Verona Service Satisfaction Scale European Version. *Epsilon Study 7. Br J Psychiatry*; 177 (supl 39): 418.
24. State, S. A., & Vingilis, E. (2011). *Applied Research and Evaluation in Community Mental Health Services : An Update of Key Research Domains*. Montreal: MQUP.
25. Thornicroft, G., & Slade, M. (2014). New trends in assessing the outcomes of mental health interventions. *World Psychiatry*, 13(2), 118–124. <http://doi.org/10.1002/wps.20114>
26. Tylka, J., Piotrowicz, R. (2009) Kwestionariusz oceny jakości życia SF-36 – wersja polska. *Kardiologia Pol* 2009; 67: 1166-1169
27. WHO (2008) Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja 10. (ICD-10). Tłumaczenie Polskie w 2012 roku przez: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

8. ZAŁĄCZNIKI

1.13. Załącznik 1: Kwestionariusz – metryczka zbierająca podstawowe dane o uczestniku projektu

Dane objęte poniższym kwestionariuszem gromadzone są dla każdego uczestnika w chwili rozpoczęcia udziału w projekcie (1 pomiar), następnie aktualizacja powinna nastąpić w połowie zaplanowanego udziału w projekcie (2 pomiar) oraz na zakończenie udziału w projekcie (3 pomiar).

Nazwa projektu:	
Miejsce realizacji wsparcia (miasto):	
Kod statystyczny pacjenta⁷:	
Pomiar (zaznaczyć jedno pole odpowiadające etapowi zbierania informacji)	<input type="checkbox"/> na początku udziału w projekcie <input type="checkbox"/> śródkresowy <input type="checkbox"/> na zakończenie udziału w projekcie
Płeć	
	<input type="radio"/> Kobieta
	<input type="radio"/> Mężczyzna
	<input type="radio"/> Inna
Wiek	
	<input type="radio"/> do 15
	<input type="radio"/> 16-18
	<input type="radio"/> 19-24
	<input type="radio"/> 25-34
	<input type="radio"/> 35-44
	<input type="radio"/> 45-54
	<input type="radio"/> 55-64
	<input type="radio"/> 65 plus
Stan cywilny	
	<input type="radio"/> Panna/kawaler
	<input type="radio"/> W związku
	<input type="radio"/> Separacja/rozwód
	<input type="radio"/> Wdowa/Wdowiec
Wykształcenie	
	<input type="radio"/> Podstawowe
	<input type="radio"/> Gimnazjalne
	<input type="radio"/> Ponadgimnazjalne – ogólnokształcące
	<input type="radio"/> Ponadgimnazjalne - zawodowe
	<input type="radio"/> Wyższe
Sytuacja mieszkaniowa (proszę zaznaczyć wszystkie, które pasują do sytuacji danej osoby)	
	<input type="radio"/> Brak stałego miejsca zamieszkania
	<input type="radio"/> Mieszkanie w ośrodku stałego pobytu

⁷ Ze względu na wrażliwość danych pozyskiwanych w trakcie realizacji projektów i ich ewaluacji zaleca się szczególną ostrożność we wszystkich działaniach związanych z gromadzeniem i przetwarzaniem informacji o uczestnikach. Na potrzeby ewaluacji projektów pacjenci powinni otrzymać przypisane kody anonimizujące kwestionariusze, które pozwolą uniknąć oznaczania kwestionariuszy i wpisów w bazach danych imieniem i nazwiskiem uczestnika/uczestniczki. Kody powinny być proste, niepowtarzalne, jednoznaczne i możliwe do zastosowania w ciągły sposób dla wszystkich pacjentów danego projektu, np. ID_01, ID_02, etc. Jeden kod powinien zostać przypisany do jednej osoby, a następnie wskazywany dla tej osoby we wszystkich kolejnych badaniach, którym zostanie ona poddana.

	<input type="radio"/> Hostel lub mieszkanie chronione
	<input type="radio"/> Samodzielnie (bez innych osób)
	<input type="radio"/> Z rodzicami
	<input type="radio"/> Z rodzeństwem lub innymi krewnymi
	<input type="radio"/> Z partnerką/z partnerem
	<input type="radio"/> Z dziećmi małoletnimi
	<input type="radio"/> Z dziećmi dorosłymi
	<input type="radio"/> Inna sytuacja
[Pytanie uzupełniające dla osób pełnoletnich deklarujących zamieszkanie z rodzicami i/lub rodzeństwem, innymi krewnymi i/lub dziećmi dorosłymi]	
Czy zamieszkiwanie z innymi osobami spowodowane jest koniecznością korzystania uczestnika projektu z opieki i/lub pomocy innych osób w codziennym życiu? (nie wynika z innych czynników, takich jak np. sytuacja materialna)	
	<input type="radio"/> Tak
	<input type="radio"/> Nie
	<input type="radio"/> Trudno powiedzieć
Sytuacja na rynku pracy	
	<input type="radio"/> Uczeń/nnica lub student/ka
	<input type="radio"/> Niezatrudniona/y
	<input type="radio"/> Pracująca/y - etat
	<input type="radio"/> Pracująca/y – umowy cywilnoprawne
	<input type="radio"/> Pracująca/y – spółdzielnia socjalna
	<input type="radio"/> Pracująca/y – zakład pracy chronionej
	<input type="radio"/> Własna działalność gospodarcza
	<input type="radio"/> Emeryt
	<input type="radio"/> Rencista
Grupa diagnostyczna ICD-10	
	<input type="radio"/> Zaburzenia psychiczne organiczne, włącznie z zespołami objawowymi
	<input type="radio"/> Zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych
	<input type="radio"/> Schizofrenia, zaburzenia schizotypowe i urojeniowe
	<input type="radio"/> Zaburzenia nastroju [afektywne]
	<input type="radio"/> Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną
	<input type="radio"/> Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi
	<input type="radio"/> Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych
	<input type="radio"/> Upośledzenie umysłowe
	<input type="radio"/> Zaburzenia rozwoju psychologicznego
	<input type="radio"/> Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym
	<input type="radio"/> Nieokreślone zaburzenia psychiczne
Czas od wystąpienia pierwszych objawów	
	Mniej niż rok
	1-2 lata
	3-5 lat
	6-15 lat
	Ponad 15 lat
Czas przebywania pod specjalistyczną opieką związaną z chorobami lub zaburzeniami psychicznymi	
	Mniej niż rok
	1-2 lata
	3-5 lat
	6-15 lat

	Ponad 15 lat
Liczba hospitalizacji na oddziale psychiatrycznym w ostatnich 6 miesiącach przed wypełnieniem kwestionariusza	
	Podać liczbę przyjęć na oddział:
Liczba dni spędzonych na oddziale psychiatrycznym w ostatnich 6 miesiącach przed wypełnieniem kwestionariusza	
	Podać liczbę dni spędzonych na oddziałach:
Przyczyna zakończenia udziału w projekcie: [Wypełnić w przypadku przedterminowego (nieplanowanego) zakończenia udziału w projekcie.]	
	<input type="radio"/> śmierć uczestnika
	<input type="radio"/> przeprowadzka uczestnika (wyjazd z miasta realizacji projektu)
	<input type="radio"/> rezygnacja z udziału w projekcie (decyzja pacjenta)
	<input type="radio"/> rezygnacja z udziału w projekcie (decyzja opiekunów)
	<input type="radio"/> przyczyna niemożliwa do ustalenia – brak kontaktu z uczestnikiem

1.14. Załącznik 2: Kwestionariusz oceny jakości życia SF-36 (wersja polska)

Źródło: Tylka, Piotrowicz 2009

Nazwa projektu:	
Miejsce realizacji wsparcia (miasto):	
Kod statystyczny pacjenta⁸:	
Pomiar (zaznaczyć jedno pole odpowiadające etapowi zbierania informacji)	<input type="checkbox"/> na początku udziału w projekcie <input type="checkbox"/> śródkresowy <input type="checkbox"/> na zakończenie udziału w projekcie
Instrukcja:	
<p>Prosimy podzielić się swoimi odczuciami na temat własnego zdrowia.</p> <p>Dzięki tym informacjom będziemy mogli lepiej zrozumieć, jak się Pan/i czuje, jak Pana/i samopoczucie zmienia się w trakcie udziału w projekcie.</p> <p>Prosimy zaznaczyć tylko 1 odpowiedź w każdym pytaniu. W przypadku wątpliwości co do odpowiedzi, prosimy zaznaczyć tę, która jest najbliższa Pani/a odczuciom.</p>	

1. Ogólny stan Pani/a zdrowia jest:

- Doskonały
- Bardzo dobry
- Dobry

⁸ Ze względu na wrażliwość danych pozyskiwanych w trakcie realizacji projektów i ich ewaluacji zaleca się szczególną ostrożność we wszystkich działaniach związanych z gromadzeniem i przetwarzaniem informacji o uczestnikach. Na potrzeby ewaluacji projektów pacjenci powinni otrzymać przypisane kody anonimizujące kwestionariusze, które pozwolą uniknąć oznaczania kwestionariuszy i wpisów w bazach danych imieniem i nazwiskiem uczestnika/uczestniczki. Kody powinny być proste, niepowtarzalne, jednoznaczne i możliwe do zastosowania w ciągły sposób dla wszystkich pacjentów danego projektu, np. ID_01, ID_02, etc. Jeden kod powinien zostać przypisany do jednej osoby, a następnie wskazywany dla tej osoby we wszystkich kolejnych badaniach, którym zostanie ona poddana.

- Dostateczny
- Niezadowalający

2. Jak ocenia Pan/i stan swojego zdrowia w porównaniu do ubiegłego roku?

- Dużo lepiej niż rok temu
- Trochę lepiej teraz niż rok temu
- Tak samo jak rok temu
- Trochę gorzej niż rok temu
- Dużo gorzej niż rok temu

3. Poniżej wymieniono czynności wykonywane zazwyczaj w ciągu dnia. Czy aktualnie Pani/a zdrowie ogranicza możliwości ich wykonania? Jeżeli tak, to jak bardzo?

Nazwa czynności	Bardzo ogranicza	Trochę ogranicza	Wcale nie ogranicza	Nie wiem/nie dotyczy
czynności wymagające energii, takie jak: bieganie, podnoszenie ciężarów, uczestniczenie w sportach wymagających dużego zaangażowania				
czynności o umiarkowanej trudności, takie jak: przesuwanie stołu, odkurzanie, gra w kręgle				
podnoszenie lub dźwiganie zakupów				
pokonywanie kilku pięter schodów				
pokonywanie jednego piętra schodów				
schylanie się lub przyklęknięcie				
spacer dłuższy niż 1 km				
spacer ok. 500 m				
spacer ok. 100 m				
kąpiel lub ubieranie się				

4. Czy w ostatnim miesiącu miał/a Pan/i problemy z pracą lub codzienną aktywnością, które wynikały ze stanu zdrowia i powodowały:

	TAK	NIE
Konieczność skrócenia czasu pracy lub innych czynności		
Osiągnięcia (rezultaty) mniejsze, niż oczekiwałeś (-abyś)		
Gorsze samopoczucie niż oczekiwałeś (-aś)		
Ograniczenie w rodzaju pracy lub innych czynności		
Dodatkowe trudności w wykonywanej pracy lub innych czynnościach		

5. Czy w ostatnim miesiącu doświadczył/a Pan/i poniższych trudności w pracy lub codziennych czynnościach, które wynikały z problemów emocjonalnych (np. poczucia przygnębienia, lęku, zdenerwowania)?

	TAK	NIE
Skrócenie czasu wykonywanej pracy lub innej aktywności		

Osiągnięcia (rezultaty) mniejsze, niż oczekiwałbyś (-abyś)		
Niemожność wykonywania pracy lub innej czynności tak staranie jak zwykle		

6. Czy w ostatnim miesiącu Pani/a problemy fizyczne lub emocjonalne miały wpływ na życie towarzyskie i społeczne, tj.: kontakty z rodziną, przyjaciółmi, sąsiadami lub innymi osobami?

- Nie, wcale
- Rzadko
- Czasami
- Dość często
- Bardzo często

7. Jak silny ból fizyczny odczuwał/a Pan/i w ostatnim miesiącu?

- W ogóle nie odczuwałem/am
- Bardzo łagodny
- Łagodny
- Średni
- Silny
- Bardzo silny

8. Jak często w ciągu ostatniego miesiąca ból fizyczny zakłócał Pani/a normalną pracę (poza domem, np. edukacyjną lub zawodową i domową)?

- Nigdy
- Bardzo rzadko
- Rzadko
- Czasami
- Często
- Bardzo często

9. Poniższe pytania dotyczą Pani/a samopoczucia w ciągu ostatniego miesiąca. Na każde pytanie proszę udzielić jednej odpowiedzi najbardziej zbliżonej do stanu faktycznego. Ile razy wystąpił dany objaw w ciągu ostatniego miesiąca?

	Cały czas	Większość czasu	Znaczny czas	Jakiś czas	Mało czasu	Wcale
byłeś(-aś) pełen(-na) optymizmu						
byłeś(-aś) bardzo zdenerwowany						
czułeś(-aś) się przygnębiony/a i nic nie było w stanie cię pocieszyć						

byłeś(-aś) wyciszony(-a) i spokojny(-a)						
byłeś(-aś) pełen(-na) energii						
byłeś(-aś) załamany(-a) i smutny(-a)						
czułeś(-aś) się wykończony(-a)						
byłeś(-aś) szczęśliwy(-a)						
byłeś(-aś) zmęczony(-a)						

10. Jak często w ciągu ostatniego miesiąca Pani/a zdrowie fizyczne lub stan emocjonalny wpływały na kontakty towarzyskie (spotkania z rodziną i przyjaciółmi)?

- Cały czas
- Bardzo często
- Czasami
- Rzadko
- Wcale

11. Jak bardzo zgadzasz się lub nie zgadzasz z poniższymi stwierdzeniami?

	Całkowicie się zgadzam	Raczej się zgadzam	Nie wiem	Raczej się nie zgadzam	Całkowicie się nie zgadzam
Choruję więcej, niż inne osoby					
Jestem tak zdrowy/a, jak inni, których znam					
Spodziewam się, że moje zdrowie się pogorszy					
Moje zdrowie jest doskonałe					

1.15. Załącznik 3: Struktura kwestionariusza Oceny Zaangażowania (polska wersja IEQ)

Źródło: Ciałkowska, M., Hadryś, T., Kiejna, A. 2009)

Nazwa projektu:	
Miejsce realizacji wsparcia (miasto):	
Kod statystyczny pacjenta⁹:	

⁹ Ze względu na wrażliwość danych pozyskiwanych w trakcie realizacji projektów i ich ewaluacji zaleca się szczególną ostrożność we wszystkich działaniach związanych z gromadzeniem i przetwarzaniem informacji o uczestnikach. Na potrzeby ewaluacji projektów pacjenci powinni otrzymać przypisane kody anonimizujące kwestionariusze, które pozwolą uniknąć oznaczania kwestionariuszy i wpisów w bazach danych imieniem i nazwiskiem uczestnika/uczestniczki. Kody powinny być proste, niepowtarzalne, jednoznaczne i możliwe do zastosowania w ciągły sposób dla wszystkich pacjentów danego projektu, np. ID_01, ID_02, etc. Jeden kod

Pomiar (zaznaczyć jedno pole odpowiadające etapowi zbierania informacji)	<input type="checkbox"/> na początku udziału w projekcie <input type="checkbox"/> śródkresowy <input type="checkbox"/> na zakończenie udziału w projekcie
Relacja między respondentem (opiekunem, a uczestnikiem projektu)	<input type="checkbox"/> Opiekun/ka jest córką/synem <input type="checkbox"/> Opiekun/ka jest matką/ojcem <input type="checkbox"/> Opiekun/ka jest wnuczką/wnukiem <input type="checkbox"/> Opiekun/ka jest babcią/dziadkiem <input type="checkbox"/> Opiekun/ka jest żoną/mężem <input type="checkbox"/> Opiekun/ka jest siostrą/bratem <input type="checkbox"/> Opiekun/ka jest krewną/krewnym <input type="checkbox"/> Opiekun/ka jest sąsiadką/sąsiadem <input type="checkbox"/> Opiekun/ka jest znajomą/znajomym
Instrukcja:	
<p>Prosimy podzielić się swoimi odczuciami na temat odczuć i doświadczeń wynikających z opieki nad osobą, która uczestniczy w projekcie.</p> <p>Dzięki tym informacjom będziemy mogli lepiej zrozumieć, jak się Pan/i czuje, jak Pana/i samopoczucie zmienia się w trakcie udziału w projekcie.</p> <p>Prosimy zaznaczyć tylko 1 odpowiedź w każdym pytaniu. W przypadku wątpliwości co do odpowiedzi, prosimy zaznaczyć tę, która jest najbliższa Pani/a odczuciom.</p>	

1. Jak często na przestrzeni 4 tygodni:						
1	krewny/przyjaciel (osoba, którą Pan/i się opiekuje) zakłócał Pana/Pani sen?	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
2	atmosfera pomiędzy Panem/Panią a krewnym/przyjacielem (osoba, którą Pan/i się opiekuje była napięta z powodu jej/jego zachowania?	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
3	krewny/przyjaciel/ osoba, którą Pan/i się opiekuje prowokował/a kłótnię	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
4	był(a) Pan(i) zirytowany(a) z powodu zachowania krewnego/przyjaciela(osoby, którą Pan/i się opiekuje?	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
5	słyszał(a) Pan(i) od innych, że byli zirytowani zachowaniem krewnego/ przyjaciela(osoby, którą Pan/i się opiekuje?	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
6	odczuwał(a) Pan(i) zagrożenie ze strony swojego krewnego/przyjaciela/osoby, którą się Pan/i opiekuje?	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
7	myślał(a) Pan(i) o przeprowadzce, z powodu zachowania krewnego/przyjaciela (osoby, którą Pan/i się opiekuje?	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
8	obawiał(a) się Pan(i) o własną przyszłość?	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
9	problemy psychiczne Pana/Pani krewnego/przyjaciela (osoby, którą się Pan/i opiekuje) obciążały Pana/Panią?	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
2. Jak często na przestrzeni 4 tygodni:						
1	chronił(a) Pan(i) swojego krewnego/przyjaciela/osobę, którą się Pan/i opiekuje przed podejmowaniem niebezpiecznych działań?	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze

powinien zostać przypisany do jednej osoby, a następnie wskazywany dla tej osoby we wszystkich kolejnych badaniach, którym zostanie ona poddana.

2	chronił(a) Pan(i) swojego krewnego/przyjaciela przed samouszkodzeniem?	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
3	upewniał(a) się Pan(i), że krewny/przyjaciel sypia zadowolająco?	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
4	odwodził(a) Pan(i) swojego krewnego/przyjaciela od nadużywania alkoholu?	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
5	odwodził(a) Pan(i) swojego krewnego/przyjaciela od zażywania środków zabronionych/nie przepisanych przez lekarza leków?	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
3. Jak często na przestrzeni 4 tygodni:						
	obawiał(a) się Pan(i) o bezpieczeństwo krewnego/przyjaciela?	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
	martwił(a) się Pan(i) w związku z rodzajem pomocy/lечения, jakie uzyskuje podopieczny?	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
	martwił(a) się Pan(i) ogólnym stanem zdrowia krewnego/przyjaciela?	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
	martwił(a) się Pan(i) o to, jak finansowo poradziłyby sobie krewny/przyjaciel, gdyby nie był(a) Pan(i) w stanie się nim dłużej opiekować?	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
	obawiał(a) się Pan(i) o przyszłość krewnego/przyjaciela?	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
	problemy psychiczne Pana/Pani krewnego/przyjaciela obciążały Pana/Panią?	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
Jak często na przestrzeni 4 tygodni:						
	zachęcał(a) Pan(i) krewnego/przyjaciela do właściwego dbania o siebie?	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
	pomagał(a) Pan(i) swojemu krewnemu/przyjacielowi we właściwym dbaniu o siebie?	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
	zachęcał(a) Pan(i) swojego podopiecznego do właściwego odżywiania się?	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
	zachęcał(a) Pan(i) swojego krewnego/przyjaciela do podejmowania jakiegoś rodzaju aktywności?	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
	towarzyszył(a) Pan(i) swojemu krewnemu/przyjacielowi przy podejmowaniu przez niego pewnej aktywności, związanej z wyjściem z domu, gdyż odczuwał on opory przed samodzielnym wyjściem?	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
	upewniał(a) się Pan(i), czy krewny/przyjaciel zażywa wymagane leki?	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
	przejmował(a) Pan(i) obowiązki, które dotychczas wykonywał krewny/przyjaciel (np. obowiązki domowe, zajmowanie się domowym budżetem, gotowanie, itd.)?	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
	zachęcał(a) Pan(i) swojego krewnego/przyjaciela do porannego wstawania?	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
Jak często na przestrzeni 4 tygodni:						
	Jak często, na przestrzeni ostatnich czterech tygodni mógł Pan/mogła Pani realizować własne działania i rozwijać własne zainteresowania (np. praca, szkoła, hobby, sport, odwiedzanie rodziny i przyjaciół)?	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze

	Czy zaakceptował(a) Pan(i) fakt istnienia zaburzeń psychicznych u krewnego/ przyjaciela?	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
	Jak często czuje Pan(i), że radzi sobie z problemami krewnego/przyjaciela?	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
	Czy Pana/Pani związek z krewnym/przyjacielem uległ zmianie od momentu pojawienia się problemów natury psychicznej?	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze

8.1. Załącznik 4: Skrócona „skala werońska” (VSSS-54)

Źródło: Indulska et al. 2008

Nazwa projektu:	
Miejsce realizacji wsparcia (miasto):	
Kod statystyczny pacjenta¹⁰:	
Pomiar (zaznaczyć jedno pole odpowiadające etapowi zbierania informacji)	<input type="checkbox"/> na początku udziału w projekcie <input type="checkbox"/> śródkresowy <input type="checkbox"/> na zakończenie udziału w projekcie
Instrukcja:	
<p>Prosimy o wypełnienie poniższej ankiety, której celem jest poznanie Pani/a opinii o jakości usług, z których korzystał/a Pan/i w ramach projektu [tu wpisać nazwę projektu POWER] w ostatnim czasie. Ankieta dotyczy różnych form i rodzajów usług, z których mógł/mogła Pan/i korzystać w projekcie: zarówno wizyt w poradni, zajęć w oddziale dziennym, pomocy świadczonej w Pani/a domu.</p>	

Jak Pan/i ocenia...

1. Efektywność wsparcia otrzymanego w projekcie (w oddziale dziennym, poradni, ośrodku) w pomaganiu Panu/i w radzeniu sobie z Pana/i problemami

- Fatalna
- W większości niesatysfakcjonująca
- Różna
- W większości satysfakcjonująca
- Świetna

2. Sposób zachowania i uprzejmość osób przyjmujących zgłoszenie telefonicznie lub osobiście.

- Fatalna

¹⁰ Ze względu na wrażliwość danych pozyskiwanych w trakcie realizacji projektów i ich ewaluacji zaleca się szczególną ostrożność we wszystkich działaniach związanych z gromadzeniem i przetwarzaniem informacji o uczestnikach. Na potrzeby ewaluacji projektów pacjenci powinni otrzymać przypisane kody anonimizujące kwestionariusze, które pozwolą uniknąć oznaczania kwestionariuszy i wpisów w bazach danych imieniem i nazwiskiem uczestnika/uczestniczki. Kody powinny być proste, niepowtarzalne, jednoznaczne i możliwe do zastosowania w ciągły sposób dla wszystkich pacjentów danego projektu, np. ID_01, ID_02, etc. Jeden kod powinien zostać przypisany do jednej osoby, a następnie wskazywany dla tej osoby we wszystkich kolejnych badaniach, którym zostanie ona poddana.

- W większości niesatysfakcjonująca
- Różna
- W większości satysfakcjonująca
- Świetna

3. Kompetencje i profesjonalizm psychiatrów i psychologów.

- Fatalne
- W większości niesatysfakcjonujące
- Różne
- W większości satysfakcjonujące
- Świetne

4. Wygląd, dostępność i funkcjonalność otoczenia (poczekalni, gabinetów).

- Fatalna
- W większości niesatysfakcjonująca
- Różna
- W większości satysfakcjonująca
- Świetna

5. Zdolność psychiatrów i psychologów do słuchania i rozumienia Pani/a problemów.

- Fatalna
- W większości niesatysfakcjonująca
- Różna
- W większości satysfakcjonująca
- Świetna

6. Zachowanie, uprzejmość psychiatrów i psychologów.

- Fatalna
- W większości niesatysfakcjonująca
- Różna
- W większości satysfakcjonująca
- Świetna

7. Przestrzeganie terminów umówionych wizyt i czasu oczekiwania na wizytę.

- Fatalna
- W większości niesatysfakcjonująca

- Różna
- W większości satysfakcjonująca
- Świetna

8. Koszty, które ponosi Pan/i w związku z pozostawaniem pod opieką w projekcie (w oddziale dziennym, poradni, ośrodka) (wydatki na leki, opłaty za badania)

- Fatalna
- W większości niesatysfakcjonująca
- Różna
- W większości satysfakcjonująca
- Świetna

9. Efektywność wsparcia uzyskanego w projekcie (w oddziale dziennym, poradni, ośrodka) w pomocy Pani/u w zachowaniu dobrego samopoczucia i przeciwdziałaniu chorobie.

- Fatalna
- W większości niesatysfakcjonująca
- Różna
- W większości satysfakcjonująca
- Świetna

10. Dyskrecję i szacunek dla Pani/a praw

- Fatalna
- W większości niesatysfakcjonująca
- Różna
- W większości satysfakcjonująca
- Świetna

11. Ilość poświęconego Pani/u czasu.

- Fatalna
- W większości niesatysfakcjonująca
- Różna
- W większości satysfakcjonująca
- Świetna

12. Wyjaśnienie metod leczenia i stosowanych technik leczenia

- Fatalna
- W większości niesatysfakcjonująca

- Różna
- W większości satysfakcjonująca
- Świetna

13. Efektywność wsparcia uzyskanego w projekcie (w oddziale dziennym, poradni, ośrodku) w uzyskiwaniu przez Panią/a poprawy w zakresie objawów choroby.

- Fatalna
- W większości niesatysfakcjonująca
- Różna
- W większości satysfakcjonująca
- Świetna

14. Gotowość personelu projektu (w oddziale dziennym, poradni, ośrodku, centrum koordynacyjnym) do reakcji w razie sytuacji nagłych w ciągu dnia powszedniego.

- Fatalna
- W większości niesatysfakcjonująca
- Różna
- W większości satysfakcjonująca
- Świetna

15. Gotowość personelu projektu (w oddziale dziennym, poradni, ośrodku, centrum koordynacyjnym) do reakcji w sytuacjach nagłych w noc i dni wolne.

- Fatalna
- W większości niesatysfakcjonująca
- Różna
- W większości satysfakcjonująca
- Świetna

16. Dokładność i rzetelność psychiatrów i psychologów.

- Fatalna
- W większości niesatysfakcjonująca
- Różna
- W większości satysfakcjonująca
- Świetna

17. Umiejętności psychiatrów i psychologów do współpracy z Pani/a lekarzem pierwszego kontaktu lub lekarzami innej specjalności jeżeli to konieczne.

- Fatalna
- W większości niesatysfakcjonująca
- Różna
- W większości satysfakcjonująca
- Świetna

18. Umiejętność współpracy pracowników projektu jeżeli Pan/i miał/a kontakt z więcej niż jednym pracownikiem, np. z więcej niż jednym lekarzem, psychologiem, pielęgniarką.

- Fatalna
- W większości niesatysfakcjonująca
- Różna
- W większości satysfakcjonująca
- Świetna

19. Informacje dotyczące programów i oferty projektu (w oddziale dziennym, poradni, ośrodku, miejscu zamieszkania, w centrum koordynacyjnym).

- Fatalna
- W większości niesatysfakcjonująca
- Różna
- W większości satysfakcjonująca
- Świetna

20. Rodzaj oferowanej opieki w projekcie

- Fatalna
- W większości niesatysfakcjonująca
- Różna
- W większości satysfakcjonująca
- Świetna

21. Opieka, którą Pan/i otrzymuje ogólnie.

- Fatalna
- W większości niesatysfakcjonująca
- Różna
- W większości satysfakcjonująca
- Świetna

22. Kompetencje i profesjonalizm pielęgniarek i pracowników socjalnych.

- Fatalna
- W większości niesatysfakcjonująca
- Różna
- W większości satysfakcjonująca
- Świetna

23. Pomoc, jaką Pan/i otrzymuje przez rady dawane najbliższej rodzinie.

- Fatalna
- W większości niesatysfakcjonująca
- Różna
- W większości satysfakcjonująca
- Świetna

24. Efektywność projektu (w miejscu zamieszkania, na oddziale dziennym, w poradni, ośrodku) w pomaganiu Pani/u w poznawaniu i lepszym rozumieniu swoich problemów.

- Fatalna
- W większości niesatysfakcjonująca
- Różna
- W większości satysfakcjonująca
- Świetna

25. Zachowanie i uprzejmość pielęgniarek, pracowników socjalnych i terapeutów.

- Fatalna
- W większości niesatysfakcjonująca
- Różna
- W większości satysfakcjonująca
- Świetna

26. Efektywność wsparcia uzyskanego w ramach projektu (w miejscu zamieszkania, na oddziale dziennym, w poradni, ośrodku) w poprawianiu relacji pomiędzy Panią/em a Pani/a rodziną.

- Fatalna
- W większości niesatysfakcjonująca
- Różna
- W większości satysfakcjonująca
- Świetna

27. Efektywność wsparcia uzyskanego w ramach projektu (w miejscu zamieszkania, na oddziale dziennym, w poradni, ośrodku) w pomaganiu rodzinie w poznaniu i lepszym zrozumieniu Pani/a problemów.

- Fatalna
- W większości niesatysfakcjonująca
- Różna
- W większości satysfakcjonująca
- Świetna

28. Znajomość przez pielęgniarki i terapeutów Pani/a objawów dawnych i aktualnych.

- Fatalna
- W większości niesatysfakcjonująca
- Różna
- W większości satysfakcjonująca
- Świetna

29. Informację, którą Pan/i otrzymuje na temat diagnozy i możliwego przebiegu Pani/a choroby.

- Fatalna
- W większości niesatysfakcjonująca
- Różna
- W większości satysfakcjonująca
- Świetna

30. Zdolność psychiatrów i psychologów do rozumienia obaw rodziny dotyczących Pani/a.

- Fatalna
- W większości niesatysfakcjonująca
- Różna
- W większości satysfakcjonująca
- Świetna

31. Efektywność wsparcia uzyskanego w ramach projektu (w miejscu zamieszkania, na oddziale dziennym, w poradni, ośrodku) w pomaganiu Pani/u w poprawie relacji z osobami spoza Pani/a otoczenia rodzinnego, np. z przyjaciółmi, sąsiadami, kolegami z pracy.

- Fatalna
- W większości niesatysfakcjonująca
- Różna

- W większości satysfakcjonująca
- Świetna

32. Jakość informacji otrzymywanych przez rodzinę dotyczących diagnozy i możliwego przebiegu Pani/a choroby.

- Fatalna
- W większości niesatysfakcjonująca
- Różna
- W większości satysfakcjonująca
- Świetna

33. Jasność i konkretność wskazań otrzymywanych w trakcie wizyt.

- Fatalna
- W większości niesatysfakcjonująca
- Różna
- W większości satysfakcjonująca
- Świetna

34. Efektywność wsparcia uzyskanego w ramach projektu (w miejscu zamieszkania, na oddziale dzienny, w poradni, ośrodku) w pomaganiu Pani/u w poprawie samoobsługi (higiena, odżywianie, porządek w pokoju).

- Fatalna
- W większości niesatysfakcjonująca
- Różna
- W większości satysfakcjonująca
- Świetna

35. Dokładność i precyzję pielęgniarek, pracowników socjalnych i terapeutów.

- Fatalna
- W większości niesatysfakcjonująca
- Różna
- W większości satysfakcjonująca
- Świetna

36. Efektywność wsparcia uzyskanego w ramach projektu (w miejscu zamieszkania, na oddziale dzienny, w poradni, ośrodku) w pomocy Pani/a rodzinie w lepszym radzeniu sobie z Pani/a problemami.

- Fatalna

- W większości niesatysfakcjonująca
- Różna
- W większości satysfakcjonująca
- Świetna

37. umiejętność pielęgniarek i pracowników socjalnych w słuchaniu i rozumieniu Pani/a problemów.

- Fatalna
- W większości niesatysfakcjonująca
- Różna
- W większości satysfakcjonująca
- Świetna

38. Efektywność wsparcia uzyskanego w ramach projektu (w miejscu zamieszkania, na oddziale dzienny, w poradni, ośrodku) w pomaganiu Pani/u w poprawie Pani/a zdolności do pracy.

- Fatalna
- W większości niesatysfakcjonująca
- Różna
- W większości satysfakcjonująca
- Świetna

39. Otrzymywanie pomocy w przypadku pojawienia się efektów obocznych, niepożądanych leków (jeżeli takie efekty występują)

- Fatalna
- W większości niesatysfakcjonująca
- Różna
- W większości satysfakcjonująca
- Świetna

40. Przestrzeganie ciągłości opieki (stałość osoby prowadzącej).

- Fatalna
- W większości niesatysfakcjonująca
- Różna
- W większości satysfakcjonująca
- Świetna

41. Czy w ciągu ostatniego roku miał/a Pan/i przepisane leki.

- Tak
- Nie

Jeżeli wybrał/a Pan/i „TAK”, proszę odpowiedzieć na następujące pytanie: Jakie jest ogólne Pani/a wrażenie dotyczące leków, które zostały Pani/u przepisane?

- Fatalna
- W większości niesatysfakcjonująca
- Różna
- W większości satysfakcjonująca
- Świetna

Jeżeli wybrał/a Pan/i „NIE”, proszę odpowiedzieć na następujące pytanie: Czy chciałby/aby Pan/i, aby Pani/u przepisano leki?

- Nie
- Nie wiem
- Tak

42. Czy w ciągu ostatniego roku pracownicy projektu pomogli Panu/i poprawić umiejętności użyteczne w życiu społecznym i pracy (umiejętność załatwiania spraw w urzędach publicznych, robienia porządków w domu, kontakty z innymi osobami)

- Tak
- Nie

Jeżeli wybrał/a Pan/i „TAK”, proszę odpowiedzieć na następujące pytanie: Jakie jest ogólne Pani/a wrażenie dotyczące pomocy otrzymanej w nauczaniu się tych czynności?

- Fatalna
- W większości niesatysfakcjonująca
- Różna
- W większości satysfakcjonująca
- Świetna

Jeżeli wybrał/a Pan/i „NIE”, proszę odpowiedzieć na następujące pytanie: Czy chciałby/aby Pan/i otrzymać ten typ pomocy?

- Nie
- Nie wiem
- Tak

43. Czy w ciągu ostatniego miał/a Pan/i indywidualne spotkanie z Pana/i terapeutą (w celu poprawienia zrozumienia przez Pana/i zrozumienia swoich problemów i zmiany w jakiś sposób swojego postępowania).

- Tak
- Nie

Jeżeli wybrał/a Pan/i „TAK”, proszę odpowiedzieć na następujące pytanie: Jakie jest ogólne Pani/a wrażenie dotyczące spotkań indywidualnych, które miał/a Pan/i z terapeutą?

- Fatalna
- W większości niesatysfakcjonująca
- Różna
- W większości satysfakcjonująca
- Świetna

Jeżeli wybrał/a Pan/i „NIE”, proszę odpowiedzieć na następujące pytanie: Czy chciałby/aby Pan/i mieć spotkania indywidualne?

- Nie
- Nie wiem
- Tak

44. Czy w ostatnim roku był/a Pan/i hospitalizowana wbrew woli w oddziale psychiatrycznym?

- Tak
- Nie

Jeżeli wybrał/a Pan/i „TAK”, proszę odpowiedzieć na następujące pytanie: Jakie jest ogólne Pani/a wrażenie na temat tej hospitalizacji wbrew woli?

- Fatalna
- W większości niesatysfakcjonująca
- Różna
- W większości satysfakcjonująca
- Świetna

Jeżeli wybrał/a Pan/i „NIE”, proszę odpowiedzieć na następujące pytanie: Czy gdyby nie byłby Pan/i w stanie podjąć decyzji, a stan Pani/a zdrowia pogorszył się, to czy akceptował/aby Pan/i hospitalizację wbrew woli na oddziale psychiatrycznym?

- Nie
- Nie wiem
- Tak

45. Czy w ostatnim roku miał/a Pan/i w ramach projektu spotkania wspólne z terapeutą i członkami Pani/a rodziny w celu poprawienia i/lub zmiany w rodzinie?

- Tak

- Nie

Jeżeli wybrał/a Pan/i „TAK”, proszę odpowiedzieć na następujące pytanie: Jakie jest ogólne Pani/a wrażenie na temat spotkań tego typu, w których Pan/i uczestniczyła?

- Fatalna
- W większości niesatysfakcjonująca
- Różna
- W większości satysfakcjonująca
- Świetna

Jeżeli wybrał/a Pan/i „NIE”, proszę odpowiedzieć na następujące pytanie: Czy chciałby/aby Pan/i mieć spotkania tego rodzaju?

- Nie
- Nie wiem
- Tak

46. Czy w ostatnim roku mieszkał/a Pan/i w ramach projektu w hostelu lub mieszkaniu chronionym?

- Tak
- Nie

Jeżeli wybrał/a Pan/i „TAK”, proszę odpowiedzieć na następujące pytanie: Jakie jest ogólne Pani/a wrażenie dotyczące opieki w tej formie zamieszkania?

- Fatalna
- W większości niesatysfakcjonująca
- Różna
- W większości satysfakcjonująca
- Świetna

Jeżeli wybrał/a Pan/i „NIE”, proszę odpowiedzieć na następujące pytanie: Czy chciałby/aby Pan/i korzystać z tej formy zamieszkania?

- Nie
- Nie wiem
- Tak

47. Czy w ostatnim roku uczestniczył/a Pan/i w ramach projektu w formach rekreacji (np. wyjazdach wypoczynkowych, rekreacyjnych)

- Tak
- Nie

Jeżeli wybrał/a Pan/i „TAK”, proszę odpowiedzieć na następujące pytanie: Jakie jest ogólne Pani/a wrażenie dotyczące form rekreacji, w których Pan/i uczestniczyła?

- Fatalna
- W większości niesatysfakcjonująca
- Różna
- W większości satysfakcjonująca
- Świetna

Jeżeli wybrał/a Pan/i „NIE”, proszę odpowiedzieć na następujące pytanie: Czy chciałby/aby Pan/i uczestniczyć w formach rekreacji (wyjazdach wypoczynkowych, rekreacyjnych, zorganizowanych w ramach projektu.

- Nie
- Nie wiem
- Tak

48. Czy w ostatnim roku uczestniczył/a Pan/i w ramach projektu w psychoterapii grupowej, tzn. spotkaniach grupy pacjentów z jednym lub większą liczbą terapeutów w celu lepszego zrozumienia swoich problemów i/lub dokonania zmian w swoim postępowaniu?

- Tak
- Nie

Jeżeli wybrał/a Pan/i „TAK”, proszę odpowiedzieć na następujące pytanie: Jakie jest ogólne Pani/a wrażenie dotyczące psychoterapii grupowej, w której Pan/i uczestniczyła?

- Fatalna
- W większości niesatysfakcjonująca
- Różna
- W większości satysfakcjonująca
- Świetna

Jeżeli wybrał/a Pan/i „NIE”, proszę odpowiedzieć na następujące pytanie: Czy chciałby/aby Pan/i uczestniczyć psychoterapii grupowej?

- Nie
- Nie wiem
- Tak

49. Czy w ostatnim roku pracował/a Pan/i w warunkach pracy chronionej, tzn. w środowisku tolerancyjnym w stosunku do Pani/a problemów ułatwiających przystosowanie?

- Tak
- Nie

Jeżeli wybrał/a Pan/i „TAK”, proszę odpowiedzieć na następujące pytanie: Jakie jest ogólne Pani/a wrażenie dotyczące tej pracy chronionej?

- Fatalna
- W większości niesatysfakcjonująca
- Różna
- W większości satysfakcjonująca
- Świetna

Jeżeli wybrał/a Pan/i „NIE”, proszę odpowiedzieć na następujące pytanie: Czy chciałby/aby Pan/i pracować w warunkach pracy chronionej?

- Nie
- Nie wiem
- Tak

50. Czy w ostatnim roku był/a Pan/i dobrowolnie hospitalizowana na oddziale psychiatrycznym?

- Tak
- Nie

Jeżeli wybrał/a Pan/i „TAK”, proszę odpowiedzieć na następujące pytanie: Jakie jest ogólne Pani/a wrażenie dotyczące tych dobrowolnych hospitalizacji?

- Fatalna
- W większości niesatysfakcjonująca
- Różna
- W większości satysfakcjonująca
- Świetna

Jeżeli wybrał/a Pan/i „NIE”, proszę odpowiedzieć na następujące pytanie: Czy chciałby/aby Pan/i być hospitalizowana dobrowolnie na oddziale psychiatrycznym, gdyby zaszła taka potrzeba?

- Nie
- Nie wiem
- Tak

51. Czy w ostatnim roku otrzymywał/a Pan/i w ramach projektu pomoc w warunkach domowych, np. odwiedziny, pomoc w sprawach domowych?

- Tak
- Nie

Jeżeli wybrał/a Pan/i „TAK”, proszę odpowiedzieć na następujące pytanie: Jakie jest ogólne Pani/a wrażenie dotyczące takiej formy wsparcia w ramach projektu w warunkach domowych?

- Fatalna
- W większości niesatysfakcjonująca
- Różna
- W większości satysfakcjonująca
- Świetna

Jeżeli wybrał/a Pan/i „NIE”, proszę odpowiedzieć na następujące pytanie: Czy chciałby/aby Pan/i otrzymywać pomoc w warunkach domowych w ramach projektu?

- Nie
- Nie wiem
- Tak

52. Czy w ostatnim roku otrzymywał/a Pan/i pomoc ze strony pracowników projektu w uzyskaniu pomocy finansowej lub renty?

- Tak
- Nie

Jeżeli wybrał/a Pan/i „TAK”, proszę odpowiedzieć na następujące pytanie: Jakie jest ogólne Pani/a wrażenie dotyczące takiej formy wsparcia w uzyskaniu pomocy finansowej?

- Fatalna
- W większości niesatysfakcjonująca
- Różna
- W większości satysfakcjonująca
- Świetna

Jeżeli wybrał/a Pan/i „NIE”, proszę odpowiedzieć na następujące pytanie: Czy chciałby/aby Pan/i otrzymywać pomoc ze strony pracowników projektu w uzyskaniu renty bądź pomocy finansowej?

- Nie
- Nie wiem
- Tak

53. Czy w ostatnim roku otrzymywał/a Pan/i pomoc ze strony pracowników ośrodka psychiatrycznego w znalezieniu pracy w warunkach zwykłych (bez ułatwień i zwiększonej tolerancji wobec Pani/a problemów)?

- Tak
- Nie

Jeżeli wybrał/a Pan/i „TAK”, proszę odpowiedzieć na następujące pytanie: Jakie jest ogólne Pani/a wrażenie dotyczące pomocy pracowników projektu w znalezieniu pracy w warunkach zwykłych?

- Fatalna
- W większości niesatysfakcjonująca
- Różna
- W większości satysfakcjonująca
- Świetna

Jeżeli wybrał/a Pan/i „NIE”, proszę odpowiedzieć na następujące pytanie: Czy chciałby/aby Pan/i otrzymywać pomoc ze strony pracowników projektu w znalezieniu pracy w warunkach zwykłych?

- Nie
- Nie wiem
- Tak

54. Czy w ostatnim roku otrzymywał/a Pan/i pomoc ze strony pracowników projektu we włączaniu się w formy rekreacyjne poza tymi organizowanymi w ramach projektu?

- Tak
- Nie

Jeżeli wybrał/a Pan/i „TAK”, proszę odpowiedzieć na następujące pytanie: Jakie jest ogólne Pani/a wrażenie dotyczące takiej pomocy we włączaniu się w formy rekreacyjne poza tymi organizowanymi w ramach projektu?

- Fatalna
- W większości niesatysfakcjonująca
- Różna
- W większości satysfakcjonująca
- Świetna

Jeżeli wybrał/a Pan/i „NIE”, proszę odpowiedzieć na następujące pytanie: Czy chciałby/aby Pan/i otrzymywać w ramach projektu pomoc we włączaniu się w formy rekreacyjne poza tymi organizowanymi przez ośrodek?

- Nie
- Nie wiem
- Tak