



Bevezetés a komplex rehabilitációba

Szöveggyűjtemény

EÖTVÖS LORÁND TUDOMÁNYEGYETEM
BÁRCZI GUSZTÁV GYÓGYPEDAGÓGIAI KAR
Budapest, 2009

Tartalom

Könczei György—Kullmann Lajos (szerk.): A (komplex) rehabilitáció alapjai	3
Kapcsolat a rehabilitáció fázisai között	25
A képességek alapján történő diagnosztikai eljárás és protokoll a foglalkozási rehabilitáció területén (Módszertani kézikönyv)	48
Hasznos tanácsok, avagy hogyan segítsen fogyatékosággal élő személyeknek az álláskeresés folyamatában	100
Etikai irányvonalak a támogatott foglalkoztatás területén dolgozó szakemberek számára	103
A hitelesség fontossága	109
A támogatott foglalkoztatás minőségjelzői	112
Társadalombiztosítás és társadalmi integráció. Aktív munkaerő-piaci programok fogyatékosággal élő emberek számára. Tények és adatok az alkalmazásról és a hatásról	119



Könczei György—Kullmann Lajos (szerk.):

A (komplex) rehabilitáció alapjai

ELTE GYK, Budapest, 2009

BEVEZETÉS A KOMPLAEX REHABILITÁCIÓBA
A (komplex) rehabilitáció alapjai

Tartalom

Könczei György: A rehabilitáció és a fogyatékoság	5
1. Fogalomtisztázás: a fogyatékoság	5
1.1. Mit értettünk eddig fogyatékoságon?	5
1.2. A WHO-meghatározás túlhaladottsága és az új terminológia	6
2. A korai rehabilitációs modellek kialakulása	9
2.1. A rehabilitáció orvosi modelljétől az emberi jogokon alapuló modellig – a betegtől az állampolgárig	10
2.2. A politikai korrektség és a fogyatékoshelyzet, avagy a hátrányos helyzet értelmezése emberi jogi problémaként	14
3. A rehabilitáció fogalma	15
3.1. A rehabilitáció modern szemlélete és értékei	16
3.2. A rehabilitáció csikorgó fogaskerekei	19
3.3. Humanisztikus és technicista irányzatok	20
3.4. A rehabilitáció régi és új definíciója	21
Irodalom	23

Könczei György: A rehabilitáció és a fogyatékoság

1. Fogalomtisztázás: a fogyatékoság

„...ha elfogadjuk, hogy »az emberi méltóság sérthetetlen«, akkor ezzel a csoporttal kapcsolatban a gyógypedagógia feladata, hogy jogai védelmét, nem pedig ellenőrzését tegye valósággá.”

(M. Thalhammer)

A fogyatékoság és a rehabilitáció hazai irodalma állandó és kilátástalannak tűnő harcot folytat a nyelvvel. Nemcsak a külföldi eredetű szakkifejezések több jelentésárnyalata, nehezen fordíthatósága jelent problémát, hanem az is, hogy szinte az összes szóba jövő magyar megfelelő rendelkezik valamilyen szerencsétlen mellékjelentéssel.

1.1. MIT ÉRTETTÜNK EDDIG FOGYATÉKOSSÁGON?

Valószínűleg nincs még egy olyan terület, olyan fogalom, amely tartalmát és a hozzá fűződő értékeket figyelembe véve olyan számottevő módosulásokon ment volna keresztül az elmúlt évtizedekben, mint éppen a „fogyatékoság” fogalma.

Az ENSZ Egészségügyi Világszervezete, a WHO 1980-ban publikált meghatározását követő elméleti és fogyatékos-mozgalmi harcok folytán a fogyatékos- fogalom a közelmúltban megváltozott: igen számottevő jelentésmódosuláson ment át. Erről is szól a jelenlegi fejezet. A régi tartalommal ugyanakkor érdemes megismernedni, hiszen a nyolcvanas évek szóhasználatában még ez volt a domináns. > megkülönböztet egymástól három, fokozatilag és tartalmilag különböző fogalmat. A károsodás – angolul impairment – az ember pszichológiai, fiziológiai szerkezetének, funkciójának bármiféle rendellenessége, esetleg hiányossága (hiányzó vagy sérült testrész, szerv). Nyelvünkben ennek az „egészségkárosodás” fogalom felel meg. A fogyatékoság – disability – módosult, csökkent képessége az ember bizonyos tevékenységeinek: közlekedésnek, evésnek, ivásnak, mosakodásnak, munkának, írásnak és így tovább. A fogyatékoság mérésekor is felhasználják ezt a tényt külföldön: egy skála különböző számértékeit rendelik a hiányzó, illetve meglévő képességekhez, az említettek túl például a körömvágáshoz, lépcsőjáráshoz, bevásárláshoz, autóbusz eléréséhez. A legsúlyosabb a hátrány – handicap¹ –, amely károsodásból vagy fogyatékoságból eredő társadalmi hátrány; korlátozza, esetenként meg is aka-

1 Két korábbi munkámban (Könczei 1992 és 1994) ezt „rokkantság”-nak fordítottam. Ezt ma már nem tartom szerencsésnek. (KGy – a Szerk. megj.)

dályozza, hogy az egyén betöltse kortól, nemtől, társadalmi és kulturális tényezőktől függő normális, mindennapi szerepét. A hátrány ily módon tehát nem más, mint a károsodás, a fogyatékoság társadalmivá válása, mely igen súlyos kulturális (tanulás), társadalmi (önellátás), gazdasági (önellátás) és egyéb következményeket von maga után az egyén mindennapi életében.

A súlyosságot is mutató három jelenség a következő – természetesen nem lineáris, mert más dimenziójú elemekből álló – jelsorozattal írható le, melyhez, hogy a lista teljes legyen, itt hozzátettük a megbetegedést is. Jelzi ez egyrészt, hogy leggyakrabban betegségek teszik szükségessé a rehabilitációt, másrészt utalást jelent egy lehetséges tágabb értelmezésre is, hiszen szokás rehabilitációról minden súlyosabb betegség után is beszélni (lásd 1. ábra):

1. ÁBRA

Betegség → károsodás → fogyatékoság → (szociális) hátrány

1.2. A WHO-MEGHATÁROZÁS TÚLHALADOTTSÁGA ÉS AZ ÚJ TERMINOLÓGIA

1.2.1. Történeti előzmények

A betegszerep (sick role) az egészségszociológiának rendszeresen először Talcott Parsons által leírt s talán legalapvetőbb fogalma. Ma már klasszikus, alapműnek számító munkájában, a *The Social Systemben* nyúlt elsőként a betegszerephez. Kiindulópontja az volt, hogy normális esetben a beteg sajátos szociális helyzetéből adódóan különleges szerepbe, környezetétől, családjától, orvosától, gondozójától függő viszonyba kerül. Maga a helyzete, betegsége kívánja, kényszeríti ki, hogy gondját viseljék. Betegségéből adódó, időszakosan csökkent képessége pedig legitimálja, jogosítja ezt az igényt. Tehát „betegnek lenni” annyit tesz, mint a betegszereppel együtt járó intézményes szerepelvárások és viselkedésminták sorának megfelelni. Ezek Parsons (1951, 436–437.) elemzésében durván a következők:

A beteg állapota mint betegállapot legitim, de legalábbis félig legitim, s ő mintegy föl van mentve a normális szociális kötelezettségek alól (hiszen nem mehet el otthonról, pizsamát kell viselnie, ágyba kapja az ételt stb.).

A beteg ember segítségre, gondozásra, ápolásra szorul.

A szerephez tartozik az a helyzet ideiglenességét hangsúlyozó belső és külső elvárás, hogy mielőbb megszűnjön: tehát a betegnek meg kell gyógyulnia.

A betegszerep megkívánja a hozzáértő gyógyító segítséget és a felek közötti kooperációt.

S a beteg ember valóban meggyógyul: a betegség elmúlik, de nem így a fogyatékoság! Sérült emberekre, fogyatékosággal élő személyekre gyakorta állapotuk stabilizálódása után is jellemző marad a betegszerepnek megfelelő passzív élet- és viselkedésmód. Állapotuk nem ideiglenes, hanem tartós vagy végleges.

A medikalizáció a helyzeténél fogva a többiekénél sokkal kiszolgáltatottabb, gyöngébb társadalmi pozíciójú fogyatékos embert jóval inkább fenyegeti és sújtja. Ugyanakkor az érintettek is tisztában vannak vele, hogy maradandó állapotváltozásuk elsősorban személyes és csak másodsorban orvosi probléma. A fogyatékos szerep fogalma a beteg szerep fogalmának bírálata nyomán született, és Gerald Gordon, illetve M. Sieglér és H. Osmond nevéhez fűződik. A kritika alapját képező első jelentős adalékokat Gordon szolgáltatotta 1966-ban megjelent, Szerepelmélet és betegség című művében (Role Theory and Illness: A Sociological Perspective). Az ily módon elindított vizsgálódást folytatták Osmondék. Azóta többen igyekeztek újrafogalmazni a problémákat. Ők még mindannyian tulajdonképpen károsodottszeréről (impaired role) beszélnek. A voltaképpeni fogyatékos szerep (disabled role), illetve sérültszerep fogalom csak évekkel később jelent meg a köztudatban. A kutatók lényegében mindannyian a társadalmi összefüggéseket emelik ki elemzéseikben, így tehát a magyar szóhasználat számára mindkét kifejezés egyformán elfogadható.

A beteg szerephez fűzött kritika alapját az a felismerés vetette meg, hogy igen sok olyan ember él, aki képtelen eleget tenni a Parsons-féle kritériumok közül a harmadik helyen említettnek, mivel helyzete a legkevésbé sem ideiglenes, hanem végleges, így felgyógyulására, a beteg szerepből történő kikerülésére gyakorlatilag nincs remény. Az ilyen irányú várakozások rendszerint nem teljesülnek. A fogyatékos lényegéhez tartozik, hogy tartós, leggyakrabban pedig végleges.

A fogyatékos szerep sokkalta súlyosabb állapot és alacsonyabb státusz, tehát a hozzá fűződő külső és belső szerepelvárások is mások. Tipikus velejárója az emberi státusz teljes vagy végleges elvesztése és a másodrendű állampolgárság pozíciója (DeJong 1979, Frehse 1985, Goffman 1981).

1.2.2. A WHO-definíció kritikája

Az idézett definíció kifejezetten fontos volt, és progresszív szerepet játszott sok éven át. Így volt ez több tudományban is, mivel korrekt és jól használható fogalmi keretbe fogta a fogyatékos ügyi gondolkodást. A megfogalmazás óta eltelt 22 esztendő azonban óvatosságra int. Vegyük szemügyre először is a megfogalmazás túlmedikalizáltságát, par excellence orvosi jellegét. Ez az első, amin túllépett a világ, ami annyiban érthető, hogy az idézett fogalom- és definíciós készlet eredetileg valóban az egészségügyi terület számára készült, azonban szakemberek, civil szervezetek annak logikus határain túl is használni kezdték.

De szociológiai és szociálpszichológiai szempontból nézve a WHO fogalomértelmezését, szembeűnik annak individuális jellege is. Úgy tűnik, mintha a károsodás, az „egészségkárosodás” egészében kizárólag magánügy lenne, holott keletkezése a statisztikák szerint számottevő részben munkahelyi balesetek, közlekedési balesetek következménye, ezért nem lehet más releváns társadalmi tényektől elválasztva tekinteni.

Ugyanezt a sarkalatos összefüggést találjuk a „fogyatékoság” fogalom esetében is. Holott valójában mit jelent ez? Korlátozottságát például járásnak, be-

szédnek, hallásnak, értelmi funkcióknak. És ezek vajon csupán individuális problémák lennének? Van olyan fogyatékos ember, aki nem társadalomban, közösségben, családban él? Ha eltekintünk a „mozgássérült vagy siket Robinson Crusoe fikciójától”, kiderül, hogy e funkcióknak: járás, beszéd, hallás stb. önmagukban semmi értelmük sincsen. Ha az ember jár, akkor valakihez megy, ha az ember beszél, akkor valakikhez beszél, és így tovább. Ha ezt tekintetbe vesszük, napnál világosabb, hogy itt sem csupán lemeztelenített egyéni problémáról, magánügyről, hanem szűkebb vagy tágabb közösségről, családról, szomszédokról, barátokról, összességében a társadalomról van szó.

Mindez a leginkább drámai és a diszkrimináció jelenségéhez legszorosabban kötődő formában a „hátrány” fogalma esetén mutatkozik meg.² Hiszen ez a WHO-definíció szerint a normális szociális szerep betöltésére való egyéni képtelenséget jelenti. Mintha a fogyatékos személy egyéni problémája lenne, hogy nem tud munkába járni, nem tud szórakozni menni, nem képes barátságokat kötni, mivel a környezet, a közlekedés nem akadálymentes, vagy mivel bizonyos alapvető segédeszközök nem állnak rendelkezésére. Nos, szó sincs erről. Ha az említettek nincsenek biztosítva, akkor ez bizony – ha rejtetten, indirekten is – a hatalmi viszony működése: masszív diszkrimináció a társadalom részéről.

Jórészt a fentiek és az emberi jogi, illetve szükséglet alapú modell (lásd néhány oldallal később) megvalósításában élen járó ENSZ-tagállamok – elsősorban az Amerikai Egyesült Államok és Kanada – lobbizása vezetett el a forradalmian új terminológia kimunkálásához, ami akkor is egy tömbben álló szigorú tény, ha az európai államok jelentős többsége ma még nem tud (mert nem akar) mit kezdeni vele.

1.2.3. Az új WHO-terminológia

1997-re az ENSZ Egészségügyi Világszervezete a szakirodalomban is publikált kritikák hatására új, forradalmi jelentőségű fogalomhasználattal rukkolt elő (lásd a 2. ábrát) (WHO 1997).³ Az új értelmezés megtartja az egészségi állapotot mint kiindulópontot, de többszintűvé vált. Tehát az egészségkárosodás korlátozza a személy aktivitását, ez pedig a társadalomban történő részvételét. Ez két olyan összefüggés, melyet az Önálló Élet Mozgalom évtizedek óta kiemelkedő fontosságúnak ítél. Mindebből két kapcsolódó háttértényezőt (az eredetiben: contextual factors) vezet le: az egyik a környezeti, a másik pedig az egyéni. Így – ráadásul, hogy előre kerül a környezeti elem! – a súlyok a helyükre kerülnek, és a „fogyatékoság” mint negatív konnotációkkal bíró fogalom el is tűnik az ábrából. Helyét a nagyjából semleges „tevékenység” és a kifejezetten pozitív hangsúlyú „részvétel” szavak váltják fel.

2 A szakirodalom utal rá, hogy a handicap fogalma az angolban a cap in hand-et, a „sapkát a kézben”-t, azaz a koldulást asszociálja, asszociálhatja (Barnes 1994, 2.).

3 Kérjük, figyeljenek fel rá, hogy a klasszifikáció címe megváltozott, „A károsodások, fogyatékoságok és hátrányok nemzetközi osztályozása”-ról „A károsodások, tevékenységek és részvétel nemzetközi osztályozása”-ra!” (ENSZ 1997.)

Ennek helye van, hiszen ahogyan például Roberts–Roberts 1979 megállapítja, egy fizikai vonás, jellegzetesség csak akkor jelentkezik fogyatékosággént, ha azt egy adott cél elérését alapvetően gátló állapotnak tartják. Azonban akkor sem az aktuálisan okozott korlátozottság miatt, hanem csakis abban az esetben, ha akadályozza a személy szociális kapcsolatainak kibontakozását, vagy a cél megvalósulásának hiánya ütközik a személy értékrendszerével.

Az új WHO-értelmezés tehát kikerüli a korábbi kritika élét: világossá teszi egyrészt a fő kérdést, ami a részvétel; másrészt utal rá, hogy van egyén fölötti összefüggés: a környezet. Így válik egyértelművé a társadalom felelőssége és az, hogy gyakran nem is az állapot, hanem a közeg tesz fogyatékosá. Lássuk ennek illusztrálására a 2. ábrát!

Figyelemre méltó ez a változás. Hátterében ott van az immár legújabb fogyatékoságügyi paradigmaváltás, amelynek két – szempontunkból számottevő – vonatkozása van: az egyik a rehabilitációs, a másik a jogalkotási (más megközelítésben: „politikacsinálási”) modell.

2. A korai rehabilitációs modellek kialakulása

A fogyatékosággal élő emberek társadalmi egyenlőségért folytatott harca nem vált automatikusan a jogegyenlőségért vívott küzdelemmé. Ahhoz, hogy ez bekövetkezhessen, előbb mind a szélesebb társadalomnak, mind pedig magának a sérült emberek közösségének alaposan meg kellett változtatnia a kérdéssel kapcsolatos addigi álláspontját, ami lassú és fájdalmas folyamatnak bizonyult. Az emberiség tudatában túl régen éltek és túl mélyen belegyökereztek a fogyatékosággal kapcsolatos negatív sztereotípiák (Neufeldt–Mathieson 1995). Gondoljunk csak a népmesék gonoszaira, mindig púpos, bottal botorkáló boszorkáira, komisz törpéire, az elhízott vagy éppen csontsovány, kegyetlen mostohákra!

A XIX. század végére e fenti sematikus kép annyiban módosult, hogy az orvostudomány és a technika fejlődésével a fogyatékoságokkal járó eltéréseket megfelelő gyógymódokkal megszüntetendő veszteségnek, „mínusznak” kezdték tekinteni. A már korábban is létező és ekkorra kiteljesedő orvosi modell azonban számos kérdést megválaszolatlanul hagyott. Így sem az előrehaladó betegségek, sem pedig a megváltozhatatlan végállapotok következtében kialakuló helyzetekre nem adott választ. Nem vette figyelembe, hogy a sérültség megélésére és a hozzá való adaptációra milyen alapvető hatással van a fizikai és a társadalmi környezet, és a legkisebb mértékben sem adott teret az önrendelkezésnek. S amikor a paramedikális szakmákat (gyógytorna, fizioterápia, logopédia, pszichológia, segédeszközipar stb.) végre egyenrangúként elfogadta, a sérült emberek saját tapasztalatait, állapotokról és lehetséges adaptációjukról való saját tudásukat még mindig nem vette igénybe a terápiás programok összeállítása során. Ez leggyakrabban jellemző a „többségi” társadalom által nyújtott segítség különböző formáira, ezért az is „természetes”, hogy az egyenjogúság-egyenlőség, társadalmi integráció vagy szolidaritás kérdései sem merültek fel velük kapcsolatban.

Mindezen fogalmak felbukkanását csak az emberiségnek a már említett, a II. világháború okozta óriási megrázkódtatása tette lehetővé. Az attitűdváltás pedig, amelynek eredményeképpen a sérültség mint az emberi létezés egyik normális variációja fogalmazódik meg, csak akkor jöhetett létre, amikor a sérült emberek maguk vették kezükbe a sorsukat, és a társadalomban elfoglalt helyzetüket a jogok szempontjából kezdték vizsgálni (Neufeldt–Mathieson 1995). Fontos azonban itt is felhívni a figyelmet arra, hogy a jog önmagában nem megfelelő eszköz egy adott csoporttal, réteggel kapcsolatos társadalmi szimpátia növelésére vagy antipátia csökkentésére, ezek megváltoztatásának egyidejűleg sok más szinten is kell történnie (lásd később az Ed Roberts életéről és szerepéről írottakat).

2.1. A REHABILITÁCIÓ ORVOSI MODELLJÉTŐL

AZ EMBERI JOGOKON ALAPULÓ MODELLIG – A BETEGTŐL AZ ÁLLAMPOLGÁRIG

Miért éppen a rehabilitáció, vetik fel a kérdést azok, akik lényegesen fontosabbnak tartanak a környezetvédelem, a túlnépesedés, a munkanélküliség, az ózonlyuk, a globalizáció problémáinak megoldását. Azonban a rehabilitáció túl sok embert érint a világon ahhoz, hogy megvárhatnánk, míg minden egyéb égető kérdés rendeződik előtte. Számai megdöbbentőek (UN 1996):

10 gyermekből 1 testi, szellemi vagy érzékszervi fogyatékossgal jön a világra;

az emberiség 10 százaléka valamiféle sérültséggel él (600 millió ember); közülük 33 százalék gyermek;

az emberiség 25 százaléka érintett (családtagként vagy szakemberként);

a sérültséggel élők 80 százaléka elszigetelt helyen lakik;

kevesebb mint 2 százalékuk részesül rehabilitációs ellátásban;

az összes fogyatékossg 66 százaléka lenne megelőzhető;

percenként 10 gyermek hal meg oltással megelőzhető betegségben!

Áthidalhatatlan a távolság, amely a fejlett országok rehabilitációval foglalkozó szakembereinek létszamarányát elválasztja a fejletlen országokétól: míg Nagy-Britanniában például 2600 és Kanadában 3650 lakosra jut egy rehabilitációs szakember, addig Zimbabwében 470 000, Indiában pedig 1 215 000 lakosra. A fejletlen és fejlődőben lévő országok legégetőbb gondja az, hogy hogyan teremtsék meg a minimális rehabilitációs alaprendezés egészségügyi feltételeit, a fejlettebb országokban azonban már az ellátás emberi jogi szempontból történő finomítása a cél.

1. Az *orvosi-egészségügyi modell* kezdetei az ipari forradalom korába nyúlnak vissza, és legalább a múlt század ötvenes éveig uralkodó volt. (Lényegében ezzel szemben fogalmazza meg magát és a *demedikalizáció*

eszméjét az *Önálló Élet Mozgalom*. A politika, illetőleg a jogalkotás síkján ennek megfelelője a *paternalista* jogalkotás. Eredménye az, hogy a fogyatékosággal élő emberek leginkább *elfogadói* bizonyos, elsősorban orvosi szolgáltatásoknak, illetőleg pénzbeli ellátásoknak, azaz javadalmaknak.⁴

A rehabilitáció orvosi *modelljének*⁵ szűk keretei csupán azt tették lehetővé, hogy a sérültség a normálistól való statisztikai eltérésként jelenjék meg, amely eltérés kezelése, elfogadása a társadalom jóindulatán múlott. A sérült emberekkel szemben megnyilvánuló magatartás alapjául hosszú ideig a többnyire valláserkölcstre épülő jótékonyság szolgált, s ezzel harmonizált a *jótékonysági típusú törvénykezés*. Ugyanúgy, ahogy az egészségügyi struktúrákban a beteg az előírt kezelések és beavatkozások passzív alanya volt, s betegjogokról még csíráiban sem beszélhettünk, a jótékonysági típusú törvénykezésben az adott kormány értékrendjétől függő színvonalú, főleg egészségügyi, olykor szociális ellátások passzív befogadója, akiről nem is feltételezik, hogy képes lenne bármilyen szintű társadalmi szerepvállalásra. Ezen a szinten esélyegyenlőségről nem esik szó.

2. Az ötvenes évektől az orvosi-egészségügyi modellt a képzési modell váltja fel, amelynek alanya a tanuló. Ennek lényege a tanítás, a legkülönbélebb készségek elsajátításának támogatása. Az adott területhez – beszédfejlesztés, étkezés, mozgás, tanulás, segédeszköz-használat stb. – értő szakember, lényegében még mindig a megkérdezése nélkül, megtanítja a „növendéket” arra, hogy szerinte hogyan kell mozogni, beszélni, enni, tanulni, gondolkodni stb., egyszóval élni. Ezzel a modellel a törvényalkotás szintjén a *szolgáltatás-központú modell* párosul, azon speciális jogokra célozva, amelyek szükségesnek látszanak ahhoz, hogy a társadalmi részvétel legalább minimális szinten biztosítható legyen. Ezen speciális jogok nem azonosak a szolgáltatáshoz, illetve különböző juttatásokhoz való jogokkal, azonban az esélyegyenlőség gondolata nélkül ugyan, de már biztosítják a minimális társadalmi részvételt.
3. Hozzávetőleg a hetvenes évektől – elsősorban a magasabb GDP-jű országokban – a *szolgáltatói modell* kezd általánossá válni. Fókuszpontjában a kliens áll, célja, hogy megfelelő, anyagilag elérhető szolgáltatásokat nyújtson. A jogalkotás síkján a „képesse tevő” jogalkotás kapcsolódik hozzá,

4 Figyeljük meg a magyar jogi és kormányzati nyelvhasználatban mindmáig szinte kizárólagosan előforduló „ellátások” fogalmat. Vehetjük mellé a másik szépséget, a „támogatások” fogalmát. Mit sugallnak? Azt egyfelől mindenképpen, hogy valakik – zömmel kormányok és kormánytisztviselők – ellátják és támogatják a „szegény, szerencsétlen fogyatékosággal élő embereket”. A jelzett szóhasználat – az ezzel élők értékviselési mellett – vet némi fényt a magyarországi fogyatékosjogokért folyó mozgalom állapotára is. A rossz szóhasználat helyett kísérleteztem még a kilencvenes évek első felében a „javadalmak” fogalom bevezetésével, amely legalább részben magában rejtje azt az elemet, hogy az adott pénzügyi forrás, részben vagy egészben, de legalább jár. Ebben a fejezetben itt-ott megkísérlem újra e fogalmat használni.

5 A modellek szíves közléséért Penny Parnes-nak tartozunk köszönettel (Queen’s College, Toronto, személyes konzultációk, 1997, 1998).

amely szerint *mege erősítő akciókra* (pozitív diszkrimináció) van szükség az egyenlőség eléréséhez.

A fejlett fogyasztói társadalom rehabilitációs modellje ez, amelyben a kliens maga dönti el, hogy anyagi, gyakorlati, szakmai stb. megfontolások alapján a rendelkezésre álló szolgáltatások közül melyiket óhajtja igénybe venni. Ez értelemszerűen feltételezi az elérhető szolgáltatásokat és az aktív felkeresésükre, valamint a közöttük való válogatásra való képességet. A törvényhozásban ekkor már megjelennek az esélyegyenlősítő törekvések. E *képességkibontó modellben* ennek eszköze a *rásegítő szabályozás*, más kifejezéssel *pozitív diszkrimináció*. Ezen a szinten már szerepet kapnak az érintett személy döntései, választásai, a jog által biztosított kivételezett, pozitívan diszkriminált helyzetbe hozás pedig azt a feltételezést sugallja, hogy a jogalkotók alkalmasnak és méltónak tartják a sérült embereket arra, hogy ezen a módon mintegy „beemeljék” őket a társadalomba.

4. Végül, a nyolcvanas évek végétől következik a szükségleten alapuló modell időszaka. Napjaink legfejlettebb modellje a *szükségleten alapuló modell*, amely az állampolgárt tekinti alanyának. Mint állampolgárt az állapota által indokolt, olyan színvonalú, mennyiségű és minőségű ellátások illetik meg, amelyeket önmaga (gyermek vagy döntésképtelen személy esetében a családja) a szakemberek által nyújtott részletes, alapos, széles körű, mindenre kiterjedő, egyénre szabott tájékoztatás alapján szükségesnek tart, s amely az adott társadalomban elérhető.

A törvényhozás ezt az egyéni önérdék-érvényesítést, önazonosságot, emberi méltóságot tisztelő rehabilitációs modellt a jog oldaláról a jogokon alapuló modellel erősíti meg, amelynek értelmében *a sérült embert sem több, sem kevesebb jog nem illeti meg, mint az adott ország bármely más polgárát: esélyegyenlőségének alapja a jogegyenlőség*. A jogalkotó feltételezi, hogy a sérült ember képes a teljes társadalmi részvételre, az állapota által indokolt speciális segítségre pedig állampolgárként jogosult. Ugyanakkor azokban az országokban, amelyekben a jogokon alapuló modellt alkalmazzák, rendszerint igen szigorú kiegészítő törvények biztosítják, hogy az érintettek valóban élni tudjanak alkotmányos jogaikkal. Így például külön törvények rendelkeznek a középületek és a tömegközlekedés akadálymentességéről, a siketek és vakok számára elérhető információs rendszerekről, az integrált oktatás és foglalkoztatás feltételeiről stb. (Az említett modellek áttekintését nyújtja az 1. táblázat.)

1. TÁBLÁZAT
MODELLVÁLTÁS A REHABILITÁCIÓBAN – MODELLVÁLTÁS A TÖRVÉNYHOZÁSBAN

Rehabilitációs modell	A modell alanya	Kapcsolódó törvényhozási modell
Orvosi-egészségügyi	A beteg	Jótekonysági: a sérült ember a főleg orvosi és egészségügyi szolgáltatások passzív befogadója
Pedagógiai-képzési	Diák, hallgató	Szolgáltatás-központú: csak speciális szolgáltatásokkal biztosítható a társadalmi részvétel
Szolgáltatói	A fogyasztó	Képességkibontó: rásegítő szabályozás (pozitív diszkrimináció) szükséges az esélyegyenlőséghez
Szükségleten alapuló	Az állampolgár	Jogokon alapuló: sem több, sem kevesebb; a sérült ember jogai azonosak a többiekével, a speciális megközelítés mértékét csakis az állapot szabhatja meg

Az egyes modellek *konkrét területi hegemóniája* változó. Azt például senki sem gondolhatja komolyan, hogy a legutóbbi – vagy akár a harmadik – domináns volna mondjuk Afrikában. Annyira nem, hogy amíg a szükséglet alapú modell néhány fejlett országban valóban jelen van már (Amerikai Egyesült Államok, Dánia, Kanada stb.), addig még a fejlett világ számottevő részén is a többinek valamiféle, különféle súlyozású vegyüléke lelhető fel.

Van ugyanakkor az itt bemutatott modelleknek más megközelítése is, amely rejtetten egész munkánkon végighúzódik. Ennek lényege az, hogy az évezredekben keresztül uralkodó *egyéni modellt* a XX. század hatvanas éveitől folyamatosan felváltotta a *szociális modell*. A folyamat a nyolcvanas, kilencvenes évekre végképp végbement. Az egyéni modellt a „magánpech” szóval lehet legegyszerűbben jellemezni: a fogyatékoság egy-egy konkrét személy létproblémája, „személyes tragédiája”, amihez – a szűk családi vagy baráti körön kívül – jószerevel nincs köze senkinek. Ez szinte automatizmusként vonja maga után a sajnálatot, a lenézést, a diszkriminációt. A szociális modell ezzel szemben feltárja a társadalom felelősségét, a fogyatékosággal élő embert szociológiai megközelítéssel a közösség, a társadalom részeként mutatja be, megalapozva a fogyatékoságnak hatalmi viszonyként és emberi jogi problémaként történő interpretációját.

Erevelles (1996) mindezek ellenére úgy ítéli meg, hogy a sérültséggel kapcsolatosan változatlanul a fiziológiai-biológiai modellek, megközelítések működnek, ily módon mára meglehetősen túlhaladott elméleti kereteket biztosítva.

A szociális modell azt hangsúlyozza, hogy nem önmagában az állapot teszi fogyatékosá a személyt, hanem a társadalom akadályozottá tevő hatása (*handicapping effect*: Morris 1991). Vannak szerzők – Robert Scott, Sally Tomlison –, akik addig mennek, hogy „Vak ember nem is létezik”, ha van ilyen ember, azt a szakemberek teremtik; illetőleg, hogy a szegregáció egyértelműen a gyógypedagógusok tevékenységének eredménye szerte a világon. A társadalom pedig a „normálisak”, az ún. épek vagy „ép testűek” birodalma. Ez a szemlélet eredményezi a peremre kerülést, aminek ellene szegültek oly sokan az érdekeltek közül (pl. Abberley 1987). A mozgalom minden eredménye ellenére a sérültek megosztottak maradtak azok miatt, akik sérültségük melletti, külön megkülönböztetést éltek meg rasszuk, színük, nemük vagy szexuális orientációjuk miatt (Morris 1991, Deegan 1981, Priestley 1995.)

2.2. A POLITIKAI KORREKTSÉG ÉS A FOGYATÉKOSHELYZET, AVAGY A HÁTRÁNYOS HELYZET ÉRTELMEZÉSE EMBERI JOGI PROBLÉMAKÉNT

A politikai korrektség világméretű kultuszának és részben ennek következtében a fogyatékosfogalom megváltozásának hátterében mindenekelőtt az egyes, korábban egyszerűen csak „rászoruló”-ként definiált részpopulációk (pl. egyes etnikai kisebbségek, sőt nők és sérült személyek, illetőleg eltérő szexuális orientációjú személyek) polgári és politikai jogaiért, illetőleg szociális, gazdasági és kulturális jogaiért folytatott polgári jogi, emberi jogi küzdelmei húzódnak meg. Ezek vezettek el az ún. „politikailag korrekt” (*politically correct*) fogalomhasználatig, amely a stigmatizáló, a *diszkriminatív szóhasználat és beszéd* kiküszöbölését célozza. Mint ilyen, önérték. De ezen túlmenően út is az olyan viselkedésformák megerősödése felé, amelyek nem negligálják, hanem egyenrangú társaként, egészsésként fogadják el a sérült személyt, a fogyatékos személyt, *mint egészet, mint embert*.⁶

A jelzett folyamat eredményeként vált nyilvánvalóvá és kezdett elterjedni szerte a világon a szükséglet alapú modell járulékaként az a szemlélet, hogy többé már nem tarthatóak azok a hiedelmek, mint például: „ha szegény, hát az ő baja”, „ha fogyatékos, akkor az az ő bűnének következménye” és így tovább. Aki egy adott pillanatban megfelelő anyagi források híján van, annak is – mint mindenki másnak – vannak emberi, szociális és gazdasági jogai, tekintet nélkül arra, hogy adott állapotának kialakulását pontosan milyen okok idézték elő.

6 Az ENSZ Alapvető Szabályok... c. dokumentuma (1993) – érthető okokból – még a régi WHO-definíció talaján áll, viszont az összeállítás során lefolytatott vitákon túl az Amerikai Egyesült Államok sajtóságos kizorolása a dokumentum készítésének folyamatából egyaránt hatott a definíció megszövegezésére. Az Alapvető Szabályok értelmezésében tehát „a »fogyatékoság« a világ tetszőleges országának bármely népességcsoportjában (populációjában) előforduló nagyszámú különböző funkcionális korlátozottág összefoglaló elnevezése. A fogyatékoság okozója lehet fizikai, értelmi vagy érzékszervi károsodás, egészségi állapot vagy lelki betegség. Ezek a károsodások, ezen állapotok vagy betegségek lehetnek állandó vagy átmeneti természetűek.”

3. A rehabilitáció fogalma

A *rehabilitáció* fogalma a latinból származik, valakinek valami iránti képességét, talentumát, jártasságát jelölte. A két háború közötti Magyarországon és német nyelvterületen még csak az egyetemi magántanári állás megpályázását értették habilitáción, rehabilitáción pedig többnyire a törvény általi büntettség közjogi és magánjogi következményeinek eltörlését. Manapság bővült a fogalom jelentésudvara, hiszen a városépítészetben pl. tömbrehabilitációról éppúgy hallani, mint a politikailag hátrányt szenvedettek rehabilitálásáról. Ez utóbbi már rokon két másik hagyományos, a fogyatékos szempontjából vett rehabilitációs területtel: a börtönviseltek intézményes visszasegítésével és a társadalom peremére szorult emberek rehabilitálásával.

Szigorúan a fogyatékoság szempontjából a „habilitálás” ma kizárólag a társadalomba történő beilleszkedés értelmében használatos, olyan esetekben, amikor az integráció valamilyen, rendszerint orvosilag is jól értelmezhető okból – például gyermekbénulás, látás- és hallásképtelenség, esetleg értelmi fogyatékoság miatt – a születéskor vagy még kisgyermekkorban megnehezedik, lehetetlenné válik.

A szó legkorábbi ismert használata 1843-ból való, és *Ritter von Buss* nevéhez fűződik, aki a gyógyítható betegek korábbi állapotukba történő visszahelyezése kapcsán beszélt rehabilitációról. Kiemelte, hogy „személyes méltóságuk és rangjuk érzését” is vissza kell nyerniük (Schiecke 1981, 199.). A rehabilitáció hivatalos, lényegében világszerte elfogadott meghatározását a WHO tette közzé 1980-ban: *olyan szervezett segítség, melyre egészségükben, testi, szellemi épségükben tartósan vagy véglegesen károsodott emberek rászorulnak a társadalomba, a közösségbe történő visszailleszkedésük érdekében.* Orvosi, szociális, pedagógiai és foglalkozási intézkedések koordinált, személyre szabott összessége (World Health Organization 1980), célja, hogy a rehabilitált megelégedett, boldog és lehetőleg teljes értékű polgára maradjon a társadalomnak.

Nem lehet nem észrevenni, hogy itt egy egészen alapvető probléma húzódik, mely megnyugtatóan csak igen ritkán oldódik meg, és gyakran az egész rehabilitációs folyamat „alól kihúzza a szőnyeget”. Hiszen hogyan is lehetne teljes értékű valaki, ha *eddig volt az*, vagy ha eddig sem volt az? Hogyan lehet teljes értékű, ha éppen nem teljes értékű? Hiszen ha az volna, nem kellene rehabilitálni. A rehabilitációs szakmát meghatározhatjuk e szinte feloldhatatlan logikai alapellentmondással folytatott örök birkózásként is. Számos példával bizonyítani fogjuk, hogy a probléma sokszor mégis megoldható. Ha rokkantakról esik szó, az emberek többsége hadirokkantakra gondol, ha pedig mozgássérültekről van szó, akkor általában a kerekesszéket használó embereket szokás érteni a szón, pedig valójában mindkét fogalom lényegesen tágabb. Hiszen például rokkant, sőt fogyatékos ezerféle ok következményeként lehet valaki: vakság, alkoholbetegség, hallássérülés, értelmi fogyatékoság, kommunikációs rendellenesség, epilepszia, de rengeteg belső szervi megbetegedés folytán is, és

mindannyiuknak másféle nehézséggel kell szembenézniük, ennek megfelelően megannyi különféle segítségre szorulnak.

DeLisa—Currie—Martin 1998 megfogalmazásában a rehabilitáció az a folyamat, amelyben hozzásegítik az adott személyt, hogy elérhesse teljes maximumát fizikai, lelki, szociális, szakmai, szakmán kívüli és oktatási vonatkozásokban, oly módon, hogy az összhangban legyen az anatómiai és élettani károsodás természetével, a környezete adta korlátozottságokkal, a saját vágyaival és az életéről alkotott elképzeléseivel.

Salgó 1996 úgy fogalmaz, hogy a rehabilitáció az a komplex tevékenység, mely a fogyatékos egyének testi és szellemi képességeinek felhasználásán és fejlesztésén alapul, s a társadalmi életben való részvételük minél magasabb szintjének megvalósulására irányul. Más megfogalmazásban az a folyamat, melynek eredményeként az egészségkárosodott személy saját erőit mozgósítva, hátrányait kiegyenlítve, életvitelében és életminőségében a hasonló társadalmi helyzetű emberek életvitelét és életminőségét megközelíti. A rehabilitáció tehát nem gyógyítás, nem jelenti az eredeti állapot visszaállítását (orvosi terminológiával: *restitutio ad integrum*, jogival: *restitutio in integro*). A komplex rehabilitáció magában foglalja az orvosi (megelőző, diagnosztikai és terápiás), mentálhigiénés, foglalkozási, szociális és kulturális rehabilitációt. A sérült személy aktív közreműködése szükséges (lásd aktív részvétel jogi elve), nem helyette, hanem vele.

Kullmann 1999 idézi a WHO definíciója alapján a Rehabilitációs Szakmai Kollégium által megfogalmazott meghatározást, amely szerint „rehabilitáción azt a szervezett tevékenységet értjük, amelyet a társadalom biztosít a huzamosan vagy véglegesen fogyatékos vagy rokkant embereknek, hogy megmaradt képességeikkel ismét elfoglalhassák helyüket a közösségben. A rehabilitáció orvosi, nevelési, foglalkoztatási és szociális intézkedések tervszerű, együttes és összehangolt, az egyénre szabott alkalmazása, amelyben a rehabilitálandó ember tevételes részvétele nélkülözhetetlen.”

3.1. A REHABILITÁCIÓ MODERN SZEMLÉLETE ÉS ÉRTÉKEI

A rehabilitáció ma lényegesen többet jelent, mint akár ötven vagy akár csak húsz esztendővel ezelőtt. Nemcsak új betegségek megjelenésével kell számolnunk, hanem a börtönviseltekkel való törődés is idetartozik már. Ráadásul a rokkantságot, fogyatékoságot előidéző okok skálája is lényegesen tágabb, a modern civilizáció ördögös találmányai folytán. Így aztán számos mozgalom is megjelent a legutóbbi évtizedekben, társadalmi mozgalmak, ilyen vagy olyan fogyatékoscsoportok jogaiért harcolók. A mozgássérültek az önálló életvitelért, a daganatos betegek, AIDS-esek az élethez, az emberi bánásmódhoz való jogért harcolnak.

Általában orvosi, szociális, foglalkozási, pszichológiai, jogi és pedagógiai rehabilitációt szoktunk megkülönböztetni. A felosztás a fogyatékosá lett ember életproblémáin és az azok megoldása érdekében nyújtott szolgáltatásokon alapszik. Segítenek abban, hogy az, aki eddig hasznos, értékes tagja volt a kö-

zösségnek, most ismét azzá válhasson, végigmehessen az utcán, tudjon társai-val, kollégáival kommunikálni, legyen megfelelő munkája, sőt legyen védelme azokban a helyzetekben, melyekben erre szüksége van, új, megváltozott állapotának speciális és eddig még sosem tapasztalt lelki problémáit képes legyen megoldani. Mindebből következik, hogy *a rehabilitáció elvi célja önmaga szükségességének megszüntetése minden egyes ember esetében.*

Kizárólag a medicina szempontjából nézve a dolgot, középpontjában az orvos–beteg kapcsolat áll. Ugyanezt az ún. segítő foglalkozások (szociális munkás, pszichológus, nővér stb.) felől tekintve, a szakember–kliens viszonyt fogjuk döntőnek találni. Az elsőben a páciens szerepe a helyzetből következően jelentős mértékben passzív-elfogadó. Már a testhelyzet is erre utal: a beteg igen gyakran fekvő helyzetből kell hogy orvosával kapcsolatba lépjen. Az „orvosomba vetett bizalom” s a hit a kezelés sikerében természetesen fontos, de a rehabilitáció sikeréhez még édeskevés. Ehhez a sérült ember aktivizálása, aktivitása szükséges. Persze vannak igen nehéz esetek (pl. agysérülés), amikor ezt a folyamat kezdetén lehetetlen megvalósítani. A segítőfoglalkozások esetében már eleve, az indulástól az egész viszony egyenrangúbb volta miatt aktívabb a segített ember. Az orvos–beteg kapcsolat humanizálódására – bár veszteségekkel is járna – pozitív hatással lenne az eddigi beteg kliensként való kezelése. Olyan emberként, aki az orvostól s az egész kórházi személyzettől színvonalas *szolgáltatást* vár, melyért természetesen fizet.

Így az orvosi rehabilitáció értelme a személy, a fogyasztó, a felhasználó, a *szolgáltatást igénybe vevő ember*, a kliens állapotának megfelelő szintre hozatala, stabilizálása. Tartalmilag egyéntől, helyzettől függően végtelen sokféle lehet, hiszen egy mozgássérült embernek rendbejövetele után nem feltétlenül van szüksége gyógyszerekre, egy gyógyult daganatos betegnek azonban alkalmasint annál inkább. Szociális rehabilitáció címen általában a társadalomba, a közösségbe való visszakerülés, sikeres visszahelyezkedés értelmében szokás beszélni. A foglalkozási rehabilitáció csúcspontja pedig a munkába állás valamilyen módja. Eredményes önmegvalósítást, kreativitást, a képességek fejlesztését feltételezi: átképzést, munkahelyteremtést, -adaptálást. Az egész dologban kulcsszerepet kap a közösség és a példa. Hiszen fontos, hogy a fogyatékos embert embernek tekintsék, ne zárják ki buta előítéletek miatt a rákbetegget, a mozgássérültet, az idegbetegget vagy akár az AIDS-est.

A szociológiaiak mellett a pszichológiai kutatások is egyértelműen bizonyították, hogy a visszailleszkedést gátló tényezőket nem csak és nem is mindig elsősorban bennük, hanem a *szociális környezetben* lehet megtalálni. Így hát elengedhetetlen feltétel a sérült embereket több évszázadon át kizáró tradícióval (szegregáció), a megbélyegzéssel szemben az integráció, a normalizáció vagy egyszerűen a befogadás. Ami, bár első hallásra furcsa, visszahat a közösségre, építve, valódi emberi-közösségi jogaihoz visszahelyezve rehabilitálja. Ennek nevelő értéke felbecsülhetetlen, mert a mindennapi együttélésben formálódik ki a fogyatékos emberhez fűződő toleráns, elfogadó viszonyulás. A példa, a pedagógiai rehabilitáció sem csak a fogyatékos embert érinti: a közösséget magát is nevelni kell. A társadalom maga is szocializálódik a fogyatékosággal élő

emberekkel együtt élt életre. Tudnunk kell például, hogy nyugodtan mondhatjuk búcsúzáskor azt, hogy „Viszontlátásra!”, egy „világtalannak”, hiszen hány-szor köszöntek már így neki élete során, s hány-szor köszönt ő maga is így vissza. De nyilvánvalóan nem világtalan, hisz van világa, éppúgy, mint bárki másnak. Sőt világossága is van mindannyiszor, amikor úgy érzi, hogy „fény derült egy dologra”, sőt lát is másokat a maga módján, de nem ritkán jobban, éle-
sebben, mint azok, akik látóknak hívják magukat.⁷

A *jogi rehabilitációt* a szakirodalom jelentős része nem sorolja a terület legfontosabb alkotóelemei közé. Való igaz, *másképp* fontos, mint a többi. De hogy bizonyos esetekben a legjelentősebbé válhat, és sikertelensége ellehetetlenítheti az egész visszaillesztési folyamatot, azt szemléletesen példázza egy távrolról sem elszigetelt és egyszeri eset főszereplőjének, egy falun élő, szak-képzetlen, mozgássérült férfinak az elbeszélése:

„Mielőtt elkezdjük ezt a beszélgetést, megkérem, hogy amit most elmondok, az maradjon kettőnk között. Nem akarok ebbe az ügybe megint belegabalyodni. Kaptam már miatta eleget a pofámra, a szövetkezet vezetői meg is fenyegettek már... A baleset napján nem jött be egy dolgozó, és nekem kellett helyettesíteni, dagasztani... A csésze biztonsági berendezése nem volt jó, és az egész csésze kivágódott... Nekivágott a másik csészének. A térdemet meg a gerincemet ütöttem meg... Vizes törölközőt tekertem a lábamra, és fél lábon állva csináltam végig az egész műszakot... hiszen a baleset a karácsony előtti... nagy hajrában történt... Képzeld el, másfél évig voltam a térdemmel kórházban... A sok műtét után bekövetkezett a bénulás... gerincsérv okozta... Nagyon sok kár ért bennünket. Amíg dolgoztam, megkerestem havi 7-8 ezret is. Leszázalékol-tak, és a 7 ezer forintból 2900 lett... igen kétségbeestem, és akkor valaki azt tanácsolta, hogy intézzem el a szövetkezettel a kártalanítást, hiszen munka köz-ben történt a baleset. Én teljesen vétlen voltam... írtunk egy utólagos jegyző-könyvet azokkal a munkatársakkal, akik a balesetet látták. A kollégák aláírták, és bevittem a papírt a jogtanácsoshoz. Ő azt mondta, hogy teljesen igazam van. Ezután behívatott minket, sorban egymás után, a baleseti ügyintéző. Hogy mit mondott nekik, azt én nem tudhatom, de... sorban vonták vissza az aláírásukat... A jegyzőkönyvet elvették tőlem, és ezzel megindult a kellemetlenségek sorozata... Amikor én elkezdtem bolygatni a baleset kérdését, akkor megmond-ták a feleségemnek, a jogász, hogy... hiába van nálunk az igazság, mert idegi-leg nem fogjuk bírni a pereskedést... figyelmeztettek, hogy ha sokat ugrálok, még a községből is el kell mennem... Néha mégis kitörtem, és megmondtam a főnökömnek, hogy mennyi kár ért engem. Ilyenkor adtak egy-egy beutalót,

7 Ráadásul, aki ismer vak embereket, az jól tudja, hogy éppúgy vannak köztük egészen tisztánlátó em-berek, mint az ún. látók körében. Aki pedig meglátogatta a Magyarországon néhány esztendeje két al-kalommal is bemutatott Láthatatlan kiállítást, ahol látó emberek teljes sötétségben botorkáltak, félén-ken, tapogatózva a mindennapi utcához hasonló tereptárgyak (pl. kerti pad, hirdetőoszlop, útpadka) között egy-egy vak ember magabiztos vezetésével, az tudja, hogy a látásnak nem csupán egy, a min-dennapi nyelvben meghonosodott jelentése lehetséges.

hogyan befogjam a számat. Így voltunk a feleségemmel Balfon, meg Harkányban. A legnagyobb kitörésemre pedig egy nyugati utat akartak adni... Idegileg tetek tönkre bennünket... A feleségem... ideg-összeroppanást kapott.” (Novák 1984.)

Összefoglalva: a rehabilitáció a társadalomba történő visszailleszkedés megkönnyítését célozza. Értelme mindig olyan helyzet létrehozatala, melyben a fogyatékkal élő ember képessé válik a számára lehetséges megelégedett és hasznos életre. Fundamentális jelentőségű felismerés, hogy *a rehabilitációs folyamat nemcsak a beteg szervre, testrészre, hanem az egész emberre vonatkozik, s a sérülés, műtét, súlyos betegség bekövetkeztétől, felismerésétől a társadalomba történő „visszatérésig”, azonban – széles értelemben – esetenként egészen az élet végéig tart.*

3.2. A REHABILITÁCIÓ CSIKORGÓ FOGASKEREKEI

A rehabilitációs folyamat egyes részeit (orvosi, szociális, foglalkozási stb.) még húsz-harminc esztendővel ezelőtt is különálló, egymástól jól elhatárolódó szakaszokként, egymásra épülő szintekként tekintették a szakemberek. A közelmúltban alakult ki új rehabilitációs paradigma. Ez a különféle szolgáltatásokat már „az időben hézagmentes, fogaskerékszerűen egymásba illő” és egymásba forduló, váltakozó súlypontú részfolyamatokként fogja fel és igyekszik megvalósítani, annak érdekében, hogy az éppen szükséges segítség késedelem nélkül, jól összehangoltan érkezzon (Borsay 1979, Weiss 1974). Vészhelyzetben eltörpülnek a presztízszempontok. Ez a rehabilitáció modern szemlélete. Jelentősége, melyet a szemléletes fogaskerék-analógia jól kidomborít, hogy a folyamat alkotóelemeinek fontossági sorrendjéről értelmetlen vitatkozni – Ki a fontosabb, az orvos, a pszichológus, a foglalkozási rehabilitációs tanácsadó vagy a szociális munkás? –, mind egyformán fontos. Ez a szemlélet segít a folyamat közepontjában álló emberre koncentrálni: az egyszerre mozgó, egymásba forduló és egymást hajtó fogaskerekek között nincsen fontos és kevésbé fontos, mert mindnek forognia kell, különben a folyamat leáll.

Rehabilitáció nem lehetséges értékmentesen, miként orvoslás sem. Az ilyen csapatok szerte a fejlett világban érték képviselők, értékteremtők. Együttműködésük, szerkezetük demokratikus, sosem autoritárius vagy diktatórikus.

Hogyan is megy mindez végbe? Optimális esetben összes előre látható lépcsőjében hajszálpontosan megtervezett. Lényegében minden pontja kulcspont, illetve egy konkrét, rehabilitációra szoruló ember esetében bármelyik pont lehet kulcspont. Értékeléssel, azaz képességbecsléssel indul, s mindjárt tartalmaz orvosi, foglalkozási, pszichológiai vizsgálatot, teszteléseket. Miután ebben van talán a legnagyobb hiány Magyarországon, a foglalkozási tesztekre érdemes itt felhívni a figyelmet. Számos verzióban készültek és készülnek, s a rehabilitációs intézmény jellegétől, a rehabilitálandó ember konkrét problémáitól függően használják változataikat a fejlett országokban. Az ezt követő *tanácsadás* és *vezetés* segít a megfelelő munkát kiválasztani. Olyat, amivel lehetőség szerint mindenki jól jár. A fizikai és mentális helyreállítás a fogyatékoság káros követ-

kezményeinek redukálását, lehetőség szerinti maximális kiküszöbölését jelenti, míg a foglalkozási vagy munkatréning során a majdani új mesterség fogásainak és eszközeinek használatát sajátítják el. A folyamat utolsó lépcsője a munkába állás. Ma már elszegényedett és börtönviselt emberek számára is tartanak speciális tréningeket.

Mire jó mindez? Miért nem jó úgy, ahogy Magyarországon mind a mai napig van, hogy nincsen professzionális segítség, jól megszervezett intézmény (olyan foglalkozási rehabilitációs centrum például, ahol mindaz hibátlanul és hiánytalanul végbemenne, amiről itt szó esett, egyáltalán nincsen!)? Álljon itt erre egyetlen példa. Az Amerikai Egyesült Államok Ohio államában csupán két szolgáltatási iroda által 1985-ben rehabilitált 10 163 ember rehabilitálása utáni munkájából keletkezett jövedelméből 111 millió dollárt fizetett be személyi jövedelemadó formájában az államnak. Ezt kellene tehát alaposan megérteni: jó az egyénnek, aki visszatérhet, és gazdaságilag is hasznosnak érezheti magát, jó az államnak, jó a közösségnek, de jó a vállalatnak is, amely profi módon fölkeszített, teljes értékű munkaerőt kap vissza, s végül jó a rehabilitációt menedzselő vállalkozásnak is, mely, bár nem profitorientált, mégis szépen profitál a hasznos és magas színvonalon biztosított szolgáltatásból.

A rehabilitáció értékei tehát humanisztikusak, emberközpontúak, egyszóval szolgáló értékek. Megvalósításukhoz nyíltság, figyelem, empátia és a hallgatni tudás képessége kell. Az egésznek kiemelkedő tulajdonsága személyre szabottsága, az, hogy a rászorulókat kreativitásának, életük produktivitásának növelése, az izolációs hatásokkal szembeni integrálásuk sem hanyagolódik el.

A lehetséges *célok* a rehabilitációra szoruló ember konkrét helyzetétől, állapotától, szellemi képességeitől, motorikus koordinációjának fokától, pszichés függetlenségétől, érzelmi stabilitásától, beszédkészségétől függenek, de általában megegyeznek az adott ember és környezete viselkedésmódjának, attitűdjének megváltoztatásában (például optimista és kreatív lelki és közösségi légkör megteremtése).

3.3. HUMANISZTIKUS ÉS TECHNICISTA IRÁNYZATOK

Az egészséggondozásnak, a gyógyításnak két fő iránya van korunkban. Az egyiket tudományos-technicista, a másikat hagyományos-humanisztikus medicinának nevezhetjük. Az elsőt kemény eljárások – gyógyszerelés, kémiai szerek és csúcstechnológia használata, individualizmus, a páciens erősen alárendelt és passzív szerepe, illetve hűvös orvos–beteg kapcsolat – jellemzik. A második ezzel szemben a puha eljárásokra esküszik: baráti-familiáris viszony, közösség, személyesség, a páciens együttműködése, a betegség legyőzésére aktivizált erőforrásai, természetes, szerves gyógyító eljárások. Henry Ernest Sigeristnek egy 1951-ben publikált orvostudomány-történeti dolgozata szerint a XIX. század utolsó harmadáig a humanisztikus irányzat volt domináns. Ám a technika robbanásszerű fejlődése, a biomolekuláris kutatások fellendülése, a modern társadalmak egyre hűvösödő levegője, atomizáltsága a korábbi egyensúly felborulásához vezettek, s a tudományos-technicista irányzat sokáig első-

pörni látszott a másikat. A rehabilitáció sajátos humanista értékei folytán igen fontos hatásokkal befolyásolhatja e fejlődést. Felbecsülhetetlen értéke van ennek éppen ma, amikor szerte a világon nagy, bürokratikus, magas fokon centralizált egészségügyi intézmények foglalkoznak az emberrel, ahol az emberi jelenség uniformizálására, fragmentálására, az egyes egyén kizárására, be nem avatására, kiszolgáltatottá tételére erős tendencia érvényesül.

Ez az egyik oka a rehabilitáció iránt világszerte növekvő érdeklődésnek, annak dacára, hogy a rehabilitáción belül is megfigyelhetők a dehumanizáció trendjei. Talán nem árt figyelmeztetésként fölidézni egy egyébként nemzetközi hírű magyar specialista megnyilatkozását: *„Tudja, kérem, itt vannak ezek az anus praesek, azok, akiknek kivarrták a végbelüket. Nos, ezek bűdösek. Ezeket én rehabilitálom: megszüntetem a szagukat.”*

E szemléletmóddal szembehelyezhető a radikális humanizmus útja. Az 1990-es évek elején elhunyt világhírű orvos, Rusk professzor, a New York-i Rehabilitációs Intézet létrehozója, hosszú időn keresztül igazgatója, a rehabilitációs orvoslás egyik megteremtője már húsz esztendeje pontosan felmérte e feladat súlyát. *Világ, amellyel törődni kell* című önéletrajzi kötetében kimondott figyelmeztetése a mának és a jövőnek egyaránt szól: *„A hit a rehabilitációban nem más, mint a hit a humanizmusban.”* (Rusk 1977a.)

De idézhetnénk Krusen mondását is, az amerikai rehabilitációs szemlélet egyik megalapozójáét, ahogyan Gelfman et al. 1997 teszi: *„Legalább annyira emberséges tett megszabadítani egy sérült embert a függőségben töltött hosszú évektől, mint megmenteni az életét.”*

3.4. A REHABILITÁCIÓ RÉGI ÉS ÚJ DEFINÍCIÓJA

A régi paradigmán belüli WHO-definíció tartalma szerint még a következőképpen hangzott: olyan szervezett segítség, melyre egészségükben, testi, szellemi épségükben tartósan vagy véglegesen károsodott emberek rászorulnak a társadalomra, a közösségbe történő visszailleszkedésük érdekében. Orvosi, szociális, pedagógiai és foglalkozási intézkedések koordinált, személyre szabott összessége célja, hogy a rehabilitált megelégedett, boldog és lehetőleg teljes értékű polgára maradhasson a társadalomnak.

Az alábbiak szempontjából döntő fontosságú az a tény, hogy az FNO *nem határozza meg a rehabilitációt*. Ezért – figyelembe véve az új paradigma elveit, erre az alábbiakban teszünk kísérletet:

Az új paradigmán belül kétirányú tevékenységgé vált. A *rehabilitáció* a fogyatékosággal élő és/vagy megváltozott munkaképességű személyeket a mindennapi életbe, a munkába visszavezető, belátható perspektívát átfogó, *kétirányú* szakmai tevékenység. Egyik iránya a *kliens-központú irány*, amely egyik alanya, a *kliens* helyzetének megváltoztatását jelenti. Másik iránya a *társadalom-központú irány*, amely másik alanyának: szűkebb értelemben a fogyatékos ember környezetének, tágabb értelemben a *társadalomnak* az átalakítását jelenti. Ha pedig ez így van, akkor a rehabilitáció feladata nem csak a kliens rehabili-

tálása, hanem a társadalom, a közeg rehabilitálása: megfelelő átalakítása. Ezt mutatja be a 3. ábra.

A Rehabilitáció egyik alanya tehát a *kliens*: a rehabilitációs szolgáltatásokban részesülő, fogyatékossgal, vagy megváltozott munkaképességgel élő személy, másik alanya maga a társadalom, amely azáltal, hogy a fogyatékos lett ember befogadására adott állapotában képtelen, *maga is rehabilitálásra szorul*.

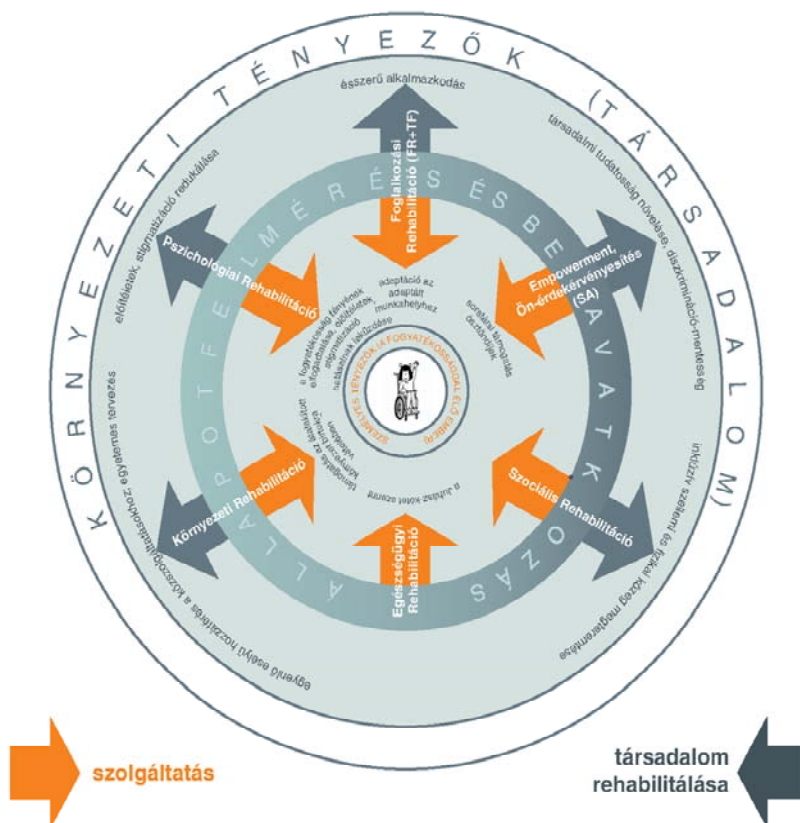
A *rehabilitáció főbb területei*: az egészségügyi, a szociális, a foglalkozási, a pszichológiai, a és a környezeti rehabilitáció, valamint az *empowerment*.

2. ÁBRA

A „REHABILITÁCIÓ” ÚJ PARADIGMÁJA AZ FNO ALAPJÁN, AVAGY A KETTŐS IRÁNY © KÖNCZEI – DE SIGN® 2007

A FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐ EMBER ÉLETMINŐSÉG-JAVÍTÁSÁTÓL A TÁRSADALOM REHABILITÁLÁSÁIG

A komplex rehabilitáció (állapotfelmérés és beavatkozás) modellje az FNO-paradigma alapján



A *rehabilitáció tartalma*: a főbb területeken megvalósított tevékenység eredményeként a *kliens és a társadalom együttes átalakítása*, a kliens érdekében.

Irodalom

- Abberley, P.: The concept of oppression and the development of a social theory of disability
Disability, Handicap and Society, 2. pp. 5–19.
- Borsay János 1979: „A foglalkozási rehabilitáció modern szemlélete” *Munkaügyi Szemle*, 1. sz. 30–36. old.
- Deegan, M.J. 1981: Multiple minority groups: a case study of physically disabled women *Journal of Sociology and Social Welfare*, 8. pp. 274–297.
- DeJong, Gerben 1979: “Independent Living: From Social Movement to Analytic Paradigm.” *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 60. évf. okt. 435–46. old.
- DeLisa, J. A.—Currie, D. M.—Martin, G. M. 1998: Rehabilitation Medicine. Past, Present, and Future. In DeLisa, J. A.—Gans, M. B. (szerk.): *Rehabilitation Medicine: Principles and Practice*. Philadelphia, Lippincott-Raven Publ. 3–32. old.
- Erevelles, Nirmala 1996: Disability and the Dialectics of Differences, *Disability & Society*, 11/4. pp. 519–537.
- Frehse, Uwe 1985: Die Integration von Behinderten durch Selbsthilfegruppen als sozialpädagogische Arbeit, dargestellt an Modellen und konkreten Gruppen in den USA und in der Bundesrepublik Deutschland. (A rokkantak integrációja önszervező csoportokban mint szociálpolitikai munka. Modellált csoportok és konkrét tapasztalatok az NSZK-ban, valamint az Egyesült Államokban.) Diplomamunka, München – Zalabai Gábor fordítása, MEOSZ, Bp. 1989
- Gelfman, R. - Peters, J.—Opitz, J.—Folz, Th.J. 1997. The History of Physical Medicine and Rehabilitation as Recorded in the diary of Dr. Frank Krusen. Part 3. Consolidating the Position (1948-1953). *Archive of Physical Medicine and Rehabilitation* vol. 78/5. 556–561.old.
- Goffman, Erving 1963: „Stigma és szociális identitás” In: Goffman, E. 1981: *A hétköznapi élet szociálpszichológiája*. Gondolat, Bp. 179–239. old.
- Groce, Nora 1985: *Everyone Here Spoke Sign Language: Hereditary Deafness on Martha’s Vineyard*. Cambridge, Mass., Harvard University Press
- Kullmann L. 1999. A rehabilitáció alapfogalmai és oktatása. In Huszár I.—Tringer L.—Kullmann, L. (szerk.): *Rehabilitáció az orvosi gyakorlatban*. Budapest, SOTE Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, 19. old.

- Morris, J. (1991): *Pride against Prejudice: Transforming Attitudes to Disability*, New Society Publishers, Philadelphia, 1991
- Neufeldt–Mathieson, 1995
- Novák Mária 1984 (szerk.): „Így lettem rokkant.” Szerkesztett interjúk. Szakszer-
vezetek Elméleti Kutató Intézete, Bp.
- Priestley, M. 1995: Commonality and Difference in the movement. *Disability & Society*, 10. pp. 157–169.
- Roberts, M.—Roberts, A. 1979. Psychosocial Rehabilitation of the Handi-
capped. *Proceedings of 1st International Conference on Lifestyle and Health*. Minneapolis, University of Minnesota. 22. old.
- Rusk, Howard A. 1972: “To Believe in Rehabilitation is to Believe in Humanity.”
In: Chigier, E. 1977 (szerk.): *New Dimensions in Rehabilitation*. Gomeh
Scientific Publications, Tcherikover Publishers Ltd., Ben Noon Press, Tel
Aviv 579–581. old.
- Parsons, Talcott 1951: *The Social System*. The Free Press, Glencoe, Illinois
- Salgó László dr. (1996): A rehabilitáció jogi és etikai kérdései. *Rehabilitáció*,
VI/l. 6–10. old.
- Schiecke, Romuald H. 1981: *Ökonomie des Gesundheitswesens*. Vandenhoeck
& Ruprecht, Göttingen
- Sigerist, Henry Ernest 1931: “The Philosophy of Hygiene.” In: Sigerist 1960: *On
the History of Medicine*. M.D. Publications Inc., New York, 16–24. old.
- Sigerist, Henry Ernest 1940: “The Social History of Medicine.” In: Sigerist 1960,
25–33. old.
- Sigerist, Henry Ernest 1961: *Early Greek, Hindu and Persian Medicine. A History
of Medicine*. II. köt., Oxford UP, New York
- Weiss, Marion 1974: “Current Development and Trends in Rehabilitation in
Europe.” *Rehabilitation*, 88. évf. jan.–már. 46–53. old.
- World Health Organization 1980: *International Classification of Impairments,
Disabilities and Handicaps*. WHO, Geneva, 1985.

Kapcsolat a rehabilitáció fázisai között

Készítették az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet munkatársai,
szerkesztette dr.Kullmann Lajos

Kézirat – Részlet

(Budapest, 2003)

ELTE GYK, Budapest, 2009

Tartalom

Kapcsolat a rehabilitáció fázisai között	25
ELTE GYK, Budapest, 2009	25
1. Teljesítménymérés és minőségellenőrzés lehetőségei a rehabilitációban	27
1.1. A rehabilitáció folyamat jellege	30
1.2. Foglalkozási rehabilitáció	32
1.2.1. Az orvos szerepe a foglalkozási rehabilitáció során.	36
1.3. „Case management”	38
2. A megváltozott munkaképesség véleményezése „A funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása” tükrében	40
Irodalom	44

1. Teljesítménymérés és minőségellenőrzés lehetőségei a rehabilitációban

Az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézetben, (OORI) és több hazai rehabilitációs osztályon, évek óta végzik a fogyatékoság felmérését mind felvételkor, mind a páciensek hazabocsátásakor, különböző, a fogyatékoság típusának megfelelő speciális, és a mindennapi élettevékenységeket jelző általános tesztekkel (Dénes 2001, Kullmann és mtsai 1985, Szél 2000).

Hasonló méréseknek a finanszírozásban való megjelenítését szorgalmazták Wilkerson és munkatársai (Wilkerson és mtsai 1992). Elképzeléseik szerint vagy a valamilyen időpontban mért fogyatékosági fokozat (súlyosság) szerint, illetve annak időbeni változása szerint (pl. felvétel és elbocsátás, elbocsátás és egy kontroll időpont között) végzett osztályozás alapján történhetne a finanszírozás, vagy az egyéb alapon történő finanszírozás igazolását tenné lehetővé a funkciófelmérés. A páciens bizonyos teljesítménye felett így nem lenne igazolható az intézeti felvétel, mert további eredmény elérésének magasabb költségeit az már nem indokolja. Egy ilyen rendszer azonban szükségszerűen bonyolult, érzékeny mérő eljárásokat igényel, ezért növelheti a költségeket, manipulálható, illetőleg manipulációra készítheti a szakszemélyzetet. Ezért tehát kevésbé a finanszírozás alapjaként, mint a szakmai munka minőségének egyidejű – a költségviselő által is követhető – ellenőrzésére alkalmas módszer lehet.

Hasonló gondolatmenet alapján, Magyarországon először Szél és Halmos (1994) stroke-os betegek rehabilitációjára dolgoztak ki minőségi indikátorokat. Meglepetéssel tapasztaltuk később, hogy az Australian Council on Healthcare Standards (1997) nagyon hasonló minőségi indikátorokat dolgozott ki általában az orvosi rehabilitáció területére. A Rehabilitációs Szakmai Kollégium e két dokumentumot alapul véve, valamint angol rehabilitációs szakmai irányelveket (Turner-Stokes 2002) figyelembe véve tett javaslatot az Egészségügyi Szociális és Családügyi Minisztériumnak a rehabilitációban alkalmazandó minőségi indikátorokra. (2. táblázat) Az indikátorok kialakításánál figyelembe vettük, hogy kevés és túlterhelt a személyzet, és sok az adminisztrációs kötelezettség.

Az utóbbi időben a kórházi akkreditációs rendszerekbe folyamat és eredmény indikátorokat vezettek be. Az először az USA-ban létrejött speciális rehabilitációs szakmai akkreditációs szervezet (Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities = CARF) folyamatosan továbbfejleszti indikátor rendszerét. Ez nemcsak az orvosi rehabilitáció rendszerére vonatkozik, hanem pl. a foglalkozási és szociális rehabilitáció bizonyos elemeire is. (CARF 1998) Az általános amerikai kórházi akkreditációs rendszer (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations = JCAHO) is alkalmaz teljesítmény, illetve minőségi indikátorokat. (JCAHO 1994) A közelmúltban záródott le Ausztriában is egy általános kórházi indikátor-fejlesztési program. (Gaugg

2001) Minőségi és eredményesség mutatók használatának szükségszerűségére ma már a rehabilitációs kézikönyvek is felhívják a figyelmet. (Granger és mtsai 1996, Hunter 1997)

1. TÁBLÁZAT
A REHABILITÁCIÓS SZAKMAI KOLLÉGIUM ÁLTAL BEVEZETÉSRE JAVASOLT
MINŐSÉGI (FOLYAMAT ÉS EREDMÉNY) INDIKÁTOROK.

<i>Indikátor megnevezése</i>	<i>Az indikátor számítás metodikája</i>	<i>Egysége</i>	<i>Hazai elfogadható érték, tartomány</i>	<i>Nemzetközi elfogadható érték, tartomány</i>
Funkcionális állapot felmérés felvételtkor	A felvételt követően maximum 5 napon belül elvégzett funkcionális állapot felmérés/felvett betegek száma X 100	%	javaslat: 95%	72–95%
Funkcionális állapot felmérés távozáskor	Az elbocsátást megelőzően elvégzett funkcionális állapot felmérés/elbocsátott beteg száma X 100	%	javaslat 80%	54–96%
Team megbeszélésen való részvétel	A rehabilitációs team által dokumentáltan megvitatott betegek száma/felvett betegek száma X 100	%	Javaslat: 95%	90–100%
Nem tervezett áthelyezés	Az előre nem tervezett kórházi áthelyezések száma/felvett betegek száma X 100	%	Javaslat: 20%	70% (amputáltak korai rehab.)
Halálozás	A rehabilitációs osztályon meghalt betegek száma/felvett betegek száma X 100	%	2%	
Halálozás auditálása	A halálozás miatt dokumentáltan auditált betegek száma/elhalálozott betegek száma X 100	%	100%	100%

A rehabilitációt igénybe vevő lakosságnak az Egészségügyi Világszervezet osztályozása szerint a tevékenységek akadályozottsága mellett károsodása, illetve részvételi korlátozottsága is lehet (WHO 2001). A károsodást biológiai paraméterekkel jól tudjuk mérni, ezek az általános orvosi gyakorlatnak is részét képezik. A részvétel korlátozottságának mérésére nem jöttek létre egységes mérőeszközök. Ebben a dimenzióban az érintett személy szubjektív véleményalkotásnak is jelentős szerepe van. Mai technicizálódott világunkban a szubjektív felmérések értékét sokan vitatják, holott ezek általában jól reprodukálhatók. Talán a munka és a tanulási képesség felmérése képeznek csak kivételt. Ez utóbbi területeken szakemberek által alkalmazott vizsgálómódszerek is ismeretesek. Megjegyezzük, hogy a CARF teljesítmény indikátorai között is szerepelnek a páciens szubjektív véleményén alapuló, és nemcsak az ellátással kapcsolatos elégedettség vonatkozásában. (CARF 1998)

A külföldi minőségügyi akkreditációs rendszerek többségükben standardokon alapulnak. Magyarországon az egészségügyi miniszter 2001-ben hirdetett ki Kórházi Ellátási Standardokat (KES). A standardok kifejlesztése külföldi rendszereket mintául véve, a hazai feltételeknek megfelelően átalakítva, kórházak részvételével történt.

Érdekes módon, Magyarországon – sok európai uniós országot megelőzve – az ISO-9000 szabvány családon alapuló kórházi minőség, megfelelőség tanúsítás honosodott meg. Ennek volt egyfajta verseny szülte magyarázata. Az iparban már működő rendszert alkalmazták, hiszen hazai kórházi ellátási standard rendszer a 90-es évek közepe táján még nem létezett. Ugyanakkor a kórházak átszervezési, finanszírozási fenyegetettséget éreztek, amelyből egyfajta menekülési útnak gondolták a tanúsítást. (A magyar jogalkotásnak megfelelően a kórházakban végzett minőségügyi rendszer auditálást nem akkreditációnak, hanem tanúsításnak nevezzük.) Érdekes, hogy az ISO alapú folyamatszabályozás nem mindenütt váltotta be a hozzá fűzött reményeket. Ez főleg olyan kórházakra jellemző, ahol külső szakértők támogatásával kialakították és tanúsították a rendszert, de az nem vált az intézeti kultúra részévé. (Belicza és Kullmann 2003) A külső tanácsadók és a tanúsítási eljárás, az ismételt felülvizelési auditok költségesek is.

Hollandiában létrehoztak egy szervezetet (Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing = CBO), amely a szakmai társaságok bevonásával, látogatásokon, u. n. vizitáción alapuló minőségfejlesztést és tanúsítást végez. Ez tipikusan kollegiális minőségi felülvizsgálat, központi szervezésben. (Lamberts 1996) Nagy előnye, hogy a szakmai minőségre koncentrálnak, kevésbé költséges, főleg szűkebb szakmai területeken jól alkalmazható.

A Rehabilitációs Szakmai Kollégium és a Fizikális és Rehabilitációs Orvoslás Magyarországi Társasága felismerve a holland módszer előnyeit, munkacsoportot kért fel egy hasonló, a rehabilitációban bevezethető szakmai felülvizsgálati rendszer kidolgozására. A hazai vizitáció próbafázisa már lezajlott, eredményei alapján a továbbfejlesztés előkészítése zajlik. A minőség tanúsítás más rendszereihez hasonlóan önkéntes jelentkezés alapján lehetne a rendszert bevezetni. A vizsgálati szempontok kidolgozása a CARF standardok és Eldar irodalomkutatásának eredményei alapján történt. (CARF 2000, Eldar 1999)

Érdekes külön kitérnünk a hatékonyság kérdésére is. Magyarországnál jóval gazdagabb országokban kimutatták, hogy nem minden rehabilitációra szoruló embert érdemes magasan specializált intézetekben rehabilitálni. Olyan esetekben, amelyekben csak egy-két teamtag munkájára van szükség, elegendő ezeket a munkatársakat alkalmazni krónikus osztályon. Más esetekben aktív rehabilitáció szükséges. Azt is kimutatták, hogy a lakosság idősödése, a fogyatékos emberek számának növekedése következtében a költségek növekedése nem elsősorban a rehabilitáció kórházi szakaszában következett be, hanem az azt követő otthoni vagy járóbeteg szakaszban. Mindazonáltal a kórházi költségek is növekedtek. (Evans és mtsai 1998, Haffey és Welsh 1995, Kramer és mtsai 1997, Sloan és mtsai 1999) Újabb, módszertanilag, illetve esetszámát tekintve megbízhatóbb vizsgálatok azt mutatják, hogy a rehabilitáció intenzitása és

hosszabb időtartama meggyorsítja, és szignifikánsan növelheti a funkcióképesség helyreállítását. (Chen és mtsai 2002, Huusko és mtsai 2002)

Vannak olyan állapotok is, amelyekben a rehabilitáció csak a költségeket növelte, de nem sikerült szignifikáns javulást elérni sem a táppénzes napok számában, sem a munkába visszatérésben. (Cole és mtsai 1997) Egy másik tanulmányban azt mutatták ki, hogy az elégedettség és az életminőség ilyen esetekben jobb a rehabilitációs csoportban. (Kronholm és Utkilen 1998) A híres amerikai Rusk Intézetben is fontosnak tartják a nemzeti összehasonlítást (benchmarking) a hatásosság, a hatékonyság, valamint a fogyasztói elégedettség szempontjából is. (Ezrachi 1998)

Végül is egyet kell értenünk Eldar (2000) javaslatával, aki integrált rehabilitációs szolgáltatások létesítése mellett érvel. A kórházi szakasz jelentőségét az aktív tennivalók elvégzésében és a további időszakra a tervekészítésben látja.

Az ilyen jellegű vizsgálatokban azonban számtalan módszertani hiba fordulhat elő. Ez függ a választott mintától, a felvételi kritériumoktól, az alkalmazott mérőmódszerektől és azok érzékenységétől is. (Podurri és mtsai 1996, Valentine és Simpson 2002)

Következtetések: A teljesítmény és minőségellenőrzés rendszerét a rehabilitációban a WHO „A funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozásával” összhangban érdemes bevezetni. Ehhez bizonyos adatokkal a rehabilitációs osztályok többsége rendelkezik, más területeken a mérési, adatgyűjtési rendszert ezután kell kialakítani. A minőségfejlesztés monitorozására hollandiai kollegiális látogatás megfelelő módszernek tűnik.

1.1. A rehabilitáció folyamat jellege

Az orvosi rehabilitációból a foglalkoztatási rehabilitáció felé történő átmenet legfontosabb eleme a foglalkoztató (ergo-) terápia. (3. ábra) Tevékenységi körét igen gyakran az önálló képesség tanítására egyszerűsítik le, holott az sokkal több tevékenységet tartalmaz. Így tevékenységi körébe tartozik többek között a pszichés, kognitív, motoros és szenzoros képességek és a munkára alkalmasság felmérése. További feladatai a jóllét megőrzése, a biológiai, pszichés és szociális funkciók, valamint a társadalmi visszailleszkedés támogatása, pl. a környezet megfelelő átalakításával; a tevékenykedő és a munkavégző képesség fejlesztése, gyakoroltatása, és a felépülés stabilitásának a próbája. (Mógáné 1999)

1. ÁBRA

AZ ORVOSI ÉS FOGLALKOZTATÁSI REHABILITÁCIÓ FOLYAMATOS ÁTMENETE.
(NEMCSAK A FOGLALKOZTATÁST TÁMOGATÓ TEVÉKENYSÉGEK KEZDŐDNEK MEG
AZ ORVOSI REHABILITÁCIÓ ALATT, HANEM AZ ORVOSI REHABILITÁCIÓ
EGYES TEVÉKENYSÉGEI IS FOLYTATHATÓK A FOGLALKOZTATÁSI REHABILITÁCIÓ IDEJÉN.)



A rehabilitáció folyamatos megvalósítása szempontjából a munkavégzéshez is szükséges adaptációs stratégiák kialakításának támogatása kiemelkedően fontos további feladat. Az adaptáció ebben az értelemben olyan folyamat, amely az egyén és környezete hasznos viszonyának fenntartását támogatja. A rendszeres munkavégzéshez szükséges adaptációs stratégiáknak a fontosabb módszereit Thorén Jönsson és mtsai (1999) munkája alapján mutatjuk be:

1. A fizikai képességek hasznosítása
 - a) Az adottságok teljes (végsőkig) kihasználása
 - b) Rendszeres edzés
 - c) Kompenzációs technikák elsajátítása
2. Az érzelmek befolyásolása
 - a) Optimista gondolkodás
 - b) Minimalizáció (pl. összevetés rosszabb helyzetekkel)
 - c) Negatív érzések (szégyen, visszahúzóds, félelem) elkerülése
 - d) Kívánó (reményt fenntartó) gondolkodás
3. A munkavégzés módjának megváltoztatása
 - a) Az adott munka feladása
 - b) Prioritások felállítása
 - c) A munka és a szerepek egyensúlyának helyreállítása
4. Konkrét probléma megoldás támogatása
 - a) Kognitív térképek készítése
 - i) Saját képességek összevetése a követelményekkel
 - ii) A rendelkezésre álló lehetőségek számbavétele
 - iii) Tervkészítés az adott helyzetre
 - b) A tevékenységek koordinálása
 - c) Kompenzáció (pl. segédeszközök használatával)
 - d) Segítségkérés

5. A kapcsolatok befolyásolása
 - a) Figyelemfelkeltő tevékenységek
 - b) Kapcsolatok kialakítása, kezdeményezése
6. Jövőbeli tevékenységek támogatása
 - a) A jövő tervezése
 - b) Információ és szükségletek megfogalmazása

Látható tehát, hogy tudatos tervezésre van szükség, amely figyelembe veszi a célokat, a képességeket és a környezeti elvárásokat, és megfelelő egyensúlyt alakít ki közöttük. A folyamatot a foglalkoztató terápiának megfelelő információk nyújtásával kell támogatnia. Az egyes stratégiák közül a legmegfelelőbbet kell kiválasztani, hogy elkerülhető legyen az adott ember túlterhelése.

1.2. Foglalkozási rehabilitáció

A foglalkozási rehabilitáció (occupational rehabilitation) mindazon intézkedések összességét jelenti, amelyek segítségével el lehet érni, hogy a károsodott, aktivitásában korlátozott és/vagy társadalmi részt vételében akadályozott, a továbbiakban fogyatékos személy kenyérkereső foglalkozást űzhessen és így minél teljesebb társadalmi részvételét elérhesse.

A foglalkozási rehabilitáció elemei, amelyekkel el lehet érni, hogy a fogyatékos személy kereső foglalkozást űzhessen, a következők:

- oktatási, foglalkozásbeli és életvezetési előzmények megismerése
- funkcionális és foglalkozási képesség és személyiség vizsgálatok elvégzése
- a korábbi munkahely támasztotta igények elemzése
- egyéni foglalkozási rehabilitációs terv elkészítése
- képzés, továbbképzés
- a munkakörnyezet adaptációja
- munkába helyezés
- követéses vizsgálat

A foglalkozási rehabilitáció tehát – a rehabilitáció más területeihez hasonlóan – állapotfelméréssel kezdődik. Ez magába foglalja az esetleges funkcionális és strukturális károsodásokat, a fizikai terhelhetőség és a kitartás, a figyelem és a figyelem tartósságának felmérését, és a kockázati tényezők becslését. E célból külföldön számítógéppel ellenőrzött berendezéseket alakítottak ki, amelyekkel igen sokféle munkafolyamat és munkahelyi követelmény modellezhető.

Másik oldalról munkaanalízis során fel kell mérni a munkahelyi környezetet, valamint annak a munkával kapcsolatos fizikai követelményeit, pl. a munka milyen izomerőt, milyen mozgás amplitúdókat igényel és hogy milyen tartósan kell a mozgásokat kivitelezni, a testtartást, a mozdulatok, ismétlések számát, a megemelő tömegek nagyságát. Pszichológiai oldalról pedig azt vizsgáljuk, hogy a munka végzéséhez milyen kognitív képességekhez és milyen lelki feltételekhez (például monotónia tűrés) van szükség. Felmérjük azt is, hogy a mun-

kahely ergonómiailag mennyire felel meg a munkavégzés követelményeinek és a fogyatékos ember lehetőségeinek, milyen pl. a munkahely megközelítése?

Ideális körülmények között a munkahelyi követelmények felmérésének kell először megtörténnie, hiszen a munkavállaló képességeinek a felmérését érdemes céltan, az adott körülményekre vonatkozóan végezni. Az emberi adottságokat és a munkahelyi követelményeket össze kell hasonlítani. Így lehet felmérni azokat a probléma területeket, amelyek a foglalkozási rehabilitáció sikerét veszélyeztetik.

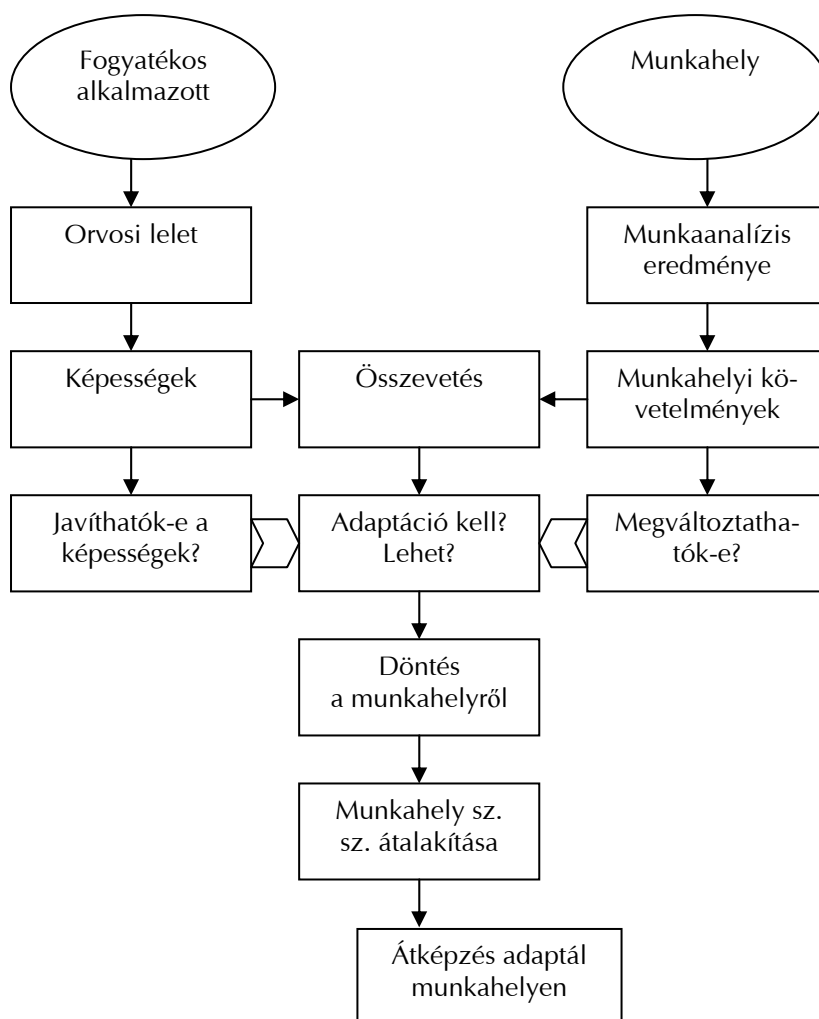
Az összevetés után tudjuk eldönteni, hogy az ember képességeit kell majd fejlesztenünk, vagy a munkahelyet kell adaptálnunk, vagy mindkettőre szükség van-e? Az orvosi rehabilitáció eszközeivel (fizioterápia, gyógyfoglalkoztatás, neuro-pszichológiai tréning, speciális segédeszközök) javíthatjuk a fogyatékos ember munkavégző-képességét. Ennek megvalósítása nagyrészt az orvosi rehabilitáció tevékenységi körébe esik. A megszakítás-mentesség éppen ezért olyan fontos szempont. A 3. ábrán látható átfedésnek ez az igazi értelme.

Közben kedvező esetben megtörténik a munkahelyi követelmények átalakíthatóságának a felmérése is. A követelmények megváltoztatása kiterjedhet a munkafolyamat módosítására, a munkahely adaptációjára (a munkafolyamatok sorrendjének, technológiájának a megváltoztatása, védő berendezések alkalmazása, kevésbé terhelő testhelyzet lehetővé tétele stb.), a munkaidő csökkentése és/vagy a munkába megfelelő szünetek (pihenő idő) beállítása lehetőségének megvizsgálására.

A képességek és a munkahely adaptációjának lehetőségét és szükségességét összevetve lehet eldönteni, hogy az érintett ember eredeti munkahelyen folytathatja-e kereső tevékenységét. Ez a legjobb megoldás. Amennyiben ez nem lehetséges, a munkaadónál kell megvizsgálni olyan más munkahely és/vagy beosztás lehetőségét, ahol a munkavégzés folytatható. Figyelembe kell venni, hogy az új helyzet ne okozzon presztízsvesztést. (A jelenlegi hazai jogszabályok is ezt a megoldást támogatják.) Ha a fenti feltételek adottak, akkor a szükséges munkahelyi átalakítást és szükség esetén átképzést, továbbképzést kell biztosítani, lehetővé téve a korábbtól eltérő munkavégzést. Ide tartozik még a kiválasztott munkavégzésre, a megfelelő, megélhetést biztosítónan jövedelmező munkahelyre történő elhelyezés is.

Tapasztalatok szerint a fogyatékos embernek nehezebb munkahelyét megőriznie, mint a fogyatékoság nélkül élőknek. A gondozás és az után követés segíthet stabilizálni az elért optimális helyzetet. A gondozás körébe tartozik a beteg ember betegség szerinti gondozása, az általános erőállapot megtartása esetleg erősítése (különösen átmeneti állapot romlások után), új segédeszközök megjelenése esetén azok alkalmazása a munkavégzés megkönnyítésére. Mindezek koordinálásában a következő fejezetben bemutatásra kerülő „case manager” jelentős szerepet játszhat. Ezt az ideális esetben végigvihető folyamatot mutatja be a 4. ábra.

2. ÁBRA
AZ ORVOSI ÉS A FOGLALKOZÁSI REHABILITÁCIÓ ÖSSZEKAPCSOLÁSA.
(WIELAND ÉS MTSAI, 1984.)



Előfordulhat, hogy a munkáltatónál a szükséges feltételek nem teremthetők meg. Általában minél kisebb az adott munkahely, annál kevesebb lehetősége lehet az átalakításra. Kivételek természetesen vannak. Így a munkahelyi vezetők hozzáállása és az adott terület munkaerő ellátottsága is jelentősen befolyásolhatja a döntéseket.

Ha nem sikerült az adott munkáltatónál a foglalkozási rehabilitáció, akkor a munkaközvetítő irodákon keresztül célszerű új munkahelyet keresni. A 4. ábrán bemutatott folyamatot ilyen esetekben újra el kell végezni. A siker esélye ilyenkor rosszabb. Minél hosszabb a munkából távolmaradás időtartama, az is jelentősen rontja a sikeres ismételt munkába állás esélyeit.

A foglalkozási rehabilitáció eddig ismertetett formái az integrált foglalkoztatást érintették. Ilyen esetben a munkavállaló a társadalom fő folyamatában marad, ami életminőségére valószínűleg kedvezően hat. Az adaptáció költségei ellenére az ilyen megoldás igényli a legkevesebb egyéb támogatást. Bár ilyen irányú hazai költségelemzéseket nem ismerünk, valószínűleg ez egyúttal a leghatékonyabb ellátási forma is.

Ha az eredeti vagy más szabad munkaerő-piaci munkaadónál nem sikerül a foglalkoztatás, akkor támogatott munkalehetőségek keresése jön szóba. A célszervezetekben, szociális foglalkoztatókban végzett munka szegregált körülmények között történik és általában presztízsveszteséget jelent az eredeti munkához képest. Megmarad az értékteremtő munka adta jó érzés és a rendszeres munkatársi kapcsolatok, még ha korlátozott körben is.

További lehetőség az otthon végzett munka, ami szinte teljes izolációban történik, hacsak nem az ügyfelek keresik fel az egyéni vállalkozóként rehabilitált személyt.

A foglalkozási rehabilitáció sikerét nagyon sok tényező befolyásolhatja. Így az egyén adottságai, mint életkora, neme, egészségi állapota, képzettsége, a betegségben eltöltött idő hossza és az egyén aktuális munkájának jellege. Az orvosi és a foglalkozási rehabilitáció minősége, időtartama, módszerei, összetettsége és megszakítás-mentessége szintén jelentős hatással lehet. Minél rövidebb a munkából való kiesés, annál valószínűbb a siker. Igen sok munkahelyi tényezőnek is szerepe van a munkába visszatérés eredményeinek alakulásában. Így a munka kihívó jellege, a munkahely és a munkakörülmények adaptációja (pl. részmunkaidőbeni alkalmazás lehetősége) és a közvetlen vezetők támogató hozzáállása (érdeklődés a betegség ideje alatt, egyéni problémák megoldása stb.) inkább elősegíti a munkába visszatérést. Szerepe van még a munkaerő-piaci körülményeknek, a kártalanítási lehetőségeknek és a jogi és kulturális környezetnek is. (Amick és mtsai 2000, Janssen és mtsai 2003, Shoppen és mtsai 2001.)

Olyan területeken, ahol ennyire sok tényező befolyásolhatja az eredményeket, nagyon nehéz felmérni, hogy a különböző hatások közül mely esetekben melyeknek volt érdemleges szerepe. Tovább bonyolítja a helyzetet, hogy nagyon sokféle felmérő módszert használnak, sokszor ezeket sem standardizált módon. Ezért a foglalkozási rehabilitáció eredményeinek további kutatása feltétlenül szükséges. Ezen a területen is elfogadható a szubjektív felmérő módszerek alkalmazása.

Ilyen szubjektív felmérő módszer a WL-26. (Work Life 26 kérdéses kérdőív.) Öt fontos munkakövetelmény csoporttal kapcsolatos kérdéseket tartalmaz: a munka szervezésének követelményét, statikus és dinamikus munkaterhelést, értelmi és pszichés terhelést, szociális követelményeket (interakciók) és végül eredmény követelményeket. Kidolgozói szerint megbízható, jó pszichometriai sajátságokkal rendelkezik. (Amick és mtsai 2000)

Fontos szempont az is, hogy mikor végezzük az eredmények felmérését. Ez nemcsak a minőség felmérésének a problematikus kérdése, hanem a munkaképesség felmérésének és a foglalkozási rehabilitációs lehetőségek tervezésének

is kulcskérdése. Egységes stratégiáról, eljárásrendről nincs tudomásunk. Valószínűleg különböző állapotokban a sérüléstől számított más-más időpont az optimális. Baldry Currens és Coats (2000) vizsgálataikból arra a következtetésre jutottak, hogy az optimális idő a 12 hónap. A tanulmány súlyos hiányossága, hogy nem mutatja be pontosan a sérülés típusokat. A betegek többsége azonban koponyaagy- vagy gerinc-, azaz súlyos sérült volt. Ilyen esetekben nyilvánvalóan ésszerű a hosszabb várakozás a végleges állapot felmérése előtt.

Végül hangsúlyozzuk, hogy a foglalkozási rehabilitációs tevékenység minőségének ellenőrzése is lehetséges megfelelő indikátorok felhasználásával. (Hinton és mtsai 1994, Nisbet 1995) Valószínű, hogy a hazai helyzetben az amerikaiánál kevesebb, jól kiválasztott indikátor alkalmazása is jelentős előrelépést eredményezne a foglalkozási rehabilitáció monitorozásában.

Ha jól működik a megszakításmentes rehabilitációs folyamat, az a munkába való visszatérésben a hazainál lényegesen jobb eredményekhez vezethet. Bal eset következtében végzett amputáció után nálunk, a részmunkaidőben foglalkoztatottakkal együtt is csak a munkaképes korú egyének kevesebb, mint 30%-ának volt kereső foglalkozása. Egy közelmúltbeli holland tanulmányban ez az arány 79%-os volt. (Kullmann és mtsai 1991, Schoppen és mtsai 2001)

1.2.1. AZ ORVOS SZEREPE A FOGLAKOZÁSI REHABILITÁCIÓ SORÁN.

Mivel Magyarországon kevésbé ismert, talán érdemes külön is összefoglalni az orvos szerepét a foglalkozási rehabilitációban. Az orvos a foglalkozási rehabilitációs team tagja, de nem vezetője. A team tagjai a munka- és klinikai pszichológus, ergonómiai szakember, mérnök, munkaügyi szakember, gyógytornász, esetleg a kineziológus, rehabilitációs szakorvos, foglalkozás-egészségügyi szakorvos, szociális munkás, szakmunkás oktató, a fogyatékos személy és sors társi segítő. A team vezetőjének személye változhat, aszerint, hogy a folyamat melyik eleme van éppen előtérben, de lehet állandó személy is, leggyakrabban a pszichológus, vagy a munkaügyi szakember.

A foglalkozási rehabilitációban is az egészségügyi ellátáshoz hasonló feladatokat kell az orvosnak elvégeznie, de a feladatok jelentése megváltozik. Az anamnézis felvételekor nem elég csak az egészségi előzményeket megismerni, hanem az orvosnak is tisztában kell lennie a fogyatékos ember képzettségével és korábbi foglalkozásai során szerzett készségeivel.

A diagnózisok közül első természetesen a betegség diagnózisa, fontos annak a megállapítása is, hogy akut történésről (illetve az utáni állapotról), krónikus betegség akut epizódjáról, vagy krónikus progrediáló betegségről van-e szó. Az eltérő esetekben eltérő stratégiákra van szükség, Akut történések utáni állapotokban maximális lehet a célkitűzésünk, az adott fogyatékos ember számára elérhető legjobb megoldást kell javasolnunk, illetve vele együtt kiválasztanunk. Krónikus progrediáló betegségek esetében célkitűzésünk csak szubmaximális lehet. Így lehet elkerülni az állapot romlás következtében szükségessé váló állandó célváltoztatást, és az evvel járó állandó frusztrációt. Krónikus betegnek arra is figyelnie kell, hogy a választandó munkavégzés és a munkahely ne gyor-

sítsa a betegség lefolyását, vagy ne csökkentse az általános erőállapotot, azaz az adott munkavégzés ne jelentsen túl nagy megterhelést. A munkahelyi környezet nem csak fizikailag, hanem pszichésen is hathat pozitívan, vagy negatívan a betegségre.

A betegség diagnosztizálása után fel kell mérni, hogy milyen struktúrák és testi működések sérültek, vagyis az FNO-nak megfelelően milyen és milyenfokú károsodással állunk szemben.

Ezután megvizsgáljuk, hogy az emberre jellemző funkciók közül melyek károsodtak, az adott egyén milyen tevékenységében és mennyiben korlátozott, végül pedig azt, hogy társadalmi részt vétele hogyan és milyen mértékben akadályozott, vagyis fogyatékosága milyenségét és nagyságát. El kell azt is bírálni, hogy a vizsgált személy teljesítménye és képessége egybeesik-e, vagy teljesítménye elmarad a képességétől. Meg kell továbbá állapítani, hogy a környezet egyes tényezői és a személyisége mennyire akadályozza, vagy segíti az egyént képességei valóra váltásában. Részben a károsodás, részben pedig a fogyatékoság általános mértékének megítélésében segítenek a különböző funkcionális skálák, így például a Barthel-index, vagy a FIM skála.

A foglalkozási rehabilitáció szempontjából különösen fontos az általános és a speciális munkavégző képesség, valamint az azt befolyásoló tényezők vizsgálata. Vizsgálunk kell a fogyatékos személy fizikai kapacitását (kardiopulmonális terhelhetőség, izomerő, ízületi mozgáshatárok, látás, hallás, vizuomotoros koordináció) és kognitív képességeit.

Az általános munkavégző képesség vizsgálata során arra kell ügyelnünk, hogy az egész személyt vizsgáljuk (ne csak egyes funkcióit) a múltjával együtt. Az Egyesült Államok munkaügyi minisztériuma által elfogadott Általános Képességek Tesztbattériája (General Aptitude Test Battery) a következő elemeket vizsgálja:

- intelligencia (általános tanulási-, problémaoldó képesség)
- verbális felfogó képesség
- numerikus felfogó képesség
- térbeli ismeretek, tájékozódás
- forma felismerés
- irodai ismeretek, tájékozódás
- mozgáskoordináció
- ujj ügyesség
- kézügyesség

A munkavégzés szempontjából nagyon fontos az, hogy a korábban szerzett ismeretek és gyakorlat milyen készséget alakítottak ki, azaz milyen könnyen hívhatók elő, mennyire váltak az egyén sajátjává.

A képesség és készség ismerete még nem elég, a munkába állás, illetve a tényleges munkavégzés függ az egyén érdeklődésétől, motivációjától és egyéb személyiség jegyeitől.

Hol történik az orvosi ténykedés? A klinikai diagnózis felállítása az akut betegellátásban, a károsodás felismerése részben az akut ellátás, részben az orvosi rehabilitáció során, a fogyatékoság diagnosztizálása pedig az orvosi rehabilitáció szakaszában történik. A képesség vizsgálata az orvosi rehabilitáció és a foglalkozás-egészségügyi ellátás dolga.

A kezelések közül a gyógyfoglalkoztatás (ergoterápia) túlnyomóan az orvosi rehabilitáció eszköztárába tartozik, a képzés, átképzés és a speciális, a munkavégzést segítő eszközök elrendelése, és használatuk betanítása a foglalkozási rehabilitáció során történik.

A gondozási tevékenységek közül a betegség (a beteg ember) gondozása a gyógyító egészségügyi ellátás feladata, az orvosi rehabilitációs gondozás az orvosi rehabilitáció dolga, a foglalkozás-egészségügyi gondozás és után követés a foglalkozás-egészségügyi ellátáshoz és a foglalkozási rehabilitációhoz tartozik.

1.3. „Case management”

Janssen és munkatársai (2003) vizsgálták a munkába való visszatérés és a munkakövetelmények közötti összefüggéseket. Azt találták, hogy a teljes munkába visszatérést a pszichésen terhelő munkakörülmények és munkavállalóval szembeni magas képességi követelmények valamelyest gátolták, de munkahelyi (munkakör, munkaidő, munkakörülmények) adaptáció esetén inkább motiváló hatásúaknak bizonyultak. Hasonlóan elősegítette a munkába való visszatérést a főnöki támogatás, amely nemcsak a betegállomány alatti érdeklődést, hanem a munkahelyi problémák kezelésében nyújtott segítséget is magában foglalta. Ezek a tapasztalatok is rámutatnak a case manageri munka fontosságára.

Az alábbi összeállítás bemutatja a case-manageri munka céljait, tevékenységi területeit, szolgáltatásait és a case managerek munkájához szükséges ismereteket. Az összeállítást a Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities két standard könyve alapján készült kiegészítve néhány más forrás alapján. (CARF 1995 és 2000, Dembe 1997) Ezek szerint a case management célirányos, módszeres segítséget nyújt a károsodott, korlátozott aktivitású embereknek (továbbiakban: beteg) a rehabilitáció teljes folyamata alatt, annak minden szakaszában.

Célja: a betegnek az általa választott közösségbe történő újraintegrálása. Ennek érdekében célja, hogy pozitív változást érjen el a beteg képességeit illetően, miközben védi annak jogait.

Munkájáról írásos tájékoztatót készít. Munkájának kiindulópontját a beteg szükségletei képezik. Minden egyes beteg egyénre szabott case management tervet készít a fenti cél elérése érdekében.

Munkájához szükséges információkat gyűjt:

- Általános információkat:
 - szabályozókról
 - törvényekről
 - pénzügyi előírásokról

- egészségügyi, foglalkoztatási és szociális ellátó rendszerről
- más támogató szolgáltatásokról, beleértve a civil szervezeteket is
- A betegre vonatkozó információkat:
 - állapotáról
 - a tervezett rehabilitáció várható eredményéről
 - a tervezett elbocsátás utáni körülményeiről
 - a szükséges case management szolgáltatásokról
 - a case management szolgáltatások időtartamáról
 - a case management szolgáltatások pénzügyi fedezetéről

A betegre vonatkozó információgyűjtés a beteg felvételekor, elbocsátásakor és elbocsátás után adott időpont(ok)ban történik. Ezeket az információkat folyamatosan értékeli és a teendőket (tervet) a szükségleteknek megfelelően folyamatosan módosítja.

A case manager tehát koordinálja, előmozdítja, támogatja a beteg ellátását a felvételtől a rehabilitációs folyamat lezárásáig. Megállapítja a beteg számára szükséges case manager szolgáltatásokat és anyagi eszközöket, (ezek betegenként eltérőek), s ezeket koordinálja.

- A case manager szolgáltatásai a következők lehetnek:
 - koordinálja a beteg szükségleteinek értékelését
 - koordinálja a szolgáltatások megtervezését
 - koordinálja krízishelyzetben a segítségnyújtást
 - támogatja a beteget külső pénzügyi erőforrások igénybevételeiben
 - folyamatosan figyelemmel kíséri az ellátást és a munkába visszatérés folyamatát
 - megszerzi azokat a szolgáltatásokat, melyek a beteg alapvető emberi szükségleteinek kielégítéséhez nélkülözhetetlenek, pl.: élelem, lakás
 - egyéb (pl. segíti a beteget társadalmi újra beilleszkedésben, ezen belül a lehetőség szerint önálló hivatásszerű/szakmai környezetbe való beilleszkedésben).

A következő tevékenységeket kell végeznie:

- koordinálja a szükségletek, célok, kedvezmények értékelését és újraértékelését
- koordinálja és részt vesz az egyéni tervek kidolgozásában
- támogatást nyújt a betegnek saját terve alakításában, tehát segíti az autonóm döntéshozatalban
- koordinál és segíti krízishelyzetekben a beavatkozást és a stabilizálást
- támogatja a beteget a különböző pénzügyi források megszerzésében
- áttekinti a szolgáltatásokat, tevékenységeket és az előrelépés lehetőségeit
- támogatja a beteget formális és informális munkahelyi és más közösségi kapcsolatainak fejlesztésében

- támogatja a beteget a rokonok, barátok, önkéntes szervezetek támogató hálózatának folyamatos működésében, illetve bővítésében
- szükség esetén elkíséri a beteget, illetve megszervezi szállítását
- segíti a beteget mindennapi tevékenységében

A case manager(ek) képzettsége:

- ismernie kell a fogyatékoságok különböző fajtáit
- ismernie kell a rehabilitáció lehetőségeit (szolgáltatók, tevékenységek)
- ismernie kell a jogszabályi környezetet
- megfelelő ismeretekkel kell rendelkeznie a felhasználható pénzügyi erőforrásokról
- jó tárgyalási készséggel kell rendelkeznie.

A case managerek alapképzettsége korábban, a leggyakrabban diplomás ápoló volt. Újabbank inkább foglalkoztatási, ergonómiai szakembereket alkalmaznak.

A case management nemcsak az Amerikai Egyesült Államokban terjedt el. Alkalmazza például a német balesetbiztosítási rendszer és több fejlődő ország is. (Aulmann, 1997) A tevékenység elnevezésére általában nem használnak fordítást, ezért mi sem törekedtünk magyar név megalkotására.

Összefoglalva a rehabilitáció megszakításmentes folyamatának biztosítása céljából hasznos lenne a rászoruló emberek útját egyengető szakemberek, case managerek, rehabilitációs koordinátorok (?) alkalmazása. Munkájuk talán az amerikaiánál kevesebb adminisztrációval lenne szervezhető.

2. A megváltozott munkaképesség véleményezése „A funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása” tükrében

A munkaképesség változásának véleményezése jelenleg a nemzetközi gyakorlathoz hasonlóan, diagnózisokhoz, egyes esetekben ezeken belüli mértékhez kötötten történik. A fenti kritériumokhoz tapasztalati úton hozzárendelt általános munkaképesség csökkenés mértékét határozzák meg százalékban. Többféle kóros tényező esetén a munkaképesség veszteségének százaléka összeadódik. A kompenzációt alapvetően a veszteségösszeg százalékos aránya szabja meg. Részleges, illetve teljes (100%) munkaképesség csökkenést lehet megállapítani, valamint külön kategóriát képez a munkaképesség teljes elvesztése mellett a rendszeres személyes segítség szükségessége.

Különösen ebben az utolsó esetben nyilvánvaló, hogy az adott ember tevékenységének akadályozottnak kell lennie, hiszen nem teljesen önálló. Ugyanakkor azt is nehéz elképzelni, hogy valakinek úgy vész el teljesen vagy jelentős mértékben a munkaképessége, hogy tevékenykedő képességében semmi probléma ne legyen található.

A cseh munkaképesség csökkenés véleményezésének a rendszere nagymértékben hasonlít a hazaihoz. Svestkova és mtsai (1994) Prága 10. kerületében felmérték 343 leszázalékolt ember fogyatékoságát az Egészségügyi Világszervezet, „A károsodások fogyatékoságok és rokkantság nemzetközi osztályozása” című dokumentuma (WHO 1980) alapján. Nemcsak a munkaképességüket részlegesen, hanem azt teljesen elvesztő emberek között is találtak olyanokat, akiknek nem volt fogyatékosága. Még az I csoportú rokkantak között is előfordultak önellátásra képes emberek. A felmérés eredményei alapján azt a végső következtetést vonták le, hogy a munkaképesség véleményezését érdemes lenne a WHO nemzetközi osztályozására alapozva átalakítani. Az új változat megjelenése ezt még inkább indokolja.

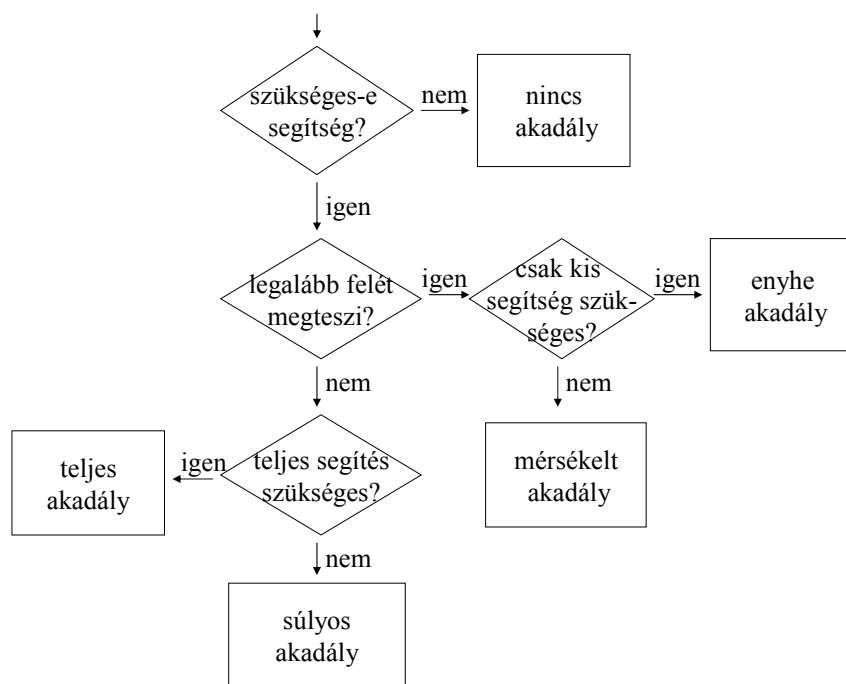
Amikor az 1998. évi XXVI törvény a fogyatékos személyek, és esélyegyenlőségük megteremtéséről a fogyatékos személy fogalmát meghatározza, lényegében az Egészségügyi Világszervezet osztályozásának alapelveiből indul ki. A törvény alkalmazásában „fogyatékos személy: az, aki érzékszervi – így különösen látás-, hallásszervi, mozgásszervi, értelmi képességeit jelentős mértékben vagy egyáltalán nem birtokolja, illetőleg a kommunikációban számottevően korlátozott, és ez számára tartós hátrányt jelent a társadalom életében való aktív részvétel során.” A fogyatékoság tehát funkcióvesztéshez kötött, amely a társadalom életében való részvételt akadályozza.

„A funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása” struktúrájában, gondolkozásmódjában jó alapja lehet a funkciók felmérésének. Mivel az osztályozási rendszer használata időigényes, és bizonyos vonatkozásokban a minősítők nehezen értelmezhetők, az osztályozást valószínűleg inkább modellként lehet jól hasznosítani. Mindazonáltal bemutatjuk a tevékenység- és részvétel-minősítők használatának megkönnyítésére az OORI-ban kialakított algoritmust is. (5. ábra)

Az algoritmus értelmezéséhez kiegészítésként megjegyezzük, hogy a „nincs akadály”, illetve a „teljes akadály” a megoszlásban az alsó és felső statisztikai hibahatáron belüli eseteket jelenti. Az „enyhe akadály” esetén a vizsgált egyén az adott tevékenységnek legalább a háromnegyedét, „mérsékelt akadály” esetén legalább a felét meg tudja tenni. Ha ennél kevesebbet tesz meg, az akadály súlyos.

3. ÁBRA

A FUNKCIÓKÉPESSÉG, FOGYATÉKOSSÁG ÉS EGÉSZSÉG NEMZETKÖZI OSZTÁLYOZÁSA MINŐSÍTŐINEK HASZNÁLATÁT MEGKÖNNYÍTŐ ALGORITMUS.



A különböző tevékenységi területekre kialakított funkcionális skálák használata azonban jelenleg egyszerűbben megoldhatónak tűnik, mint a WHO osztályozás gyakorlati felhasználása. Ezek össze is kapcsolhatók az osztályozással. (Cieza és mtsai 2002) Nemzetközileg alaposan tesztelt, kiterjedten használt, valamint a vizsgálók által a gyakorlatban is kellően megismert módszerekre gondolunk. Az orvosi rehabilitációban az ottani szükségletek szerint kerültek kiválasztásra a megfelelő skálák. (Szél 2000) A munkaképesség véleményezésében minden bizonnyal más módszerekre is szükség lehet. Ezek széles tárháza található külföldi szakkönyvekben, monográfiákban, illetve kézikönyvek fejezeteiben. (Biefang és mtsai 1999, Wade 1992)

A skálák használata mellett műszeres vizsgálatok is végezhetők, amelyekkel többek között megállapítható a koncentrációképesség gyengülése, a terhelhetőség mértéke (pl. aerob kapacitás). Ilyeneket – igaz kis kapacitással – ma is végzünk. Ezen kívül bonyolultabb, fejlett számítástechnikán alapuló műszerekkel speciális munkafolyamatok is tesztelhetők. Az eredmények ilyen esetekben pontosan meghatározhatók és az elvárt érték százalékában is kifejezhetők.

Az orvosi rehabilitációban alkalmazott funkcionális állapot felmérő módszerek használatának nagy előnye lenne, hogy legalább részben azonos szempontok alapján történne a foglalkozási rehabilitációs lehetőségek és a munkaképesség véleményezése is. Ettől többféle kedvező hatás is várható:

- bizonyos vizsgálatokat nem kellene feleslegesen ismételni
- a különböző területek szakemberei azonos gondolatmenetet követnének, azonos nyelvezetet használnának
- növekedne az „elszámoltathatóság” a különböző területek között, ami az ellátás minőségét javíthatná
- javulna a rehabilitáció folyamat jellege a jelenlegi szakaszosság helyett
- nagy valószínűséggel előtérbe kerülne a foglalkoztatás az anyagi kompenzáció helyett

Az új WHO modell további értéke, hogy felhívja a figyelmet a környezeti tényezőkre. A foglalkozási rehabilitációval foglalkozó fejezetben rámutattunk a szorosan vett munkahelyi környezeti tényezők felmérésének a fontosságára. A valós munkaképességet azonban nagymértékben befolyásolják az egyéb, pl. otthoni építészeti adottságok, a közlekedési lehetőségek, a különböző támogató szolgálatok elérhetősége, valamint a személyes kapcsolatok és attitűdök is. Ezeket is érdemes felmérni, hiszen a rehabilitáció várható eredménye szempontjából jelentősek. Case manageri rendszerben eredményesen kezelhetők lehetnek.

Ha a munkaképesség csökkenés véleményezése a funkciók felmérése alapján alakul át, akkor egyúttal biztosítani kell a kialakuló hátrányok kompenzációját, tehát a rehabilitációt is. Az 1998. évi XXVI. törvény ezt állami kötelezettségként írja elő. Jelenleg e kötelezettségének az állam messzemenően nem tesz eleget, még az orvosi rehabilitáció vonatkozásában sem.

Irodalom

- Amick BC, Lerner D, Rogers WH, Rooney T, Katz JN.: A review of health-related work outcome measures and their uses, and recommended measures. *Spine* 2000, 25, 3152–3160.
- Aulmann H.: Die Rehabilitation – ein wesentlicher Bestandteil der Rehabilitation. Proc. 3. Internationaler Kongress über Medizinisch-rechtliche Aspekte von Arbeitsunfälle. Band II. HVBG, Sankt Augustin, 1999 pp. 35–46.
- Baldry Currens JA, Coats TJ.: The timing of disability measures following injury. *Injury* 2000, 31, 93–98.
- Belicza É, Kullmann L.: Kérdőíves felmérés a kórházak minőségügyi tevékenységéről, 2002. *Kórház* 2003, megjelenés alatt.
- Biefang S, Potthoff P, Schliehe F. *Ässessmentverfahren für die Rehabilitation*. Göttingen, Hogrefe; 1999.
- Chen CC, Heinemann AW, Granger CV, Linn RT.: Functional gains and therapy intensity during subacute rehabilitation: a study of 20 facilities. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 2002, 83, 1514–1523.
- Cieza A, Brockow T, Ewert T, Amman E, Kollereits B, Chatterji S, Üstün B, Stucki G.: Linking health-status measurements to the International Classification of Functioning, Disability and Health. *J. Rehabil. Med.* 2002, 34, 205–210.
- Cole D, Frank J, Hogg-Johnson S, Mondloch M, Shield S, Sinclair S.: Effectiveness of an early active intervention program for workers with musculoskeletal injuries. 3. Internationaler Kongress über Medizinisch-rechtliche Aspekte von Arbeitsunfälle. Band II. HVBG, Sankt Augustin, 1999 pp. 85–92.
- Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities: 1995 standards manual and interpretative guidelines for employment and community support. CARF, Tucson AZ, 1995.
- Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities: Performance indicators for rehabilitation programs. CARF, Tucson AZ, 1998.
- Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities: 2000 medical rehabilitation standards manual. CARF, Tucson AZ, 2000.
- Dembe, AE.: New models for workers' compensation medical care in the United States. Proc. 3. Internationaler Kongress über Medizinisch-rechtliche Aspekte von Arbeitsunfälle. Band II. HVBG, Sankt Augustin, 1999 pp.77–83.

- Dénes Z.: Tesztek használata a mozgásszervi rehabilitációban: a FIM (Functional Independence Measure) skála. *Rehabilitáció*, 2001, 11: 97–100.
- Eldar R.: Quality of care in rehabilitation medicine. *Int. J. Quality in Health Care* 1999, 11, 73–79.
- Eldar R.: Integrated institution-community rehabilitation in developed countries: a proposal. *Disabil Rehabil.* 2000, 22, 266–274.
- Evans RL, Connis RT, Haselkorn JK.: Hospital based rehabilitative care versus outpatient services: effects on functioning and health services. *Disabil Rehabil.* 1998, 20, 298–307.
- Ezrachi O.: Outcomes measurement and quality improvement in an acute rehabilitation setting: description of the Rusk Institute of Rehabilitation Medicine (RIRM) program evaluation system. (*Arch. Phys. Med. Rehabil.* 1998, 79, 1342.
- Gaugg H.: (Szerk.) Messung Ergebnissqualität im Krankenhaus. Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, Wien, 2001.
- Granger CV, Kelly-Hayes M, Johnston M, Deutsch A, Braun S, Fiedler RC. Quality and outcome measures for medical rehabilitation. In: Braddom RL (ed). *Physical medicine and rehabilitation*. Philadelphia, Saunders; 1996; 239–253.
- Haffey WJ, Welsh JH.: Subacute care: evaluation in search of value. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 1995, 76, SC2–4.
- Hinton L, Allen K, Brown L.: Quest for quality: developing a quality assurance system for employment services and supports in Iowa. Human Services Research Institute, Salem OR, 1994.
- Hunter J. Outcome, indices and measurements. In: Goodwill CJ, Chamberlain A, Evans C (eds). *Rehabilitation of the physically disabled adult*. Cheltenham, Stanley Thrones; 1997; 87–100.
- Huusko TM, Karppi P, Avikainen V, Kautiainen H, Sulkava R.: Intensive geriatric rehabilitation of hip fracture patients. *Acta orthop. Scand.* 2002, 73, 425–431.
- Janssen N, van den Heuvel WPM, Beurskens AJHM, Nijhuis FJN, Schröer CAP, van Eijk JTM.: The Demand-Control-Support model as a predictor to work. *Int. J. Rehabil. Research* 2003, 26, 1–9.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: The Joint Commission 1995 Accreditation Manual for Hospitals. JCAHO, Oakbrook Terrace, IL, 1994.
- Kórházi ellátási standardok kézikönyve. *Egészségügyi Közlöny*, 2001, 24, 2973–3041.

- Kramer A, Steiner JF, Schlenker RE, Eilertsen TB, Hrinkevich CA, Tropea DA, Ahmad LA, Ecjhoff DG.: Outcomes and costs after hip fracture and stroke: a comparison of rehabilitation settings. *JAMA* 1997, 277, 396–404.
- Kronholm K, Utkilen U.: The Bergen study: „back to work” – results from large randomized controlled study regarding rehabilitation of musculoskeletal disorders. 6th Eur. Congr. Res. In Rehabil. Berlin, 1998.
- Kullmann L, László G, Molnár F.: Az amputáció és a rehabilitáció eredményei. *Orvosi Hetilap* 1991, 132, 459–463.
- Kullmann L, Zala M, Major A, Padosné Dezső É, Till F. Alsóvégtag amputáltak rehabilitációs eredményeinek mérése a Barthel-index és a Russek-skála segítségével. *Balneol Rehabil* 1985; 6: 17–14.
- Lamberts, MJMH.: Quality management by and for medical specialists. 13th Conference of the International Society for Quality in Health Care. Book of Abstracts. Jerusalem, 1996. p. 153.
- Mógánné Tölgyessy Sz.: A foglalkoztató terápia szerepe a rehabilitációban. In: Katona F, Siegler J. (szerk.) *Orvosi rehabilitáció*. Medicina, Budapest, 1999. pp. 353–359.
- Nisbet J.: Quality indicators of natural supports in the workplace. Institute on Disability, Univ. of New Hampshire, Durham, 1995.
- Poduri KR, Cushman LA, Gibbson CJ.: Inpatient rehabilitation: the correlation between functional gain and appropriateness of admission. *Int. J. Rehabil. Research* 1996, 19, 327–332
- Shoppen T, Boonstra A, Groothoff JW, van Sonderen E, Göeken LN, Eisma WH.: Factors related to successful job reintegration of people with lower limb amputation. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 2001, 82, 1425–1431.
- Sloan FA, Taylor DH, Picone G.: Costs and outcomes of hip fracture and stroke, 1984 to 1994. *American J. Public Health* 1999, 89, 935–937.
- Svestkova, O., Pfeiffer, J., Votava, J.: Pruzkum vyskytu osob se zdravotnim postizenim a sociálních dusledku tohoto postizeni v Praze 10. *EuroRehab* 1994, 3, 141–148.
- Szél I. Állapotfelmérés és tervkészítés a rehabilitáció folyamatában. In: Huszár I, Kullmann L, Tringer L. (szerk.) *A rehabilitáció gyakorlata*. Budapest, Medicina; 2000; 78–90.
- Szél I., Halmos B.: Hemiplegiásokat, ill. stroke-betegeket ellátó rehabilitációs osztályok működésének kritériumai. *Rehabilitáció*, 1994, 4: 280–284.
- The Australian Council on Healthcare Standards: Clinical indicators in Summary. ACHS, Sydney, 1997.

- Thorén Jönsson AL, Möller A, Grimby G.: Managing occupations in everyday life to achieve adaptation. *Amer. J. Occupational Ther.* 1999, 53, 353–362.
- Turner-Stokes, L.: Clinical governance in rehabilitation medicine: The state of the art in 2002. *Clin. Rehabil.* 2002, 16, Suppl. 1.
- Valentine J, Simpson JM.: Deciding whether a change in a patient's performance is a genuine change. *Clin. Rehabil.* 2002, 16, 837–842.
- Wade DT. Measurement in neurological rehabilitation. Oxford, Oxford University Press; 1992.
- Wieland K, Laurig W, Schulze-Icking G.: Arbeitsplätze für Behinderte – Handbuch technischer Arbeitshilfen zur Arbeitsplatzgestaltung, Bundesanstalt für Arbeitsschutz, Dortmund, 1984.
- Wilkerson DL, Batavia AI, DeJong G. Use for functional status measure for payment of medical rehabilitation services. *Arch Phys Med Rehabil* 1992; 73: 111–120.
- World Health Organisation International classification of impairments, disabilities and handicap. Geneva: WHO, 1980
- World Health Organisation: International classification of functioning, disability and health. WHO, Geneva, 2001.

A képességek alapján történő diagnosztikai eljárás és protokoll a foglalkozási rehabilitáció területén

Módszertani kézikönyv

ELTE GYK, Budapest, 2009

BEVEZETÉS A KOMPLAEX REHABILITÁCIÓBA

A képességek alapján történő diagnosztikai eljárás és protokoll a foglalkozási rehabilitáció területén

Fogyatékosok Esélye Közalapítvány
Somogy Megyei Munkaügyi Központ
Szociális és Munkaügyi Minisztérium

Kiadó: Somogy Megyei Munkaügyi Központ

A kézikönyv szakmai mű helymunka keretében készült, az elkészítésében részt vett munkacsoportok tagjai:

Pszichológiai munkacsoport

Csoportvezető: Dr. József István

Csoporttagok: Adorján Zsuzsanna, Tálosi Ferencné, Dr. Terényi Zoltánné,
Zétényi Ákos

Foglalkozás-egészségügyi munkacsoport

Csoportvezető: Dr. Ruzsa Csaba

Csoporttagok: Dr. Benkovics László, Dr. Bíró Zsuzsanna
Dr. Zsembery Erzsébet

Rehabilitációs munkacsoport

Csoportvezető: Horváth Anikó
Csoporttagok: Kis Pál Istvánné,
Stierné Szenes Gabriella, Szőke István, Vincze Györgyné

Andragógiai munkacsoport

Csoportvezető: Horváthné Nith Edit

Csoporttagok: Bujtor István, Lutzné Ujvári Ildikó, Martényi Helga

Programvezető: Szellő János

Összeállította és szerkesztette:

Horváth Anikó, Stierné Szenes Gabriella, Szellő János

Lektorálta:

Dr. Hegedüs Lajos, Lechnerné Vadász Judit

Felelős kiadó:

Dr. Tarné dr. Törzsök Piroska

ISBN 963-06-1653-X

Készült: 130 példányban

Nyomda:

Centrál Press Nyomda, Kaposvár
Felelős vezető: Nagy László

Tartalom

Bevezető	54
1. Fogalmak és definíciók	55
2. A minősítés változtatásának fontossága	56
3. Az új szolgáltatási modell és a foglalkozási rehabilitáció	57
3.1. Az új szolgáltatási modell filozófiája	57
3.1.1. Alapelvei	58
3.2. A szolgáltatási rendszer meghatározó tényezői	58
3.3. A foglalkozási rehabilitációs eljárás helye az új szolgáltatási modellben	60
3.4. Az ÁFSZ által biztosított szolgáltatások	62
3.5. A kompetencia alapú munkaerő-közvetítés	64
3.6. Tapasztalatok, következtetések	66
4. Az ügyfél útja	68
5. A diagnózist felállító csoportok működése	71
5.1. A diagnózist felállító csoportok szakemberkörének, feladatainak meghatározása	72
6. Pszichológiai tanácsadás	73
6.1. Személyi feltételek	73
6.2. Tárgyi feltételek	73
6.3. A Pszichológiai Szakszolgálat szerepe a foglalkozási rehabilitációban	73
7. Foglalkozás-egészségügy	76
8. Rehabilitációs tanácsadás	80
8.1. Jogszabályi háttér	80
8.2. Személyi feltételek	80
8.3. Tárgyi feltételek	81
9. Andragógia	82
9.1. Jogszabályi háttér	82
9.2. Tárgyi feltételek	83
9.3. Személyi feltételek	83
9.4. Képzéseink módszertani jellegzetességei	84
9.5. A képzések alanyi köre	85
10. A foglalkozási rehabilitációs eljárás – a diagnózis felállításától a rehabilitációs tervig	86
10.1. A pszichológiai vizsgálatok módszerei	86
10.1.1. A személyiség vizsgálatára alkalmas mérőeszközök	87
10.1.2. A speciális képességvizsgáló tesztek	88
10.1.3. További eszközök, érdeklődés vizsgáló kérdőívek a pályairány meghatározásához	88
10.1.4. Problémák a fenti vizsgálati irányokkal kapcsolatban	88
10.2. A foglalkozás-egészségügyi vizsgálatok módszerei	88
10.2.1. Vizsgálati módszerek	88

10.3. A rehabilitációs tanácsadás módszerei	90
10.3.1. Önértékelő eljárások az érdeklődés megismerésére	90
10.3.2. Önértékelő eljárások a képességek megismerésére	91
10.3.3. Önértékelő eljárások az értékek megismerésére	92
10.3.4. Önértékelő eljárások a munkamód megismerésére	92
10.4. Az andragógia módszerei	93
10.4.1. Vizsgálati módszerek	93
10.4.2. A felvételi eljárás folyamata	93
10.5. Képzés	94
10.6. Elhelyezkedés	95
Irodalomjegyzék	96

A Fogyatékosok Esélye Közalapítvány Kuratóriuma 2005. áprilisában „A foglalkozások pedagógiai, pszichológiai és ergonómiai tényezői” címmel hirdette meg pályázatát a fogyatékos és megváltozott munkaképességű emberek munkaerő-piaci integrációjának elősegítésére, komplex interdiszciplináris vizsgálati módszerek kifejlesztésével és elterjesztésével. A Somogy Megyei Munkaügyi Központ szakmai vezetésével a Baranya és Tolna Megyei Munkaügyi Központ, valamint a Pécsi Regionális Képző Központ sikeresen pályázott és a „Képesség, módszer, rehabilitáció a Dél-Dunántúli régióban” című programjával. A pályázat nagymértékben támaszkodott a 97' regionális PHARE project tapasztalataira, amelynek megvalósítója a fenti munkaügyi központon túl a Zala Megyei Munkaügyi Központ volt. A project jelentőségét aláhúzza, hogy az Európai Unió foglalkoztatási stratégiája kiemelten kezeli az inaktív, a munkaerő-piaci hátrányokkal küzdő – köztük a fogyatékossgal élő emberek foglalkoztatottságának növelését. Egyidejű törekvés az EU részéről a társadalmi kirekesztés és a befogadó társadalmi közgondolkodás kialakítása, amely Magyarországon az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról szóló 2003. évi CXXV. törvényben ölt testet. Az inaktivitási életformából való kiemelkedés társadalompolitikai, egészségpolitikai, foglalkoztatáspolitikai, szociálpolitikai intézkedéseket igényel. A hátrányos helyzetű, benne az egészségkárosodással élő emberek helyzetének értékeléséhez új értelmezést adott WHO 2001-ben, amelynek központjában nem a károsodás, hanem a funkcióképesség áll. (Funkcióképesség, fogyatékossg és egészség nemzetközi osztályozása (FNO). Alapvető változás a korábbi értelmezéshez képest, hogy megjelentek a személyes, illetve a környezeti elemek, mint a funkcióképességet és a fogyatékossgot befolyásoló tényezők. A fejlesztésben orvosok mellett gyógypedagógusok, pszichológusok, a társadalomtudományok, valamint a fogyatékos emberek nemzetközi szervezeteinek képviselői is részt vettek. E téma jelentőségét és megoldandó feladat terjedelmét jelzi, hogy a népszámlálás adatai szerint 2001-ben 577 ezer fogyatékos személy élt hazánkban, közülük 15-59 év közötti 289 529 fő aktívkorú, közülük nem keres munkát 76,7%-uk (222 198 fő) A fogyatékossggal élő emberek 10%-a dolgozott. A munkanélküliségtől fenyegetett munkavállalók gyakran inaktivitásba vonulnak, amely különösen igaz a nőkre és a megváltozott munkaképességűekre. Az érintett csoportok társadalmi kirekesztődésében központi elem a marginális munkaerő-piaci pozíció. A Dél-dunántúli régióban a fogyatékos emberek száma meghaladja az 50 ezret, és becsléseink szerint még 30 ezerre tehető foglalkozás-egészségügyi szakellátó helyek által megállapított megváltozott munkaképességű személyek száma. A két csoportból a program indításakor 4041 regisztrált munkanélküli volt a régióban. A projektünk megvalósítása során támaszkodtunk az ÁFSZ 1998-tól működő foglalkozási rehabilitációs szolgáltatások tapasztalataira és a megoldás kidolgozását az ÁFSZ 2003. évi Új szolgáltatási modelljére illeszkedő módon készítettük el.

A fentiek alapján kézikönyvünk célja a foglalkozási rehabilitáció lényeges elemeinek számbavétele és ehhez kapcsolódóan a foglalkozási rehabilitációs eljárás módszertanának és eljárási szabályainak korszerűsítése, az ehhez kapcsolódó dokumentáció közzététele az alkalmazott diagnosztikai módszerek bemutatása.

Bevezető

Az Európai Unió foglalkoztatási stratégiája kiemelten kezeli az inaktív, a munkaerő-piaci hátrányokkal küzdő – köztük a fogyatékossgal élő emberek foglalkoztatottságának javítását. E heterogén csoporton belül vannak, akiknek csak elavult szaktudását kell korszerűsíteni, mások fejlesztések, szolgáltatások hosszú sora után válnak munkavállalásra alkalmassá, motiválttá s rendelkeznek a munkavégzéshez használható ismeretekkel, képességekkel. A foglalkozási rehabilitáció folyamatának és eszközeinek tervezése személyre szabott megközelítést igényel. Ennek kiinduló feltétele az egyén fejleszthető munkaképességére épülő munkavállalási stratégia kidolgozása. A foglalkozási rehabilitáció folyamatába beépülő munkaerő-piaci szolgáltatás, olyan humán szolgáltatás, amelynek középpontjában az ember áll, személyes érdekeivel, értékeivel, önálló életfelfogásával, tapasztalataival, magában foglalja a résztvevők mindazon egyediségét, ami a szolgáltatást igénylőt, illetve a szolgáltatást végzőt jellemzi. A humán szolgáltatás támogató jellegű, nem irányítás és nem a felelősség átvállalása. A szolgáltatásoknak szigorúan az egyén szükségleteire kell építeniük, és minden eszközével a foglalkoztatásba kerülést, a foglalkoztathatóság javítását kell szolgálniuk. A szolgáltatási tevékenység tartalmát tekintve sokrétű, bizonyos fokú komplexitást igényel és három egymással összefüggő logikai, szakmai szakaszra – prevenció, közvetlen együttműködés és nyomon követés (utógondozás) – tagolható. A humán szolgáltatások lényege az információátadás, a figyelemfelkeltés, olyan aktív tájékoztatás, amely lehetővé teszi, hogy az ügyfél megismerje a munkaerő-piaci folyamatokat, lehetőségeket, a gátló és előremutató tényezőket, hogy ezek segítségére legyenek egyéni stratégiája kidolgozásában. A prevenció során olyan egészségfejlesztési és betegségmegelőző programokat, tevékenységeket célszerű szervezni, amelyek hozzájárulnak a munkaképes korú lakosság egészségi állapotának javításához a tartós egészségkárosodás megelőzéséhez. Ebben a ciklusban az alábbi feladatok javasoltak:

- A korszerű és hatékony egészségfejlesztési és egészségügyi ellátási, diagnosztikai, szűrő, terápiás és rehabilitációs szolgáltatásokhoz való hozzáférés javítása a munkavégző-képesség mielőbbi visszaállítása céljából.
- Az egészségi állapotuk, tartósan akadályozottságuk miatt hátrányos helyzetű emberek munkaerő-piaci esélyeinek javítása.
- Az ergonómia feladata az emberszempontrú műszaki, munkavédelmi környezet kialakítása, vagyis az, hogy a munkatevékenységeket, munkakörülményeket az emberi képességeknek, adottságoknak és igényeknek megfelelően alakítsa. Mindebből következően olyan ösztönzőrendszert kell kialakítani, amelynek alapján a munkaadók biztosítanak az egészségmegőrzés tárgyi, technikai körülményeit.

1. Fogalmak és definíciók

A rehabilitációnak a WHO meghatározásával összhangban azt az eljárást tekintjük, amely a fogyatékosággal élő emberek, egészségkárosodottak képességeinek az elérhető legmagasabb fokra történő helyreállítására irányul testi, szellemi, szociális és foglalkoztatási vonatkozásában egyaránt.

A rehabilitáció három szakaszra – orvosi, foglalkozási, szociális rehabilitáció – osztható.

Az orvosi rehabilitáció gyógyító tevékenységhez kapcsolódik, egészségügyi intézményekben zajlik. Célját a megbetegedés, baleset természete, súlyossága szabja meg. Egyes esetekben csupán a beteg önellátó képességének helyreállításáról lehet szó, más esetekben a további foglalkoztatáshoz vezető út első lépésőjének tekinthető. Az orvosi és a foglalkozási rehabilitáció nem határolható el egymástól élesen. A foglalkozási rehabilitációt már az orvosi rehabilitáció időszakában elő kell készíteni. Az orvosi rehabilitáció folytatása a munkába állást követően is indokolt lehet.

Foglalkozási rehabilitációnak azt az eljárást tekintjük, amely a megváltozott munkaképességűek képességeivel elérhető legmagasabb szintű foglalkoztatás biztosítására irányul. Célja az orvosi rehabilitációt követően a megváltozott munkaképességű álláskereső egészségi állapotának, szakképzettségének megfelelő munkavégzés biztosítása.

A foglalkozási rehabilitáció olyan segítő folyamat, melynek során a tartósan akadályozott személynek adott helyzetből (adott munkavállalási képességei, tudása, állapota, foglalkoztatási státusza) egy másik helyzetbe (a konkrét munkavállalás helyzetébe) kell eljutnia.

Alanya a megváltozott munkaképességű személy, aki testi vagy szellemi fogyatékos, vagy akinek az orvosi rehabilitációt követően munkavállalási és munkahely-megtartási esélyei testi vagy szellemi károsodása miatt csökkentek.¹

A megyei (fővárosi) munkaügyi központ foglalkozási rehabilitációs eljárásának célja az olyan álláskereső munkába helyezésének elősegítése,

- a) akinél a munkaképesség-csökkenés mértéke – az Országos Egészség-biztosítási Pénztár Országos Orvosszakértői Intézetének (a továbbiakban: OOSZI), vasutas biztosítottak esetében a Magyar Államvasutak Orvosszakértői Intézetének (a továbbiakban: MOSZI) igazolása szerint legalább a 40 százalékot eléri, vagy
- b) aki munkaképesség-csökkenésének mértékéről az a) pontban meghatározott szerv igazolásával nem rendelkezik, de – foglalkozás-egészségügyi szakellátó hely szakvéleménye alapján – megállapítható, hogy munkavállalási és munkahely-megtartási esélyei testi vagy szellemi károsodása miatt csökkentek,

és vállalja az e rendelet szerinti foglalkozási rehabilitációs eljárásban való részvételt. Nem csökkentek a munkavállalási és munkahely-megtartási esélyei an-

¹ a foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról szóló 1991. évi IV. tv. 58. § (5) m.

nak a személynek, aki az általa utoljára legalább egy évig betöltött munkakört, illetőleg ennek hiányában a képzettségi szintjének megfelelő munkakört el tudja látni.²

2. A minősítés változtatásának fontossága

A meglévő képességek fejlesztése és aktív életre felkészítés a gyermekkorban a korai fejlesztés és a közoktatás, később a gyógyító megelőző ellátás keretében kell megtörténnie. Az egészségkárosodással azonban egyfajta passzív életre való felkészítés ját együtt. A megváltozott munkaképességű felnőttek csaknem függetlenül attól, hogy dolgoztak-e a korábban vagy sem, jellemzően hosszú inaktivitás után, készségeikkel, képességeikkel nem számolva egzisztenciális okból keresnek munkát. A megváltozott munkaképességű személy orvosi minősítése összszerkezeti szempontú, diagnózis alapú és a megmaradt képességekre, az aktív életre vonatkozó útmutatásokat nem ad. A munka világa a WHO értékelésével egyezően a munkavállaló funkcióinak állapotát értékeli a munkaerő-felvételnél. Mindez a munkaügyi központtól olyan szolgáltatási terv összeállítását igényli (egyéni rehabilitációs terv), amelyben a készségek, képességek értékelését a foglalkozás-egészségügyi szakellátó helyek végzik el a 11/1998. MüM-rendelet alapján. A foglalkozási rehabilitáció folyamatát már az orvosi rehabilitáció alatt – külsőszervezetek, non-profit szervezetek bevonásával – meg kell kezdeni. Az egészségi állapotot amilyen megbízhatóan és objektívan csak lehet, úgy kell vizsgálni, illetve felül vizsgálni, hogy a munkaképesség ismételen helyreállítható legyen. Az orvosi diagnózis egymagában nem elegendő ahhoz, hogy a szakmai képességekről megbízható prognózis készüljön. Sokkal inkább szükség van a szakmai rehabilitációs és integrációs esélyek lehetőleg pontos és objektív tisztázására, hogy ezáltal megalapozottabb és követhetőbb döntést lehessen hozni az egyén foglalkozási rehabilitációja érdekében. A minősítési rendszer alapját szolgálná az FNO általános orvosi alkalmazása a rehabilitáció során, illetve kötelező bevezetése egységessé, európaivá tehetné a képességek megállapítását a diagnózis felállítása során. A diagnosztikai eljárás mellett megjelenik benne a szociális modell érvényesítése a fogyatékoság felfogásában (esélyegyenlőség), a holisztikus szemlélet (interakciók), a részvétel fogalma (a társadalmi egyenlőtlenségek rendszer elvű megközelítése a fogyatékosággal kapcsolatban), a támogató és akadályozó környezeti tényezők fontossága, mint a fogyatékoság egyik összetevője. A funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása (FNO) szerint a munka vállalásának, megtartásának és az abban való előrehaladásnak az esélyeit számtalan tényező befolyásolhatja. Ilyen tényező:

² a munkaügyi központok foglalkozási rehabilitációs eljárásáról, valamint a megváltozott munkaképességű munkanélküliek foglalkoztatását elősegítő egyes támogatásokról szóló 11/1998. (IV. 29.) MüM-rendelet 1. §

- Adott testi funkciók (mentális, érzékelési, hang és beszéd stb.) és struktúrák, amely egyes munkakörök betöltését kizárja, korlátozza, míg más munkakörök betöltését nem befolyásolja.
- Személyes tényezők, mint pl. a munkavállaláshoz és a munkavégzéshez szükséges képességek, ismeretek (de lehetnek még nem szerinti tényezők, kor, neveltetés, szokások, személyiségjegyek stb.).
- Környezeti tényezők, mint pl. a munkahelyi el-és befogadó légkör, a munkahely hozzáférhetősége (akadálymentessége), a munkahely gazdasági versenyben elfoglalt pozíciója.

Az FNO alkalmazása csak a megváltozott munkaképességű személy megfelelő tájékoztatása utáni bevonásával; az egyéni érzelmek tiszteletben tartásával; a személyiségi jogok betartásával; holisztikus szemlélettel (egyéni és társadalmi okok figyelembevételével); a vizsgált személyek támogatásának céljából történhet.

3. Az új szolgáltatási modell és a foglalkozási rehabilitáció

A foglalkozási rehabilitáció eszköztára az 1997. évi, 3 megyére kiterjedő kísérletet követően folyamatosan bővült. A nehezen visszavezethető személyek a foglalkozási rehabilitációs eljárás keretében személyre szabott szolgáltatások, támogatások alanyává váltak.

A foglalkozási rehabilitációs eljárás célcsoportja:

- álláskereső, és
- a munkaképesség-csökkenésének mértéke legalább a 40%-ot eléri, vagy munkavállalási és munkahely-megtartási esélyei testi és szellemi károsodása miatt csökkentek, és
- vállalja a rehabilitációs eljárásban való részvételt.

Kialakult a megyei rehabilitációs munkacsoport és a kirendeltségek közötti munkamegosztás.

2004. évtől elinduló „új szolgáltatási modellbe” a foglalkozási rehabilitáció korábbi eljárása jól illeszkedik, alkalmazása továbbra is nélkülözhetetlen a célcsoport munkaerő-piaci esélyeinek növelése érdekében.

3.1. Az új szolgáltatási modell filozófiája

Az új szolgáltatási modell szervesen illeszkedik az Európai Unió Foglalkoztatási Stratégiájához, ugyanakkor nem másolata az unió más országaiban működő rendszereknek, hanem illeszkedve a hazai jogszabályi környezethez és a munkaerő-piaci sajátosságokhoz igazodó önálló szolgáltatási rendszert jelent.

3.1.1. ALAPELVEI

- *Az álláskeresőket nem passzív kliensként, hanem a munkaügyi kirendeltséggel együttműködő aktív, dinamikus ügyfélként kell kezelni:*
Az ÁFSZ feladata az álláskeresés folyamatának segítése egy modern szolgáltatás-orientált megközelítéssel. El kell érni, hogy a passzív ügyfelek aktív, dinamikus ügyfelekké váljanak. Tudatosítani kell, hogy az egyének saját maguk is felelősek munkaerő-piaci helyzetük megoldásáért, amelyhez az ÁFSZ minden rendelkezésére álló információt nyitottá, elérhetővé tesz számukra.
- *A munkáltatók és az ÁFSZ közötti rendszeres kapcsolatot erősíteni kell:*
Az ügyfelek másik fontos csoportja a – magán és állami – munkaadók csoportja. Az ÁFSZ nem teremt munkalehetőséget, ezt a munkaadók teszik, ezért a rendszeres, megbízható és profi párbeszéd, az új szolgáltatási modell lényeges előfeltétele. Az ÁFSZ-nek hangsúlyt kell fektetnie a munkaerőpiac valódi igényeire és a támogatott foglalkoztatásról át kell térnie a nem támogatott munkalehetőségekre összpontosító párbeszéd folytatására.
- *Az ÁFSZ munkaerő-piaci részesedésének növelése:*
A több – és sikeresebb – munkaerő-közvetítés érdekében bővíteni kell az állás kínálatot, az ÁFSZ-nek álláshelyet bejelentő munkaadók körét. Lehetőséget kell adni a munkaadóknak, hogy a betöltetlen állásaikat Interneten keresztül bejelenthessék, megjeleníthessék. Ezen túlmenően az ÁFSZ-nek munkáltatói adatbázist kell létrehoznia, amely a munkáltatókra vonatkozó alapinformációkat tartalmazza.

3.2. A szolgáltatási rendszer meghatározó tényezői

Alapvető fontosságú, hogy a szolgáltatások mindenki számára elérhetők legyen, vagyis a hozzáférést (ott, akkor, azt) biztosítani kell. A szolgáltatásokat nemcsak mennyiségi szempontok alapján értékeljük, hanem fontosabb a minőségi megközelítés, minőségfejlesztési rendszer kialakítása.³ A munkaerő-piaci szolgáltatás lényege az *ügyfélcentrikus szolgáltatás*, amely eleve feltételezi azokat a minőséget befolyásoló kategóriákat, mint az ön-és emberismeret, az empátia, az interperszonális kapcsolatok, a konszenzus és a szociális biztonság. Jellemzői lehetnek: a hozzáférhetőség, a szükségleteknek való megfelelés, a hatékonyság, a hatásosság, a társadalmi elfogadottság. A legfontosabb azonban az ügyfél igényei iránti fogékonyság. Sajátosságainkból adódóan kétféle – munkavállalói és munkaadói – elvárás fogalmazódik meg.

Munkavállalói igények lehetnek: a munkanélkülivé válás megelőzése; munkaerő-piaci esélyek javítása; álláslehetőségek felajánlása; információk nyújtása; munkavállalási, pszichológiai, életvezetési tanácsadás; képzés és átképzés biz-

3 Az ÁFSZ szervezetén belül a Közös Értékelési Keretrendszer (CAF: Common Assessment Framework) kerül/került kialakításra.

tosítása, egyénhez igazodó tanácsadás; munkanélküli járadék és ellátás pontos biztosítása, vállalkozóvá válás támogatása; elhelyezkedési támogatások; megértő, humánus ügyintézés; nyugodt, kulturális ügyfél-fogadóterek stb.

A *munkaadói igények* a következőképpen fogalmazhatók meg: minőségi munkaerő-közvetítése, a közvetítés gyorsasága, a munkaerő foglalkoztatásához gyors anyagi támogatásnyújtása, munkahelyteremtő beruházások támogatása, jogszabályok értelmezésének és alkalmazásának segítése, munkaerő-piaci információk biztosítása, munkaviszonyos képzések támogatása, csoportos közvetítések feltételeinek és a tárgyalásokhoz megfelelő kultúrált környezet biztosítása stb. A minőség ugyanakkor a *szükségletek kielégítését* is jelenti. A munkaerő-piaci szolgáltatások, szervezésénél, működtetésénél az alábbi szempontokat kell figyelembe venni:

- A kirendeltségi szolgáltatások a munkavállalók életét a prevenciótól a nyomon követésig folyamat-, életpálya és támogatási szemlélettel, illetve jelleggel kísérik végig.
- A szolgáltatások a három fél – munkavállalók, munkaadók és a szervezet – folyamatos és strukturális együttműködésén alapulnak.
- A szolgáltatások kivitelezésének tárgyi és személyi környezetét a minőségi elvnek kell megfeleltetni.
- A szolgáltatások meghatározott elemei a szervezet valamennyi egységénél azonos felfogás szerint épüljenek be a rendszerbe.

A fentiek mellett a szolgáltatások színvonala sérülhet, ha nem tesz eleget bizonyos jogi, etikai, szerződésbeli, eljárási renden alapuló követelményeknek. Mindezek figyelembevételével a munkaerő-piaci szolgáltatások, a tevékenységünk minőségének mutatóit három főcsoportban határozhatjuk meg.

- *Az ügyfelekkel való bánásmód minősége.* Ide tartoznak azok a viselkedési, etikai, kommunikációs stb. normák, illetve igények, melyeket az ügyfelek várnak a munkaerő-piaci szolgáltatásoktól, a kirendeltségtől.
- *A szakmai tevékenység minősége.* A munkaerő-piaci szolgáltatást, a közvetítést és hatósági munkát végzők tevékenysége, a szakmai standardok, az alkalmazott módszerek, a hozzáadott értékek, a szolgáltatások megalapozottsága mennyire elégítik ki a munkavállalók és munkaadók igényeit.
- *Az irányítás, illetve a szervezet minősége.* A rendelkezésre álló források leghatékonyabb felhasználása a felsőbb szervek elvárásainak és a jogi, etikai korlátoknak és irányelveknek megfelelően. A szervezet minősége:
 - biztosítja a szolgáltatást végzők (közvetítők, tanácsadók, ügyintézők) és a szervezet folyamatos fejlődését az új módszerek bevezetésével,
 - egyformán hangsúlyozza az emberi kapcsolatokat és specifikációkat a munkaerő-piaci szolgáltatások szervezeti irányítása során,
 - egyaránt épít a korábban már bevált gyakorlatokra és az új eljárásokra.

3.3. A foglalkozási rehabilitációs eljárás helye az új szolgáltatási modellben

A modell fontos eleme az ügyfelek kategorizálása (profiling), amely jelen gyakorlat szerint három nagy álláskereső csoportot különböztet meg:

- *Akik önállóan tudnak állást keresni:* azok az álláskeresők, akik reális munkaerő-piaci célokkal, annak megfelelő értékekkel, az önálló elhelyezkedéshez megfelelő motivációval rendelkeznek. Ők azok akik, az önkiszolgáló rendszerek alkalmazása révén, a kirendeltségi munkatársak igénybevétele nélkül, vagy nagyon kevés segítséggel megtalálják a nekik megfelelő munkahelyet.
- *Akik segítséggel tudnak állást keresni:* azok az álláskeresők, akiknek segítségre van szükségük és a kirendeltségek, illetve a munkaügyi központ támogatásával, illetve szolgáltatásával nagy valószínűséggel a munkaerőpiacra visszavezethetők.
- *A harmadik csoport a veszélyeztetettek:* akik nem rendelkeznek az elsődleges munkaerőpiacon eladható munkavégző-képességgel, jelentős mértékben elvesztették munkaerő-piaci értéküket és nagy valószínűséggel a kirendeltség által biztosított eszközökkel belátható időn belül nem tudnak visszakerülni az elsődleges munkaerőpiacra. Az ide tartozó álláskeresők vagy csak hosszabb idő alatt, speciális -foglalkoztathatóságot javító - programok és más alternatív szolgáltatások igénybevételével válhat aktív álláskeresővé, illetve léphet be a második csoportba.

Az új szolgáltatási modellben a kategorizálás az alábbi három lépésből áll:

- A munkanélküli ügyfél adatainak rögzítése, áttekintése. Az ügyféllel elvégzett interjú alapján annak megítélése, hogy vajon van-e esélye az ügyfélnek támogatás nélkül elhelyezkedni.
- A fenti megítélés mellett a rendelkezésére álló statisztikai valószínűségi számítás segítőszoftver alkalmazásával, az egyén adatait összehasonlítjuk más, már hosszú ideje állás nélkül levők adataival, a helyi munkaerőpiaci körülmények figyelembe vételével. Ennek a statisztikai valorizációnak kell előre jelezni, hogy fennáll-e annak a veszélye, hogy a munkát kereső személy tartós munkanélkülivé válhat.

Az előzetes statisztikai számításokat követően sor kerül egy személyes megbeszélésre az ügyfél és a kirendeltségi munkatárs között. Ha a statisztikai eredmény és a személyes interjú egyaránt arra utal, hogy az ügyfélnek nagy esélye van viszonylag rövid időn belül munkát vállalnia, akkor a kirendeltségen rendelkezésre álló önkiszolgáló rendszerhez irányítják. Ha viszont fennáll az ügyfél hosszú távú munkanélküliségének a veszélye, az interjú során szerzett

információkra építve, fel kell ajánlani a rehabilitációs eljárásban való részvétel lehetőségét.⁴

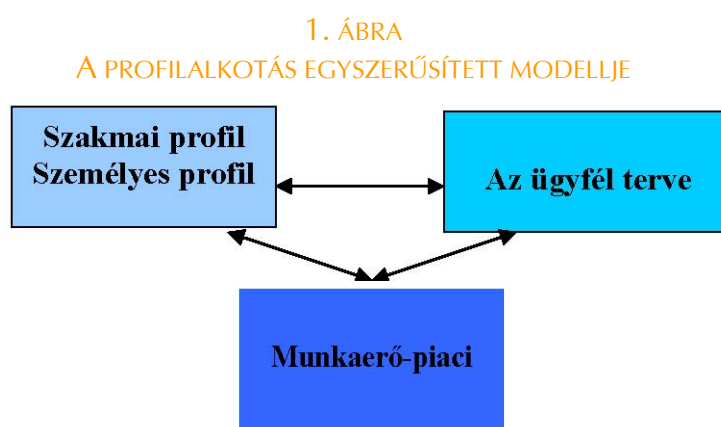
Az új szolgáltatási modell alapvetőiránya az információs rendszer átalakítása, az információs rendszerek önálló felhasználása az új ismeretek megszerzése érdekében. Az öninformáció célja: információk és eszközök biztosítása az ügyfelek részére, az önálló helyzetmegoldás érdekében.

Az új szolgáltatási modellben az önkiszolgálás filozófiai háttere:

- A munkakapcsolatokat magasan fejlett információs rendszeren keresztül kell létrehozni a hatékonyabb, stabilabb munkaközvetítés biztosítása érdekében.
- Az emberek képesek saját maguk megoldásokat találni a kereslet-kínalmi helyzetekben, az ÁFSZ a legjobb egyéni megoldások megtalálásában segíti őket.

Tárgyi, technikai és környezeti feltételeit úgy kell kialakítani, hogy mindenki számára, így a megváltozott munkaképességű emberek számára is elérhető legyen.

Összességében tehát a feltárt adottságok és akadályozó tényezők határozzák meg, hogy az ügyfelet a kirendeltségen milyen kategóriába sorolják, és ezt követően a szervezet mely eszközeinek (támogatások és szolgáltatások) biztosításáról kell gondoskodnia az akadályok leküzdéséhez. E folyamatot nevezhetjük összhangvizsgálatnak is. A kirendeltségi közvetítő feladata, hogy az ügyfélről rendelkezésre álló információkat összevesse egymással, vagyis a szakmai és személyes profilja, környezeti háttere, valamint ha van terve, elképzelése, akkor ezek mennyire illeszkednek a munkaerő-piac igényeihez.



4 Új szolgáltatási modell, oktatói kézikönyv (kézirat): Szerk.: Szellő János 2004.

3.4. Az ÁFSZ által biztosított szolgáltatások

Álláskeresési tanácsadás: az álláskeresési folyamat egy-egy lépéséhez nyújt személyre szabott szakmai segítséget (pl. önéletrajz írása, pályázat elkészítése, felvételi interjúra történő felkészülés, beilleszkedés, a munka megtartása). Az „álláskeresési ismeretek oktatása csoportfoglalkozáson” a résztvevők egy rövid előadás formájában – iskolai osztályfőnöki óra keretében vagy csoportos létszámleépítés során – megismerik az álláskeresés módszereit, az elhelyezkedés jogi vonatkozásait, hallanak a munkaügyi központokban igénybe vehető munkaerő-piaci szolgáltatásokról és támogatásokról. Az „álláskeresési tréning 3-5 napos csoportfoglalkozás keretében” a résztvevők az álláskeresés folyamatát végigkísérve ismerkednek meg a hatékony álláskeresési módszerekkel.

Álláskeresési technikák oktatása: a munkanélküliek munkába helyezését elősegítő humánszolgáltatás. Az álláskeresési technikákat a kirendeltségeken oktatják rövidített idejű formában (2-3 nap). Az álláskeresési technikák oktatásával a munkanélküliek olyan ismereteket sajátítanak el szerepjátékokon keresztül, melyek segítségével (bemutatkozás, önéletrajzírás, állásra történő jelentkezés telefonon stb.) sikeresen és rövid idő alatt álláshoz juthatnak.

Álláskereső Klub: a tartósan munkanélküli ügyfelek részére nyújtott csoportos munkatanácsadás eszköze, amelynek célja, hogy az álláskeresők a lehető legrövidebb időn belül álláshoz jussanak. Az Álláskereső Klub programjának középpontjában az eredményes álláskereső viselkedés elsajátítása áll. Azok a munkanélküliek, akik próbáltak elhelyezkedni, de álláskeresésük nem járt sikerrel, gyakran passzívvá válnak és visszavonulnak a munkaerőpiacról. Mások sok állást megpályáznak, de sehol sem alkalmazzák őket. Az Álláskereső Klubba kerülve korábbi álláskeresési viselkedésük megváltozik: ismét aktívvá válnak és új álláskeresési stratégiákat, technikákat alkalmazva többnyire sikerül elhelyezkedniük. A foglalkozások a megyei munkaügyi központokban kerülnek megtartásra, időtartamuk három hét.

Életvezetési tanácsadás: az egyének életében főként pszichoszociális fejlődésük kritikus időszakaiban, illetve életszakasz váltásaik során jelentkező alkalmazkodási problémáik kezelésében nyújt segítséget, pszichológiai támogatást.

Impulzus (igényfelmérő csoportos foglalkozás): az impulzus program lehetőséget ad a pályakezdőknek arra, hogy átgondolják pályadöntésüket, megélik az önismeret és a pályaismeret fontosságát a jövőjük alakulása szempontjából, megismerjék a munkaügyi szervezet szolgáltatásait, és megtervezzék a továbblépés irányát. Az impulzus program csoportos jellegű tanácsadási forma. A foglalkozások – melyeknek időtartama 1 nap – a kirendeltségeken kerülnek lebonyolításra.

Kulcsképesség fejlesztő foglalkozás: a kulcsképesség a szakmák feletti képesség csoportját jelöli, mint együttműködési képesség, problémamegoldó gon-

dolkodás képessége. A csoportfoglalkozásokon a résztvevők e képességcsoportok fejlesztését szolgáló gyakorlatokat végeznek.⁵

Munkaerő-piaci és foglalkozási információ: célja, hogy elősegítse az elhelyezkedést és az üres álláshelyek betöltését. A foglalkozásokra, a térségben elérhető képzésekre, a régió, a megye, valamint a kistérség munkaerő-piaci helyzetére, a munkaerő kereslet és kínálat helyi jellemzőire vonatkozó információk összessége, illetve a foglalkoztatást elősegítő támogatások, a munkanélküli ellátások, valamint az ezzel összefüggő jogszabályokkal kapcsolatos ismeretek összessége.

Munkatanácsadás: a munkapiaci folyamatok megismerésén, a munkavállalást elősegítő ill. korlátozó tényezők feltárásán, az elhelyezkedési akadályok elhárításán, valamint a szükséges támogatási eszközök meghatározásán keresztül, segíti az álláshoz jutást és az állás megtartását. A tanácsadói beszélgetés során a tanácskérő megerősítést kaphat elképzelésében, bizonytalanságát, kétségeit eloszthatja, s a megszerzett tudása, készségei, munkatapasztalatai birtokában, igényeihez igazodó döntést hozhat további szakmai pályafutásával kapcsolatban, és az elhelyezkedésére irányuló tervet dolgozhat ki, ill. valósíthat meg.

Pályakorrekciós csoportos foglalkozás: a pályaváltási helyzetbe (nem piac-képes szakma, téves pályaválasztás, kényszerpálya esetén) került fiatalok szakmai pályájának módosításához nyújt segítséget. A program része a pályaelképzelések, a képzési lehetőségek, valamint a tanulási képességek felmérése, összegegyeztetése és a döntési készségek fejlesztése. A foglalkozás időtartama 3 nap.

Pályamegerősítő csoportos foglalkozás: a pályadöntés megerősítésére, a pályával való azonosulás fejlesztésére szolgálnak. Támogatják a résztvevőket autonómiájuk fejlesztésében, identitásuk megtalálásában, értékpreferenciájuk megfogalmazásában. A foglalkozás időtartama 3 nap.

Pályaorientációs csoportos foglalkozás: a leendő pályájukban és önmagukban bizonytalan, határozatlan pályakezdő fiatalok számára oldott biztonságos közeget nyújt ahhoz, hogy különböző társas helyzetekben kipróbálhassák magukat, és fejlesszék önismeretüket, pályaismeretüket. A résztvevők segítséget kapnak abban, hogy végre el tudják dönteni, milyen szakma, pálya volna számukra leginkább megfelelő, és fel tudják mérni, mit kell tenniük céljaik elérése érdekében. A foglalkozás időtartama 3 nap.

Pályaorientációs tanácsadás: a szakmai képzettséggel nem rendelkezők részére a személyiség problémához való odafordulását készíti elő. A tervezésén van a hangsúly, a tanácsadási folyamat zárása nem feltétlenül konkrét pályaválasztási döntés.

5 A kulcsképessegek fajtái:

- problémamegoldó képesség és kreativitás,
- tanulási és gondolkodási képesség,
- indoklási és értékelési képesség,
- kooperációs és kommunikációs képesség,
- felelősségvállalási képesség, önállóság és teljesítőképeség.

Pályatanácsadás: segíti a pályaelképzelések, pályacélok megfogalmazását, a pályadöntés meghozatalát, valamint támogatást nyújt a megvalósításhoz vezető út, ill. a cselekvési terv kidolgozásához. A tanácsadói beszélgetések során a tanácskérő a számára leginkább megfelelő pályák, foglalkozások körét határozhatja meg, és tudatosan megtervezheti az életpályáját.

Pályaválasztási tanácsadás: általában az első szakma kiválasztásához ad segítséget. Célja az eredményes pályaválasztási döntés elősegítése, vagyis egy olyan szakmai tevékenység, tanulási lehetőség kiválasztása, ami mind a pályaválasztó, mind a társadalom számára értékkel bír.

Pszichológiai tanácsadás: a munkavállalást elősegítő ill. akadályozó lelki folyamatok, pszichés problémák, életvezetési nehézségek feltárására és megoldására irányul. A pszichológus segíti a tanácskérőt személyiségének jobb megismerésében, a belső erőforrásainak feltárásában, pályairányultságának, pályaalkalmasságának tisztázásában, az esetleges kudarcai feldolgozásában, a bizonytalan vagy megingott jövőkép helyreállításában, motivációinak megerősítésében, munkavégzési és alkalmazkodási készségei fejlesztésében, az egyéni életút kiteljesítéséhez szükséges távlati célok megfogalmazásában, valamint a munka világába való visszataláláshoz vezető út konkrét lépéseinek kidolgozásában.

Rehabilitációs tanácsadás: az egészségkárosodás mellett lehetséges munka, pálya kiválasztásához nyújt segítséget, amelyek a munka világába való visszatalálás reális lehetőségei felé nyithatnak új utakat. A tanácsadói beszélgetés során a tanácskérő egészségi állapotának megfelelő speciális ismeretekre és mélyebb önismeretre tesz szert, személyes problémái tisztázásával reális képet alkothat munkaerő-piaci kilátásairól. Érdeklődésének, megmaradt képességeinek feltárásával képessé válik saját értékeivel kapcsolatban valóságos ítéletet alkotni, és egyéni munkavállalási tervet tud kidolgozni és megvalósítani.

Reintegráló csoportos foglalkozás: munkaviszonnal már rendelkező, tartós munkanélküliek részére szervezett olyan csoportos foglalkozás, ahol az egyén saját helyzetének tudatosítása, elemzése történik meg. A foglalkozás egyéni tervvel zárul, amely alapja lehet a további együttműködésnek.

Újraorientáló csoportos foglalkozás: munkaviszonnal már rendelkező, tartós munkanélküliek részére szervezett olyan foglalkozássorozat, amelynek célja a csoporttagok igényeinek tisztázása és munkavállalási aktivitásuk fokozása.

3.5. A kompetencia alapú munkaerő-közvetítés

A *munkaerő-közvetítés* arra irányul, hogy elősegítse a munkát keresők és a munkát kínálók találkozását (munkaviszony létesítését). Az állami munkaügyi szervezet szolgáltató alapegységei a kirendeltségek, melyek munkaerő-piaci alapszolgáltatásként látják el a munkaközvetítői tevékenységet. A munkaközvetítés a keresleti oldalon megjelenő munkaerőigények feltárását, kielégítését, valamint a kínálati oldalon megjelenő álláskeresők munkához juttatását célozza, ami a gyakorlatban a munkaerő-piaci résztvevők (munkaadók és munkavállalók) azonos érdekek alapján történő kapcsolatba hozását jelenti. A kompeten-

cia hétköznapi értelemben illetékességet, jogosultságot esetlegesen szakértelmet jelent. A munka világában legáltalánosabban valamilyen munkakör ellátására, tevékenység gyakorlására vagy szerep betöltésére való alkalmasságot érthetjük alatta. A kompetencia alapvető tulajdonságai közé tartozik, hogy képesség-együttes, amely mindig cselekvéshez, egy meghatározott összefüggéshez kapcsolódik; három képességcsaládot – tudás, gyakorlat, szociális viselkedés formák – érintenek; a képességek integrálódnak, egymásra épülnek.⁶ A felnőtt ember kompetenciakészletének elemeit öt szinten lehet elhelyezni.

Ismeretek szintje: az ismeretek alatt tények, információk, adatok, konkrét és absztrakt fogalmak, törvények, szabályok, algoritmusok, elméletek, rendszere, összefüggések összességét, illetve a megértés tudásszintjét értjük.

Jártasságok szintje: az elsajátított ismeretek teljesítményképes, alkalmazható megjelenítését, a tevékenységben való gyakorlottságot jelenti.

Készségek szintje: a készségek az elsajátított ismeretek automatizált felhasználási szintjét, az alkalmazható tudás automatizált tevékenységformáit jelentik.

A képességek bázisa: intellektuális képességek (érzékelés, észlelés, figyelem, emlékezet, képzelet, gondolkodás stb.); kommunikációs képességek (beszéd, olvasás, írás); cselekvés képességei (mozgás, erőfeszítés stb.); szociális képességek (morális anticipáció, erkölcsi ítézőképesség, együttműködés, normakövetés, kapcsolattartás stb.).

Belső feltételrendszer: nehezen fejleszthető rejtett, kevésbé tudatos vagy tudattalan szint (tanuláshoz való viszony, értékek, attitűdök, szokások, ideálok, meggyőződések stb.).

A megváltozott munkaképességű emberek életében a *kompetenciadeficit* nagysága és minősége nagy szerepet játszik, mivel a kompetenciakészlet lehet hiányos, korszerűtlen, negatív szociális irányultságú is. Szükség lehet a kialakult és rögzült kompetenciák, belső világképek módosítására, kiegészítésére, pótlására vagy teljes megváltoztatására. Ezért a változtatás kettős funkcióval bír:

Korrekciós funkció, mely az előzetesen megszerzett tudásra épülő kognitív szerkezetek, belső világképek és feltételrendszerek (kompetenciák) konstruktív módosítását jelenti.

Előkészítő/felkészítő funkció a társadalmi mobilitáshoz, egy foglalkozás gyakorlásához, munkakör betöltéséhez, szerepek ellátásához szükséges – értelmi, érzelmi-akarati és pszichológiai elemekből álló – kompetenciaelvárások kialakítására, kompetenciák fejlesztésére, a kompetenciadeficit csökkentésére irányul.⁷

6 Mihály Ildikó: A kulcskompetenciák meghatározása – szerepük a munkavállalók munkaerő-piaci sikerének előkészítésében. Kézirat, 2005.

7 Dr. Henczi Lajos: Felnőttképzési menedzsment, Perfekt Budapest, 2005.

3.6. Tapasztalatok, következtetések

Az új szolgáltatási modell egyik nagy előnye, hogy rendszert alkot és megpróbálja elérni a komplexitást. Fontos eleme a munkaerő-piaci hátrányok leküzdésére való törekvés, vagyis segítséget (humán szolgáltatásokat, aktív eszközöket) az kapjon, aki ténylegesen rászorul.

Felgyorsítja az álláskeresés folyamatát, lehetőséget biztosít a munkaügyi központok erőforrásainak ésszerűbb felosztására.

Az szolgáltatási modell fontos része egy minőségirányítási rendszer bevezetése, amely az Európai Unióban általánosan elfogadott Közös Értékelési Keretrendszer. Célja, hogy meghatározott kritériumok vizsgálatán keresztül a szervezet tevékenységében rejlő, annak eredményességét és hatékonyságát leginkább befolyásoló problémák azonosíthatók és értékelhetők legyenek, amelyek alapján a kirendeltség képes lesz saját szervezeti „erősségeinek” és „gyengeségeinek” meghatározására, a fejlesztés megfogalmazására és végrehajtására.⁸

A rendszer komplexitásából adódóan a kis kirendeltségeken csak egyes részletei valósulhatnak meg a modellnek (környezeti feltételek, emberi erőforrás hiánya stb.).

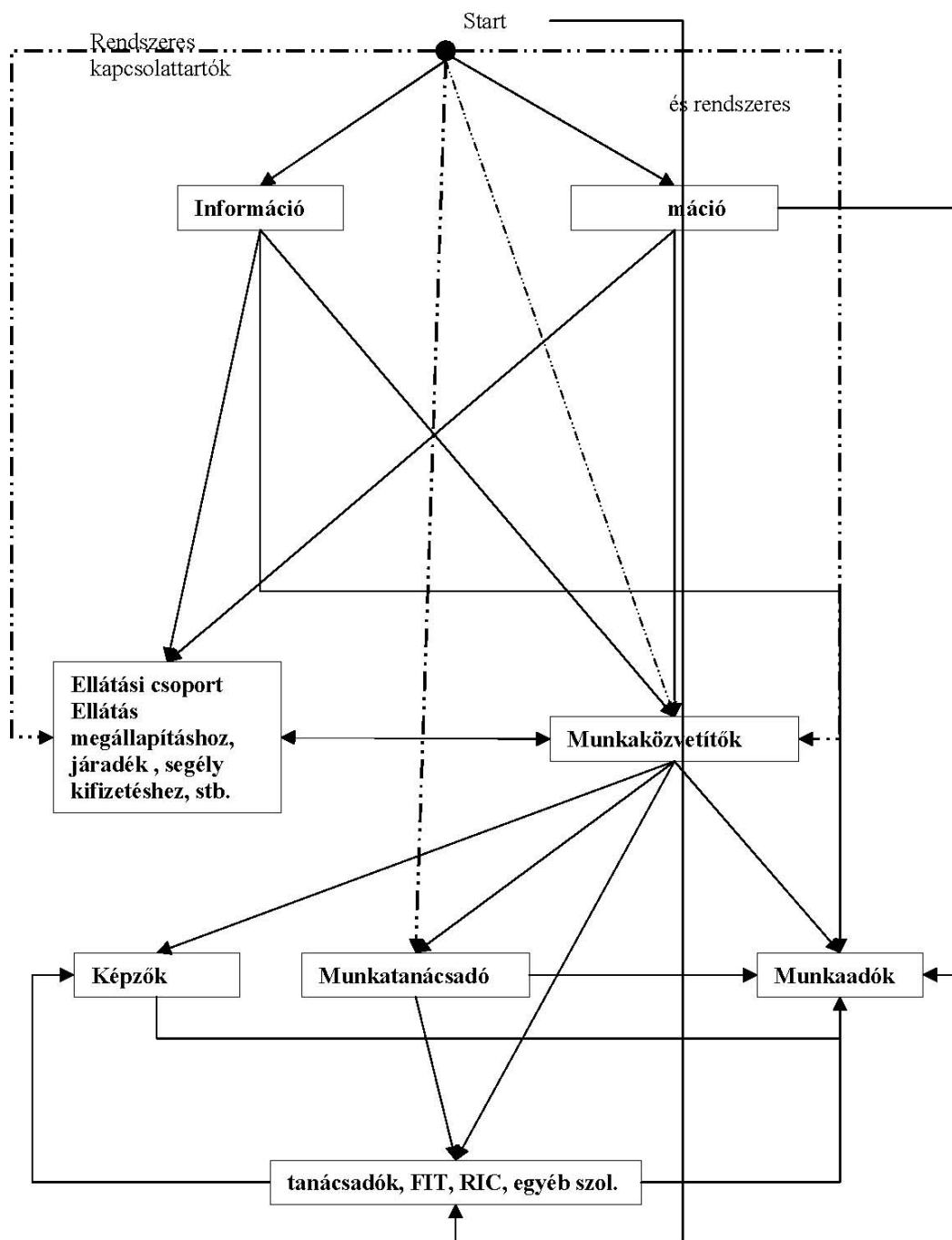
A profiling nagy hátránya, hogy döntően az akadályozó tényezők feltárására törekszik és nem azt vizsgálja, hogy az álláskereső mire képes. Minden humán erőforrásra irányuló statisztikai összehasonlító elemzésnél fennáll az ügyfél (a teljes ember) „ elvesztésének” a veszélye. *Éppen ezért fontos, hogy a profiling kiegészüljön a képességek alapján történő vizsgálati rendszerekkel.*

A rendszer nem gondolkodik speciális problémákon, – például a tartósan akadályozott emberekkel való bánás sajátos helyzetén – hanem általánosít. Ugyanakkor helyesen az esélyegyenlőség elősegítését tartja egyik fontos feladatának.

A modell megvalósítása egyre szélesebb körben egyenlő hozzáférést biztosító környezetben működik.

8 Common Assessment Framework (CAF)

2. ÁBRA
AZ ÜGYFÉL ÚTJA A KIRENDELTSÉGEN



MAGYARÁZAT A FOLYAMATÁBRÁHOZ

A megváltozott munkaképességű ügyfél útját jelentősen befolyásolja a megyei munkaügyi központok szakember-ellátottsága és az adott térség munkaerő-

piaci helyzete. Optimális körülmények között, illeszkedve az új kirendeltségi modellhez az ügyfél a szükségleteihez, a hozott problémáihoz igazodóan jut információkhoz, tanácsadáshoz, lép be, illetve lép ki a rendszerből. A motivált, szakképzett ügyfelek egy részénél nem is válik ismertté, hogy fogyatékos, egészségkárosodott, a számukra szükséges információkat az öninformációs formák biztosíthatják. A tapasztalatok azonban azt bizonyítják, hogy az ügyfelek zöme ragaszkodik a személyes kapcsolatfelvételhez. A munkaügyi központok rendelkeznek SZMSZ-szel, azonban nem tartalmaznak olyan folyamatábrát, amely a fenti cím szerint az ügyfél útját bemutatná. Az elkészült anyag két síkon közelíti meg a kérdést.

A folyamatábra a vázát képezi az ügyfél útjának, jól láthatóan érzékelteti választási lehetőségeit, a szolgáltatásokat, illetve azokat, amelyeket az ügyfél regisztráció nélkül, „közvetlenül” is igénybe vehet.

A megváltozott munkaképességű ügyfél útját mutatja be a rehabilitációs eljárásba vonást követően.

4. Az ügyfél útja

Információ: Az ügyfél, bármilyen státusza van (érdeklődő (EMMA, EURES stb.), szolgáltatást igénylő, (álláskeresői járadék, segély, közvetítés, képzés, ÁK, pszichológiai, rehab.) magát nyilvántartásba vetetni kívánó stb. itt jelenik meg először. Az „igényei”, helyzete, státusza (megváltozott munkaképességű) szerint kerül vagy az **ellátási csoport**hoz, vagy a **munkaközvetítő**hoz, de lehet érintett mind a két csoportnál is, illetve az új modell szerint igénybe veheti közvetlenül a szolgáltatásokat, ha már megtörtént a regisztrációja és **Álláskeresői megállapodást** kötött előzetesen. Az öninformációs rendszer igénybevételehez, a tájékozódáshoz mindez nem szükséges. Az ügyintézés során kiderülhet, hogy megváltozott munkaképességű (van OOSZI szakvéleménye, 40, 50, 67%, vagy nincs szakvéleménye, de egészségügyi problémái vannak), tehát rehabilitációs eljárás előtt áll.

ELLÁTÁSI CSOPORT

A passzív ellátási formák itt kerülnek megállapításra, mint álláskeresői járadék, álláskeresői segély. Itt folyik az EMMA ügyintézés, illetve az Alkalmi munkavállalói könyvek kiállítása.

MUNKAKÖZVETÍTŐK

Sokrétű feladatot végeznek. Itt történik az :

- Álláskeresői járadék, álláskeresői segély, egyéb támogatási kérelem benyújtása.
- Az ügyfél profilíng szerinti besorolása:

Önállóan tud állást keresni: az álláskeresők közül az, aki reális munkaerőpiaci célokkal, annak megfelelő értékekkel, az önálló elhelyezkedéshez megfelelő motivációval rendelkezik. Az önkiszolgáló rendszerek alkalmazása révén, a kirendeltségi munkatársak igénybevétele nélkül, vagy nagyon kevés segítséggel megtalálja a megfelelő munkahelyet.

Aki segítséggel tud állást keresni: akinek segítségre van szüksége és a kirendeltségek, illetve a munkaügyi központ támogatásával, illetve szolgáltatásával nagy valószínűséggel a munkaerőpiacra visszavezethető.

A veszélyeztetettek csoportjába sorolt: aki nem rendelkezik az elsődleges munkaerőpiacon eladható munkavégző-képességgel, jelentős mértékben elvesztett munkaerő-piaci értéke és nagy valószínűséggel a kirendeltség által biztosított eszközökkel belátható időn belül nem tud visszakerülni az elsődleges munkaerőpiacra.

- Első interjú, a megváltozott munkaképességű ügyfelek nyilatkozatása az egészségi állapotra vonatkozó okiratokról és a rehabilitációs eljárásban való részvételről.
- Fogalkozás-egészségügyi szakellátó helyre történő beutalás és.
- Álláskeresési megállapodás megkötése, az „Álláskeresők Kiskönyve” átadása.
- Közvetítés, amely arra irányul, hogy elősegítse a regisztrált álláskeresők és a munkát kínálók találkozását, a munkaviszony létesítését.
- Egyéb szolgáltatási formákat ellátó ügyintézőhöz irányítás.
- EURES ügyintézés a külföldi munkavállalás segítésére.

Jelen pályázati programban az interjú során nyilatkozik továbbá az ügyfél projektekben való részvételéről, a tervezett szolgáltatások az álláskeresési megállapodásban rögzítésre kerülnek. Részvétel vállalása esetén kézhez kapja a „Szolgáltatások kiskönyvet”, amelyben minden – a projekt szempontjából új eljárás – rögzítésre kerül. A munkaközvetítő az álláskereső részére kiállítja a beutalót a foglalkozás-egészségügyi szakellátó helyre. Ezzel a beutalóval és kiskönyvvel együtt minden esetben a pszichológushoz irányítja, majd az elvégzett komplex személyiségvizsgálat, képességvizsgálat, (szükség szerinti) FIT-RIC tanácsadás, foglalkozás-egészségügyi vizsgálat eredménye, és a rehabilitációs munkacsoport összegzett véleményével visszatér a közvetítőhöz.

KÉPZÉSI ÜGYINTÉZŐ:

Képzéssel kapcsolatos információt nyújt az aktuális helyzetről, az ajánlott és elfogadott képzések feltételeiről, a normatív lehetőségekről, fogyatékossgal élő emberek számára nyújtott, speciális formákról.

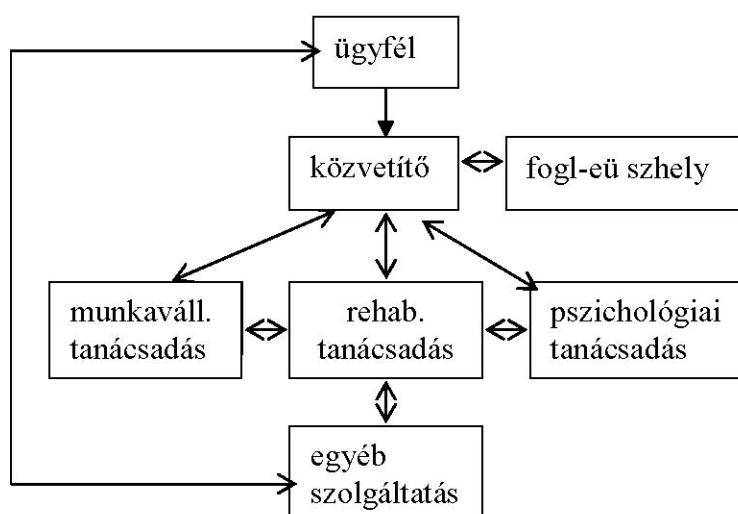
MUNKATANÁCSADÓ:

Egyéni, vagy csoportos tanácsadás keretében végzi feladatát, amely során önértékelő, a képességek megismerésére irányuló feltárást végezhet a tanácsadók Etikai kódexe alapján, illetve az eredmények alapján tovább irányíthat:

- FIT-be foglalkozási információs-, pályorientációs-, pályakorrekciós és egyéb iskolaválasztással, módosítással kapcsolatos tanácsadásra, speciális információk begyűjtésére.
- Pszichológushoz a munkavállalást elősegítő ill. akadályozó lelki folyamatok, pszichés problémák, életvezetési nehézségek feltárására és megoldására, továbbá az is fontos, hogy a profiling kiegészüljön a képességek alapján történő vizsgálati rendszerekkel.
- Álláskereső Klubba, ahol csoportos keretek között, trénerek segítségével az álláskeresés hatékony módjának elsajátítására van lehetőség a rendelkezésre álló infrastruktúra igénybevételével.
- RIC-be, ahol a fizikai és kommunikációs akadálymentesítés biztosítja az információkhoz való egyenlő hozzáférést az esélyegyenlőség jegyében és a humánszolgáltatások igénybevételére van lehetőség.

A humánszolgáltatás feladata az „intenzív” munkahelykeresésre felkészítés, a komplex pszichológiai vizsgálatok elvégzése, (személyiségvizsgálat, képességvizsgálat stb.) FIT-RIC tanácsadás, pályorientáció, rehabilitációs tanácsadás, Álláskereső Klub és a rehabilitációs tevékenység koordinációja.

3. ÁBRA
A REHABILITÁCIÓS ELJÁRÁSBA VONÁS SZERINT
– A MEGVÁLTOZOTT MUNKAKÉPESSÉGŰ – ÜGYFÉL ÚTJA LEEGYSZERŰSÍTVE



A fentiek alapján a regisztráció után a közvetítő kezdeményezi a már nyilvántartott személy foglalkozás-egészségügyi vizsgálatát. E vizsgálatot követően dönt arról, hogy tovább irányítja-e rehabilitációs tanácsadásra, vagy más az el-

helyezkedéséhez szükséges munkaerő-piaci szolgáltatásokra. Az átirányítást követően a rehabilitációs tanácsadónak több esetben más szakértő bevonását is kezdeményeznie kell (közvetítőn keresztül), vagy konzultálnia szükséges a foglalkozás-egészségügyi szakellátó helyek orvosaival és amennyiben ismételt vizsgálat szükséges a közvetítő elvégzi az ismételt beutalást. Az ügyfelek regisztráció hiányában is felkeresik a tanácsadókat, akik a megoldásra váró probléma rendezéséhez a megfelelő személyhez, de legfőképpen a közvetítőhöz irányítják az egészségi problémákkal küzdő álláskeresőket. A munkaerő-piaci szervezeten kívül megjelentek olyan szervezetek, magánszemélyek is, akik szolgáltatásokat, programokat működtetnek a hátrányos helyzetű munkanélküliek számára. A munkaügyi szervezet meg is vásárolhatja a szolgáltatásokat. Együttműködési megállapodás keretében e szervezetekhez is történik irányítás az ábra szinte minden pontjából. A szolgáltatások személyre szabottak, specializálódtak (pl.: értelmi fogyatékosággal élő emberek mentorálására, tartós munkanélküliekre, GYES-en levőkre stb.) Az önkormányzatok, és intézményeik szintén az átirányítás lehetséges színtereivé váltak létfenntartási, szociális és életvezetési problémák megoldása tekintetében.

5. A diagnózist felállító csoportok működése

A mai hazai gyakorlat szerint a munkavállaló foglalkoztathatóságának egészségügyi, pszichológiai, ergonómiai tényezőinek, követelményeinek meghatározása egymástól függetlenül, szervezett együttműködés nélkül történik. A projektünk legfőbb célja volt a szakemberek, szervezetek közötti kapcsolat, együttműködés fejlesztése, a megváltozott munkaképességű személy célorientált továbbirányítása egy folyamatos utánkövetés biztosításával. A megvalósítás, a foglalkozási rehabilitáció folyamatának tervezhetősége érdekében összehasonlítást kell végezni, ahol az összehasonlítás egyik tényezője a munkavállaló adott állapota, másik tényezője az elérni szándékozott állapot. A foglalkozási rehabilitációs terv gyakorlatilag azon eszközök meghatározása, amelyekre az egyik állapotból a másik állapotba való eljutáshoz szükség van. Azt kell vizsgálni, hogy a rehabilitálandó személynek milyen szükségletei vannak ahhoz, hogy az alaphelyzetből eljusson a kívánt (foglalkoztatotti) helyzetbe. Azt is vizsgálni kell továbbá, hogy a kívánt állapot eléréséhez milyen eszközöket, szolgáltatásokat kell igénybe venni. Rögzíteni kell azt is, hogy milyen végső kimenet prognosztizálható. Az eredményes rehabilitációt követően milyen foglalkoztatónál (védett, félig-védett, nyílt) tud munkát végezni. A *rehabilitációs terv összeállítása* csapatmunka, igényli a folyamatos konzultációt, a visszacsatolást, a közösen kialakítható cselekvést. Mindehhez létre kell hozni úgynevezett diagnózist felállító szakmai csoportot, amelynek egyik tagja, esetünkben a rehabilitációs tanácsadó, mint ügyfélgazda végzi az esettanulmányt.

5.1. A diagnózist felállító csoportok szakemberkörének, feladatainak meghatározása

FOGLALKOZÁS-EGÉSZSÉGÜGYI ORVOS FELADATA

- A korábban kiállított orvosszakértői dokumentumok foglalkozás-egészségügyi minősítése.
- A szakorvosi dokumentációval jelentkező álláskereső foglalkozás-egészségügyi értékelése és a dokumentumok a közvetítő számára történő ért elemzése.
- Az első interjúban egészségi korlátozottságot jelző, de erről megfelelő foglalkozás-egészségügyi dokumentációval nem rendelkező álláskereső vizsgálata.
- Foglalkoztatáshoz szükséges egészségi összetevők, egészségi képességek meglétének a meghatározása.
- További szakellátás javallása, kezdeményezése.

PSZICHOLÓGUS FELADATA:

- A képességek felmérése.
- Reális célkitűzéseinek megtervezéséhez segítségnyújtás.
- Krízishelyzetekbe kerülteket részére tanácsadás.
- Álláskereső kiválasztása adott munkahelyre, munkakörre.

REHABILITÁCIÓS TANÁCSADÓ FELADATA:

- Segíti a foglalkozási rehabilitáció irányának meghatározását.
- Egyéni rehabilitációs tervet állít össze.

ANDRAGÓGUS FELADATA:

- Speciális pályairányítás és tanácsadás.
- Speciális pálya és munkaalkalmassági vizsgálat.
- Munka kiválasztási segítségnyújtás.
- Szakmai képzés.
- Tanulási képességek fejlesztése, nevelése az adott életkörülmények, kapcsolatok fejlesztése érdekében.

6. Pszichológiai tanácsadás

Ez a tanácsadási forma a munkavállalást elősegítő ill. akadályozó lelki folyamatok, pszichés problémák, életvezetési nehézségek feltárására és megoldására irányul. A pszichológus segíti a tanácskérőt személyiségének jobb megismerésében, a belső erőforrásainak feltárásában, pályairányultságának, pályaalakosságának tisztázásában, az esetleges kudarcai feldolgozásában, a bizonytalan vagy megingott jövőkép helyreállításában, motivációinak megerősítésében, munkavégzési és alkalmazkodási készségei fejlesztésében, az egyéni életút kiteljesítéséhez szükséges távlati célok megfogalmazásában, valamint a munka világába való visszataláláshoz vezető út konkrét lépéseinek kidolgozásában.

6.1. Személyi feltételek

A munkaerő-piaci szolgáltatásokról, valamint az azokhoz kapcsolódóan nyújtható támogatásokról szóló 30/2000. (IX. 15.) GM-rendelet 4. számú melléklete alapján pszichológiai tanácsadást az alábbi végzettséggel lehet nyújtani:

- pszichológus végzettség vagy
- munka és pályatanácsadó szakpszichológus végzettség vagy
- szervezet és munka szakpszichológiai végzettség.

6.2. Tárgyi feltételek

A Phare 96'-os program, majd speciálisan a megváltozott munkaképességű személyek munkaerő-piaci pozíciójának növelését szolgáló módszertan kialakítására kiírt 97'-es program jelentős technikai fejlesztést valósított meg. E program egyik eredményeként létrehoztuk a pszichológiai szakszolgálat képességvizsgáló laboratóriumát Somogy, Tolna és Baranya megyében.

6.3. A Pszichológiai Szakszolgálat szerepe a foglalkozási rehabilitációban

A Pszichológiai Szakszolgálat elsődleges szerepe az ügyfél foglalkozási rehabilitációjának szolgálatába állítható képességeinek feltárása mérése. A képességfelmérés pszichológiai tanácsadás keretében történik. Ezen túl a pszichológus az ügyfél segítségére lehet azon életvezetési gondjainak megoldásában, amelyek a munkaerőpiacra való reintegrációját nehezítik, gátolják. (Például: a tartós munkanélküli állapottal összefüggő lelki problémák.)

AZ ÜGYFÉL ÚTJA A PSZICHOLOGUSHOZ

Az ügyfél több úton is a pszichológushoz kerülhet, küldheti:

- - Állásközvetítő,
- - rehabilitációs tanácsadó,
- - munkavállalási tanácsadó,
- - képzési ügyintéző,
- - Állásközvetítő Klub munkatársa,
- - FIT és RIC munkatársa,
- - önállóan is jelentkezhet.

A PSZICHOLOGIAI TANÁCSADÁS ALANYA

Pszichológiai tanácsadás javasolt az alábbi esetekben:

- Ha az ügyfél eredeti szakmájában a továbbiakban nem foglalkoztatható, a pszichológus segítségét lehet kérni az új pályairány meghatározásához, abban az esetben, ha a munkavállalási tanácsadó eszköztára nem elegendő a reálisan megvalósítható pálya kitűzéséhez (érdeklődési profiljának mélyebb feltárására, képességeinek mérésére van szükség.).
- Ha az ügyfél tanfolyamra szeretne jelentkezni, de kérdéses, hogy rendelkezik-e a tanfolyam elvégzéséhez szükséges képességekkel, lelki stabilitással, teherbírással (például: tanulási képességgel mérése szükséges.).
- Ha bizonytalan, hogy az átképzés céljaként kitűzött pályairány megvalósításához az ügyfél rendelkezik-e a szükséges pszichológiai képességekkel (például: ha monoton jellegű, jó kézügyességet igénylő munkáról van szó, rendelkezik-e a megfelelő szintű monotonia tűréssel, kézügyességgel).
- Ha az ügyfél pszichés állapotában a tartós munkanélküliség lelki hatásai jelentkeznek: motivátlanság, rossz önértékelés, munkára való alkalmatlanság érzése (a pszichológus fogja ez után eldönteni, hogy életvezetési tanácsadással az ügyfél reintegrálható-e a munkaerőpiacra, vagy mentálhigiénés megbetegedés miatt egészségügyi szakellátásra van szükség.).
- Ha a munkanélküliség és a munkaképesség csökkenés következtében az ügyfél olyan érzelmi krízishelyzetbe kerül, amelynek feldolgozása pszichológus segítségét igényli (kilátástalanság érzése, öngyilkossági gondolatok stb.).

A PSZICHOLOGIAI TANÁCSADÁS ESZKÖZRENDSZERE

A pszichológiai tanácsadás tanácsadói beszélgetésekből áll, amelyet általában kiegészítenek pszichológiai vizsgálatok. A következő vizsgálati módszereket különíthetjük el: Verbális kikérdezés. Teszt vizsgálatok:

- Az intelligenciatesztek.

- A személyiség vizsgálatára alkalmas mérőeszközök.
- A speciális képességvizsgáló tesztek.
- Érdeklődést vizsgáló tesztek, kérdőívek. A fenti módszereket bővebb kifejtésére a módszerek című fejezetben található.

HOL HASZNOSÍTHATÓK A VIZSGÁLATOK EREDMÉNYEI?

A közvetítő, vagy rehabilitációs tanácsadó az ügyfelet konkrét kérdéssel, vagy javaslattal küldi a pszichológushoz. Például: Megfelelőek-e az ügyfél képességei a .tanfolyamra? Foglalkozási rehabilitációjának érdekében életvezetési tanácsadáson való részvételét látom indokoltnak. A pszichológus a tanácsadás lezárultával, illetve ha szükséges, a tanácsadás folyamán konzultál a küldő ügyintézővel. Javaslatait, az ügyintéző által feltett kérdésekre adott válaszát rögzíti. Az ügyfél részére a pszichológus a tanácsadás során, illetve végeztével szóbeli visszajelzést ad a vizsgálatok eredményeiről.

A pszichológus a vizsgálati eredményeket, a tesztek profillapjait és az esetről készültfeljegyzéseit archiválja. Javaslatait a Szolgáltatások kiskönyvében is rögzíti. A teszteredmények hasznosíthatóak a következő területeken:

- Átképzés szakirányának meghatározásánál.
- Képzésre való alkalmasság feltárásához.
- Munkaerő-közvetítés esetén: az ügyfélnek a munkakörre való alkalmasságának feltárásához. Ebben az esetben a munkáltató számára is informatív lehet a képességvizsgálatokkal alátámasztott munkaköri alkalmasság (a képességvizsgálatok eredményeinek átadása külső szervezet részére csak az ügyfél hozzájárulásával történhet!).

A PSZICHOLÓGIAI TANÁCSADÁS KIMENETELE LEHET:

- Az ügyfél visszakerül a küldő ügyintézőhöz, az ügyintéző által feltett kérdésre kapott válasszal: pszichológiai véleménnyel, vagy a foglalkozási rehabilitációjához kapcsolódó javaslattal (pl.: képességvizsgálatok eredményével, képzési szakirány javaslatával).
- A pszichológus javasolja az ügyfél rehabilitációja érdekében más szolgáltatási alegység igénybevételét (pl. Álláskereső Klub).
- A pszichológus javasolhatja más, külső szervezet igénybevételét (pl.: együttműködő civil szervezet, egészségügyi szakellátó hely).
- Önálló álláskereső (amennyiben az ügyfél életvezetési problémái a tanácsadás hatására oldódtak, az ügyfél motivált az álláskeresőre, rendelkezik az elhelyezkedéshez szükséges képzettséggel és képességekkel.).

7. Foglalkozás-egészségügy

A szervezett munkavégzésbe bekapcsolódók, illetve részvevők számára a foglalkozás-egészségügyi szolgáltatás a munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII. törvény alapján munkavállalói jog, amellyel kötelezően élni kell, a munkaadók számára egyfajta kötelezettség. A foglalkozás-egészségügyi szolgálat olyan elsősorban preventív szolgálatot jelent, amelynek feladata egyrészt a munkahelyi megterhelés (fizikai, szellemi, lelki) és a munkakörnyezeti kóroki tényezők (fizikai, kémiai, biológiai, pszichoszociális, ergonómiai) felkutatása, folyamatos ellenőrzése; másrészt javaslattétel ezek egészséget nem károsító szinten tartásának módszereire; harmadrészt a munka adaptálása a munkavállalók képességeihez testi, szellemi és lelki egészségi állapotuknak megfelelően; negyedrészt a munkavállalók egészségének ellenőrzése munkájukkal kapcsolatban.

A foglalkozás-egészségügyi szolgálat működéséről, a munkáltatók és a munkavállalók kötelezettségéről a 89/1995. (VII. 14.) kormányrendelet és annak végrehajtására kiadott 27/1995. (VII. 25.) NM-rendelet rendelkezik.

Foglalkozás-egészségügyi szolgáltatás nyújtására a foglalkozás-egészségügyi szolgálatjogosult. A foglalkozás-egészségügyi szolgálat az alapszolgálatokból, szakellátó helyekből és az országos szervezetekből áll.

Foglalkozás-egészségügyi alapszolgáltatás legalább egy orvostól és egy ápolótól áll. Lehetőleg a munkavégzés helyén, vagy annak közelében kell biztosítani, finanszírozása a munkáltatót terheli. Az alapszolgáltatás korszerű szervezeti egysége a foglalkozás-egészségügyi központ, mely alkalmas multidiszciplináris foglalkozás-egészségügyi szolgáltatásra. Feladatai:

Munkaköri alkalmassági vizsgálatok végzése és az ehhez szükséges szakorvosi vizsgálatok kezdeményezése.

Foglalkozási megbetegedések, fokozott expozíciós esetek kivizsgálása.

Munkavégzés egészségkárosító hatásainak vizsgálata.

Egyéni védőeszközökkel kapcsolatos tanácsadás.

Munkavállalók munkakörülményeivel kapcsolatos felvilágosítás.

Az 1. alkalmassági csoportba tartozó közúti jármű vezetőik egészségi alkalmassági vizsgálata.

A SZOLGÁLAT KÖZREMŰKÖDIK:

- a munkahelyi veszélyforrások feltárásában;
- foglalkozás-egészségügyi, -fiziológiai, -ergonómiai, -higiénés feladatok megoldásában;
- az elsősegélynyújtás és a sürgős orvosi ellátás megszervezésében, az elsősegélynyújtók szakmai felkészítésében;
- a munkáltató katasztrófa-megelőző, -elhárító, -felszámoló és az előidézett károsodások rehabilitációs tervének kidolgozásában.

A szolgálat igénybe veheti a mentőszolgálatot, a szolgálat orvosa járóbeteg-szakellátást nyújtó szakrendelésekre, illetve háziorvosi ellátásra utalhatja a munkavállalót, speciális kórházi ellátást igénylő foglalkozási megbetegedés, vagy annak gyanúja esetén pedig – sürgősséggel vagy előzetes helybiztosítás útján – a Fodor József Országos Közegészségügyi Központ – Országos Munkahigiénés és Foglalkozás-egészségügyi Intézet Fekvőbeteg-osztályára utalhatja a beteget.

A **foglalkozás-egészségügyi szakellátást** megyénként 2-7, a fővárosban 6, országosan mintegy 100 szakhely végzi hetenként mintegy 2000 rendelési órában. A szakhelyen csak üzemorvostan-szakorvos tevékenykedhet, akinek munkáját ápoló segíti.

FELADATAI

- a munkaköri alkalmasság másodfokon történő elbírálására;
- a kézi-lőfegyverek, lőszeres, gáz-és riasztófegyverek megszerzésével és tartásával kapcsolatos egészségi alkalmasság másodfokon történő elbírálása;
- álláskeresők beiskolázás előtti és munkaközvetítés előkészítése keretében történő szakmai alkalmassági vizsgálata;
- közhasznú munka előkészítése érdekében az álláskereső munkaköri alkalmassági vizsgálata;
- szakellátás nyújtása foglalkozási megbetegedéssel vagy annak gyanújával beutaltak számára;
- konzultatív tevékenység más szakterületek orvosai számára a foglalkozási megbetegedések köréből;
- a munkahigiénés tanácsadás az alapszolgálat részére;
- a megyei tisztifőorvos felkérésére közreműködés a foglalkozás-egészségügyi ellátás megszervezésében, valamint a megyei (fővárosi) foglalkozás-egészségügyi szakfőorvos irányításával az alapellátást nyújtó szolgálatok ellenőrzésében;
- a szakképzést folytató intézmények tanulóinak és a felsőoktatási intézmények hallgatóinak külön jogszabály szerinti szakmai alkalmassági vizsgálata;
- a megváltozott munkaképességű álláskeresők foglalkoztathatóságával kapcsolatos szakvéleményezés a munkaügyi központok számára.

A foglalkozási rehabilitáció folyamatában a foglalkozás-egészségügyi alapszolgálatok és a szakellátó helyek feladatai különböznek egymástól. Az alapszolgálatok a munkaviszonyban lévő megváltozott munkaképességű, a szakellátó helyek pedig az álláskereső megváltozott munkaképességűek munkába állításában működnek közre. A munkaügyi központ szerződést köt a 43/1999. (III. 03.) kormányrendeletnek megfelelő helyszínen működő foglalkozás-egészségügyi szakellátó helyekkel az alábbi vizsgálatok elvégzésére:

- szakmai alkalmassági vizsgálat munkaközvetítés előkészítése keretében;
- szakmai alkalmassági vizsgálat beiskolázás előkészítése keretében;
- munkaköri alkalmassági vizsgálat közhasznú munkavégzés előkészítése érdekében;
- foglalkoztathatóság szakvéleményezése.

A 11/1998. (IV. 29.) MüM-rendelet értelmében a kirendeltségek beutalóval utalják be az álláskeresőt a foglalkozás-egészségügyi vizsgálatra.

A munkaköri és szakmai, illetve személyi higiénés alkalmasság orvosi vizsgálatáról és véleményezéséről szóló 33/1998. (VI. 24.) számú NM-rendelet az alábbi módon határozza meg az orvosi vizsgálatok formáit:

Szakmai alkalmassági vizsgálat: a szakma elsajátításának megkezdését megelőző, illetőleg a képzés és az átképzés időszakában az alkalmasság véleményezése érdekében végzett orvosi vizsgálat.

Munkaköri alkalmassági vizsgálat annak megállapítása, hogy egy meghatározott munkakörben és munkahelyen végzett tevékenység által okozott megterhelés a vizsgált személy számára milyen igénybevételt jelent és annak képes-e megfelelni.

Foglalkoztathatóság szakvéleményezése: annak megállapítása, hogy a vizsgált személy megváltozott munkaképessége mennyiben befolyásolja a munkavégzését különböző foglalkozásokban.

Előzetes szakmai alkalmassági vizsgálaton vesz részt az álláskereső a munkaügyi központ kezdeményezésére közvetítést, illetve az általa támogatott foglalkozást elősegítő képzést megelőzően. A vizsgálat eredménye lehet: alkalmas, ideiglenesen nem alkalmas, és nem alkalmas. A közvetítést megelőző vizsgálaton kívül az álláskereső további vizsgálatra nem kötelezhető.

Foglalkozás-egészségügyi szakvéleményt kell beszerezni, ha a munkaközvetítés, képzésben történő részvétel, továbbá közhasznú munkavégzés előkészítése során az álláskereső munkaköri vagy szakmai alkalmassága vitatott, vagy annak véleményeztetését a foglalkoztatóval vagy a képző szervezettel történt megállapodás alapján a munkaügyi központ vállalta.

A foglalkoztathatóság véleményezése során a foglalkozás-egészségügyi szakellátó hely orvosa a megváltozott munkaképességű álláskereső vizsgálata, az egészségi állapotára vonatkozó dokumentumok tanulmányozása, szükség esetén kiegészítő szakvizsgálatok alapján meghatározza a foglalkoztatási korlátozásait. A foglalkoztathatósági vizsgálat során a vizsgálatokat végző orvos minősíti az álláskereső munkahely-megtartási esélyeit (csökkentek, nem csökkentek), továbbá számba veszi a foglalkoztatási korlátozásokat (korlátozó, kizáró) és a foglalkoztathatóságról szakvéleményt ad (foglalkoztatható, ideiglenesen nem foglalkoztatható, egészségi állapotának megfelelő munkafeltételeket biztosító munkahelyen foglalkoztatható, nem foglalkoztatható).

A foglalkozás korlátozásainak leírása egységes lista alapján történik, melyen külön pontokban szerepelnek:

- az érzékszervekre és a beszélő készségre,

- a testhelyzetekre és a helyváltoztató mozgásokra;
- a fizikai munka nehézségi fokára;
- a munkakörnyezet kóroki tényezőire;
- egyéb tényezőkre (munkaidő, munkarend) vonatkozó foglalkoztatási korlátok.

A foglalkozás egészségügyi orvos a foglalkoztatási korlátokat rögzíti a „Foglalkozás-egészségügyi szakvélemény a foglalkoztathatóságról” dokumentumon, melyet a munkaügyi szervezet részére továbbít, másolatát a dokumentációban megőrzi. E válasz nyomtatványon a korlátozások kizáró vagy korlátozó tényezőként jelennek meg. A foglalkozás-egészségügyi szakellátó hely által a foglalkoztathatóságról adott szakvélemény és az egyes foglalkozások adatainak összevetését a munkaügyi szervezet szakemberei végzik. Ennek alapján eldöntik, hogy a rendelkezésre álló foglalkoztatási lehetőség az illető számára megfelelő-e, illetve átképzése milyen foglalkozásokra javasolható.

Kizáró ok: A munkavállaló nem alkalmas az adott munkakör ellátására, mert a munkavégzés során és/vagy a munkakörnyezetből olyan hatás éri, mely számára megengedhetetlen igénybevételt jelent, egészségét károsítja.

Korlátozó tényezők: A munkavállaló nem alkalmas a munkavégzésre, hanem az egészségi állapotának függvényében mérlegelni kell a munkavégzésből és a munkakörnyezetből eredő megterheléseket.

Foglalkozások egészségügyi tényezői című kiadvány, illetve szoftver foglalkozásként rögzíti, hogy mely egészségi korlátozásokkal rendelkező egyén nem alkalmas az adott foglalkozásban történő munkavégzésre. A munkakörök leírása két részből áll:

1. A munkakörök bemutatása, különös tekintettel a fizikai tevékenységekre és a munkakörülményekre.
2. A munkavégzést akadályozó állapotok, fizikai és lelki tényezők, amelyek kizárják, illetve korlátozzák a munkavégzést.

Az „Orvosi útmutató a szakmai és munkaköri alkalmasság véleményezéséhez és a pályaválasztási tanácsadáshoz” című kiadvány az Országos Képzési Jegyzékben is felsorolt, az állam által elismert szakképesítések részletes leírása (munka jellege, munkafolyamat leírása, pszichikai követelmények, egészségre ártalmas tényezők, baleseti lehetőségek) mellett tartalmazza az adott szakmára vonatkozó szakmai alkalmasságot kizáró egészségi okokat, elváltozásokat. E kiadvány segítséget nyújt annak eldöntésében, hogy a korlátozásokkal rendelkező személy foglalkoztatása kizárt vagy kétséges az adott szakmában. A szakmastruktúra, továbbá bizonyos szakmák egészségügyi követelményeinek változásával a kiadvány korszerűsítése, bővítése indokoltá vált.

8. Rehabilitációs tanácsadás

Ez a tanácsadási forma az egészségi okokkal – veleszületett vagy szerzett – összefüggő munkaképesség változással kapcsolatos foglalkozási rehabilitáció lehetőségét veszi számba, további szolgáltatásokat von be, az ügyfeleket továbbirányítja olyan szervezetekhez, intézményekhez, amely a munka világába való bekerülést, visszatalálást segítheti elő. A tanácsadói beszélgetés során a tanácskérő egészségi állapotának megfelelő speciális ismeretekre és mélyebb önismeretre tesz szert, személyes problémái tisztázásával reális képet alkothat munkapiaci kilátásairól. Érdeklődésének, megmaradt képességeinek feltárásával képessé válik saját értékeivel kapcsolatban valóságos ítéletet alkotni, és egyéni munkavállalási tervet tud kidolgozni és megvalósítani.

8.1. Jogszábeli háttér

A foglalkozási rehabilitáció a munkaerő-piaci szervezet tevékenységi körébe történő illesztése 1997. évtől kezdődött. Majd a foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról szóló 1991. évi IV. törvény módosítása előírta, hogy 1998. január 1-jétől a megyei munkaügyi központokban rehabilitációs munkacsoportok kezdjék meg működésüket. A 11/1998.MüM-rendelet hatályba lépésével szabályozottá vált a munkaügyi központok foglalkozási rehabilitációs eljárása és egyes támogatások. A 2000. február 1-jei hatályba lépő 30/2000 (IX. 15.) GM-rendelettel meghatározásra került hogy a munkaerő-piaci szervezet milyen szolgáltatásokkal segítheti az ügyfelek munkához jutását. E rendelet szabályozza a szolgáltatások részletes körét, időtartamát, továbbá az ezek nyújtásával kapcsolatos alapvető szakmai követelményeket, valamint hogy a szolgáltatásban részesülő a szolgáltatás igénybevétele alatt milyen ellátásban részesülhet.

8.2. Személyi feltételek

Milyen végzettséggel lehet rehabilitációs tanácsadást nyújtani?

A munkaerő-piaci szolgáltatásokról, valamint az azokhoz kapcsolódóan nyújtható támogatásokról szóló 30/2000. (IX. 15.) GM-rendelet 4. számú melléklete alapján

- munkavállalási tanácsadó végzettség, vagy
- szociálpedagógiai végzettség, vagy
- szociális munkás végzettség, vagy
- munka-és pályatanácsadó végzettség, vagy
- felsőoktatási diáktanácsadó posztgraduális végzettség, vagy
- tanulási és pályatanácsadó pedagógus végzettség, vagy
- felsőfokú mentálhigiénés végzettség, vagy

- pályaorientációs tanár, vagy
- pszichológus végzettség, vagy
- munka-és pályatanácsadó szakpszichológus végzettség, vagy
- szervezet és munka-szakpszichológus végzettség.

8.3. Tárgyi feltételek

A tanácsadás nélkülözhetetlen feltétele olyan szoba, iroda rendelkezésre állása, amelyben a tanácsadói beszélgetés minden zavaró forrás kiiktatásával, intim körülmények között lefolytatható. A régió munkaügyi központjainak és kirendeltségeinek fizikai akadálymentesítése nagyrészt megvalósult, a Rehabilitációs Információs Centrumokban az információs tér berendezésénél figyelembe vettük a bútorok, asztalok, számítógépek kerekesszékekkel történő megközelíthetőségét. Vakok igényeit szolgálja az információs centrumokban található szkennerek, hordozható számítógépek és az ezekre telepített szoftverek. Az írásos anyagok hanganyag formájában történő feldolgozását segítik a karakterfelismerő szoftverek, továbbá a JAWS szoftverek. A gyengénlátó ügyfelek számára rendelkezésre áll a képernyőnagyító Zoom text program, illetve az írott információt nagyító hordozható Prisma olvasókészülék. A munkaügyi központ szolgáltatásairól, támogatási rendszeréről készített szórólapok elkészítésénél figyelembe vettünk a vakok és gyengénlátók eltérő igényeit. Tanácsadóink hallássérült ügyfeleinkkel történő folyamatos kapcsolattartását segítik elő a fax készülékek és az SMS küldő készülékek. Az indukciós hurokerősítő, és az indukciós párnák a kommunikáció megkönnyítését szolgálják tanácsadás, csoportos tájékoztatás illetve ügyintézés során. A RIC információs terében jól olvasható feliratok és piktogramok segítik az értelmi fogyatékosággal élő emberek könnyebb tájékozódását. Szóróanyagaink közérthető, egyszerű és tömör megfogalmazással készültek részükre.

AZ ÜGYFÉL ÚTJA A REHABILITÁCIÓS TANÁCSADÓHOZ

Az ügyfél több úton kerülhet rehabilitációs tanácsadóhoz.

- állásközvetítő
- pszichológus
- munkavállalási tanácsadó
- képzési ügyintéző
- Állásközvetítő Klub munkatársa
- FIT és RIC munkatársa küldheti,
- önállóan is jelentkezhet

A REHABILITÁCIÓS TANÁCSADÁS HELYSZÍNEI:

A munkaügyi központ központi szervezeti egységei:

- Humánszolgáltatási, Szolgáltatási Osztályai

- Foglalkozási Információs Tanácsadó
 - Rehabilitációs Információs Centrum
 - Pszichológiai szakszolgálat
 - Álláskereső Klub
- A munkaügyi központ kirendeltségei.
Külső szolgálatok.

A REHABILITÁCIÓS TANÁCSADÁS ALANYA:

Rehabilitációs tanácsadásban bárki részesülhet – hozzájárul adatainak nyilvántartásba vételéhez –, aki

- egészségkárosodása miatt nem érzi magát teljes értékű embernek, tanács-talan, nem tudja megfogalmazni céljait, nincs jövőképe,
- nem tudja, hogy aktuális élethelyzete megoldásához hol és milyen segítséget kaphat,
- nincs szakmája, szakképesítése, és szeretne egészségi állapotának megfelelő pályát választani,
- megváltozott munkaképessége miatt szakmájában nem tud elhelyezkedni, vagy alacsony iskolai végzettségű és nem tudja milyen foglalkozás irányába induljon el,
- foglalkoztatást elősegítő támogatásra közvetítenék ki, de bizonytalanság merül fel munkahely-megtartó képességükben.

9. Andragógia

A regionális képző központok 1990-től folyamatosan alakultak Magyarország kilenc megyeszékhelyén Békéscsabán, Budapesten, Debrecenben, Kecskeméten, Miskolcon, Nyíregyházán, Pécsen, Székesfehérváron és Szombathelyen. Valamennyit a Munkaügyi Minisztérium hozta létre a helyi önkormányzatok támogatásával. Feladatuk az álláskeresővé vált emberek közül kiemelten a tartós munkanélküliek, a pályakezdők és a megváltozott munkaképességűek számára képzés és továbbképzés biztosítása a munkaügyi központoknál történt regisztráció után. 1998. óta a képzőközpontok folyamatosan bekapcsolódtak a megváltozott munkaképességű emberek és a fogyatékosággal élő emberek sajátos speciális életvitel okozta akadályainak lebontásában.

9. Jogszabályi háttér

- 1993. évi LXXVI. törvény a szakképzésről
- 45/1999. (XII. 13.) OM-rendelet a szakképzés megkezdésének és folytatásának feltételeiről
- 2/2000. (I. 31.) OM-rendelet az Országos Képzési Jegyzékről szóló 7/1993. (XII. 30.) MüM rendelet módosításáról

- 2001. évi CI. törvény a felnőttképzésről
- 26/2001. (VII. 27.) OM-rendelet a szakmai vizsgáztatás általános szabályairól és eljárási rendjéről
- 27/2001. (VII. 27.) OM-rendelet az Országos Képzési Jegyzékről szóló 7/1993. (XII. 30.) MüM rendelet módosításáról
- 48/2001. (XII. 29.) OM-rendelet a felnőttképzést folytató intézmények nyilvántartásba vételének részletes szabályairól
- 91/2002. (IV. 26.) Korm. rendelet a felnőttképzést folytató intézmények és a felnőttképzési programok akkreditációjának részletes szabályairól
- 5/2004. (II. 24.) FMM-rendelet a felnőttképzést folytató intézmények nyilvántartásba vételének részletes szabályairól szóló 48/2001. (XII. 29.) OM rendelet módosításáról
- 206/2005. (X. 1.) kormányrendelet a felnőttképzési normatív támogatás részletes szabályairól
- 22/2004. (II. 16.) Korm. rendelet a felnőttképzést folytató intézmények és a felnőttképzési programok akkreditációjának szabályairól
- 24/2004. (VI. 22.) FMM-rendelet az akkreditációs eljárás és követelményrendszer részletes szabályairól 23/2005. (XII. 26.) FMM-rendelet a regionális képzőközpontok feladatairól, irányításáról, a Munkaerő-piaci Alap foglalkoztatási alaprészén belül elkülönített képzési keret felhasználásáról, valamint a regionális képzőközpontok és a megyei (fővárosi) munkaügyi központok együttműködéséről

9.2. Tárgyi feltételek

Intézményünk akadálymentes intézmény. (épület, lift, oktatóterem, melléképületek). A képzési programok bonyolítására speciális berendezések, eszközök állnak rendelkezésünkre, melyek segítik a fogyatékos hallgatóink egyéni tanulási folyamatát is (speciális számítógépasztalok, székek, lábtámaszok, számítástechnikai eszközök (monitor, egér, billentyűzet); hangos tankönyvek; beszélő szoftverek, hallókészülékkel élők számára indukciós hurok. A fogyatékos ügyfelek képzéseinek lebonyolításához elengedhetetlenül szükséges a tárgyi infrastruktúra biztosítása mellett a mozgáskorlátozott, vak és gyengénlátó hallgatók számára a képző intézménybe való eljutás-az utazás, szállítás-megszervezése. Ennek megoldására nyújtanak segítséget a támogató szolgálatok.

9.3. Személyi feltételek

Az oktatáshoz szükséges speciális személyi feltétel biztosítása is nagy jelentőséggel bír a fogyatékosággal élő emberek képzésénél. Intézményünkben rehabilitációs munkacsoport működik a különböző célcsoportok képzéseinek szervezésére, koordinálására. Az aktuális feladatok függvényében a csoport tagjaihoz tartoznak a fogyatékosággal élő emberek képzésében részt vevő tréner, szakinstruktorok, mentálhigiénés tanácsadó, személyi segítők. A rehabilitá-

ciós team a hatékony tanulás megvalósulásáért a szakinstructorokkal folyamatos megbeszéléseket kezdeményez, melynek célja a szakterületek információcseréje, egymás munkájának támogatása a hallgató érdekében.

9.4. Képzéseink módszertani jellegzetességei

Képzéseinket a *kompetenciára alapozott modulrendszerű oktatás* jellemzi, melynek során *figyelembe* vesszük, hogy az egyén az általa kiválasztott szakmai tudás megszerzéséhez milyen kompetenciák és ismeretek megtanulása útján juthat el. A munkavállalók élettapasztalattal szerzett mindennemű tudását, szakértelmét felmérve és figyelembe véve alakítjuk ki a képzési modulokat. Igény esetén az egyéni sajátosságokat figyelembe vevő, *személyre szabott szakmai képzés* felkínálása is megtörténik. A *gyakorlatorientáltság*, mint jellemző a képzés során az elméleti tudás megszerzése mellett a választott szakma gyakorlati tevékenységeinek erőteljes tanítását helyezi előtérbe. Az adott célcsoportnak megfelelően kialakított *rövid, vázlatszerű tananyag* alkalmazása a fogyatékkal élőkénél hangsúlyosabban alkalmazott módszer. Például a vakok és gyengénlátók esetében hangos tankönyvek alkalmazása, a siketek és nagyothalálók esetében a kommunikáció akadályainak leküzdése érdekében jelnyelvi tolmács biztosítása a képzés, valamint a vizsga idejére. A *kis létszámú csoportok* tervezése, a *megnövelt óraszámú tananyag* alkalmazása, a lehetőség biztosítása a *gyakori ismétlésre, összefoglalásra, visszacsatolásra* az egyéni tanulási folyamat hatékonyságát nagymértékben növelő, alaposabb tudás megszerzését elősegítő tényező. A célcsoport és az egyéni képességeket figyelembe véve szükség szerint alkalmazzuk a *kettős vezetésű oktatást*, melynek során a képzésen résztvevők munkáját egyszerre két instruktorként segíti. Képzéseinkhez kapcsolódnak – mint *kiegészítő modulok* – a következő ismeretek: tanulástechnikai, személyiségfejlesztő, kommunikációs és életvezetési tréningek, elhelyezkedési tanácsadás.

A PÉCSI REGIONÁLIS KÉPZŐ KÖZPONT SZOLGÁLTATÁSAI

- előzetes – élettapasztalattal szerzett – tudás felmérése;
- pályaorientációs és pályakorrekciós tanácsadás;
- képzési szükségletek felmérése és képzési tanácsadás;
- elhelyezkedési tanácsadás és álláskeresési technikák oktatása;
- mentálhigiénés tanácsadás;
- munkaviszonnal és munkanélküliséggel és kapcsolatos jogi tanácsadás.

A *felnőttek képzési szolgáltatásainkhoz* történő hozzáférés lehetősége minden képzésben résztvevő hallgatónk számára biztosított. Szakmai képzéseink minden esetben olyan modulokat is tartalmaznak, amelyek az életvitel formálásához, munkahelyi beilleszkedéséhez adnak segítséget.

9.5. A képzések alanyi köre

FOGYATÉKOS EMBEREK

A fogyatékos személyek érdekképviseleteinek és a PRKK közös szervezése kapcsán a képzések többnyire a normatív támogatás, a központi képzési keret és egyéb pályázatok finanszírozásából valósulnak meg. A munkaügyi központok szerepe megyénként változó. Egyes megyékben aktív részesei a képzések szervezésének, lebonyolításának, máshol tőlük függetlenül szerveződnek a képzések.

A képzésben való részvétel feltétele egyrészt a fogyatékoság igazolása a 206/2005.(X. 1.) Kormányrendelet alapján, valamint a foglalkozás egészségügyi orvos igazolása arról, hogy a hallgató az adott képzés elvégzésére alkalmas.

Képzésük többnyire homogén csoportokban valósul meg a szervezetek igénye alapján. Az egészségkárosodás mértékétől függően „egészséges” csoportokba való integrálódásra is volt már példa, és ehhez többnyire a lehetőségek is adottak.

A MEGVÁLTOZOTT MUNKAKÉPESSÉGŰ EMBEREK

A megváltozott munkaképességű személyek a munkaügyi központok regisztrált ügyfelei közül kerülnek be a képzési folyamatba. Képzésük integrált csoportokban valósul meg oly módon, hogy az ő egészségkárosodásuk rejtve marad.

Ennek érdekében intézményünkben a hatályos jogszabályoknak megfelelően 2005. július 1-jétől bevezetésre került a megváltozott munkaképességű hallgatók regisztrációja, melynek dokumentációja a „Jelentkezési Lapon” történik. A jelentkezési lapokon rákérdezzük célcsoport azonosítása érdekében az esetleges egészségkárosodásra egyrészt a statisztikai beszámolási kötelezettség miatt, másrészt pedig azért, mert ez az azonosítási folyamat nagymértékben elősegíti a képzési folyamatban a célcsoportra történő odafigyelést, ezáltal a foglalkozási rehabilitáció elősegítését.

10. A foglalkozási rehabilitációs eljárás – a diagnózis felállításától a rehabilitációs tervig

A rehabilitációs folyamatban a kirendeltségi közvetítő, illetve a rehabilitációs koordinátor az ügyfél egészségi állapotának (és sok egyéb más tényező) feltárását követően megállapodást köt a megváltozott munkaképességű álláskeresővel a rehabilitációs eljárásban való részvételről, a szolgáltatások igénybevételéről. Ellátja az ügyfelet a Szolgáltatások kiskönyvével és a foglalkozás-egészségügy foglalkoztathatósági vizsgálatára történő beutalóval, majd időpontot egyeztet a kiválasztást végző pszichológiai, foglalkozás-egészségügyi és rehabilitációs tanácsadóval, illetve orvossal.

A kirendeltségi rehabilitációs eljárásba vonást a pszichológiai szűrés követte a célcsoport készségeinek, képességeinek felmérése, az ügyfél reális célkitűzéseinek megtervezése, továbbá az esetlegesen krízishelyzetbe került személyek jobb pszichés-szintre emelése érdekében. A szűrés eredményeként megtörtént az ügyfél által, képességei alapján betölthető szakma, esetleg képzés irányának meghatározása, továbbá a pszichológus által elvégzett tevékenység dokumentálása a Szolgáltatások kiskönyvében.

A foglalkozás-egészségügyi szakorvos már a kiválasztott szakma, illetve képzés ismeretében végzi el a foglalkoztathatóság vizsgálatát (annak megállapítása, hogy a vizsgált személy megváltozott munkaképessége mennyiben befolyásolja a munkavégését különböző foglalkozásokban). Majd a program kapcsán módosított nyomtatványon szakvéleményt ad, és megállapítását dokumentálja a Szolgáltatások kiskönyvében.

Az ügyfél a rehabilitációs tanácsadóval közösen összegzi a korábbi megállapításokat, javaslatokat, megállapítást, megerősítést nyer a foglalkozási rehabilitáció iránya. Az eredmények rögzítésre kerülnek a Szolgáltatások kiskönyvében, majd az ügyfél visszatért a kirendeltségre (közvetítőjéhez, képzési felelős-höz, tanácsadójához), illetve továbbírányításra kerül az andragógiai csoporthoz, egyéb tanácsadókhöz, illetve külső szolgáltatókhoz az ügyfél munkaerő-piaci esélyeinek növelése érdekében. Egészségi állapotból következő tartós munkavégzésre való alkalmatlanság esetén az ügyfél a munkaerő-piacról való kivonulás lehetőségét kell, hogy mérlegelje.

10.1. A pszichológiai vizsgálatok módszerei

A tanácsadó, ügyintéző pszichológiai vizsgálat iránti kérésével kapcsolatban három lehetséges vizsgálati irány képzelhető el:

- Pályakorrekciós tanácsadás.
- „Általános” képességvizsgálat, melynek célja egy átfogó kép megállapítása az ügyfél képességeiről.
- Adott szakmára, vagy munkakörre való alkalmasság, illetve képezhetőség megállapítása.

Verbális kikérdezés

Kiemelten használt módszer, beszélgetés keretében zajlik. Több változata ismert. A módszer különbözőváltozatai egyaránt alkalmazhatóak a kívánt információk megszerzésére. A beszélgetés célja: az ügyfél-adatainak felvétele, - érdeklődési körének meghatározása, - a munkával kapcsolatos attitűdjének feltárása, - és problémakörének tisztázása.

E vizsgálati módszerrel nyert számos adat és információ segíti a további vizsgálati irányok, eszközök megtervezését.

Teszt vizsgálatok

A teszt módszer nemzetközileg szabványosított feladatsort tartalmaz. A teszt egységes szituációba helyez olyan embereket, akik valamilyen tulajdonságuk tekintetében különböznek. Lényege a feladathelyzet, amelyben a vizsgált személynek tudása, képessége, vagy aktuális érzelmi állapota szerint teljesítenie kell: a feladatot szóban, vagy cselekvésben kell megoldania. A megoldások milyenségét az értékelési útmutatók, a nagyon nagyszámú vizsgálati személy megoldásaiból nyert *standardok* (átlagok) alapján minősítik.

A tesztek a vizsgálat célja szerint különböző típusokba sorolhatjuk:

Az intelligenciatesztek

Ezek a tesztek különböző, szóban és cselekvésben megoldandó részpróbákból állnak. A részpróbák egyre nehezedő feladatsort tartalmaznak, az értékelést meghatározza, hogy a vizsgálati személy meddig jut el a megoldásokban.

A projekt szempontjából az Amthauer-féle Intelligencia Struktúra Tesztet (és az *OTIS-II.-t*) választottuk ki. A Magyarországon található intelligenciatesztekkel alapvető probléma, hogy legtöbbjüknek nagyon régi a standardja, vagy nem rendelkezik magyar standarddal, ami az alkalmazását, a pontosságát teszi kétségessé. Mindezeket figyelembe véve nagyon nehéz olyan intelligenciatesztet választani, amely adekvát eszköznek minősülne. A *RAVEN Progresszív Mátrixok* teszt lenne talán a legalkalmasabb mérőeszköz, ez azonban nagyon nagy anyagi terhet róna a munkaügyi központokra.

10.1.1. A SZEMÉLYISÉG VIZSGÁLATÁRA ALKALMAS MÉRŐESZKÖZÖK

A személyiség vizsgálatára alkalmas eszközök (tesztek és kérdőívek), a személyiségmélyebb rétegeinek (az érzelmi-indulati élet, a külvilághoz, más emberekhez és önmagához való viszony) feltárására szolgálnak. A projekt szempontjából az alábbi eszközöket választottuk ki: CPI és EPQ.

Javaslatok: nem célszerű projektív tesztek alkalmazni, mivel mérésről beszélünk, helyettük inkább viszonylag friss standarddal rendelkező eljárásokat igyekszünk használni. A kívánalmaknak olyan személyiségteszt felelne meg leginkább, amely a vizsgált személy személyiségstruktúráját és a munka kívánalmait egyeztetné, azaz a Person-JobFit modellnek megfelel. Ennek leginkább a *Holland-féle* személyiségvizsgálati módszer felelne meg, ezzel azonban a munkaügyi központok nem rendelkeznek, beszerzése pedig nem lehetséges.

10.1.2. A SPECIÁLIS KÉPESSÉGVIZSGÁLÓ TESZTEK

Ezek a tesztek egy-egy meghatározott képességet mérnek, legtöbbször valamilyen feladatra (foglalkozásra) való alkalmasság szempontjából. A speciális képességeket ún. papír-ceruza tesztekkel, illetve különféle műszerekkel egyaránt vizsgálhatjuk. A projekt szempontjából az alábbi eszközöket választottuk ki:

- Figyelemkoncentráció: Brincenkap „d” próba, Disztributív figyelemképesség-vizsgáló
- Reakció idő, információ feldolgozás gyorsasága: Komplex szenzomotoros vizsgáló
- Műszaki értelmesség: MTVT
- Két kéz koordináció: Kéz koordináció vizsgáló műszer
- Kézügyesség, ujjügyesség: Általános képességvizsgáló teszt, Moede-féle fonaltábla

10.1.3. TOVÁBBI ESZKÖZÖK, ÉRDEKLŐDÉS VIZSGÁLÓ KÉRDŐÍVEK A PÁLYAIRÁNY MEGHATÁROZÁSÁHOZ

- Munka Érdeklődés Kérdőív
- NST Érdeklődés teszt
- Super-féle munka érték kérdőív

10.1.4. PROBLÉMÁK A FENTI VIZSGÁLATI IRÁNYOKKAL KAPCSOLATBAN

Pályakorrekciós tanácsadás:

A vizsgálat nagyon időigényes, mivel több tényezőt kell számba venni, ezért a vizsgálatot végző pszichológusnak a program keretében nem célszerű nagy számban vállalni pályakorrekciós tanácsadást.

„Általános” képességvizsgálat:

Problémaként jelentkezhethet, hogy az ügyintéző nem képes az egyénre jellemző képességszinteket a munkakör követelményrendszeréhez illeszteni.

Adott szakmára (munkakörre) való alkalmasság vizsgálata:

Alapvető gond, hogy nincsenek kidolgozott pályaprofilok, melyek hiányában csak esetlegesen annak megállapítása, hogy egy adott szakmára való alkalmasság teljesítésre pontosan mely képességek milyen szintjére van szükség, és azokat milyen eljárással mérjük.

10.2. A foglalkozás-egészségügyi vizsgálatok módszerei

10.2.1. VIZSGÁLATI MÓDSZEREK

A munkavállaló vizsgálatával azt kívánjuk kideríteni, hogy az elveszett munkaképesség mellett milyen megmaradt munkaképessége van, és ezzel milyen munkakört tölthet be, és milyen tevékenységet folytathat. A munkakör megállapítására

pítésánál pontosan tisztázni szükséges, hogy a munkavállaló számára az elvesztett munkaképességet az adott munkahely nem rontja-e, állapotát nem súlyosbítja-e. A vizsgálatoknak pontosan választ kell adni arra, hogy időben mennyi ideig érvényes a kiadott alkalmassági vizsgálat, szükséges-e időközben vizsgálatokat végezni és a vizsgálatok fajtáját is meg kell határozni.

Anamnézis

A munkavállalóról részletes adatokat gyűjtünk a családban előfordult megbetegedésekről, különösen örökletes megbetegedések. Az eddigi orvosi vizsgálatok adatairól, eredményeiről, gyógyszeres kezeléssel és foglalkozás-egészségügy körében elvégzett vizsgálatok eredményeiről is. Tudnunk kell, hogy jelenleg a dolgozónk milyen akut betegségben szenved, melyen diétára szorul és nem utolsósorban milyen gyógyszereket szed. A gyógyszerek szedése, ugyan is jelentősen befolyásolja, hogy milyen munkakörben dolgozhat, pl: magasban, mélyben stb.

Fizikális vizsgálat

A fizikális vizsgálat a dolgozó megtekintésével kezdődik, amellyel képet kapunk a beteg fizikai állapotáról, légzésállapotáról és egyéb paraméterről. A fizikális vizsgálat meg lehet állapítani a beteg érzékszerveinek és mozgásszerveinek állapotát, az anamnézis és a fizikális vizsgálat lehetőséget nyújt arra, hogy képet kapjunk a beteg krónikus alkohol fogyasztásáról, dohányzásáról, vagy ne talán egyéb élvezeti szerek használatáról. A fizikális vizsgálat magában foglalja a szív és tüdőkopogtatását és hallgatóságát, a hasi szervek vizsgálatát, a bőr, ízületek, vérkeringés stb. vizsgálatát, a vérnyomás a testsúlyméréssel együtt.

Laboratóriumi vizsgálat

(a vesefunkcióra, májfunkcióra, vérképző szerve, immunológiára, anyagcsere megbetegedésre, keringésrendszeri megbetegedésre vonatkozó vizsgálatokat, melyet speciálisan tovább lehet folytatni).

Képet kaphatunk (a vesefunkcióra, májfunkcióra, vérképzőszerve, immunológiára, anyagcsere megbetegedésre, keringésrendszeri megbetegedésre vonatkozó vizsgálatokat, melyet speciálisan tovább lehet folytatni).

Képalkotó vizsgálat

(a röntgen vizsgálatok bizonyos területeken elavultak, az ultrahang vizsgálatok mellett CT és MR vizsgálatok kerültek előtérbe, melyekkel a beteg megterhelése nélkül tudunk korrekt diagnózishoz jutni)

A röntgen vizsgálatok jelenleg is alapvizsgálatoknak tekinthetők, a tüdő és mellkas megítélése bizonyos hasi betegségek kiszűrése, sérülések és ízületi megbetegedések megállapítására. A radiológiai vizsgálatok bizonyos területeken elavultak, új képalkotó vizsgálatok jelentek meg, melyek kevésbé ártalmasak a dolgozó számára, nagyobb felbontó képességgel rendelkeznek, a kóros állapo-

tot sokkal korábban felismerik, de jelentősen pénzigényesebbek. Az ultrahang vizsgálat bizonyos betegségek megállapításánál nagy segítséget ad, hasi szervek, pajzsmirigy stb. A különböző CT és MR vizsgálatok az újabban bevezetett PET vizsgálat nem terheli meg a dolgozót, de nagyobb információt ad a kóros állapot megállapítására.

Szív és érrendszeri vizsgálat

A szív meghallgatása után alapfeltétel az EKG vizsgálat és ma már fizikai állapot és munkaképesség megállapítására feltétlenül indokolt lenne holter EKG, holter RR, szívultrahang, terheléses EKG, bizonyos izotóp vizsgálatok és nem utolsósorban a szív ereinek vizsgálata coronográfiával nagy segítséget nyújt a dolgozó szív állapotának és képességének megállapítására.

Endoszkópos vizsgálatok

A lakosság körében különösen a gyomor bélrendszer tükrözéseire szolgál, így képet kaphatunk az akut és krónikus betegségről, mely egyes munkahelyek elvégzését kizárhatják. Az endoszkópia nem csak a gyomor – bélrendszer és a légzőapparátus tükrözésére szolgál, hanem a mellkas mellett az egyes ízületi megbetegedések elengedhetetlen vizsgálati eszköze.

A fenti vizsgálatok felsorolásában csupán néhány aspektusra hívtuk fel a figyelmet, mely lehetőséget biztosít számunkra, hogy pontosabban megállapítsuk a dolgozó betegségét, fizikai állapotát, és választ tudjunk arra adni, a pszichológussal együtt, hogy milyen munkakörben lenne szerencsés foglalkoztatni.

A saját és közös vizsgálataink mellett igénybe lehet venni az egyes speciális szakmák vizsgálatait és vizsgáló módszereit, pl: látótérvizsgálatra – szemészeti, hallásvizsgálatra – audiológia, izomerő vizsgálatra – neurológia.

10.3. A rehabilitációs tanácsadás módszerei

Egyéni beszélgetés formájában előre meghatározott időpontokban történő találkozás, ahol a célirányos beszélgetés az elhelyezkedést akadályozó tényezők feltárására irányul. További eljárások:

10.3.1. ÖNÉRTÉKELŐ ELJÁRÁSOK AZ ÉRDEKLŐDÉS MEGISMERÉSÉRE

Tájékozó érdeklődés

Ügyfél által elutasított és vállalt érdeklődési irányának, érdeklődési struktúrájának megismerése.

Javasolt felhasználás: 15-16 éves korosztály, aluliskolázott felnőttek

Differenciált érdeklődési kérdőív

Az érdeklődési struktúrájának megismerése, az ügyfél által elutasított és vállalt érdeklődési irányok élmények alapján történő megbeszélése. Javasolt felhasználás: 12-15 éves korosztály, aluliskolázott felnőttek esetén verbálisformában.

Érdeklődés-2 Kérdőív

A tanácskérő elméletorientált vagy gyakorlatorientált beállítódásának tisztázása, az általa választott érdeklődési körök rangsorolása. Javasolt felhasználás: 16 éves kortól, szakmunkás, illetve középfokú végzettséggel rendelkezők körében.

Munkaérdeklődés Kérdőív

Segíti a tanácskérőt a főbb munkaterületeinek megtalálásában. Javasolt felhasználás: 16 éves kortól tanulók és felnőtt munkavállalók körében. Szakmunkás, középfokú és felsőfokú végzettségűek körében könnyen alkalmazható.

Pályaérdeklődés Kérdőív

A tanácskérő érdeklődési irányainak feltárását segíti, összegyűjti az érdeklődési irányoknak megfelelő pályákat. Javasolt felhasználás: 16 éves kortól tanulók és felnőtt munkavállalók körében. Gimnáziumi érettségivel, illetve felsőfokú végzettséggel rendelkezőknek ajánlott.

10.3.2. ÖNÉRTÉKELŐ ELJÁRÁSOK A KÉPESSÉGEK MEGISMERÉSÉRE

Tájéoló Képességek

Képességstruktúra megismerése, képességek elemzése az eredmények és sikerek alapján. Képességek és pályák kapcsolatának feltárása.

Javasolt felhasználás: 12 éves kortól, illetve aluliskolázottak körében alkalmazható. Képes változata javasolt a nyelv problémákkal küzdők esetében.

Képességeim

Képességstruktúra megismerése, képességek elemzése az eredmények és sikerek alapján. Képességek és pályák kapcsolatának feltárása. Javasolt felhasználás: 12-15 éves korosztály, aluliskolázott felnőttek számára.

Tevékenységek-Képességek

Jónak ítélt képességek elemzése az eredmények és sikerek alapján. Képességek és tevékenységek kapcsolatának feltárása. Javasolt felhasználás: 12-15 éves korosztály, aluliskolázott felnőttek számára.

Általános Képességvizsgáló Kérdőív

Képességstruktúra meghatározása, domináns képességek elemzése a munkavállalási esélyek, foglalkozási követelmények összekapcsolásával. Javasolt felhasználás: 16 éves kortól tanulók és felnőtt munkavállalók körében. Szakmunkás, középfokú, illetve felsőfokú végzettséggel rendelkezőknek ajánlott.

Képesség Struktúra Kérdőív:

Képességstruktúra elemzése, a domináns képesség értelmezése, a képzési szintmegállapítása az emlékezőképesség szintjének figyelembevételével. Jav-

solt felhasználás: 16 éves kortól tanulók és felnőtt munkavállalók körében. Gimnáziumi érettségivel, illetve felsőfokú végzettséggel rendelkezőknek ajánlott.

10.3.3. ÖNÉRTÉKELŐ ELJÁRÁSOK AZ ÉRTÉKEK MEGISMERÉSÉRE

Munka-Érték Kérdőív (SUPER)

Értékstruktúra differenciáltságának, érték kategóriák kialakíthatóságának vizsgálata. Javasolt felhasználás: 13 éves kortól, illetve felnőtt munkavállalók körében használható. Középfokú és felsőfokú végzettséggel rendelkezők körében könnyen alkalmazható.

Érték Kérdőív – Munkavállalás.

Értékstruktúra differenciáltságának, érték kategóriák kialakíthatóságának vizsgálata. Javasolt felhasználás: 14 éves kortól szakképzetlen fiatalok és aluliskolázott felnőttek körében javasolt.

Érték Kérdőív – Pályaválasztás:

Értékstruktúra differenciáltságának, érték kategóriák kialakíthatóságának vizsgálata. Javasolt felhasználás: 12 éves kortól szakképzetlen fiatalok és aluliskolázott felnőttek körében javasolt.

10.3.4. ÖNÉRTÉKELŐ ELJÁRÁSOK A MUNKAMÓD MEGISMERÉSÉRE

Hogyan szeretek dolgozni?

A munkamód egyszerűbb összetevőinek megismerése a munkatapasztalatok vagy várható igények alapján. Javasolt felhasználás: 13 éves kortól fiatalok és aluliskolázott felnőtteknek ajánlott.

Hogyan dolgozom?

A munkamód jellegzetességeinek megállapítása, a pályaterületekhez kapcsolódó pályák és foglalkozások válogatása. Javasolt felhasználás: 16 éves kortól tanulók és felnőtt munkavállalók körében. Gimnáziumi érettségivel, illetve felsőfokú végzettséggel rendelkezőknek ajánlott

A munkám

Munka-, pályaválasztáshoz kapcsolódóan az elégedettség fogalmának tisztázása. Az elégedettséget okozó tevékenység és a választott pálya, munka kapcsolata.

10.4. Az andragógia módszerei

10.4.1. VIZSGÁLATI MÓDSZEREK

Felvételi eljárás

Célja: A felvételi eljárás során a jelentkező személyek szűrése történik a képzési program kiírási feltételeinek, bemeneti követelményrendszerének teljesülése alapján. Vizsgálatra kerül, hogy a jelentkező mennyire motivált, rendelkezik-e az adott képzési program megkezdéséhez szükséges előismeretekkel, iskolai és szakmai végzettséggel, illetve a szakma gyakorlásához szükséges készségekkel és képességekkel (attitűddel), rendelkezik-e a munkakör gyakorlásához szükséges egészségügyi, illetve pályaalakalmasságot igazoló dokumentummal, megfelel-e az életkori előírásoknak (Megállapodás MMK-PRKK)

Módszerei:

- teszt,
- interjú.

10.4.2. A FELVÉTELI ELJÁRÁS FOLYAMATA

Tájékoztató:

- tájékoztató a MMK munkatársa részéről (tanfolyami munkajogi, munkajogi kérdések ismertetése, mint pl.: utazási hozzájárulás, juttatások, felelősség, aktuális problémák)
- tájékoztató a PRKK részéről:
- a tanfolyamfelelős ismerteti a tanfolyamra vonatkozó információkat (időtartam, hiányzás, modulok, oktatási rend stb.);
- a felvételiért felelős munkatárs (ismerteti felvételi rendjét -felvételi tesz megírása, felvételi beszélgetés, szakmai alkalmassági vizsga -, értékelés módját, eredményhirdetés módját, bemutatja az intézmény felnőttképzéshez kapcsolódó szolgáltatásait);
- hallgatói kérdések: a hallgatók a tájékoztatók és az előzetes információk alapján felmerült problémáinak illetve kérdéseinek megválaszolása; egyéni illetve csoportra vonatkozó el nem hangzott információkra vonatkozó kérdések felvetése, megválaszolása.

A felvételi teszt megírása:

- tájékoztatás a tesztről (felvételi adatlap pontos kitöltése, teszt kitöltésének módja, rendelkezésre álló idő, értékelés módja, eredményhirdetés),
- adatok pontos kitöltése a felvételi adatlapon (a felvételi teszt első oldala),
- felvételi teszt megírása, kitöltése,
- felvételi tesztek összegyűjtése.

Felvételi beszélgetés:

- célja a hallgató tanulási szándékának, motivációjának feltérképezése
- személyi adatok pontosítása
- bizonyítványok, orvosi igazolások ellenőrzése
- igazolások kiadása (útiköltség elszámoláshoz)

A felvételi eljárás értékelése:

- a felvételi teszt, felvételi beszélgetés, szakmai alkalmassági vizsga alapján a végső felvételi értékelés elkészítése
- eredmények „Felvételi adatlapon” való rögzítése (döntés felvételt javasoljuk/nem javasoljuk kategóriákban)

MMK-k, a civil szervezetek végeredményről való tájékoztatása:

- Felvételi jegyzőkönyv rögzítése (jelentkezők ABC sorrend, valamint ki- rendeltségek szerinti feltüntetése, javaslat rögzítése)
- Felvételi jegyzőkönyv továbbítása az MMK, civil szervezetek felé

Megjegyzés: A külső helyszínen lebonyolított tanfolyami felvételi eljárási rendje megegyezik a belső felvételi eljárási rendjével. (Baranya, Tolna, Somogy megyék)

10.5. KÉPZÉS

A képzésben alkalmazott módszerek:

- előadás
- magyarázat
- szemléltetés
- oktatási, tanulási célú beszélgetések
- vita
- tréningek
- távoktatás

A tanfolyamindítás napján a megjelent hallgatókkal a tanfolyamfelelős/vezető kitölteti a Jelentkezési lapot. Aláírhatja a személyenként kiállított felnőttképzési szerződéseket. A képzés indításakor a hallgatók tűz- és munkavédelmi oktatáson vesznek részt. A tanfolyam lebonyolítása a Képző Központban elfogadott módszertani elvek szerint megy végbe.

A képzések a program hosszúságának megfelelően minden esetben ún. felzárkóztató tréninggel kezdődnek. A tréning célja: A tréner egyéni döntése alapján – a csoport összetételétől függően-kommunikációs készségek fejlesztése, csoportépítés, tanulásmódszertan, alapkészségek (írás, olvasás, számolás) gyakorlása a „bevezetőblokk” tartalma. A tanfolyamok lebonyolítását a tanfolyamfelelős és – amennyiben van – a megbízott tanfolyamvezető végzi.

A képzés befejező része az álláskeresési technikákat oktató tréning-modul: **Álláskeresési technikák:** azon eszközök és módszerek összessége, amelyek segítségével az egyén javítja az álláskeresési esélyeit, felkészül a munkaerőpiacon való sikeres szereplésre. A korábban elszenvedett kudarcok negatív következményeinek enyhítését, korábbi destruktív technikák értékelését, valamint az önértékelésben pozitív szemlélet szem előtt tartva, olyan saját élményt szereznek, mely segíti őket abban, hogy a későbbi valós helyzetekben sikeresen szerepeljenek.

Célja: a korszerű álláskeresési technikák elsajátításával és alkalmazásával az egyén képes lesz:

- Felmérni saját munkaerő-piaci szerepét
- Információt szerezni a képzettségének megfelelő álláslehetőségekről
- Önéletrajzát és pályázatát elkészíteni
- A felvételi beszélgetésen megfelelően és hatékonyan kommunikálni
- Munkába álláshoz kapcsolódó jogi kérdésekben eligazodni

A képzések vizsgával zárulnak. A Képző Központ vizsgáztatási tevékenysége intézményi hatáskörű, Országos Képzési Jegyzék (OKJ) szerinti és egyéb szakmai vizsgák lebonyolításából áll.

A hallgatók a képzés mellett, vagy a képzéstől függetlenül is az alábbi felnőttképzési szolgáltatásokat vehetik igénybe:

- előzetes tudás felmérése (PLAR)
- pályaorientációs-és pályakorrekciós tanácsadás
- képzési szükségletek felmérése és képzési tanácsadás
- elhelyezkedési tanácsadás és álláskeresési technikák oktatása
- mentálhigiénés tanácsadás
- munkaviszonnyal és munkanélküliséggel összefüggő jogi tanácsadás.

Ezeket a szolgáltatásokat a Képző Központ felkérésre külső helyszínen is lebonyolíthatja, különös tekintettel csoportos igény jelzésekor.

A vizsgák lebonyolítása után a PRKK megküldi a Vizsgajegyzőkönyvet, Beszámolót a képzési program teljesítéséről az MMK-k számára –igény esetén a civil szervezetek számára is-, ezáltal tájékoztatást nyújt a hallgató vizsgaeredményéről, valamint a képzés befejeztéről.

10.6. ELHELYEZKEDÉS

A képzés befejeztével a hallgató olyan piacképes szakmai ismeretekkel rendelkezik, amelyeket a korszerű álláskeresési technikákkal ötvözve hatékonyan tud állást keresni a munkaerő-piacon.

Amennyiben a végzett hallgatónk az álláskeresésben továbbra is segítségre szorul, igénybe veheti a felnőttképzési szolgáltatásunkat, valamint az MMK-k (pl. Job-klub), vagy más civilszervezetek munkaerő-piaci szolgáltatásait.

A képzés befejezése után Nyomonkövető kérdőívek (3, 12 hónap elteltével) kiküldése útján próbáljuk feltérképezni a képzések eredményességét.

Irodalomjegyzék

- Átalakuló világ?! (2003). Segédkönyv a meglévő közhasznú épületek és közterületek gyakorlati akadálymentesítéséhez. 2. átdolg. kiad. Közös Sors Integrációs Egyesület, Budapest.
- Bagó I.—Dr.Csonka A.—Csontos A.—Dudás E.—Harasztosi É.—Kukla M.—Poleszák Gyné.—Zelenai J. (Szerk.): Foglalkozások egészségi tényezői (Budapest 1998.)
- Bánfalvy Csaba (2002). Gyógypedagógiai szociológia. 2. bőv. kiad. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógia Tanárképző Főiskola, Budapest.
- Benedek A. —Csoma Gy.—Haragi L. (Szerk.): Felnőttoktatási és -képzési lexikon. MPT-OKI Kiadó – Szaktudás Kiadó Ház (Budapest 2002.)
- Borbély Szilvia—Barreto, Jozefa (2004). Esély az EU-ban. Előtérben a foglalkoztathatóság és foglalkoztatás. Magyar Szakszervezetek Európai Integrációs Bizottsága, Budapest.
- Borbély Tibor: Szabályozott felnőttképzés – ez már tanuló társadalom? www.oki.hu (2004. 02. 20.)
- Brunel University (2002b). Függelék a Brunel Egyetem által készített „A fogyatékosok definíciói Európában összehasonlító elemzés” c. tanulmányhoz. Európai Bizottság, Brüsszel.
- Brunner Péter (szerk.) (1998). Orvosi útmutató a szakmai és munkaköri alkalmasság véleményezéséhez, a pályaválasztási tanácsadáshoz. Országos Munka-és Üzemegészségügyi Intézet Ifjúsági Egészségvédelmi Intézete, Budapest.
- Brunner Péter (2002). Fogyatékosok pályaválasztása az egészségi alkalmasság tükrében. Somogy Megyei Munkaügyi Központ, Kaposvár.
- Chikán Csaba—Józsa Teréz (szerk.) (1997). A mozgásfogyatékos emberek rehabilitációjának sokoldalú megközelítése. Tanulmányok. Mozgáskorlátozottak Egyesületeinek Országos Szövetsége, Budapest.
- Csirszka János: A személyiség munkatevékenységének pszichológiája. Akadémia kiadó (Budapest 1985)
- Csirszka János: Munka-és pályaalkalmasság pszichológiája. Egyetemi jegyzet Tankönyvkiadó (Budapest 1968).
- Csoportos foglalkozások a réteprogramokban (Gödöllő1997).
- Csoportos önépítés (Gödöllő1996.)

- Dávid Andrea—Móricz Rita (szerk.) (2000). Támogatott foglalkoztatás. Értelmi sérült munkavállalók a nyílt munkaerőpiacon. Salva Vita Alapítvány, Budapest.
- Dolgozni akarok! Könnyen érthető módszerrel készült kiadvány a munkavállalásról értelmi sérült emberek számára (2005). Salva Vita Alapítvány, Budapest.
- Dulin Jenő: A képesség a személyiségtényezők szerepe a beválásban egy különleges munkahelyen. Akadémiai Kiadó (*Budapest 1881*)
- Durkó Mályás: Andragógia. A felnőttnevelés és közművelődés új útjai. Magyar Művelődési Intézet (*Budapest, 1999.*)
- Egészségügyi Világszervezet (2004). FNO. A funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása. Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium, Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Medicina, Budapest.
- Az együttműködési folyamathoz kapcsolódó alapismeretek (*Gödöllő1997.*)
- Az Európai Unió Tanácsának irányelve a foglalkoztatás és a munkavégzés során alkalmazott egyenlő bánásmód általános kereteinek létrehozásáról (2005). Foglalkoztatáspolitikai és Munkaügyi Minisztérium, Budapest.
- Fejes András (1997). Nyíltan vagy zárkóztan? Válogatott rehabilitációs lélektani tanulmányok. Szociális Munka Alapítvány, Budapest. (A Szociális Munka Alapítvány kiadványai; 18.)
- Fischl Géza – Pandula András (2002). Tervezési segédlet az akadálymentes épített környezet megvalósításához. BM Építésügyi Hivatal, Budapest.
- Foglalkozási információk kézikönyve
- Foglalkoztatáspolitikai és Munkaügyi Minisztérium (2004b). Vitairat a megváltozott munkaképességű ek foglalkoztatásának elősegítéséről. FMM, Budapest.
- Foglalkozzunk vele! Értelmi sérült emberek helye a nyílt munkaerőpiacon (2004). Salva Vita Alapítvány, Budapest.
- Gere Ilona (szerk.) (1998). Kapcsolatépítés fogyatékos ügyfelekkel. Szociális és Családügyi Minisztérium, Budapest.
- Gere Ilona (2001a). A megváltozott munkaképességű emberek bekapcsolása a munka világába. In Frey Mária (szerk.). EU-konform foglalkoztatáspolitikai. A hazai foglalkoztatáspolitikai átalakítása a közösségi gyakorlatnak megfelelően. Országos Foglalkoztatási Közalapítvány, Budapest.
- Gere Ilona (2004a). „A megváltozott munkaképességű emberek munkaerőpiaci esélyeinek javítása a non-profit szektor foglalkoztató képességé-

nek megerősítésével, az ehhez szükséges feltételek kialakításával” c. támogatási program eredményeiről. Kutatási összefoglaló. Kézirat. Budapest.

- Gordosné Szabó Anna (szerk.) (2004). Gyógyító pedagógia. Medicina, Budapest.
- Göllesz Viktor (1985). Gyógypedagógiai rehabilitáció. Tankönyvkiadó, Budapest.
- Harday Ildikó (szerk.) (1996). A személyközpontú megközelítés elmélete és alkalmazása a segítő szakmában. Szöveggyűjtemény. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskola, Budapest.
- Hegyesi Gábor—Talyigás Katalin (szerk.) (1999). A szociális munka elmélete és gyakorlata. 2. kiad. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest.
- Horváth György: Az értelem mérése. Tankönyvkiadó (Budapest 1991)
- Horváth Péter (2004). A foglalkozási rehabilitáció megalapozása. Kézirat. Budapest.
- Huszár Ilona (szerk.) (2000). A rehabilitáció gyakorlata. Medicina, Budapest.
- Joós Márta (1988). Rehabilitációs alapismeretek. Orvostovábbképző Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest.
- József István: A pszichológiai alkalmasság. Humán Szemle (2002/2. XVIII. évfolyam 2.szám)
- Juhász Ferenc (szerk.) (2004). Irányelvek a funkcióképesség, a fogyatékos és a megváltozott munkaképesség véleményezéséhez. Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium, Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Medicina, Budapest.
- Katona Ferenc—Siegler János (szerk.) (1999). Orvosi rehabilitáció. Medicina, Budapest.
- Katona Ferenc—Siegler János (szerk.) (2004). A rehabilitáció gyakorlata. Medicina, Budapest.
- Kemény Ferenc (szerk.) (1989). Foglalkozási rehabilitáció. Szöveggyűjtemény szociális szervezők számára. Tankönyvkiadó, Budapest.
- Klein Sándor: Munkapszichológia 1-2. SHL Hungary KFT. (Budapest 1998)
- Koltai Dénes: A felnőttképzés elméleti, gazdasági és területi problémái. PTE FEEFI (Pécs, 2001.)

- Könczei György—Szarka Istvánné—Gere Ilona (1987). Válogatott bibliográfia a rehabilitáció és a rokkantság hazai irodalmából. In Szociálpolitikai értesítő. 2. sz. p. 236-249.
- Kullmann Lajos (2002a). Az egészségügyi rehabilitáció legfontosabb problémái. In Rehabilitáció. 2. sz. p. 25-26.
- Lányiné Engelmayer Ágnes (2005). Gyógypedagógiai pszichológia. In (In press) Bagdy Emőke—Klein Sándor (szerk.). Alkalmazott pszichológia. Edge Kft., Budapest.
- Márkus Eszter (szerk.) (2003). Ismerkedés, megértés, együttlét. Súlyos-halmozott fogyatékossgal élő emberek életének kísérése. Kézenfogva Alapítvány, Budapest.
- Minőségirányítási kézikönyv PRKK (2001.)
- Modernizációs kézikönyv Foglalkoztatási Hivatal (2004).
- Morvai Veronika (2005). Az orvosi alkalmassági vizsgálat jelentősége a munka világában. Kézirat. [Budapest].
- Palkovics Rozália Natália (2004). Munkahelyi gyakorlat. Értelmileg akadályozott tanulók munkavállalását elősegítő komplex program. Kézikönyv. Salva Vita Alapítvány, Budapest.
- Pordány Sarolta: Felnőttkori tanulás, közművelődés.
- A Rehabilitációs Információs Centrumok monitorozásának tapasztalatai, stratégiai fejlesztési irányok (2005). PCA Tanácsadó és Szolgáltató Bt., Budapest.
- Szellő János (szerk.) (2003). Munkaerő-piaci segítőszolgálat. Módszertani kézikönyv. Foglalkoztatáspolitikai és Munkaügyi Minisztérium Foglalkozási Rehabilitációs Titkárság, Budapest.
- Szilágyi Klára (szerk.) (1997). Csoportos foglalkozások a rétegprogramokban. Munkaügyi Minisztérium, Budapest.
- Szőnyi Gábor (2005). Csoportok és csoportozók. A lélektani munkára épülő csoportok vezetése. Medicina, Budapest.
- Ungváry György (szerk.) (2004). Munkaegészségtan. Foglalkozás-orvostan, foglalkozási megbetegedések, munkahigiéné. 2. jav. és bőv. kiad. Medicina, Budapest.
- Zalabai Péterné (szerk.) (1997). Személyi segítők kézikönyve. Motiváció Alapítvány, Budapest.
- Zalabai Péterné (szerk.) (1999). Hogyan segítjük sérült embertársainkat. Miskolci Egyetem
- Zakar András: Pályaválasztási elméletek. Pszichológia nevelőknek. Tankönyvkiadó, (Budapest 1988)

Hasznos tanácsok, avagy hogyan segítsen fogyatékossgal élő személyeknek az álláskeresés folyamatában

ELTE GYK, Budapest, 2009

BEVEZETÉS A KOMPLAEX REHABILITÁCIÓBA

Hasznos tanácsok, avagy hogyan segítsen fogyatékossgal élő személyeknek az álláskeresés folyamatában

1. A fogyatékosággal élő személyt segítő mentor munkája során fontos, hogy a következőket tegye:

1. Az érintettre elsősorban mint személyre, másodsorban mint ügyfélre, harmadsorban pedig mint fogyasztóra tekintsen.
2. Tegyen meg mindent annak érdekében, hogy pontosan megértse ügyfelét, akkor is, ha nehézségei vannak a beszéddel.
3. Ne sajnálja az idejét! Figyelmesen hallgassa meg ügyfelét, soha ne feltételezze, hogy tudja mit akar ő mondani.
4. Mindig nézzen beszélgetőpartnerre szemébe; csak vele foglalkozzon. Közben ne keresgéljen a papírai között, ne olvasson, és ne nézegesse az óráját.
5. Legyen nyitott a fogyatékosággal élő személy saját munkába állását illető elképzeléseivel szemben.
6. Legyenek magasak az elvárásai és higgye el hogy a fogyatékosággal élő személy tisztában van saját képességeivel.
7. A fogyatékosággal élő személlyel kommunikáljon még akkor is, ha ő kísérővel van.
8. Az udvariasság mindenképpen elengedhetetlen.
9. Bátorítsa és támogassa ügyfelét. Kerülje az ilyen és hasonló megjegyzéseket: „Hogy gondolja?“, „Legyen reális!“, vagy „Ez biztosan kudarccal végződik.“
10. Legyen empátikus és ügyfelét a számára legmegfelelőbb módon segítse. Látássérült személy esetében például ajánlja fel hogy felolvassa a szükséges dokumentumokat. Hallássérült személy számára előnyös jeltolmács segítségét kérni. Olyan személy esetében pedig, aki nehezen használja kezeit, szerencsés stabil írófelületet biztosítani.

2. A fogyatékosággal élő személyt segítő mentor munkája során tilos, hogy a következőket tegye:

1. Soha ne legyen negatív, mikor fogyatékosággal élő személlyel beszél. A negatív hozzáállás zárkózottá teszi azokat, akik nincsenek hozzászokva önmaguk kifejezéséhez.
2. Ne beszéljen hangosan olyan fogyatékos személlyel, aki nem hallássérült.
3. Ne viselkedjen úgy, mintha gondolatolvasó lenne mikor a beszédben akadályozott személlyel kommunikál. Higgyen nekem! Ez nagyon zavaró, mert ha csak tettet, hogy érti őt, az számára különösen bántó.
4. Ne becslje alá ügyfele célkitűzéseit.

5. Ne hagyja, hogy a fogyatékos személy külső megjelenése befolyásolja önt képességeinek megítélésében. Mindig emlékezzen rá: „Nem a ruha teszi az embert.”
6. Ne legyen túlvédő, és ne tagadja meg ügyfelétől a tanulás lehetőségét még akkor sem, ha ez esetleg kudarccal jár. Ugyan a mentor rámutathat bizonyos akadályokra, de nem áll jogában ítéletet mondani arról, hogy valami lehetséges-e vagy sem.
7. Ne felejtse el felajánlani a fogyatékosággal élő személynek a számára szükséges és legmegfelelőbb segítségi módokat.
8. Ne vegyen fel olyan testhelyzetet, ami megnehezíti a szemkontaktus fenntartását.
9. A beszédben akadályozott személlyel ne zajban beszélgesen. Ha lehet, mindig csendes helyet válasszon.
10. Soha ne beszéljen lekezelően fogyatékos személlyel, beleértve természetesen az értelmileg akadályozott embereket is.

A forrás:

http://www.worksupport.com/Topics/downloads/dos-donts_selfdetermination.pdf

A letöltés ideje: 2006. január 11.

Etikai irányvonalak a támogatott foglalkoztatás területén dolgozó szakemberek számára

Kidolgozta az Egyesület felkérésére:
Dale DiLeo, Képzési Forrásrendszer,
Rebecca McDonald, az NJ-UMDNJ munkanélküliséggel
foglalkozó szakembere
és Susan Killam, AcME, Inc.

ELTE GYK, Budapest, 2009

Személyes hozzájárulásról akkor beszélhetünk, ha az egyén egy adott közösség teljes értékű, megbecsült és társaival kölcsönhatásban élő, aktív tagja. Ennek azonban alapvető feltétele az emberi méltóság tisztelete, valamint az, hogy mindenki számára adottak legyenek a fejlődés, az önmegvalósítás és a kiteljesedés feltételei. Bár a hivatásos segítők és szociális szakemberek nem tudnak egymaguk befogadó közösségeket létrehozni, nagymértékben segíthetik azok létrejöttét és fejlődését. A támogatott foglalkoztatásban részt vevő munkacsoportok oktatóinak azt tanácsoljuk, tartsák szem előtt a következő alapelveket:

EGYÉNISÉG

Mindenki, aki segítségünket elfogadja, eltérő képességekkel és érdeklődési körrel rendelkező személyiség. Soha ne csoportosítsuk az embereket címkék, esetleg értelmi szintjük szerint, vagy a segítségnyújtás számunkra legkényelmesebb módja alapján.

VÁLASZTÁS

A lehetőségek széles skálája adott minden egyén számára ahhoz, hogy érdeklődésének és vágyainak megfelelően céltudatosan, önmaga irányítsa élete alakulását. A választás a közvetlen személyes tapasztalat és/vagy a lehetőségek felkutatása, vagyis az átfogó információszerzés eredménye.

TISZTELET

Segítségnyújtáskor elengedhetetlen a tisztelet, az emberi méltóság szem előtt tartása.

RÉSZVÉTEL

Mindenki számára adott a lehetőség, hogy aktívan irányítsa saját törekvéseinek megvalósulását.

JÁRTASSÁG

A rejtett készségek felszínre hozása és fejlesztése mindenki számára lehetővé teszi további hasznos képességek elsajátítását.

TÁRSADALMI BEFOGADÁS

Más-más környezetben eltérő egyéniségekkel találkozunk, akikkel barátságot kötünk, munkakapcsolatot alakítunk ki, és létrejönnek olyan csoportok, melyeknek tagjai azonos szórakozó helyekre járnak, azonos az érdeklődési körük, vagy egyéb közös van bennük.

MINIMÁLIS KÜLSŐ BEAVATKOZÁS EGY KÖZÖSSÉG ÉLETÉBE

A kizárólagos cél a segítségnyújtás. Az egyén által kívánt életminőség elérése közben fontos a külső beavatkozás minimalizálása.

FOGLALKOZTATÁS

Minden esetben maga a segítséget elfogadó személy irányítja lehetőségeit, hozza meg döntéseit. Az integrált munkavállalással foglalkozó képzések keretében a szakemberek kötelesek kihangsúlyozni a következő elvárásokat és alapelveket annak érdekében, hogy a jövőbeli segítők munkájuk során egy percre se feledjék az emberi méltóság tiszteletben tartását.

KARRIER-TERVEZÉS

Minden dolgozni vágyó személy számára biztosítani kell a munkavállalás lehetőségét, tekintet nélkül bármilyen megkülönböztető jelenségre, az illető munkaképességi szintjére, vagy a szükséges segítségnyújtás fokára.

Maga a munkavállaló – vagy az ő személyes felkérésére családja, barátai, munkatársai – hivatottak az érintett érdeklődési körének, készségeinek, képességeinek és életcéljának megfogalmazására. A munkakeresés folyamatában ezen egyéni tényezőket kell figyelembe venni, nem pedig egy adott program vagy ügynökség elvárásait.

A szükséges információk megszerzése során törekedni kell a lehető legtöbb érintett közösséggel kapcsolatba lépni, illetve minél több személyes tapasztalatot meghallgatni; ne a korlátozó tényezőkre koncentráljunk.

A segítő köteles minden egyes személy ügyét szigorúan bizalmasan kezelni!

MUNKAÜGYI FEJLESZTÉS

Fontos a munkáltatók szemléletváltásának pozitív irányú befolyásolása, valamint a fogyatékosággal élő személyek kapcsolatainak a munkaerőpiac felé történő, az igényekhez igazodó kibővítése.

A létrehozott státuszok tükrözzék mind a munkavállaló személyes érdeklődési körét és képességeit, mind a munkaadó igényeit.

A dokumentáció és a kapcsolatteremtés módja egyaránt magas szintű, üzleti jellegű legyen.

A jelentkezők jellemzése nem történhet oly módon, amely megerősíti a fogyatékos emberekkel kapcsolatos sztereotípiákat és téveszméket.

Semmilyen körülmények között sem szabad egy adott munkavállaló alkalmazását jótékonyág ürügyén keresztülvinni.

MUNKÁBA ÁLLÁS

Egy adott állás elfogadásáról az érintett dönt; a munka minőségéről, a munkakultúráról és a munkaadói/munkavállalói támogatásokról szerzett megbízható információk ismeretében.

Az egyén érdeklődési körének, képességeinek, készségeinek és céljainak megfelelően választhatja ki a lehetőségek közül a számára legmegfelelőbb állást.

Léteznek állások, amelyek ugyan fontos részét képezik a szakmai tapasztalatszerzésnek és fejlődésnek, mégis csupán az egyén karrierjének lépcsőfokai, nem pedig annak csúcsát jelentik.

A fizetéseknek a hasonló pozíciókban és hasonló teljesítményért adott, általános munkaerő-piaci normákat kell tükröznie.

Átlagon aluli bérezést csak időszakosan szabad elfogadni, amíg az egyén továbbképzésére vagy másik állás keresésére mód nem nyílik.

A munkavállalás nem történhet a segítségnyújtás és a könnyebb elérhetőség kényelmi szempontjai alapján!

A DOLGOZÓ SZEMÉLY TÁMOGATÁSA

A dolgozó személyek támogatását maximalizálni kell a szükséges képzési formák, illetve a személyi segítség szintjén. A munkakörhöz nem kapcsolódó képzéseket, s a munkatársak viselkedésének megváltoztatását célzó programokat minimalizálni kell.

Kívánatos a körülmények és a kulturális háttér szerinti legideálisabb képzési módszer biztosítása.

Fontos, hogy biztosított legyen a megfelelő értékelés és eredménymérés.

Szükséges a fogyatékosügyei szakzsargon használatának minimalizálása.

Minden esetben fontos az üzleti élet szabályainak tiszteletben tartása és integrálása a segítségnyújtás rendszerébe annak érdekében, hogy minél hatékonyabban segítsük az egyén sikeres integrált munkavégzését.

Technikai vagy egyéb munkahelyi feltételek módosításakor figyelembe kell venni, hogy a munkavállaló miként végezheti munkáját a legsikeresebben, a segítő túlzott közbenjárása nélkül, ami az élet egyéb területein is elkerülendő.

SEGÍTSÉGNYÚJTÁS A HÉTKÖZNAPOKBAN

Igyekezzünk átfogó módon segíteni, hiszen minden egyénnek igénye van – munkavállalási törekvésein túl – családi és egyéb társas érintkezésre, valamint szórakozásra.

Segítsünk abban, hogy az érintett családtagjai és barátai is részt vegyenek a munkavállalás következő lépéseinek megtervezésében.

MAGASABB POZÍCIÓ ELÉRÉSE

Mindenki számára adott a lehetőség – az ehhez szükséges támogatást pedig biztosítani kell – olyan új állást keresni, mely új vagy az addiginál nagyobb felelősségvállalással jár, magasabb jövedelmet biztosít és valódi kihívást jelent

Az előrelépés az egyén saját határozott jövőképén alapul és független a foglalkoztatásnak a segítő programban meghatározott időtartamától.

Munkájának sikerességéről az érintett visszajelzést munkaadójától és az általa kiválasztott, számára fontos személyektől kaphat.

A SZEMÉLYZET KÉPZÉSE

A képzések formáját és tartalmát a tanulni vágyók készségei, valamint az ők és oktatóik szükségai szerint célszerű kialakítani annak érdekében, hogy a lehető leghatékonyabban elősegíthessék a fogyatékosággal élő személyek életminőségének javulását. Ezért fontos a következő oktatási alapelvek betartása:

Jobb tanulmányi eredményekre számíthatunk, ha a képzésen való részvétel lehetőségét ösztönző céllal, nem pedig bizonyos problémák megoldásának az érdekében ajánlották fel a hallgatónak.

A legsikeresebb képzés az, amely képessé tesz adott személyeket vagy ügynökségeket saját belső képzéseik megszervezésére.

Minden képzés folyamatos interakción alapszik, a változó igényeknek megfelelően formálódik, s így megakadályozza az idejét múlt módszerek további terjedését.

Egy adott kurzus résztvevőinek tisztelniük kell egymást, s emellett bátorítani kell őket, hogy osszák meg személyes tapasztalataikat a csoporttal.

Fontos a megfelelő szakmai háttérrel rendelkező helyi képzések indítása. A képzéseket úgy kell kidolgozni és testre szabni, hogy azok a lehető leghatékonyabban működhessenek az adott közösségen belül.

Az oktatók folyamatosan frissítik szakmai tudásukat, és nem közölnek elavult ismereteket.

Egyetlen oktató, technika vagy megközelítés sem állíthatja, hogy minden felmerülő kérdésre az egyetlen és helyes választ adja. Az oktató köteles megismertetni hallgatóival az adott szakterület különböző elméleteit és megmondani, ha egy adott kérdésre nincs konkrét válasz.

Fontos elkerülni a „gyors és biztos” megoldások ismertetését, melyek túlmutatnak az elhangzott tényanyagon.

Az oktatási módszer kidolgozásakor figyelembe kell venni a felnőttek leghatékonyabb tanulási technikáit.

A hallgatók maguk is aktívan részt vesznek a képzés eredményességének megvalósításában azáltal, hogy minden lehetséges módon igyekeznek javítani a fogyatékosággal élő emberek életminőségét.

Bármilyen képzés indítása előtt ajánlatos felmérni az érdeklődők szükségait és tudásszintjét.

Ha megoldható, a tanfolyam végeztével hasznos figyelemmel kíséreni a frissen végzett szakemberek munkáját, hogy lássuk, milyen hatékonysággal alkalmazták a tanultakat.

Fontos, hogy az oktatók segítőként is dolgozzanak, és állandó kapcsolatban legyenek a célcsoporttal, hogy szakterületüket teljes hitelességgel tudják képviselni.

A bizalom kulcspontja az érintett személyes élettapasztalatának tisztelete.

Szükséges, hogy az oktató figyelembe vegye a hallgatók visszajelzéseit annak érdekében, hogy a következő kurzusok még hatékonyabbak lehessenek.

Minden oktató kizárólag a saját szakterületének megfelelő képzést indíthat.

A készségek fejlődése, a megbecsültség növekedése függ a személyes erőfeszítéstől és a visszajelzéstől. A hallgatókat bátorítani kell a tanultak sikeres alkalmazásában és továbbadásában saját munkahelyükön és a közösségen belül.

A képzéseket úgy célszerű felépíteni, hogy a hallgatók könnyen el tudjanak sajátítani új készségeket, s ezzel egyidejűleg megismerhessék azok továbbadásának módját is.

A képzések hatékonyságának értékelése bonyolult, de szükséges folyamat, mely nem történhet meg a hallgatók aktív részvétele nélkül.

APSE© (minden jog fenntartva): 1992, frissítve: 1998

A Támogatott Foglalkoztatásért Egyesület (APSE)

1627 Monument Avenue

Richmond, VA 23220

Tel: (804)278-9187

FAX: (804)278-9377

E-mail: Tammara@apse.org

Támogatott Foglalkoztatásért Egyesület

A támogatott foglalkoztatás területén dolgozó szakemberek nyilatkozata

A támogatott foglalkoztatásban dolgozó szakemberként én, _____
azonosulok a fenti etikai irányelvekkel és megfogadom a felsorolt alapelvek szigorú
betartását.

Aláírás _____ Kelt _____



A hitelesség fontossága

ELTE GYK, Budapest, 2009

BEVEZETÉS A KOMPLAEX REHABILITÁCIÓBA
A hitelesség fontossága

Hiteles. Mit is jelent ez valójában?

DEFINÍCIÓ:

Szavai hitelt érdemlőek. Méltó mások bizalmára. Megbízható. Hitelesnek lenni, annyit tesz, hogy kiérdemeljük a bizalmat. Mások tudják, hogy számíthatnak ránk.

FONTOS MEGJEGYZNI:

Hogyan alakítsunk ki bizalmi viszonyt ügyfelünkkel? Gondolja végig, ön kiben bíz meg, kire számíthat? Gondolja át, hogyan is alakult ki a bizalom? Ügyfele segítséget kért öntől, s mentorként az ön feladata a segítségnyújtás. A következőket érdemes figyelembe venni mentori munkája során:

Mindenek előtt legyen tisztelettudó! Soha ne kezelje ügyfelét úgy, mintha a főnöke, az anyja vagy az apja lenne, se úgy, mintha ön mindentudó vagy mindenható lenne. Mindenkivel úgy bánjon, ahogy szeretné, hogy önnel bánjanak.

Hallgassa meg ügyfelét! Ha ön saját kérdéseire rögtön válaszol, ha folyton csak ön beszél, hogyan akar bármit is megtudni ügyfeléről? Minden ember más, így az adott személynél senki nem tudhatja jobban, hogy neki mire van szüksége.

Erősítse a másikat, s meglátja: „Ön halat fog, s vendégül látja embertársát, aztán megtanítja halászni. Így ön egy napig etette őt, ő pedig egy életen át képes lesz ellátni saját magát.” Legyen nagyvonalú az erő és az információ átadásában! Segítsen másoknak megtanulni, hogyan tehetnek meg mindent maguk, és segítsen nekik elhinni, mennyi mindenre képesek!

Legyen pozitív! Az emberek hihetetlen dolgokra képesek, ha valaki hisz bennük. Mindig legyenek magasak az elvárásai! Felejtse el a fogyatékkal élő emberekhez való ósdi hozzáállást! Segítsen ügyfelének tisztán látni, mit is akar elérni és azt hogyan érheti el. Segítse a realitás talaján maradni, de ne rombolja le reményeit!

Frissítse ismereteit! Csinálja meg a leckét! Gondosan jegyezzen fel mindent és tartsa rendben papírjait. Kutassa fel a szükséges információt, ha kell, fizessen érte. Járjon könyvtárba, képezze magát tanfolyamokon! Tanuljon!

Legyen tisztában azzal, mit nem tud! Soha ne állítson valótlan dolgokat! Ne tegyen úgy, mintha tudna valamit, amikor valójában nem tudja.

Tudakozódjon! Természetes, hogy ön sem tudja mindenre a választ. Mondja meg ügyfelének, ha valamit nem tud, és hogy utána fog nézni. Vagy még jobb, ha megmondja neki, hol találja meg kérdésére a választ.

Tartsa meg ígéreteit! Tegyen meg mindent, amit megígért, amikor megígérte! Mindenképpen törekedjen erre!

Legyen kapcsolatban ügyfelével! Mondja meg neki, mikor fogja legközelebb keresni, s hogy ő is tegyen így, ha az után nem hall ön felől. Kellemtelen dolog tehetetlenül mások válaszát várni.

Legyen higgadt! Ne guruljon dühbe, ha emlékeztetik valamire. Senki sem lehet tökéletes. Egyszerűen mondja ezt: „Köszönöm hogy eszembe juttattad!”

Mindig tartsa észben, kié a döntéshozatal joga! Nem az érintetté? Bátorítsa ügyfelét, hogy kezébe vegye az irányítást, és soha ne hozzon döntést helyette!

Soha ne szegje meg a kötelező titoktartást, mert ha nem lehet önben bízni, hitelét veszti! Kezeljen minden információt bizalmasan! Ne beszéljen ügyfele magánéletéről vagy magánügyeiről másoknak! Ha adott esetben szükséges más valaki véleményét kikérni, azt csak ügyfele engedélyével teheti meg. Magánjellegű információk közlése legjobb, ha az érintett jelenlétében történik, és előzetesen egyeztettek, mit osztanak meg a kívülállóval. Ha lehetséges az érintett személy beszéljen saját ügyében.

Bátorítson és dicsérjen! Erősítse ügyfelét, de az eredmények láttán ne felejtse el továbbra is támogatni őt! Adja át erejét ügyfelének! Ha jól végezte munkáját, sikerült ügyfelének elérnie célját; de ne feledje, a siker nem csupán önön múlott!

Forrás:

http://www.worksupport.com/Topics/downloads/credible_selfdetermination.pdf

Letöltés ideje: 2006. január 11.

A támogatott foglalkoztatás minőségjelzői

ELTE GYK, Budapest, 2009

BEVEZETÉS A KOMPLEX REHABILITÁCIÓBA
A támogatott foglalkoztatás minőségjelzői

A Támogatott Foglalkoztatásért Egyesület az Egyesült Államok legjelentősebb a támogatott foglalkoztatással és az abban közvetlenül érintett személyekkel foglalkozó szakértőcsoportja. Az elmúlt évtized során a támogatott foglalkoztatás egyre jelentősebb szerepet kapott, szervezetünk pedig mintegy 150 000 fő fogyatékossgal élő személy munkába állását segítette.

A következőkben szeretnénk összegezni a támogatott egyéni és integrált foglalkoztatás minőségének összes fokmérőjét. A jelen írás kiegészítésül szolgál szervezetünk korábbi „Etikai irányvonalak a támogatott foglalkoztatás területén dolgozó szakemberek számára” c. munkájához.

Mivel a fogyatékossgal élő személyeknek is jogában áll saját munkába állásukról önállóan dönteni, elhelyezkedésüket pedig segítőszolgálatok tehetik akadálymentesebbé, elsőként a támogatott foglalkoztatás egyéni minőségjelzőivel foglalkozunk. A szolgálatok munkatársai egyénre szabott tervekkel tudják a munkavállalókat segíteni.

Írásunk második részében a segítőszolgálatok munkatársai számára szeretnénk összefoglalni a legfontosabb követendő értékeket, ill. hatáskörük mértékét és milyenségét.

A befejező részben a minőségi munkát végző segítőszervezetek legfontosabb ismérveit tekintjük át.

Írásunk több célt is szolgál; egyebek között iránymutatóként használható:

- Hivatásos segítők alkalmazása és képzése terén;
- képzési tantervek kidolgozásában;
- projektek áttekintésekor, értékelésekor;
- az egyéni teljesítmény értékelésében;
- akció tervek kidolgozásában.

Célközönségünk főként a fogyatékossgal élő emberek és családjuk, önkéntes csoportok, pályaválasztási tanácsadók, ügyintézők és menedzserek, személyzeti vezetők, valamint a megyei segítőszolgálatok munkatársai.

Minőségjelzők támogatott foglalkoztatásban érintett személyek részére – Egyéni választás, valamint a források és segítőszolgálatok milyenségének ellenőrzése

A Rehabilitációs Rendelet kimondja, hogy a rehabilitáció teljes időtartama alatt minden érintett személy jogosult a szükséges információkat megkapni és azok alapján önálló döntéseket hozni. Az információáramlás biztosítása mellett fontos a megfelelő, személyre szabott segítségnyújtás az érintett Egyéni Munkába állási Tervének kidolgozásához, megvalósításához, folyamatos ellenőrzéséhez és értékeléséhez.

Minden ember érdeklődése, képességei, és szükségletei szerint térképezi fel a munkaerőpiac nyújtotta lehetőségeket. A végső cél eléréséhez, a tényleges munkába álláshoz persze leggyakrabban a tapasztalatszerzésen keresztül vezet

az út, így sokan elhelyezkedési tréningeken vesznek részt, ill. számos próba-idős állás után találják meg végleges munkahelyüket.

Az információgyűjtésben, a tapasztalati tanulásban és a döntéshozatalban történő aktív részvétel fejleszti az érintett önrendelkezési képességeit.

Az egyén kezébe veszi az elhelyezkedésével kapcsolatos ügyintézés irányítását, melyhez rendelkezésére áll igényei szerinti mértékű külső segítség.

Amennyiben szükség van külső segítségre, az egyén irányítja a kutatómunkát a számára legmegfelelőbb segítőszervezet megtalálásához, melyben családtagok, barátok, vagy egyéb bizalmi személyek segíthetik.

Minden egyes személyt a számára legmegfelelőbb módon kell segíteni az elhelyezkedésben figyelembe véve elképzeléseit, pl. a munkakörnyezetet, feladatait, időbeosztását és az igénybevett segítség szükséges mértékét illetően.

Az érintett természetesen maximálisan részt vesz a munkahely megszokott életében, így állásinterjún kell megfelelnie és a kötelező tréningek és egyéb munkahelyi feladatok alól sem kap felmentést.

A fogyatékosággal élő személy mind munkahelyén, mind azon kívül részeseül a számára szükséges és legmegfelelőbb segítségben.

A fogyatékosággal élő felnőtteknek a vágyott, akadálytalanabb élet eléréséhez sokrétű segítségnyújtásra lehet szükségük.

Minden ember vágyik - képességeinek fejlesztése, fizetésének és felelősségének növekedése céljából, vagy más okból - karrierje kiteljesedésére.

Minden ember számos kapcsolatot alakít ki mind munkahelyén, mind azon kívül.

Igényeinek megfelelően mindenkit segíteni kell a társasági programokon való részvételben a munkahelyen és azon kívül is.

A fogyatékosággal élő személy fizetése az azonos pozíciót betöltő kollegák bérével megegyezik.

Szükség esetén biztosítani kell a fogyatékosággal élő dolgozó munkahelyére való, megbízható el- és hazajutását.

Egyéni igény szerint az érintett segítő anyagi ügyeinek intézésében, pl. banki ügyintézésben, a takarékosággal kapcsolatos bármilyen kérdésben, vagy szociális juttatásokat illetően.

A nyugdíjkorhatárt elérőknek segíteni kell a további munkavégzési lehetőségek, vagy egyéb tevékenységek feltérképezésében nyugdíjas napjaikra.

A sikeres munkavégzés legfőbb ismérvei a támogatott foglalkoztatásban dolgozók számára

Ahhoz, hogy egy segítőszolgálat minőségi munkát végezhesen szükséges, hogy a munkatársak – gyakorlati tudásukon túl – jó interperszonális készségekkel rendelkezzenek, melyet munkájuk során kreatívan és rugalmasan használnak. Segítségnyújtás során fontos meghallgatni és maximálisan tiszteletben tartani az érintett elképzeléseit, majd azokkal összhangban és az egyén életében fontos emberekkel szoros együttműködésben keresni számára lehetséges mun-

kahelyeket. A hatékonyan dolgozó segítőszolgálat munkáját minden esetben az emberi méltóságot szem előtt tartva, az érintett életkorára és egész életére kiterjedő körültekintéssel végzi oly módon, hogy egy úttal növelje munkába állásának lehetőségét. A cél minden esetben az, hogy minden érintett személy részt tudjon venni munkaerő piaci, szociális, családi vagy egyéb szabadidős tevékenységekben.

A tanulók sikeres elhelyezkedését segítő iskolai szakemberek feladata egyrészt segíteni a fiatalokat a számukra megfelelő munkaterületek helyes megválasztásában, másrészt fejleszteni a munkavégzéshez szükséges képességeiket és segíteni őket a szükséges viselkedésformák elsajátításában. Az információszerezésben, a tapasztalás útján történő tanulásban és a döntéshozatalban való aktív részvétel segíti a fiatalokat a sikeres önmegvalósításban.

A szakemberek által biztosított, személyre szabott támogatással a fiatalok kezükbe tudják venni a pályaválasztási és munkakeresési folyamat irányítását.

A fiatalokat és a felnőtteket segítő szervezetek együttesen segítik a fiatalokat abban, hogy a középiskola végeztével a felnőtteknek szóló mindenfajta segítségnyújtási formában részesülhessenek.

A segítő minél több időt tölt el az álláskeresővel különböző élethelyzetekben, pl. megfigyeli őt munkavégzés közben és beszél az őt legjobban ismerő személyekkel.

A segítő a munkavállaló egyéni pályatervéhez igazodva segíti minden egyes ügyfelét – köztük a súlyos fogyatékosággal élő személyeket is – szakmai képzéseken való részvételben, ill. a munkaadókkal történő találkozásban.

A segítők megbíznak a személyes kapcsolatokban és az érintett karriertervében.

Segítik a munkavállalót a munkafeltételek rögzítése során, pl. pontos pozíciója, munkarendje és bérezése meghatározásában (a munkabér minden esetben közvetlenül a munkaadótól érkezik az alkalmazotthoz), valamint feladatai és kötelezettségei egyeztetésében annak érdekében, hogy a munkavállaló maximálisan és hatékonyan részt tudjon venni a munkában. A segítők ismerik egy adott munkakör bizonyos mértékű átalakításának, testreszabásának lehetséges kereteit.

A segítők nem foglalkozhatnak a munkaadókkal csoportosan, amennyiben azt csupán kényelmi szempontokból teszik.

A segítők a fogyatékosággal élő munkavállalókkal szoros együttműködésben, igényeiket maximálisan szem előtt tartva dolgozzák ki a legmegfelelőbb munkába állással kapcsolatos képzéseket, különös hangsúlyt fektetve a munkahelyen lehetséges segítségnyújtási módokra és az érintettek társadalmi pozíciójának emelésére irányuló tanítási módszerekre.

A segítők szoros együttműködésben mind az érintettel, mind kollégáival közreműködnek az egyénre szabott és a munkahely jellegéhez igazodó segítségnyújtás hatékonnyá tételében azért, hogy ő maximálisan teljesíthessen.

A segítő ügyfelével annak neméhez, korához, és kulturális háttéréhez, valamint a munkahelyen elvárt normákhoz igazodva, illendő módon beszél ügyfelével.

A segítők igény szerint segítik az érintettet a munkahelyen és azon kívül történő ismerkedésben.

A segítők igény szerint nyújtanak segítséget társas tevékenységek, pl. partik vagy utazás során, s a munkaadó által szervezett, pl. sporttevékenységekben, csapatépítésben a munkahelyen és azon kívül egyaránt.

A segítők bátorítják a munkaadókat, hogy ragaszkodjanak a próbaidőhöz, és bátran kövessék figyelemmel a fogyatékosággal élő munkavállaló teljesítményét.

A segítők részt vesznek a munkavállaló munkahelyére való biztos eljuttatásának megszervezésében.

A segítők igény szerint segítik az érintettet anyagi ügyeinek intézésében, pl. banki ügyintézés, takarékoság és szociális támogatások intézése során.

A segítők figyelemmel kísérik, ügyfeleik mennyire elégedettek munkájukkal és karrierjük további építésére biztatják őket.

A nyugdíjas korúakat biztatják, hogy találjanak érdeklődési körüknek megfelelő elfoglaltságot, és hangsúlyozzák az esetleges további munkavállalás lehetőségét, és az integrált tevékenységekben való részvétel fontosságát.

Segítik a fogyatékosággal élő személyt háztartásának vezetésében, valamint a közösségi életben való aktív részvételben (pl. templomba járás, polgári klubok, stb.) hangsúlyozva a segítségnyújtás átfogó jellegét.

A segítők az érintettel történő megállapodás szerinti módon – pl. telefon/személyesen -, és megegyezés szerinti időközönként – pl. heti/havi rendszerességgel – érintkeznek a családtagokkal és szolgáltatókkal.

A segítők hosszú távú, mindkét fél számára hasznos kapcsolatokat kötnek együttműködő partnereikkel. A cégek részéről ez bizonyos marketing tevékenység végzését, minőségi munkahelyek felajánlását és egyéni tehetségkutató tevékenységek megszervezését jelenti. Cserében a segítőszerződés konzultációs lehetőséget, továbbképzést és a megfelelő segítségnyújtási módok megtanítását vállalja.

A segítők érintkezésbe lépnek kereskedelmi kamarákkal, egyéb szolgáltatókkal és szervezetekkel így biztosítva a cégekkel és a társadalommal való folyamatos kapcsolattartást.

A minőségi munkavégzés alapvető elemei szervezeti szinten

A legtöbb a támogatott foglalkoztatás területén dolgozó szakember valamely rehabilitációs csoport, a mentális egészséggel foglalkozó szervezet, vagy konkrétan a támogatott foglalkoztatás területén tevékenykedő segítőszerződés munkatársa. Minőségi munkát csak azon szervezetek tudnak végezni, melyeknek kitűzött célja az integrált foglalkoztatásban és az azzal együtt járó tevékenységekben való aktív segítségnyújtás.

Az ilyen szervezetek az integráció elhivatott támogatói, kik minden erejükkel küzdenek a társadalmi kirekesztés ellen.

A szervezet figyel arra, hogy minél több munkatársa dolgozzon direkt segítőként közvetlenül az ügyfelekkel.

A szervezet törekszik arra, hogy hivatalos szinten is részt vehessen a széleskörű tervezésben és döntéshozatalban.

A szervezetek arra biztatják munkatársaikat, hogy mindenkiel egyénre szabott akciótervet dolgozzanak ki figyelembe véve az érintett érdeklődési körét és egyéni szükségleteit.

A szervezetek mindenkit, így a súlyos fogyatékosággal élő személyeket is támogatják egyénre szabott munkakörük kialakításában és segítenek az élet más területein is.

A szervezetek igyekeznek rugalmas anyagi háttérrel találni annak érdekében, hogy a kiemelt segítségre szoruló személyek támogatása is megoldott legyen.

A szervezetek az integráció céljának promotálásával keresnek megfelelő munkahelyeket, ill. egyéb szolgáltatókat.

A szervezetek oly módon csoportosítják munkatársaikat, hogy egymást kiegészítve, holisztikus módon tudjanak segíteni. Így pl. létrehozhatnak teljes körű segítségnyújtásra szakosodott munkacsoportokat, ugyanakkor bizonyos kollégák – rész területekre koncentrálnak – egyéni segítségnyújtással foglalkoznak.

A szervezet felvételi és munkakövetelményei magasak, ezáltal is biztosítva a munkavégzés színvonalát.

A szervezet biztosítja munkatársainak a széleskörű, folyamatos továbbképzés lehetőségét.

A szervezet olyan tanulási környezetet biztosít munkatársai számára, melyben a kreativitás, az új ötletek, és a kockázatvállalás pozitív fogadtatásra lel, ami erőt ad a segítőknek a minél hatékonyabb munkavégzéshez.

A szervezet folyamatosan értékeli saját munkáját az eredményesség növelése érdekében.

A szervezet folyamatosan figyelemmel kíséri, hogy pl. az ügyfelek mennyire elégedettek szolgáltatásaikkal, a személyzet mennyire tevékeny, vagy hogy a munkavégzés mennyire történik költségkímélő módon és folyamatosan statisztikát vezetnek ilyen és hasonló működési adatokról.

A szervezet anyagi juttatás formájában is kifejezi munkatársaival szembeni elégedettségét, ezzel is ösztönözve őket minél jobb eredmények elérésére.

A szervezet bármely szintjén biztosított az előrelépés lehetősége a vezető pozíciók felé.

A szervezet az üzleti életben általánosan elterjedt marketing módszereket alkalmazza, ami tükrözi szakértelmét és javítja imidzsét.

A szervezet mind helyi, mind országos szinten kapcsolatokat alakít ki az üzleti élet képviselőivel.

Szervezetünk a fenti írást nem tekinti véglegesnek, mivel a szakma folyamatosan fejlődik. Bármiféle észrevételt a fentiek alkalmazhatóságát illetően, valamint változtatási javaslatokat örömmel fogadunk!



E munka létrejöttéhez számos szakember járult hozzá, akik önként vállalták, hogy részt vesznek szervezetünk minőségellenőrzési munkájának egy vagy több fázisában.

Ők: Karen Flippo, Pat Keul, Tom Harrison, Debra Martin Petty, Brenda Harvey, Dale Dutton, Renee Drouet, Bob Niemiec, Rebecca McDonald, Sue Killam, Pat Rogan, Tammara Geary, Linda Quinn, Dale DiLeo, Rob Hoffman, és New Jersey-i részlegünk.

A végső változatot kidolgozta Pat Rogan.

© APSE, 1627 Monument Avenue, Richmond, Virginia 23220

Tel: 804-278-9187 fax: 804-278-9377 e-mail: Tammara@apse.org

Társadalombiztosítás és társadalmi integráció

*Aktív munkaerő-piaci programok
fogyatékossgal élő emberek számára*

Tények és adatok az alkalmazásról és a hatásról

ELTE GYK, Budapest, 2009

*Aktív munkaerő-piaci programok
fogyatékossgal élő emberek számára*

Tények és adatok az alkalmazásról és a hatásról

Az EIM Business and Policy Research tanulmánya

Társadalombiztosítás és társadalmi integráció
Európai Bizottság
Foglalkoztatási és Szociális Ügyek Főigazgatósága E.4 Egység
Kézirat lezárva 2002 augusztusában

Ez a tanulmány csak angol, francia és német nyelven hozzáférhető. ...és immár magyarul is.

Ennek a tanulmánynak a tartalma nem feltétlenül tükrözi az Európai Bizottság Foglalkoztatási és Szociális Ügyek Főigazgatóságának véleményét illetve álláspontját.

Az Európai Unióról további információk található az Interneten. Ezeket az Europa szerveren lehet elérni (<http://europa.eu.int>).

© European Communities, 2004. A sokszorosítás megengedett, az eredeti forrás megjelölése mellett.

Tartalom

Társadalombiztosítás és társadalmi integráció	119
1. Vezetői összefoglaló	124
1.1. Bevezetés	124
1.2 A keretrendszer felállítása: definíciók és a megcélzott népesség	125
1.3 Aktív munkaerő-piaci programok foglalkozással élő emberek számára: jellemzők és hatókör	130
1.4. Az aktív munkaerő-piaci programok hatása: megfigyelések és tapasztalatok	132
1.5. A jelentés vázlata	133
2. Tények és adatok a felhasználásról és a hatásról	134
2.1. Bevezetés	134
3. A keret felállítása: definíciók és megcélzott népesség	137
3.1. Bevezetés	137
3.2. A munkaerő-piaci programok definíciója	137
3.3. Az aktív munkaerő-piaci programok besorolása	140
4. Az aktív munkaerő-piaci programok szerepe a nemzeti foglalkoztatási stratégiákban	143
4.1. Bevezetés	143
4.2. Alternatív módszerek és a szakpolitikák alakulása a fogyatékos emberek foglalkoztatásának javítása érdekében	144
4.2.1. A Foglalkoztatási Szolgálatok szerepével kapcsolatos fejlemények összevetése	144
4.2.2. Jogalkotói tevékenység	146
4.2.2.1. Foglalkoztatási kvóta	146
4.2.2.2. Diszkrimináció-ellenes törvény	147
4.2.2.3. Munkahely-védelmi jogok	147
4.2.2.4. Regisztráció	148
4.3.3 Rábeszélő programok	148
4.3. Munkaerő-piaci programokra történő ráfordítás	149
4.4. Fejlemények a foglalkoztatási stratégiák területén	151
4.4.1. Aktív megközelítés	151
4.4.2. Főáramba helyezés	152
4.4.3. Decentralizáció	152
4.4.4. (Ellen)ösztönzők	153
4.4.5. Intézmények fejlesztése, szakpolitikai intézkedések harmonizációja	154
4.4.6. Esetkezelés	154

4.5. Következtések	155
5. Fogyatékosággal élő emberek aktív munkaerő-piaci programjai: jellemzők és hatókör	156
5.1. Bevezetés	156
5.2. Az adatok hozzáférhetősége és korlátozottsága	156
5.3. Fogyatékosággal élő emberek a főáramú aktív munkaerő-piaci programokban	158
5.4. A speciális aktív munkaerő-piaci programok jellemzői	160
5.4.1 Intenzív tanácsadó szolgálat és álláskeresési segítség	160
5.4.2. Szakmai rehabilitáció	161
5.4.3 Szubvencionált foglalkoztatás	163
5.4.4 Támogatott foglalkoztatás	163
5.4.5 Védett foglalkoztatás	164
5.4.6 A fogyatékos emberek vállalkozóvá válását célzó ösztönzők	166
5.4.7. Kombinált intézkedések	167
5.5. Országok összehasonlítása	168
6. Az aktív munkaerő-piaci programok hatása: megfigyelések és tapasztalatok	170
6.1. Bevezetés	170
6.2. Az aktív munkaerő-piaci programok hatása: gyenge források, óvatos következtetések	171
6.3. Az aktív munkaerő-piaci programok hatásai és mellékhatásai: megfigyelések és vélemények	173
6.4. Végrehajtás és ösztönzők	175
7. Kitekintés	176
8. Következtetések és tárgyalás	177
8.1. Bevezetés	177
8.2. A nyomon követés és az értékelés javítása felé vezető út	178
8.3. Munkaerő-piaci programok az EU tagállamaiban	180
8.4. Az aktív munkaerő-piaci programok jellemzői és hatóköre	181
8.5. Foglalkoztatási hatások?	183
8.6. Tanulságok, amelyek növelhetik az aktív munkaerő-piaci programok hatékonyságát	184
I. Melléklet: a Szakértői Csoport tagjai	186
II. Melléklet: országprofil formátum	187
III. Melléklet: statisztikák az egyes aktív munkaerő-piaci programokról	192
Hivatkozások	204

Ebben a jelentésben a következő rövidítések használatosak

A	Ausztria
B	Belgium
D	Németország
DK	Dánia
E	Spanyolország
EL	Görögország
F	Franciaország
FIN	Finnország
I	Olaszország I
RL	Írország
L	Luxemburg
NL	Hollandia
P	Portugália
S	Svédország
UK	Egyesült Királyság
EU	Európai Unió

1. Vezetői összefoglaló

1.1. Bevezetés

HÁTTÉR

Az Európai Unió erősen elkötelezett az iránt, hogy javítsa a fogyatékos emberek helyzetét. A Lisszaboni Gazdasági Tanácsülést követően megegyezés született arról a célkitűzésről, hogy a fogyatékos emberek munkanélküliségi rátája 2010-re legyen ugyanolyan mértékű, mint a nem fogyatékos embereké. Jelenleg a fogyatékos emberek kevesebb, mint egyharmada folytat kereső foglalkozást. Ebben a tekintetben három fő dimenzió játszik szerepet:

- Az alapvető jog, hogy az Európai Unióban mindenki korrekt és egyenlő elbánásban részesüljön.
- A gazdasági növekedés folytatódása.
- A partnerségi megközelítés.

Európai szinten a 2003-ban hatályba lépő Diszkrimináció-ellenes Foglalkoztatási Irányelv jelentős segítséget fog nyújtani azoknak az akadályoknak az eltávolításában, amelyek gátolják a fogyatékos emberek társadalmi integrációját. Az, hogy az Európai Tanács a 2003-as évet a Fogyatékosággal élő emberek Európai Évének nyilvánította, az egész EU-ban az eddiginél jobban felhívja a figyelmet arra, hogy a fogyatékos embereknek milyen nehézségeket kell leküzdeniük. Tagállami szinten erőfeszítéseket tesznek azért, hogy javítsák a fogyatékos emberek részvételét a munkaerő piacon, miközben még mindig komoly akadályokkal találják szembe magukat azok, akik el akarnak helyezkedni.

A Nemzeti Akciótervekben foglalt információk ellenére még mindig nem áll rendelkezésre elegendő információ arról, hogy a fogyatékos emberek foglalkoztatási helyzetével kapcsolatosan milyen nemzeti szakpolitikai intézkedések születnek és ezeknek milyen a hatása. A Bizottság azt tűzte ki célul, hogy figyelemmel kísérje a fogyatékos emberekkel kapcsolatos nemzeti szakpolitikai intézkedéseket. Ennek megfelelően használható információkra van szükség arról, hogy a fogyatékos emberek miként vehetnek részt a munkaerőpiacon és a munkaerő-aktivizáló programokban. 2000-ben a Bizottság arra szerződött az EIM-mel, hogy az létrehozson és fenntartsen egy Európai Szakértői Csoportot a Fogyatékos Emberek Foglalkoztatásának ügyében.

A tanulmány eredményeit bemutatták a Bizottságnak, a nemzeti szakértőknek és szélesebb hallgatóságnak is egy konferencia alkalmával, amelyet Brüsszelben tartottak 2002. július 9-én. A következő, külön erre a célra létrehozott weboldalról további információk szerezhetők be: www.employment-disability.net.

MÓDSZERTAN

Annak érdekében, hogy minden országra vonatkozóan közös kutatási megközelítést lehessen alkalmazni, a nemzeti szakértők kialakítottak egy általános irányvonalat az adatgyűjtésre, a programok jellemzőinek leírására és a statisztikákra, és megegyeztek ennek használatáról. Minden, a nemzeti szakértők által megadott statisztikai anyagot ellenőriztek teljes körűség, konzisztencia és összehasonlíthatóság szempontjából. Ahol ez szükséges volt, a nemzeti szakértők további információkat és magyarázatokat is megadtak.

AZ ELSŐ ÉVES TANULMÁNY

A hálózat fennállásának első éve során számos tanulmányt készített. Ezek a tanulmányok azzal a céllal készültek, hogy összegyűjtsék a fogyatékos emberek munkaerő-piaci helyzetéről szóló információkat az Európai Unióban. Egyrészt ezzel áttekintést adnak a kérdéssel kapcsolatban rendelkezésre álló információkról. Másrészt pedig a tanulmány egyszerre szolgálhat kiindulópontként és referenciakeretként a szakpolitikai intézkedések kialakításához.

A MÁSODIK ÉVES TANULMÁNY

A második év során azzal a céllal készült tanulmány, hogy legyen egy összehasonlító leíró elemzés az aktív munkaerő-piaci eszközök használatáról a fogyatékos emberek támogatására. A tanulmány eredményeinek jól használható és aktuális felismerésekhez kell vezetniük azon a területen, hogy milyen hasonlóságok és különbségek vannak az EU Tagállamok között, ezeknek a programoknak a fogyatékos emberek megsegítésére történő alkalmazása során. Az összegyűjtött információkat arra kell felhasználni, hogy támogassák a Bizottságot abban a munkában, melynek során figyelemmel kíséri és kiértékeli az egyes Tagállamokban elfogadott nemzeti szakpolitikákat.

A következő kutatási kérdéseket elemezték:

- A. Milyen aktív munkaerő-piaci programokat használnak az EU Tagállamokban?
- B. Kiadások és részvétel tekintetében mekkorák azok az aktív munkaerő-piaci programok, amelyekben a fogyatékos emberek is részt vesznek? Mit lehet tudni ezeknek a programoknak a fogyatékos emberek foglalkoztatási helyzetére gyakorolt hatásáról?

1.2 A keretrendszer felállítása: definíciók és a megcélzott népesség

A MUNKAERŐ-PIACI PROGRAMOK DEFINÍCIÓJA

Az olyan kiszolgáltatott csoportok, mint például a fogyatékos emberek számára kidolgozott foglalkoztatási stratégiák többféle megközelítést is alkalmazhatnak.

Ilyen lehet a munkaerő-piaci program, vagyis az állam munkaerő-piaci beavatkozása, melynek célja a hatékony működés biztosítása és az egyensúlytalanságok kiküszöbölése¹.

A munkaerő-piaci programokat gyakran az aktivizálási kritériumok segítségével értékelik. Ha a cél az emberek aktivizálása, azaz, hogy javuljon az aktív munkaerőbe való integrációjuk, a programot aktív munkaerő-piaci programnak nevezik, melynek angol nyelvű rövidítése ALMP. Ezzel ellentétben, a passzív munkaerő-piaci programok (PLMP-k) főként a kieső jövedelmet pótolják, vagy a korengedményes nyugdíjazási programok révén, vagy pedig munkanélküliek által igény-be vehető jövedelepótlással és -támogatással. Ebben a jelentésben főként az Aktív Munkaerő-piaci Programokkal fogunk foglalkozni, amelyeket szakvélemények segítségével osztályoztunk.

Van néhány olyan munkaerő-piaci program, amelyeket kifejezetten a fogyatékos emberek számára indítottak el. Ebben a tanulmányban a „speciális” munkaerő-piaci programokat (LMP-k) olyan programokként határozzuk meg, amelyek kizárólag a fogyatékos emberek igényeivel foglalkoznak. Minden más LMP-t „főáramú” LMP-nek fogunk nevezni. A főáramú LMP-k közé tartoznak azok is, amelyek különféle konkrét (sok esetben társadalmilag kiszolgáltatott személyekből álló) célcsoportok igényeit vannak hivatva kielégíteni, akik közé fogyatékos emberek is tartozhatnak.

A MEGCÉLZOTT NÉPESSÉGCSOPORT: A FOGYATÉKOS EMBEREK

A fogyatékoság valamennyi definíciójában fellelhető az az alapelv, amely szerint a fogyatékoságnak egészségügyi oka van, és a napi tevékenységben korlátozza azt, akit sújt. Ugyanakkor nincs egyetértés vagy pontos definíció a fogyatékoság koncepciójára vonatkozóan. A források és a definíciók változatossága miatt számos becslést végeztek a fogyatékos EU polgárok arányáról, akik száma a 16-64 évesek csoportjában 17 és 24 millió között van Európában.

AZ ALMP-K SZEREPE A NEMZETI FOGLALKOZTATÁSI STRATÉGIÁKBAN

Annak érdekében, hogy jobban fel lehessen mérni az aktív munkaerő-piaci programok szerepét a nemzeti foglalkoztatási stratégiákban, alternatív megközelítéseket kell találni, illetve alternatív szakpolitikákat kell kialakítani, melyek révén javítani lehet a fogyatékos emberek foglalkoztatási lehetőségeit.

Hagyományosan az **Állami Foglalkoztatási Szolgálat** (PES) fontos szerepet játszott a foglalkoztatási stratégiák gyakorlati megvalósításában (a fogyatékos emberek esetében is), szerepe azonban másként fejlődött tovább. Levonhatjuk azt a következtetést, hogy a legtöbb Tagállamban a PES kezdi elveszíteni monopóliumát, párhuzamosan azzal, hogy többféle foglalkoztatási intézkedést és számos szervezeti struktúrát vezettek be (vagy vezetnek be jelenleg). Míg bizo-

¹ Eurostat 2001., 116. oldal.

nyos országokban a regionális szervezetek vagy a nem-kormányzati szervezetek kapnak nagyobb hatáskört, addig más országokban ezzel ellentétes folyamatok mennek végbe, a tendencia a centralizálás felé mutat, a regionális szervezetek szerepe pedig csökken.

Több nemzeti szakértőszámolt be az olyan „**többszereplős szervezeti megközelítések**” hátrányairól, mint amilyenek a hasonló vagy egymást átfedő felelősségi körök, vagy a helyi szintre lemenő decentralizáció. A szétszórt szervezeti struktúra megnehezíti a megtett intézkedések figyelemmel kísérését és a róluik való beszámolást, amelyet a (gyenge minőségű vagy nem teljes körű) statisztikák is példáznak.

A **törvényhozói szakpolitikák** olyan általános intézkedéseket vezetnek be, amelyek célja a munkaadók, valamint maguk a fogyatékos emberek bizonyos magatartásra való rábírása (vagy bizonyos magatartásoktól való „elrettentése”).

Hagyományosan a fogyatékos emberek foglalkoztatási helyzetének a javítására a törvényhozói politika egyik jellemző fontos eszköze a kötelező **foglalkoztatási kvóták előírása**. Az EU Tag-államok több mint felében a kvóták előírásának eszközét alkalmazzák. Az EU-n belül alkalmazott kvóták nagy változatosságot mutatnak. Különböző okok miatt számos EU tagállam csak korlátozottan alkalmazza a kvóta jellegű eszközöket.

Európai szinten a Diszkrimináció-ellenes Foglalkoztatási Irányelv 2003-ban lép hatályba. Tagállami szinten az 1990-es években Olaszország, Svédország és az Egyesült Királyság vezetett be olyan **diszkriminációellenes törvényeket**, amelyek célja a fogyatékos emberek és más, szociálisan kiszolgáltatott helyzetű csoportok védelme. Dániában, Írországból és Hollandiából ezzel szemben az egyenlő bánásmódot előíró jogszabályok azt mondják ki, hogy a fogyatékos embereknek joguk van a társadalmi tevékenységekben való részvételre, az aktív életre és a foglalkoztatásra. Vannak olyan tagállamok is, ahol az ilyenfajta, egyenlő bánásmódot biztosító, illetve diszkrimináció-ellenes politikákat most fogalmazzák meg (például Németország és Írország).

Emellett az EU-n belül számos különböző **munkahelyvédelmi jog** illeti meg a fogyatékos embereket. Azokban a tagállamokban, amelyek kvóta jellegű intézkedéseket vesznek igénybe, a munkahelyek védelme gyakran csak kiegészítő rendelkezés azoknak a védelmére, akiket a kvóta alapján alkalmaznak. Németországban úgy találták, hogy az elbocsátás elleni védelem – az üzemi tanácsok aktív szerepével egyetemben – az oka annak, hogy a fogyatékos emberek foglalkoztatási rátája viszonylag magas. Ugyanakkor ezek az elbocsátás elleni szabályok érezhetően főként azokat a személyeket támogatják, akik a jelenlegi munkaadójukkal fennálló munkaviszonyuk során váltak fogyatékosá. A legtöbb más EU országban nincsenek konkrét munkahely-védelmi jogszabályok a fogyatékos emberekre vonatkozóan, mindössze a diszkrimináció-ellenes, illetve az egyenlő bánásmódot előíró jogszabályokra hivatkoznak.

Sok konkrét program és intézkedés esetében előfeltétel az, hogy valamilyen hatóság (helyhatóság, különleges bizottság) **állapítsa meg az illető személy fogyatékoságát**, és mint ilyet vegye nyilvántartásba. Ez a kritérium Ausztriában,

Németországban, Olaszországban és Luxemburgban van előírva ahhoz, hogy az illető személyre a védelmi, illetve aktivizálási (foglalkoztatási) jogszabályok vonatkozhatnak.

Néhány tagállamban jelenleg vitáznak a regisztráció bevezetéséről. Megállapítható, hogy né-hány országban a regisztráció megbélyegzéshez vezethet. Görögországban a törvények és egyéb jogszabályok nem határozzák meg egyértelműen, illetve nem azonosítják, hogy ki számít fogyatékosnak, ugyanakkor az általánosabban meghatározott kiszolgáltató csoportok közé számítják őket. Az Egyesült Királyságban a diszkrimináció-ellenes törvények bevezetését követően eltörölték a regisztrációt.

„Szelídebb” megközelítésként a **meggyőzés politikáját** alkalmazzák, amely révén a munkaadókat és a fogyatékos embereket bizonyos magatartásformák felé orientálják. Az aktív munkaerő-piaci politikákhoz viszonyítva a meggyőzés számos esetben megfoghatatlan, ennél fogva nehezen minősíthető és értékelhető.

MUNKAERŐ-PIACI PROGRAMOKRA FORDÍTOTT KIADÁSOK

Bár az összegyűjtött adatok hatékony használhatósága több szempontból is korlátozott, annyit mindenképpen meg lehet belőlük állapítani, hogy az EU tagállamok számos eltérést mutatnak az alkalmazott munkaerő-piaci programok számát, pénzügyi volumenét és típusát tekintve.

A tagállamok GDP-jük 0,8%–4,6%-a közötti összegeket fordítanak munkaerő-piaci politikákra (amiben az Állami Foglalkoztatási Szolgálat nem szerepel). A legtöbb országban hasonló tendenciák figyelhetők meg, függetlenül attól, hogy milyen mértékben költenek a munkaerő-piaci politikáik megvalósítására: a passzív politikák az összkiadások kétharmad-háromnegyed részét teszik ki. Ez alól csak Svédország és Olaszország jelent kivételt, ahol az összkiadások csaknem felét aktív intézkedésekre költik. Forrásaink azt támasztják alá, hogy az EU országaiban továbbra is főszerepet játszanak a segély jellegű kifizetések.

A tanulmányok szerint Belgium, Dánia, Franciaország, Finnország, Hollandia és Svédország azok az országok, amelyek viszonylag nagy arányban költenek aktív intézkedésekre. Néhány országban az intézkedések egységesítésére mutató tendencia azt jelentheti, hogy a jövőben a speciális aktív munkaerő-piaci politikákra jutó kiadások részaránya tovább csökken.

Levonható a következtetés, hogy a tagállamokban az aktív és passzív munkaerő-piaci programok során alkalmazott nemzeti politikák jelentős eltéréseket mutatnak. Ez nem csak az eltérő politikai prioritásoknak köszönhető, hanem a munkanélküliségi szintek közötti különbségektől (ami különösen a passzív munkaerő-piaci eszközökre érvényes), és a támogatásokra való jogosultság kritériumaitól is függ.

SZAKPOLITIKAI FEJLEMÉNYEK

(Még mindig) korlátozott mértékű konvergencia figyelhető meg a jelenlegi foglalkoztatáspolitikák és az új politikai fejlemények területén a fogyatékos emberekre vonatkozóan az EU tagállamaiban. A szakértőktől kapott információk alapján elmondható, hogy a történelmileg kialakult köz-igazgatási struktúrák és politikai preferenciák még mindig fontos szerepet játszanak abban, hogy az egyes országok milyen intézkedéseket, illetve szolgáltatásszervezési módszereket alkalmaznak. A tanulmányok szerint a következő kérdések játszanak fontos szerepet a tagállamokban jelenleg is folyó társadalmi vitákban:

Több országban a **passzívtól az aktív programok felé történő eltolódás** oka az, hogy a segélyprogramok egyre több emberre terjednek ki, ugyanakkor el kell érni ezt a konkrét célcsoportot is, és segíteni kell a csoport tagjainak abban, hogy le tudják küzdeni a munkaerő-piaci be-lépésük előtt tornyosuló akadályokat.

Vannak olyan országok is (például Belgium, Görögország, Hollandia), amelyek ma már inkább azt az utat választják, hogy a fogyatékos embereket a **főáramú programokba** vonják be. Más országok viszont továbbra is olyan intézkedéseket vezetnek be, amelyek kifejezetten a fogyatékos emberek helyzetének a javítását célozzák (például Ausztria). A főáramú megoldásokkal kapcsolatos viták a diszkrimináció tilalma és az egyenlő bánásmód követelménye körül forognak. A főáramú programokat minden ember számára nyitottá kell tenni, ugyanakkor a speciális programokban való részvétel gyakran valamiféle megbélyegzésnek tűnik. Ezzel ellentétben vannak a politika alakítói között olyanok, akik szerint a fogyatékos emberek különleges szükségletekkel rendelkező személyek, ennél fogva speciális programokat kell a számukra bevezetni annak érdekében, hogy könnyebben kerülhessenek be a munkaerőpiacra.

Vannak olyan országok, ahol a **decentralizált szolgáltatás-nyújtásnak** már komoly múltja van. A decentralizáció szorosabb kapcsolatot eredményez a szolgáltató és az ügyfél között.

Eltávolítják a segélyezés csapdáit és a többi olyan tényezőt, amelyek a részvétel ellenőztönzőit jelentik a képzési és rehabilitációs programokban. Néhány példa: Dániában ezt a szak-képzési rehabilitációs programokkal érik el; Írországban a másodlagos segélyek visszatartásával; Hollandiában olyan intézkedésekkel, amelyek a munkavállalót és a munkaadót egyaránt megcélözzák; az Egyesült Királyságban pedig a munkavégzés melletti segélyezést és az adókedvezményeket a segélyekre való jogosultság szigorúbb meghatározásával kombinálják.

A skandináv országokban a **törvényi kötelezettségek** miatt kisebb a valószínűsége annak, hogy a munkát visszautasítják. Dániában az ösztönzőket kiterjesztették az azokat bevezető intézményekre is.

Számos országban az **intézményi struktúrák javítását és a szakpolitikák harmonizációját** tekintik a legjobb módszernek arra, hogy növeljék a programok hatékonyságát, és csökkentsék az adminisztrációs költségeket.

Mivel a fogyatékos emberek sajátos helyzete egyénekenként változó, az ügyfél konkrét szükségleteit egy **testre szabott megközelítés** jobban szolgálná. Ez a helyzet áll fenn (kísérleti jelleggel) Görögországban és Hollandiában (PRB), míg az Egyesült Királyságban nagyobb mértékű fejlődést lehetett tapasztalni. Bár ezt a megközelítést más országokban is hatékonynak tekintik, meghonosítása a magas költségek és a szervezeti nehézségek miatt akadályokba ütközik.

1.3 Aktív munkaerő-piaci programok fogyatékossgal élő emberek számára: jellemzők és hatókör

AZ ADATOK HOZZÁFÉRHETŐSÉGE ÉS KORLÁTOZOTTSÁGA

A korábbi tanulmányok már bemutatták, hogy a bevezetett aktív munkaerő-piaci politikákról gyakran csak nehezen lehet megfelelő statisztikai információkat szerezni. Ez a tanulmány azt a hozzáadott értéket hordozza, hogy kísérletet tesz a programok hatókörének és méretének a számszerűsítésére, a részvételi és a kiadási arányok alapján. Ennek eredményeként több mint 110 speciális aktív munkaerő-piaci politikát azonosított.

A hozzáférhető mennyiségi információk hiánya azt jelenti, hogy csak korlátozott mértékben lehet összehasonlítani az egyes programokra fordított kiadásokat. A résztvevők számára vonatkozó többféle nyilvántartás (például állapot, illetve folyamat jellegű adatok) gyakorlatilag lehetetlenné teszi a részvételi arányok összehasonlítását a különféle programok vagy akár országok között. Így tehát semmiféle megalapozott következtetést nem lehet (és nem is kell) levonni pusztán az itt közölt mennyiségi információkból.

AZ EU TAGÁLLAMOK MUNKAERŐ-PIACI PROGRAMJAINAK JELLEMZŐI ÉS HATÓKÖRE

A **fogyatékos emberek részvételi aránya a főáramú aktív munkaerő-piaci programokban** jelentős különbségeket mutat tagállamok szerint. Vannak olyan országok, ahol a részvétel valószínűsége nagyon alacsony. De vannak olyanok is, ahol a munkaerő-piaci programokban részt vevő fogyatékos emberek nagy hányada valójában a főáramú programokban vesz részt, nem pedig olyan programokban, amelyeket kifejezetten nekik szánnak.

A speciális programok több kategóriájában meghatározták a fő jellemzőket. **Az intenzív tanácsadási tevékenységet és az álláskeresésben való segítségnyújtást** jelölték meg önálló programokként a tagállamok kb. felében. Ugyanakkor a tanácsadás más programoknak (például a kombinált intézkedéseknek) is szerves részét képezi.

A **foglalkozási rehabilitációt** is alkalmazzák szinte minden tagállamban. A résztvevők száma és a programokra szánt pénzüsszegek jelentős változatosságot mutatnak. A foglalkozási rehabilitáció különösen fontos szerepet játszik Dániában, Finnországban, Görögországban és Írországban. Vannak olyan országok, ahonnan nagyon alacsony kihasználtsági arányokról számoltak be, ami

gyenge végrehajtásra, erőforrások hiányára vagy alacsony prioritásra utalhat. De olyan országok is vannak, ahol nem létezik speciális aktív munkaerő-piaci program a foglalkozási rehabilitációra. Németországban a fogyatékos emberek a különböző főáramú foglalkozási rehabilitációs programokban vesznek részt, Hollandiában pedig a foglalkozási rehabilitáció különböző kombinált intézkedések részét képezi, ahol a foglalkozási rehabilitációt vagy támogatott munkavállalás, vagy pedig intenzív tanácsadás egészíti ki.

A **szubvencionált foglalkoztatásnak** az a célja, hogy csökkentse a fogyatékos emberek foglalkoztatásának (pénzügyi) akadályait. A költségátvállalás kedvezményezettjei legtöbbször a munkaadók. Dániában, Finnországban, Hollandiában és az Egyesült Királyságban ugyanakkor vannak olyan programok is, amelyek kedvezményezettjei a munkavállalók. Adataink szerint a szubvencionált foglalkoztatás eszközét leginkább az északi országokban, valamint Ausztriában és Németországban alkalmazzák. Az átvállalt bérköltségek átlagos összege viszonylag alacsony, de bizonyos országokban (például Spanyolországban és Németországban) bizonyos programok esetében jelentős összegeket lehet kapni minden egyes foglalkoztatott fogyatékos ember után.

A **támogatott foglalkoztatás** magában foglalja a fogyatékos emberek személyes támogatását, illetve a munkahelyek átalakítását. Annak ellenére, hogy lényeges szempont a foglalkoztatást nehezítő külső akadályok leküzdése, valamennyi tagállam esetében elég alacsony azoknak az embereknek a száma, akik ilyenfajta programok előnyeit élvezik.

Az Európai Unióban a **védett foglalkoztatás** többféle formában jelenhet meg (például más résztvevőkhöz viszonyítva előírhatják a résztvevő fogyatékos emberek minimális arányszámát) és céljai is különbözőek lehetnek (lehetséges, de nem szükségszerűen az integrálás a rendes munkaerőpiacba). Ez elterjedt célnak tűnik Belgiumban, Dániában, Németországban, Franciaországban, Hollandiában és Svédországban.

A **fogyatékos emberek általi vállalkozásindítást ösztönző programok** csak néhány országban léteznek, és ezekben is nagyon alacsony a résztvevők száma.

A **kombinált intézkedések** tartalmazzák a foglalkozási rehabilitációt, a szubvencionált foglalkoztatást, a támogatott foglalkoztatást, a legtöbb esetben pedig az intenzív tanácsadás elemeit is. Bizonyos esetekben az e kategóriába tartozó programok nem csupán intézkedések kombinációját jelentik, hanem integrált megközelítést valósítanak meg. Sok esetben intenzív tanácsadással kapcsolódnak össze, és olyan testre szabott megközelítést alkalmaznak, amelyben a fogyatékos emberek számára többféle programot kínálnak a munkaerőpiacra történő bejutásuk (visszakerülésük) érdekében. Ebben a kategóriában jelentős programokat találunk Ausztriában, Dániában, Németországban, Hollandiában és az Egyesült Királyságban.

A nagyszámú módszertani korlát ellenére a következő, nem teljes körű képet lehet felvázolni: Belgiumban, Franciaországban és Hollandiában az alkalmazott politikák közös vonása az, hogy a védett foglalkoztatást helyezik előtérbe.

Ausztriában és Svédországban a kiadások (nagy) többsége a védett foglalkoztatás és a szubvencionált foglalkoztatás kombinációjára megy el. Luxemburgban és az Egyesült Királyságban a szubvencionált, a támogatott és a védett foglalkoztatás kombinációját találjuk. Ezt a két országot az jellemzi, hogy viszonylag sokat költenek kombinált intézkedésekre, de mindkettőre igaz, hogy ezek a kombinált intézkedések (főként) a szubvencionált, a támogatott és a védett foglalkoztatás kombinációit valósítják meg. Végezetül pedig Portugália a foglalkozási rehabilitáció, a támogatott foglalkoztatás és a védett foglalkoztatás egyedi költségvetési kombinációját valósította meg.

1.4. Az aktív munkaerő-piaci programok hatása: megfigyelések és tapasztalatok

A NYOMON KÖVETÉS ÉS AZ ÉRTÉKELÉS JAVÍTÁSA FELÉ VEZETŐ ÚT

Más tanulmányokhoz hasonlóan, a mi tanulmányunk is kimutatta, hogy továbbra is jelentős tartalékok vannak a fogyatékos emberek segítésére alkalmazott aktív munkaerő-piaci programok nyomon követésének és kiértékelésének a fejlesztésében. Ennek megfelelően a következő területeken teszünk ajánlásokat: Az adatgyűjtés során főként a fogyatékos emberekre kellene koncentrálni, nem csupán a programok hatékonyságára.

Fel kell mérni az ügyfelek foglalkoztatási státuszát a programok befejezése után. A tevékenységek indítása előtt fel kell mérni mind az ügyfelek, mind pedig a (leendő) munkaadó szükségleteit és hajlandóságát.

Olyan közös alapvető mutatókat kell kialakítani, amelyek révén figyelemmel lehet kísérni az aktív munkaerő-piaci programok alkalmazását és eredményeit.

A programok hatékonyságának a mérése tágabb értelemben kiterjedhetne a fogyatékos emberek életminőségének értékelésére is.

FOGLALKOZTATÁSI HATÁSOK?

A tanulmány egyik fő megállapítása az, hogy a legtöbb országban csak keveset, vagy éppen semmit sem tudnak arról, hogy a jelentésekben szereplő intézkedések alkalmazása milyen hatást gyakorolt a foglalkoztatási helyzetre. A foglalkoztatással kapcsolatban többnyire nem állnak rendelkezésre bizonyítékokon alapuló következtetések, mivel a program részvételi statisztikái nem megfelelő minőségűek, nincsenek monitoring és follow-up tanulmányok, illetve a kiértékelési módszerekben általános hiányosságok mutatkoznak. Ha a tagállamok be is számolnak a következményekről, ezek a beszámolók többnyire a résztvevők és a szolgáltatók felmérésein, vagy más célcsoportok (például a tartósan munkanélküli személyek) körében végzett felméréseken alapulnak. Más tanulmányok is ezeket a következtetéseket vonták le.

TANULSÁGOK

AZ AKTÍV MUNKAERŐ-PIACI PROGRAMOK HATÉKONYSÁGÁNAK JAVÍTÁSÁRA

Több értékelő tanulmány és szakértői vélemény szerint számos következtetést lehet levonni arra nézve, hogy az aktív munkaerő-piaci programok hatékonyságát miként lehetne növelni.

A következő **szervezeti aspektusok** pozitív hatást gyakorolnak a foglalkoztatási intézkedések sikerére:

Olyan befektetések, amelyek célja a helyi munkaadókkal fennálló kapcsolatok javítása és szorosabbá tétele, illetve annak felismerése, hogy mennyire fontos a proaktív kapcsolat a munka-adókkal.

Az állami szervezetek közötti partnerség és együttműködés ösztönzése; a helyi koordinációs bizottságok vagy hálózatok és a szervezeten belüli partnerség kiemelt szerepe (beleértve a munka-adókat is).

Az egyedi ügykezelés több hangsúlyt helyez az egyén szükségleteire és arra, hogy a munkahely keresésében adjanak az egyénnek segítséget.

A hatékony képzési és foglalkoztatási intézkedések **elégséges személyi feltételeket is megkívánnak**, amelyeket hatékonyabban lehet biztosítani képzéssel és személyi tanácsadók akkreditálásával.

Az aktív munkaerő-piaci programok a fogyatékos emberek számára nem csak a munkaerőpiacra való bejutáshoz lehetnek hasznosak, hanem **meglévő munkaviszonyuk megtartásához** is. A fogyatékos emberek megsegítésére alkalmazott politikák sorába tartozhatnak azok az intézkedések is, amelyek a krónikus betegségekkel küzdő emberek munkaviszonyának a megőrzését célozzák.

Az Egyesült Királyság, Németország és Hollandia esetében a **keresletvezérelt szolgáltatás nyújtás** felé történő eltolódás célja az, hogy az ügyfelek és a munkaadók szükségleteit hatékonyabban lehessen figyelembe venni.

Végezetül, egyes országokban (például Írországból és az Egyesült Királyságból) sikerült kiküszöbölni azokat a **pénzügyi ellenőrzőket**, amelyek gátjai a fogyatékos emberek munka-vállalásának, így erősebb lett a munkavállalás irányába ható ösztönzés. Ezen túlmenően még olyan ösztönzők bevezetését is mérlegelik, mint például a fizetésekkel kapcsolatos intézkedések, amelyek sorába tartozhat a „mértékadó-fizetés” is.

1.5. A jelentés vázlatja

A második fejezet megadja a tanulmány keretét, beleértve a meghatározásokat és a besorolásokat is. Ez a fejezet képezi a soron következő fejezetekben található további elemzések alap-ját. A munkaerő-piaci programok nem az egyetlen eszközt jelentik a nemzeti foglalkoztatási stratégiák valóra váltására. Ennek megfelelően a harmadik fejezet a foglalkoztatáspolitikák szélesebb kontextusába helyezi az aktív munkaerő-piaci programokat. Ezt követően a negyedik fejezet azokra a nemzeti adatokra koncentrál, amelyeket a fogyatékos emberek számára indított aktív munkaerő-piaci programokkal kapcsolatban sikerült ösz-

szegűjteni. Ez a fejezet a különféle speciális aktív munkaerő-piaci programok fő jellemzőiről ad tájékoztatást. Az ötödik fejezet a tag-államokra gyakorolt hatással, illetve a tagállamok tapasztalataival foglalkozik. A hatodik fejezet a főbb megállapításokat foglalja össze. Ezeket a megállapításokat az Európai Unió foglalkoztatás-politikáinak fényében is megtárgyaljuk, végezetül pedig sorra vesszük azokat a tanulságokat, amelyek megszívlelése hozzájárulhat a fogyatékos emberek foglalkoztatási helyzetének sikeres javításához.

2. Tények és adatok a felhasználásról és a hatásról

2.1. Bevezetés

HÁTTÉR

Az Európai Unió erősen elkötelezett a fogyatékos emberek helyzetének javítása iránt, akik csoportként jelenleg számos akadállyal kénytelenek szembenézni mind a 15 tagállamban, például akkor, amikor munkát akarnak vállalni, illetve teljes értékű tagjai akarnak lenni a társadalomnak. Átlagban a súlyosan fogyatékos emberek munkaerő-piaci részvételi aránya az EU-ban 35% alatt van, szemben a nem-fogyatékos emberek 70%-os arányával. A Lisszaboni Gazdasági Tanács-ülést követően megegyezés született arról a célkitűzésről, hogy a fogyatékos emberek munka-nélküliségi rátája 2010-re legyen ugyanolyan mértékű, mint a nem fogyatékos embereké. Ennek a célnak a valóra váltásához három fő dimenziót kell mérlegelni. Az első az, hogy az Unióban mindenkinek alapvető joga van a korrekt és egyenlő bánásmódhoz, beleértve a fogyatékos embereket is. A második a folytatódó gazdasági fejlődéssel, a harmadik pedig a partnerségi megközelítéssel kapcsolatos, amely kimondja, hogy a társadalom minden tagját be kell vonni az akadályok eltávolításába.

Európai szinten a 2003-ban életbe lépő Anti-diszkriminációs Foglalkoztatási Irányelv nagy segítséget fog jelenteni, például a környezeti akadályok eltávolításában. Ismert, hogy ezek az akadályok nagyobb mértékben gátolják a fogyatékos emberek társadalmi integrációját, mint azok a funkcionális korlátok, amelyek a fogyatékoság természetéből adódnak. Az, hogy az Európai Tanács a 2003. évet a Fogyatékosággal élő személyek évének nyilvánította, a teljes Európai Unióban fokozottan rá fogja irányítani a figyelmet a fogyatékos emberek nehézségeire, és remélhetően gondolatokat, vitákat fog ösztönözni arról, hogy milyen intézkedések révén lehetne javítani az esély-egyenlőséget és csökkenteni a diszkriminációt.

Tagállami szinten erőfeszítéseket tesznek azért, hogy javítsák a fogyatékos emberek részvételét a munkaerőpiacon, ugyanakkor még mindig komoly akadályokkal találják szembe magukat azok, akik el akarnak helyezkedni – ilyen akadály lehet például a tanulási/képzési lehetőség, a hozzáférhető tömegközlekedés és a támogató technológia hiánya.

Az Amszterdami Szerződés elfogadását követően, amely új foglalkoztatási jogcímet vezetett be, az 1997. novemberi luxemburgi munkaügyi csúcstalálkozón megegyezés született arról, hogy az európai foglalkoztatási stratégia a munkanélküliség csökkentése érdekében integrált megközelítést kell, hogy alkalmazzon, amely négy pilléren nyugszik: foglalkoztathatóság, vállalkozó szellem, alkalmazkodóképesség és esélyegyenlőség.

Az európai foglalkoztatási stratégia megvalósítása minden évben a Foglalkoztatási Irányvonalaknak megfelelően történik, amelyeket figyelembe kell venni, és alkalmazásukról be kell számolni a tagállamok által készítendő Foglalkoztatási Nemzeti Akciótervekben (NAP)². Az 1. és a 4. pillér különösen fontos a fogyatékos emberek munkaerő-piaci integrációja szempontjából. A foglalkoztathatóságról szóló 1. pillér többek közt olyan kérdéseket tartalmaz, mint az átmenet a passzívól az aktív intézkedésekbe. A javadalmazási és képzési rendszereknek biztosítaniuk kell a foglalkoztathatóság aktív támogatását, és valós ösztönzőket kell nyújtaniuk arra, hogy a munkanélküliek keressék és igénybe is vegyék a fizetett munkavégzés vagy a képzés lehetőségét. Az egyenlő esélyekről szóló 4. pillér egyebek mellett hangsúlyozza a fogyatékos emberek integrációjának a szükségességét a munka világába. A munkaerő-piaci reintegráció megkönnyítésének részeként a tagállamok külön figyelmet fordítanak arra, hogy fokozatosan felszámolják a fizetett munkavégzéshez való visszatérés előtt tornyosuló akadályokat. Ezen túlmenően, különös figyelmet kell fordítani azokra a problémákra, amelyekkel a fogyatékos emberek a munka világában való részvételük során találkozhatnak.

A Nemzeti Akciótervekben foglalt információk ellenére még mindig nem áll rendelkezésre elegendő ismeret arról, hogy a fogyatékos emberek foglalkoztatási helyzetével kapcsolatosan milyen nemzeti politikák születnek, és ezeknek milyen a hatása. 2000-ben a Bizottság arra szerződött az EIM-mel, hogy az létrehozson és működtessen egy Európai Szakértői Csoportot a Fogyatékos Emberek Foglalkoztatásának ügyében³. 2002-re vonatkozóan a Bizottság arra kérte fel a Szakértői Csoportot, hogy készítse összehasonlító leíró elemzést az aktív munkaerő-piaci programok használatáról a fogyatékos emberek esetében. A következő, külön erre a célra létrehozott weboldarról további információk szerezhetők: www.employment-disability.net

CÉL ÉS KUTATÁSI KÉRDÉSEK

A tanulmány kísérletet tesz arra, hogy az egyes tagállamokban a fogyatékos emberek megsegítésére alkalmazott programokról összegyűjtött információk és adatok alapján leírja ezeknek a programoknak a fejlődését és ahol lehet, a hatásait is. Ez az aktív munkaerő-piaci programok megtervezése és lebonyolítása során elvezethet azoknak a helyes gyakorlati megoldásoknak a feltárásához,

2 Az európai foglalkoztatási stratégiával kapcsolatos részleteket lásd: http://europa.eu.int/comm/employment_social/empl&esf/ees_en.htm

3 A Szakértői Csoport tagjainak rövid bemutatását lásd az I. Mellékletben.

amelyek a fogyatékos embereket jobb képzési és foglalkoztatási lehetőségekhez juttathatják.

Ennek eléréséhez a következő kutatási kérdésekre⁴ kell koncentrálni: Milyen aktív munkaerő-piaci programokat használnak az EU tagállamokban? Kiadások és részvétel tekintetében mekkorák azok az aktív munkaerő-piaci programok, amelyekben a fogyatékos emberek is részt vesznek? Mit lehet tudni ezeknek a programoknak a hatásáról a fogyatékos emberek foglalkoztatási helyzetére?

MÓDSZERTAN

A Szakértői Csoport tagjai minden egyes ország esetében összegyűjtötték a megfelelő információkat a szabályozásokról elérhető dokumentációból (például a Nemzeti Akciótervekből), a programstatisztikákból, az értékelő tanulmányokból, és – ahol szükséges volt – tisztázó interjúkat készítettek más (nemzeti) szakértőkkel. Annak érdekében, hogy minden országra vonatkozóan közös kutatási megközelítést lehessen alkalmazni, a nemzeti szakértők kialakítottak egy általános irányelvet az adatgyűjtésre, a programok jellemzőinek leírására és a statisztikákra, és megegyeztek ennek használatáról (lásd II. Melléklet). Az útmutató az aktív munkaerő-piaci programok besorolását is tartalmazta, amelyet a meglévő forrásokra alapoztak (például Eurostat 2001, OECD 2001), de adaptálták ennek a tanulmánynak a követelményeihez.

A legtöbb ország esetében 1998 volt a megfigyelt év, Hollandia, Dánia, Olaszország és Németország esetében viszont 1999 (a törvényekben illetve a programokban bekövetkezett fontos változások miatt). A fogyatékos emberek foglalkoztatásáról szóló nemzeti politikákkal, aktív munkaerő-piaci programokkal és azok hatásával kapcsolatosan összegyűjtött információkat ún. országprofilokban összegezték, melyek az Interneten is elérhetők⁵.

Ezek minden egyes ország esetében röviden vázolják a következőket: az aktív munkaerő-piaci programok helyzete más megközelítésekhez képest (például diszkrimináció-ellenes jogszabályok); a fogyatékos emberek esetében alkalmazott aktív munkaerő-piaci programok áttekintése és alapvető ismertetése (speciális, illetve fontosabb főáramú programok); a szakpolitika alakulása az aktív munkaerő-piaci programok területén; amennyiben rendelkezésre álltak: statisztikák (a kiadásokról és a résztvevőkről); a speciális aktív munkaerő-piaci programok alkalmazásáról és hatásáról szóló, értékelő tanulmányokon alapuló információk.

Az adatgyűjtés megkönnyítése érdekében az OECD és az Eurostat közel-múltban megjelent, az aktív munkaerő-piaci programokról szóló kiadványait is hozzáférhetővé tették a szakértők számára (Thornton és Lunt, 1997; Ecotec, 2000; Bergeskog, 2001; és Prinz, előkészületben). Minden, a nemzeti szakértők által megadott statisztikai anyagot ellenőriztek teljesség, konzisztencia és

4 Az „A” és „B” kutatási kérdést a 4. Fejezet tárgyalja, az 5. Fejezet pedig a „C” kutatási kérdéssel foglalkozik.

5 www.employment-disability.net

összehasonlíthatóság szempontjából. Ahol szükséges volt, a nemzeti szakértők további információkat és magyarázatokat is adtak.

A JELENTÉS ÁTTEKINTÉSE

A második fejezet megadja a tanulmány keretét, beleértve a meghatározásokat és a besorolásokat is. Ez a fejezet képezi a soron következő fejezetekben található további elemzések alap-ját. A munkaerő-piaci programok nem az egyetlen eszközt jelentik a nemzeti foglalkoztatási stratégiák valóra váltására. Ennek megfelelően a harmadik fejezet a foglalkoztatási politikák szélesebb kontextusába helyezi az aktív munkaerő-piaci programokat. Ezt követően a negyedik fejezet azokra a nemzeti adatokra koncentrál, amelyeket a fogyatékos emberek számára indított aktív munkaerő-piaci programokkal kapcsolatban sikerült összegyűjteni. Ez a fejezet a különféle speciális aktív munkaerő-piaci programok fő jellemzőiről ad tájékoztatást. Az ötödik fejezet a tag-államokra gyakorolt hatással illetve a tagállamok tapasztalataival foglalkozik. A hatodik fejezet a főbb megállapításokat foglalja össze. Ezeket a megállapításokat az Európai Unió foglalkoztatás-politikáinak fényében is tárgyaljuk, végezetül pedig sorra vesszük azokat a tanulságokat, amelyek megszívlelése hozzájárulhat a fogyatékos emberek foglalkoztatási helyzetének sikeres javításához.

3. A keret felállítása: definíciók és megcélzott népesség

3.1. Bevezetés

Ez a fejezet meghatározza a tanulmány keretét, beleértve a definíciókat és a besorolásokat is. Először az (aktív és passzív) munkaerő-piaci programokat definiáljuk. Ezt követően az 1.9 be-kezdésben osztályozzuk az aktív munkaerő-piaci programokat. Végül röviden tárgyaljuk a fogyatékos emberek, mint célcsoport meghatározásának és figyelemmel kísérésének a problémáit.

3.2. A munkaerő-piaci programok definíciója

Az olyan kiszolgáltatott csoportok, mint például a fogyatékos emberek számára kidolgozott foglalkoztatási stratégiák többféle megközelítést is alkalmazhatnak. Sok országban „törvényhozói intézkedéseket” találunk, amelyek célja az egyenlő bánásmód biztosítása és a diszkrimináció elleni fellépés a foglalkoztatás területén (is). Sok országban azzal próbálják a kiszolgáltatott csoportok képzési és foglalkoztatási helyzetét javítani, hogy ösztönző politikákat alkalmaznak, melyek a tudatosság növelését és a sztereotípiák megváltoztatását célozzák. Valamennyi EU Tagállamban megtalálható az a megközelítés, amely aktív munkaerő-piaci programok révén kívánja a kérdést megoldani.

A munkaerő-piaci programok olyan munkaerő-piaci beavatkozások, amelyek célja a hatékony működés biztosítása és az egyensúlytalanságok kiküszöbölése⁶. Ebben az összefüggésben az „állami” kifejezés a beavatkozások finanszírozására vonatkozik és nem feltétlenül arra, hogy ezeknek a végrehajtása állami vagy önkormányzati szervek útján történik. Ezen túlmenően, ezeknek a beavatkozásoknak időbeni, tevékenységi és pénzügyi dimenziója is van⁷. A munkaerő-piaci programok célcsoportja lehet a munkavállaló, a munkaadó vagy pedig a szolgáltató (például a munkaerő-közvetítés esetében). A jelen tanulmány keretében csak azokat a munkaerő-piaci programokat vizsgáljuk, amelyek célcsoportja a munkavállaló vagy a munkaadó.

Végezetül a tanulmány olyan programokkal foglalkozik, amelyeket nemzeti, regionális vagy helyi szinten valósítanak meg. Ugyanakkor kiderült, hogy nagyon nehéz információkat gyűjteni azokról a programokról, amelyeket regionális vagy helyi állami illetve önkormányzati szervek hajtanak végre és finanszíroznak. Ennek oka főként az, hogy a korlátozott nemzeti szintű koordináció illetve útmutatás miatt kevés a rendelkezésre álló információ. Ezért ezekkel a programokkal a tanulmány gyakorlatilag nem foglalkozik.

AKTÍV ÉS PASSZÍV MUNKAERŐ-PIACI PROGRAMOK

A munkaerő-piaci programokat gyakran az aktivizálási kritériumok segítségével értékelik. Ha a cél az emberek aktivizálása azzal, hogy javuljon az aktív munkaerőbe való integrációjuk, a programot aktív munkaerő-piaci programnak nevezik, melynek angol nyelvű rövidítése ALMP. Ezzel ellentétben, a passzív munkaerő-piaci programok (PLMP-k) főként a kieső jövedelmet pótolják, vagy a korengedményes nyugdíjaztatási programok révén, vagy pedig a munkanélküliek által igénybe vehető jövedelempótlással és -támogatással. A jelentésben főként a Tagállamokban alkalmazott aktív munkaerő-piaci programokkal foglalkozunk, bár meg kell jegyezni, több specifikus programot nehéz egyértelműen besorolni a tisztán aktív vagy tisztán passzív kategóriák valamelyikébe. A szakvélemények segítségével ezeket a programokat a következő két kategória valamelyikébe soroltuk be:

SPECIÁLIS ÉS FŐÁRAMÚ MUNKAERŐ-PIACI PROGRAMOK

Van néhány olyan munkaerő-piaci program, amelyet kifejezetten a fogyatékos emberek számára indítottak el. Ebben a tanulmányban a „speciális” munkaerő-piaci programokat olyan programok-ként határozzuk meg, amelyek kizárólag a fogyatékos emberek igényeivel foglalkoznak. Minden más LMP-t „főáramú” LMP-nek fogunk nevezni. A főáramú LMP-k közé tartoznak azok is, amelyek különféle konkrét célcsoportok igényeit vannak hivatva kielégíteni (melynek tagjai sok esetben szociálisan kiszolgáltatott személyek), akik közé fogyatékos

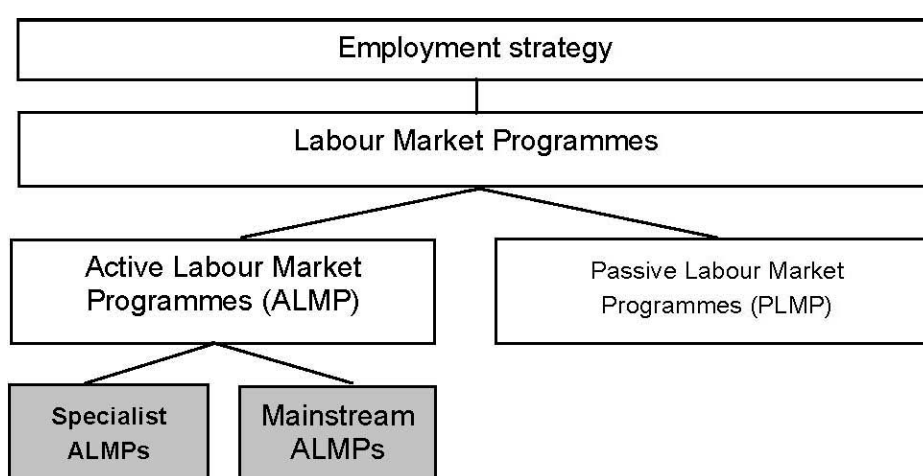
6 Eurostat, 2001, 116. oldal

7 Bergeskog, 2001.

emberek is tartozhatnak. A speciális LMP-k kritériuma ennél fogva az, hogy célcsoportjuk kizárólag fogyatékos emberekből áll-e.

Ez a tanulmány azokra az aktív munkaerő-piaci programokra koncentrál, amelyekben fogyatékos emberek vesznek részt. Ide tartoznak mind a speciális aktív munkaerő-piaci programok, mint pedig a főáramú aktív munkaerő-piaci programok, amennyiben ezekben fogyatékos emberek vesznek részt.

1. ÁBRA
A FOGYATÉKOS EMBEREK SZÁMÁRA INDÍTOTT
AKTÍV MUNKAERŐ-PIACI PROGRAMOK KÖRNYEZETE



Az 5. ábra szövege magyarul:

Foglalkoztatási stratégia
Munkaerő-piaci programok

Aktív munkaerő-piaci programok (ALMP) Passzív munkaerő-piaci programok (PLMP);
Speciális ALMP-k Főáramú ALMP-k

A HORIZON KEZDEMÉNYEZÉS

Ezen a ponton érdemes megemlítenünk a HORIZON kezdeményezést. A HORIZON a FOGLALKOZTATÁS (EMPLOYMENT) Közösségi Kezdeményezés négy elágazásának egyike, olyan keretrendszer, amelyben a Tagállamok és az Európai Bizottság azért működtek együtt, hogy javítani tudjanak a fogyatékos emberek foglalkoztatási esélyein, és elősegítsék foglalkoztatási integrációjukat. A HORIZON kezdeményezést két hullámban vezették be, 1995-ben és 1997-ben. Egyedül a második hullámban több mint 900 programot hagytak jóvá. E programok jelentős része azt célozta, hogy a munkaadók és maguk a fogyatékos emberek is legyenek tisztában a fogyatékosággal kapcsolatos kérdésekkel, amely az első lépés a fogyatékos emberek munkaerő-piaci integrációja és általános társadalmi integrációja felé. A kezdeményezés egyik főeleme az volt, hogy elősegítsék a fogyatékos emberek munkavállalását testre szabott közvetítőtevékenységek nyújtásával, egy adaptált integrációs út részeként. 2000-ben a HORIZON kezdeményezést az EQUAL kezdeményezés követte.

A HORIZON kezdeményezés kívül esik a jelen tanulmány keretein⁸, mivel a HORIZON nem konkrét programokat jelent, hanem ezek finanszírozására vonatkozik. Ezen túlmenően, bár minden végrehajtott programról vannak információk⁹, ezeknek a projekteknek az adatbázisa nem tartalmaz statisztikai adatokat az egyes programok terjedelméről. Mi több, számos HORIZON program célcsoportját a szolgáltatók alkották (vagy a nagyközönség), és ezért kívül esnek ennek a tanulmánynak a keretein.

3.3. Az aktív munkaerő-piaci programok besorolása

Bizonyos aktív munkaerő-piaci programok mindössze egyfajta eszközt alkalmaznak, mint például a bérköltség egy részének átvállalását, képzési programot vagy védett munkahelyet. Ugyanakkor az aktív munkaerő-piaci programok egyre inkább átfogó eszközkészlettel dolgoznak, amelyek kombinációja a célcsoport aktivitásának növelésére irányul. Az egyes eszközök különböző kategóriákba sorolhatók, jellemzőiktől függően¹⁰. Az aktív munkaerő-piaci programokat speciális vagy főáramú programokként kategorizálhatjuk. Ezen a két kategórián belül is megkülönböztethetünk alkategóriákat.

Speciális aktív munkaerő-piaci programok:

- Intenzív tanácsadás és álláskeresési segítségnyújtás
- Szakmai rehabilitáció
- Szubvencionált foglalkoztatás
- Támogatott foglalkoztatás
- Védett foglalkoztatás
- A fogyatékos emberek vállalkozásindítását célzó ösztönzők
- Kombinált intézkedések

A programok első kategóriája, az intenzív tanácsadás és álláskeresési segítségnyújtás olyan programokat foglal magában, amelyek intenzív, egyénre szabott tanácsadással segítik a fogyatékos embereket az álláskeresésben. A szakmai rehabilitációs programok célja a fogyatékos emberek felkészítése arra, hogy megkereshessék, megtarthassák a számukra megfelelő munkát, és előre is tudjanak lépni abban, aminek eszköze a szakmai orientáció és a (szak)képzés. A szubvencionált foglalkoztatás olyan programokra vonatkozik, amelyek részben átvállalják a fogyatékos emberek foglalkoztatásának költségeit, míg a tá-

8 Ugyanúgy, mint más összehasonlító tanulmányok esetében, mint amilyen az ECOTEC (2000), az Eurostat (2001), Bergeskov (2001) valamint Thornton és Lunt (1997) tanulmánya, akik szintén csak csekély figyelmet fordítanak a HORIZON kezdeményezésre, illetve teljesen figyelmen kívül hagyják azt.

9 Lásd EQUAL honlap, „Adapt and Employment” c. fejezet, http://www.europa.eu.int/comm/employment_social/equal/index_en.html címen.

10 Az általunk alkalmazott kategorizálást az Eurostat (2001), az OECD (2001) illetve Bergeskov (2001) alakította ki.

mogatott foglalkoztatást nyújtó programok a munkahely megfelelő fizikai átalakítását és a foglalkoztatott fogyatékos emberek számára történő személyes segítségnyújtást finanszírozzák. A védett foglalkoztatás olyan speciálisan megszervezett munkahelyeket jelent, amelyek fogyatékos emberek foglalkoztatását valósítják meg. A fogyatékos emberek vállalkozásindítását célzó ösztönzők olyan programokat foglalnak magukban, amelyek a vállalkozói magatartást erősítik azzal, hogy a munkánélküli fogyatékos embereket saját vállalkozás indítására ösztönzik. Végezetül, a kombinált intézkedések több eszköz kombinációját valósítják meg, amelyeket különféle kategóriákba lehet besorolni.

A negyedik fejezetben részletesebben is leírjuk a fenti kategóriákat, ahol konkrét programokra is bemutatunk példákat.

Főáramú aktív munkaerő-piaci programok:

- Intenzív tanácsadás és álláskeresési segítségnyújtás
- Oktatás
- Foglalkoztatási ösztönzők
- Közvetlen munkahelyteremtés
- Vállalkozásindítási ösztönzők

Intenzív tanácsadást és álláskeresési segítségnyújtást kínáló programok az álláskeresés folyamatában segítik a fogyatékos embereket azzal, hogy intenzív, személyre szabott tanácsadást nyújtanak, és olyan embereken igyekeznek segíteni, akiket állást kereső munkánélküliként regisztráltak, és akik különleges nehézségekkel találják szembe magukat amikor állást keresnek, illetve más olyan csoport megsegítésére irányulnak, amelynek tagjai nehezen tudnak bejutni a munkaerőpiacra. A legtöbb esetben az ebbe a kategóriába tartozó intézkedéseket közalkalmazottak hajtják végre. A képzési programok célja az, hogy javítsák a munkánélküliek és más cél-csoportok foglalkoztatási esélyeit; ezeket állami vagy önkormányzati szervezetek finanszírozzák. Az intézkedések sorába tartozik a tantermi oktatás és a munka melletti képzés (azzal a kikötéssel, hogy felügyeletnek is lennie kell, kifejezetten oktatási céllal). A foglalkoztatási ösztönzők a munkánélküliek és más célcsoportok munkaerő-piaci belépését könnyítik (felvételi ösztönzők), vagy segítséget nyújtanak a munkahelyek megőrzésében olyan emberek számára, akiknek a munkahelye akarattuk ellenére veszélybe kerülhet (munkahely megőrzési ösztönzők). Általános esetben a munkaadó fedezi a foglalkoztatás költségeinek nagyobb részét.

Az aktív munkaerő-piaci programok utolsó két kategóriája a **közvetlen munkahelyteremtés és a vállalkozásindítási ösztönzők**. Az előbbi olyan programokra vonatkozik, amelyek új munkahelyeket teremtenek (akár véglegesen, akár ideiglenesen), melyek többnyire közérdekűek vagy társadalmilag hasznosak, annak érdekében, hogy a hosszabb ideje munka nélkül levők, vagy más olyanok, akik nehezen találnak állást, beléphessenek a munka világába. Általános esetben köz-pénzekből fedezik a foglalkoztatás költségeinek nagyobb részét. Az utolsó kategória pedig olyan programokat takar, amelyek a vállalkozóvá vá-

lást, vagy az önfoglalkoztatást segítik elő a munkanélküliek és más célcsoportok körében.

A MEGCÉLZOTT POPULÁCIÓ: A FOGYATÉKOS EMBEREK

A fogyatékoság valamennyi definíciójában fellelhető az az alapelv, amely szerint a fogyatékoságnak egészségügyi oka van, és a napi tevékenységben korlátozza azt, akit sújt. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) kialakított egy közös terminológiát azzal, hogy megalkotta a Képességcsökkenések, Fogyatékoságok és Hátrányok Nemzetközi Besorolását (ICIDH-2). A fogyatékoság mindenféle jellegű osztályozása a képességcsökkenés fogalmán alapul. A WHO meghatározása szerint ez „valamilyen testi struktúra vagy fiziológiai illetve pszichológia funkció elvesztése vagy abnormális működése”. Ez a (fizikai vagy pszichológiai) képességcsökkenés azután korlátozott cselekvőképességhez vezet, ami pedig gátolja a társadalmi részvételt.

Ugyanakkor azonban nincs egyetértés a fogyatékoság koncepciójának pontos meghatározását illetően (Európai Bizottság, 2001)¹¹. Az egyes országok közötti egyik fontos különbség az, hogy a fogyatékoság meghatározása valamilyen konkrét (fizikai) képességcsökkenéstől függ, vagy pedig a munkaképesség csökkenésétől. Jelenleg a fogyatékoság európai meghatározásait illetően összehasonlító elemzés készül a Brunel Egyetemen, a koncepcionális különbségek és hasonlóságok tisztázása végett (Brunel, 2001).

Az elfogadott meghatározás hiánya, párosulva azzal, hogy a nemzeti politikák sem egységesek a fogyatékos emberek tekintetében, olyan helyzethez vezetett, ahol minden egyes tagállamnak saját rendszere van arra, hogy miként határozza meg a fogyatékos emberek csoportját. Ezen túlmenően számos tagállam nem vezet statisztikát, illetve nem végez felméréseket arról, hogy milyen a fogyatékos emberek foglalkoztatásának helyzete. Ágy tehát nehéz egymással összevethető statisztikai információkat szerezni, amelyek birtokában aztán világos képet lehetne alkotni arról, hogy milyen a fogyatékos emberek helyzete a munkaerőpiacon. A jövőben több információ válik elérhetővé, mivel 2002-ben a Nemzeti Munkaerő Felmérésekben már volt egy kifejezetten a fogyatékos emberekre vonatkozó modul.

A források és definíciók változatossága miatt számos becslést végeztek a fogyatékos EU polgárok arányáról, akik száma a 16-64 évesek csoportjában 17 és 24 millió között van Európában (Európai Bizottság, 2001). Az egyik olyan felmérés, amelyben a fogyatékoság meghatározása az Egészségügyi Világszervezet (WHO) konceptuális keretrendszerén alapszik: az Európai Közösség Háztartási Panel (ECHP). Ez a felmérés az egészségre vonatkozóan tartalmaz kérdéseket, a válaszadó saját korlátozottságára vonatkozó saját becslését pedig felhasználják egy általános fogyatékosági felméréshez (3. táblázat). A felmérés eredménye azt mutatja, hogy meglepő változások vannak azoknak az embe-

11 Lásd még az Európai Szakértői Csoport első éves tanulmányának kutatási jelentését a fogyatékos emberek foglalkoztatási helyzetéről.

reknek a számát illetően, akik saját elmondásuk szerint fogyatékosággal élő emberek, amit nem lehet csupán az egyes országok általános egészségügyi állapota közötti különbségekkel megmagyarázni. Ezek a statisztikák azt mutatják, hogy további kutatások szükségesek ahhoz, hogy magyarázatot tudjunk adni a különbségek mögött meghúzódó tényezőkre.

2. TÁBLÁZAT

AZON SZEMÉLYEK SZÁZALÉKOS ARÁNYA (16–64 ÉV KÖZÖTT) AKIK SAJÁT ELMONDÁSUK SZERINT FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐ EMBEREK

A	B	DK	FIN	F	D	EL	IRL	I	L	NL	P	E	S	UK
12.5	12.9	17.4	22.9	15.3	17.3	8.2	10.9	7.8	16.5	18.6	18.4	9.9		18.8

Forrás: ECHP (1996).

Jelenleg a fogyatékos emberek kevesebb, mint egyharmada végez fizetett munkát. Annak érdekében, hogy az általános foglalkoztatási rátát 2010-re 70 százalékra lehessen emelni, be kell integrálni a munkaerőpiacra azokat a csoportokat, amelyek tagjai jelenleg csak nehezen találnak munkát. Ezekbe a csoportokba tartoznak a nők, az idősebb álláskereső és a fogyatékos emberek. A Bizottság becslése szerint nagyjából 2-3,5 millió fogyatékos embert lehetne potenciálisan a munkaerőpiacra vezetni. Ha az általános foglalkoztatási szintet sikerül 1-2 százalékkal megemelni, akkor egy jókora lépéssel közelebb jutunk a teljes foglalkoztatáshoz.

4. Az aktív munkaerő-piaci programok szerepe a nemzeti foglalkoztatási stratégiákban

4.1. Bevezetés

Ez a fejezet az aktív munkaerő-piaci programok helyzetét, kiterjedését és fejlődését ismerteti az EU tagállamokban, az általánosabb jellegű foglalkoztatási stratégiákkal összevetve. Háttérként szolgál a speciális ALMP-k tárgyalásához a következő fejezetben.

Ez a fejezet először összegzi, hogy az egyes országok miként számoltak be az „egyéb módszerek” szerepéről; majd áttekintjük és összevetjük az EU tagállamok aktív munkaerő-piaci programokra történő ráfordításait. Az ezt követő részben az aktív munkaerő-piaci programok fejleményeit mutatjuk be, majd a levont következtetéseket olvashatjuk.

4.2. Alternatív módszerek és a szakpolitikák alakulása a fogyatékos emberek foglalkoztatásának javítása érdekében

Az aktív munkaerő-piaci programok mellett a fogyatékos emberek foglalkoztatásával kapcsolatos egyéb módszerek és stratégiák is alkalmazhatók, mint például: az Állami Foglalkoztatási Szolgálatok általános tevékenységei; jogalkotói szakpolitikák, pl. kötelező foglalkoztatási kvóták, diszkrimináció-ellenes törvénykezés, fogyatékos emberek elbocsátással szembeni védelme; valamint ösztönző politikák, pl. információk és nyilvános tájékoztató kampányok az előítéletek csökkentésére, a fogyatékos emberek kvalitásainak hangsúlyozására, megfelelő gyakorlati modellek bemutatására, stb. Ezeknek a megközelítéseknek a fejlődését az alábbiakban tárgyaljuk.

4.2.1. A FOGLALKOZTATÁSI SZOLGÁLATOK SZEREPÉVEL KAPCSOLATOS FEJLEMÉNYEK ÖSSZEVETÉSE

Hagyományosan az Állami Foglalkoztatási Szolgálat fontos szerepet játszott a foglalkoztatási stratégiák bevezetésében (a fogyatékos emberek számára is). Néhány tanulmány¹² az Állami Foglalkoztatási Szolgálat, mint végrehajtó szervezet ráfordításait és szerepét tekinti központi kérdésnek. Mindazonáltal számos országban az Állami Foglalkoztatási Szolgálat már nem az egyedüli intézmény, amely a fogyatékos emberek foglalkoztatásának kezdeményezéséért, a foglalkoztatás biztosításáért, valamint a szakképzésért felelős¹³. A bevont szervezetek képe és a fogyatékos emberek foglalkoztatási kérdéseivel kapcsolatos felelősségi körök igen változatosak.

Az elmúlt évtizedben számos országban megfigyelhető volt különböző további intézmények bevonása a fogyatékos emberek szakképzésével és a nekik nyújtott foglalkoztatási szolgáltatásokkal kapcsolatos kezdeményezésekbe és azok megvalósításába. Például Finnországban az „oktatási adminisztráció”, a „társadalombiztosítási szervezetek”, és a „rehabilitációs biztosítók” szerepe is fontos a Munkaügyi Minisztérium szerepe mellett. Mindegyik intézmény saját monitoring rendszerrel rendelkezik. Dániában két szereplő felelős az aktivizáló intézkedésekért (beleértve a foglalkoztatást): a „regionális munkaerő-piaci tanácsok” (a biztosítottokra koncentrálva) és az ön-kormányzatok (a biztosítással nem rendelkezők számára). Ausztriában is két testület – az Állami Foglalkoztatási Szolgálat és a Szociális Jóléttel és a Fogyatékos Emberekkel foglalkozó Szövetségi Irodák – játszik szerepet a fogyatékos emberek foglalkoztatási helyzetének javításában.

Néhány országban a nem-kormányzati szervezetek növekvő szerepet kaptak a fogyatékos emberek foglalkoztatásával kapcsolatos jogalkotásban és intézke-

12 Például OECD (2001) és Eurostat (2001).

13 Mint korábban jeleztük, e tanulmány a programokra és nem a végrehajtó szervezetekre koncentrál.

dések biztosításában. Ez különösen igaz a dél-európai országokra, mint például Görögország, Olaszország, Spanyolország és Portugália. Mindazonáltal más országok arról számolnak be, hogy a nem-kormányzati szervezetek nem játszanak kulcsfontosságú szerepet a programok kialakításában vagy a szolgáltatások biztosításában (pl. Hollandiában).

Annak eredményeként, hogy a főáramba állításra nagyobb súlyt helyeztek, Belgium flamand régiójában a flamand regionális alap által kidolgozott programokat a regionális Gazdasági és Foglalkoztatási Minisztérium központi felelősségi körébe vonták. A főáramba való helyezés felé irányuló trend Írországban is kiváltotta a feladatkörök áthelyeződését, nevezetesen az egészségügyi és gyermekügyi tárcától a felelősség átkerült a vállalkezési, kereskedelmi és foglalkoztatási tárcához.

Hollandiában változásra került sor a tartósan beteg és fogyatékos emberek szakképzését és foglalkoztatását végző szervezetben. Az állami foglalkoztatási szolgálat és a társadalombiztosítási intézetek közös, regionális, „egyablakos ügyintézés” nyújtó irodákat nyitottak, ezek intézik a segélyek kifizetését, a rehabilitáció kezdeményezését, valamint a foglalkoztatási szolgáltatásokat. A munkaerő reintegrációja viszont magán szolgáltatókhoz került.

A közelmúltban az Egyesült Királyságban is egybeolvadt a Foglalkoztatási Szolgálat és a Segélyfolyósító Intézet (amely a munkaképes korú emberek segélyezésével foglalkozik), továbbá létrejött egy iroda, amely a „Jobcentre Plus” [Munkaközpont Plusz] elnevezést kapta, és az Egyesült Királyság „munkajóléti” stratégiájának részeként a foglalkoztatási szolgáltatást és a segélyfolyósítás adminisztrációját végzi. Ugyanakkor több foglalkoztatási programot és aktív reintegrációs intézkedést (pl. a „fogyatékossgal élő emberekkel való új bánásmód”) olyan magán és önkéntes szolgáltatók működtetnek, amelyek az új szervezettel szerződéses viszonyban állnak.

Mindebből azt a következtetést lehet levonni, hogy a tagállamok többségében az Állami Foglalkoztatási Szolgálat elveszti monopol helyzetét a foglalkoztatási intézkedések vonatkozásában, és egy sor különböző szervezeti struktúrát vezetnek (vagy vezetnek) be. Néhány országban a regionális testületek vagy nem-kormányzati szervezetek több feladatkörrel rendelkeznek, ezzel ellentétben más országokban úgy tűnik, hogy a centralizáció felé mutató tendenciák uralkodnak, és a regionális szervezetek felelőssége csökken.

Ezen túlmenően számos nemzeti szakértő számolt be a „többszereplős szervezeti megközelítésekből” eredő hátrányokról a fogyatékos embereknek nyújtott szolgáltatásokban. Ez különösen a versennyel és a rossz hatékonysággal kapcsolatos problémákra vonatkozik, melyek abból erednek, hogy több szervezet rendelkezik azonos, vagy egymást átfedő felelősségi körrel (pl. erről számoltak be Spanyolországból), illetve e politikák bevezetésének helyi szintű decentralizációjából származnak (erről számoltak be Olaszországból). Továbbá, mint e példák mutatják, az adminisztráció összetetté válik, a feladatkör, az alkalmasság követelményei, és az intézkedések tartalma a különböző adminisztratív eljárásokban különböző, ezért együttműködési protokollokra van szükség.

Végezetül, a széttagolt szervezeti struktúra nehezíti a meghozott intézkedések ellenőrzését és a jelentéstételt, amit a (gyenge vagy hiányos) statisztikák is mutatnak. Hollandiában a decentralizáció és a privatizáció negatív hatással volt a kormány számára szolgáltatandó szakpolitikai adatokra is.

4.2.2. JOGALKOTÓI TEVÉKENYSÉG

A jogalkotói tevékenység biztosítja az általános rendelkezéseket, melyek célja, hogy a fogyatékos emberek, illetve a munkaadók körében elősegítsenek (vagy megakadályozzanak) bizonyos magatartásformákat.

4.2.2.1. Foglalkoztatási kvóta

Hagyományosan a jogalkotói politika egyik jelentős példája, amely a fogyatékos emberek foglalkoztatási helyzetének javítását szolgálja, a kötelezőfoglalkoztatási kvóta. Az EU tagállamok körülbelül felében kvótát írnak elő. Ez azt igényli, hogy bizonyos számú (pl. Ausztriában több mint 25, Görögországban több mint 50) munkavállalót foglalkoztató munkaadónak a munkahelyek bizonyos százalékát (pl. Ausztriában¹⁴ és Görögországban 5%-ot) fogyatékos emberekkel kell betölteni. Gyakran további intézkedésekkel is arra ösztönzik a munkavállalókat, hogy tegyenek eleget ennek a szabálynak (bérszubszenciák, munkáltatók adójának és társadalombiztosítási járulékának csökkentése).

Az EU-ban a kvóták alakulása jelentősen eltér egymástól. Úgy tűnik, hogy a kvóta szerepét több EU tagállamban számos okból korlátozzák. Néhány országban a kötelezettség csak a közszféra munkaadóra vonatkozik (pl. Írországban és Belgiumban).

Továbbá, számos országban a kötelezettséget be sem vezették (pl. Luxemburg), illetve a ki-kényszerítése gyenge (pl. Olaszország, Hollandia, Spanyolország). A büntetések szemmel láthatóan nem ösztönzik a munkáltatókat a kvóták kitöltésére. Csak Franciaországban és Németországban tűnik úgy, hogy a kikényszerítési és büntetési rendszer működik, és fontos segítséget jelent a fogyatékos emberek alkalmazásának biztosításához. Ez nem jelenti szükségszerűen azt, hogy a munkáltatási célokat általában teljesítik, hanem azt jelenti, hogy a kirótt büntetéseket további intézkedések céljára szolgáló alapok biztosítása céljából szedik be.

Néhány országban a kvóták reformjára került sor, illetve a reformok bevezetése most folyik. Az Egyesült Királyságban 1996-ban megszüntették a kvótarendszert, melyet diszkriminációellenes törvény váltott fel. Németországban a kvótarendelkezéseket alkalmazzák (pl. alacsonyabb kvótaszint, több finomított büntetési rendszer azokkal a munkáltatókkal szemben, akik nem tartják be a rendelkezéseket), és további – szervezeti – intézkedéseket hoztak (pl. új tanácsadói szolgáltatások). A görög kvótarendszert is most finomítják, és több

14 Ausztriában 25 alkalmazottanként egy-egy regisztrált fogyatékossgal élő személyt kell foglalkoztatni.

számítási rendszer kerül majd alkalmazásra (amely minden egyes esetet különféle kritériumok szerint „súlyoz”).

A skandináv országokban sohasem vezettek be kvótarendszert, mivel ezeket az egyenlő bánásmód szabályaival ellentétesnek tartják: a fogyatékos emberekre vonatkozó speciális szabályok az eredményezhetik, hogy kiemelik őket az általános (dolgozó) népességből. Továbbá, ezekben az országokban úgy vélekednek, hogy a környezet adaptálása nagyobb prioritást kell, hogy élvezzen, mint az, hogy az állampolgárok bizonyos kategóriái esetében külön intézkedéseket alkalmazzanak.

4.2.2.2. *Diszkrimináció-ellenes törvény*¹⁵

Európai szinten a diszkriminációellenes foglalkoztatási irányelv 2003-ban lép hatályba. Tagállami szinten három ország vezetett be diszkriminációellenes törvényeket a 90-es években, melyek célja a fogyatékos emberek, illetve egyéb társadalmilag kiszolgáltatott csoportok védelme volt (Olaszország¹⁶ 1999; Svédország 1999; Egyesült Királyság 1996). Ezek a törvények többek között a fogyatékos emberek foglalkoztatására és szakképzésére vonatkoznak. Néhány országban alternatív megoldásként a fogyatékos emberek társadalomba történő bevonására, aktivizálására és foglalkoztatására vonatkozó jogokat az egyenlő bánásmód szabályai biztosítják (Dánia, Írország, Hollandia). Úgy tűnik, hogy más tagállamokban az ilyen, az egyenlő bánásmóddal vagy a diszkrimináció tilalmával kapcsolatos szakpolitikák bevezetését most mérlegelik (pl. Németország és Írország). Hollandiában a fogyatékos emberekre vonatkozó konkrét jogalkotás folyamatban van. Továbbá, az orvosi vizsgálatra vonatkozó törvény célja a diszkrimináció elleni harc a kiválasztási folyamat során.

4.2.2.3. *Munkahely-védelmi jogok*

Az EU-n belül is nagy eltérés figyelhető meg a fogyatékos emberek munkahelyvédelmi jogai vonatkozásában. A kvótarendszereket alkalmazó tagállamokban a munkahelyvédelem gyakran kiegészítő rendelkezés a kvóta alapján foglalkoztatottak részére. Továbbá, a fogyatékos emberek hivatalos státusza vagy regisztrálása többnyire nagyobb védelmet nyújt számukra az elbocsátással szemben, mint a nem fogyatékos dolgozók esetében. Ezt tekintik a regisztrálás egyik alapvető előnyének (pl. Németországban, Ausztriában). Németországban azt tapasztalták, hogy az elbocsátással szembeni védelem – az üzemi tanácsok ak-

15 Az diszkriminációellenes szabályok bevezetésének korlátozott köre és jelenlegi szakasza miatt a szabályok működését és előnyeit még nem igazán tudjuk értékelni (és nem is ezek képezték a tanulmány gerincét).

16 A 68/99. számú törvény vezeti be a diszkrimináció tilalmát és az egyenlő bánásmód követelményét a hátrányos helyzetű emberekre általánosságban, a fogyatékos emberekre pedig különösen. Továbbá ez reformálja meg, illetve vezeti be a fogyatékos emberekre vonatkozó konkrét munkaerő-piaci intézkedéseket.

tív szerepvállalásával együtt – viszonylag magas foglalkoztatási rátát biztosít a fogyatékos embereknek.

Mindazonáltal úgy tűnik, hogy ezek az diszkriminációellenes szabályok főként azokat támogatják, akik a jelenlegi munkáltatójuk általi foglalkoztatás során váltak fogyatékosá. A legtöbb EU országban hiányoznak a fogyatékos emberekre vonatkozó konkrét munkahelyvédelmi szabályok, és csak hivatkoznak a diszkriminációellenes és egyenlő bánásmód szabályaira.

4.2.2.4. Regisztráció

Az itt tárgyalt számos program és intézkedés előfeltétele, hogy az adott személyt fogyatékos embernek kell nyilvánítani, és ekként kell regisztrálni néhány hatóságnál (önkormányzat, speciális bizottság). Ez kiválasztási követelmény a védelmi, vagy aktivizálási (foglalkoztatási) intézkedések vonatkozásában (pl. Ausztriában, Németországban, Olaszországban, Luxemburgban).

A regisztráció lehetőségéről viták folynak néhány tagállamban. A regisztrációra való jogosultság kritériumai azzal is járhatnak, hogy a fogyatékos emberek konkrét csoportjait kizárják bizonyos intézkedésekből. Következésképpen Olaszországban (1992-ben), majd később Luxemburgban (1999-ben) a követelményeket kibővítették, így azok kiterjednek a pszicho-szociális betegségekre is. Továbbá, néhány országban (pl. Luxemburgban, Németországban) az is látható, hogy a fogyatékos emberek elutasíthatják a regisztrációt, mivel az megbélyegzéshez vezethet. Mivel a skandináv országokban sohasem alkalmaztak kvótarendszert, ezért ők tartózkodtak a fogyatékos emberek szigorú meghatározásától és a bejegyzési eljárástól. Görögországban sem alkottak egyértelmű definíciót a fogyatékos emberekre, illetve nem nevezték meg őket külön a törvényekben és más jogszabályokban. Őket a szociálisan kiszolgáltatott különböző csoportok egyikének tekintik (mint például a volt elítélteket, a bevándorlókat, a kigyógyult kábítószerfüggőket, stb.). Az Egyesült Királyságban a regisztrációt nem törölték el a diszkriminációellenes törvény bevezetése után.

4.2.3 RÁBESZÉLŐ PROGRAMOK

A rábeszélő programokat „enyhébb” módszerként alkalmazzák a munkáltatók és a fogyatékos emberek bizonyos foglalkoztatási viselkedés felé tereléséhez. Az aktív munkaerő-piaci politikával összevetve az ösztönzés számos országban megfoghatatlan.

Tájékoztató kampányokat alkalmaznak a szolidaritás növelésére (Németországban), az aktív munkaerő-piaci politikák támogatására, főként a „jó gyakorlat szabályainak” kidolgozásával, ami megváltoztatja a munkáltató hozzáállását (pl. Németországban, az Egyesült Királyságban), illetve serkenti a „fogyatékoság kezelését” a cégeken belül (Olaszországban, Írországban, Hollandiában). Úgy tűnik, hogy néhány országban a meggyőzőes intézkedéseket különösen regionális kezdeményezésre, vagy nem-kormányzati szervezetek programjai

alapján hajtják végre. Mindazonáltal csak kevés országban számoltak be tájékoztató kampányok és egyéb ösztönző programok alkalmazásáról.

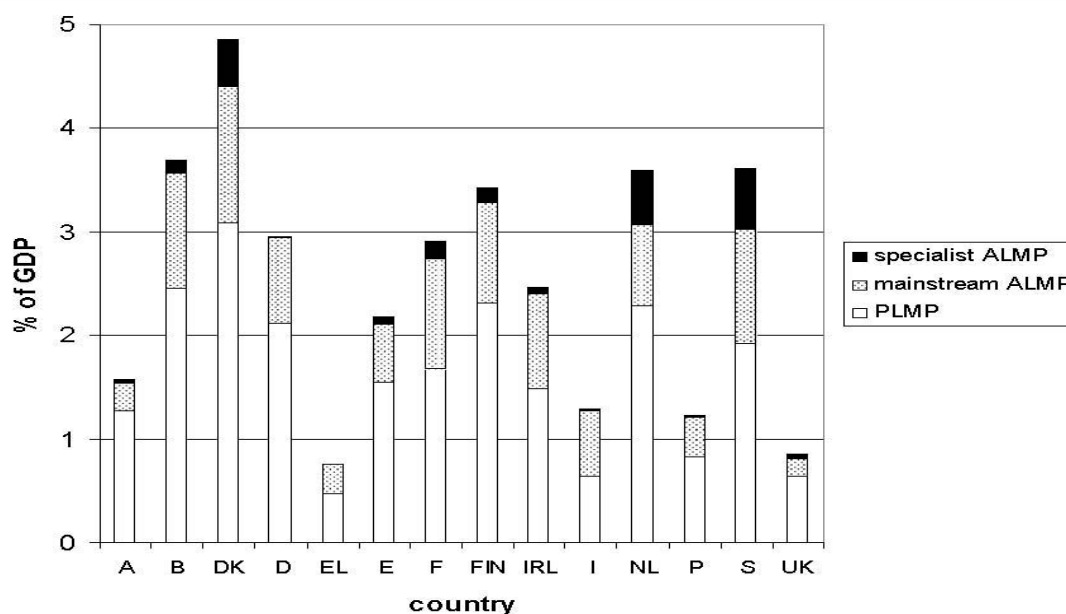
4.3. Munkaerő-piaci programokra történő ráfordítás

Az aktív (főáramú és speciális) munkaerő-piaci politikák passzív intézkedésekkel történő összevetése érdekében, először a foglalkoztatási programokra történő ráfordításokat kell átfogóan feltárni. A 4. fejezetben az aktív munkaerő-piaci program több szintű, mélyebb elemzése található, különösen a fogyatékos emberekkel kapcsolatban. A speciális aktív munkaerő-piaci programok viszonylagos fontosságát ezekre a programokra történő ráfordításokkal összevetve mérjük fel. A 2. ábrán a passzív munkaerő-piaci programokra, a főáramú aktív munkaerő-piaci programokra és a speciális aktív munkaerő-piaci programokra történő ráfordítások áttekintése látható, a bruttó nemzeti össztermék százalékában kifejezve. E szám alapjául három forrásból vett adatok szolgálnak: OECD (2001), Eurostat (2001), valamint a nemzeti szakértők által saját országismertetőikben összegyűjtött adatok¹⁷. A nemzeti munkaerő-piaci programokra történő ráfordításokat mind az OECD, mind az Eurostat figyelemmel kíséri, és a mindkét szervezet által alkalmazott módszerek egyre inkább integrálttá válnak (OECD, 2001, 31. oldal)¹⁸. Jelen tanulmányhoz inkább OECD adatokat használtunk az Eurostat adatokkal szemben, többek között azért, mert az OECD (2001) tartalmaz 1999-re vonatkozó adatokat (amely a hivatkozási év a tanulmányban szereplő négy ország esetében), ellenben az Eurostat (2001) csak 1998-ig tartalmaz statisztikákat.

17 Megtalálhatók a következő internet-címen: www.employment-disability.net. A fogyatékos embereket célzó intenzív tanácsadó szolgáltatások és álláskereső programok kivételével, a ráfordítások adatai szinte valamennyi azonosított speciális aktív munkaerő-piaci programot magukban foglalnak. Mivel általában az intenzív tanácsadó szolgáltatások programjaira viszonylag keveset költenek, az országismertetőikben megadott adatok csak a speciális aktív munkaerő-piaci programokra történő ráfordítások becslésére használhatók. Ez alól két kivétel van: Olaszország és Németország. Olaszországról nem állnak rendelkezésre adatok a legtöbb azonosított aktív munkaerő-piaci program vonatkozásában. Németországról hiányoznak a ráfordítási adatok a legnagyobb önálló speciális programra vonatkozóan (a résztvevők számával mérve), azaz a védett munkahelyekre vonatkozóan (amelyek 185.000 embert foglalkoztatnak Németországban). Németország vonatkozásában a 2. ábrán bemutatott, a speciális aktív munkaerő-piaci programokra történő ráfordítások valójában az összes ráfordítás alulbecslését jelentik.

18 Az OECD (2001) és az Eurostat (2001) az aktív munkaerő-piaci programokra történő, összevethető ráfordításokat mutat be. Ez alól két kivétel van; Görögország és Hollandia, ahol a ráfordítások az Eurostat (2001) szerint sokkal alacsonyabbak, mint az OECD (2001) adatok szerint.

3. ÁBRA
AZ AKTÍV ÉS PASSZÍV MUNKAERŐ-PIACI PROGRAMOKRA TÖRTÉNŐ RÁFORDÍTÁSOK
A BRUTTÓ NEMZETI ÖSSZTERMÉK SZÁZALÉKÁBAN



a GDP %-a

ország speciális

ALMP
 főáramú ALMP
 PLMP

Forrás: A speciális aktív munkaerő-piaci programokra történő ráfordítások adatai a nemzeti országmertétekből származnak. A főáramú programokra, valamint a passzív munkaerő-piaci programokra történő ráfordítások adatai az OECD (2001) anyagból származnak, Írország kivételével, ahol az Eurostat (2001) adatait használtuk. A statisztikák az 1998. évre vonatkoznak, Dánia, Németország, Olaszország és Hollandia kivételével, ahol a ráfordítások az 1999. évre vonatkoznak. Luxemburg esetében nem állt rendelkezésre adat a főáramú és a passzív munkaerő-piaci programokra vonatkozóan.

A 2. ábrán láthatók az EU-n belüli jelentős eltérések. A tagállamok bruttó nemzeti össztermékük 0,8%-a (Görögország) és 4,6%-a (Dánia) között költenek munkaerő-piaci programokra. Öt ország (Belgium, Dánia, Finnország, Hollandia és Svédország) költi bruttó nemzeti össztermékének több, mint 3%-át munkaerő-piaci programokra. Attól függően, hogy a munkaerő-piaci programra történő ráfordítások magasak vagy alacsonyak, a legtöbb országban nyilvánvaló a hasonló séma: a passzív programok az összes ráfordítás kétharmadát-háromnegyedét teszik ki. A segélykifizetések továbbra is fontos szerepet játszanak az EU országok munkaerő-piaci szakpolitikáiban. Ez alól az egyedüli kivétel Svédország és Olaszország, ahol a ráfordítások majdnem felét aktív intézkedésekre költik.

Belgium, Dánia, Franciaország, Finnország, Hollandia és Svédország a bruttó nemzeti össztermékük több mint 1%-át költi aktív intézkedésekre. Ezek azonban jelentősen eltérnek a főáramú és a speciális programok összetétele tekintetében: míg Hollandiában és Svédországban az aktív munkaerő-piaci programokra történő ráfordítások 35-40%-a megy speciális programokra, a többi or-

szágban a speciális programok részesedése a ráfordításokból 10% (Belgium) és 25% (Dánia) között van. Más országokban a speciális programok a ráfordításokból kisebb részesedéssel rendelkeznek, 3% (Görögország, Portugália) és 13% (Egyesült Királyság) között. Nem meglepő, hogy valamennyi tagállam többet költ a főáramú intézkedésekre, mint a speciális programokra, mivel a speciális aktív munkaerő-piaci programok sokkal kisebb csoportot céloznak meg. Továbbá, néhány országban tárgyalások folynak arról, hogy még nagyobb hangsúlyt helyezzenek az intézkedések főáramba illesztésére. Ez maga után vonja, hogy a jövőben a speciális aktív munkaerő-piaci programokra történő ráfordítás részesedése tovább csökkenhet.

Arra a következtetésre juthatunk, hogy a tagállamok aktív és passzív munkaerő-piaci programokra vonatkozó nemzeti politikája jelentősen eltérő. Ez nem csak a különböző programprioritások miatt lehetséges, hanem a munkanélküliségi szintek közötti különbségek (melyek közvetlenül befolyásolják a passzív munkaerő-piaci programokra költött összeget), valamint a segélyrendszerek (passzív programok) változatos igényjogosultságainak függvénye is.

4.4. Fejlemények a foglalkoztatási stratégiák területén

Bár számos országban a fogyatékos emberek munkaerő-piaci bevonására bevezetett szakpolitikák és intézkedések alapvetően igen stabilak, mégis a tartalom és a hangsúly folyamatos fejlődése tapasztalható. A jelen tanulmányban szereplő adatok főként 1998-ra vonatkoznak¹⁹. Mindazonáltal azóta számos tagállamban változások történtek, ami a szakpolitikák fejlődésére utal. Annak érdekében, hogy a következőfejezetben bemutatott adatokat teljesebb kontextusba helyezzük, elengedhetetlen, hogy jobb betekintést kapjunk a fogyatékos emberek munkaerő-piaci programjaival kapcsolatos elképzelések legutóbbi fejlődéséről és gyakorlati bevezetéséről. Mivel a foglalkoztatási intézkedések „nemzeti repertoárja” és az intézményi háttér jelentősen eltér az EU tagállamokban, a beszámolóknak szereplő fejlesztések is jelentős eltérést mutatnak. Hat problémát tártak fel, melyek szerepet játszanak a tagállamokban folytatott vitákban:

4.4.1. AKTÍV MEGKÖZELÍTÉS

Számos országban évek óta az aktív munkaerő-piaci programok képezik a fogyatékos emberek foglalkoztatásának és foglalkoztathatóságának bővítését szolgáló nemzeti stratégia gerincét. Következésképpen a (főáramú) intézkedések repertoárja igen stabil, és e tekintetben csak kisebb változásokra kerül sor ezekben az országokban. Mindazonáltal néhány országban a passzív programokról az aktív programokra történő átállásra csak nemrégiben került sor, illetve (néhány esetben) még folyamatban van (pl. Görögországban és Spanyolországban).

¹⁹ Lásd a módszertanra vonatkozó 1. fejezetet.

Úgy tűnik, hogy az aktívabb intézkedések felé történő elmozdulás abból a tapasztalatból alakult ki, hogy nem elégséges csak bizonyos programokat vagy (segély) rendszereket működtetni. Másfelől, a segélyrendszerekben résztvevő emberek száma gyorsan növekedett, ami indokolja a korlátok közé szorítást. Az aktív munkaerő-piaci programok biztosítása ezen emberek részére az egyik mód arra, hogy csökkenjen a segélyen lévő emberek száma. Másfelől, a fogyatékos embereket célzó aktív munkaerő-piaci programok elérik ezt a sajátos csoportot, és segítenek neki, hogy leküzdje a munkaerő-piaci akadályokat.

4.4.2. FŐÁRAMBA HELYEZÉS

Azzal a kérdéssel kapcsolatban, hogy a hangsúlyt a főáramú, vagy a speciális programokra kell-e helyezni, néhány ellentétes tendencia tapasztalható Európában. Néhány ország arról számol be, hogy tovább csökken a specifikus célcsoportokra helyezett hangsúly (pl. Belgiumban, Görögországban és Hollandiában), és a fogyatékos embereket főáramba helyező programokat részesítik előnyben, a munkaerő-piaci hátrányokkal rendelkező ügyfelek különböző kategóriáinak foglalkoztatására és bevonására koncentrálnak. Mindazonáltal más országokban (pl. Ausztriában) folytatódik a fogyatékos embereket célzó konkrét intézkedések bevezetése.

A főáramba helyezéssel kapcsolatos viták a diszkrimináció tilalma és az egyenlő bánásmód körül forognak. Maguk a fogyatékos emberek (de az ICF is, 2001²⁰) mind nagyobb hangsúlyt fektetnek arra a tényre, hogy a környezeti gátak nagyobb terhet rónak a társadalmi integrációra, mint a fogyatékoság természetéből eredő funkcionális korlátok. Ezért a fogyatékos embereknek képeseknek kell lenniük arra, hogy részt vegyenek a főáramú programokban ugyanúgy, mint bárki más. Továbbá a speciális programokban való részvétel megőrzési formának tűnik. Nem csak a munkáltató juthat arra a következtetésre, hogy a speciális programokban részt vevő emberek képességei korlátozottak, hanem maguk a fogyatékos emberek is (mivel a korlátok nagyobb súllyal esnek a latba, mint a képességek).

Ezzel szemben néhány szakpolitika szerző úgy véli, hogy a (normál) munkaerőpiactól nagyobb távolságra lévő valamennyi, szociálisan kiszolgáltatott csoportot segíteni kell, hogy leküzdje a konkrét akadályokat. Ezekben az esetekben a speciális programokat megfelelőbbnek érzik: a fogyatékos embereknek speciális szükségleteik vannak, és ezért speciálisan kell megcélozni őket annak érdekében, hogy könnyebben tudjanak bekerülni a munkaerőpiacra.

4.4.3. DECENTRALIZÁCIÓ

Néhány országban hosszú története van a decentralizált szolgáltatásoknak. A decentralizáció a szolgáltató és az ügyfél közötti szorosabb kapcsolathoz vezet.

20 Egészségügyi Világszervezet Képességcsökkenések, Fogyatékosok és Hátrányok Nemzetközi Besorolása, 2001.

Dániában például évtizedekig az önkormányzatok felelőssége volt a fogyatékos emberek számára nyújtandó szolgáltatások biztosítása. A 90-es években olyan struktúrákat hoztak létre, amelyek erősítették a különböző helyi partnerek és az önkormányzatokban érintettek (köztük az egészségügyi szolgáltatók, a fogyatékosokkal élő emberek) közötti együttműködést. Olaszországban a nemzeti kormány hatásköreinek leosztása a regionális és tartományi intézményekre néhány évvel ezelőtt kezdődött meg, és még mindig tart.

Írországban kibővítik a szakszervezetek, a fogyatékos emberek, a szolgáltatók, stb. képviselőiből álló regionális hálózatokat. Ezek kifejezett célja, hogy bővítsék a közvélemény fogyatékos emberek képességeire vonatkozó ismereteit.

Belgium flamand régiójában a regionális alap által kidolgozott programok valószínűleg átkerülnek a Gazdasági és Foglalkoztatási Minisztériumhoz. A centralizáció hatékonyabb, egységesebb és átláthatóbb programokhoz vezetne. Továbbá ezek hatékonyságának figyelemmel kísérése és értékelése is javulna.

4.4.4. (ELLEN)ÖSZTÖNZŐK

Mostanában számos országban egyre több figyelmet szentelnek a (pénzügyi) ösztönzőknek, mivel ezek elősegíthetik, vagy élénkíthetik a foglalkoztathatóság javítását célzó intézkedések meghozatalát. A szakképzési és rehabilitációs intézkedésekben való részvétellel kapcsolatos segélycsapdákat és egyéb ellenőrzőket eltávolítják, Dániában például a pályaválasztási rehabilitációs programokban résztvevők segélyének növelésével (már a 90-es évek elején). Továbbá Írországban a másodlagos segélyek (pl. egészségügyi biztosítás) megőrzése számos – főáramú illetve speciális - program részévé vált. Hollandiában a 90-es évek elején a munkavállalókat és a munkáltatókat megcélzó ösztönzőket vezettek be (Wulbz, Pempa). Az Egyesült Királyságban megpróbálják kiküszöbölni a segélycsapdákat, melyek elvették a kedvét néhány fogyatékos embernek a munkaerőpiacra lépéstől. Például a munkában töltött idő utáni segélyeket és adójóváírásokat vezettek be, folyamatban van továbbá a segélyre jogosultság feltételeinek szigorítása.

Az ügyfelekre vonatkozóan jogi kötelezettségeket vezettek be (vagy azok bevezetését fontolgatják) néhány skandináv országban. Ezeknek a kötelezettségeknek csökkenteniük kell a munkavégzés visszautasításának lehetőségeit. Svédországban a munkanélkülieket (akár fogyatékosokkal élő emberek, akár nem), akik munkanélküli segélyt kapnak, büntetik, ha nem vesznek részt szakképzési vagy foglalkoztatási programokban. A büntetés azt jelentette, hogy teljesen megszüntették a munkanélküli segély kifizetését, azonban egy kormányrendelet nemrégiben javaslatot tett arra, hogy a munkanélküli segélyt ilyen címen csak fokozatosan csökkentsék. Finnországban pénzügyi szankciókat alkalmaznak azokkal a munkanélküliekkel (akár fogyatékosokkal élő emberek, akár nem) szemben, akik nem veszik igénybe a foglalkoztatási, szociális és egészségügyi hivatalok által felajánlott munkalehetőséget.

Ösztönzőket is be lehet vezetni más szereplők magatartásának befolyásolására. Dániában az ösztönzőket kiterjesztették a végrehajtásban részt vevő intézményekre: az önkormányzatok magasabb költség-visszatérítést kapnak, ha pályaválasztási rehabilitációt és szubvencionált foglalkoztatást biztosítanak, mintha fogyatékosági segítyt fizetnének az ügyfélnek.

4.4.5. INTÉZMÉNYEK FEJLESZTÉSE, SZAKPOLITIKAI INTÉZKEDÉSEK HARMONIZÁCIÓJA

Néhány országban az látható²¹, hogy a hivatalok működése és a programok átláthatósága vagy homogenitása nagymértékben befolyásolja hatékonyságukat. Továbbá, számos tagállam az adminisztrációs költségek csökkentésével kívánja csökkenteni a munkaerő-piaci programok összköltségét. Számos országban folyamatosan napirenden vannak az intézményi struktúrák fejlesztéséről és a programok harmonizációjáról szóló beszámolók. A folyamatban lévő, illetve előkészítés alatt álló reformok például a következőkre vonatkoznak: az Állami Foglalkoztatási Szolgálat és a Szociális Jóléttel és Fogyatékos Ügyekkel foglalkozó Szövetségi Irodák közötti együttműködés fejlesztése (pl. Ausztriában); nem állami szereplők fokozott bevonása a fogyatékos emberek szakképzésébe és foglalkoztatásába (pl. Dániában); az Állami Foglalkoztatási Szolgálat további reformja, a segélyfolyósítás és a munkaközvetítés különválasztásával (pl. Görögországban); a foglalkoztatási szolgálat, valamint a szociális és egészségügyi kormányzat által kidolgozott „közös ajánlatok” az ügyfelek számára (pl. Finnországban); újabb „egyablakos ügyintézés biztosító irodák” bevezetése valamennyi munkanélküli ügyfélcsoport számára (pl. Hollandiában).

Németországban a kvótarendszer reformja és az új tanácsadói szolgáltatások bevezetése egy új törvény részét képezi („a fogyatékos emberek munkanélküliségének leküzdéséért”). Ennek a törvénynek a deklarált célja, hogy két éven belül 50 000 fővel csökkentse a fogyatékos emberek munkanélküliségét.

Úgy tűnik, hogy konkrét céllal rendelkező új programok bevezetése (még mindig) igen ritka Európában.

4.4.6. ESETKEZELÉS

Néhány országban arról számoltak be, hogy az esetkezelésre és a foglalkoztatási intézkedések meghozatalának folyamatára nagyobb hangsúlyt fektetnek, személyre szabott megközelítés alapján. Mivel a fogyatékos emberek egyedi helyzete nagymértékben eltér más emberektől, például fogyatékoságuk típusának eredményeként, a testre szabott módszer jobban megfelel az ügyfél konkrét igényeinek. Ez a helyzet (kísérleti jelleggel) Görögországban és Hollandiában, míg nagyobb méretű fejlesztésről számoltak be az Egyesült Királyságból. Más országokból származó beszámolókból a szolgáltatásnyújtásnak erre a szempontjára (még mindig) csak másodlagos figyelmet fordítanak, bár úgy

²¹ Lásd még 5. fejezet.

tűnik, hogy széles körben elfogadásra talált. A testre szabott módszer költségei és szervezeti nehézségei más országok számára terhet jelentenek.

4.5. Következtések

ALTERNATÍV MEGKÖZELÍTÉSEK

Arra a következtetésre juthatunk – az egész EU-t figyelembe véve -, hogy az itt tárgyalt „alternatív” nem-aktív munkaerő-piaci program jellegű megközelítések igen vegyes képet mutatnak. A kvótarendszerek bevezetése korlátozott mértékű, míg a 90-es évek elején indult diszkrimináció-ellenes jogalkotás bevezetésére vonatkozó tárgyalások számos országban most folynak. Úgy tűnik, hogy a legtöbb EU országban a meggyőző programok (még) nem játszanak jelentős szerepet a fogyatékos emberek foglalkoztatásában.

Megjegyezhetjük továbbá, hogy a legtöbb ország az aktív munkaerő-piaci programokat néhány tárgyalt törvényi szakpolitikai intézkedéssel kombinálja, mivel utóbbiak elősegíthetik az aktív munkaerő-piaci programok alkalmazását és hatásainak támogatását. Érdekes lenne megállapítani (lásd 5. fejezet), hogy ez a kiegészítő szerep valójában befolyásolja-e az aktív munkaerő-piaci programok sikerét, és ha igen, milyen mértékben.

MUNKAERŐ-PIACI PROGRAMOKRA TÖRTÉNŐ RÁFORDÍTÁS

A munkaerő-piaci programokra történő ráfordítások első elemzése azt mutatja, hogy az egyes országok között jelentős különbség van a munkaerő-piaci programokra történő ráfordítások vonatkozásában. Ezekre a programokra csak hat ország költ bruttó nemzeti össztermékének 3%-ánál nagyobb összeget. Majdnem valamennyi ország esetében megállapítottuk, hogy a passzív programokra (segélyfizetésre) történő ráfordítások vannak túlsúlyban. Az aktív intézkedések és a speciális programok kategóriája – melyek a fogyatékos emberekre koncentrálnak – a legtöbb országban kisebb szerepet játszanak. Tanulmányunk ezért arra a következtetésre jutott, hogy az általános szabály a főáramba helyezés.

A STRATÉGIÁK FEJLŐDÉSE

Arra lehet következtetni, hogy az EU tagállamokban még mindig korlátozott a konvergencia a fogyatékos emberek foglalkoztatási programjai és a folyamatban levő programfejlesztések között. A szakértőktől beszerzett információk alapján úgy tűnik, hogy a történelmileg kialakult adminisztratív struktúrák és programpreferenciák még mindig fontos szerepet játszanak az egyes országok intézkedéseinek kombinálásában és a szolgáltatások megszervezésében.

5. Fogyatékossgal élő emberek aktív munkaerő-piaci programjai: jellemzők és hatókör

5.1. Bevezetés

A 2. fejezetben bemutatott keretet figyelembe véve, ez a fejezet a fogyatékos emberek aktív munkaerő-piaci programjairól gyűjtött nemzeti adatokra koncentrál. Az egyes intézkedéseket kategóriákba sorolták. Jelen fejezetben ezeket az intézkedéseket tárgyaljuk és elemezzük. A tárgyalás az alkalmazott intézkedések főbb hasonlóságainak és különbségeinek értékelésére koncentrál. A megfelelő hatókör és fontosság megállapításához információkat adunk a részvételtől és a ráfordítási arányokról.

Ez a fejezet azonban az adatok hozzáférhetőségének és korlátozottságának tárgyalásával kezdődik. A 4.3 fejezetben a fogyatékos emberek főáramú aktív munkaerő-piaci programokban való részvételére vonatkozó információkat mutatja be. A fejezet fennmaradó része a speciális aktív munkaerő-piaci programokra koncentrál. A speciális aktív munkaerő-piaci programok különböző típusainak főbb jellemzőit a 4.4 fejezetben mutatjuk be és hasonlítjuk össze. A 4.5 fejezetben azokat az országokat hasonlítjuk össze, melyekről a szükséges információk rendelkezésre állnak.

5.2. Az adatok hozzáférhetősége és korlátozottsága

Korábbi tanulmányokban már bemutatták, hogy gyakran nehéz megfelelő statisztikai adatokhoz jutni a végrehajtott aktív munkaerő-piaci programokról. Az első nehézség az adott évben ténylegesen megvalósult aktív munkaerő-piaci programok beazonosítása. A 4. táblázatban található – országonként és kategóriánként – a tárgyév során vagy azt követően megvalósított aktív munkaerő-piaci programok áttekintése. Általában a tárgyév 1998, mivel ez a legutóbbi év, melyről az Eurostat (2001) adatokat szolgáltat. Mindazonáltal Németország, Olaszország és Hollandia vonatkozásában a tárgyév 1999. Ennek oka, hogy 1999-ben jelentős programváltozások történtek.

Valamennyi ország megvalósított aktív munkaerő-piaci programokat, a 6 kategóriából álló speciális aktív munkaerő-piaci programokból legalább ötöt²². Hét ország valamennyi aktív munkaerő-piaci program kategóriában megvalósított programokat: Ausztria, Belgium, Dánia, Franciaország, Olaszország, Spanyolország és Hollandia. A többi országban leginkább a tanácsadó szolgáltatókkal vagy az olyan ösztönzőkkel kapcsolatos speciális aktív munkaerő-piaci programok hiányoznak, amelyek a fogyatékos személy saját vállalkozásának elindítását szolgálnák. Mindazonáltal ez nem jelenti azt, hogy ilyen programokban a fogyatékos emberek nem vehetnek részt: lehetőség van arra, hogy a fogyatékos embereket ösztönözzék a tanácsadó szolgáltatók igénybe vételére, il-

22 Kombinált intézkedések kivételével. A kategóriák általános leírását lásd a 2.3 fejezetben.

letve a vállalkozásindítást ösztönző főáramú aktív munkaerő-piaci programokban történő részvételre. Néhány esetben (pl. Finnországban és Svédországban) a tanácsadás más intézkedésekhez tartozik. Ezen túlmenően meg kell jegyezni, hogy a kombinált intézkedések elnevezésű kategória számos eszköz kombinációjából áll, melyek különböző kategóriákba sorolhatók. Néhány esetben az e kategóriába tartozó programok nem csupán az intézkedések kombinációját kínálják, hanem integrált módszert is. Ezt gyakran kombinálják intenzív tanácsadó szolgálattal és olyan testre szabott megközelítésekkel, amelyek változatos programokat kínálnak fogyatékos emberek számára a munkaerőpiacra való visszatéréshez (lásd 4.4.7 fejezet).

1.TÁBLÁZAT:
1998-AS (VAGY AZT KÖVETŐ) SPECIÁLIS AKTÍV MUNKAERŐ-PIACI PROGRAMOK
ÁTTEKINTÉSE

Ország	Szakmai rehabilitáció	Szubvencionált foglalkoztatás	Támogatott foglalkoztatás	Védett foglalkoztatás	Vállalkozás indítása	Tanácsadó szolgálat	Kombinált Intézkedések
A	x	x	x	x	x	x	x
B	x	x	x	x	x	x	
DK	x	x	x	x	x	x	
D	x	x	x	x		x	
EL	x	1999 óta	x		1999 óta	x	x
E	x	x	x	x	x	x	
F	x	x	x	x	x	x	x
FIN	x	x	x	x	x		
IRL	x	x	x	x		x	x
I	x	x	x	x	2000 óta	2000 óta	x
L	x	x	x	x		2001 óta	x
NL	x	x	x	x	x	x	x
P	x		x	x	x	x	
S	x	x	x	x	x		
UK	x	x	x	x		x	

Forrás: EIM, 2002.

A program létezésének egyszerű megállapítása nem ad túl sok betekintést annak hatókörébe és méretébe. Más tanulmányok²³ inkább minőségi áttekintést nyújtanak a fogyatékos emberek programjairól. Jelen tanulmány hozzáadott értéke, hogy megkísérli meghatározni e programok hatókörét és méretét, a részvételi és ráfordítási arányok alapján. Ez több mint 110 speciális aktív munkaerő-piaci program beazonosítását eredményezte.

Olaszország kivételével²⁴ (illetve az intenzív tanácsadó szolgálattal és álláskereséssel kapcsolatos programok kivételével), a legtöbb azonosított aktív munkaerő-piaci programról rendelkezésre áll néhány mennyiségi adat. Nem volt mindig lehetőség a tárgyevre vonatkozó statisztikák beszerzésére. Ezekben az

23 Például Ecotec, 2000.

24 Olaszország esetében nagyon nehéz volt bármilyen azonosított aktív munkaerő-piaci program mennyiségi adatainak beszerzése. Ezen adatok hiányának fontos oka az 1999-ben törvénybe iktatott (de csak 2000 januárjától hatályba lépett) új jogalkotási folyamat bevezetésének késedelme. A nemzeti kormányzati munkacsoportnak monitoring szerepe van az új jogalkotás bevezetésében, de eddig még nem szolgáltatott semmilyen adatot. A további részleteket lásd Olaszország ország-ismertetőjében.

esetekben, amikor csak lehetséges volt, a tárgyév ráfordítási és részvételi arányainak becsléséhez más évekre vonatkozó adatokat használtunk.

A mennyiségi adatok rendelkezésre állása korlátozott mértékben lehetővé teszi az egyedi programokra fordított összegek, a speciális aktív munkaerő-piaci programok, illetve az országok összehasonlítását. A részvételi arányokon alapuló összevetés mindazonáltal kevésbé jól értelmezhető. A résztvevők számának különböző regisztrálási formái (pl. állományi vagy forgalmi adatok) lényegében lehetetlenné teszik az egyes programok és országok részvételi arányainak összehasonlítását²⁵. Továbbá, mivel az egyének több programban történő részvételét egyik országban sem regisztrálják központilag, a programok összesítésekor nem lehet elkerülni ezek többszöri számbavételét.

A III. Melléklet számos statisztikát tartalmaz az egyes speciális programokról. Megadja a résztvevők összlétszámát, valamint a teljes munkaerőhöz viszonyított arányát (%-ben kifejezve). Megjelöli a résztvevők mérési módszerét is. A fogyatékos emberekre költött ráfordítások végösszege millió euróban értendő. A végösszeg látható a bruttó nemzeti össztermék arányában is (%-ben kifejezve). Végül megjelöli azt az évet, melyre az adatok vonatkoznak.

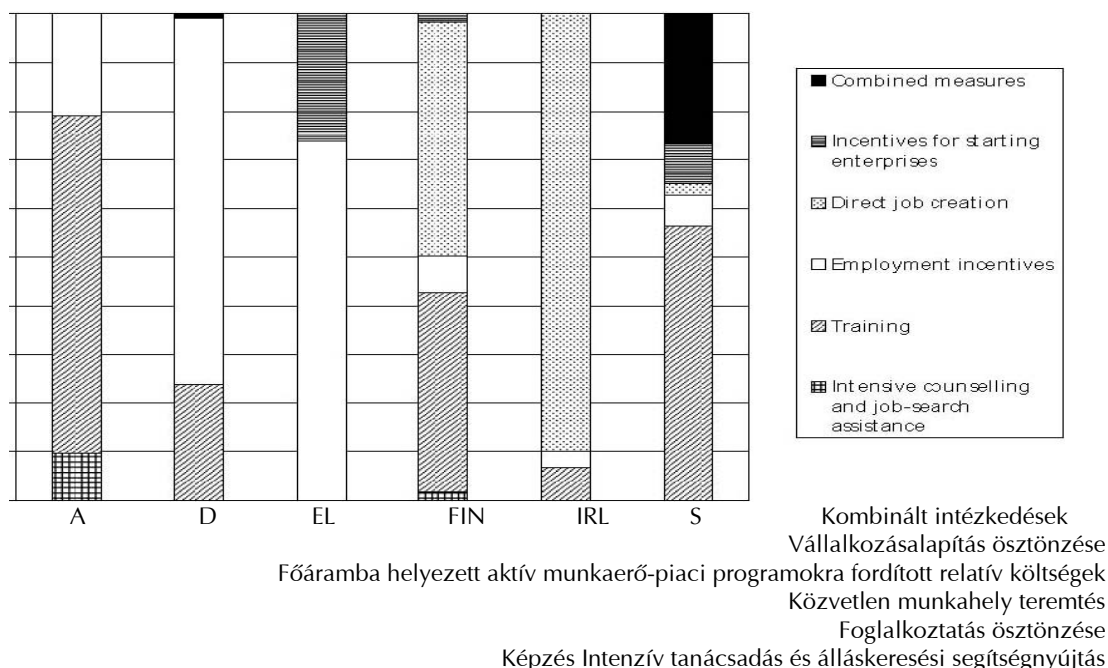
5.3. Fogyatékossgal élő emberek a főáramú aktív munkaerő-piaci programokban

A főáramba helyezett aktív munkaerő-piaci programokban részt vevő fogyatékos emberekre fordított források adatai a tagállamok közel felében (Ausztriában, Németországban, Görögországban, Írországban, Finnországban és Svédországban) rendelkezésre állnak. Ezen országok vonatkozásában megvizsgáltuk, hogy a ráfordítások miként oszlanak meg a főáramú aktív munkaerő-piaci programok megfelelő kategóriái között (8. ábra)²⁶. Ausztriában, Finnországban és Svédországban a főáramba helyezett aktív munkaerő-piaci programokban részt vevő fogyatékos emberek jelentős aránya részt vesz a főáramú szakképzési programokban is. A főáramú kombinált intézkedésekben való részvétel gyakori Svédországban. Görögországban és Németországban, a főáramú programokban részt vevő legtöbb fogyatékos ember részesül a foglalkoztatási ösztönzőkből. Írország (és kisebb mértékben Finnország) esetében a közvetlen munkahelyteremtés a legfontosabb főáramú program, melyben a fogyatékos emberek részt vesznek.

25 Csak kevés programról állnak rendelkezésre statisztikai adatok a résztvevők számának eltérő mérési módszerei miatt, és ezek azt mutatják, hogy a mérések nem összevethetők. Például az ír „Munkahely-programban”-ban (foglalkoztatást ösztönző főáramú programban) résztvevők száma 1998-ban 122 (állomány), 1501 (beáramlás), illetve 1452 (kiáramlás) volt.

26 E főáramú programok bemutatását lásd a 2. és 3. fejezetben.

4. ÁBRA
A FŐÁRAMBA HELYEZETT PROGRAMOKBAN RÉSZT VEVŐ
FOGYATÉKOS EMBEREKRE FORDÍTOTT RELATÍV KÖLTSÉGEK



Forrás: EIM, 2002.

Ausztriában, Görögországban²⁷, Finnországban és Írországban a főáramhoz tartozó programokban részt vevő fogyatékos emberekre költött pénz majdnem azonos a speciális programokra történt ráfordítások összegével. Svédország esetében a főáramú aktív munkaerő-piaci programokra történt ráfordítás csak a fogyatékos emberekre (azaz a főáramú és a speciális aktív munkaerő-piaci programokra együttesen) költött összes ráfordítás kb. 10%-át teszi ki. Bár a legtöbb országban nem áll rendelkezésre mennyiségi adat a főáramú intézkedésekben résztvevők számáról, minőségi adatokat azért közre tudunk adni a főáramú programokban részt vevő fogyatékos emberekről.

Az Egyesült Királyságban számos fogyatékos ember vesz részt a főáramú „New Deal” [‘újfajta bánásmód’] programokban²⁸, különösen a „New Deal fiatalok számára” és a „New Deal – 25 plus”, és kisebb mértékben a „New Deal egyedülálló szülők számára” programban. Ezek a „New Deal” programok integrált megközelítések, közös esetkezelési módszerekkel; végrehajtásuk egyéni tanácsadás formájában és útmutatók alkalmazásával történik, személyi tanácsadók segítségével, akik meghatározzák a résztvevők számára szükséges támo-

27 Megjegyzendő, hogy a görög fogyatékos embereket gyakran a „szociálisan kiszolgáltatott emberek” szélesebb csoportjának részeként kezelik, mely csoport magában foglalja az elítélteket, a volt elítélteket, a visszatelepült görögöket, a menekülteket, a volt kábítószerfüggőket, a HIV pozitív embereket, a görög pomakokat és a roma embereket. Így számos programot, amelyben fogyatékos emberek vesznek részt, főáramú aktív munkaerő-piaci programnak minősítenek.

28 A New Deal programok kifejezetten a 4.4 fejezetben tárgyalt fogyatékos embereket célozzák meg.

gatási intézkedéseket (beleértve a szakképzést, ahol szükséges), és akik támogatást és segítséget nyújtanak az álláskeresésben.

Belgiumban, a főáramú programokban résztvevőket nem regisztrálják fogyatékosként, sem más módon. Ezért lehetséges a fogyatékos emberek jelentős részvétele, különösen a főáramú programokban, amelyek olyan fokozottan fenyegetett csoportokat céloznak meg, mint például a tartósan munkanélküliek, stb. Dániában a főáramba tartozó legtöbb aktív munkaerő-piaci program megköveteli valamennyi résztvevőtől, hogy teljes munkaképességgel rendelkezzen, vagyis ezek az aktív munkaerő-piaci programok automatikusan kizárják a fogyatékos embereket. Csak négy főáramú aktív munkaerő-piaci program hozzáférhető a fogyatékos emberek számára.

Spanyolországban és Luxemburgban nem állnak rendelkezésre adatok a fogyatékos emberek főáramú programokban való részvételéről. Azonban, mivel a pénzügyi ösztönzők a speciális programok esetében nagyobbak (Spanyolországban), feltételezhetjük, hogy igen kevés fogyatékos ember vesz részt a főáramú programokban. A főáramú programokban való részvétel Luxemburgban sem elterjedt.

5.4. A speciális aktív munkaerő-piaci programok jellemzői

Ennek a fejezetnek a tárgya a speciális aktív munkaerő-piaci programok egyes kategóriáinak bemutatása és összevetése. Az alábbi szövegben előforduló számadatokat a III. Melléklet tartalmazza, amelyben részletes adatok szerepelnek az önálló programokról.

5.4.1 INTENZÍV TANÁCSADÓ SZOLGÁLAT ÉS ÁLLÁSKERESÉSI SEGÍTSÉG

A tanácsadó szolgálat olyan programokat jelent, melyek segítik a fogyatékos emberek álláskeresését. A legtöbb országban ezt intenzív tanácsadó szolgálat formájában végzik, és csak Írországból áll abból, hogy a felvételi beszélgetéshez tolmácsot vagy személyi felolvasót biztosítanak. Mindazonáltal meg kell jegyezni, hogy a tanácsadó szolgálatot sok országban nem tekintik külön programnak, hanem egyéb specifikusabb programok elengedhetetlen és szerves részének. Például Ausztriában (Job Assistance), Írországból (Job Net), Olaszországban (célzott elhelyezés) és Hollandiában (REA és személyre szóló rehabilitációs költségvetés) kombinált intézkedéseket hoznak, melyek tartalmazzák a tanácsadó szolgálat elemeit is. Finnországban és Görögországban az intenzív tanácsadó szolgálat és álláskeresési segítség az állami foglalkoztatási szolgálat által biztosított általános szolgáltatások részét képezi.

Nyolc országban működik a fogyatékos emberek számára tanácsadói szolgálattal kapcsolatos egy vagy több program. Méretre és feladatkörre vonatkozó adatok csak e programok némelyikéről állnak rendelkezésre.

Belgiumban 620.000 eurót költenek „speciális felmérésre”, és 820.000 eurót „munkához vezetőút” biztosítására. Ezt a szolgáltatást először 1996-ban vezették be, koordináló szolgáltatás, amely tanácsadást biztosít az ügyfelek számára,

és speciális értékelő vagy szakképzési programok felé orientálja őket. Ha az álláskereső segítség megfelelő betöltetlen álláshelyet eredményez, akkor további segítségként tájékoztatást ad a bérköltségek átvállalásának és a munka-hely adaptálásának lehetőségeiről. A „munkához vezető utak” programot speciális programként vezették be, de mára főáramú programmá alakul, és a belga Állami Foglalkoztatási Szolgálat szolgáltatásainak szerves részévé válik.

A „fogyatékos emberek segítése” programra a legtöbbet (52 millió eurót) Németországban fordítanak, ahol több mint 7000 embert vontak be ebbe az intézkedésbe. Intenzív egyéni tanács adásban további 3100 fő vett részt, valamint 28.000 munkáltató. A tanácsadást a

„Hauptfürsorgestellen” biztosítja. 1974 óta ez – a tartományokban regionális központokkal rendelkező – szervezet felelős a fogyatékossgal élő emberekről szóló törvényért.

Portugáliában az „OED Lisboa” és „szakképzési útmutató és értékelés” programra fordított összeg 170.000 euró volt 1998-ban. A ráfordítás gyorsan növekszik az Egyesült Királyságban a New Deal esetében (az 1998/1999-es 50.000 euróról 2000/2001-ben 2,7 millió euróra nőtt). A fogyatékos embereket célzó New Dealben résztvevők száma azonban még nem ismert.

Spanyolország és Franciaország szintén rendelkezik szakosodott tanácsadó szervezetekkel. Franciaországban az AGEFIPH szervezet játszik központi szerepet, míg Spanyolországban különböző szakosodott irodák léteznek, amelyek a különféle fogyatékos álláskeresőknél segít munkahelyet találni. Ezzel szemben Görögországban és Németországban ezek a szervezetek nem tisztán közszolgálatiak. A francia AGEFIPH tulajdonosai között ott a kormány, a munkáltatói szervezetek, és a fogyatékos emberek szervezetei. Spanyolországban a fogyatékos emberek szervezeteinek szerepe még hangsúlyosabb: a szakosodott tanácsadó irodákat főként a fogyatékos emberek magán-szervezetei működtetik.

5.4.2. SZAKMAI REHABILITÁCIÓ

A szakmai rehabilitáció képzési és átképzési, szakmai tanácsadási és szelektív munkaközvetítési programokat tartalmaz. Ezeknek a programoknak a révén a fogyatékos emberek képessé válnak arra, hogy megtalálják és megtartsák a számukra megfelelő állást, és előre is tudjanak lépni mindabban, ami társadalmi integrációjukat vagy reintegrációjukat elősegíti. Tizenhárom országban találunk szakmai rehabilitációs programokat. Németország és Hollandia nem számolt be ilyen programokról. Ugyanakkor Németországban legalább 36 000 fogyatékos résztvevője volt a főáramú képzési programoknak (a 2000. év folyamán), Hollandiában pedig a szakmai rehabilitáció kombinált intézkedések részét képezi. Emellett az Ausztriában (szakképzési bónusz), Franciaországban, Írországon (Job Net), Olaszországban (célzott kiközvetítés) és Luxemburgban alkalmazott kombinált intézkedések szintén tartalmazzák szakmai rehabilitációs elemeket.

A rendelkezésre álló statisztikák tanulmányozása alapján levonhatjuk a következőket, hogy van néhány olyan ország (nevezetesen Dánia, Finnország,

Franciaország, Svédország és az Egyesült Királyság), ahol a résztvevők abszolút száma (akár a fennálló állapotot, akár a belépők számát tekintjük) jelentős, és meghaladja a tízezret. Az Egyesült Királyság esetében az abszolút szám a teljes munkaerőpiac viszonylag kis hányadát reprezentálja (0,5 ezrelék), a többi ország esetében viszont már a munkaerőpiac kiterjedtebb (bár még mindig meglehetősen korlátozott) részéről beszélhetünk (a legmagasabb ilyen adatot Finnország esetében találjuk, ahol 16 ezre-lék). Dániában²⁹ 1998-ban nem kevesebb, mint 25 606 résztvevője volt a szakmai rehabilitációs programoknak. További 3235 ember vett részt szakképzés előtti rehabilitációban³⁰. Finnországban is nagyszámú résztvevője volt a szakképzési programoknak, az adat viszont kevésbé egzakt, mivel részben a finanszírozási döntéseket tartalmazza, márpedig egy személy több finanszírozott intézkedésben is rész vehet („útvonallal” típusú gondolkodás). A szakképzési programokra fordított kiadások abszolút összege Dániában mutatja messze a legmagasabb értéket valamennyi tagállam közül (1998-ban a kétféle programra összesen 443 millió euró).

Más olyan országokhoz viszonyítva, ahol magas a résztvevők száma, az egy résztvevőre jutó kiadás magas értéket mutat Dániában (résztvevőnként 15 400 euró, míg Olaszországban ugyanez 7000 euró, Finnországban 2700 euró, az Egyesült Királyságban pedig 1000 euró). Belgiumban a résztvevők száma alacsonyabb (1111 fő), de a szakképzési programok minden egyes résztvevőjére átlagosan 19 000 euró jut. Portugália esetében a kiadás rendkívül magas: a „Cselekvés együttműködésben” program esetében 13 résztvevőről számoltak be, a kiadás viszont személyenként 95 000 euró volt!

Van néhány olyan ország, ahol a szakképzési rehabilitációs programokban részt vevő személyek száma rendkívül alacsony, még a 350-et sem éri el. Például Spanyolország esetében a beszámolók szerint a szakképzési tanfolyamokra mindössze 319 főiratkozott be. Portugáliában összesen 342 fő vett részt három különböző programban. Ausztriában és Görögországban alacsony számokat regisztráltak (241 illetve 200 főt jegyeztek fel az egyik fajta program esetében, ugyanakkor lezajlott egy másik program is, ahol a résztvevők száma sokkal magasabb volt, Ausztriában 1226, Görögországban pedig 2433). A résztvevők korlátozott számának megfelelően az e programokra fordítható kiadások szintén korlátozottak.

Vizsgálataink azzal a következtetéssel zárultak, hogy bár az országok nagy többségében vannak szakképzési programok, a résztvevők száma és a költségvetési források mértéke jelentős változatosságot mutat. Vannak olyan országok, ahonnan nagyon alacsony kihasználtsági arányokról számoltak be, ami a gyenge végrehajtásra, az erőforrások hiányára vagy arra utal, hogy a fogyatékos emberek nem érdeklődnek eléggé.

29 A szakmai rehabilitáció Dániában többféle intézkedést foglal magában, például a munkaképesség felmérését, tanfolyamokat, többféle oktatást, gyakorlati képzést és (ideiglenes) bértámogatásos foglalkoztatást. Így tehát kombinált intézkedésnek is tekinthető.

30 Ez az adat nagy valószínűséggel alulbecsült, mivel azokat az embereket, akik szakképzés előtti rehabilitációs programok résztvevőiként kapnak betegsegélyt, nem a program résztvevőiként, hanem betegségek kedvezményezettjeként regisztrálják.

5.4.3 SZUBVENCIONÁLT FOGLALKOZTATÁS

A szubvencionált foglalkoztatási kategória a fogyatékos emberek számára kínál olyan programokat, amelyek a foglalkoztatás költségeit részben megtérítik. A szubvencionált foglalkoztatás egy vagy több különböző formáját szinte minden tagállamban alkalmazzák. Ezen túlmenően, Ausztriában, Dániában, Spanyolországban, Olaszországban és Hollandiában három vagy négy különbözőformája is létezik az ilyen a programoknak. Emellett a szubvencionált foglalkoztatás kombinált intézkedések egyik elemeként is megjelenik Ausztriában (kvóta többlet), Franciaországban, Luxemburgban és az Egyesült Királyságban (Workstep).

A szubvenció különböző időtartamokra szólhat. A legtöbb esetben a munkaadók kapják. Dániában, Finnországban, Hollandiában és az Egyesült Királyságban ugyanakkor vannak olyan programok is, amelyek kedvezményezettjei a munkavállalók.

Azoknak a fogyatékos embereknek a száma, akik szubvencionált foglalkoztatási programokban vesznek részt, különösen magas Svédországban (49 031 fő), Franciaországban (40 500 fő), Dániában (17 688 fő), Finnországban (11 600 fő) és – kisebb mértékben – Ausztriában (9619 fő). A résztvevők abszolút száma szintén magas Németországban (19 900 fő), Spanyolországban (11 027) és az Egyesült Királyságban (19 804), de a teljes munkaerőpiac méretét figyelembe véve ezek az adatok csak kis részarányt képviselnek (0,5-és 0,7 között). Van két nagyon specifikus program (a REA elnevezésű holland jövedelemkiegészítő program és Dániában az úgynevezett Jégtörő Program), amelyekben a résztvevők száma rendkívül alacsony (kevesebb mint 25 fő)³¹.

A legtöbb program esetében átlag 2500 és 6000 euró közötti összeget juttatnak a munkaadónak, vagy a munkavállalónak költség-hozzájárulás vagy támogatás címén. Ennél lényegesen magasabb adatokat találtunk a „nyílt végű szerződések fogyatékos emberek számára” című programban Spanyolországban (20 000 euró)³², a dániai rugalmas állás programban” (13 300 euró), valamint a svédországi bérköltség-átvállalásos munka” programban (12 400), 606 millió euró teljes költség mellett. Ez utóbbi messze a legnagyobb program, amelyet ebben a kategóriában találtunk.

Adataink szerint a szubvencionált foglalkoztatás eszközét leginkább az északi országokban, valamint Ausztriában és Németországban alkalmazzák. Az átvállalt bérköltségek átlagos összege viszonylag alacsony, de bizonyos országokban (például Spanyolországban) bizonyos programok esetében jelentős összegeket lehet kapni minden egyes foglalkoztatott fogyatékos ember után.

5.4.4 TÁMOGATOTT FOGLALKOZTATÁS

Eredeti formájában a támogatott foglalkoztatás azokra a programokra vonatkozik, amelyek keretében személyes támogatást nyújtanak (munkaügyi tanácsadó)

31 Ez annak is betudható, hogy ezek a programok viszonylag újak.

32 Ugyanakkor azt is látni kell venni, hogy a kiadásokat az 1998-as belépők adataihoz viszonyítják.

a nyílt munkaerőpiacon való elhelyezkedéshez. A támogatás azután fokozatosan csökken, azzal párhuzamosan, ahogyan a fogyatékos ember kifejleszti magában a független munkavégzés képességét (Bergeskog, 2001). De manapság a támogatott foglalkoztatás nemcsak a munkahelyen nyújtott személyes segítséget jelenti, hanem a munkahely alkalmassá tételét finanszírozó programokat is magában foglal. A támogatott foglalkoztatás gyakran nem egy elkülönült program, hanem más programok (például a szakmai rehabilitáció) része, vagy a kombinált intézkedésekbe integrálják, mint például Ausztria (Job Assistance), Olaszország (célzott kiközvetítés), Luxembourg, Hollandia, (REA) és az Egyesült Királyság (Workstep) esetében.

Felismerték, hogy a környezeti akadályok jelentik a legsúlyosabb gátját annak, hogy a fogyatékos emberek el tudjanak helyezkedni a munkaerőpiacon. Az akadálymentesítő programokat (amelyek például a munkahelyek alkalmassá tételét célozzák) a munkaerőpiacra igyekvő fogyatékos emberek fontos ösztönzőjének kell tekinteni. Ausztriában, Görögországban, Írországban és Olaszországban a főhangsúly a munkahelyek alkalmassá tételén van. Belgiumban, Dániában, Finnországban, Svédországban és az Egyesült Királyságban a munkahelyek alkalmassá tételét célzó programokat személyes segítő, betanítási vagy támogatott munkavállalási programokkal egészítik ki. Nemrégiben Írországban a figyelem áthelyeződött a munkahely alkalmassá tételéről a személyes segítségre és betanításra. 1998 után ez a fajta támogatott foglalkoztatás lett az ír szakpolitikai intézkedések egyik fő célja.

Annak ellenére, hogy a foglalkoztatást nehezítő külsőakadályok leküzdése lényeges szempont, valamennyi tagállam esetében elég alacsony azoknak az embereknek a száma, akik ilyenfajta programok előnyeit élvezik. A legtöbb tagállamban a támogatott foglalkoztatás előnyeit csak néhány száz ember élvezi. A résztvevők száma valamivel magasabb Dániában (személyes segítségnyújtás: 1853 résztvevő), Franciaországban (munkahely fenntartás: 15 155 résztvevő), Hollandiában (REA – közlekedési lehetőségek biztosítása: 3306 résztvevő) és az Egyesült Királyságban (munkahelyre való eljutás: 16 100 résztvevő). A legtöbb ország esetében az egy főre eső kiadás összege 1000 és 4000 euró között van. A kivételek közé tartozik a támogatott foglalkoztatás Belgiumban és Svédországban (fejenként 8300 illetve 11 000 euró) illetve a munkahely adaptálás (önkormányzatok) Dániában (fejenként 15 000 euró).

Spanyolországban nem találtunk nemzeti aktív munkaerő-piaci programokat, sem támogatott foglalkoztatást. Ugyanakkor a HORIZON program több kezdeményezést finanszírozott a támogatott foglalkoztatás területén, a munkahelyek adaptálásához különféle támogatások illetve kedvezményes kamatozású hitelek vehetők igénybe. Nincsenek azonban számszerű adataink arról, hogy ezeket a támogatásokat, illetve kölcsönöket hogyan használják fel.

5.4.5 VÉDETT FOGLALKOZTATÁS

A védett foglalkoztatás egész sor olyan programot jelent, amelyek célja a fogyatékos emberek foglalkoztatása védett, a normál versenynek nem kitett környe-

zetben (Bergeskog, 2001). Ez a környezet lehet egy gyár, egy munkacsapat (például kertészek, takarítók), kis csoportok és szigetek (amikor egy vállalat fogyatékos emberek egy csoportját speciálisan kiépített munkahelyen alkalmazza a vállalat területén)³³. Védett foglalkoztatási programokat szinte minden tagállamban lehetett találni.

A védett munkahelyek gyakran nem kizárólag a fogyatékos emberek számára létesülnek. A legtöbb országban a védett munkahelyekre bizonyos minimum követelmények vonatkoznak, amelyek előírják, hogy az ott dolgozóknak legalább egy bizonyos százaléka kötelezően fogyatékos ember kell, hogy legyen. Ez a százalékos arány erősen változó országok szerint. Például az ausztriai integrációs vállalatoknál a kvóta azt írja elő, hogy az ügyfelek 80%-a fogyatékos ember legyen. 1998-ban Írországban végrehajtottak egy kísérleti projektet azzal a céllal, hogy olyan üzletileg életképes vállalkozásokat hozzanak létre, amelyekben a foglalkoztatottak legalább 50%-a kötelezően fogyatékos ember. Svédországban a védett munkahelyeken (Samhall) dolgozó emberek legalább 40%-ának a súlyosan fogyatékos emberek közül kell kikerülnie. Olaszországban a társadalmi szövetkezetekben („B” típus) a foglalkoztatottak legalább 30%-a a célcsoportból kell, hogy kikerüljön (ami nem csak fogyatékos embereket jelenthet, hanem, például, volt kábítószer-élvezőket, vagy alkoholistákat is). Végezetül Németországban a védett munkahelyeken dolgozók kb. 20%-a hivatalosan regisztrált fogyatékos.

Ezen túlmenően, a védett munkahely-programok célja is különbözhet országok szerint (illetve idővel megváltozhat). Sokan úgy érvelnek, hogy a védett foglalkoztatási programokat csak abban az esetben lehet aktív munkaerő-piaci programnak tekinteni, ha az a céljuk, hogy a fogyatékos embereket felkészítsék a rendes munkaerő-piaci részvételre. Mások viszont azt állítják, hogy a védett munkahelyeken legalább valamilyen formában szerződéses és fizetett tevékenységeknek kell folyniuk ahhoz, hogy munkának tekinthessük ezeket. Valóban, vannak olyan országok, ahol a védett foglalkoztatást nem olyan eszköznek tekintik, amelynek célja a fogyatékos emberek bejuttatása a munkaerőpiacra, hanem olyan intézménynek, ahol a fogyatékos emberek szociális menedéket találnak³⁴.

Öt olyan ország van, ahol meglehetősen magas a fogyatékos emberek részvétele a védett munkahelyeken. Hollandiában 90 000 ember (a foglalkoztatottak 11,5 ezreléke) dolgozik a WSW³⁵-n keresztül, míg Svédországban 26 878 olyan ember van (6,3), akik a Samhall program révén vesznek részt aktívan a munkaerőpiacon.

33 A védett foglalkoztatás szigetei 'fenntartott foglalkoztatás' néven is ismeretesek (Bergeskog, 2001).

34 A jelen tanulmány keretei között a védett munkahelyeket aktív munkaerő-piaci programokként határozzuk meg akkor, ha az ilyen munka-helyeken dolgozó személyeknek hasonló jogaik vannak, mint a 'nyílt' munkaerőpiacon dolgozóknak. Ez különösen vonatkozik a bérfizetésre és a társadalombiztosítás lehetőségére. Ilyen helyzet esetén beszélhetünk védett foglalkoztatásról. Ezzel szemben a védett munka olyan védett munkahelyekre utal, ahol a tevékenységek nem tartoznak a munkahely-védő törvények, illetve a fizetéshez kapcsolódó társadalom-biztosítási ellátás hatálya alá.

35 Figelembe kell venni, hogy a WSW egy kis része szintén támogatott foglalkoztatásból áll.

Belgiumban a védett foglalkoztatás 17 978 emberre terjed ki (ami a foglalkoztatottak 4,1 ezrelékét jelenti), Németországban 185 000 emberre (a foglalkoztatottak 4,7 ezreléke), Franciaországban pedig 104 000 emberre (a foglalkoztatottak 4,0 ezreléke). A védett munkahelyeken dolgozó emberek száma különösen alacsony Írországban és Portugáliában. Bár Luxemburg esetében a résztvevők abszolút száma szintén elég alacsony, a programok mérete átlagosnak tekinthető akkor, ha a foglalkoztatottak százalékában mérjük.

A GDP százalékában mérve a legtöbb pénzt a védett foglalkoztatásra Franciaországban költik, amelyet Hollandia, Belgium, Dánia és Svédország követ³⁶. Az védett foglalkoztatás keretében dolgozó egy főre jutó átlagos összeg Dániában mutatja messze a legmagasabb értéket (52 000 euró). Vannak azonban más olyan országok is, ahol jelentős az egy résztvevőre jutó összeg (például Franciaországban 17 400 euró, Svédországban 18 500 euró³⁷).

Írországban és Finnországban védett foglalkoztatás és védett munkahelyek egyaránt léteznek. Írországban 1999-ben a védett munka lehetőségét sokkal több résztvevő vette igénybe (7900 ember dolgozott 215 munkahelyen, ami átlagban munkahelyenként 37 személyt jelent), mint a védett foglalkoztatás lehetőségét (220 személy, akik két különböző programban dolgoztak). 1997-ben olyan ajánlást fogadtak el, amely szerint 2004-re minden három munkahelyből kettőt át kell alakítani védett munka státuszról védett foglalkoztatás státuszba. Emellett Finnországban a védett munkát folytató résztvevők száma (1999-ben közel 8000 fő, sokan közülük értelmi fogyatékossgal élő emberek) meghaladja a védett foglalkoztatási programokban dolgozók számát (2600 fő). Luxemburgban és az Egyesült Királyságban a védett foglalkoztatást kombinált intézkedés útján nyújtják („Fogyatékos emberek képzése és szakmai integrációja”, röviden „Workstep”).

5.4.6 A FOGYATÉKOS EMBEREK VÁLLALKOZÓVÁ VÁLÁSÁT CÉLZÓ ÖSZTÖNZŐK

A fogyatékos emberek munkaerőpiacra jutásának egyik módja az, ha képessé válnak saját vállalkozás indítására. A vállalkozásindítás nem egyszerűfeladat, és „vállalkozó szellem” szükséges hozzá. Valamennyi tagállamban vannak olyan jelentős főáramú programok, amelyek támogatják új vállalkozás indítását. Nyolc országban léteznek olyan programok, amelyek kifejezetten a fogyatékos emberek szükségleteit vannak hivatva kielégíteni. Bizonyos esetekben ezek a programok a vállalkozásindítás folyamatához kínálnak támogatást, vagy segítséget. Belgiumban (önfoglalkoztatói segély), Hollandiában (REA – start hitel) és Finnországban (befektetési hozzájárulás a fogyatékos emberek számára) ez a támogatás pénzügyi természetű.

Minden meglévő programra igaz, hogy a regisztrált résztvevők száma (vagy a kiutalt segélyek mértéke) rendkívül alacsony (a belga 5 és a svédországi 676 a

36 Németországra vonatkozóan nem állnak rendelkezésre védett munkahelyekre fordított kiadásokkal kapcsolatos információk.

37 Samhall; az OSA program esetében alacsonyabb az egy főre jutó kiadás.

két véglet). Az egy főre jutó összeg mértéke is különböző, 2500 eurótól (Spanyolország és Finnország) egészen a Portugáliában látott csaknem 11 000 euróig terjed.

5.4.7. KOMBINÁLT INTÉZKEDÉSEK

A kombinált intézkedések olyan programok, amelyek a speciális aktív munkaerő-piaci programok kategóriáinak egynél több elemét tartalmazzák, mivel a programok egyre inkább a különféle eszközök átfogó készletét tartalmazzák. A 14 azonosított kombinált intézkedésből 11 tartalmazta a szakmai rehabilitáció elemeit, amelyeket a szubvencionált foglalkoztatás (mint például Ausztria, Franciaország és Luxemburg esetében), a támogatott foglalkoztatás (Hollandia), vagy az intenzív tanácsadás (Írország és Hollandia) eszközével kombináltak. Emellett az ausztriai „Álláshoz jutási segítség” a támogatott foglalkoztatás és a tanácsadás, az Egyesült Királyságban alkalmazott „Workstep” pedig a szubvencionált, a támogatott és a védett foglalkoztatás különböző formáit ötvözte.

A kombinált intézkedések egy része az elemek integrálására, és egy esetibb jellegű megközelítésre törekszik. Ezek a programok az egyéni munkavállalók támogatására igénybe vehető konkrét eszközöket testre szabott módon nyújtják. Az az általános vélemény, hogy a konkrét programok kombinációja az adott személy szükségleteihez igazítva (például a képességcsökkenés fajtája szerint) jobb lehetőséget kínál a munkaerő-piaci belépésre. Ennek a fajta megközelítésnek az egyik esete az Ausztriában alkalmazott „Álláshoz jutási segítség” (Arbeitsassistenzenz) program. Az Arbeitsassistenzenz programot gyakran a legjobb gyakorlat egyik példajaként emlegetik. 1998-ban 2880 személy vett részt ebben a programban, a teljes költségvetés 4,2 millió euró volt.

Ugyanakkor nem minden kombinált intézkedésre jellemző a testre szabott szolgáltatások nyújtása többféle kategóriába tartozó eszköz integrálásával. Például az az ausztriai program, amely többletjuttatást tesz lehetővé a kvótán felüli foglalkoztatásért, illetve a szakképzésért, valójában két különálló program kombinációja: a kvótán felüli foglalkoztatásé, amely a szubvencionált foglalkoztatás esete, valamint a szakképzésért adott többletjuttatásé, amely szakmai rehabilitációt jelent. Ugyanakkor statisztikák csak e két program kombinációjáról állnak rendelkezésre, a különálló tételekről nem (a teljes kiadás 9 millió euró, a résztvevők száma 7462 fő).

Hollandiában a REA számos különféle intézkedés kombinációját valósítja meg. A jelen tanulmányban a tágabb keretet jelentő REA szabályozáson belül néhány intézkedést a szubvencionált, vagy a támogatott foglalkoztatás kategóriáiban fogunk említeni, mivel ezek az alintézkedések csak az ilyenfajta intézkedések jellemző elemeit mutatják. Emellett hat alintézkedést soroltunk a kombinált intézkedések közé. Ezek a következőket foglalják magukban: személyes szolgáltatás nyújtása, helyettesítési költségvetés, kinevezési költségvetés, személyre szabott egyéni költségvetés, képzési szolgáltatások nyújtása és személyes támogatás. Viszonylag magas azoknak az összlétszáma (24 942), akik profitálnak ezekből az intézkedésekből. Azt is meg kell jegyezni azonban, hogy

komoly a veszélye a kettős számbavételnek, mivel a fogyatékos emberek egyszerre több intézkedésben is részt vehetnek. A legtöbb ember (8632) képzési szolgáltatásokban részesült, ezt követik azok, akik a kinevezési költségvetés hasznélvezői voltak (8049). Kiadások tekintetében 26 millió eurót használtak fel a kinevezési költségvetésre, 12 millió eurót pedig a képzési szolgáltatások nyújtására. A személyre szóló rehabilitációs költségvetés (PRB) egy másik kísérleti intézkedés, amelyet Hollandiában alkalmaznak. Bár az 1999-es évben csak néhány támogatást utaltak ki, az egy személyre szóló költségvetés összege átlagosan 7400 euró volt.

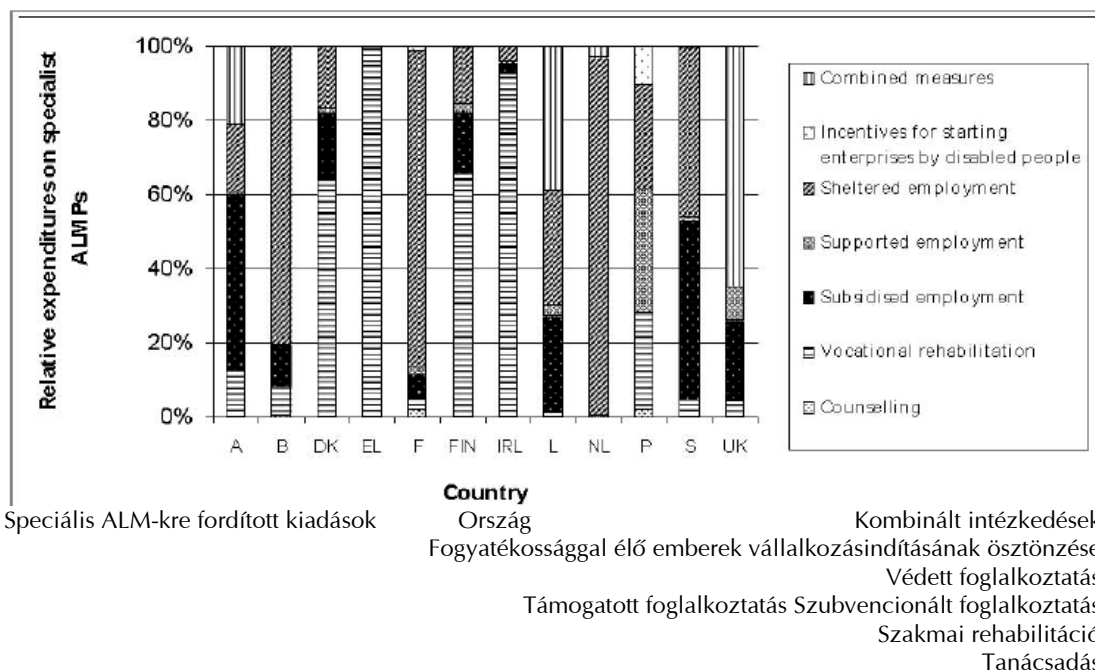
Az Egyesült Királyságban a Workstep, amely a szubvencionált, a támogatott és a védett foglalkoztatás elemeit egyaránt tartalmazza, kb. 23 000 embert fog össze. A vélekedések szerint ezeknek az embereknek legalább a fele védett munkahelyen, illetve gyárban dolgozik, amelyeket a Remploy (nemzeti szervezet), vagy az önkormányzatok üzemeltetnek. A maga 227 millió eurós, 1998/1999-es költségvetésével, amely a 200/2001-es időszakban 268 millió euróra emelkedett, saját kategóriájában ez a legnagyobb program az Európai Unióban.

5.5. Országok összehasonlítása

A 5. ábra a speciális aktív munkaerő-piaci programok relatív kiadásait mutatja be 12 tagállam esetében. Azt tapasztaltuk, hogy több országra vonatkozóan nincsenek adatok sem a részvételi arányokról, sem a költségekről. Ezen túlmenően, a résztvevői létszám felmérésének alapja nagy változatosságot mutat az egyes országokon belül és az országok között, ami lehetetlenné teszi a részvételi arányok összehasonlítását. Ráadásul annak érdekében, hogy az egyes országok között érvényes összehasonlításokat lehessen tenni, csak azokat az adatokat vettük be, amelyek a referencia-év programjaira vonatkozóan tartalmaznak adatokat. Így tehát a tárgyév év után bevezetett programok nem szerepelnek az áttekintésben.

A módszer összes nyilvánvaló korlátja, megszorítása és veszélye ellenére a speciális aktív munkaerő-piaci programokra jutó relatív kiadásokat szerepeltettük azoknak az országoknak az esetében, amelyek adatokat tudtak szolgáltatni programjaik többségéről. Olaszország, Németország és Spanyolország esetében nem tudtunk elegendő mennyiségű információt begyűjteni ahhoz, hogy pontos képet adjunk a speciális aktív munkaerő-piaci programokra jutó relatív kiadásokról. Olaszország esetében ennek az oka, hogy a speciális aktív munkaerő-piaci programokról általában nincsenek mennyiségi információk. Németország és Spanyolország esetében már több a rendelkezésre álló információ. Ugyanakkor Spanyolország esetében a kiadásokkal kapcsolatos információk csak az azonosított speciális aktív munkaerő-piaci programokról állnak rendelkezésre. Németország esetében a rendelkezésre álló információk nem tartalmazzák a legnagyobb programra (a védett foglalkoztatásra) jutó ráfordítást. Ha ezekre az országokra vonatkozóan a meglévő adatokat mutatnánk be, akkor áttekintésünk félrevezető lenne.

5. ÁBRA
SPECIÁLIS AKTÍV MUNKAERŐ-PIACI PROGRAMOKRA JUTÓ RELATÍV KIADÁSOK



Forrás: EIM, 2002

A 5. ábra és a korábbi részekben megadott információk alapján a következő, teljesen nem bizonyítható következtetéseket lehet levonni.

A szakmai rehabilitáció teszi ki a költségek többségét Dániában, Finnországban, Görögországban és Írországban. Különösen Dánia és Finnország esetében hasonló a költségek jellege. Finnországban a szakképzési rehabilitáció viszonylagos jelentőségét az is erősíti, hogy relatíve jelentősnek mondhatók azok a főáramú képzési programok, amelyekben a fogyatékos emberek részt vesznek. Más a helyzet azonban Görögország és Írország esetében. Görögországban a legtöbb, aktív munkaerő-piaci programokban részt vevő fogyatékos ember a foglalkoztatási ösztönzőkből részesedik. Írországban a fő forma a közvetlen munkahelyteremtés a főáramú programok keretei között. A speciális aktív munkaerő-piaci programokkal kapcsolatos nemrégiben bevezetett írországi szakpolitikai változtatások növelni fogják a védett foglalkoztatás viszonylagos jelentőségét a speciális aktív munkaerő-piaci programok csoportján belül, melynek révén a speciális aktív munkaerő-piaci programokra jellemző ráfordítási jellegzetességek közelebb kerülnek a főáramú aktív munkaerő-piaci programok ráfordítási jellegzetességeihez (amelyekben fogyatékos emberek is részt vesznek).

Belgium, Franciaország és Hollandia közös vonása a védett foglalkoztatás kiemelt szerepe, amely a speciális aktív munkaerő-piaci programokra jutó összes kiadás között minimum 80%-os (Belgium), de akár 95%-os (Hollandia)

részarányt is képviselhet. Ausztriában³⁸ és (különösen) Svédországban a kiadások (nagy) többsége a védett foglalkoztatás és a szubvencionált foglalkoztatás finanszírozására fordítódik.

Luxemburgban és az Egyesült Királyságban a szubvencionált, a támogatott és a védett foglalkoztatás kombinációját találjuk. Ebben a két országban a kombinált intézkedésekre viszonylag sokat költenek, de mindkét országra igaz, hogy ezek a kombinált intézkedések (főként) a szubvencionált, a támogatott és a védett foglalkoztatás kombinációit jelentik. Végezetül, Portugália esetében a szakmai rehabilitáció, a támogatott foglalkoztatás és a védett foglalkoztatás sajátos kombinációjáról beszélhetünk.

6. Az aktív munkaerő-piaci programok hatása: megfigyelések és tapasztalatok

6.1. Bevezetés

A megelőző fejezet bemutatta, hogy Európa-szerte milyen korlátokkal találjuk szemben magunkat akkor, ha az aktív munkaerő-piaci programok kihasználási arányait akarjuk összevetni. Hasonló, az adatok korlátaival és a kutatások hiányával kapcsolatos problémákkal szembesülünk akkor is, ha az intézkedések hatását akarjuk vizsgálni a fogyatékos emberek (fenntartható) foglalkoztatására.

Ez a fejezet megkísérel választ adni a tanulmánynak erre a végső kérdésére. A nemzeti szak-értőket arra kértük, írják le, mit lehet tudni a programok végrehajtásáról és hatásukról a fogyatékos emberek foglalkoztatására. Azt is megkérdeztük, mit lehet mondani a siker meghatározó tényezőiről, és milyen tanulságok vonhatók le a szakpolitikai intézkedések végrehajtásával, figyelemmel kíséréssel és értékelésével kapcsolatosan³⁹. A hozzáférhető információk most is azt mutatják, hogy Európában csak kis mértékben állnak rendelkezésre azok az adatok, amelyek e kérdések megválaszolásához kellenének. Ennek megfelelően indokolt bizonyos fenntartások alkalmazása a következtetéseink empirikus alapját, valamint a szakértők által közreadott megfigyelések értelmezését illetően. Ezeknek a súlyos korlátoknak a fényében fontos kihangsúlyozni, hogy a megfigyeléseket nem szabad óvatlanul, további bizonyítékok nélkül általánosítani.

Az adatforrások gyengeségeit és a konkrét meglátásokat is tovább tárgyaljuk, majd ezt követően pedig áttekintjük a tanulmányunk megállapításait az aktív munkaerő-piaci programok hatásairól és mellékhatásairól. A következőkben az

38 A kombinált intézkedés részeként alkalmazott kvóta túlteljesítési jutalom szintén a szubvencionált foglalkoztatásra vonatkozik.

39 Az itt tárgyalt tanulmányokról további információk, illetve az adatforrásokra való utalások a megfelelő országprofilokban találhatóak.

adminisztráció és a szervezeti végrehajtás szempontjait és (ellen)ösztönzőit fogjuk tárgyalni. Végül összefoglaljuk a főbb következtetéseket.

6.2. Az aktív munkaerő-piaci programok hatása: gyenge források, óvatos következtetések

Úgy találtuk, hogy csak nagyon óvatosan lehet következtetéseket levonni az aktív munkaerő-piaci programok alkalmazásáról, felhasználásáról és hatásairól a tagállamokban. Az, hogy a fogyatékos emberek javára indított (aktív) munkaerő-piaci programokról nem állnak rendelkezésre következtetések levonására alkalmas alapadatok, különösen annak fényében megdöbbentő, hogy milyen hatalmas (köz)pénzeket költenek ezekre az intézkedésekre. Sok országban az aktív munkaerő-piaci programok alkalmazására és hatásaira vonatkozó jelentések nincsenek teljes körűen alátámasztva empirikus bizonyítékokkal, ezért gyakran inkább a várakozásokat tükrözik, illetve részkövetkeztetéseket tartalmaznak. A nemzeti szakértők beszámolóiban megjelenő megfigyelések és tapasztalatok azt mutatják, hogy egész sor korlátja van az aktív munkaerő-piaci programok nyomon követésének és értékelésének saját országaikban.

Először is, a legtöbb országban nem elég fejlettek azok az eszközök és eljárások, amelyek segítségével rendszeresen nyomon lehetne követni, jelentésekbe lehetne foglalni illetve elemezni lehetne az aktív munkaerő-piaci programokról, illetve a fogyatékos ügyfelekről szóló egyszerű statisztikai adatokat. Úgy tűnik, a tagállamok által szolgáltatott statisztikákban (egyelőre) nem minősül alapvetően fontos kérdésnek az, hogy rendszeresen közreadjanak statisztikai adatokat a fogyatékos emberekről, valamint a velük kapcsolatban alkalmazott képzési és foglalkoztatási intézkedésekről. Csaknem valamennyi szakértő arról számolt be, hogy a leíró statisztikák korlátozottak, bár a tagállamok között jelentős különbségek vannak. Bizonyos országokban az intézkedésekről és a résztvevőkről szóló részletes statisztikai információk nem minősülnek „közérdekű információknak,” így azokat csak az államigazgatásban dolgozók használhatják (például Németországban). Ha a kérdést inkább technikai szinten vizsgáljuk, akkor azt látjuk, hogy bizonyos feltételek között a helyzet tovább romolhat. Például a fogyatékos embereket sok esetben nem lehet elkülöníteni a főáramú program-statisztikákban. Ezek a programok ugyanis többnyire nem tesznek különbséget az egyes célcsoport-kategóriák között, illetve nem rögzítik a programokban résztvevő személyek egészségi állapotát. Ezen túlmenően, a decentralizáció is gyengítheti a statisztikai információk minőségét: számos országban a jelentések olyan sokrétű regionális program-igazgatásról számoltak be, amely igen nehezé teszi az integrált nemzeti szintű statisztikák vezetését (például Olaszország esetében számoltak be erről a problémáról).

Másodszor, azokban az országokban, ahol léteznek alapszintű statisztikák, vagy éves jelentések, ezek a programokba beiratkozott személyekről, a programok befejezéséről és a kiadásokról tartalmaznak adatokat. Ugyanakkor a statisztikák nem tartalmaznak elégséges adatot az ügyfelek jellegéről és szükségle-

teiről, illetve számos szakértő szerint javításra szorulnak azok az értékelések, amelyek a foglalkoztatási programokba történő beiratkozás, lemorzsolódás, illetve azok elvégzése mögötti magyarázó tényezőkkel foglalkoznak. Technikai tényezők is eltorzíthatják a következtetéseket. Például Ausztriában a képzési intézkedéseknek tulajdonított hatásokat részben a statisztikákból szűrték le, mivel a képzésben részt vevő személyeket a munkanélküliségi adatok nem tartalmazták. Ezen túlmenően, az „intézkedés alapú statisztikákkal” kapcsolatban az egyik alapvető probléma az, hogy nem adnak megfelelő képet a teljes részvételről, mivel egy adott személy több programban is részt vehet („kettős számbavétel”). Ennek megfelelően, egy adott személy sikere vagy kudarca a munkaerőpiacon nem feltétlenül tudható be egy konkrét programnak (kereszthatások). Emellett, mivel az információk nem teljes körűek, azoknak a fogyatékos embereknek a teljes száma, akik valamilyen formában az aktív munkaerő-piaci programok célcsoportjába tartoznak, jelentős mértékben túlbecsülhető.

Harmadsorban, a legtöbb országban véleményeket találunk az aktív munkaerő-piaci programok foglalkoztatási hatásaival kapcsolatban. Ugyanakkor több szakértő jelezte, hogy ezek a következtetések még mindig gyakran nem eléggé konkrétak, és azokon a programokon illetve forrásokon alapulnak, amelyek nem konkrétan a fogyatékos emberekre irányulnak (például tartós munkanélküliség). Ez nem azt jelenti, hogy a következtetések nem alkalmazhatók a fogyatékos emberekre, hanem azt, hogy a fogyatékos emberek csoportjának jellegzetességeit és sajátos nehézségeit nem veszik figyelembe. Mindamelllett a főáramú aktív munkaerő-piaci programokkal kapcsolatos, azok hatásaival és következményeivel foglalkozó általánosabb következtetések között számos olyan van, amely jól használható akkor, ha javítani akarjuk a kifejezetten a fogyatékos emberek számára indított programokat. Példaként felhozható, hogy számos szakértő megemlítette: a szakképzés szerepével kapcsolatos vélemények és álláspontok többnyire (fiatal) munkanélküliekről szóló tanulmányok alapján születtek (vagyis olyan emberekről készültek a tanulmányok, akik nem fogyatékosakkal élő emberek). Emellett néhány szakértő azt is megjegyezte, hogy több országban alulreprezentáltak azok a tanulmányok, amelyek az aktív munkaerő-piaci programok munkaadói oldalára koncentrálnak, például a munkaadók nézeteire és tapasztalataira a munkahelyek adaptálásának pénzügyi támogatásával kapcsolatban.

Végezetül, számos szakértő számol be arról a közös problémáról, hogy az értékelő tanulmányok módszertanilag gyengék. Ez a gyengeség általában a munkanélküliek összes kategóriájában alkalmazott foglalkoztatáspolitikákra vonatkozik, mivel a tanulmányokat olyan metodika szerint készítették, amely gyakran nem ad lehetőséget az elfoglaltságok és a félreértelmezések kiszűrésére. Amikor az értékelések az intézkedésben való részvétel és a befejezési hányad alapvető áttekintésére szorítkoznak, sok esetben nem jutunk információkhoz a foglalkoztatási hatásokkal kapcsolatban. Csak nagyon kevés ország esetében számoltak be időnként egy-egy olyan tanulmányról, amely valamiféle költség-haszon-elemzést is tartalmazott. Például azok a tanulmányok, amelyeket Borgaza készített az olaszországi védett foglalkoztatásról („szociális szövet-

kezetek”), magas helyettesítési arányt és pozitív nettó előnyöket mutattak ki (Borgaza & Santuari, 2000). Szintén nagyon ritkák az aktív munkaerő-piaci programok és a fogyatékos emberek tárgyában készült tanulmányok között azok, amelyeknek a kutatási szerkezete számba vette az olyan zavaró tényezőket, mint amilyen a „holtteher veszteség” vagy a „szelekciós hatások.” Ez főként azért van, mert nem állnak rendelkezésre összehasonlító, illetve kontrollcsoportok olyan fogyatékos emberekből, akik nem vesznek részt semmilyen programban, de ugyanakkor jó eséllyel kerülhetnek be a munkaerőpiacra. Amikor nincs lehetőség összehasonlításra egy adott program felhasználói és az abban részt nem vevő személyek között, az intézkedés hatására vonatkozó következtetések gyenge lábakon állnak. Mindamellett egyes tagállamok esetében „helyettesítési hatásokról” is beszámoltak. Dániában Høgelund és Kruhøffer (2000) kvantitatív elemzést végzett arra vonatkozóan, hogy a támogatott munkabéru állások a rendes állások helyébe léptek. Svédországban Skogman Thoursie (1999) arról számolt be, hogy léteznek olyan tendenciák, amelyek értelmében a kevésbé fogyatékos (ennél fogva jobban foglalkoztatható) emberek élveznek elsőbbséget. Az Egyesült Királyság esetében pedig megemléstettek egy folyamatban lévő kutatási programot, amelyben megkísérlik számba venni ezeket a komplikációkat (ez a kiterjesztett „New Deal Fogyatékos Emberek Számára”).

6.3. Az aktív munkaerő-piaci programok hatásai és mellékhatásai: megfigyelések és vélemények

Amikor összegezzük a jelentésekben szereplő megfigyeléseket és a továbbiakban eltekintünk a felhasznált források és az alkalmazott metodika gyengeségeitől, levonhatunk néhány következtetést, illetve beszámolhatunk néhány következtetésről, amelyeket az alábbiakban foglalunk össze.

Ausztriában kimutatták, hogy azok a fogyatékos emberek, akik az ‘álláskeresési segítség’ (Arbeitsassistenzenz) nevű programban vettek részt, viszonylag magas foglalkoztatási rátát tudtak elérni. Kimutatható, hogy a személyre szabott és egyedi megközelítés – időrabló és költséges volta ellenére – kifizetődő. Más országokra vonatkozóan viszont nincsen bizonyíték a hasonló intézkedések hatékonyságára. Egy felmérés-alapú értékelés, amelyet Arthur és mások (1999) készítettek az Egyesült Királyságban alkalmazott ‘Személyes Tanácsadó Kísérleti Projektek’ elnevezésű intenzív tanácsadási programról, ugyanakkor nem mutatott ki olyan eredményt, amely igazolta volna, hogy ez a szolgáltatás jelentősen javítaná az elhelyezkedési esélyeket.

Több ország (például Belgium, Hollandia és Spanyolország) szakértői arról számoltak be, hogy a védett munkahelyek (nagyon) kis százalékban képesek elérni, hogy az ott dolgozók a nyílt munkaerőpiacra is be tudjanak kerülni⁴⁰. Ez az alacsony átkerülési arány nem magyarázható csupán az általános munka-

40 Kérjük, nézze meg a védett munkahelyek céljaival kapcsolatos vitákat is a 4.4.5. pontban.

erőpiac és az üzleti ciklusok fejleményeivel. A szakértők azt jelzik, hogy vannak olyan ellenőztönzők, amelyeket mind a fogyatékos emberek, mind munkaadók esetében korlátozzák a rendes, versenyszférában lévő állásokba való átkerülés motivációit. Gyakran meg sem fogalmazzák célként a nyílt munkaerőpiacra való átkerülést; mi több, ezekben a programokban olyan belső gátak is lehetnek, amelyek akadályozzák az átkerülést. Először is, a termelési célkitűzések teljesítése érdekében a védett munkahelyeken „szükség van” a legjobban termelő munkásokra, vagyis éppen azokra, akik a legkönnyebben találnának maguknak munkahelyet a versenyszférában. Másodsor, a védett foglalkoztatás keretei között a foglalkoztatási- és a munkakörülmények sok esetben jobbak, mint a nyílt munkaerőpiac hasonló jellegű állásai esetében, ami csökkenti a munkavállaló motivációját arra, hogy a nyílt piacra próbáljon meg bekerülni.

A dániai „rugalmas állásprogram” esetében, amelynek része a különleges körülmények közötti foglalkoztatás és a bérköltség-támogatás is (kevesebb munkaóra, illetve feladat), egy másik szándékolatlan mellékhatást is megfigyeltek (Hohnen, 2000). A rugalmas állásokban dolgozók megbélyegzést tapasztaltak (mivel a helyzetük valahol a rendes munkaerőpiac és a szociális ellátórendszer között van), illetve olyan ellentmondásokat (irreálisan magas elvárások olyan emberektől, akiknek az egészsége jelentős károsodást szenvedett), amelyek akadályozták a reintegrációt. Ezen túlmenően, az állások marginális jellegét, illetve a kevesebb szociális jogot is megemlítették (mivel ezekre az emberekre nem terjed ki a rendes munkanélküliségi biztosítás).

Végezetül azt is megfigyelték, hogy ez a program is helyettesítő hatással jár (mivel a rugalmas állások rendes állások helyébe léptek).

A vállalkozásindítási programok görögországi korlátozott sikere a szakértők szerint annak tudható be, hogy kevés volt a támogatás és a résztvevők nem részesültek képzésben.

Görögországban is kimutatták, hogy a szubvencionált foglalkoztatási program hatása kicsi, illetve szerény volt. Németországban, ahol főként az 1990-es évek elején végeztek néhány hatás-tanulmányt a szubvencionált foglalkoztatási programokról, úgy találták, hogy a költség-átvállalás csak a foglalkoztatás többletköltségeit fedezte, és nem teremtett (lényeges) „versenyelőnyt” a munkanélküliek számára. Mi több, amikor Németországban a részvételre való jogosultság kritériumait megszigorították, a munkaadók szemében tovább csökkent a program vonzereje.

A szakképzési programokkal kapcsolatos megfigyelések és vélemények változóak az egyes tagállamok között. Görögországban az a vélemény alakult ki, hogy a szakképzési programok hatékonysága a fogyatékos emberek körében korlátozott. Ennek oka valószínűleg a munkaerő-kereslet hiánya, valamint az, hogy az általános képzési tanfolyamokon magasabb a részvételi arány, mint a szakképzésben. Ezen túlmenően, a beszámolók szerint a fogyatékoság bizonyos kategóriáira (különösen a szellemi fogyatékosokra) a programok nem terjedtek ki (KEPE, 1995). Ugyanakkor Írországban a képzés minden ügyfél-kategóriában (a fogyatékos embereket is beleértve) magasabb foglalkoztatási rátákat eredményezett. Németországban a szakképzés utáni reintegráció szerény

volt, és döntő részben az általános munkaerő-piaci helyzet alakította, valamint olyan „alapjellemzők,” mint az egészségi állapot korlátozottságának jellege és a részt-vevők neme.

6.4. Végrehajtás és ösztönzők

Több ország arról számolt be, hogy még ha végeztek is értékelő tanulmányokat, ezek pusztán a folyamatra vagy a végrehajtásra koncentráltak, így a szolgáltatások adminisztrációja, illetve nyújtása (valamint az ezekkel kapcsolatos problémák) kerültek a fókuszba. Példaként, mind Görögországban, mind pedig Svédországban azt említették az értékelő tanulmányok, hogy az (új) adminisztrációs egységek emberhiánytól, illetve a fogyatékoság kérdéseivel kapcsolatos szak-tudás hiányától szenvedtek, ami kihatással volt a programok eredményeire is. Mi több, Görögországban a szolgáltatások nyújtásának egyenlőtlenségei, az egyes szervezetek autonómiája és a gyenge tervezés is hatással volt az aktív munkaerő-piaci programok végrehajtására. További tényezőként a hasonló feladatkörű intézmények közötti versengés is hatással lehet a fogyatékos emberek javát szolgáló intézkedésekre (Olaszország). Ez a hatásköri átfedés, illetve tisztázatlanság akadályozza ezekben az intézményekben a működését, a szolgáltatások nyújtását. Hollandiával kapcsolatban arról számoltak be, hogy a magas alkalmazotti fluktuáció, a bürokratikus eljárások és a munkaadókra koncentrált információk hiánya miatt alacsony a részvétel, és a rendelkezésre álló pénzeket sem használják föl teljes mértékben. Csak Olaszországgal kapcsolatban számoltak be arról, hogy a pénzügyi források hiánya hatással volt a képzési és foglalkoztatási intézkedésekben való részvételre.

Emellett a finnországi (a főáramú szakpolitikai intézkedésekkel kapcsolatban) szerzett tapasztalatok azt mutatják, hogy a szervezetközi partnerség (amelyben a munkaadó képviselői is helyet kapnak) hatékonyabbnak bizonyult, mint az a gyakorlat, amikor egy szervezet irányította a teljes adminisztrációt. A munkaadók felvételi szokásairól készített német tanulmányok azt mutatják, hogy az elhelyezkedés szempontjából kulcsfontosságú, hogy a tanácsadó szolgálatok és a munkaadók hányszor találkoztak, és megítélésük szerint milyen volt a megbeszélések minősége. Végezetül, Írországban az elemző tanulmányok azt mutatták, hogy a projektértékelések más intézkedéseket is elősegíthetnek, mint például a „Fogyatékos-ombudsman” intézményének a létrehozását, vagy a „képzési szükségletek elemzéseit” a program végrehajtásához.

Egy másik kérdés, amelyről több ország is beszámolt, a „beépített ellenőrzők” beazonosítását és megszüntetését érinti a képzésben, illetve az elhelyezkedést segítő szolgáltatásokkal kapcsolatban. Görögországból és az Egyesült Királyságból arról számoltak be, hogy a jogszabályok bizonyos elemei a foglalkoztatásban való részvétel ellen hatnak. Például a fogyatékos emberek azért is visszautasíthatják a munkavállalást, mert attól tartanak, hogy tartósan elveszítik a rokkantnyugdíjra való jogosultságukat, vagy valamilyen más társadalombiztosítási juttatást (egészségbiztosítás). Emellett Görögországban azok a

személyek, akik különféle fogyatékosági segélyekben részesülnek, nem vehetnek részt szakképzésben.

A foglalkoztatási és képzési szolgáltatások nyújtásának egyénre szabott megközelítései láthatóan még mindig kezdeti szakaszban vannak Európában. Míg bizonyos országokban, így például Dániában az egyénre szabott megközelítés már a 70-es évek közepe óta része a rendszernek, beleértve a pénzbeni juttatásokra és szolgáltatásokra való rászorultság egyéni értékelését, több más országban ez a megközelítés még mindig csak alakulóban van. Így tehát kutatásra alapozott tapasztalatok eddig csak az Egyesült Királyságban és Dániában állnak rendelkezésre. Utóbbi országban az intézkedések, illetve támogatások egyénre szabott csomagja, vagy sorozata olyan innovatív programok részét képezi, amelyeket a jövőben kell majd tanulmányokkal kiértékelni. Emellett Görögországban a kezdeti értékelések nyomán „ígéretesnek” tartanak egy olyan kísérleti programot, melynek keretében tanácsadók új hálózata dolgozik egyénre szabott megközelítéssel.

Végezetül, csak néhány országban készítettek olyan értékelő tanulmányokat, amelyek olyan kérdésekkel is foglalkoztak, mint a munkaadók ismeretei, véleménye és tapasztalatai az aktív munkaerő-piaci programokkal kapcsolatban. Ausztriai, finnországi, hollandiai és egyesült királyságbeli források azt jelzik, hogy a munkaadók hozzáállása fontos szerepet játszik az aktív munkaerő-piaci programok alkalmazásában és hatásában. Végül pedig, a munkaadóknak olyan fogyatékos embereket kellene alkalmazniuk, akik aktív munkaerő-piaci programokban vettek részt. Mi több, a munkaadók részvétele az értékelő tanulmányokban kulcsfontosságú a holtteher-veszteség felmérése szempontjából is (Egyesült Királyság).

7. Kitekintés

Amikor a fogyatékos emberek érdekében folytatott képzési és foglalkoztatási tevékenységeket értékeljük, sok ország esetében továbbra is csak szórványos és gyenge minőségű leíró statisztikákat tudunk a munkához felhasználni. Ahol több információ áll rendelkezésre a munkavállalásról és a hatásról, annak alapját olyan párhuzamos tanulmányok képezik, amelyeket a munkanélküliek egyéb kategóriáiban készítettek. Ezen túlmenően azt is megállapították, hogy – kevés kivétellel – az értékelő tanulmányokat többnyire összehasonlító csoportok nélkül végezték el. Az értékelő tanulmányok eredményeivel kapcsolatosan általunk elvégzett áttekintés azt mutatta, hogy amennyiben az EU tagállamok között végzünk összehasonlítást, az aktív munkaerő-piaci programokkal kapcsolatban többnyire nem készülnek leíró tanulmányok, és még mindig hiányzik az a lefedettség, amely számba tudná venni mind a beavatkozás módszereit (például a kiválasztást), mind pedig a mellékhatásokat (például a holtteher-veszteséget). Információk mindössze a foglalkoztatási és képzési intézkedések részvételi arányára és befejezésére vonatkozóan állnak rendelkezésre, de nem adnak alkalmat a foglalkoztatási hatások mélyebb megismerésére. Így tehát

összehasonlító szempontból még mindig csak töredékes ismereteink vannak arról, hogy az aktív munkaerő-piaci programok milyen hatással vannak a fogyatékos emberek foglalkoztatási szintjére.

A legtöbb országban még mindig gyerekcipőben járnak azok az alkalmazási tanulmányok, amelyek nemcsak az adminisztratív folyamatot érintik, hanem az ügyfelet, a szolgáltatás nyújtását és a munkaadó véleményét is részletezik. Néha-néha egyéb elemeket is érintenek a tanulmányok, így például a pénzügyi és személyi feltételek szerepét, valamint azt, hogy mennyire fontosak a fogyatékos emberek számára szolgáltatást nyújtók körében a fogyatékosággal kapcsolatos ismeretek. Ezen túlmenően arra is figyelmet fordítanak, hogy milyen gátló tényezők akadályozzák a tevékenységekben való részvételt (ellenőztönzők, valamint a munkaadók hozzáállása és az, hogy mennyire ismerik a programokat). A legtöbb szakértő véleménye szerint ezeket a feltételeket mindenképpen szerepeltetni kellene az értékelésekben (lásd még: Corden és Thornton, 2002), ugyanakkor még mindig igen kevés olyan ígéretes kutatási megközelítéssel lehetett (eddig) találkozni, amely ezeket a szempontokat is számba veszi. A 6. fejezetben tovább tárgyaljuk ezeket a kutatási eredményeket annak meghatározása érdekében, hogy miként lehetne a fogyatékos emberek javát szolgáló foglalkoztatási intézkedések figyelemmel kísérését és értékelését tovább javítani.

8. Következtetések és tárgyalás

8.1. Bevezetés

Ebben a fejezetben tanulmányunk következtetéseit tárgyaljuk. Ennek érdekében három alapvető kérdést válaszolunk meg az aktív munkaerő-piaci programok típusáról, terjedelméről és hatásáról az EU tagállamokban. Emellett megállapításainkat összevetjük olyan, nemrégiben készült tanulmányok következtetéseivel, amelyeket a fogyatékos emberek foglalkoztatásának növelését szolgáló szakpolitikai intézkedésekkel kapcsolatban készítettek (különösen Bergeskog 2002, Corden és Thornton, 2002 és OECD, folyamatban). Ezek a tanulmányok részben más-más területekre terjednek ki (a vizsgált országok, illetve programok számát illetően), ugyanakkor foglalkoznak a hatás és a végrehajtás kérdéseivel is. Megpróbáljuk felmérni, hogy ezeknek a tanulmányoknak a következtetései alátámasztják-e a mi tanulmányunk következtetéseit a fogyatékos emberek foglalkoztatása és a számukra indított képzési programok helyzetéről.

Következtetéseinket azzal indítjuk, hogy megnézzük, miként lehetne jobb minőségű információkat szolgáltatni nyomon követési és értékelési célokra (6.2. pont), például milyen alapszintű információk szükségesek az aktív munkaerő-piaci programok kihasználtságának és a fogyatékos emberek foglalkoztatásának a figyelemmel kísérése érdekében? Emellett megkíséreljük a mennyiségi és minőségi tanulmányok alapvető elemeit felvázolni, azon (kis számú) országok tapasztalatai alapján, amelyek rendelkeznek kutatási tradíciókkal ezen a

területen (például Egyesült Királyság, Finnország). A 6.3. pontban megtárgyaljuk a főbb következtetéseket az aktív munkaerő-piaci programok helyzetével kapcsolatban, a tagállamokban a fogyatékos emberek megsegítésére alkalmazott munkaerő-piaci szakpolitikák összefüggéseibe helyezve. A 6.4. pontot azoknak a speciális aktív munkaerő-piaci programoknak szenteljük, amelyek a tanulmány magját alkották. A 6.5. pont foglalkozik a foglalkoztatásra gyakorolt lehetséges hatással. Végezetül a

6.6. pontban azt taglaljuk, hogy milyen javításokra érkeztek javaslatok a fogyatékos emberek foglalkoztatását elősegítő programokkal kapcsolatban.

8.2. A nyomon követés és az értékelés javítása felé vezető út

Az EU Tagállamok tapasztalatai és az utóbbi időkben készült tanulmányok (például Burkhauser c.s., 2002; Corden & Thornton, 2002) számos javaslattal szolgálnak arra, hogy miként lehetne javítani a fogyatékos emberek foglalkoztatását és képzését szolgáló programokon. Az 5. fejezetben már megemlítettük, hogy nagyon kevés véletlenszerű helyszíni kísérletet végeztek az aktív munkaerő-piaci programok tesztelésére. Corden és Thornton (2002) arról számolnak be, hogy erős értékelési stratégiákat csak az Egyesült Államokban alkalmaznak. Emellett kvázi-kísérleti módszereket (például összehasonlító csoportok használatát) is csak ritkán vesznek igénybe az intézkedések hatásainak vizsgálatára. Ez nem csak azért van, mert nem állnak rendelkezésre összehasonlító csoportok, hanem azért is, mert a szakpolitikák alakítói nem mindig érdekeltek abban, hogy szilárd alapokon álló „előtte-utána” összehasonlítások készüljenek. Ajánlásaikban, amelyeket a megfelelő metodikákkal az EU-ban, illetve azon kívül végrehajtott programok elemzése alapján tettek meg, Corden és Thornton azt javasolják, hogy adatokat kell gyűjteni a programok irányítójától, az ügyfelektől, a munkaadóktól, a lebonyolító szervezet dolgozóitól, a szolgáltatóktól és a többi érdekelt féltől egyaránt. Emellett az értékelési stratégiákat már a korai szakaszban (a program megtervezésekor) ki kell alakítani, az ügyfeleknél végzett utánkövető, follow up tanulmányok pedig alapvetően fontosak ahhoz, hogy meg lehessen ismerni a programban való részvétel és az állás fenntarthatóságának hosszú távú hatásait. Az értékelő tanulmányoknak a folyamatokkal (beleértve az eset menedzselést és a szolgáltatás nyújtást is) és az eredményekkel egyaránt foglalkozniuk kell. Végezetül megjegyzik, hogy a fogyatékos emberek általában nagy arányban szoktak válaszolni a felmérések kérdéseire, ami azt jelzi, hogy szívesen adnak tájékoztatást tapasztalataikról és véleményükről. A legtöbb téma tárgyalása az e tanulmányban megszólaltatott szakértők tapasztalatait és ajánlásait tükrözi.

A tanulmányunkban szereplő országokban szerzett tapasztalatok révén azokra a kevésbé részletes tanulmányfajtákra is megfogalmazunk ajánlásokat, amelyek pusztán az aktív munkaerő-piaci programok teljesítményét kívánják figyelemmel kísérni.

AJÁNLÁSOK

- A. Annak érdekében, hogy az aktív munkaerő-piaci programok alkalmazását és hatását jobban meg lehessen ismerni, a statisztikai adatok nem szorítkozhatnak csupán a programokban való részvételre, a lemorzsolódási arányokra, a teljesítésre, illetve a kiadásokra. Ideális esetben az elemzések kiindulópontja, illetve fókusza a fogyatékos emberek, illetve az általuk választott programok kellene, hogy legyenek egy adott időben, vagy eltérő időpontokban, mivel az ügyfelek sok esetben egynél több programban is részt vesznek.
- B. Az aktív munkaerő-piaci programok hatékonyságára vonatkozó megállapítások helyett gyakran az ügyfelek és a szolgáltatók véleményét találjuk. Ezt úgy lehetne orvosolni, ha felmérnék az ügyfelek foglalkoztatási státuszát az intézkedések befejezése után. Mi több, az utánkövető tanulmányok lehetővé tennék a következtetések levonását a programban történő részvételnek, illetve a program teljesítésének hosszú távú hatásairól.
- C. Célszerű lenne, ha a tagállamok több figyelmet szentelnének a munkaadókra koncentráló intézkedések kiértékelésének (például a munkahelyi adaptációk, átalakítások finanszírozásának). Több szakértő jelezte, hogy a tevékenységek indítása gyakran anélkül történik, hogy elégséges módon felmérték volna az ügyfelek szükségleteit, illetve a munkaadók hozzáállását és együttműködési készségét.
- D. Csak az Egyesült Királyságból számoltak be olyan kidolgozott kutatási programról, amelynek célja az új foglalkoztatási stratégiák kiértékelése. Ugyanakkor számos ország tapasztalatai alapján (például Finnország, Írország) ki lehet dolgozni statisztikai mutatók egy olyan sorozatát, amely alkalmas az aktív munkaerő-piaci programok alkalmazásának és eredményeinek nyomon követésére. Ezeknek a statisztikai mutatóknak nem csak a programokban történő részvételt és azok teljesítését kell mérniük, hanem a foglalkoztatási rátákat is, vagyis ténylegesen a programok célkitűzéseinek a megvalósulását kell mérni. Más olyan források is vannak (például Burkhauser c.s., 2002), amelyek a foglalkoztatási ráták használatát javasolják, mivel ezek jobban jelzik a programok sikerét (mint a fogyatékos emberek körében mért munkanélküliség, hiszen ez a mutató nem veszi számba azokat az embereket, akik nem is keresnek munkát). Ezen túlmenően, a felmérésekben szerepeltetni lehetne a munkaadók és a résztvevők benyomásait a programok hasznosságáról, így jobban meg lehetne ismerni a programok működését és eredményeit.
- E. A nyomon követésnek és az értékelésnek nem kell a programra és a foglalkoztatás kérdéseire szorítkoznia. Vannak olyan szakértők, akik szerint az életminőség szélesebb értelemben vett kérdéseivel is foglalkozni kellene, például az élettel való elégedettség, a függetlenség, a közösségi integráció, munkakörnyezettel való elégedettség, illetve a jövőbeni törekvések kérdéseivel (például Írországból).

8.3. Munkaerő-piaci programok az EU tagállamaiban

MUNKAERŐ-PIACI SZAKPOLITIKÁK

Bár az összegyűjtött adatok messze nem teljes körűek, a 3. fejezetben szereplő adatok azt mutatják, hogy az EU tagállamai jelentős különbségeket mutatnak az alkalmazott munkaerő-piaci programok száma, típusa és költségvetése tekintetében. A tagállamok GDP-jük 0,8%-4,6%-a közötti összegeket fordítanak munkaerő-piaci politikákra (amelyekben az Állami Foglalkoztatási Szolgálat nem szerepel). A legtöbb országban láthatóan hasonló tendenciák figyelhetők meg, függetlenül attól, hogy milyen mértékben költenek munkaerő-piaci politikáik megvalósítására. A passzív politikák az összkiadás kétharmad-háromnegyed részét teszik ki. Forrásaink azt támasztják alá, hogy az EU országokban továbbra is főszerepet játszanak a segély jellegű kifizetések.

A tanulmányok szerint Belgium, Dánia, Franciaország, Finnország, Hollandia és Svédország azok az országok, amelyek viszonylag nagy arányban költenek aktív intézkedésekre. Levonhatjuk azt a következtetést, hogy szinte minden tagállam a főáramú programokra költi a legtöbbet. Erre könnyű magyarázatot adni, mivel a speciális aktív munkaerő-piaci programok sokkal kisebb célcsoportot jelentenek. Ráadásul több országban viták folynak arról, nem kellene-e még nagyobb hangsúlyt fektetni az intézkedések főáramba helyezésére. Ez oda vezethet, hogy a jövőben a speciális aktív munkaerő-piaci programokra fordítandó kiadások részaránya tovább csökkenhet.

Levonható a következtetés, hogy a tagállamokban az aktív és passzív munkaerő-piaci programok során alkalmazott nemzeti politikák jelentős eltéréseket mutatnak. Ez nem csak az eltérő politikai prioritásoknak köszönhető, hanem a munkanélküliségi szintek közötti különbségektől (ami különösen a passzív munkaerő-piaci eszközökre érvényes), és a támogatásokra való jogosultság kritériumaitól is függ.

ALTERNATÍV MEGKÖZELÍTÉSEK

Ha az egész EU viszonylatában nézzük, akkor az „alternatív” nem aktív munkaerő-piaci program jellegű megközelítések igen változatos képet mutatnak. A kvóta jellegű programok alkalmazása nagyon korlátozott, ugyanakkor az 1990-es évek elején elindított diszkriminációellenes jogszabályok számos országban egyre nagyobb szerephez jutnak. Az ösztönző jellegű szakpolitikai intézkedések (egyelőre) nem játszanak fontos szerepet a fogyatékos emberek esetében a legtöbb EU tagországban. Ezen túlmenően megjegyezhetjük, hogy a legtöbb országban az aktív munkaerő-piaci programokat valamilyen más, itt tárgyalt jogszabályi szakpolitikával kombinálják, mivel ezek révén meg lehet könnyíteni az aktív munkaerő-piaci programok hatékony alkalmazását illetve támogatását. Ugyanakkor erre nem találtak egyértelmű bizonyítékot.

A SZAKPOLITIKÁK FEJLŐDÉSE

(Még mindig) korlátozott mértékű konvergencia figyelhető meg a jelenlegi foglalkoztatási politikák és az új szakpolitikai fejlemények területén a fogyatékos emberekre vonatkozóan az EU tagállamaiban. A szakértőktől kapott információk alapján elmondható, hogy a történelmileg ki-alakult igazgatási struktúrák és politikai preferenciák még mindig fontos szerepet játszanak abban, hogy az egyes országok milyen intézkedéseket, illetve szolgáltatásszervezési módszereket alkalmaznak. A következő kérdések játszanak szerepet a szakpolitikáknál: aktív megközelítés és esetkezelés, főáramú programokba helyezés, decentralizáció, (ellen)ösztönzők, az intézmények javítása és a szakpolitikák harmonizálása (lásd 6.6. pont).

8.4. Az aktív munkaerő-piaci programok jellemzői és hatóköre

A 4 fejezetben közelebbről is megvizsgáltuk az EU Tagállamokban alkalmazott aktív munkaerő-piaci programokat és kihasználtságuk mértékét. Bár már korábban is rámutattunk, szeretnénk még egyszer kihangsúlyozni, hogy az adatok minősége és összehasonlíthatósága jelentősen korlátozott. Ágy tehát semmiféle megalapozott következtetést nem lehet (és nem is kell) levonni pusztán az itt közölt mennyiségi információkból.

A fogyatékos emberek részvétele a főáramú aktív munkaerő-piaci programokban jelentős különbségeket mutat tagállamok szerint. Vannak olyan országok, ahol a részvétel valószínűsége nagyon alacsony. De vannak olyanok is, ahol a munkaerő-piaci programokban részt vevő fogyatékos emberek nagy hányada valójában a főáramú programokban vesz részt, nem pedig azokban a programokban, amelyeket kifejezetten nekik szának.

A speciális programok több kategóriájában meghatározták a fő jellemzőket. Az intenzív tanács-adási tevékenységet és az álláskeresőben való segítségnyújtást jelölték meg önálló programokként a tagállamok kb. felében. Ugyanakkor a tanácsadás más programoknak (például a kombinált intézkedéseknek) is szerves részét képezi.

A **szakmai (foglalkozási) rehabilitációt** is alkalmazzák szinte minden tagállamban. A résztvevők száma és a programokra szánt pénzüsszegek jelentős változatosságot mutatnak. A szakmai rehabilitáció különösen fontos szerepet játszik Dániában, Finnországban, Görögországban és Írországban. Vannak olyan országok, ahonnan nagyon alacsony kihasználtsági arányokról számoltak be, ami gyenge végrehajtásra, erőforrások hiányára vagy alacsony prioritásra utalhat. De olyan országok is vannak, ahol nem létezik speciális aktív munkaerő-piaci program a szakképzési rehabilitációra. Németországban a fogyatékos emberek a különböző főáramú szakmai rehabilitációs programokban vesznek részt, Hollandiában pedig a szakmai rehabilitáció különböző kombinált intézkedések részét képezi, ahol a szakmai rehabilitációt vagy támogatott munkavállalás, vagy pedig intenzív tanácsadás egészíti ki.

A szubvencionált foglalkoztatásnak, azaz a foglalkoztatási költségek részleges átvállalásának az a célja, hogy csökkentsék a fogyatékos emberek foglalkoztatásának (pénzügyi) akadályait. A költségátvállalás kedvezményezettjei legtöbbször a munkaadók. Dániában, Finnországban, Hollandiában és az Egyesült Királyságban ugyanakkor vannak olyan programok is, amelyek kedvezményezettjei a munkavállalók. Adataink szerint a szubvencionált foglalkoztatás eszközét leginkább az északi országokban, valamint Ausztriában és Németországban alkalmazzák. Az átvállalt bérköltségek átlagos összege viszonylag alacsony, de bizonyos országokban (például Spanyolországban és Németországban), bizonyos programok esetében jelentős összegeket lehet kapni minden egyes foglalkoztatott fogyatékos ember után.

A **támogatott foglalkoztatás** magában foglalja a fogyatékos emberek személyes támogatását, illetve a munkahelyek átalakítását, adaptálását. Annak ellenére, hogy lényeges szempont a foglalkoztatást nehezítő külsőakadályok leküzdése, valamennyi tagállam esetében elég alacsony azoknak az embereknek a száma, akik ilyenfajta programok előnyeit élvezik.

Az Európai Unióban a **védett foglalkoztatás** többféle formában jelenhet meg (például más részt-vevőkhöz viszonyítva előírhatják a részt vevő fogyatékos emberek minimális arányszámát), és céljai is különbözőek lehetnek (lehetséges, de nem szükségszerűen az integrálás a rendes munkaerőpiacra). Ez elterjedt célnak tűnik Belgiumban, Dániában, Németországban, Franciaországban, Hollandiában és Svédországban.

A **fogyatékos emberek általi vállalkozásindítást ösztönző programok** csak néhány országban léteznek, és ezekben is nagyon alacsony a résztvevők száma.

A **kombinált intézkedések** tartalmazzák a szakmai rehabilitációt, a szubvencionált foglalkoztatást, a támogatott foglalkoztatást, a legtöbb esetben pedig az intenzív tanácsadás elemeit is. A támogatás különféle formáinak testre szabott kiválasztását egy inkább eseti jellegű megközelítés irányába való fejlődés részeként tapasztalhatjuk. Ebben a kategóriában jelentős programokat találunk Ausztriában, Dániában, Németországban, Hollandiában és az Egyesült Királyságban.

Amint azt a 4.5 pontban is leírtuk, áttekintettük a tagállamokban alkalmazott repertoár elemeit a mostani, nagyon is kezdeti szakaszban, a referencia évre vonatkozó kiadások alapján. Nagyon is tudatában vagyunk annak, hogy számos módszertani korláttal szembesülünk, ugyanakkor fontosnak érezzük azt, hogy fel tudjunk vázolni egy, az összegyűjtött adatokból kirajzolódó (egyéb-ként korlátozott) képet.

Belgiumban, Franciaországban és Hollandiában a védett foglalkoztatást helyezik előtérbe. Ausztriában és Svédországban a kiadások (nagy) többsége a védett foglalkoztatás és a szubvencionált foglalkoztatás kombinációjára megy el. Luxemburgban és az Egyesült Királyságban a szubvencionált, a támogatott és a védett foglalkoztatás kombinációját találjuk. Ebben a két országban a kombinált intézkedésekre viszonylag sokat költenek, de mindkét országra igaz,

hogyan ezek a kombinált intézkedések (főként) a szubvencionált, a támogatott és a védett foglalkoztatás kombinációit jelentik. Végezetül pedig Portugália a szakmai rehabilitáció, a támogatott foglalkoztatás és a védett foglalkoztatás egyedi költségvetési kombinációját valósította meg.

8.5. Foglalkoztatási hatások?

A tanulmány főmegállapítása az, hogy a legtöbb országban csak keveset vagy semmit sem tudnak arról, hogy a jelentésekben szereplő intézkedések alkalmazása milyen hatást gyakorolt a foglalkoztatási helyzetre. Az 5. fejezetben rámutattunk arra, hogy a foglalkoztatással kapcsolatban többnyire nem állnak rendelkezésre bizonyítékokon alapuló következtetések, mivel a program részvételi statisztikái nem megfelelő minőségűek, nincsenek monitoring és utánkövetési tanulmányok, illetve a kiértékelési módszereknek általános hiányosságai vannak. Ha a Tagállamok be is számolnak a következményekről, ezek a beszámolók többnyire a résztvevők és a szolgáltatók felmérésein, vagy más célcsoportok (például a tartósan munkanélküliek) körében végzett felméréseken alapulnak.

Ez a következtetés nem egyedi. Corden és Thornton (2002) hasonló megfigyelésekről számol be abban a tanulmányban, amely a kormányzat által nyújtott, esetkezelési megközelítést alkalmazó foglalkoztatási szolgáltatásokról szól: a lényegre tapintó értékelések igen ritkák. Az EU országokról készített tanulmányokban azt írják, hogy az egyetlen kivétel az Ausztriában alkalmazott 'Arbeitsassistentz' (álláskeresési segítségnyújtás): két helyi kísérlet értékelése azt mutatta, hogy komoly foglalkoztatási hatást gyakoroltak, ami ösztönzést adott a nemzeti szintű alkalmazásnak.

Néhány aktív munkaerő-piaci program esetében vannak olyan vélemények és következtetések, amelyeknek gyengébb az empirikus háttere. Ami a „védett foglalkoztatást” illeti, Belgiumban, Spanyolországban és Hollandiában a tapasztalatok azt mutatják, hogy nagyon kevesen tudnak átkerülni a nyílt munkaerőpiacra. Ezen túlmenően, a szubvencionált foglalkoztatás, illetve a bérköltségek támogatása a jelek szerint növelte a fogyatékos emberek foglalkoztatását Dániában és Görögországban. Németországból viszont arról számoltak be, hogy a munkaadók felé alkalmazott „pénzügyi stratégia” kevésbé sikeres, mint a tanácsadási stratégia (lásd a következőpontra). Írországból azt tapasztalták, hogy a szakképzés képes foglalkoztatási hatásokat kiváltani; ugyanezt említették Finnországgal kapcsolatban (bár ez a következtetés egy olyan tanulmányon alapszik, amely a tartós munkanélküliségre gyakorolt hatásokat részletezi). A dániai tanulmányok azt mutatták, hogy a rokkantnyugdíjas emberek szakképzése révén csak korlátozott mértékű hatást sikerült kiváltani (de a szociális segélyek hasznélvezői esetében már nagyobb mérvű volt a hatás). A szociális szövetkezetek nagy munkába állási arányt és pozitív költség-haszon mérleget mutattak Olaszországban.

8.6. Tanulságok, amelyek növelhetik az aktív munkaerő-piaci programok hatékonyságát

SZERVEZETI SZEMPONTOK

Néhány országban az értékelések főként a folyamatra koncentráltak (beleértve az esetkezelést és a szolgáltatásnyújtást). Németországban az egyes intézkedések igénybe vételi arányáról és – ezt követően – az aktív munkaerő-piaci programokra gyakorolt hatásukról kimutatták, hogy az szervezeti kérdésekkel függ össze: ha befektetnek a helyi munkaadókkal való jobb és szorosabb munkakapcsolatba, akkor ezzel növelhető a foglalkoztatási intézkedések sikere. Az Egyesült Királyság esetében a munkaadókkal fenntartott proaktív kapcsolatok fontosságát, illetve az egyes szervezetek közötti partnerséget és együttműködést azonosították, mint a sikeres modellek előfeltételét abban a törekvésben, hogy segítsék a fogyatékos embereket a munkahelyhez jutásban, illetve annak megtartásában. Emellett Dániában és Írországban helyi együttműködési bizottságokat, illetve hálózatokat hoztak létre azért, hogy ezáltal javítsák a munkaerő-piaci intézkedések végrehajtásának a hatékonyságát. A finn tapasztalatok azt mutatták, hogy a (munka-adókat is magukban foglaló) szervezetenkénti partnerségtől kiinduló akciók sikeresebbek, mint azok, amelyeket egyetlen szervezet irányít. Feltehető, hogy ez a fogyatékos emberek megsegítésére alkalmazott intézkedésekre is vonatkozik. A szolgáltatások nyújtásának egyik végső szempontja néhány országban (például Ausztriában, Dániában, Hollandiában, az Egyesült Királyságban) az „egyéni szabott esetkezelés-megközelítéssel” kapcsolatos. Erről ugyanis úgy vélik, jobb eredményeket ad, mivel nagyobb hangsúlyt helyez az egyén szükségleteire és arra, hogy segítséget nyújtsanak neki az álláskereséshez.

SZEMÉLYI FELTÉTELEK

A hatékony képzési és foglalkoztatási intézkedések mellett elégséges mértékű humán erőforrásokat igényelnek, mely tényezőről Olaszország esetében is beszámoltak: ebben az országban a gyenge részvételi és foglalkoztatási arány egyik oka az, hogy nincsenek olyan munkatársak, akik megfelelőképzésben részesültek volna a fogyatékoság témakörében. Hasonlóképpen, az Egyesült Királyságban is megállapították, hogy nagyobb figyelmet kellene fordítani a személyi tanácsadók képzésére és akkreditálására.

A MEGLÉVŐ MUNKAHELYEK MEGTARTÁSA

Néhány nemzeti szakértő, valamint Corden és Thornton (2002) azt jelezték, hogy az aktív munkaerő-piaci programok nem csak arra lehetnek jók, hogy a fogyatékos emberek segítséget kapjanak az álláskereséshez, hanem arra is, hogy könnyebben megtarthassák meglévő munka-helyüket. A fogyatékos emberek megsegítésére alkalmazott politikák sorába tartozhatnak azok az intézke-

dések is, amelyek a krónikus betegségekkel küzdő emberek munkaviszonyának a megőrzését célozzák. Különösen az Egyesült Királyságban és Hollandiában állapították meg azt, hogy az aktív munkaerő-piaci programok javították a „visszatérés a munkahelyre” jellegű intézkedéseket, melyek azokkal az állásban lévő emberekkel foglalkoznak, akik krónikus betegségekkel küzdenek.

KERESLETVEZÉRELT MEGKÖZELÍTÉS

Ezen túlmenően, egyes országokban az aktív munkaerő-piaci programok eredményeinek javítását célzó kísérletek nem csak arra törekednek, hogy továbbra is kínálat-orientált legyen a szolgáltatások nyújtása, de arra is, hogy váltsanak át a keresletvezérelt szolgáltatásokra. Az Egyesült Királyságból, Németországból és Hollandiából olyan tapasztalatokról és felismerésekről számoltak be, amelyek célja az, hogy jobban figyelembe tudják venni az ügyfelek és a munkaadók szükségleteit. A jó gyakorlati megoldásokról és a foglalkoztatáspolitikákról szóló tanulmányukban Mannila és mások (2001) arról számolnak be, hogy a regionális szintű hálózatszervezés és a részvétel a munkaerőpiac keresleti oldalán segíthet abban, hogy át lehessen hidalni a vállalkozás szükségletei és az állást keresők képességei közötti távolságot.

(ELLEN)ÖSZTÖNZŐK

Végezetül, két olyan további fejleményt lehet még megemlíteni, amelyek hatással vannak a foglalkoztatási intézkedésekben való részvételre és azok eredményeire. Először is, néhány országban (például Írországból és az Egyesült Királyságból) sikerült kiküszöbölni azokat a pénz-ügyi ellenőztőket, amelyek gátolják a fogyatékos emberek munkavállalását, így erősebb lett a munkavállalás irányába ható ösztönzés. Másodszor, a szolgáltatók és az ügyintézők ösztönzőit is tekintetbe veszik. Az Egyesült Királyságban viták folynak arról a kifizetési modellről, amelyben a fogyatékos embereknek szolgáltatásokat nyújtókat honorálnák. Ebben az országban jelenleg olyan munkaközvetítőkkel kötnek szerződéseket (a kiterjesztett New Deal a Fogyatékos Emberek Számára program szerint), akiket a közösen meghatározott eredményelvárások teljesülése alapján fizetnek. Dániában pedig az önkormányzatokra alkalmaznak pénzügyi ösztönzőket: nagyobb mértékű költségtérítésben részesülnek akkor, ha egy fogyatékos ember szakmai rehabilitációban részesül, mint akkor, ha valamilyen fogyatékosági segílyt kap. Az ilyen, kifizetéssel kapcsolatos intézkedések, köztük a „mértékűkifizetések” (lépésenként történő kifizetések a szolgáltatóknak, aszerint, hogy ügyfelük a képzés, vagy az elhelyezkedés melyik szakaszába érkezett) jelenthetik az egyik jövőbeni kihívást a fogyatékosági szakpolitikák számára.

I. Melléklet: a Szakértői Csoport tagjai

Az EIM Business Policy Research koordináló Egysége

Koos van Elk úr
Jan de Kok úr
Micha van Lin úr

Tudományos koordinátor

Dr. Rienk Prins

Nemzeti szakértők

Dr. Lorenz Lassnigg / Dr. Elisabeth Scheibelhofer	Ausztria
Dr. Erik Samoy	Belgium
Dr. Jan Høgelund	Dánia
Dr. Simo Mannila	Finnország
Paul Descolonges úr	Franciaország
Prof. dr. Bernd Frick	Németország
Dr. Dimitris Karantinos	Görögország
Dr. Richard Wynne / Ivica Milicevic úr	Írország
Prof. Manuela Samek	Olaszország
Ms. Anne Marie Kaiser úrnő	Luxemburg
Wim Zwinkels úr	Hollandia
Mr. Pedro Grilo úr	Portugália
Prof. Miguel Angel Malo-Ocaña	Spanyolország
Prof. Eskil Wadensjö úr	Svédország
Nigel Meager úr	Egyesült Királyság

II. Melléklet: országprofil formátum

1. Fogyatékosággal élő emberek megsegítésére alkalmazott foglalkoztatási szakpolitikák

Ez a fejezet azoknak a foglalkoztatási szakpolitikáknak a rövid leírását tartalmazza, amelyeket jelenleg alkalmaznak az Ön országában. Ennek az áttekintésnek az a főcélja, hogy bemutassa az aktív munkaerő-piaci programok jelenlegi fontosságát a nemzeti szakpolitikában, olyan alternatív stratégiákkal összevetve, mint az Állami Foglalkoztatási Szolgálat, a jogszabályalkotás (például kötelező kvóták, diszkrimináció-ellenes jogszabályok, fogyatékos emberek elbocsátás elleni védelme), illetve a rábeszélés (például tájékoztató kampányok).

2. Kiválasztott aktív munkaerő-piaci programok áttekintése

Ebben a fejezetben áttekintjük azokat az aktív munkaerő-piaci programokat, amelyekkel a jelen tanulmány foglalkozik. Ide tartozik valamennyi speciális program és a fontosabb főáramú programok⁴¹. A programokat folytatólagosan számozzuk. Minden egyes program esetében megadjuk a számot, a nevet (angolul) és a besorolási kódot (minden egyes szakpolitikai intézkedést besorolunk, azzal a besorolási rendszerrel, amelyet Önnek postán elküldtünk). A jelen országprofilhoz csatolt mellékletben részletes információkat talál minden egyes programról (a megegyezés szerinti programleírást követően).

Hogy egyetlen aktív munkaerő-piaci program se maradhasson ki, azt ajánljuk, ne csak az Eurostat és OECD publikációkban szereplő programokat vegye figyelembe, hanem azokat is, amelyekről Thornton és Lunt számol be (amelyek közül néhány még mindig folyamatban lehet), illetve amelyek az Ecotec tanulmányban szerepelnek.

Az összegyűjtött információkat két külön részben kell szerepeltetni, az egyik a főáramú szakpolitikai intézkedésekkel foglalkozik, a másik pedig a speciálisakkal. E részeken belül már nem szükséges a szakpolitikai intézkedések további strukturálása, elegendő az, ha egyszerűen felsorolja az összes szakpolitikai intézkedést.

3. Szakpolitikai fejlemények

A harmadik fejezet röviden felvázolja, hogy a közelmúltban történtek-e szakpolitikai változások, vagy számítanak-e ilyenekre a fogyatékos emberekkel kapcsolatban alkalmazott foglalkoztatási szakpolitikák területén:

- foglalkoztatáspolitikák (a magán finanszírozású intézkedések relatív fontossága, a regionális és helyi szakpolitikák fontossága, stb.);
- jogszabályok (kvóták előírása, diszkriminációellenes jogszabályok, stb.);

⁴¹ Amint azt a kutatási terv (4/5 oldal) is tartalmazza, a nemzeti szakértő maga döntheti el, hogy mik a főáramú aktív munkaerő-piaci programok. Főszabályként azt mondhatjuk, hogy a fontosabb főáramú programoknak a kiadások 80%-át kell azokra a fogyatékos emberekre fordítaniuk, akik a főáramú aktív munkaerő-piaci programokban vesznek részt.

- az aktív intézkedésekre helyezett hangsúly fejlődése (a passzív intézkedésekhez képest);
- intézményi háttér (a különféle szereplők és érintettek feladatai és felelőssége).

4. Statisztikák a fogyatékos emberek számára indított aktív munkaerő-piaci programokról

A szakértők rendelkezésünkre bocsátanak egy olyan táblázatot, amely tájékoztatást nyújt a speciális aktív munkaerő-piaci programokra fordított kiadásokról és az azokban való részvételről, valamint a főáramú aktív munkaerő-piaci programokról is, ha azokról is sikerült ezeket az információkat megszerezni (melyeknek a mellékletben szereplő táblázatokban foglalt statisztikákkal azonosnak kell lenniük).

A következő táblázat-formátumot kell használni:

<i>politika:</i>	<i>besorolás:</i>	<i>összkiadás</i>	<i>fogyatékosokra fordított kiadások</i>	<i>összes résztvevő</i>	<i>fogyatékos résztvevők</i>	<i>év</i>
1:						
2:						
3: stb.						

- A kiadásokat euróban kell megadni, éves szinten;
- A résztvevőkről szóló adatok lehetőleg egy konkrét dátumra vonatkoznak (például december 31). Ha ilyen információk nem állnak rendelkezésre, ugyanakkor vannak éves állományi vagy beáramlási / kiáramlási adatok, akkor ezeket kell megadni.
- Ha lehetséges, 1998-ra vonatkozó információkat kellene gyűjteni. Ha a programok 1998-ban vagy azt követően indultak, kérjük, adja meg a legutolsó időszokról vagy évről rendelkezésre álló adatokat.
- Az e táblázatban szereplő információknak az egyes aktív munkaerő-piaci programok táblázataiban szereplő információkon kell alapulniuk (ezek a táblázatok a mellékletben szerepelnek).

Ezeket a táblázatokat az Eurostat / OECD adatokra és a programbesorolásokra vonatkozó szakértői megjegyzésekkel / véleményekkel kell kísérni.

Ha az adatok eltérnek az Eurostat adatoktól, kérjük, ellenőrizze, hogy az Eurostat adatbázisban minden szakpolitikai intézkedés szerepel-e, helyesen vannak-e besorolva, illetve helyesek-e a kiadási és részvételi arányok. A szakértőtől azt várjuk, hogy ne tekintse magától értetődően helyesnek az Eurostat (és/vagy OECD) adatait.

5. Az aktív munkaerő-piaci programok hatása a fogyatékosággal élő emberekre

A szakértők összegezzék (teljes bibliográfiai részletességgel), hogy mit lehet megtudni az értékelő tanulmányokból, illetve az aktív munkaerő-piaci programok alkalmazásával és hatásaival kapcsolatosan rendelkezésre álló egyéb forrásokból. A szakértők emellett a saját szakvéleményüket is ismertethetik. Lehetőség szerint mindkét forrás a következőkkel kapcsolatos szempontokról tájékoztasson:

- Mi a hatása azoknak a programoknak, amelyeket általában a fogyatékos emberek számára, illetve specifikusan a fogyatékos emberek egyes alkategóriái számára indítottak (siker arányok, kudarcok)?
- Milyen mutatókat alkalmaztak a hatás felmérése érdekében?
- Figyelembe vették-e a szelektivitási hatásokat, a holtteher-veszteséget, illetve a több lehetséges beavatkozási folyamatot?
- Mit tekintenek a programok sikere vagy kudarcra fő tényezőinek?
- Milyen tanulságok vonhatók le a célcsoportokat, a bevezetést, a közszféra által nyújtott támogatást, a mellékhatásokat, stb. illetően?

FÜGGELÉK: INFORMÁCIÓK A KIVÁLASZTOTT AKTÍV MUNKAERŐ-PIACI PROGRAMOKRÓL

Minden egyes kiválasztott aktív munkaerő-piaci program esetében a következő táblázatot kell kitölteni (oldalanként egy program):

Program leírása	
ország	
program száma	
cím (eredeti)	
megnevezés (angolul)	
végrehajtás dátuma	
nemzeti / regionális	
rendes / kísérleti	
finanszírozás: közpénz/magánpénz	
eszközök	
ha speciális: specifikus célcsoport?	
besorolási kategória	
Statisztika	
fogyatékosággal élő emberekre fordított kiadás	
összkiadás	
fogyatékos résztvevők száma	
résztvevők összlétszáma	

A táblázat néhány kategóriáját az alábbiakban röviden megmagyarázzuk.

Program száma

Kérjük, folytatólagosan számozzon meg minden programot.

Eszközök

A szakpolitikában használt eszközök leírása azt célozza, hogy az olvasó kapjon alapvető képet a szakpolitikai intézkedés jellegéről. Például a szakpolitikai intézkedés főleg képzésen, tanács-adáson, a munkahely adaptálásán, stb. alapul-e? Az eszközök leírásából ki kell derülnie, hogy milyen kategóriába (vagy kategóriákba!) kell az intézkedést besorolni.

Ha speciális: specifikus célcsoport?

Ebben a kategóriában csak akkor kell választ adni, ha a szakpolitikai intézkedés speciális program. Speciális programok esetében kérjük, jelölje meg a célcsoportot.

- Ha a célcsoportba minden fogyatékos beletartozik, akkor ezt kell a beszámolóba beleírni. Ha vannak a rászorultsági kritériumokra vonatkozó konkrét információk, kérjük, szerepeltesse azokat is a beszámolóban.
- Ha a fogyatékos emberek egy konkrét kategóriáját célozzák meg, például az értelmi fogyatékosokkal élő embereket, a testi fogyatékosokkal élő embereket, a vakokat, siketnémákat, akkor ezt a kategóriát nevezze meg.

Besorolási kategória

Minden egyes szakpolitikai intézkedést be kell sorolni, a kutatási terv 3. fejezetében szereplő besorolási rendszerbe. Néhány szakértő hasznos megjegyzései nyomán úgy döntöttünk, hogy e besorolási rendszerhez hozzáadunk még egy kategóriát: kifejezetten a fogyatékos embereket célzó intenzív tanácsadás és álláskeresési segítségnyújtás (3a).

Ez a kategória ugyanaz, mint a 3. kategória (intenzív tanácsadás és álláskeresési segítség-nyújtás), azzal a különbséggel, hogy a 3. kategória főáramú program, a 3a. pedig speciális program.

Statisztika

Ha vannak adatok, azokat szerepeltetni kell a beszámolóban.

Ha nincsenek, ezt jelezni kell a táblázatban a „nincs adat” szöveg beírásával.

Ha a szakpolitikai intézkedést magán forrásokból finanszírozzák, kérjük, írja a táblázatba a „magán program” megjelölést. Statisztikai adatgyűjtésre nincs szükség.

Besorolás a kutatási tervben bemutatott séma szerint

1.30.1.1. Nem aktív munkaerő-piaci program jellegű foglalkoztatáspolitikai intézkedések:

1. általános állami foglalkoztatási szolgálatok és adminisztráció

2. fogyatékos emberek törvényi kötelezettségei és jogai

1.30.1.2. Főáramú aktív munkaerő-piaci programok:

3. intenzív tanácsadás és álláskeresési segítségnyújtás
4. képzés
5. foglalkoztatási ösztönzők (a munkahellyel kapcsolatos kiadások átvállalása, adókedvezmények és hasonlóak)
6. közvetlen munkahelyteremtés
7. a vállalkozásindítás ösztönzése

1.30.1.3. Speciális programok (csak fogyatékos emberek számára):

8. szakmai rehabilitáció
9. szubvencionált foglalkoztatás
10. támogatott foglalkoztatás
11. védett foglalkoztatás
12. fogyatékos emberek vállalkozóvá válását célzó ösztönzők
13. kifejezetten a fogyatékos emberek felé irányuló intenzív tanácsadás és álláskeresési segítségnyújtás
14. kombinált intézkedések

III. Melléklet: statisztikák az egyes aktív munkaerő-piaci programokról

A következő táblázatok az egyes aktív munkaerő-piaci program-kategóriákon belül mutatják be az adott ország szakértői által megadott egyedi programokat. A legtöbb ország esetében az 1998. év a tárgyév. Dánia, Németország, Olaszország és Hollandia esetében 1999-et választottuk tárgyévnek, mivel a programokra vonatkozó törvénykezésben lényeges változások történtek 1998-ban, illetve 1999-ben. Néhány program esetében nem lehetett megbízható statisztikai adatokat beszerezni a tárgyévre vonatkozóan. Ha más évekre vonatkozóan voltak hozzáférhető statisztikai adatok, akkor azokat használtuk. Ha voltak további adatok a tárgyévet követő évekre, akkor a mellékletben azokat is bemutatjuk. Ezeket a programokat dőlt betűvel mutatjuk be.

Minden egyes programra vonatkozóan többféle statisztikát mutatunk be. A szakpolitikai intézkedés száma azt a számot jelenti, amelyet az ország szakértője adott meg a megfelelő országjelentésben. A résztvevők teljes létszáma, valamint az összes munkaerőn belüli aránya (%-ben kifejezve) adott. Az is szerepel, hogy a résztvevők számát milyen módon állapították meg, az alább felsorolt meghatározások szerint. A fogyatékos emberekre költött ráfordítások végösszege millió euróban értendő. A végösszeget megjelenítjük a bruttó nemzeti össztermék arányában is (%-ben kifejezve). Ha nem voltak adatok, azt „n.a.” jelöli. Amennyiben az olvasó az egyes programokról részletesebb tájékoztatást szeretne kapni, javasoljuk, hogy nézze meg az adott országjelentést.

A részvételi számadatokra vonatkozó különféle mérések definíciója a következő:

állomány	a résztvevők száma adott időpontban (például december 31-én)
átlagos éves állomány	a résztvevők havonkénti vagy hetenkénti számának éves átlaga
éves bruttó állomány	az adott évben résztvevők teljes (nem súlyozott) száma: az időszak (év) elején mért szám, plusz az időszak (év) során mért beáramlás
beáramlás	az év során a programba belépő résztvevők száma
kiáramlás	az év során a programot elhagyó résztvevők száma
segélyek	jóváhagyott segélyek (támogatások, bónuszok) száma

Kérjük, vegye figyelembe, hogy egy adott személyt esetleg többször is számba lehet venni, ha több programban vesz részt, illetve ha egy adott programban (például képzésben). többször vesz részt.

A. 1 TÁBLÁZAT:
INTENZÍV TANÁCSADÁSI ÉS ÁLLÁSKERESÉSI SEGÍTSÉGNYÚJTÁSI PROGRAMOK ADATAI

Ország	Szakpolitika száma	Megnevezés	Országjelentés eredeti címe	Résztevők			Kiadások (millió €)		Tárgyév
				Összesen	Mérés	Munkaerő %	Összesen	GDP %	
	13	Speciális felmérés	Gespecialiseerde beroepsoriëntering - Orientation professionnelle	n.a.	n.a.	n.a.	0,62	0,00	1998
(B)	14	Munkához vezető utak	Arbeitsstrajctbegeleiding	n.a.	n.a.	n.a.	0,82	0,00	1998
DK	16	Fogyatékosági konzulensek	Handicap konsulerter	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	-
D	18	Fogyatékos emberek segítése	Leistungen an Schwerbehinderte und Gleichgestellte	7200	n.a.	0,18	26,64	0,01	1998
D	20	Intenzív tanácsadás egyéneknek és munkaadóknak	Begleitende Hilfe im Arbeits- und Berufsleben	3100	n.a.	0,08	n.a.	n.a.	1998
E	1	Magán foglalkoztatási szolgálatok	Servicios privados de intermediación laboral	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	-
E	8	Támogatott foglalkoztatás	Empleo con apoyo	116	n.a.	0,01	n.a.	n.a.	1984-1998*
F*	7	CAP Emploi Hálózat	Réseau CAP Emploi	71,679	n.a.	2,77	43,44	0,03	2000
IRL	S2	Ingyenes tolmács állásintéjűkhöz	Job Interview Interpreter Grant	70	n.a.	0,04	n.a.	n.a.	1998
IRL	S11	Ingyenes személyi felolvasó	Personal Reader Grant	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	-
P	43	OED Lisszabon		n.a.	n.a.	n.a.	0,13	0,00	1998
P	44	Pályairányítás és értékelés		386	n.a.	0,08	0,04	0,00	1998
UK	19	New Deal Fogyatékosoknak – kísérleti programok	New Deal for Disabled People - pilots	n.a.	n.a.	n.a.	0,05	0,00	98-99
				n.a.	n.a.	n.a.	2,71	0,00	00-01
UK	20	New Deal Fogyatékosoknak, országos kiterjesztés	New Deal for Disabled People, National Extension	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	-
				Még nem hozzáférhető	n.a.	n.a.	Még nem hozzáférhető	n.a.	-

* 1998-ra úgy tudunk becslést kapni, ha a belépések teljes számát elosztjuk az időszak hosszával.

A. 2 TÁBLÁZAT
SZAKMAI REHABILITÁCIÓS PROGRAMOK ADATAI

Ország	Szakpolitika száma	Megnevezés	Országjelentés eredeti címe	Résztevők			Kiadások (millió €)		Tárgyév
				Összesen	Mérés	Munkaerő %	Összesen	GDP %	
A	13	Szakképzés után járó bónusz	Aus- und Weiterbildungsbeihilfen	1226	éves bruttó állomány	0,32	7,41	0,04	1998
A	15	Tanulmányi és tanonc pótlék	Studien- und Lehrlingsbeihilfen	241	éves bruttó állomány	0,06	0,37	0,00	1998
B	1	Szakképzés	Berufsoflehrung – Formation professionnelle – Ausbildung	1111	állomány	0,26	21,22	0,09	1998
DK	8	Szakképzés előtti rehabilitáció	For-revalidering	3235	átlagos éves állomány	1,14	40,05	0,26	1998
DK	9	Szakmai rehabilitáció	Revalidering	25606	átlagos éves állomány	8,99	402,61	2,59	1998
EL	2	OAED szakképzés fogyatékosoknak	Revalidering	200	beáramlás	0,04	2,05	0,02	1998
EL	3	Szakképzés a „Munkaerőpiacról való kirekesztődés megelőzése” Operatív Program keretében	Revalidering	2433	beáramlás	0,55	6,24	0,06	1998
E	7	Szakképző tanfolyamok	Formación Profesional	319	beáramlás	0,02	n.a.	n.a.	1998
F	5	Fogyatékosok szakmai rehabilitációja	Ocupacional, Plan FIP, formación dirigida a minusválidos	70862	n.a.	2,73	63,7	0,05	2000
FIN	5	Munkaképesség-fenntartás, 2-3. szint	Actions de préparation a l'emploi de la personne handicapée	6400	éves bruttó állomány	2,53	13,40	0,12	1998
FIN	10	Különléges képzés, integrált vagy szeparált	ASLAK (MWA, 2. szint), TYK (MWA, 3. szint)	8000	éves bruttó állomány	3,16	60,20	0,52	1998
FIN	11	Fogyatékosok egyéb képzése	erityisopetus	7300	éves bruttó állomány	2,88	22,00	0,19	1998
FIN	12	Egyéb szakmai rehabilitáció és képzés	vajaakuntoisten/vammaisten ammatillinen koulutus muu ammatillinen kuntoutus ja valmennus (työkokeilu, työpaikkakokeilu, työhönvalmennus)	18700	éves bruttó állomány	7,39	13,00	0,11	1998
IRL	S9	Fogyatékosok képzése	Training for people with disabilities	4073	éves bruttó állomány	2,50	39,14	0,51	1998
IRL	S10	Képzési Lehetőségek Program	Training Opportunities Program	1060	éves bruttó állomány	0,65	6,86	0,09	1998
I	34	Társfinanszírozott programok	Riabilitazione professionale – programmi cofinanziati	6744	beáramlás	0,29	58,85	0,06	1999

Ország	Szakpolitika száma	Megnevezés	Országjelentés eredeti címe	Résztevők			Kiadások (mil. €)		Tárgyév
				Összes	Mérés	Munkaerő %	Összesen	GDP %	
L	1	Útmutatás, képzés, újraadaptáció és átképzés az állami és privát szféra munkásainak; utazási költségek, bónusz, motivációs és átképzési juttatások (az 1991. november 12-i módosított törvény B3 pontja)	Mesures d'orientation, de formation, de réadaptation et de rééducation professionnelle des travailleurs dans les institutions publiques ou privées; frais de transport, primes et indemnités d'encouragement et de rééducation (art. B3 de la loi modifiée du 12 novembre 1991)	11.796	beáramlás	0,50	71,44	0,07	1998
				9	állomány	0,04	0,08	0,01	1998
P	36	Cselekvés együttműködésben		13	n.a.	0,00	1,25	0,01	1998
P	37	Partnerségben kezelt központok		106	n.a.	0,02	0,66	0,01	1998
P	38	Közvetlen akciók		223	n.a.	0,04	0,59	0,01	1998
S	5	Foglalkoztatási intézmények	AMI (arbetsmarknadsinstitut)	6.524	átlagos éves állomány	1,53	59,00	0,28	1998
Egyesült Királyság	14	Foglalkoztatási rehabilitáció (Munkára való előkészítés)	Employment rehabilitation (Work Preparation)	13.900	beáramlás	0,48	14,16	0,01	98-99

BEVEZETÉS A KOMPLEX REHABILITÁCIÓBA

Társadalombiztosítás és társadalmi integráció

A. 3. TÁBLÁZAT:
SZUBVENCIONÁLT FOGLALKOZTATÁSI PROGRAMOK ADATAI

Ország	Szakpolitika száma	Megnevezés	Országjelentés eredeti címe	Résztevők		Kiadások (millió €)		Tárgy év
				Osszesen	Mérés	Munkaerő %	Osszesen	
A	8	Foglalkoztatási költségsubvenció	Beschäftigungsbeihilfe	2023	éves bruttó állomány	11,26	0,06	1998
(A)	9	Bérlétszubszenzió	Lohnkostenzuschuss	4515	éves bruttó állomány	11,26	0,06	1998
(A)	11	Munkautalvány árukra	Prämie für Werkaufträge	3081	segélyek	7,73	0,04	1998
(B)	2-7	Bérlétszubszenzió	Diversen	4168	állomány	28,73	0,13	1998
DK	5	Rugalmas állás program	Fleksjobs	5811	állomány	77,39	0,50	1999
DK	6	Skaane jobs	Invalidejobs	5475	állomány	23,21	0,15	1999
DK	10	Foglalkoztatási segélyek	Invalidejobs	6253	állomány	17,44	0,10	1998
DK	11	Jégtörő program	Isbryderordningen	25	éves bruttó állomány	0,01	0,00	1998/2000
D	19	Segítség a munkaadóknak (bél-szubvenziók, munkahelyi akkomodáció, kompenzáció „súlyos problémák” esetén ha azok forrás a foglalkoztatás emberek alkalmazása)	Leistungen an Arbeitgeber	19.900	n.a.	178,07	0,09	1998
E	2	Nyílt végű szerződések foglalkoztatás emberek számára	Contratos indefinidos para minusválidos	6546	bemenet	130,96	0,25	1998
E	3	Rövid távú szerződések foglalkoztatás emberek számára	Contratos indefinidos para minusválidos	3281	beáramlás	11,31	0,02	1998
E	6	Képzési szerződések foglalkoztatás emberek számára	Contratos de formación para minusválidos	1200	beáramlás	n.a.	n.a.	1998
F*	9	Ösztönzés foglalkoztatás emberek felvételére	Inclination au recrutement de personnes handicapées	40.500	nem ismeretes	135,30	0,10	n.a.
FIN	13	Foglalkoztatással kapcsolatos foglalkoztatási segély	vammaistuki	11.600	éves bruttó állomány	26,50	0,23	1998
IRL	S3	Foglalkoztatási támogató program	Foglatkottatás támogató program	419	állomány	1,60	0,02	1998
IRL	S8	Támogatott foglalkoztatás	Támogatott foglatkottatás	20	állomány	n.a.	n.a.	1997
I	36	Teljes éves kedvezmény a foglalkoztatás emberek alkalmazásához cégeknek	Assunzioni agevolate - sgravio contributivo totale della durata massima di 8 anni	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	-*
I	37	Részleges éves kedvezmény a foglalkoztatás emberek alkalmazásához cégeknek	Assunzioni agevolate - sgravio contributivo parziale della durata massima di 5 anni	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	-*

I	38	Az értelmi fogyatékosok előírt számban való foglalkoztatása	Avviamento nominativo in convenzione disabili psichici	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	- *
L	2	Munkahely támogatás fogyatékos munkásoknak az 1991. november 12-i módosított törvény szerint, illetve az 1992. április 14-i nagyhercegi végrehajtási rendelet szerint	Participations au salaire des travailleurs handicapés alloués en application de l'article B3 de la loi modifiée du 12 novembre 1991 sur les travailleurs handicapés ainsi que de l'article 2 du règlement grand-ducal du 14 avril 1992 déterminant la forme et le contenu des mesures	305	állomány	1,26	1,87	0,11	1998	
NL	14	REA – munkabér hozzájárulás	REA - loondispensatie	714	segélyek	0,09	0,68	0,00	1999	
NL	16	REA – próbaidős kinevezés	REA - proeftaatsing	1.557	segélyek	0,20	2,14	0,01	1999	
NL	20	REA - bérkiegészítés	REA - loondispensatie	493	segélyek	0,06	0,47	0,00	1999	
NL	21	REA - jövedelem pótlás	REA - inkomenssuppletie	10	segélyek	0,00	0,02	0,00	1999	
S	1	Munka bérszubvenciával	lönnebidrag	49.031	éves átlagos állomány	11,52	606,00	2,86	1998	
UK	15	Állás bemutató program	Job Introduction Scheme	2.900	beáramlás	0,10	1,20	0,00	98-99	
UK	16	Fogyatékosok adójóváírása	Disabled People's Tax Credit	2.500	n.a.	0,09	1,40	0,00	00-01	
				16.904	állomány	0,58	76,00	0,06	98-99	
				27.296	n.a.	0,94	160,28	0,13	00-01	

* Ezek a programok 2000. óta működnek

A. 4 TÁBLÁZAT
TÁMOGATOTT FOGLALKOZTATÁSI PROGRAMOK ADATAI

Ország	Szakpolitika száma	Megnevezés	Országjelentésben eredeti címe	Részletek			Kiadások (mil. €)		Tárgy év
				Tejles	Mérés	Munkaerő, %	Összes	% GDP	
A	12	Támogatás a munkahely adaptálásához	Zuschüsse zur Arbeitsplatzadaptierung	258	bruttó éves állomány	0,07	0,39	0,00	1998
B	10	Segély a munkahely módosításához	Tegemoetkoming in de kosten van aankoop van arbeidsgereedschap en kleding alsmede in de kosten van aanpassing van een arbeidspost - Aménagement du poste de travail	141	juttatások	0,03	0,65	0,00	1998
B	8	Támogatott foglalkoztatás	Begeleid werk	90	bruttó éves állomány	0,02	0,75	0,00	2000
B	9	munkahelyi környezetben működő oktatóra adott segély	Prime au tuteur en entreprise	43	juttatások	0,01	0,06	0,00	1999
DK	13	Személyes segítség	Personlig assistance	1853	bruttó éves állomány	0,65	7,54	0,05	1998/2000
DK	14	Munkahely adaptálás (Állami Foglalkoztatási Hivatal)	Puljen til særlig fastholdelses- og indslusningsindsats over for personer med handicap	193	bruttó éves állomány	0,07	0,24	0,00	2000
DK	15	Munkahely adaptáció (önkormányzatok)	Loven om aktiv socialpolitik, kapitel 8: Værktøj og arbejdsredskaber.	117	átlag éves állomány	0,04	1,75	0,01	1998
EL	8	Támogatási program munkaadók és fiatal szakemberek számára a speciális szükségletű emberek munkahelyeinek adaptálásához	Πρόγραμμα Επιχορήγησης Εργοδοτών και Νέων Ελευθέρων Επινοημάτων για Εργονομική Διευθέτηση του χώρου εργασίας Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες	16	beáramlás	0,00	0,02	0,00	1998
F	6	Munkában tartás	Actions de maintien dans l'emploi	15,155	n.a.	0,58	43,14	0,03	2000
FIN	14	Támogatott foglalkoztatás	tuettu työllistyminen	700	bruttó éves állomány	0,28	3,00	0,03	1999
FIN	15	Munkahely adaptálás	työpaikan muutostyöt, työolosuhteiden järjestytykii	600	beáramlás	0,24	1,70	0,01	1998
IRL	1S1	Segély munkahelyi berendezések adaptálásához	Workplace Equipment Adaptation Grant	100	segély	0,06	0,23	0,00	1998
I	31	Hozzájárulás a munkahely adaptálásához	Rimborsio parziale adattamento al posto di lavoro	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	-*

Ország	Szakpolitika száma	Elnevezés	Országjelentés eredeti címe	Résztevők			Kiadások (millió €)		Tárgy év
				Összes	Mérés	Munka erő %	Teljes	GDP %	
I	32	Hozzájárulás az építészeti akadálymentesítéshez munkaerőpiaci integráció végett	Rimborso parziale abbattimento barriere architettoniche (L. 68/99)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	-*
I	33	Hozzájárulás a távmunkás technológia bevezetéséhez	Rimborso parziale apprestamento tecnologico telelavoro (L. 68/99)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	-*
L	3	6 napos kiegészítő szabadság költségének megtérítése (a munkaadó számára) a fogyatékos alkalmazottak után, a magán-szektor dolgozói szabadságának harmonizálásáról szóló 1966. április 22-i módosított törvény alapján	Prise en charge du congé supplémentaire de six jours ouvrables accordé aux travailleurs handicapés au titre de l'article 4 de la loi modifiée du 22 avril 1966 portant réglementation uniforme du congé annuel des salariés du secteur privé	389	átlomány	1,61	0,21	0,01	1998
L	4	Munkahelyi támogatások	Participation aux frais d'aménagement de postes de travail	4	átlomány	0,02	0,02	0,00	1998
NL	17	REA – szállítási segítség	REA - vervoersvoorziening	3306	segélyek	0,42	4,54	0,01	1999
NL	19	REA – kommunikációs intézkedések	REA - communicatievoorziening voor doven	135	segélyek	0,02	0,19	0,00	1999
P	39	Fogyatékos emberek alkalmazásának ösztönzése		562	n.a.	0,11	2,19	0,02	1998
P	40	Fizikai támogató eszközök		138	n.a.	0,03	0,90	0,01	1998
S	4	Támogatott foglalkoztatás	SIUS (Sárskilt introduktions - och uppföljningsstöd)	458	n.a.	0,11	5,00	0,02	1999
S	16	Támogatás a személyes segítségnyújtáshoz	stöd till personligt biträde	790	n.a.	0,19	4,50	0,02	1998
S	17	Juttatások a munkahelyi adaptáláshoz	stöd till hjälpmedel på arbetsplatsen	1.163	juttatások	0,27	6,50	0,03	1998
UK	18	Munkához való hozzáférés	Access to work	16.100	beáramlás	0,56	30,73	0,02	98-99
				25.000	n.a.	0,86	52,98	0,04	00-01

BEVEZETÉS A KOMPLAEX REHABILITÁCIÓBA

Társadalombiztosítás és társadalmi integráció

A. 5 TÁBLÁZAT
VÉDETT FOGLALKOZTATÁSI PROGRAMOK ADATAI

Ország	Szakpolitika száma	Elnevezés	Országjelentésben eredeti címe	Résztevők			Kiadások (millió €)		Tárgy év
				Összege n	Mérés bruttó éves állomány	Munka erő, % n.a.	Teljes	% GDP	
A	17	Integráló vállalkozások	Integrative Betriebe (früher: geschützte Werkstätten)	n.a.	bruttó éves állomány	n.a.	11,60	0,06	1998
B	11	Védett foglalkoztatás	Beschützte Werkstätten	17.978	állomány	4,13	215,31	0,96	1998
DK	7	Védett foglalkoztatási program	Beskyttet beskæftigelse	2.218	állomány	0,78	115,05	0,74	1999
D	21	Elismert védett műhelyek és munkahelyek	Anerkante Werkstätten für Behinderte und Belegte Plätze in Mitgliedswerkstätten der "Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für Behinderte e.V."	185.000	n.a.	4,65	n.a.	n.a.	1999
E	5	Foglalkoztatási speciális foglalkoztatási központokban	Ayudas para los Centros Especiales de Empleo (CEE)	37.529	beáramlás	2,28	220,56	0,42	1998
F	8	Védett foglalkoztatás	Milieu protégé (palkkasuhteinen) suojatyö; sosiaalset yritykset	104.012	n.a.	4,01	1810,12	1,40	2000
FIN	16	Védett munka vagy foglalkoztatás	Pilot programme for the Employment of people with Disabilities	2600	bruttó éves állomány	1,03	24,80	0,21	1999
IRL	S4	Kísérleti program fogyatékos emberek foglalkoztatására	Sheltered Employment Programme	178	állomány	0,11	1,95	0,03	1998
IRL	S5	Teljes járulékos-mentesség a szociális szövetkezetekben dolgozó fogyatékos munkásoknak	Sgravio contributivo totale per lavoratori svantaggiati nelle cooperative sociali	42	állomány	0,03	n.a.	n.a.	1997
I	25	Megegyezések a „B” típusú szociális szövetkezetekkel	Convenzioni con cooperative sociali di servizi - tipo B	10.535	átlagos éves állomány	0,45	33,46	0,03	1999
I	24	Működési költségek támogatás a védett munkahelyekhez (az 1991. november 12-i törvény D cikkének módosítása)	Participation aux frais de fonctionnement d'ateliers protégés (article D de la loi modifiée du 12 novembre 1991)	9.183	átlagos éves állomány	0,39	26,33	0,02	1998
L	5	Megegyezések a „B” típusú szociális szövetkezetekkel	Convenzioni con cooperative sociali di servizi - tipo B	11.996	átlagos éves állomány	0,51	38,67	0,04	2000
L	5	Működési költségek támogatás a védett munkahelyekhez (az 1991. november 12-i törvény D cikkének módosítása)	Participation aux frais de fonctionnement d'ateliers protégés (article D de la loi modifiée du 12 novembre 1991)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2000
L	5	Működési költségek támogatás a védett munkahelyekhez (az 1991. november 12-i törvény D cikkének módosítása)	Participation aux frais de fonctionnement d'ateliers protégés (article D de la loi modifiée du 12 novembre 1991)	267	állomány	1,10	1,50	0,09	1998

BEVEZETÉS A KOMPLEX REHABILITÁCIÓBA

Társadalombiztosítás és társadalmi integráció

Ország	Szak-politika száma	Név	Eredeti név országjelentésben	Résztevők			Kiadások (millió €)		Tárgy év
				Tejjes	Mérés	Munka erő %	Tejjes	% GDP	
L	6	Motivációs többlet támogatás az elismerten fogyatékos munkások számára, ha azok az APEMH, a Ligue HMC és a Szövetkezetek védett munkahelyein dolgoznak (az 1991. november 12-i módosított törvény B3 és D pontja alapján)	Participation aux primes d'encouragement versées aux personnes reconnues comme travailleurs handicapés et occupés dans les ateliers protégés de l'APEMH, de la ligue HMC et de Coopérations (Art. B3 et D de la loi modifiée du 12 novembre 1991)	273	állomány	1,13	0,74	0,05	1998
NL	9	WSW	Wet Sociale Werkvoorziening (WSW)	90.000	állomány	11,54	1752,52	4,98	1998
P	41	Védett foglalkoztatás		707	n.a	0,14	2,68	0,03	1998
S	2	Samhall (védett munkahelyek)	Samhall	26.878	átlagos éves állomány	6,32	500,00	2,36	1998
S	3	Állami védett munka	OSA (offentligt skyddat arbete)	5888	átlagos éves állomány	1,38	75,00	0,35	1998

A. 6 TÁBLÁZAT
A FOGYATÉKOS EMBEREK ÁLTALI VÁLLALKOZÁSINDÍTÁST ÖSZTÖNZŐ PROGRAMOK
ÉS AKCIÓK ADATAI

Ország	Szak-politika száma	Név	Eredeti név országjelentésben	Résztevők			Kiadások (millió €)		Tárgy év
				Teljes	Mérés	Munka erő % 0,01	Teljes	GDP %	
A	14	Segítség vállalkozásindításhoz	Zuschüsse zur Existenzgründung	24	bruttó éves állomány	0,01	0,14	0,00	1998
B	12	Segélyek önfoglalkoztatóknak	La prime aux travailleurs indépendants (Walloon region) / La prime d'installation (Brussels)	5	segélyek	0,00	0,03	0,00	1998
E	4	Önfoglalkoztatás	Integración laboral de minusválidos mediante el autoempleo	222	beáramlás	0,01	0,55	0,00	1998
F	9	vállalkozás-indítás támogatása	Aide à la création d'activité	2.058	beáramlás	0,08	21,95	0,02	2000
FIN	17	Beruházás kedvezmény fogyatékos embereknek	elinkeintuki	200	bruttó éves állomány	0,08	0,50	0,00	1998
I	26	Megegyezések a szabadúszó fogyatékos emberekkel	Convenzioni con professionisti disabili	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	-*
L	22	REA – start hitel	REA - starterskrediet	32	segélyek	0,00	0,29	0,00	1999
P	42	Fogyatékosok vállalkozásalapításának támogatása	sárskilt stöd vid start av näringsverksamhet (earlier name näringshjälp)	87	n.a	0,02	0,94	0,01	1998
S	15	Különleges start-támogatás a fogyatékosoknak		676	beáramlás	0,16	4,60	0,02	1998

* Ez a program 2000. óta működik

A. 7 TÁBLÁZAT
KOMBINÁLT INTÉZKEDÉSI PROGRAMOK ADATAI

Ország	Szakpolitika száma	Név	Eredeti név országjelentésben	Résztevők		Kiadások (millió €)		Tárgy év
				Teljes	Mérés	Munka erő, %	Teljes	
A	10	Kvóta túllépés utáni bónusz és szakképzés utáni bónusz [10]	Übererfüllungsprämie und Ausbildungsprämie	7.462	éves bruttó állomány	8,94	0,05	1998
A	16	Álláskeresői segítség	Arbeitsassistentz	2.880	éves bruttó állomány	4,22	0,02	1998
D	14	Fogyatékos emberek első elhelyezkedését támogató intézkedések	Sonstige Leistungen zur beruflichen Ersteingliederung Behinderteter	916	beáramlás	29,05	0,02	2000
F	4	Területi programok a fogyatékos munkások integrációjára	PDI-TH : Programme Départemental d'insertion des Travailleurs Handicapés	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	-
IRL	S12	Job Net	Job Net	6	éves bruttó állomány	0,03	0,00	1998
I	28	Célzott elhelyezési törvény 68/1999	Collocamento mirato (L. 68/99)	n.a.	n.a.	5,37	0,01	2000
L	7	Fogyatékos emberek képzése és szakmai integrációja	Mesures de formation et d'intégration professionnelle de la personne handicapée	95	állomány	2,80	0,17	1998
NL	10	REA – személyes ellátás	REA - voorziening eigen werk	4.733	segélyek	10,74	0,03	1999
NL	11	REA – helyettesítési költségvetés	REA - herplaatsingsbudget	1.343	segélyek	3,29	0,01	1999
NL	12	REA – kinevezési költségvetés	REA - plaatsingsbudget	8.049	segélyek	25,57	0,07	1999
NL	13	REA – testre szabott költségvetés	REA - pakket op maat	406	segélyek	2,94	0,01	1999
NL	15	REA – képzési ellátás	REA - voorziening schooling	8.632	segélyek	11,85	0,03	1999
NL	18	REA – személyes támogatás	REA - persoonlijke ondersteuning	1.779	segélyek	n.a.	n.a.	1999
NL	23	személyhez kötött rehabilitációs költségvetés	Persoonsgebonden reïntegratie budget (PRB)	184	segélyek	1,36	0,00	1999
UK	17	WorkStep	WorkStep	22.900	átlagos éves állomány	227,46	0,18	98-99
				22.844	n.a.	268,22	0,21	00-01

Hivatkozások

- Arthur S., Corden A., Green A., Lewis J., Loumidis J., Sainsbury R., Stafford B., Thornton P. és Walker R. (1999): New Deal for Disabled People, Early Implementation. Research report No. 106, London, Department of Social security, December 1999. [Ój bánásmód a fogyatékossgal élő emberekkel. Korai megvalósítás. 106. kutatási jelentés. Társadalombiztosítási Hivatal].
- Bergeskog, A. (2001): Labour market policies, strategies and statistics for people with disabilities; a cross-national comparison, IFAU working paper 2001:13, IFAU, Uppsala, Sweden [Munkaerő-piaci politikák, stratégiák és statisztikák a fogyatékos emberekért; nemzetközi összehasonlítás. IFAU munkaanyag].
- Borgaza, C. & A. Santuari (2000), Social enterprises in Italy, The experience of social co-operatives in Italy. Working Paper n. 15, ISSAN - Institute for Development Studies on Non Profit Enterprises, Faculty of Economics, University of Trento. [Szociális vállalatok Olaszországban. A szociális szervezetek tapasztalatai Olaszországban. Munkaanyag. Trentoi Egyetem Gazdasági Kar, Non-profit Vállalkozások Tanszék].
- Brunel (2001): Definitions of Disability in Europe, Discussion Paper for Workshop on Feb 5th
-Feb 7th 2001, Brunel University, London [A fogyatékossgal definíciói Európában. Vitaanyag].
- Buddelmeyer, Hielke (2001): "re-employment dynamics of disabled workers", IZA discussion paper 269, <http://www.iza.org/publications/dps/dp269.pdf>. [A fogyatékos dolgozók újrafoglalkoztatásának dinamikája. IZA vitaanyag].
- Burkhauser, Richard V., Andrew J. Houtenville and David C. Wittenburg (2001): "A User Guide to Current Statistics on the Employment of People with Disabilities", Rehabilitation Research and Training Center for Economic Research on Employment Policy for Persons with Disabilities, Cornell University [Felhasználói kézikönyv a fogyatékossgal élő emberek foglalkoztatásáról készült statisztikákhoz. Cornell Egyetem Fogyatékosok Foglalkoztatásával Foglalkozó Gazdasági Kutatások Rehabilitációs, Kutató és Képző Központja].
- Ecotec (2000): Benchmarking employment policies for people with disabilities, European Commission, DG Employment and Social Affairs [A fogyatékossgal élő embereket célzó foglalkoztatáspolitikák mércéje. Európai Bizottság. Foglalkoztatás és Szociális Ügyek Főigazgatósága].
- EUG/IPWH, "Economic analysis of specially organised workplaces", in: "Europe's undervalued workforce", European Community. [Speciálisan szervezett munkahelyek gazdasági elemzése, in: Európa alulbecsült munkaereje. Európai Közösség].
- European Commission (1999): "Raising employment levels of people with disabilities; the common challenge", Commission staff working paper, DG Employment, Industrial Relations and Social Affairs, Unit V/E.4. [A fogyatékossgal élő emberek foglalkoztatási szintjének emelése; közös ki-hívás. Bizottsági belső

munkaanyag. Foglalkoztatás, Munkaügyi Kapcsolatok és Szociális Ügyek Főigazgatósága].

European Commission (2001): "The employment situation of people with disabilities in the European Union" First Annual study of the European Expert Group, European Commission DG Employment and Social Affairs, Brussels [A fogyatékos emberek foglalkoztatási helyzete az Európai Unióban. Az Európai Szakértői Csoport első éves tanulmánya. Európai Bizottság, Foglalkoztatás és Szociális Ügyek Főigazgatósága].

Eurostat, European Social Statistics; Labour Market Policy Expenditure and Participants,

data 1998, Eurostat, Luxembourg, 2001. [Eurostat, Európai szociális statisztikák, munkaerőpiaci-politikai kiadások és résztvevők, 1998-as adatok].

Høgelund and Kruhøffer (2002): Virksomheders sociale engagement, Arbog 2000 [A vállalatok szociális felelőssége. Évkönyv 2000]. Report 00:13, The Danish Institute of Social Research, Copenhagen [Szociális Kutatások Dán Intézete].

Hohnen, P., (2000) Fleksjob: En vej til et rummeligere arbejdsmarked? [Rugalmas munkahely, tovább a nyitottabb munkaerőpiac felé?] Report 00:18, The Danish Institute of Social Research, Copenhagen [Szociális Kutatások Dán Intézete].

Kepe (Centre of Planning and Economic Research) (1995) Evaluation of OAED's vocational training and employment programmes for people with disabilities [Tervező és Gazdasági Kutató Intézet. Az OAED fogyatékos embereket célzó szakképzési és foglalkoztatási programjainak értékelése].

Mannila, Simo; Mika Ala-Kauhaluoma and Sari Valjakka (szerk.) (2001), Good Practice in Finding Good Practice - International Workshop in Evaluation. Rehabilitation Foundation Working Papers 23. [A jó gyakorlatok feltárásának jó gyakorlata – nemzetközi műhely az értékelésről. A Rehabilitációs Alapítvány munkaanyaga].

Martin, John (2000): "What works among active labour market policies: evidence from OECD countries" experiences', OECD Economic Studies 30, 200/1, 79-114 [Az aktív munkaerő-piaci politikák működéséről: az OECD országok tapasztalataiból merített bizonyítékok].

OECD (1993), Employment Outlook, OECD, Paris. [Foglalkoztatási Kitekintés].

OECD (2001), OECD employment outlook June 2001, Paris. [OECD Foglalkoztatási Kitekintés].

Pierre, Gaele (1999): A framework for active labour market policy evaluation, ILO employment and training papers 49, <http://www.ilo.org/public/english/employment/strat/download/etp49.pdf> [Keret az aktív munkaerő-piaci politikák kiértékeléséhez, ILO foglalkoztatási és képzési anyagok].

Prinz, Christopher (2001), "Disability policies for the working age population", OECD internal report DEELSA/ELSA (2001) 20 [Fogyatékoság-politikák a munkaképes korú lakosság körében. OECD belső jelentés].

Skogman Thoursie, P.: Disability and Work in Sweden, Swedish Institute for Social Research

- Dissertation Series 39. [Fogyatékoság és munka Svédországban. Svéd Szociális Kutató Intézet].

Thornton, Patricia and Neil Lunt (1997): Employment Policies for Disabled People in Eighteen Countries: A Review, Social Policy Research Unit, University of York [Fogyatékosággal élő embereket célzó foglalkoztatáspolitikai tizennyolc országban: áttekintés. New Yorki Egyetem Szociálpolitikai Kutató Intézet].

Zivolich, Steve, Sharon Shueman és Jan Weiner (1997): "An Exploratory Cost-Benefit Analysis of Natural Support Strategies in the Employment of People with Severe Disabilities." Journal of Vocational Rehabilitation 8(3), 211-221. [A súlyosan fogyatékos emberek foglalkoztatását támogató természetes stratégiák feltáró költség-haszon elemzése].

CE-V/5-03-001-EN-C

Európai Bizottság
Foglalkoztatási és Szociális Ügyek Főigazgatósága EMPL/E/4 Egység B-1049
Brussels Tel.: (32-2) 295 50 39 Fax: (32-2) 299 80 78