

Helyzetfeltárás az „Átvezetés” módszertanához



Szerzők:

Nagy Zita Éva szakmai vezető
Bari Dóra
Borza Bianka
Forrai Erzsébet
Pakot Ágnes
Prókai Orsolya
Sőrés Anett
Szabó Nikolett
Szerepi Anna



A tanulmány a TÁMOP 5.3.8-11/A1-2012-0001 kódszámú "Rehabilitáció - Érték - Változás (RÉV): Megváltozott munkaképességű személyek munkaerő-piaci helyzetének elősegítése érdekében történő rendszerszintű képzési és szolgáltatásfejlesztési modellprogram" kiemelt projekt keretében készült a Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közhasznú Nonprofit Kft. megbízásából.

2013.

Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közhasznú Nonprofit Kft.

Cím: H- 1071 Budapest, Damjanich utca 4.

Telefon: (+36 1) 450 3230

www.fszk.hu

Felnőttképzési nyilvántartási szám: 01-0849-04

Intézményi Akkreditációs Lajstromszám: AL-2057

Tartalomjegyzék

Bevezető	6
I. Az „Átvezetés módszertan” célcsoportjának jellemzői	10
I.1 Hányan vannak a megváltozott munkaképességű emberek?	10
I.2 Milyen tendenciák jellemzik az új komplex minősítési rendszer első időszakát?	10
I.3 Kik dolgozhatnak jelenleg akkreditált foglalkoztatónál a megváltozott munkaképességű emberek közül?	12
I.4 Mi jellemzi az akkreditált foglalkoztatók lehetséges munkavállalóit, kiemelten a rehabilitálható embereket?	13
I.4.1 Területi elhelyezkedés	13
I.4.2 Nem, illetve életkor szerinti összetétel	17
I.4.3 Egészségügyi állapot.....	19
I.4.4 Iskolai végzettség, képzettség.....	20
I.4.5 Aktivitás és motiváltság a munkavállalásra	21
I.4.6 Az elhelyezkedést meghatározó egyéb tényezők	22
I.5 Egészségkárosodott emberek az akkreditált foglalkoztatásban	23
I.5.1 Az „elérés” tényezői: ki dolgozik jelenleg akkreditált foglalkoztatásban, és várhatóan ki kerül majd be?	23
I.5.2 Mit jelent akkreditált foglalkoztatásban dolgozni a célcsoport tagjai számára?	25
I.5.3 A megváltozott munkaképességű, akkreditált foglalkoztatónál dolgozó emberek érdekeltsége és ellenérdekeltsége a nyílt munkaerőpiacra való kilépéshez kapcsolódóan	31
II. Akkreditált foglalkoztatók	34
II.1 Az akkreditált foglalkoztatók bemutatása	34
II.2 A megváltozott munkaképességű emberek az akkreditált foglalkoztatóknál	38
II.2.1. Bekerülés az akkreditált foglalkoztatóhoz	38
II.2.2 Kiválasztási szempontok.....	40
II.2.3. Személyes rehabilitációs terv készítése	42
II.3 Az akkreditált foglalkoztató tranzitálási feladata	42
II.3.1 A foglalkoztató tranzitálási feladatának értelmezése	42
II.3.2 Tapasztalat(lanság) a tranzitálásban, kapcsolat a nyílt munkaerőpiacra	43
II.3.3 Tranzitálási feladathoz kapcsolódó humán erőforrás.....	45
II.3.4 Humán szolgáltatások	47
II.3.5. Képzés	49
II.3.6. Munkapróba.....	50
II.4 Az akkreditált foglalkoztatók érdekeltsége és ellenérdekeltsége	51
II.5 Javaslatok	53

III. A nonprofit szervezetek lehetséges szerepvállalása a megváltozott munkaképességű emberek számára nyújtott humán szolgáltatásokban 56

III.1 A nonprofit szervezetek általános leírása	57
III.2. A szervezetek jogi formája	57
III.3 A szervezetek földrajzi elhelyezkedése.....	58
III.4 A szervezetek tényleges hatóköre	62
III.5 A nonprofit szervezetek humán-erőforrása	62
III.6 Finanszírozás.....	63
III.7 Kapcsolattartás partnerszervezetekkel	63
III.8 A nonprofit szervezetek tevékenységi körei	64
III.9 A nonprofit szektor lehetséges szerepvállalásáról	70

IV. A megváltozott munkaképességű emberekkel foglalkozó négy nagy munkaerő-piaci program jelenlegi célcsoportjai..... 74

IV.1 Kor szerinti összetétel	76
IV.2 Nemi összetétel.....	76
IV.3 Iskolai végzettség szerinti összetétel	77
IV.4 Az egészségkárosodás típusa szerinti összetétel	78
IV.5 Egységkárosodás mértéke szerinti összetétel	82
IV.6 Azonosított problémák és javaslatok	82

V. A szereplők „találkozásának” lehetőségéről: az együttműködések földrajzi feltételeinek alakulása 83

VI. Egyes célcsoportok speciális szükségletei a foglalkozási rehabilitáció szempontjából..... 85

VI.1 Mentális- és viselkedészavarral élő emberek	86
VI.1.1 A célcsoport meghatározása.....	86
VI.1.2 A célcsoport jellemzői, szükségletei.....	88
VI.1.3 A szükségletekre való reagálás	92
VI.1.4 Módszertanok, jó gyakorlatok.....	95
VI.1.5 Célcsoport-specifikus módszertani javaslatok	96
VI.2 Hallássérült emberek	97
VI.2.1 A célcsoport meghatározása.....	97
VI.2.2 A célcsoport jellemzői, szükségletei.....	99
VI.2.3 A szükségletekre való reagálás	101
VI.2.4 Módszertanok, jó gyakorlatok.....	104
VI.2.5 Célcsoport-specifikus módszertani javaslatok	104
VI.3 Beszédfogyatékos emberek	105
VI.3.1 A célcsoport meghatározása.....	105
VI.3.2 A célcsoport jellemzői, szükségletei.....	107
VI.3.3 A szükségletekre való reagálás	110
VI.3.4 Módszertanok, jó gyakorlatok.....	112
VI.3.5 Célcsoport-specifikus módszertani javaslatok	113
VI.4 Daganatos betegek	114
VI.4.1 A célcsoport meghatározása.....	114

VI.4.2 A célcsoport jellemzői, szükségletei.....	115
VI.4.3 A szükségletekre való reagálás	118
VI.4.4 Módszertanok, jó gyakorlatok.....	121
VI.4.5 Célcsoport-specifikus módszertani javaslatok	121
VI.5 Keringési zavaros betegek	122
VI.5.1 A célcsoport meghatározása.....	122
VI.5.2 A célcsoport jellemzői, szükségletei.....	123
VI.5.3 A szükségletekre való reagálás	125
VI.5.4 Módszertanok, jó gyakorlatok.....	127
VI.5.5 Célcsoport-specifikus módszertani javaslatok	127
VI.6 Mozgásszervi betegek.....	128
VI.6.1 A célcsoport meghatározása.....	128
VI.6.2 A célcsoport jellemzői, szükségletei.....	129
VI.6.3 A szükségletekre való reagálás	131
VI.6.4 Módszertanok, jó gyakorlatok.....	133
VI.6.5 Célcsoport-specifikus módszertani javaslatok	134
VI.7 Nemzetközi jó gyakorlatok.....	135
Felhasznált és kapcsolódó irodalmak	143
Interjúvázlatok	148
Akkreditált foglalkoztató (vezető, humánpolitikai vezető, foglalkozási mentor)	148
Célcsoport	151
„Hiányzó célcsoportok”	153
Nonprofit szervezetek	155

Bevezető

A „Helyzetelemzés” kutatási tanulmány a **Revita Alapítvány szakmai műhelyében**, a **szombathelyi Regionális Szociális Forrásközpont megbízásából** készült, a Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közhasznú Nonprofit Kft. által irányított **„Rehabilitáció - Érték - Változás (RÉV): Megváltozott munkaképességű személyek munkaerő-piaci helyzetének elősegítése érdekében történő rendszerszintű képzési és szolgáltatásfejlesztési modellprogram”** (TÁMOP-5.3.8-11/A1-2012-0001) keretében.

Szakmai munkánk célja – a megrendelésnek megfelelően – az **„Átvezetés” módszertan speciális tartalmi elemeinek kidolgozásához helyzetelemzés készítése** a következő kérdéskörök mentén:

- az **akkreditált szervezeti foglalkoztatás és a munkaerő-piaci szolgáltatás kapcsolódási lehetőségének vizsgálata**, az együttműködési felületek meghatározása az előzetesen felmért munkáltatói, szolgáltatói valamint célcsoport igények és szükségletek alapján;
- az **ellátatlan célcsoportok meghatározása, igény és szükségletfelmérés** elvégzése;
- a **hiányzó, célcsoport specifikus módszertani elemek azonosítása, meglévő kezdeményezések** feltárása;
- **nemzetközi munkaerő-piaci szolgáltatás-módszertanok összegyűjtése** a hiányzó célcsoportok esetében, a kapott információk elemzése, nemzetközi gyakorlatból adaptálható módszertani elemek kiválasztása.

A „Helyzetelemzés” kutatási tanulmány **több adatfelvételi és elemzési módszer** együttes **alkalmazására** épül:

- **Hazai és nemzetközi szakirodalom** feldolgozása, melynek során a vizsgált egészségkárosodási csoportokhoz kapcsolódó minta-modellek, jó gyakorlatok, valamint a speciális szükségletek gyűjtésére és feldolgozására törekedtünk.
- **Hazai és nemzetközi kutatások, értékelések tanulmányainak** feldolgozása a foglalkoztatási célú nonprofit szervezetek szervezeti és szakmai sajátosságainak, illetve a megváltozott munkaképességű embereknek nyújtott szolgáltatásokban szerzett tapasztalatainak megismerése érdekében.
- **Adatbázis elemzés, illetve másodelemzés**, a következő források felhasználásával:
 - A **Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (NRSZH)**¹ által rendelkezésünkre bocsátott **akkreditációs tanúsítványok** alapján létrehozott **telephely-adatbázis** elemzése, amelyet Magyarország akkreditált foglalkoztatási lehetőséggel való lefedettségének elemzésére használtunk fel.

¹ Ezúton is szeretnénk megköszönni az NRSZH munkatársainak, Horváth Anikó Katalinnak, Széll Imrének és Dr. Vincze Imrének, valamint vezetőjének, Dr. Pósfai Gábornak a segítségét!

- A **Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (NRSZH)** statisztikai adatközlései, melyek a szervezet honlapján², illetve a 2012-es Statisztikai évkönyvben³ elérhetőek.
- Az **Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság (ONYF)** statisztikai adatközlései, melyek a szervezet honlapján⁴ elérhetőek.
- **Zala Megyei Kormányhivatal Munkaügyi Központjának** statisztikai adatközlései, melyeket a rendelkezésünkre bocsátottak⁵.
- Az **NCSSZI-TÁRKI** 2010. év végi, a TÁMOP 5.4.1/08/1-2009-0002-es számú kiemelt program keretében, **2045 fő egészségkárosodott ember részvételével zajló kérdőíves adatfelvételének adatbázisa**⁶.
- A **HÉTFA Kutatóintézet** által a Nemzeti Fejlesztési Ügynökség megbízásából a „Foglalkoztathatóság javítását szolgáló intézkedések értékelése” című értékelésben készített online kérdőíves vizsgálat adatbázisa, mely **665 nonprofit szervezetet** adatait tartalmazza⁷.
- **Szakértői interjúk** a kiválasztott **egészségkárosodási csoportok magyarországi szakértőinek** körében: a kutatás során 14 interjú készült (két foglalkozás-egészségügyi orvossal, illetve célcsoportonként egy foglalkoztatási-, és egy a célcsoport jellemzőit jól ismerő szakértővel).
- **Szakmapolitikai szakértői interjúk:** a kutatás során 4 szakmapolitikai szakértői interjú készült, melyet korábbi kutatások interjú tapasztalataival egészítettünk ki.
- **Helyszíni vizsgálatok** (4 helyszínen: Budapesten, Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében, Hajdú-Bihar megyében, illetve Baranya megyében) **keretében** valamennyi helyszínen **félig strukturált interjúk** készültek:
 - az **akkreditált foglalkoztató szervezet vezetőjével**, illetve **humán erőforrás-vezetőjével**;
 - az akkreditált foglalkoztatónál dolgozó **rehabilitációs mentorral**, illetve **rehabilitációs tanácsadóval**;
 - az akkreditált foglalkoztatóval együttműködési megállapodást **kötött munkaerő-piaci szolgáltató vezetőjével**, illetve **szakemberével**;
 - valamint **fókuszcsoportos interjú** készült az akkreditált foglalkoztatónál alkalmazásban álló (jellemzően: rehabilitálható) **munkavállalókkal**.
- **Fókuszcsoportos interjúk** készültek 1-15 főt, illetve 16-99 főt foglalkoztató **akkreditált szervezetek** munkatársainak részvételével.
- **Fókuszcsoportos interjú** készült **nonprofit munkaerő-piaci szolgáltatók** részvételével.

² <http://nrszh.kormany.hu/statisztika>

³ <http://nrszh.kormany.hu/statisztikai-evkonyvek>

⁴ <http://beta.onyf.hu/hu/dokumentumok/statisztikak.html?id=38>

⁵ Ezúton is szeretnénk megköszönni Kemény Annamária és Borsos József igazgató úr segítségét!

⁶ A kutatási adatok részben a Nagy Zita Éva által szerkesztett (2011) *Az akadályozott és az egészségkárosodott emberek élethelyzete Magyarországon* című könyvből, részben a kutatók rendelkezésére álló adatbázisból készült saját számításokból származnak. <http://modernizacio.hu/old/index.php?page=dokumentum&piller=5>

⁷ Az értékelés zárótanulmánya itt található:

<http://www.nfu.hu/foglalkoztathatosag/javitasat/szolgalo/intezkedesek/ertekelese>

- **Kérdőíves felmérés** készült az **akkreditált foglalkoztatók körében**.

A kutatás során összegyűjtött empirikus adatokat valamennyi érintett kérdéskör esetében kiegészítettük a Revita Alapítvány adott témában készült **korábbi kutatásainak** empirikus adataival, elemzéseivel. Ezek közül kiemelten:

- A Nemzeti Fejlesztési Ügynökség megbízásából a „Kohéziós és strukturális támogatások felhasználásának értékelése” tárgykörében készült kapcsolódó értékelés szakmai anyagaival, mely: a „Foglalkoztathatóság javítását szolgáló intézkedések értékelése”⁸ címet viselte. A „Helyzetelemzés” során a Hétfa Kutatóintézet és a Revita Alapítvány által készített értékelési jelentést, az értékelés során a foglalkoztatási célú civil szervezetekkel készült online kérdőív adatbázisát, illetve az elkészült interjúk és fókuszcsoportos vizsgálatok átiratait használtuk fel.
- A „Helyzetfeltárás” során ugyancsak felhasználtuk az EQUAL Tematikus Innovációs Hálózat megbízásából a Revita Alapítvány kutatóműhelyében elvégzett, „A megváltozott munkaképességű emberek munkaerő-piaci (re)integrációját elősegítő szolgáltatások leírása és a szolgáltatást nyújtó nonprofit szervezetek vizsgálata, típusalkotása”⁹ című kutatás zárótanulmányát, valamint a kutatás során készített interjúk átiratait.

A kutatás során (az engedélyezésre rendelkezésre álló idő rövideje miatt), nem tudtunk interjúkat készíteni a helyi Rehabilitációs Szakigazgatási Szervek (RSZSZ) munkatársaival. Az így elveszített információkat az NRSZH-ban készült interjúk segítségével igyekeztünk pótolni. Ugyancsak nem helyeztünk hangsúlyt a nyílt munkaerő-piaci szereplők megkeresésére: ez részben a Megbízó kérésére, részben annak a belátása okán történt így, hogy az ő esetükben szükséges lenne egy külön, elmélyülésre lehetőséget adó kutatást készíteni, ez pedig ennek a „Helyzetelemzésnek” a rendelkezésre álló kereteibe nem fért bele.

A „Helyzetelemzés” kutatási tanulmány **két fő egységre bontható**. A tanulmány **első részében az akkreditált foglalkoztatás szereplőire** koncentrálnak: az akkreditált szervezetekben (potenciálisan) dolgozó egészségkárosodott emberekkel, az akkreditált szervezetekkel, illetve a foglalkoztatási célú nonprofit szervezetekkel foglalkozunk.

A „Helyzetelemzés” **érintett emberekkel** foglalkozó fejezetében egyrésztől annak a bemutatására törekedtünk, hogy milyen (az akkreditált foglalkoztatásban és a nyílt munkaerő-piacon való részvételüket befolyásoló) jellemzőkkel bír ez a csoport, másrésztől a kutatás azon eredményeit gyűjtöttük itt össze, amelyek megvilágítják, hogy várhatóan milyen nehézségekbe ütközik majd az, aki a célcsoport tagjait tranzitálni kívánja.

Az **akkreditált foglalkoztatókról** szóló fejezetben az akkreditált foglalkoztatás „lefedettségének”, az érintett szervezetek szervezeti- és a humán erőforrás jellemzőinek, a célcsoport szervezeteken belüli életének, a szervezetek új rendszerrel kapcsolatos érdekeltségeinek és ellenérdekeltségeinek, valamint a tranzitálás várható nehézségeinek a kérdéseit járjuk körül.

⁸ http://www.nfu.hu/foglalkoztathatosag_javitasat_szolgalo_intezkedesek_ertekelese

⁹ http://revitaalapitvany.hu/letoltes/tanulmanyok/equal_szolg_foly_szerv_zaro.pdf

A rendelkezésünkre álló források alapján bemutatjuk a **foglalkoztatási célú nonprofit szervezetek** legfontosabb jellemzőit, kiemelt figyelmet fordítva arra, hogy a leírásban megjelenjenek a célcsoport kapcsán már tapasztalatokkal rendelkező szervezetek, illetve azok a nonprofitok is, amelyek eddig még nem foglalkoztak megváltozott munkaképességű emberekkel. Emellett arra a kérdésre keressük a választ, hogy a négy legnagyobb, megváltozott munkaképességű emberek foglalkozási rehabilitációját ellátó modellprogram (TF, 4M, LSR, KMP) milyen célcsoportokat és hogyan ér el, vagyis a jelenlegi nonprofit szolgáltatások a célcsoport mely részét fedik le. Végül azonosítjuk a célcsoport elérésével kapcsolatos legfontosabb problémákat, és javaslatokat teszünk azok megoldására.

A **tanulmány második részének** célja a specifikus módszertan szempontjából „**ellátatlan**” vagy „**kevésbé ellátott**” **célcsoportok meghatározása, igényeiknek és szükségleteiknek feltárása, a hiányzó célcsoport-specifikus módszertani elemek azonosítása, illetve a meglévő munkaerő-piaci szolgáltatás-módszertani kezdeményezések elemzése és az adaptálható módszertani elemek kiválasztása.**

A lehetséges célcsoportok közül 6-ot választottunk ki: 3-at az egészségkárosodott célcsoportok közül, 3-at pedig fogyatékos célcsoportok közül. Előbbiek esetében a kiválasztás szempontját a megváltozott munkaképességű emberek körében megfigyelhető reprezentációjuk képezte. A kiválasztáshoz az NRSZH 2012-es új igénybejelentéssel kapcsolatos adatait használtuk fel. Ezek szerint **a keringési, a mentális és viselkedészavaros, valamint és a daganatos betegek** voltak azok, akik legnagyobb számban nyújtottak be igénylést munkaképesség változás megállapítására. A fogyatékos célcsoportok közül igyekeztünk azokat beemlíteni a mintába, akikre vonatkozóan nincsenek, vagy csak nagyon kevéssé vannak alkalmazásban specifikus munkaerő-piaci humán szolgáltatási módszertanok. Így esett a választás a **hallássérült és a beszéd fogyatékos emberek célcsoportjára**. A hatodik célcsoportot pedig azért képezték a **mozgásszervi betegek (csont-izomrendszer és kötőszövet betegsége)**, mivel egyrészt a célcsoport olyan széles spektrumú betegségcsoportot fed le, hogy esetükben nehéz az átfogó célcsoport-specifikus módszertan kialakítása, másrészt az új igénylések statisztikai alapján is igen markáns célcsoportot képeznek a megváltozott munkaképességű emberek körében.

A szakmai munkában Bari Dóra, Borza Bianka, Forrai Erzsébet, Nagy Zita Éva, Pakot Ágnes, Prókai Orsolya, Sőrés Anett, illetve Szerepi Anna vettek részt, a munkát Nagy Zita Éva irányította. A feladat elvégzésére 2013. május 14. – 2013. augusztus 12. között került sor.

I. Az „Átvezetés módszertan” célcsoportjának jellemzői

I.1 Hányan vannak a megváltozott munkaképességű emberek?¹⁰

A Magyar Kormány 2011-ben fogadta el a rokkantsági nyugdíjrendszer átalakításához kapcsolódó új intézmény- és ellátásrendszer koncepcióját, melynek egyes elemei 2012-ben (megváltozott munkaképességű személyek új ellátási rendszere, új komplex minősítési rendszer, a kapcsolódó intézményrendszer változásai), más elemei 2013-ban kerültek bevezetésre (új, egységes, egyszintű akkreditációs rendszer).

Az új rendszer bevezetését megelőző év végén (2011 decemberében) 474 929 fő, első évének végén (2012 decemberében) **445 157 fő, legjelentősebb részben aktív korú ember kapott egészségkárosodása okán pénzübeli ellátást**¹¹.

1. táblázat Megváltozott munkaképességük okán nyugdíjban, ellátásban, járadékban és egyéb járandóságban részesülő emberek száma (2011, 2012)

	2011. december ¹² (közvetlenül az új, komplex minősítési és ellátási rendszer bevezetése előtt)	2012. december (az új minősítési és ellátási rendszer első évének végén)
Korbetöltött rokkantsági nyugdíj (2012: abból átsorolt öregségi nyugdíj)	396 378 fő	383 143 fő
Baleseti járadék	10 756 fő	10 022 fő
Rokkantsági járadék	32 526 fő	32 461 fő
Változó ellátások	474 929 fő , ebből: Korhatár alatti rokkantsági nyugdíjak: 305 323 fő Rehabilitációs járadék: 25 394 fő Egészségkárosodott személyek szociális járadékai: 144 212 fő	Rokkantsági és rehabilitációs ellátások: 445 157 fő ebből: - rokkantsági ellátás: 248 974 fő - rehabilitációs ellátás: 179 776 fő - rehabilitációs járadékok: 14 212 fő

Forrás: ONYF statisztikák, <http://beta.onyf.hu/hu/dokumentumok/statisztikak.html?id=38>

I.2 Milyen tendenciák jellemzik az új komplex minősítési rendszer első időszakát?

A **közel félmillió aktív korú**, nyugdíjban, ellátásban, járadékban és egyéb járandóságban részesülő megváltozott munkaképességű ember közül a kormányzati szándék elsősorban a **közel 220 000 főt kitevő, a rájuk vonatkozó nyugdíjkorhatárnál több, mint 5 évvel fiatalabb, „III. csoportos” rokkantsági nyugdíjas, illetve rendszeres szociális járadékban részesült egészségkárosodott**

¹⁰ A megváltozott munkaképesség definiálásában – a fogyatékosághoz hasonlóan – alapvetően két nagyobb irány rajzolódik ki. Az önbevalláson alapuló definíciók esetében az egyén saját megítélése, hogy rendelkezik-e olyan problémával, amely tartósan korlátozza a munkavállalásban. A jogszabályokban definiált jogosultságok, ellátások jellemzőbben valamilyen igazoláshoz, mért elváltozáshoz kötik a definiálást: ha arról orvosszakértői véleményen alapuló határozata van az érintettnek, egészségkárosodásról beszélünk. Jelen helyzetfeltárásban – a céljának megfelelően – az egészségkárosodott megváltozott munkaképességű emberekkel foglalkozunk, mindemellett a szövegben éppen ezért a megváltozott munkaképességű és az egészségkárosodott ember kifejezéseket felváltva fogjuk használni.

¹¹ Az aktív korú emberek száma ugyanekkor 6,213 millió fő volt. Az önbevalláson alapuló Munkaerő-felmérés 2011-es adatai szerint a 15-64 éves népességben 767 000-en gondolják úgy, hogy valamilyen egészségügyi problémájuk tartósan korlátozza őket munkavállalásukban, vagyis megváltozott munkaképességű embernek tekinthetőek.

¹² A folyamatok alaposabb (későbbi) értelmezése érdekében az új, komplex minősítési rendszert közvetlenül megelőző időszak végének, és a működés első éve végének adatait egyaránt ismertetjük.

emberek munkaerő-piaci helyzetének „felülvizsgálatára” és megváltoztatására irányul(t). A tervek szerint mintegy **120 000 ember foglalkozási rehabilitációjának és nyílt munkaerő-piaci integrációjának kellene megvalósulni** az elkövetkezendő időszakban.

Az új rendszer első másfél évének (adatokban is mérhető) tapasztalatai **a következő alapvető tendenciákat** jelzik¹³:

- **A felülvizsgálatok a tervezettnél jóval lassabban haladnak:** 2012-ben a 220 000 fő ötödének, 44215 embernek történt meg a felülvizsgálata, míg 2013 első két hónapjában 6610 felülvizsgálatot végeztek (az új igénylések, valamint a szakhatósági és szakértői vizsgálatok mellett) (2. táblázat). A 2012-es év feladatellátását nyilvánvalóan nehezítették az intézményi átalakulások (az új rendszer központi intézményei, a Rehabilitációs Szakigazgatási Szervek (RSZSZ) július 1-én kezdték meg munkájukat három intézményrendszerből érkező feladatokat és munkatársakat átvéve). Ugyanakkor a folyamatot továbbra is lassítja a komplex felülvizsgálatot végző szakmai munkatársak (szakértői bizottságok) elégtelen száma. 2013 első két hónapjának **adatai sem jeleznek számottevő változást a felülvizsgálatok intenzitásának tekintetében.**

2. táblázat A komplex minősítések eredményei (2012, 2013. 01-02)

		2012		2013.01.01 – 2013. 02. 28.	
		Fő	%	Fő	%
60% <		13 118	15,9	1552	11,7
51-60 %	B1	13 610	16,5	1691	12,8
	B2	11 839	14,4	1926	14,5
31-50 %	C1	8 057	9,8	1229	9,3
	C2	22 302	27,1	4313	32,5
1-30 %	D	11 477	13,9	2319	17,5
	E	1 883	2,3	225	1,7
Összesen		82286	100	13255	100
ebből: új igénylés		38071		6645	
ebből: felülvizsgálat		44215		6610	

Forrás: NRSZH statisztikák <http://nrszh.kormany.hu/statisztika>

- Az első év adatainak tanúsága szerint az **előzetes kormányzati becsléshez képest érdemben kisebb arányban minősítik az érintetteket rehabilitálhatónak¹⁴ (B1, C1 kategória).** 2012-ben minden hatodik komplex

¹³ Forrás: statisztikai adatok, illetve szakértői interjúk.

¹⁴ A komplex minősítés kategóriái: „**A**”: **rehabilitáció nélkül foglalkoztatható** (60% feletti egészségi állapot); „**B1**”: foglalkoztathatósága rehabilitációval helyreállítható (50-60% közötti egészségi állapot); „**B2**”: egészségi állapota alapján rehabilitálható, azonban a külön jogszabályban meghatározott egyéb körülményei miatt nem foglalkoztatható, foglalkozási **rehabilitációja nem javasolt** (50-60% közötti egészségi állapot); „**C1**”: **tartós foglalkoztatási rehabilitációt igénylő személy** (30-50% közötti egészségi állapot); „**C2**”: egészségi állapota alapján tartós rehabilitációt igényel, azonban a külön jogszabályban meghatározott egyéb körülményei miatt nem foglalkoztatható, foglalkozási **rehabilitációja nem javasolt** (30-50% közötti egészségi állapot); „**D**”: **csak folyamatos támogatással foglalkoztatható** megváltozott munkaképességű munkavállaló (30% alatti egészségi állapot); „**E**”: **egészségkárosodása jelentős, önellátásra részben vagy egyáltalán nem képes.**

felülvizsgálaton átesett ember kapott B1-es (13 610 fő), minden tizedik C1-es (8057 fő) minősítést, összességében **minden negyedik embert minősítettek rehabilitálhatónak**. Így **2013. február 28-ig 24 587 embert minősítettek rehabilitálhatónak**. Ugyanakkor B2, illetve C2, valamint D kategóriát a komplex minősítésen átesettek 55,4%-a, 45 618 személy kapott 2012-ben, illetve további 8558 fő 2013 első két hónapjában.

- A komplex minősítés alapján 60%-os vagy kisebb mértékű egészségmaradvánnyal rendelkező **érintettek egy része számára** nem (csak) az új minősítési, hanem sokkal inkább **az új ellátási rendszer okoz érdemi, kedvezőtlen élethelyzet változást**. **Nem felelnek meg** ugyanis annak a **jogosultsági feltételnek**, hogy megváltozott munkaképességű személyek ellátásaira az jogosult, aki a kérelem benyújtását megelőző 5 éven belül legalább 1095 napon át a Tbj. 5 §¹⁵ szerint biztosított volt. Így adott esetben minősítés-vesztés nem, de **ellátásvesztés bekövetkezhet**, a jogosultsági idő megszerzéséig mindenképpen (lásd a folyósított ellátások 2012. évi adatait: 1. táblázat). **Különösen kedvezőtlen helyzetben** vannak a **jogosultsági feltételeknek nem megfelelő B2 és C2 minősítést kapott**¹⁶ emberek: tekintve, hogy rehabilitációjuk nem javasolt, így az RSZSZ elsődleges ügyfélkörébe nem tartoznak¹⁷, vagyis a célcsoport ezen része a rendszer számára gyakorlatilag „láthatatlan”, pedig a jogosultsági idő, valamint jövedelem szerzésének céljából a munkavégzésre motiváltak lehetnek. Ők a közeljövőben feltehetően nagyobb számban megjelenhetnek a szociális intézményrendszerben.

1.3 Kik dolgozhatnak jelenleg akkreditált foglalkoztatónál a megváltozott munkaképességű emberek közül?

A komplex minősítések vártnál lassabb üteme **nehézséget okozott az akkreditált foglalkoztatók működésében**¹⁸, ezért a 2013. évi XCVII. Törvény 76. §-ban módosították (a módosítás 2013. június 21-én jelent meg a Magyar Közlönyben) a megváltozott munkaképességű munkavállalókat foglalkoztató munkáltatók akkreditációjáról, valamint a megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatásához nyújtható költségvetési támogatásokról szóló **327/2012. (XI. 16.) Korm. rendeletet**. Így jelenleg, a módosítás értelmében **megváltozott munkaképességű munkavállaló lehet az a személy**, „aki:

- a) aki az **új komplex minősítés alapján rehabilitálható** (minősítése: 31–60% egészség, B1, C1 kategória),
- b) akinek **rehabilitációja a komplex minősítés alapján nem javasolt** (Minősítése: 1–60% egészség (B2, C2, D kategória), (2011. évi CXCI. tv. 25. § (1)).

Továbbá a 2011. évi CXCI. tv. 38. § (3) bekezdés alapján:

- c) *aki a 2011. évi CXCI. tv. 30. § (4)-(5). bekezdése, alapján rokkantsági, vagy rehabilitációs ellátásban, vagy a 32. § (1) bekezdése alapján rokkantsági ellátásban*

¹⁵ Elérhető itt: http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700080.TV

¹⁶ B2 és C2 minősítést a komplex minősítésen átesett személyek 41,5%-a kapott az új rendszer működésének első évében.

¹⁷ Elvileg kérhetnek szolgáltatást, de ez a célcsoportot és az RSZSZ erőforrásait tekintve ez kevéssé reális; ráadásul az RSZSZ-ek jellemzően adat-szinten sem igazán tudnak róluk.

¹⁸ A kapcsolódó jogszabály első változatában az akkreditált foglalkoztatónál megváltozott munkaképességű munkavállaló csak komplex felülvizsgálaton átesett személy lehetett. A bővítést lásd: az idézett kormányrendeletben a *dólt betűvel* szedett részek.

részesül **(I-II csoportos rokkantsági nyugdíjas volt, vagy átmeneti járadékban részesült, III. csoportos rokkantsági, baleseti rokkantsági nyugdíjban, rendszeres szociális járadékban részesült és a rá irányadó öregségi nyugdíjkorhatárt öt éven belül eléri),**

d) aki a 33. § (1) bekezdése alapján **rehabilitációs ellátásban részesül (felülvizsgálatra vár, a felülvizsgálat alapján hozott döntés jogerőre emelkedésének napjáig, de legkésőbb a reá irányadó nyugdíjkorhatár betöltéséig),**

e) a **rokkantsági járadékban részesülő** személy a reá irányadó **nyugdíjkorhatár betöltéséig.**

Továbbá átmenetileg, az Mmtv. 26. § alapján kiállítható Hatósági Bizonyítvány kiállításának napjáig, de legkésőbb 2013. december 31.-ig az a munkavállaló is, aki

f) akinek a foglalkoztatása alapján a munkáltató 2012 decemberében a 177/2005. (IX. 2.) Korm. rendelet alapján **megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatásához nyújtott költségvetési támogatásban részesült, és az a) b) c) d) e) pontok alá nem tartozik.** (Ők 2014. január 1-től csak a Hatósági Bizonyítványban meghatározott egészségi állapot alapján foglalkoztathatóak tovább.)¹⁹

I.4 Mi jellemzi az akkreditált foglalkoztatók lehetséges munkavállalóit, kiemelten a rehabilitálható embereket?

I.4.1 Területi elhelyezkedés

Az NCSSZI-TÁRKI 2010-es mérése szerint az egészségkárosodott népesség legjelentősebb csoportjai Budapesten (9,1%), illetve Pest megyében (8,5%), Borsod-Abaúj-Zemplén megyében (8,3%), valamint Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében (10,5%) élnek.

A komplex rehabilitáció első évének (2012-nek) területi elhelyezkedés szerinti adatai – a célcsoport területi elhelyezkedésének különbségei mellett – nyilvánvalóan szoros kapcsolatban vannak azzal is, hogy a helyi szereplők hogyan tudtak megbirkózni az intézményrendszer átalakulásának nehézségeivel. Úgy véljük azonban, hogy ezek az adatok mégis fontos információkkal szolgálnak arra vonatkozóan, hogy rövid távon mely területeken mutatkozhat jelentősebb igény (legalábbis a célcsoport számát és arányát tekintve) az „Átvezetés módszertan” alkalmazására.

2012 végén a rehabilitálható (B1, C1 kategóriás) emberek közül a legtöbben Baranya (2885 fő, a rehabilitálható személyek 13,3%-a), Bács-Kiskun (2305 fő, 10,6%), illetve Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében (1843 fő, 8,5%) éltek. Jelenleg ezeken a területeken, illetve mellettük még Békés és Csongrád megyében a legmagasabb az egy aktív korú emberre jutó egészségkárosodott személyek aránya – vagyis (eltekintve ezeknek a területeknek az amúgy sem kedvező munkaerő-piaci viszonyaitól) már csak számosságukat tekintve is itt várható a legnagyobb munkaerő-piaci verseny a tranzitálendő emberek számára.

¹⁹ www.munka.hu Ki tartozik 2013-ban foglalkoztatási támogatások, kedvezmények szempontjából a megváltozott munkaképességű személyek körébe?

3. táblázat Az egészségkárosodott emberek területi elhelyezkedése (2010, 2012)

2012 vizsgálat	összes	Teljes aktív korú egészségkárosodott népesség NCSSZI-TÁRKI (% 2010)	2012 – összes komplex minősítés - rehabilitálható (B1, C1)		Hány aktív korú emberre jut jelenleg egy rehabilitálható személy?	2012- összes komplex minősítés - rehabilitációja nem javasolt (B2, C2, D, E)	
			Fő	%		Fő	%
Budapest		9,1	1 224	5,6	965	6 650	14,0
Baranya		5,7	2 885	13,3	122	1 507	3,2
Bács-Kiskun		5,8	2 305	10,6	112	3 763	7,9
Békés		5,9	1 191	5,5	204	3 284	6,9
Borsod-Abaúj-Zemplén		8,3	1 133	5,2	408	2 077	4,4
Csongrád		5,7	1 327	6,1	211	3 532	7,4
Fejér		2,8	291	1,3	1005	1 249	2,6
Győr-Moson-Sopron		3,3	1 221	5,6	255	1 078	2,3
Hajdú-Bihar		6,6	1 000	4,6	374	2 232	4,7
Heves		3,8	802	3,7	257	1 227	2,6
Jász-Nagykun-Szolnok		5,4	991	4,6	263	2 120	4,5
Komárom-Esztergom		3,1	565	2,6	369	1 420	3,0
Nógrád		2,1	449	2,1	302	1 203	2,5
Pest		8,5	1 384	6,4	602	6 092	12,8
Somogy		3,4	582	2,7	373	2 009	4,2
Szabolcs-Szatmár-Bereg		10,5	1 843	8,5	212	2 854	6,0
Tolna		3,6	623	2,9	253	2 148	4,5
Vas		1,9	499	2,3	355	963	2,0
Veszprém		2,8	792	3,7	305	1 128	2,4
Zala		1,8	560	2,6	345	965	2,0
Országos összesen		100	21 667	100	313	47 501	100

Forrás: NRSZH statisztikák <http://nrszh.kormany.hu/statisztika>, KSH, illetve NCSSZI-TÁRKI (2010)

A táblázat adataiból az is jól látszik²⁰, hogy az **ország egyes területei jelentősen különböznek** a tekintetben is, hogy **a komplex minősítésen átesett emberek mekkora hányada kerül rehabilitálható kategóriába**²¹. Az adatok tanúsága szerint, **az akkreditált foglalkoztatókkal „jobban ellátott” és kedvezőbb munkaerő-piaci helyzetű Budapesten és Pest megyében az ország más részeihez képest lényegesen jellemzőbben (nagyobb arányban) minősítik az érintetteket nem rehabilitálhatónak**, míg Baranya, Bács-Kiskun, illetve Győr-Moson-Sopron megyékben

²⁰ A százalékos adatokat ugyan nem erre az összefüggésre számoltuk, érdemes azonban megnézni megyénként a rehabilitálhatónak minősítettek és a nem javasoltak arányait egymáshoz viszonyítva is.

²¹ Ez a különbség több tényező okán létrejöhet, de – feltételezhetően – érdemben összefügg az érintett célcsoport összetételével (is). A rendszer illetően működésének elemzése jelen helyzetfeltárás keretében nem feladatunk, azonban az elemzés az NCSSZI-TÁRKI 2010-es adatállománya (illetve szakértői interjúk) segítségével elvégezhető.

az országos átlagnál érdemben nagyobb arányban kaptak rehabilitálható minősítést. A két **szélsőséget kiemelve: míg Budapesten 5 nem rehabilitálható emberre jutott 2 rehabilitálható ember, addig Baranya megyében 4 rehabilitálható emberre jutott 1 nem rehabilitálható ember.**

A célcsoport területi elhelyezkedésének másik fontos kérdése, hogy az érintettek milyen típusú településeken élnek: a szakértői- és célcsoport-interjúk során gyakorlatilag valamennyi szereplő azt jelezte, hogy a munkavállalási motiváció és lehetőségek egyik legfontosabb meghatározó tényezője az egészségkárosodott ember lakóhelye (lásd később: a munkavállalók „merítése” a költségek és nehézségek okán, az egészségkárosodott emberek esetében pedig a „megéri-e dolgozni” kérdése). Az NCSSZI-TÁRKI 2010-es kutatásának eredményei szerint az **egészségkárosodott emberek legnagyobb hányada községben (10-ből 4-en), illetve városokban él (minden harmadik személy).** A teljes 18-62 éves népességnél érdemben kisebb hányaduk él Budapesten.

4. táblázat Az egészségkárosodott emberek szocio-demográfiai jellemzői (2010)

	Teljes aktív korú egészségkárosodott népesség; 2010 (NCSSZI-TÁRKI)	A felülvizsgálat / tranzitálás potenciális célcsoportja
Életkor (%)		
25 év alatti	(18-39) 9,6	(18-39) 12,5
26-29 év közötti		
30-39 év közötti		
40-49 év közötti	16,6	26,6
50-56 év közötti	37,3	60,9
57 év feletti	36,5	-
Nem (%)		
Nő	58	57,8
Férfi	42	42,2
Iskolai végzettség (%)		
Általános iskola, kevesebb, mint 8 osztály	5,1	4,7
Általános iskola	30,7	31,8
Speciális szakiskola	n.a.	n.a.
Szakiskola/Szaktanulmányok	38,8	40
Középfokú végzettség/Érettségi	16,5	15,8
Technikusi végzettség	3,9	3
Felsőfokú szakképzés (OKJ-s képzés)	1,1	1
Felsőfokú végzettség (diploma)	3,9	3,7
Egyéb	0	0,1
Településtípus (%)		
Megyeszékhely	16,6	16,5
Város	34,6	34,5
Község	39,7	41,5
Budapest	9,1	7,5
Munkavállalók aránya (alkalmazott, vállalkozó, alkalmi munkás %)		
	15	18,6
A munkahely típusa (az alkalmazottak körében) (%)		
Szervezet akkreditációs tanúsítvánnyal	30,9	31,6
Bentlakásos intézmény, amely foglalkoztat fogyatékos emberekkel	1,5	1,1
Egyik sem	58,5	57,1
Nem tudja	9,1	10,2

Forrás: NCSSZI-TÁRKI (2010)

I.4.2 Nem, illetve életkor szerinti összetétel

Az NCSSZI-TÁRKI 2010-es mérésének adatai szerint az **egészségkárosodott népesség 58%-a nő és 42%-a férfi**, míg a teljes 18-62 éves népességben ugyanez az arány 52%, illetve 48%. Az adatfelvétel tanúsága szerint az **érintett emberek háromnegyede 50 év feletti**, és csak minden 10-dik egészségkárosodott ember 40 év alatti. Az új rendszer szerinti **„védett korúak”** az érintett népességnek nagyjából a **harmadát** teszik ki. Mindemellett az elvileg rehabilitálható korúakat is meglehetősen idős korstruktúra jellemzi: 10-ből 6-an közülük is 50 év felettek.

A **2012-ben komplex (felül)vizsgálaton** részt vett emberek összetétele a teljes egészségkárosodott népességtől némileg eltér: kiegyensúlyozottabb nemi összetétel (**52% volt a nők és 48% a férfiak aránya**, amely megegyezik a teljes népesség nemi összetételével) és **némileg fiatalabb korstruktúra** jellemzi. Az érintett emberek **kicsit több, mint harmada** (nők: 36,5%-a, férfiak: 36,9%-a) **50 év alatti; míg nagyjából minden második ember 50-57 év közötti** (nők: 52,5%; férfiak: 48,2%). Ez utóbbi adat jelzi, hogy a komplex (felül)vizsgálatok időpontjában a **férfiak átlagosan egy kissé idősebbek voltak, mint a nők**, de ez a **különbség nem jelentős**.

A **komplex minősítés eredményét** tekintve az adatok mélyebb elemzése egyértelműen azt jelzi, hogy a **nőket nagyobb arányban minősítették enyhébb egészségkárosodási kategóriával, illetve rehabilitálhatónak** (a nők aránya tehát 52%; a nők aránya a B1 minősítést kapott emberek között: 57,9%; B2: 57,1%; C1: 51,4%; C2: 49,7%; D: 43%; E: 39,7%).

A 2012-ben **rehabilitálható** (B1 és C1 minősítést kapott) **emberek közel fele 50 év alatti (46,3%); kicsit több, mint a fele 50-57 év közötti (52,3%)**, illetve elenyésző hányaduk 57 év feletti (1,4%), vagyis érdemben fiatalabb korstruktúra jellemzi őket mind a teljes egészségkárosodott népességnél (ott: nagyjából negyedük 50 év alatti), mind a 2012-ben komplex (felülvizsgálaton) átesetteknél (ott: kicsit több mint harmaduk 50 év alatti).

A 2012-ben rehabilitálhatónak minősített emberek nem és kor szerinti összetételét a következő táblázat foglalja össze.

5. táblázat A 2012-ben I. fokú eljárásban rehabilitálhatónak minősített (B1, C1 kategória) emberek nem és kor szerinti összetétele (2012)

	Fő (%)
Nő, 50 év alatt	5384 (24,8)
Nő, 50-57 év között	6479 (29,9)
Nő, 57 év felett	156 (0,7)
Férfi, 50 év alatt	4646 (21,4)
Férfi, 50-57 év között	4849 (22,4)
Férfi, 57 év felett	153 (0,7)
Összesen	21 667 (100)

Forrás: NRSZH statisztikák <http://nrszh.kormay.hu/statisztika>

6. táblázat A szakértői bizottságok által végzett komplex minősítések - I. fokú eljárás (2012.01.01-2012.12.31.)

KORCSOPORTOK	Vizsgálati szám				A Komplex minősítés eredményei														
					minősítési kategória / egészségi állapot mértéke (%)														
	"Új igény"		"Felülvizsgálat"		60% <		B1		B2		C1		C2		D		E		
	fő	%	fő	%	fő	%	51-60 %				31-50 %				1-30 %				
						fő	%	fő	%	fő	%	fő	%	fő	%	fő	%	fő	%
Nők 50 év alatt	7 789	41,4	7 895	32,6	3 233	24,6	3 459	25,4	1 669	14,1	1 925	23,9	3 264	14,6	1 834	16,0	300	15,9	
Nők 50-57 év között	8 906	47,4	13 666	56,5	3 625	27,6	4 311	31,7	3 625	30,6	2 168	26,9	6 021	27,0	2 490	21,7	332	17,6	
Nők 57 év felett	2 102	11,2	2 628	10,9	565	4,3	107	0,8	1 466	12,4	49	0,6	1 814	8,1	612	5,3	117	6,2	
NŐK összesen	18 797	100,0	24 189	100,0															
Férfiak 50 év alatt	7 448	38,6	7 081	35,4	2 673	20,4	2 783	20,4	1 301	11,0	1 863	23,1	3 333	14,9	2 190	19,1	386	20,5	
Férfiak 50-57 év között	8 387	43,5	10 552	52,7	2 375	18,1	2 858	21,0	2 411	20,4	1 991	24,7	5 663	25,4	3 140	27,4	501	26,6	
Férfiak 57 év felett	3 439	17,8	2 393	11,9	647	4,9	92	0,7	1 367	11,5	61	0,8	2 207	9,9	1 211	10,6	247	13,1	
FÉRFIAK összesen	19 274	100,0	20 026	100,0															
ÖSSZESEN	38 071		44 215		13 118	100	13 610	100	11 839	100	8 057	100	22 302	100	11 477	100	1 883	100	

Forrás: NRSZH statisztikák <http://nrszh.kormay.hu/statisztika>

I.4.3 Egészségügyi állapot

Az NCSSZI-TÁRKI 2010. évi kutatásának eredményei szerint az **egészségkárosodott emberek kétharmadánál** állapotítottak meg **mozgássérülést, végtagok vagy azok részeinek hiányát, bénultságát, funkciózavarát** (is), **58%-ánál krónikus betegséget** (is), **41%-ánál krónikus fájdalmat** vagy kényelmetlenségérzést (is), **28,2%-ánál sajátos érzelmi, idegi vagy pszichés állapotot** (is)²².

7. táblázat Milyen elváltozást állapotítottak meg az orvosszakértői minősítésében? (2010)

	Az egészségkárosodott emberek %-a (NCSSZI-TÁRKI 2010)
Látássérülés, vakság, alig-, gyengénlátás	15
Mozgássérülés, végtagok vagy azok részeinek hiánya, bénultsága, funkciózavara	65
Tartósan fennálló / krónikus betegség (pl. keringési megbetegedés)	58
Krónikus vagy rendszeresen visszatérő fájdalom, kényelmetlenségérzés	41
Nagy betegség (pl. daganat, transzplantáció)	31,3
Sajátos érzelmi, idegi vagy pszichés állapot	28,2
Feltűnő testi jellemző vagy elváltozás, deformitás	10
Értelmi sérülés	9,1
Tanulási vagy megértési nehézség (pl. diszlexia, diszgráfia)	8,6
Hallássérülés kommunikációs nehézségekkel	8,2
Beszédnehézség	7,4
Autizmus	4,9
Egyéb	4,4

Forrás: NCSSZI-TÁRKI (2010)

A **2012-dik évi új igénybejelentések** adatsora hasonló tendenciákat jelez: a **keringési rendszer betegségei, a mentális-, illetőleg viselkedészavarok, csont-izomrendszer és kötőszövet betegségei, valamint a daganatok** képezték **leggyakrabban** az egészségkárosodás fő komponensét.

A **rehabilitálhatónak minősített** 9416 ember **negyede küzd (főproblémájaként) keringési rendszeri betegséggel (25,69%), illetve mentális-, illetőleg viselkedészavarral (23,97%)**. Minden **hetedik embernek** van köztük **mozgásszervi problémája**. Az adatok azt jelzik, hogy a **daganatos beteg embereket** a többi csoportban megfigyelhetőnél **lényegesen nagyobb arányban minősítik nem rehabilitálhatónak**: így a rehabilitálható emberek között az arányuk mindössze 4,74% (a nem rehabilitálhatóak csoportjában az arányuk 22,35%).

²² A minősítés során többféle elváltozást megállapíthatnak. Az NCSSZI-TÁRKI kutatásban a kutatók valamennyi elváltozásra kíváncsiak voltak (tehát elváltozásonként megkérdezték az érintetteket, hogy találtak-e azon a területen egészségkárosodást az ő esetükben), ezért nem összegezhetőek az arányok 100%-ra.

8. táblázat Az egészségkárosodott emberek egészségügyi állapota (új igénybejelentések 2012)

2012 új igénybejelentések	rehabilitálható (B1, C1)		rehabilitációja nem javasolt (B2, C2, D, E)	
	Fő	%	Fő	%
Fertőző és parazitás betegségek	60	0,64	265	1,31
Daganatok	446	4,74	4 527	22,35
A vér és vérképző szervek betegségei és az immunrendszert érintő bizonyos rendellenességek	45	0,48	46	0,23
Endocrin, táplálkozási és anyagcsere betegségek	538	5,71	712	3,51
Mentális és viselkedészavarok	2 257	23,97	3 785	18,68
Az idegrendszer betegségei	482	5,12	946	4,67
A szem és függelékeinek betegségei	232	2,46	455	2,25
A fül és csecsnyúlvány megbetegedései	177	1,88	156	0,77
A keringési rendszer betegségei	2 419	25,69	4 983	24,60
A légzőrendszer betegségei	438	4,65	825	4,07
Az emésztőrendszer betegségei	341	3,6	532	2,6
A bőr és bőr alatti szövet betegségei	58	0,6	73	0,4
A csont-izomrendszer és kötőszövet betegségei	1 390	14,8	1 912	9,4
Az urogenitális rendszer megbetegedései	97	1,0	282	1,4
Terhesség, szülés és gyermekágy	0	0,0	0	0,0
A perinatális szakban keletkező bizonyos állapotok	0	0,0	2	0,0
Veleszületett rendellenességek, deformitások és chromosoma abnormitások	175	1,9	161	0,8
Máshova nem osztályozott panaszok, tünetek és kóros klinikai és laboratóriumi leletek	4	0,0	11	0,1
Sérülés, mérgezés és a külső okok bizonyos egyéb következményei	257	2,7	584	2,9
A morbiditás és mortalitás külső okai	0	0,0	0	0,0
Az egészségi állapotot és az eü. szolgáltatokkal való kapcsolatot befolyásoló tényezők	0	0,0	0	0,0
Összesen	9416		20 257	

Forrás: NRSZH Statisztikai Évkönyv 2012. 35. sz. tábla

A mentális megbetegedések egyre növekvő arányú megjelenését az akkreditált foglalkoztatásban és az alternatív munkaerő-piaci programokban gyakorlatilag valamennyi interjúalanyunk jelezte.

I.4.4 Iskolai végzettség, képzettség

Az aktív korú egészségkárosodott emberek **iskolai végzettsége jelentősen elmarad a teljes aktív korú népesség iskolai végzettségétől**. Az NCSSZI-TÁRKI 2010-es mérései alapján **35,8%-uk legfeljebb általános iskolát** (a teljes, aktív korú lakosság körében ugyanez az arány 20%²³); **38,8%-uk szakmunkásképzőt vagy szakiskolát** (teljes, aktív korú népességben: 33%) **végzett; legalább érettségivel minden**

²³ Forrás: Bernát (2011), 44. old.

negyedik érintett rendelkezik (teljes, aktív korú népesség: 47%). A **felsőfokú szakképzettséggel vagy végzettséggel rendelkezők aránya körükben 5%**, míg a teljes aktív korú népességben ennek közel háromszorosa (14%).

I.4.5 Aktivitás és motiváltság a munkavállalásra

Az NCSSZI-TÁRKI 2010 év végén készült kutatásának adatai szerint „**az egészségkárosodott emberek munkaerő-piaci aktivitása nagyon gyenge: mindössze 17,8%-uk gazdaságilag aktív** (13,4%-uk alkalmazott, vállalkozó, 1,6%-uk alkalmi munkás, 2,8%-uk munkanélküli), legnagyobb hányaduk (77%) rokkantnyugdíjas vagy járadékos, emellett 0,3%-uk GYES-en/GYED-en van, 1,7%-uk tanuló (3,2%-uk egyéb státuszban van). További aggodalomra ad okot, hogy az Állami Számvevőszék Munkaerő-felmérésen alapuló adatai szerint²⁴ az önmagukat megváltozott munkaképességűnek tartó emberek foglalkoztatottsága 2007 és 2011 között mintegy 26%-kal csökkent (9. táblázat).

A célcsoport a munkakeresés szempontjából mindemellett **„meglehetősen reményvesztett”**: Tátrai (2011) kutatásai szerint az **inaktív egészségkárosodott emberek mindössze 12%-a tud és akar is dolgozni és keres is állást**; 15%-a szeretne dolgozni, de (már) nem keres munkát; 13%-a képesnek érzi magát munkára, de nem szeretne dolgozni, és **60%-a nem tartja magát munkaképesnek és nem is szeretne elhelyezkedni.**²⁵

9. táblázat Az egészségkárosodott emberek munkavállalási motivációja (2012)

	Teljes aktív korú egészségkárosodott népesség; NCSSZI-TÁRKI (% , 2010)	A károsodottság enyhe (50% alatti)	50-79%	A károsodottság súlyos (80+%)
Aktív álláskereső	12	24	12	3
Szeretne dolgozni, de nem keres munkát	15	20	14	15
Képesnek tartja magát a munkára, de nem szeretne dolgozni	13	14	12	15
Nem tartja képesnek magát a munkára, nem akar dolgozni	60	42	62	67
Összesen	100	100	100	100

Forrás: NCSSZI-TÁRKI (2010); Tátrai (2011), 96-97. old.

Az **inaktivitás okaként** az érintettek legnagyobb hányada (közel fele) azt (is) megjelölte, hogy **„Nem ismer a szükségleteinek megfelelő állásokat” (45%)**, illetve hogy **egyáltalán nincsenek munkalehetőségek a környéken (48%)**.

²⁴ Az ÁSZ adatai a Munkaerő-felmérés legújabb hullámából származnak. Az önbevalláson alapuló adatfelvételekben körvonalazódó célcsoport mindig jobb helyzetű a hivatalos statisztikák célcsoportjánál- ez ezért is nagyon ijesztő...

²⁵ Forrás: Foglalkoztatási értékelés 10. old.

10. táblázat Az inaktivitás okai (2010)

	Az inaktivitás indoklása (%) az inaktív, aktív korú egészségkárosodott népességben 2010 (NCSSZI-TÁRKI)
A családja vagy barátai nem támogatják, vagy lebeszélük Önt arról, hogy munkába álljon	21
Családi kötelezettségei miatt nem teheti meg	8
Nem ismer a szükségleteinek megfelelő állásokat, munkalehetőségeket	45
Attól tart, hogy munkatársai elszigetelnék / elkülönítenék Önt	10
Diszkrimináció áldozata volt	6
Úgy érzi, hogy iskolázottsága, képzettsége nem megfelelő	19
Nincs megfelelő közlekedési lehetőség	17
Egyáltalán nincsenek munkalehetőségek a környéken	48

Forrás: NCSSZI-TÁRKI (2010); Tátrai (2011), 96-97. old.

Az inaktivitás okaként **minden ötödik érintett** azt (is) említette, hogy **„A családja vagy barátai nem támogatják, vagy lebeszélük arról, hogy munkába álljon”**²⁶.

Az érintettek közel ötöde (19%) jelezte, hogy úgy érzi **„iskolázottsága, képzettsége nem megfelelő”**. Tátrai (2011) kutatásában rámutat, hogy „azok között, akik szívesen dolgoznának, de nem keresnek állást, (...) az összes inaktív személy válaszaihoz viszonyítva még inkább kiemelkedő, 60% körüli azok aránya, akik az álláslehetőségek hiányára hivatkoznak, a legmarkánsabb különbség azonban az, hogy többségük (60%-uk) úgy érzi, iskolázottsága, képzettsége nem megfelelő a munkavállaláshoz. Ez az arány az összes inaktív között 19% volt.”²⁷

I.4.6 Az elhelyezkedést meghatározó egyéb tényezők

Az NCSSZI-TÁRKI 2010-es kutatásának eredményei szerint az **aktív korú egészségkárosodott emberek**:

- **„háztartásaiban gyenge a munkaerő-piachoz fűződő kapcsolat:** 52%-uk esetében nem él a háztartásban foglalkoztatott (ugyanaz az arány a teljes aktív korú népességben 20%);
- **közel negyede (23%) szegénységben él** (míg a teljes aktív korú népességben ez az érték 15%);
- a munkavállaláshoz is elengedhetetlenül szükséges **kapcsolatrendszere a teljes népességben megfigyelhetőnél jóval szűkebb:** átlagosan 2,25 barátjuk van – ez az szám a HÉV 2006-os adatai szerint a teljes népességben 6,16 fő.”²⁸

²⁶ A fogyatékossgal élő emberek „túlféltése” és „gyermekszerepben” tartása rendkívül fontos, egyre inkább leírt, kutatott

²⁷ Forrás: Tátrai (2011), 100. old.

²⁸ Forrás: Foglalkoztatási értékelés, 8. old.

I.5 Egészségkárosodott emberek az akkreditált foglalkoztatásban

I.5.1 Az „elérés” tényezői: ki dolgozik jelenleg akkreditált foglalkoztatásban, és várhatóan ki kerül majd be?

Az NCSSZI-TÁRKI 2010 év végén készült kutatásának adatai szerint a **dolgozó egészségkárosodott emberek közel harmada akkreditált foglalkoztatásban** foglalkoztatott. A **2013-ban** akkreditált foglalkoztatást végző **326 szervezet** (az NRSZH nyertes listája szerint) összesen **30 331 fő megváltozott munkaképességű ember foglalkoztatását vállalta**. A pályázat elbírálását követően nyilvánosságra hozott adatok szerint ebből **27 932 fő tartós foglalkoztatási támogatásban**, míg **2 399 fő tranzit foglalkoztatási támogatásban** részesül. A tartós, illetve tranzit foglalkoztatásban részesülők száma azonban folyamatosan változik (erről későbbi fejezeteinkben részletesen írunk.)

Az NCSSZI-TÁRKI 2010-es adatai szerint az akkreditált foglalkoztatásban dolgozó emberek összetétele érdemben eltér a teljes egészségkárosodott népességétől és azon belül a nyílt munkaerőpiacon dolgozókéétól is.

Az adatok összességében azt jelzik, hogy a **munkavállaló emberek** korstruktúrája **lényegesen fiatalosabb az egészségkárosodottak teljes csoportjában** megfigyelhetőnél. Az akkreditált foglalkoztatók munkavállalóinak **28,1%-a 44 év alatti** (a teljes csoportban 16,6% ugyanez az érték). Míg a teljes aktív korú egészségkárosodott népesség közel fele (51,4%) **55 év feletti**, addig az akkreditált foglalkoztatóknál a legidősebbek aránya **39,3%**. Mindemellett úgy tűnik, hogy az **akkreditált foglalkoztatók a nyílt munkaerő-piaci foglalkoztatóknál némileg nyitottabbak ennek az idős generációnak a foglalkoztatására** (a nyílt munkaerő-piaci foglalkoztatók esetében az 55 év felettek aránya 34,9%).

11. táblázat A munkavállalók iskolai végzettség szerinti összetétele (2010)

	Teljes aktív korú egészségkárosodott népesség; 2010 (NCSSZI-TÁRKI)	Akkreditált foglalkoztatónál dolgozók	Nyílt munkaerő-piacon dolgozók	TÁMOP 1.1.1 (2012)
Általános iskola, kevesebb, mint 8 osztály	5,1	30,3	15,6	29,6
Általános iskola	30,7			
Speciális szakiskola	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Szakiskola/Szakmunkásképző	38,8	46,1	40,9	62,1
Középfokú végzettség/Érettségi	16,5	16,8	33,3	
Technikusi végzettség	3,9			
Felsőfokú szakképesítés (OKJ-s képzés)	1,1	5,5	10,2	5,4
Felsőfokú végzettség (diploma)	3,9			
Egyéb	0	0	0	0

Az adatokból jól látható, hogy míg a nyílt munkaerő-piaci foglalkoztatók esetében erős az iskolai végzettség szerinti „lefölözés”, addig az **akkreditált foglalkoztatóknál dolgozó emberek iskolai végzettség szerinti összetétele jobban közelíti a teljes csoport összetételét**. Az **akkreditált foglalkoztatóknál dolgozó emberek háromnegyede**

alacsony iskolai végzettségű: legnagyobb hányaduk szakiskolát vagy szakmunkásképző iskolát (46,1%) végzett (ez az érték egy kissé magasabb a teljes csoporton belül megfigyelhető aránynál, amely 38,8%) és **közel harmaduk (30,3%) végzett legfeljebb általános iskolát**. 22,3%-uknak van legalább érettségije (ez a nyílt munkaerő-piacon dolgozók esetében ez az érték 43,5%, a teljes csoportban 25,4%).

Az interjúkból az derült ki, hogy **az akkreditált szervezetekben leginkább a telephely településén, vagy az azt körülvevő, jól megközelíthető településeken élő emberek dolgoznak**. Ennek oka, hogy a jellemzően 4 órás foglalkoztatás nem éri meg akkor, ha ez aránytalanul nagy utazási idővel, illetve költséggel jár az egyén részére.

Az akkreditált foglalkoztatásba **újonnan bekerülő dolgozók várható összetételét** a következő években **feltehetően érdemben meghatározza** az, hogy a jelenleg bevonási szakaszban lévő **TÁMOP 1.1.1-es programba** (amelyben a tervek szerint nagyjából **10 000 fő** fog részt venni) a potenciális célcsoport mekkora és milyen összetételű hányada kerül be (akik értelemszerűen nem kerülnek az akkreditált foglalkoztatókhoz – első lépésben legalábbis). **A TÁMOP 1.1.1-es program és az akkreditált foglalkoztatók (a rehabilitálható munkatársak tekintetében legalábbis) ugyanis (elvileg) ugyanabból a csoportból merítenek**: míg az akkreditált foglalkoztatók a munkaerő-igényüket 2013. január 1 óta az illetékes RSZSZ-nek jelentik be, addig az NRSZH által koordinált TÁMOP 1.1.1-es programiroda, illetve az RSZSZ-ek között **megegyezés született** arra vonatkozóan, hogy az **RSZSZ-ek munkatársai célcsoport-tagokat irányítanak a programirodák** munkatársaihoz. Amint azt korábban bemutattuk, az akkreditált foglalkoztatók az új szabályozás szerint az egészségkárosodott emberek szélesebb körét foglalkoztathatják, mint akik a TÁMOP program elsődleges célcsoportját jelentik, azonban a gyakorlatban a nem rehabilitálható emberek az RSZSZ-eknél jellemzően nem jelennek meg (információs szinten sem)²⁹.

Jelenleg nyilvánvalóan még nem tudható pontosan, hogy kik kerülnek bevonásra a TÁMOP programba. Ami tudható, hogy a 2013-ban zárult első **TÁMOP 1.1.1-es kiemelt projektben³⁰ erős életkori leföldözési hatás érvényesült**: a **bevontak 36,8%-a 45 év alatti személy** volt, a legidősebb, 55-64 éves korcsoport a projektben mindössze 7,14%-ot képviselt. Az **akkreditált foglalkoztatókhoz hasonlóan tehát a program inkább célzott a fiatalabb érintettekre**. A **programba bevontak és az akkreditált foglalkoztatóknál dolgozók iskolai végzettség szerinti összetétele** pedig gyakorlatilag **megegyezett**. Összességében azt lehet tehát várni, hogy **a fiatalabb, motiváltabb, magasabb végzettségű, RSZSZ-nél megjelenő (tehát biztosan: a rehabilitálható) célcsoporttagokat várhatóan „elviszi” a TÁMOP 1.1.1-es program**. Ez, a bevontak számát nézve, **az akkreditált foglalkoztatóknál komoly humánerőforrás-problémákat eredményezhet** a következő években.

Az **új támogatási struktúra** okán, és a **bekerülő célcsoport várható átalakulásával** az **akkreditált foglalkoztatók szerepének átalakulását** jósolta több akkreditált

²⁹ Arról, hogy a gyakorlatban hogyan kerülnek be az emberek az akkreditált foglalkoztatókhoz, a következő fejezetben lesz szó.

³⁰ Az adatok forrása: A Nemzetgazdasági Minisztérium munkatársa által „Mégváltozott munkaképességű emberek rehabilitációjának és foglalkoztatásának segítése” című kiemelt projekt országos célkitűzései és eredményei” címmel elhangzott előadás a TÁMOP 1.1.1-es projekt Hajdú-Bihar megyei zárókonferenciáján 2013. február 15-én.

foglalkoztató is. Ennek a változásnak a megítélése különböző, az esetek többségében kedvezőtlen – e tekintetben kivételnek számít a következő interjúalany véleménye:

„Nem kell ettől félni. Megváltozik a funkciója a cégeknek. Nekünk igazából, ha a mostani rendszerben gondolkodunk, akkor a szakpolitika irányítóinak, meg minden résztvevőnek arra kellene rákészülnie, és ezeket a fejlesztési forrásokat arra kellene fordítani, hogy ugyanúgy – ez megvan egészen a közoktatás, az elejétől kezdve lehet látni, már az óvodás kortól lehet látni, de a szociális, bentlakásos rehabilitációs intézményeknél is ugyanez van, hogy gyakorlatilag a halmozottan, súlyosan fogyatékos emberek maradnak meg a szegregált környezetben. ... Nálunk is ez van, tehát átmegyünk ilyen fejlesztő foglalkoztatásba, ilyen szociális foglalkoztatás típusú foglalkoztatásba, ami nem baj, nekünk erre kéne ráállni. És a támogatási ösztönzésnek és mindennek erre kéne ráállni, hogy egyrészt vállaljunk ilyen tranzit szerepet: aki jó képességű, de valami miatt a munkaerőpiacon nem tud megmaradni, azt készítjük föl, másrészt, a tartósan foglalkoztatottak, a nagyon súlyosan egészségkárosodott emberek, meg a súlyosan fogyatékos emberek legyenek nálunk, és nekünk erre kéne felkészülni. Szerintem ez nem baj. Tehát én azt mondom mindig, hogy nem akkor dolgozunk jól egyébként, ha egyszerre sok embert foglalkoztatunk, hanem úgy foglalkoztatunk sok embert, hogy sokan keresztülmennek rajtunk... És átalakulunk és átmegyünk egy ilyen szociális foglalkoztatóba.” (akkreditált foglalkoztató vezetője)

I.5.2 Mit jelent akkreditált foglalkoztatásban dolgozni a célcsoport tagjai számára?

Az akkreditált szervezetekben való foglalkoztatás a megváltozott munkaképességű emberek számára számos előnnyel jár, elsősorban a „védett” helyzet miatt. Emellett azonban ismertetnünk kell azokat a kézzel fogható hátrányokat is, amelyek ugyanebben a szituációban felmerülnek, és befolyást gyakorolnak a később, nyílt munkaerő-piaci munkavállalás (tranzitálás) szempontjából. Az előnyök és hátrányok ismertetését követően kell beszélnünk – ezekhez szorosan kapcsolódva – azokról az érdekeltségekről és ellenérdekeltségekről, motivációkról, amelyek a tranzitáláshoz kapcsolódnak az akkreditált szervezetben dolgozó munkavállalók számára.

Az akkreditált foglalkoztatás előnyei – mitől „védett” a foglalkoztatás?

A megváltozott munkaképességű emberek számára számos előnnyel, könnyebbséggel jár az akkreditált szervezetnél való foglalkoztatás, amelyek jó része a speciális feltételekkel történő „szegregált” helyzet sajátosságából adódik. Ezek az előnyök teszik „védett foglalkoztatássá” az akkreditált szervezetekben való munkavállalást.

- **Képességekhez mért teljesítményelvárás:** csak azért, mert a dolgozó teljesítőképesége nem éri el azt, mint ami a hasonló munkakörben dolgozó ép embertől elvárható, nem érik retorziók a munkahelyen, ahogyan abban az esetben sem, ha egészségi állapotának romlásával a teljesítménye is csökken, esetleg hibát követ el.

„A dolgozóknak a túlnyomó része az megváltozott munkaképességű, és többen dolgoznak megváltozott munkaképességűek egy helyen, mint nem

megváltozott munkaképességűek nagyon egyszerűen; és ennek megfelelően tevékenykednek, tehát az ő teljesítményük figyelembevételével történik a tevékenység, és (...) annyiban van teljesítményelvárás egy dolgozóval szemben, amennyiben az egyéni fejlődéséhez szükséges. Nem pedig a gazdasági teljesítmény az elsődleges, ekkor van védett foglalkoztatás.” (Forrás: Interjú akkreditált foglalkoztatóval)

„Innen senki ki nem kerül, csak ha haláleset történik, egészségügyi állapot romlása következik be, valami nagy bakit csinál, vagy nyugdíjazzák.” (Forrás: Interjú akkreditált foglalkoztatóval)

- **Nem jellemző a túlóra:** az akkreditált szervezetekben dolgozók napi munkaideje rendszerint valóban annyi, amennyi a munkaszerződésükben rögzítésre került; nincs túlóra, illetve hétvégi munka (a gyakori és szigorú ellenőrzések is erre motiválják a munkaadókat).
- **Pihenőidők:** az előírt pihenőidőket, amelyre a munkavállalóknak feltétlenül szüksége van, az akkreditált foglalkoztatók jellemzően betartják, ez nagyban javítja a munkahelyi komfortérzetet.
- **A munkaidő módosítása indokolt esetben:** előfordul olyan munkáltató, aki lehetővé teszi, hogy a napi munkaidőt több részletben, több órás szünetekkel végezze a munkavállaló, ha csak úgy tudja. Emellett többen említették, hogy a munkáltatók jellemzően elfogadják, ha orvosi kezelés okán vagy egyéb (elfogadható) okból később ér be a munkakezdésre a munkavállaló vagy esetleg megszakítja munkavégzését.
- **Akadálymentesített munkahely, munkakörülmények:** a munkahelyre való bejutás, a munkahely belső tere, illetve a munkavégzés körülményei jellemzően akadálymentesítettek az ott dolgozók számára. Általában nem beszélhetünk teljes körű akadálymentesítettségről, de az alkalmazottak számára a szükséges körülmények jellemzően biztosítottak.
- **Elfogadás, tolerancia a munkáltató részéről:** az alkalmazottak irányába általában nem jellemző olyan megkülönböztetés, amely a megváltozott munkaképesség, illetve bármilyen fogyatékoság okán van; a munkavállalók személyéhez és munkájához való hozzáállást rendszerint az elfogadás és a tolerancia jellemzi.
 - *„...meg hálásak vagyunk egy szinten a munkáltatónak, amit nem kell nekik tudni, mert ha belegondolunk, hiába vagyok 39 éves, a koromtól még aktív életet kellene élnem, de az egészségkárosodásom miatt nem. Na, most hogy ha ez a munkáltató engem nem alkalmaz, nagyon-nagyon csekély az esély, hogy bárhova is elmehetnék. Letagadhatom én a betegségemet átmenetileg, de egy idő után úgyis előjön. Emelni nem tudok, néha nem tudok felkelni reggel, tehát ez is változó az egészségi állapotom. Vannak szakaszok, amikor nagyon jól viselem, és vannak szakaszok, amikor reggelente nem tudok felkelni. (...) és a munkáltató valahol ezt mindig tolerálja elég jól. És ezért is jó itt.” (Forrás: Interjú megváltozott munkaképességű emberekkel)*
- **Segítő szolgáltatások rendelkezésre állása:** ahogyan a helyzetfeltárás későbbi fejezetben ismertetjük, természetesen nem minden akkreditált foglalkoztató esetében

azonos színvonalon és elérhetőséggel, de (legalábbis elviekben) a foglalkoztatottak rendelkezésére áll számos segítő szolgáltatás, amelyet szükségleteiknek megfelelően vehetnek igénybe. A gyakorlatban azonban jó néhány szervezet esetében mindössze „segítő beszélgetés” érhető el számukra.

„Van, akinek ez az egyetlen közeg, ahol meg tudja osztani a problémáit, nagyon fontos része a munkánknak.” (Forrás: Interjú akkreditált foglalkoztatóval, akinek saját humán szolgáltatása is van)

- **A munkatársak mint sorstársak (könnyebb beilleszkedés, esetleg motiváló erő):** mivel (majdnem) minden más munkavállaló, a „kollégák” is megváltozott munkaképességű emberek, így az ezzel járó sajátos (pl. egészségügyi) igények, tulajdonságok jellemzően nem okoznak senki számára meglepetést, megrökönyödést, nem váltanak ki csodálkozást és nem okoznak megkülönböztetést. A megváltozott munkaképességű emberek itt „átlagosnak, normálisnak” érzik magukat, így könnyebben be is illeszkednek a munkahelyi közösségbe. (Beilleszkedési problémáról olyan alkalmazott számolt be, aki ezt megelőzően évtizedekig más formában, például 6-7 fős csoportban vagy egyedül dolgozott.)

„Hát mindannyian aktívak, főleg azokra a fiatalokra gondolok, akik eredendően fogyatékosok, ők ebben a védett közegben nagyon jól tudnak dolgozni, és ez nagyon fontos az önértékelésük és önbecsülésük szempontjából. A többieknél, akiknél esetleg később állapították meg a munkaképesség csökkenését, szerintem az nagyon sokat tud segíteni, hogy olyan tevékenységet végeznek, ami a másik emberen is segít. Tehát ez így szerintem nagyon fontos, meg hogy itt, ez a szellemiség nagyon ragadós, annak ellenére, hogy valakinek van valamilyen problémája, igyekszik a legtöbbször teljesen életet élni, és a meglévő képességeit használni, ez szerintem, ami nagyon jól tud működni, érvényesülni.” (Forrás: Interjú akkreditált foglalkoztatóval, akinek saját humán szolgáltatása is van)

„Mert mint rehabosok, nagyon meg tudjuk érteni a másik problémáját. Teljesen már tünetei, problémái vannak, de valahol átérezzük egymásét. Akár tolókos, vagy mozgássérült bármilyen, de mindegyikőnknek megvan a sajátja, és ezért jobban átérezzük a másik tehetetlenségét.” (Forrás: Interjú megváltozott munkaképességű emberekkel)

- **Adottságoknak megfelelő munkakör ellátása:** korántsem minden akkreditált foglalkoztató esetében, de a nyílt munkaerő-piaci foglalkoztatókhöz képest jóval gyakrabban fordul elő, hogy az adott munkavállalóhoz keresik a megfelelő munkakört, figyelembe véve az akadályozottságát, személyes jellemzőit, munkabírását; próbálják megtalálni a számára legmegfelelőbb munkát.

„Úgy vannak meghatározva a feladatok, hogy az igazodjon a megváltozott munkaképességhez. Ha valakinek tényleg nagyon súlyos problémái, betegségei vannak, akkor is tudunk neki találni olyan részfolyamatot, amelyben jól érzi magát.” (Forrás: Interjú akkreditált foglalkoztatóval)

„Tulajdonképpen nincsen személyre szabott foglalkoztatás a másik (nyílt munkaerő-piaci) cégeknél. Mert ha azt mondom, hogy nem tudom azt a munkát elvégezni, ellátni, akkor az nem tetszik neki. De itt például ... is, mivel ugye a keze ekcémás és nem adhatok neki ragasztós munkát. Ő

csak hoz, pakol, dobozolnak, vagy olyan munkát kap, amit el tud látni.”
(Forrás: Interjú megváltozott munkaképességű emberekkel)

- **Rendszert, napirendet visz a munkavállalók életébe.** A korábban nem dolgozó, jellemzően otthon élő munkavállalóknak az akkreditált szervezetnél való kiszámítható, állandó ritmusban zajló napi munkavégzés olyan rendszert visz az életébe, amelyet régóta hiányoltak; gyakran látványosan javul az emberek életminősége.
- **Hasznosnak érzik magukat.** A munkavégzés, értékteremtés hasznosság-tudatot ad az embereknek; ennek jelentős szerepe van a depresszió kialakulásának megelőzésében is.

„Legyünk őszinték, amíg ezt a 4 órás munkát el tudom látni, az addig nekem is jó, tehát most én sokkal jobban érzem magam akkor, ha tudom azt, hogy igenis van egy hely, ahol elvégzem a kis dolgomat, és arra a dologra szükség van, mint az, hogy most kényszerből nem tudtam dolgozni sokáig, és csak voltam, és jártam az orvosokhoz, és azt mondtam ennek mi értelme? Akkor már inkább csinálom ezt. Emberek között vagyok, van haszna annak, amit csinállok.” (Forrás: Interjú megváltozott munkaképességű emberekkel)

- **Alkalmazkodóképesség fejlődése.** Az akkreditált szervezetben dolgozó megváltozott munkaképességű emberek egy része korábban nem dolgozott, illetve szinte egyáltalán nem járt közösségbe, így a társaságban való rugalmassága, emberekhez való alkalmazkodó képessége megkopott. Ezeken a munkahelyeken újra tanulható az alkalmazkodás, toleránsabb közegben, szükség esetén segítséggel.

Mindezen (sokszor pillanatnyi) előnyök miatt az **akkreditált szervezetben dolgozó megváltozott munkaképességű emberek többségében kifejezetten szeretik a munkahelyüket, biztonságérzetet nyújt számukra** ez a fajta foglalkoztatottság, és **nem kívánnak ezen a helyzeten változtatni.** Nagyon kicsi azoknak az aránya, akik keresik azt az utat, amely alternatívája az akkreditált foglalkoztatásnak, akik motiváltak a nyílt munkaerő-piaci munkavállalásra.

„Minimum háromféle hozzáállás van: az egyik, aki teljesen el van keseredve, ő azt mondja, hogy ő már ennél jobb helyzetbe nem fog kerülni. A másik, aki azt mondja, hogy ez neki nagyon jó, a harmadik meg az, és őrölk a legfontosabb beszélni, akik azért keresnek megoldásokat. Hát hogy milyen sikerrel, az egy másik kérdés. Ja, meg a negyedik, aki mindennel elégedetlen, de az mindenütt van.” (Forrás: Interjú akkreditált foglalkoztatóval)

Az akkreditált foglalkoztatás hátrányai, nehézségei

Előnyei mellett ismertetnünk kell azokat a hátráltató tényezőket is, amelyet az akkreditált foglalkoztatónál való munkavállalás okoz a megváltozott munkaképességű emberek életében. Ezek a hátrányok, problémák sok esetben sajnos a pillanatnyi előnyként megélt szituációkból, sajátosságokból adódnak.

- **A megszerzett tudás, tapasztalat nem piacképes.** Az akkreditált foglalkoztatónál a célcsoport tagjai gyakran olyan munkafolyamatokat tanulnak be, amelyhez kapcsolódó képesség, készség, tudás egyáltalán nem piacképes; a nyílt

munkaerő-piacon nem tudnak érvényesülni a dolgozók az akkreditált szervezetnél megszerzett tudással. Ennek egyik legfontosabb oka, hogy sok esetben a hasonló profilú nyílt munkaerő-piaci foglalkoztatók ugyanazon munkafolyamatra gépi erőt alkalmaznak. Tovább nehezíti a helyzetet, hogy gyakran egyféle munkafolyamatot végeznek több éven keresztül, ami szintén nem fejleszti – a nyílt munkaerő-piacon elvárt – gyors tanulás, alkalmazkodás, rugalmasság képességét.

„A másik nagy dolog az, hogy egy cég – most beszéljünk a nyomdáról, mert arról tudunk beszélni – nem biztos, hogy van rá annyi igénye a nyomdának, mert ugye a legtöbb nyomda gépesítve van, hogy ezt a kézi munkát, van annyi embere, hogy meg tudja csinálni. Mert az a legnagyobb dolog, hogy itt rengeteg kézi munka van.” (Forrás: Interjú akkreditált foglalkoztatóval)

- **„Hospitalizáció”.** A megváltozott munkaképességű emberek – ha bejutottak – rendszerint hosszú éveig dolgoznak akkreditált foglalkoztatónál; az elérhető szolgáltatások, a munkáltatótól kapott rugalmasság és türelem stabil biztonságérzetet szül, amelyre hosszú távon „berendezkedve” a munkavállalók nem tudnak – és nem is akarnak – tovább lépni.

„Én nagyon látom az ellenérdekeltséget. Most tudja zsarolni a munkáltatót, hogy utánam támogatást kapsz, velem bánjál úgy, hogy milyen beteg vagyok, milyen hátrányos helyzetű vagyok. Mihelyt elkerülne egy olyan céghez, ahol nincs támogatás, ez a védett helyzete megszűnne, és onnantól neki ez abszolút nem érdeke, hogy kikerüljön egy ilyen helyről.” (Forrás: Fókuszcsoport akkreditált foglalkoztatókkal)

„Többek közt az az oka szerintem, hogy adott esetben a védett szervezeteknél dolgoznak olyan megváltozott munkaképességűek is, akiket mostanság már tranzitálандóvá minősítettek, de adott esetben már húsz, harminc évig, lehet, hogy kevesebb, lehet, hogy több, egy fix, egy megszokott, nem túlon túl hajtós környezetben tevékenykedtek, éltek, és ha ebből kikerülnek, nekik ott abban a pillanatban van végük. A megszokottól eltérő. És, hát vagy meg tudja szokni, vagy nem. Ebben van nekünk, mondjuk, nagy szerepünk. De nem tudjuk, hogy ez mennyire működhet, vagy mennyire fog működni.” (Forrás: Interjú nonprofit szolgáltató szervezettel)

„Itt nem azokkal lesz gond, aki fiatal, meg aki előtte is esetleg nyílt munkaerő-piacon dolgozott, hanem itt azokkal lesz gond, akik megszokták, hogy ebben a környezetben vannak.” (Forrás: Interjú nonprofit szolgáltató szervezettel)

- **A hosszú ideig tartó beutazás problémája.** Sok vidéki dolgozónak (a napi, több órát igénybe vevő bejárás miatt) nem éri meg elmenni akkreditált foglalkoztatóhoz sem dolgozni. Korábban a munkaidő-keret volt erre megoldás, de azt mára megszüntették.

„Gondolj bele, vannak olyan területek, főleg kistelepüléseken, ahol olyan munkákat tudunk biztosítani, hogy 4-5-6 órában dolgozzanak, nem kell többet dolgozniuk, és ráadásul olyan rossz a közlekedés, hogy naponta egy órát kell utazniuk, hogy bejussanak a munkahelyükre, és akkor

naponta utaznak 2 órát, ott dolgoznak mondjuk 4 órát, megtiltották a munkaidő-keretet, ugye az új jogszabályban, merthogy korábban meg tudtuk azt oldani, hogy munkaidő-keretben dolgoztak, amit nagyon szerettek a dolgozók, mert akkor azt mondtuk, hogy nem kell bejárni minden nap, hanem akkor hetente 2 vagy 3 napot jöjjenek be, és akkor dolgoztak 6-7-8 órát, attól függ. ... Sokan járnak állandó kezelésekre – dialízis vagy ilyesmi – és akkor be tudták osztani, tehát ez tök jó volt mindenkinek. Sokan azt mondják, hogy nem fognak utazgatni.

Én is azt csinálnám, hogy megkapom a 25 ezer forintot, főleg ott, ahol Somogy megyében, Baranyában, ahol málna, eper, mi a francnak járjak be, mikor utálom az egészséget, akkor inkább otthon dolgozok, vagy elmegyek napszámba dolgozni bárhová, és megvan az ellátásom, és bízom abban, hogy nem jelentenek fel, hogy feketén dolgozok. Erre fel lehet építeni egy életmódot.” (Forrás: Interjú akkreditált foglalkoztatóval)

„Ha reggel 6-ra kell bejönni például ...-ra, vidékről neki el kell indulni 4-kor, fél 5-kor, hogy 4 órát dolgozzon... Ez egy óriási visszatartó erő.” (Forrás: Interjú akkreditált foglalkoztatóval)

- **Félelem az ellátás elvesztésétől, felmondás.** Az akkreditált szervezeteknél megjelenő fluktuáció, illetve a felmondások oka majdnem minden esetben az ellátás elvesztésétől való félelemhez kötődik. Egyrészt megjelenik a komplex felülvizsgálat előtti felmondás, mert attól tartanak az emberek, hogy ha munkaviszonyuk van, akkor automatikusan tranzitálhatóvá nyilvánítják őket. Másrészt a rendszer átalakítását követően nagy a tájékozatlanság, és a biztonságkeresés nevében inkább nem veszélyeztetik a biztos ellátásukat az emberek.

„Elmennek felülvizsgálatra, leszámolnak, hogy, majd ha megkérdezik, van-e munkaviszony, mondassák, hogy nincs... Úgy gondolják, hogy akkor valószínűleg kíméletesebbek lesznek velük.” (Forrás: Interjú akkreditált foglalkoztatóval)

„...azért, mert megbolydult az ellátás... A legtöbb a rendszer átalakítás miatt lép ki. És nem tudjuk meggyőzni a dolgozókat, hiába mondjuk nekik, hogy 4 órában nyugodtan dolgozzon, mert az ellátása meg fog maradni, majd vissza fogja kapni, csak fel van függesztve, nem hiszik el.” (Forrás: Interjú akkreditált foglalkoztatóval)

- **„Elkényelmesedés”.** A már bemutatásra került biztonságérzet bizonyos emberek esetében elkényelmesedést, a teljesítmény akaratlagos visszafogását váltja ki, illetve tapasztalat az is, hogy a teljesítményberről órabérre való átállás után jelentősen csökkent a termelés.
- **Akkreditált szervezetben fizetett alacsony munkabérek.** Az új komplex felülvizsgálatot követően nagyon sok ember elveszíti a korábbi ellátását, és amit az akkreditált foglalkoztatónál kap, az (ellátás hiányában) kevés a megélhetéshez. Ugyanakkor az akkreditált foglalkoztatásban való részvétel mellett – interjúalanyaink tapasztalatai szerint – kicsi az esélye a másodállásban való elhelyezkedésnek, illetve a feketepiacon sem foglalkoztatják őket.

- **Tartósan foglalkoztatható és tranzitálendő alkalmazottak közötti feszültség.** A beilleszkedés könnyűsége és a hasonló problémákkal küzdő munkatársaknak köszönhető diszkrimináció-mentesség mellett jelen van egy esetenként komoly feszültségeket okozó helyzet: a tartósan foglalkoztatható és a tranzitálendő minősítést kapott személyek közötti ellentét, melyek okaként a támogatás és a munkaidő került említésre. A tranzitálendő személyek csak napi négy órát dolgozhatnak (ellátásvesztés nélkül), addig a tartósan foglalkoztatható személyek többet, és ők több támogatást is kapnak; a besorolás bizonytalansága, az állapotok különbözőségének követhetlensége miatt ez komoly feszültségforrás a két csoport között.
- **Támogatott foglalkoztatásban és támogatás nélkül alkalmazott munkavállalók közötti feszültség.** Azokban a szervezetekben, ahol egészséges (támogatás nélkül foglalkoztatott) és támogatással foglalkoztatott emberek is dolgoznak, egy azonos munkafolyamatban, ott a teljesítmény különbsége feszültségforrás.

„A megváltozott munkavállalók nagy részének egy ilyen felfogása, hogy nem kell annyira túlhajtsa magát, mert egyrészt megváltozott munkaképességű, másrészt úgyszólván kap utána a munkáltató pénz. Ez néha egy kis feszültségre szokott adni okot az egészségesek és a megváltozottak között.” (Forrás: Interjú akkreditált foglalkoztatóval)

I.5.3 A megváltozott munkaképességű, akkreditált foglalkoztatónál dolgozó emberek érdekeltsége és ellenérdekeltsége a nyílt munkaerőpiacra való kilépéshez kapcsolódóan

Az akkreditált foglalkoztatónál való munkavállalás előnyeinek és hátrányainak bemutatása alatt szükségszerűen rögzítésre került már, hogy jellemzően **ragaszkodnak ehhez a típusú foglalkoztatáshoz, és kifejezetten ellenmotiváltak** az alkalmazottak – illetve döntő többségük – arra, hogy kilépjenek a „védett” foglalkoztatásból, és **a nyílt munkaerő-piacon vállaljanak munkát.**

- **Félelem a nyílt munkaerő-piaci munkavállalástól.** Az a számos sajátosság, körülmény (akadálymentesség, türelem, segítő szolgáltatások stb.), amely előnyként jelenik meg a megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatásában az akkreditált szervezetek esetében, olyan munkavégzési közeghez szoktatja az alkalmazottakat, amely a nyílt munkaerő-piacon gyakorlatilag nem létezik. Ezzel a megváltozott munkaképességű emberek is tisztában vannak, és sok esetben ez odavezet, hogy úgy gondolják: nem is tudnának más („zordabb”) körülmények között dolgozni, kizárólag csak akkreditált szervezetben tudják elképzelni a munkavállalásukat, a már említett előnyök megléte mellett. Egyértelműen úgy gondolják, hogy nem felelnének meg a nyílt munkaerő-piaci elvárásoknak és követelményeknek.

„Az volt a jellemző, hogy egy fél éves toborzás alatt egy ember jelentkezett, hogy ő ezt vállalja, hogy tanul és elmegy máshova dolgozni. Volt 3 tanácsadó, 3 mentor és mondták, hogy ez milyen jó lesz nekik, képzés, képzési támogatást kapnak végig, ameddig ott részt vesz. Mindegyik mondta, hogy de ő neki nagyon jó itt. ... De hát most például az idén 6 hónap alatt nem volt 2 ember, akit el tudjunk oda (nyílt munkaerő-piaci foglalkoztatóhoz) helyezni, mert ő harmincasával szeretné felvenni a

megváltozott munkaképességűeket, de ők nem szeretnék oda menni. Nem érdeklő, hogy mi lesz 3 év múlva, ő azt tudja, hogy most van munkahelye, most van fizetése, és abban nem nagyon gondolkodik, hogy 3 év múlva. Az olyan beláthatatlan idő.” (Forrás: Fókuszcsoport akkreditált foglalkoztatókkal)

„Nem tudom, mihez kezdenék, ha kikerülnék az utcára.” (Forrás: Interjú megváltozott munkaképességű emberekkel)

„Egy-két évet eltöltöttem egy munkahelyen, megszokja a kollektívát, megszokja az adott feladatot, és hát nem szívesen megy a nyílt munkaerő-piacra. Érthető, hisz ez egy beteg ember és, ha valahol befogadták, elfogadták, ott, kérem szépen, el tudja a munkáját is látni... És akkor egy nagy bizonytalanság, hogy majd kinn, úgymond a nyílt munkaerő-piacon mi lesz.” (Forrás: Interjú nonprofit szolgáltató szervezettel)

„Ha az alapítványtól valami oknál fogva mennem kell, vagy megszűnik, vagy bármi történik, 100 százalékosan el vagyok könyelve, hogy nekem soha az életben nem lesz munkahelyem. Tehát ez az egyetlen egy életforrásunk, ami itt van, és ha ez megszűnik, nekünk annyi. Mert nem lesz még egy ilyen munkahely, ami ennyire tolerálja.” (Forrás: Interjú megváltozott munkaképességű emberekkel)

- **Demográfiai és családi jellemzők miatt motiválhatatlanság a tranzitálásra.**

Nagyon kevés az olyan munkavállaló, akit lehet motiválni a tranzitálásra, amennyiben 50 éves elmúlt és egyedül él. Nagyon sok ilyen típusú, tranzitálendő minősítést kapott munkavállalóról számolnak be az akkreditált foglalkoztatók.

„Az ötvenegynéhány éves, ráadásul egyedül él, elvált, özvegy, azokat mivel motiválom? Neki az a lényeg, hogy meglegyen az ellátása, meg a jó védett munkahelye, és így kibekkelje az öregségi nyugdíjig. Ez egy normális életstratégia szerintem ebben a körben...Van, mondjuk 20 emberből 2, akinek tudok valamit mondani, a többit nem fogja érdekelni.” (Forrás: Interjú akkreditált foglalkoztatóval)

- **Önbizalomhiány, betegségtudat és tehetetlenség tudat.** A munkavállalók egy része olyan belső, lelki problémákkal küzd, amelyek gyakran az önbizalomhiányból és betegségtudatból alakulnak tehetetlenségé.

„A belső okokról meg órákig tudnék beszélni, mentális felkészültség hiánya, a megbélyegzettségéből adódó önbizalomhiány, a betegségből adódó, a betegségtudatnak a nem megfelelő kezelése, hogy ő mennyire hiszi magát, ezek mind a belső tényezők.” (Forrás: Interjú akkreditált foglalkoztatóval, akinek saját humán szolgáltatása is van)

- **Hiteltenség, háritás, a jogszabály módosításába vetett hit.** Az akkreditált foglalkoztatók rendszerint³¹ érthetően ismertetik a „tranzitálendő” minősítést kapott munkavállalóikkal, hogy bizonyos idő elteltével nem jár utánuk majd több támogatás, és nem tudják majd őket tovább foglalkoztatni az akkreditált szervezeten belül,

³¹ Erre vonatkozóan egy esetben ellenpéldával is találkozunk: az egyik nagyobb foglalkoztató kifejezetten nem törekedett arra, hogy a tranzitálásra érdemben beszéljen munkavállalóival, épp az ott dolgozók félelme miatt, a tömeges pániktól tartva.

helyette a nyílt munkaerőpiacon kellene tovább dolgozniuk. A foglalkozatók általános tapasztalata, hogy a dolgozók abban bíznak, hogy a jogszabályokat majd megváltoztatják, és lehetőség lesz arra, hogy tovább maradjanak; érdemben nem is foglalkoznak a nyílt munkaerő-piaci munkavállalás lehetőségével. Gyakori jelenség, hogy magát az akkreditált szervezetet okolják azért, mert meghatározott idő múlva „kiteszi” majd őket. Ezzel együtt azoktól várják a megoldást arra, hogy maradhassanak, azokat teszik felelőssé ezért. Előfordul az is, hogy minden ellenkező információnyújtás ellenére biztosak abban, hogy az akkreditált foglalkoztatónál való munkavállalás az ellátás része, „alanyi jogon jár”. Ugyancsak megjelenik néhány munkavállaló esetében, hogy a hosszú távú közös múlt, munkaviszony miatt megalapozottnak gondolják, hogy természetesen támogatás nélkül is tovább foglalkoztatják majd (erre vonatkozóan kapott ígéret nélkül).

„Biztos vagyok benne, hogy nem raknak ki innen minket, ha csak nem történik valami katasztrófális meteorzápor vagy valami.” (Forrás: Interjú megváltozott munkaképességű emberekkel)

- **Jogszabályok, rendszer átlátására való képtelenség.** Sajnos előfordul az is, hogy a több irányú, türelmes és alapos tájékoztatás után sem értik meg egészen a tényeket, gyakran a munkapróba intézményével keveredik össze a tranzitálás fogalma.

„Elmondta a főnökasszony, hogy ha lejár az az időszak, amikor a támogatás jár utánam, ez a rendszer kiküldhet más céghez, hogy ott bizonyos munkát elvégzek két-három hónapban, amit ők felajánlanak, és ha nekik megfelel és nekem is megfelel, akkor maradhatok a munkakörben, illetve nem tudom ez a rendszer akkor onnantól újraszámolja ezt a 3-4 évet nekik, vagy hogy van, tudtommal valami ilyesmit takar ez a dolog.” (Forrás: Interjú megváltozott munkaképességű emberekkel)

- **Nincs magasabb bérezési lehetőség a nyílt munkaerő-piacon.** Azon térségekben, ahol gazdaságilag jobb a helyzet és lehetőség lenne nyílt munkaerő-piaci munkavállalásra, az egyik legnagyobb visszatartó erő, hogy az akkreditált foglalkoztatással ellentétben nagyobb terheléssel, kevesebb támogatással, nem feltétlenül ideális környezetben kell dolgozni – ugyanolyan bérezésért.

Az akkreditált foglalkoztatónál dolgozó megváltozott munkaképességű emberek tehát **felmérték a nyílt munkaerő-piaci foglalkoztatás kihívásait és körülményeit, szívesen élnek a „védett” foglalkoztatás lehetőségével**, biztonságban érzik magukat az akkreditált szervezeteknél. Mindennek eredményeképp – nagyon kevés kivételtől eltekintve – **egyáltalán nem motiváltak a nyílt munkaerő-piaci elhelyezkedésre**, ha lehetséges, nem vesznek róla tudomást, és őszintén bíznak abban, hogy jogszabályváltozások lehetővé teszik, hogy megmaradjanak az akkreditált foglalkoztatás keretén belül.

Az akkreditált szervezetben, illetve egy nyílt munkaerő-piaci munkáltatónál való munkavállalás minden érintett szereplő véleménye szerint valóban rendkívül különböző, így **az akkreditált szervezetben való foglalkoztatás önmagában valóban nem készít fel a későbbi piaci viszonyokra, az azokhoz való alkalmazkodásra, a sikeres munkavállalásra, és nem motivál a kilépésre sem.**

II. Akkreditált foglalkoztatók

II.1 Az akkreditált foglalkoztatók bemutatása

Jelenleg 326 olyan szervezet van, amely megváltozott munkaképességű emberek akkreditált foglalkoztatását végzi, ők a 2013. évi támogatott foglalkoztatására kiírt pályázat nyertesek³². Az alábbiakban bemutatásra kerül a szervezetek földrajzi elhelyezkedése (Magyarország lefedettsége), legfontosabb (adatszerű) szervezeti jellemzőik, foglalkoztatási kapacitásuk és végzett tevékenységeik. Információinkat a nyerteslistán kívül a 2013. június 28-ig kiadott akkreditációs tanúsítványokból, illetve a szervezetek körében készült kérdőíves felmérésből nyertük.

Magyarország akkreditált szervezetekkel való ellátottsága, a területi lefedettség vizsgálatakor fontosnak tartottuk a telephelyek alapján történő elemzést, hiszen sok esetben a székhelyen kívül számos egyéb településen is rendelkeznek a foglalkoztatók – elhelyezkedési lehetőséget nyújtó – telephellyel.

A **2013-as támogatási időszakra** vonatkozó támogatott foglalkoztatásra kiírt pályázatban nyertes **326 szervezetnek összesen 997 székhelye, telephelye, fióktelepe** (továbbiakban telephely) van Magyarországon, ahol megváltozott munkaképességű embereket foglalkoztatnak³³. Az adatok alapján a **legtöbb telephely** (10,6%, 106 db) **Jász-Nagykun-Szolnok megyében** található. További, jelentős számú telephely található **Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében** (10,1%, 101 db), illetve **Budapesten** (9,7%, 97 db). A **legalacsonyabb számban Győr-Moson-Sopron megyében** (1,4%, 14 db), **Zala megyében** (1,5%, 15 db) és **Fejér megyében** (1,7%, 17 db) vannak telephelyek. Az alábbi táblázat szemlélteti a telephelyek darabszámának megoszlását az egyes megyék között.

Megvizsgáltuk az egyes megyék belső lefedettségét is, az **akkreditált foglalkoztatásra lehetőséget adó telephelyek megyén belüli koncentrációját**, ennek alapján **több csoportba** tudjuk sorolni a megyéket³⁴:

A megyék egy része esetében a telephelyek **a megyeszékhelyen koncentrálnak**, nincs más olyan település, ahol (a megye belső arányait tekintve) nagyobb számú telephely lenne:

- Somogy megyében koncentrálnak leginkább egy helyre a telephelyek, a 31 db telephely több mint fele (17 db) Kaposváron található. További 9 településen van még 1 vagy 2 db telephely.

³² Forrás: NRSZH, <http://nrszh.kormany.hu/a-megvaltozott-munkakepessegu-munkavallalok-rehabilitacios-foglalkoztatatasanak-koltsegvetesi-tamogatasara>

³³ Elemzésünkben a telephelyek településenkénti darabszámára tudunk koncentrálni, a telephelyek foglalkoztatási kapacitásáról nem állt rendelkezésünkre adat. Ennek megfelelően az akkreditált foglalkoztatók jelenléte csak az első lépcsője a területi lefedettség vizsgálatának; javasoljuk olyan további elemzés készítését, amely a foglalkoztatási kapacitásokat is figyelembe veszi. E vizsgálat eredményeinek összevetése a megváltozott munkaképességű emberek területi megoszlásával rendkívül informatív lehet a rendszer minden szereplője számára.

³⁴ Ez feltételezhetően (a közeljövőben tesztelendő feltételezés!) nem független a megyék településhálózatának jellegétől, jellemzőitől, a települések közötti kapcsolódásoktól, viszonyrendszerektől. Mégis úgy véljük, hogy az elhelyezkedés önmagában is fontos kiinduló jellemzője a tervezett új működési rendszernek.

12. táblázat Akkreditált foglalkoztatók telephelyeinek száma megyei eloszlásban

Megye	db	%
Bács-Kiskun	39	3,9
Baranya	85	8,5
Békés	60	6,0
Borsod-Abaúj-Zemplén	78	7,8
Csongrád	33	3,3
Fejér	17	1,7
Győr-Moson-Sopron	14	1,4
Hajdú-Bihar	71	7,1
Heves	51	5,1
Jász-Nagykun-Szolnok	106	10,6
Komárom-Esztergom	32	3,2
Nógrád	18	1,8
Pest	63	6,3
Somogy	31	3,1
Szabolcs-Szatmár-Bereg	101	10,1
Tolna	31	3,1
Vas	30	3,0
Veszprém	25	2,5
Zala	15	1,5
Budapest	97	9,7
Összesen:	997	100,0

Forrás: Saját szerkesztés a 2013. június 28-ig kiadott tanúsítványok alapján.

- Baranya megyében a 85 db telephely közel fele (36 db) Pécssett található, a maradék 27 település között szóródik szét, jellemzően 1-2 db telephely van településenként, egy-egy esetben van 3-4-5-6 db.
- Borsod-Abaúj-Zemplén megyében is a megyeszékhelyen, Miskolcon összpontosul a 78 db telephely harmada (27 db), emellett további 23 településen van még telephely (12 település esetében 1 db, a többi település esetében 2-7 db).
- Heves megyében is igen magas a megyeszékhelyen lévő telephelyek száma, az 51 db telephelyből 23 db itt (Egerben) található, emellett 20 másik településen van jellemzően 1 db telephely.
- Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében sok telephely van a többi megyéhez képest, a 101 db telephelyből 39 db Nyíregyházán található, további 11 db Nagykállóban, valamint 36 másik településen jellemzően 1-2 db, ritkán 3-4 db telephely található.

1. ábra Akkreditált foglalkoztatók telephelyei Magyarországon (2013. június 28-án)



Forrás: saját szerkesztés az akkreditációs tanúsítványok alapján, NRSZH adatközlés

- Vas megyében a 30 db telephely harmada (10 db) Szombathelyen van, más kiemelkedő település nincs, 15 másik településen van még rendszerint 1 db telephely (egyedül Celldömölk különbözik 4 db telephellyel).
- Zala megyében a kevés számú (15 db) telephelyek fele (7 db) Zalaegerszegen található, emellett hat másik település érintett 1-2 telephellyel.

Néhány megye esetében van **egy erősen kiemelkedő település** (általában a megyeszékhely), amely a többi településhez képest jóval nagyobb számú telephellyel rendelkezik, de emellett **megjelenik még más olyan település is, ahol** ugyancsak – a megye belső arányaihoz képest – **jelentős a telephelyek száma:**

- Hajdú-Bihar megyében 71 db telephely található összesen, ebből 24 db Debrecenben van, további 27 településen található még rendszerint 1-2 db telephely, két település esetében van 6-6 db (Hajdúhadház és Hajdúdorog).
- Jász-Nagykun-Szolnok megyében található a legtöbb telephely az országban, 106 db, melyből 26 db Szolnokon található, de Jászberényben (17 db) és Tiszafüreden (14 db) is számottevő az akkreditált foglalkoztatói telephelyek száma. 25 db további településen van még telephely, rendszerint 2 vagy 3 db.
- Komárom-Esztergom megye 32 telephelyéből 11 db Esztergomban található, míg a megyeszékhelyen, Tatabányán 5 db, ahogyan Tatán is 5 db. További 5 településen van még 2-3 db telephely.
- Csongrád megyében 33 telephely található, melynek közel harmada (10 db) Szegeden van; emellett három település esetében van 4-5 db telephely, további 8 esetében 1-2 db.
- Tolna megye 31 db telephelyéből 9 db van Szekszárdon, 5 db Dombóváron és 4 db Bonyhádon, valamint 9 másik településen 1-2 db telephely található.

Három megye esetében nem egy, hanem **több kiemelkedő települést** lehet találni, akik a többi településhez képest jelentősebb számú telephellyel bírnak:

- Békés megyében összesen 60 db telephelyből három nagyobb városban koncentrálódik több (Békésen 9 db, Szarvason 8 db, Gyulán 8 db), rajtuk kívül még 16 másik település rendelkezik rendszerint 2-3 telephellyel.
- Fejér megyében mindösszesen 17 telephely van, melyből 4-4 db található Székesfehérváron és Polgárdiban, emellett 8 másik településen van jellemzően 1 db telephely.
- Győr-Moson-Sopron megyében található a legkevesebb telephely, összesen 14 db, viszont ennek fele két városra koncentrálódik: Győrben 5 db, Sopronban 3 db található, emellett 2 db Kapuváron és négy másik településen 1-1 db.

Találunk olyan megyét, ahol **egyetlen település sem kiemelhető, a telephelyek teljesen szét vannak szóródva** a települések között:

- Bács-Kiskun megyében 39 db telephely található összesen, összesen 26 különböző településen helyezkednek el, jellemzően 1 vagy 2 db telephely van mindenhol, Kecskeméten 7 db (de ez belső arányait tekintve sem kiemelkedő arány).

- Nógrád megye 18 telephelye 12 településen működik, Salgótarjánban 4 db, Bátorterenyén 3 db, Bercelen 2 db, egyéb településeken 1-1 db.
- Pest megyében (Budapest nélkül!) a 63 db telephely szét van szóródva 43 db település között jellemzően 1 db telephellyel településenként, esetleg Budaörs emelhető ki 7 db telephellyel, amely a belső arányokat tekintve még nem jelentős.
- Veszprém megyében 15 település között oszlik szét 25 db telephely, négy településen van 3-4 db telephely, egyéb helyszíneken rendszerint 1 db.

A telephelyek **településeinek jogállását** vizsgálva látható, hogy a telephelyek közel fele (42,5%, 424 db) városban van, 27%-a (269 db) megyeszékhelyen vagy megyei jogú városban, 20,8%-a (207 db) községben vagy nagyközségben és 9,7%-a (97 db) Budapesten – vagyis csak részben illeszkedik a célcsoport elhelyezkedéséhez, amint azt tanulmányunk későbbi részében bemutatjuk.

II.2 A megváltozott munkaképességű emberek az akkreditált foglalkoztatónál

A Helyzetelemzés jelen fejezetének tárgya az akkreditált foglalkoztatás: jelenségeit, jellemzőit igyekszünk a foglalkoztató és (kisebb terjedelemben, a helyzetelemzés előző fejezetét némileg kiegészítve) az alkalmazottak oldaláról is elemezni. Kutatásunk alapján bemutatjuk, hogy a megváltozott munkaképességű emberek hogyan kerülnek be az akkreditált szervezetek alkalmazottai közé, milyen kiválasztási elveket érvényesítenek a foglalkoztatók. A tranzitálást az akkreditált foglalkoztatók szemszögéből is elemezzük, illetve külön figyelmet fordítunk az akkreditált foglalkoztatók tranzitálási feladatához kapcsolódó érdekeltségeire és ellenérdekeltségeire.

II.2.1. Bekerülés az akkreditált foglalkoztatóhoz

A megváltozott munkaképességű munkavállalók akkreditált foglalkoztatóhoz történő bekerülése kapcsán vizsgáltuk a bekerülés útját, a foglalkoztatók által érvényesített kiválasztási szempontokat és a személyes rehabilitációs terv elkészítését.

A bekerülés útjai

A megváltozott munkaképességű munkavállalók **akkreditált foglalkoztatásba való bekerülésére vonatkozóan több különböző utat, módszert is megismertünk**, azonban csak néhány esetében mondható, hogy gyakran előforduló jelenségről van szó. Az alábbiakban először a néhány „tipikus”, többször említett helyzeteket és azok egy-egy kulcsfontosságú elemét, körülményét mutatjuk be, utóbb a ritkábban, legfeljebb néhány alkalommal megjelenő módszereket vesszük sorra.

- **A megváltozott munkaképességű munkavállaló jelentkezik az akkreditált foglalkoztatónál, és kéri a felvételét.** Az egyik leggyakoribb helyzet az, amikor a megváltozott munkaképességű ember keresi fel az akkreditált foglalkoztató képviselőjét, és munkavállalásra jelentkezik. Rendszerint személyes ismeretségen keresztül, már az akkreditált foglalkoztatónál dolgozó rokon vagy ismerős beszámolójából szerzik információikat a felvételüket kérők.
- **Szükséges regisztráció az RSzSz-nél, valódi közvetítés nélkül.** Mivel 2013. január 1. óta az akkreditált foglalkoztatók kizárólag úgy vehetnek fel új munkavállalót, ha a személy már regisztrált az RSzSz-ben, ezért a náluk jelentkező személyeket elküldik oda a szükséges papírmunka elvégzése miatt. Ezt követően

lezajlik a munkaerő felvétel folyamata, és pozitív döntés esetén dokumentálásra kerül a „közvetítés”.

„Ma már, ha valaki bejön hozzánk, azt tudjuk mondani, hogy fel kell keresni az RSzSz irodát, ha még nincs regisztrálva, kérni a közvetítését, a közvetítő lappal visszajönni. Akkor interjúztatunk, akkor mérjük azt meg, hogy az adott munkaképesség csökkenéssel, adott végzettséggel, egyéb kvalitásokkal be tudja-e tölteni azt a munkakört, amire jelentkezett, vagy, ami éppen szabad, és amibe tudunk embereket felvenni. És akkor elindul a dolog, tehát visszaküldjük az RSzSz-hez a kitöltött lapot.” (Forrás: Interjú akkreditált foglalkoztatóval)

- **„Fejvadászat”.** Korántsem ritka eset, hogy az akkreditált foglalkoztató keresi az igényeinek megfelelő munkaerőt, célirányosan. Ez gyakran korántsem egyszerű feladat. Ha talált ilyet a szervezet, akkor előre megegyeznek a leendő alkalmazottal a munkavállalás feltételeiről, ezt követően küldik el az RSzSz-hez, ahol minden szükséges dokumentáció elkészül; az RSzSz nem szól bele a foglalkoztatásról szóló döntésbe. Az akkreditált foglalkoztatók ennek a problémának az okát elsősorban abban látják, hogy az RSzSz-nek nincs megfelelő (elegendő információt tartalmazó) adatbázisa az akkreditált foglalkoztatókról, ezért nem tudnak megfelelő munkaerőt küldeni hozzájuk. A „fejvadászat” módszere azoknál a foglalkoztatóknál jelenik meg, akik jó gazdasági helyzetű térségben működnek, illetve speciális végzettséghez kötött a munkaerő igényük.

„Mind a két szervezet akkreditált foglalkoztató megváltozott munkaképességűek tekintetében, állami támogatást kapunk ezért, és mind a két szervezetben vállaltunk fel tranzit foglalkoztatást. És hát az volt a nagy probléma eddig, hogy a célcsoportba nem nagyon találtunk olyan embereket, akik a mi tevékenységi körünkhöz jól illeszthetők lettek volna. Mi szociális szolgáltatók vagyunk. Kerestünk volna ..., ..., ... viszonylatában szociális gondozókat, szociális asszisztenseket és egyéb hasonló végzettségűeket, és nem tudott nekünk az RSZSZ ilyet közvetíteni. De másmilyet sem tudott.” (Forrás: Interjú akkreditált foglalkoztatóval, akinek saját humán szolgáltatása is van)

- **„Árukapcsolás” – A szervezet saját képző intézményéből való toborzás.** Ugyancsak speciális, a végzettséghez kapcsolódó igénye van egy akkreditált foglalkoztatónak, aki ezt könnyen megoldja, mivel saját képző intézménye van hosszú évek óta, és elsősorban onnan veszi át az embereket akkreditált foglalkoztatásba:

„Itt érettségivel, főiskolával rendelkeznek a fiatalok. És a munkakör betöltéséhez az intézményeinkben pedig kell a végzettség. Tehát a gyógypedagógus az gyógypedagógus, a szociális gondozó az szociális gondozó. Tehát, hogy nem csak azért van ott, ilyen felkiáltójelként, hanem elvárjuk tőle nemcsak a munkavégzést, hanem a végzettséget is. Mi szerencsés helyzetben vagyunk ezzel kapcsolatban, az esetek döntő többségében közép- vagy felsőfokú végzettséggel rendelkeznek a munkatársaink. ... sokan az alapítvány iskolájából kerülnek ki, megszerezve azt a végzettséget” (Forrás: Interjú akkreditált foglalkoztatóval, akinek saját humán szolgáltatása is van)

- **Toborzás hirdetésen, intézményeken keresztül.** Két esetben került említésre, hogy az akkreditált szervezet hirdetést ad fel munkaerő igénye kielégítése céljából, illetve munkaügyi kirendeltségen, civil szervezeteken és családsegítő szolgálatokon keresztül próbálja a munkavállalási lehetőséget eljuttatni potenciális munkavállalóihoz.
- **RSzSz közvetít az akkreditált foglalkoztató igényei alapján.** Nagyon ritka – de esetenként előforduló – útja a megváltozott munkaképességű emberek akkreditált foglalkoztatóhoz való bejutásának az, hogy az akkreditált foglalkoztatók beküldik a munkaerőigényüket az RSzSz-hez, amely információkat tartalmaz az adott munkaköréről, a fizetésről, a munkaidőről. Ezek ismeretében az RSzSz munkatársai döntenek el, hogy egy adott megváltozott munkaképességű munkavállaló melyik munkakörre alkalmas, melyik a számára megfelelő munkahely és oda közvetítik a munkavállalót. Azonban ez a folyamat ritkán megy ebben a formában végbe. Ennek okaként említésre került, hogy az RSzSz jelenleg nem rendelkezik olyan nagyságú, a közvetíthető megváltozott munkaképességű emberek adatait tartalmazó adatbázissal sem, amely lehetővé tenné, hogy az akkreditált foglalkoztatók igényeinek megfelelő számban biztosítsa a közvetítést.

Szükséges azonban megjegyeznünk, hogy az RSzSz közvetítői tevékenységére vonatkozóan egy alkalommal említésre került, hogy a munkáltató tömeges munkaerő igényére reagálva az RSzSz csoportos közvetítést szervezett meg és bonyolított le.

- **Vezetői döntés alapján történő bekerülés.** Ugyancsak találtunk olyan esetet a kutatás során, - de hasonló helyzetű térségekben vélhetően bevett gyakorlat -, hogy a szervezet hivatalos vezetőjének (ügyvezető), illetve elsősorban a „nem hivatalos” vezetőjének, a polgármesternek a döntése alapján kerülnek be az alkalmazottak az akkreditált szervezetbe. Ez rutinszerű eljárás (lehet) ott, ahol a hátrányos helyzetű, nyílt munkaerő-piaci munkalehetőséggel gyakorlatilag nem rendelkező térségben az önkormányzat a közfoglalkoztatással és az önkormányzati tulajdonban lévő akkreditált szervezettel a legnagyobb foglalkoztató. (A gazdasági és a politikai elit gyakorlatilag megegyezik.) Ebben az esetben a munkát vállalni kívánó emberek a polgármestert keresik fel és kérnek segítséget, és a döntéssel szemben a szervezet egyetlen munkatársának sincs „fellebbezési” joga.

„...mindenki tudja, hogy a hivatal egy ágazata...” (Forrás: Interjú megváltozott munkaképességű emberekkel)

Az akkreditált szervezetekbe való bejutás, illetve a szervezet munkaerő igényének kielégítése tehát **nem nevezhető „sablonosnak”**: előfordul, hogy a potenciális munkavállalók tömegével jelentkeznek a szervezethez (rendszerint rossz gazdasági helyzetű térségekben, illetve betanított munkára), de ugyanígy jelen van a szervezet aktív munkaerő-kereső tevékenysége is (jó gazdasági helyzetű térségben, illetve speciális végzettségi igény esetén fordul elő).

II.2.2 Kiválasztási szempontok

A bekerülés módjai mellett vizsgáltuk, hogy **milyen szempontok szerint keresnek**, illetve **válogatnak munkaerőt** az akkreditált foglalkoztatók. Az előzőekhez hasonlóan, ebben az esetben sem beszélhetünk általános érvényű „felvételi eljárásokról”, viszont

néhány esetben tipizálhatók a munkaerő felvétele során érvényesülő szempontok a szervezetek néhány erősebb sajátossága alapján.

- **Felvételi elbeszélgetés, objektív felmérési eszközök, módszerek nélkül.** A leginkább elterjedt módszer, hogy a potenciális munkavállalókkal felvételi elbeszélgetés zajlik, de nem kerül sor semmiféle objektív értékelést lehetővé tevő módszer alkalmazására. A beszélgetéseken rendszerint „vizsgált” szempontok: motiváltság, képességek, megbízhatóság, munkamorál, ritkábban a nyitottságot, jó kommunikációs készséget is figyelembe veszik. A végzettséget az ilyen típusú felvételi módszert alkalmazó (általában nagy létszámban foglalkoztató) szervezetekben nagyon ritkán vizsgálják, mert többnyire betanított munkát végeznek az alkalmazottak.
- **Objektív felmérés tesztek, kérdéssorok alkalmazásával.** A munkáltatók egy (kisebb) része esetében objektív felvételi eljárást igyekeznek megvalósítani, előre meghatározott, kiértékelhető tesztek alkalmazásával.

Korábbi munkahelyek, munkáltatói ajánlás. Korántsem ritka, hogy az akkreditált foglalkoztatók figyelembe veszik a potenciális alkalmazott korábbi munkaéletútját. Kisebb településen ez „adott” („mindenki ismer mindenkit”), nagyobb települések esetében korábbi munkáltatói ajánlást, referenciallevelet kérnek, vagy csak áttekintik az önéletrajz kapcsolódó adatait.

- **Lakóhely és munkahely távolsága, közlekedés megoldottsága.** Amennyiben a lakóhely és a munkahely közötti távolság nagy és a tömegközlekedés nem megfelelően megoldott, a foglalkoztatók egy része számára ez kizáró ok egy munkavállaló felvétele szempontjából.
- **Fiatal korosztály preferálása.** Több akkreditált foglalkoztató is kiemelte, hogy igyekszik a tranzitálандó munkavállalóit a fiatalabb korosztályból kiválasztani annak reményében, hogy esetükben könnyebb lesz a nyílt munkaerő-piaci kilépést megoldani.

„Nagyon meggondolja a munkáltató, hogy kit vesz fel tranzitba. Én nem veszek fel 55 éveset tranzitba, csak 40-50 éveset, akit még remélhetünk, hogy el tudunk helyezni a nyílt munkaerő-piacon. Tehát mindenki megpróbálja magát segíteni, védeni. ... Az a tapasztalat, hogy azért a fiatalabbak sokkal talpraesettebbek. Tehát nagyrészt tényleg próbálják keresni a munkát és a lehetőségeket és nagyon soknak, aki tényleg akarta, sikerült is.” (Forrás: Interjú akkreditált foglalkoztatóval, akinek saját humán szolgáltatása is van)

- **Termelőképeség előtérbe helyezése.** Elsősorban olyan akkreditált foglalkoztatók esetében jelenik meg ez a szemlélet, amelyek gazdasági társaságként, nonprofit vagy állami háttér nélkül, kifejezetten erre a célra alakultak.

„Ennek a rendszernek nem lehet úgy működnie, mint egy szociális foglalkoztató, hogy bárki bármikor bejöhet, technikai szakkör jelleggel folynak itt papír vagy ragasztási munkák. Muszáj a cégnek egy kicsit kapitalista vagy piaci szempont szerint működnie, különben a fennmaradását veszélyezteti. Tehát igenis szűrnünk kell, van, aki még a

betanított tevékenységre sem alkalmas.” (Forrás: Interjú akkreditált foglalkoztatóval)

- **Kizárólag a kapcsolatrendszer számít.** A korábban említett esetben, amikor a munkavállalók felvétele kizárólag a polgármester döntésén múlik, természetesen a kapcsolatrendszeren kívül egyéb szempont nem érvényesül.

II.2.3. Személyes rehabilitációs terv készítése

A jogszabály értelmében a rehabilitációs tanácsadónak a rehabilitációs mentor bevonásával **személyes rehabilitációs tervet** kell készíteni a megváltozott munkaképességű munkavállaló részére a komplex minősítés alapján, igazodva az ott (RSzSz-ben) készült rehabilitációs tervhez. Sok esetben ez nem könnyű feladat, mivel az RSzSz által készített rehabilitációs tervek gyakran általánosítóak, a javasolt munkakör szinte kizárólag a „könnyű fizikai munka”. (A kutatásban résztvevők szerint ez érthető, hiszen a rövid felülvizsgálat során nem lehetséges az ügyfelet olyan mélységben megismerni, hogy megfelelő rehabilitációs tervet tudjanak készíteni.) A vélemények szerint alapos, mélyre ható és személyes rehabilitációs tervet a tanácsadó csak a mentor bevonásával tud készíteni, mivel ő az, aki személyes kapcsolatban van a megváltozott munkaképességű személyekkel.

„(A rehabilitációs terv) nem ad pontos útmutatást ahhoz, hogy megfelelőképpen tranzitálható, rehabilitálható, foglalkoztatható legyen egy megváltozott munkaképességű. Sokszor nagy meglepetés, hogy akikkel együtt dolgozunk már évek óta, milyen minősítést kapnak.” (Forrás: Fókuszcsoport akkreditált foglalkoztatókkal)

II.3 Az akkreditált foglalkoztató tranzitálási feladata

A tranzitálандónak minősített megváltozott munkaképességű munkavállaló – bizonyos időtartamot követően – nyílt munkaerő-piacra való kihelyezését az akkreditált foglalkoztató szempontjából is megvizsgáltuk. A tranzitálás a foglalkoztatók számára rengeteg kérdéssel, kétséggel és feladattal jár.

II.3.1 A foglalkoztató tranzitálási feladatának értelmezése

Fontos kérdés, hogy az akkreditált foglalkoztató hogyan értelmezi azt a feladatot, tevékenységet, hogy „tranzitálás”, illetve a kapcsolódó fogalmakat.

- **Jogszabály-értelmezési különbségek, bizonytalanság: kötelező-e tranzitálni, vagy csak meg kell próbálni?** A kutatásban résztvevő interjúalanyok egy része szerint a tranzitálás kötelező, más része szerint azonban csak mindent meg kell tenni a sikeres tranzitálás érdekében, de szankció hiányában ennek nincs semmi tétje. Ez utóbbi vélemények képviselői ezért jellemzően nem is fordítanak erre – gyakorlatilag semmiféle – figyelmet.

„Nézd az van, hogy nekünk ugye a jogszabály szerint kötelező elősegíteni a dolgozóknak az elhelyezkedését, és fél évig még nyomon is kell követni. Na most ugye szankciók nincsenek berakva, hogy mi van akkor, ha ezt nem csináljuk meg, meg az se, hogy ezt hogyan csináljuk, meg a támogatás folyamatosan csökken, hogy ezt miből csináljuk, azt még nem tudom... .” (Forrás: Interjú akkreditált foglalkoztatóval)

„Egyébként nem is tudom, hogyha nem tudom közvetíteni, akkor mi van. Én nem olvastam az ezzel kapcsolatos szankciókról például semmit. Visszafizetjük a három év támogatását, vagy mégis mi?” (Forrás: Interjú akkreditált foglalkoztatóval, akinek saját humán szolgáltatása is van)

„Ezzel kapcsolatban az a helyzet, hogy nem szabályozott az, hogy mi van akkor, ha három év múlva sem tudjuk kihelyezni. Nem lehet tudni, hogy akkor mi van. Visszafizettetik velünk a támogatást, vagy úgyse neki fakavics, kezdjük előről? Ez is bizonytalanság. Például többek között engem, például engem zavar ez a dolog, hogy nem tudom biztosan.” (Forrás: Interjú akkreditált foglalkoztatóval)

„Itt is ugye az a kérdés, hogy, ha annyira megy a dolog, hogy nem akar a dolgozó fejlődni, meg semmi, oszt elküldöm, akkor vissza kell-e fizessem a pénzt? Ez nincs szabályozva. Mert ez egy nagyon fontos dolog.” (Forrás: Interjú akkreditált foglalkoztatóval)

- **Tranzitálási időtartam kezdőnapjának bizonytalansága.** Az érintettek jelentős része nincs azzal tisztában, hogy az RSzSz-ben meghatározott tranzitálási időtartamnak mi a kezdőnapja: a felülvizsgálat időpontja, a szakvélemény kiállításának az időpontja vagy a munkába állás időpontja?
- **A „nyílt munkaerő-piaci” fogalmának bizonytalansága.** Ritkábban, de felmerült kérdésként, hogy a tranzitálás esetében mely foglalkoztatók számítanak nyílt munkaerő-piaci munkáltatónak, eredménynek, érvényes kimenetnek a tranzitálás szempontjából?
- **„Tranzitfoglalkoztatás” fogalmának helytelensége.** Egyes vélemények szerint ez a fogalom erre a szituációra használva félrevezető, a kivezetés szó fedné le inkább.

„Akkor átmeneti, tranzitfoglalkoztatás, ha egy munkavállaló azzal a tudattal és azzal a felkészültséggel kerül be egy munkahelyre, hogy ő nagyon jól tudja, hogy ez a munkahely egy átmeneti, ideiglenes állapot, és ő egy fejlesztésen keresztül jut ki majd a normál munkaerőpiacra. Nos, akit mi tranzit munkahelynek nevezünk, ezek a dolgozók itt dolgozhatnak akár 15-20 éve is, abban a tudatban, hogy ők itt szeretnének maradni. Ez nem tranzit, ez egy kivezetés.” (Forrás: Interjú akkreditált foglalkoztatóval)

- **A tranzitálás, a nyílt munkaerő-piaci kivezetés, mint cél, elfogadása és elvi támogatása.** A tranzitálás, mint cél, a foglalkoztatók többsége számára elviekben elfogadható, szívesen válnak e rendszer részévé.

II.3.2 Tapasztalat(lanság) a tranzitálásban, kapcsolat a nyílt munkaerőpiaccal

A nyílt munkaerő-piacra való kihelyezésben szerzett korábbi tapasztalatok, a működő, aktív nyílt munkaerő-piaci kapcsolatok és a tranzitálásról alkotott elképzelések **élesen különböznek attól függően, hogy az akkreditált foglalkoztató milyen típusú:** erre a célra létrejött gazdasági társaság szolgáltatói kapcsolatok nélkül, vagy olyan (rendszerint civil) szervezet, aki alapvetően humán szolgáltatóként működött, és ehhez társult az akkreditált foglalkoztatói szerep.

A **korábban humán szolgáltatóként működő szervezetek** esetében elmondható, hogy rendszerint számos munkaerő-piaci programot megvalósítottak már, **gyakorlatuk van a kihelyezésben**, és aktív, élő kapcsolatuk van piaci munkáltatókkal. Stabilan értelmezni tudják a tranzitálási feladatot, **határozott elképzelésük van** arról, hogy mi jelent ennek kapcsán problémát, illetve mi az, amit tenniük kell, amit tenni fognak. Mindemellett szívesen és hatékonyan kombinálják jelenlegi szolgáltatói tevékenységüket az akkreditált foglalkoztatással.

„Az a helyzet, hogy az akkreditált foglalkoztatói státuszunk segítheti a szolgáltatóit. Tudniillik nem egyenletesen jönnek a munkalehetőségek se, meg nem egyenletesen jönnek az ügyfelek se. És amikor jön ügyfél, de nincsen éppen aktuális állásajánlat, akkor mi fel tudjuk venni, akkor fejlesztgetjük, valami kis hasznot hoz nekünk a munkája. És akkor, mikor találnak állásajánlatot, itt van kéznél az ember. Tehát tud spájzolni.”
(Forrás: Interjú akkreditált foglalkoztatóval, akinek saját humán szolgáltatója is van)

Azok az akkreditált szervezetek, amelyek **kifejezetten erre a célra jöttek létre, gazdasági társaságként** működnek és eddig semmilyen módon nem volt kapcsolatuk humán szolgáltatásokkal, jellemzően elhatárolódnak a tranzitálási feladattól, és nehezen találják meg benne a saját szerepüket, sokszor elképzelésük sincs erről.

- **Halogató technika, a „probléma”, és a problémáról való gondolkodás elnapolása.** A foglalkoztatók egy része tudomásul vette, hogy tranzitálási feladata van, de ezzel együtt úgy döntött, hogy egyelőre nem foglalkozik ezzel a kérdéssel, és majd csak 2-3 év múlva, amikor már muszáj lesz, „megteszi a szükséges lépéseket”. A „szükséges lépések” fogalma azonban nem tisztázott, az ezt a hozzáállást képviselő szervezetek semmi konkrétumot nem tudnak megfogalmazni. Nem ritka, hogy ők is abban bíznak, hogy megváltoznak a kapcsolódó jogszabályok annyira, hogy nem lesz ilyen típusú feladatuk, így „feleslegesen” nem kívánnak ebbe energiát fektetni.
- **Tapasztalatlanság a tranzitálásban.** Az ilyen típusú nagyobb és kisebb foglalkoztatók esetében is példa nélküli a tranzitálás, az akár több évtizedes múltban sem jelenik meg ilyen jellegű tevékenység. Épp ellenkezőleg, arról számolnak be, hogy ha volt is olyan, aki kilépett és a nyílt munkaerő-piacon vállalt munkát, az azóta újra náluk dolgozik. Saját mintájuk tehát gyakorlatilag nincs ezeknek a szervezeteknek.
- **Eszköztelenség.** Több foglalkoztató jelezte, hogy eszköztelennek érzi magát arra, hogy átmenetként gondoljon az akkreditált szervezetben eltöltött időre, nem tudja, hogyan és mit kellene ahhoz tenni, hogy a tranzitálás megvalósuljon.
- **Profilidegen a tranzitálás, mint feladat.** Azok a munkáltatók, akik akkreditált foglalkoztatásra létrejött gazdasági társaságok és semmi kapcsolatuk nincs humán szolgáltatóval, rendszerint egyértelműen kimondják, hogy saját kereteik között tökéletesen profilidegennek érzik ezt a feladatot, nem erre a célra jöttek létre, profijukhoz csak a foglalkoztatás illik.
- **Nincs kit és nincs hová tranzitálni.** A foglalkoztatók többsége számára a tranzitálási feladat kapcsán nehézségként merül fel (külön vagy együtt), hogy nem látják alkalmasnak és / vagy hajlandónak a munkavállalóikat a kilépésre, valamint

úgy gondolják, hogy nincs olyan nyílt munkaerő-piaci munkalehetőség, ahová tranzitálni tudnák az alkalmazottaikat.

„A sikeres rehabilitáció az, amikor a dolgozó elveszíti az állását meg az ellátását. ... De hát a fejébe kellene kapni valami jó állást, ami nincsen. Nem tudom, mi lesz.” (Forrás: Interjú akkreditált foglalkoztatóval)

- **Tranzitálандó minősítéssel rendelkező emberek foglalkoztatásának kerülése, amennyire lehetséges.** Több ok miatt is tendencia a foglalkoztatók egy részénél, hogy igyekeznek olyan munkavállalót találni, akik tartósan foglalkoztatható minősítést kapott. Azoknál az embereknél azonban, akiket már foglalkoztatnak, de még nem vettek részt komplex felülvizsgálaton, nem tudják ezt kontrollálni.
- **Szervezeti szinten – tulajdonosi sajátosságból adódóan – értelmezhetetlen a tranzitálás.** Abban az esetben, ha az akkreditált foglalkoztatás (a közfoglalkoztatással együtt) a térség egyik meghatározó hatalmi pozíciójában lévő emberének / szervezetének kezében van, a tranzitálás, mint tevékenység, értelmezhetetlen minden szervezetben dolgozó számára.
- **Szerződés humán szolgáltatóval, konkrét lépések nélkül.** Számos foglalkoztató – a jogszabályi kötelezettségének eleget téve – megkötötte az együttműködési megállapodást a humán szolgáltatásokat nyújtó szervezettel, de szinte egyáltalán nem használja ezeket a kapacitásokat.

„Mi aláírtuk a szerződést tényleg vagy 10 akkreditált szervezettel, de viszonylag keveset igényelnek.” (Forrás: Interjú akkreditált foglalkoztatóval, akinek saját humán szolgáltatása is van)
- **A támogatás csökkenése motiválja majd a foglalkoztatókat arra, hogy lépéseket tegyenek.** Jellemzően a humán szolgáltatók hipotézise, hogy az akkreditált foglalkoztatók a támogatás jelentősebb csökkenése (3. év) kapcsán fognak majd először lépéseket tenni a tranzitálás érdekében, így ettől hamarabb a humán szolgáltatókat sem fogják keresni, érdemi együttműködésre akkor számítanak.

II.3.3 Tranzitálási feladathoz kapcsolódó humán erőforrás

Az akkreditált foglalkoztatók – jogszabályi kötelezettségüknek megfelelően – alkalmaznak **rehabilitációs tanácsadót, rehabilitációs mentort**, és amennyiben szükség van rá, segítő szolgáltatások nyújtására **személyi segítő**t. Az előírt végzettségbeli és a szükséges tapasztalatokra vonatkozó elvárások, illetve az alkalmazottak létszámához kötött munkaidő a kutatás eredményei szerint nem biztosítanak egységes színvonalú ellátást a szervezetek munkavállalói számára.

- **Szociális és célcsoport-specifikus ismeretek hiánya.** Gyakori, hogy a felsőfokú, de nem szakirányú diplomával és a szükséges három év tapasztalattal ugyan rendelkező munkatársak most olyan feladatot kaptak, amelyhez szociális alapismeretekre, illetve fogyatékos- és betegség-specifikus ismeretekre lenne szükségük. Az ennek hiányát érző munkatársak egy része számára ez ugyan tény, de nem probléma, más része azonban akár rövid képzésen is részt venne tudásának fejlesztése érdekében.

- **A klasszikus termelési vezetők munkakörének átalakítása nehéz.** Elsősorban a nagyobb, sokéves múlttal rendelkező akkreditált foglalkoztatók középszintű vezetői körében nehéz a munkaköröket úgy átalakítani, hogy nem kizárólag a termelésirányítás, hanem a rehabilitációs célhoz kapcsoló támogató feladatok is a munkakör részét képezik. Ehhez nagyon komoly szemléletváltásra van (lenne) szükség a foglalkoztatók alkalmazottai körében.

„Nehéz, hogy elfogadtassák a vezetőkkel, hogy ez kell (munkahelyi középszintű vezetőkkel), hogy azonosuljanak azzal a szereppel, ami rájuk van szabva, hogy ők nemcsak egyszerűen... , kettős szerepben vannak, ők munkahelyi vezetők is, akiknek jutalmazni kell, meg szankcionálni, ugyanakkor meg támogató szerepet is kapnak most ezzel, mert végül is egy rehabilitációs munkahelyen vannak.” (Forrás: Interjú akkreditált foglalkoztatóval)

- **Kapcsolódó munkakörök kompetenciái jól tisztázottak, elkülöníthetőek.** A kutatás egészére vonatkozó tapasztalat, hogy a tanácsadó, a mentor és a személyi segítő munkakörök közötti eltérés, a kompetenciák és felelősségi körök különbsége elvi szinten egyértelmű. (A gyakorlatban nem mindig válik külön, de az elvi elkülönítés akkor is jelen van.)
- **Tanácsadó és mentor feladatellátásának keveredése.** Kisebb szervezetekben – ahogyan a jogszabály is lehetőséget ad az egyszemélyi feladatellátásra – a tanácsadó és a mentor munkája gyakran összefolyik akkor is, ha két külön személy végzi azt, ennek oka rendszerint a „családi hangulat” és a rugalmasság igénye.

„Mindenben össze tudunk dolgozni, több szem többet lát, meg az alapítványnak az az erőssége, hogy egy olyan közeget tud biztosítani, ahol nehéz szétválasztani ezeket a dolgokat, de elvileg a mentor inkább a hétköznapi dolgokban segít, egyéni esetkezelés, a tanácsadó belefolyik a munkaszervezésbe, koordinálásba, illetve ha tényleg szükség van támogató szolgálatra, akkor azt a tanácsadó tudja koordinálni. Ez a különbség, de nagyon sok mindenben összefolyik.” (Forrás: Interjú akkreditált foglalkoztatóval)

- **A jogszabálynak megfelelően, az ott rögzített létszámhoz kapcsolódó minimális mentori kapacitás nem ad lehetőséget valódi mentori munkára.** A meghatározott létszámok önmagukban is nagyon magasak, több – akár egymástól sok száz kilométerre, az ország másik felében (!) lévő – telephely esetében pedig a mentori szolgáltatás gyakorlatilag lehetetlenné válik, csupán adminisztratív formában létezik. A kutatásban olyan mentor részvételére is volt példa, akihez 10 db telephely tartozott; saját elmondása szerint sem gyakran látogatja azokat.
- **A szervezet más projektje által finanszírozott kapacitás-bővítés.** Ahol az akkreditált foglalkoztatás mellett más munkaerő-piaci projekt is fut, gyakran előfordul, hogy a hiányzó mentori (később látható majd, hogy ugyanígy a szolgáltatói) kapacitásokat abból finanszírozzák.
- **Személyi segítő alkalmazása kisebb szervezetekben ritka, nagyobb szervezetekben gyakoribb.** A személyi segítő feladata – a tanácsadóhoz és a mentorhoz hasonlóan – jól tisztázott, a helyük a szervezetben (ahol alkalmaznak

ilyen munkakörben embert) mindenki számára egyértelmű, munkavégzésük hasznos, a megváltozott munkaképességű emberek aktuális igényeinek megfelelő.

„Ő az, aki adott esetben wc-re segíti a munkavállalót, megebédelteti, amire szükség van, kipakolja a számítógépet, ilyenek, elkíséri, ha valahová el kell menni.” (Forrás: Interjú akkreditált foglalkoztatóval)

II.3.4 Humán szolgáltatások

Ahogy a tranzitálási feladathoz való hozzáállásban, kapcsolódó tapasztalatokban erősen különválasztható volt az **akkreditált foglalkoztatók két típusa**, úgy a jogszabályi kötelezettségnek megfelelően biztosítandó **humán szolgáltatások értelmezésében** is megjelenik ez a **határozott eltérés**: a jól bejáratott humán szolgáltatói gyakorlattal bíró (rendszerint civil) szervezetek és az akkreditált foglalkoztatási célra létrejött gazdasági társaságok egészen eltérően vélekednek erről a feladatról.

A **humán szolgáltatói gyakorlattal bíró szervezetek tisztában vannak az egyéni élethelyzetek különbségével, az egyéni problémák jelentőségével és a humán szolgáltatások szerepével**. Esetükben az alapműködés egyértelmű része az alkalmazottak egyéni élethelyzetének és a szolgáltatási igényeinek tudatos felmérése.

Az **akkreditált foglalkoztatásra létrejött gazdasági társaságok** esetében teljesen már hozzáállást, egészen különböző feladat-értelmezést tapasztalunk.

- **A humán szolgáltatások, mint tevékenység, értelmezése nehézségekbe ütközik.** A jogszabályban rögzített kapcsolódó szolgáltatási lista felsorolása sem minden esetben sikerül egy-egy foglalkoztató esetében, a tevékenység értelmezése pedig szinte minden esetben problémába ütközik, ezek valódi tartalma ismeretlen számukra, ennek megfelelően a humán szolgáltatások jelentőségét, esetleges szerepüket a tranzitálásban egyáltalán nem tudják felmérni.

A humán szolgáltatások valódi tartalmát megismerve (elsősorban fókuszcsoportokon) az akkreditált szervezetek többen elismerték, hogy saját munkavállalóiknak ilyeneket biztosítani nem tudnak, de az alacsony létszámra hivatkozva továbbra sem tartották szükségesnek.

- **A humán szolgáltatás biztosítására külső szolgáltatóval kötött együttműködési megállapodás dokumentációs kényszer volt.** Néhány szolgáltató már meg sem tudja nevezni humán szolgáltató partnerét, illetve egyetlen példa sem volt arra, hogy az együttműködés keretében bármilyen valódi lépésre sor került volna.

„Most mondjam azt, hogy mert kellett?!” (Forrás: Interjú akkreditált foglalkoztatóval)

- **Nincs a térségben olyan szereplő, aki valóban biztosítani tudná az előírt humán szolgáltatásokat.** A szervezetek egy része számára az alapvető problémát az jelentette, hogy nincs a térségben olyan nonprofit humán szolgáltató, akivel együttműködési megállapodást tudott volna kötni. A megyeszékhelyen működő szervezetek nem vállalják a térségbe való kijárást, a munkavállalók bejutása ugyancsak megoldhatatlan. Az együttműködési megállapodás így a családsegítő

szolgálattal, más esetben a regionális szociális szolgáltató központtal került megkötésre.

- **Érzékenység hiánya a munkavállalók élethelyzetére, életminőségére vonatkozóan.** Több foglalkoztató hangsúlyozta, hogy a munkavállalók „egyéni problémái” nem tartoznak a cégre, az egyéni élethelyzetet nem is vizsgálják, de foglalkozni sem kívánnak azzal. Azt magánügynek tekintik, amit „tisztelőben tartanak.”
- **Humán szolgáltatások biztosítása szervezeten belül, papíron.** Több akkreditált foglalkoztató esetében még együttműködési megállapodás sincs humán szolgáltatások igénybevételére külső szolgáltatóval, mert a cégen belül találtak olyan alkalmazottat, akinek elfogadható a végzettsége annak igazolására, hogy tud ilyen jellegű szolgáltatásokat biztosítani. A valóságban nincs szándék arra vonatkozóan, hogy bármilyen humán szolgáltatás biztosítva legyen az alkalmazottak számára.

Fontos azonban kiemelni, hogy **a hozzáállás különbsége a gyakorlatban nem mindig jelent különbséget a tekintetben, hogy milyen humán szolgáltatást kapnak az alkalmazottak.**

Természetesen **van olyan szervezet**, amely – elsősorban más kapcsolódó projektjéből finanszírozva – **minden alkalmazottja számára biztosítja az egyéni igényeknek megfelelő humán szolgáltatásokat!** Itt a tranzitálókat arra igyekeznek felkészíteni, hogy minél kevesebb konfliktussal tudjanak majd beilleszkedni az új munkahelyükre, illetve felkészítik őket az álláskeresésre is. E szervezetek esetében a **szolgáltatások biztosításának leginkább pénzügyi korlátai vannak:** amíg van párhuzamosan futó projekt, amelyből finanszírozni tudják a szükséges szakembereket, addig hozzáférhetőek a szolgáltatások, de e lehetőséget követően bizonytalan a szolgáltatói kapacitás.

„Tranzit alaptervékenység lenne, de mi projekt-jelleggel csináljuk. Hogy jövő májustól hogyan fogjuk csinálni, azt még nem látjuk.” (Forrás: Interjú akkreditált foglalkoztatóval, akinek saját humán szolgáltatása is van)

Emellett azonban többségében a korábbi humánszolgáltatói tapasztalatokkal rendelkező szervezetek többsége sem nyújt érdemben szolgáltatásokat, és a **valódi kapcsolódó gyakorlat rendszerint nem igazán különböző a szervezet típusok között.**

- **„Segítő beszélgetés” a humán szolgáltatások helyett.** Mindkét szervezettípus esetében a legtöbb foglalkoztató úgy gondolkodik, hogy munkavállalóinak elsősorban (vagy „legfeljebb”) arra van szüksége, hogy valaki meghallgassa, legyen kinek elmondani, ha problémája van, odafigyeljenek rá. A „segítő beszélgetést” a mentorok, tanácsadók végzik. Ez a „segítő beszélgetés” ritkábban tudatosan, a mentor kezdeményezésére történik, de rendszerint a munkáltatói igény alapján. Ettől többet (például külső szolgáltatóhoz irányítás) a szervezetek jó része nem tart szükségesnek.

„Gyakorlatilag nem küldtünk még oda senkit, mert nem volt rá szükség.” (Forrás: Interjú akkreditált foglalkoztatóval)

- **A „segítő beszélgetés” lehetősége elvileg minden alkalmazott számára elérhető.** Fontos rögzítenünk, hogy ezt a „szolgáltatást” minden általunk

megkérdezett, érintett szervezet biztosítja a munkavállalói számára. Eltérés a hozzáférhetőség időpontjában van: amennyiben a mentor több telephelyért is felelős, akkor a távolabbi telephelyekre ritkán jut el, így kevesebb lehetősége nyílik ilyen jellegű beszélgetésekre.

- **A szakmai hozzáértés nélkül végzett „segítő beszélgetés” akár ártalmas is lehet.** Kutatói megállapítás: előfordulhat, hogy a megfelelő szakismeretek és felkészültség nélkül, laikusként, jó szándékból vagy kötelességtudatból végzett „segítő beszélgetés” nagyon sokat árt a problémás helyzetben lévő munkavállalónak.
- **Elérhető információs szolgáltatás.** A szervezetek munkatársai és alkalmazottai egyaránt arról számoltak be, hogy jogi, ellátásokhoz kapcsolódó vagy bármilyen egyéb információra vonatkozó igényüket a munkáltatónak jelezni tudják, és választ is kapnak kérdéseikre. A munkáltatók esetenként úgy biztosítják dolgozóik számára ezeket az információkat, hogy telefonon kérnek segítséget attól a szolgáltatótól, akivel együttműködési megállapodásuk van.
- **Valódi humán szolgáltatások „halogatása”, a tranzitálási feladathoz kötve.** Ahogyan a tranzitálási feladat is később lesz majd „aktuális probléma”, ehhez kapcsolódik több szervezetnél is a humán szolgáltatások biztosítására vonatkozó (halogató) elképzelés.

„Készítettünk egy külön akcióttervet, ezt 3 évre kellett elkészíteni, ebben elméletileg szerepel a munkapróba is, ezt jó lenne valahogy elérni, hogy megvalósulhasson. Hát meg mindenképpen akár egyénileg, akár csoportosan, az, hogy önéletrajzot tudjanak írni, állást tudjanak keresni, tehát ezeket mind, ezek fontos, és kell is lehetőséget biztosítani, de hogy erről még érdemben nem lehet beszélni. Annál inkább sem, hogy ez a próba év idézőjelben, most még senkiben nincs az a motiváció, hogy keresni a nyílt munkaerő-piacon, ez nyilván majd tolódik idővel, ahogy fogy a három év.” (Forrás: Interjú akkreditált foglalkoztatóval)

A humán szolgáltatások elérhetőségének biztosítása tehát az akkreditált szervezetek összességét tekintve gyakorlatilag elenyésző, az alkalmazottak döntő többsége (az információszolgáltatáson kívül) semmiféle humán szolgáltatást nem kapott még. A „segítő beszélgetés” általános elterjedtsége jellemző, de ezen túllépni a szervezetek jelentősebb része, legalábbis egyelőre, a tranzitálási feladat sürgető aktualitásáig nem is akar.

II.3.5. Képzés

A legtöbb akkreditált foglalkoztató esetében a képzés szervezése, nyújtása fel sem merül, mint lehetséges tevékenység. Azoknál a szervezeteknél, akik ezt a tevékenységet végezni kívánták, a következő nehézségekbe ütköztek:

- Csak piacképes szakmára való képzésnek látják értelmét, azt viszont nem tudják megfizetni.
- A munkaügyi kirendeltség által szervezett (hiányszakmákban való elhelyezkedésre alkalmassá tevő) képzésekre nem veszik fel a megváltott munkaképességű embereket, mert egészségi állapotuk miatt nem alkalmasak rá.

- Nem sikerült az alkalmazottak közül megfelelő számú embert toborozni, nincs igény a képzésben való részvételre.
- Egy kisebb foglalkoztatónál dolgozó alkalmazottak képességeiket, készségeiket, tapasztalataikat és érdeklődésüket tekintve annyira különbözőek, hogy egy (ugyanolyan) képzésbe nem lehetséges bevonni őket.

A **képzéshez való hozzájutás – akkreditált foglalkoztatásban való részvételen keresztül – tehát teljesen hiányzik a megváltozott munkaképességű emberek lehetőségei közül** a jelenlegi rendszerben. Ennek részben hozzáállási, de jórészt szervezési, koordinációs és finanszírozási akadályai vannak.

II.3.6. Munkapróba

A munkapróba lehetőségének értelmezésében és a tervezett gyakorlatban is jelen van a különbség a humán szolgáltatói gyakorlattal rendelkező, illetve az **akkreditált foglalkoztatási célból létrejött gazdasági társaságok** között. Utóbbiak nehezen értelmezik, és a szolgáltatásokhoz hasonlóan **profilidegennek látják** e tevékenységet is, illetve **nem érzik sikeresen megvalósíthatónak**, mert a náluk betanult (rendszerint egyféle) munkafolyamatot máshol nem tudnák végezni, és a munkavégzési körülmények is jelentősen eltérnek.

A **humán szolgáltatói tevékenységgel is rendelkező foglalkoztatók remek lehetőségnek látják** a munkapróbát, de **esetenként egészen másként értelmezik** a jelentőségét (és célját), mint a jogszabályi szándék: abban bíznak, hogy a munkapróba után a munkáltató nem küldi vissza az ügyfelet, hanem hosszú távon alkalmazza.

„Nagyban tudjuk befolyásolni az esélyeiket, mert ki tudjuk helyezni őket 4 hónap munkapróbára, igaz hogy a pályázat miatt csak közhasznú szervezetekhez, de már ott is kevésbé védett, mert nálunk teljesen védett környezetben van, mert kicsit formálunk rajta, útba igazítjuk, és akkor kirakjuk munkapróbára és akkor megnézzük hogy ott hogyan boldogul. Rendszeresen látogatja őket a mentor, illetve vannak különböző értékelő rendszerünk, amivel megkérdezzük a munkáltatót, hogy mivel elégedett, esetleg amit úgy lát, hogy hiányosság, amit esetleg pótolnunk kell, és így kapunk oda-vissza információt az emberkérről, és ha négy hónap múlva visszakerül hozzánk, mert sajnos a munkáltatók anyagi dolgai miatt nem jellemző az, hogy azt mondja, én felveszem őt. Mert ugye a cél az lenne, hogy bedolgozza magát az idő alatt, és utána a munkáltató felveszi, mert jól dolgozott négy hónap alatt, vagy betanult egy munkafázist, ami kell a munkáltatónak, hát sajnos ez most még nem jellemző. De bízunk benne, hogy előbb, utóbb az lesz.” (Forrás: Interjú akkreditált foglalkoztatóval, akinek saját humán szolgáltatása is van)

Mindkét csoportba tartozó szervezetek kiemelték mindemellett, hogy **alkalmazottaik nem igazán nyitottak a munkapróbában való részvételre**, elsősorban a korábban részletesen elemzésre került nyílt munkaerő-piaci kihelyezéssel kapcsolatos ellenérzések miatt.

II.4 Az akkreditált foglalkoztatók érdekeltsége és ellenérdekeltsége

A helyzetfeltárás során az akkreditált foglalkoztatók **tranzitáláshoz kapcsolódó érdekeltsége és ellenérdekeltsége határozottan kirajzolódott**, és ezek az érdekeltségi rendszerek függetlenek maradnak minden szervezeti, földrajzi és szektorális kérdéstől.

Az **akkreditált foglalkoztatók tranzitáláshoz kapcsolódó érdekeltségei** között a kutatásban résztvevők szerint a következő tényezők jelennek meg:

- **Évről évre csökken a támogatás a tranzitálandó minősítést kapott munkavállalók után.** A legerősebb, a tranzitálás irányába ható érdekeltsége az akkreditált foglalkoztatóknak az, hogy a második évben 90%-os, a harmadik évben 80%-os a támogatása az érintett munkavállalóknak. Ugyanakkor több foglalkoztató is ellentmondásként értelmezi, hogy a tranzitálandó munkavállalókkal – értelemszerűen – többletmunkát vállalnak, ugyanakkor a támogatás összességében alacsonyabb, mint a tartósan foglalkoztatható emberek esetében.
- **Potenciális támogatás visszafizetési kötelezettség.** Jogszabályi kötelezettség szerint a kapott támogatást vissza kell fizetni, ha a foglalkoztató nem tett meg mindent annak érdekében, hogy ki tudja vezetni a nyílt munkaerő-piacra a tranzitálandó munkatársakat. Az viszont nem tisztázott, hogy mit jelent „mindent megtenni”, illetve ki és hogyan ellenőrzi ezt, így e tétel érdekeltségi irányba hatása nem kifejezetten erős.
- **Tranzitálás, mint dokumentált vállalás.** A szervezetek egy része számára a tranzitálás irányába ható érdekeltség, hogy teljesítsék azt, amit a támogatást igénylő pályázatban vállaltak.
- **Szakmai kihívás és elismerés.** Említésre került, hogy a rehabilitációs tanácsadó és mentor számára szakmai elismerés és siker, ha sikerül a munkavállalót a nyílt munkaerő-piacra kihelyezni; ez a munkatársak személyes érdekeltségét növeli a tranzitálásra vonatkozóan.

„Az akkreditált foglalkoztatókat érintő kényszerítő hatásokon kívül más nincsen. Az van, hogy csökken a támogatás és majd meg fog szűnni, de mi van a nyílt munkaerő-piacca? Mi teszi majd kedvezőbbé nekik, hogy felvegyék? Mert az egy dolog, hogy egy akkreditált munkáltató azt fogja mondani, hogy ahhoz, hogy rendszerem fennmaradjon, a többieket, mondjuk, a tartósakat el tudjam látni, maga a cég működőképes legyen, valóban a 3. év után el kell, hogy engedjem a tranzitálandónak a kezét, ha tetszik, ha nem. Mert, ha nincs támogatás mondjuk egy nagyobb létszám után, akkor nem képes talpon maradni a rendszer. Az egy dolog. De ő hova fog menni? Az akkreditált munkáltató nem tudja azt elintézni, hogy xy cég vegye őt fel.” (Forrás: Interjú akkreditált foglalkoztatóval)

Az **akkreditált foglalkoztatók tranzitáláshoz kapcsolódó ellenérdekeltségei** ugyancsak egységesek gyakorlatilag minden, a kutatásban résztvevő foglalkoztató esetében:

- **Betanított, jól dolgozó munkaerő elvesztése, a termelés, szolgáltatás visszaesése.** A leggyakrabban említett és legerősebb ellenérdekeltségi tényező az, hogy azt a munkavállalót, akinek a betanításába sok időt és energiát fektetett a

munkaadó, aki megfelelően, hatékonyan végzi a munkáját, azt korántsem szívesen engedik el a. Kiseb foglalkoztató esetén már néhány ember kihelyezése is érezhető termelés-csökkenést jelentene, amely természetesen nem áll érdekében egyetlen foglalkoztatónak sem.

„A közhasznú egyesületek lehet, hogy arra vannak, hogy biztosítsák a tranzit időt, de a Kft-k, egyéb, aki foglalkoztat, az profitorientált szervezet. Tehát ő nem azért foglalkoztat igazából megváltozott munkaképességűt, mert annyira szívén viseli a sorsukat, hanem egyrészt azt a munkát mondjuk velük tudja megcsinálni támogatással. Mert ugye 75% támogatás, 25%-ot kell kitermelni, plusz a rezszi költséget és a nyereséget, tehát ha 50%-ot termel egy megváltozott munkaképességű, akkor egy gazdasági társaság valamennyire el tud létezni. Tehát ő nekik ez a munkakipróbálás, tranzitálás púp a hátukon. ... Megcsinálják, nincs azzal gond. Csak ha ő egy embert kinevel, jó esély lehet arra, hogy azt nem fogja odaadni senkinek. Ha nem jó, akkor is, ha tud annyit termelni, megmarad nálunk.” (Forrás: Fókuszcsoport akkreditált foglalkoztatók részvételével)

„Vagy tranzitáljuk azokat a szakembereket, akikre nekünk is szükségünk van, hiszen termelő üzem vagyunk, és nem is kicsi megrendelésekkel, és határidőink vannak, és nem is kicsi minőségi és mennyiségi követelményeink vannak...ki az, akit odaadjunk és ki az, akit megszeretnénk tartani...” (Forrás: Interjú akkreditált foglalkoztatóval)

„Mert minden munkáltató a neki kedves munkavállalókra azért igyekszik, a józan ész is ezt diktálja, igyekszik vigyázni, hogy megőrizze. Az embernek is jó így, meg a cégnek is.” (Forrás: Interjú akkreditált foglalkoztatóval)

- **Saját szervezet vezetőinek tranzitálása.** Mivel magát a foglalkoztatót is megváltozott munkaképességű emberek vezetik, akik tranzitálandó besorolást kaptak, nem képzelhető el, hogy a megadott időtartamot követően máshol kezdjenek dolgozni, mert akkor maga a foglalkoztató menne tönkre, maradna vezetés nélkül. Jelenleg nem látják, hogy a támogatási időtartam után maradhatnak-e a szervezetben, vagy sem a jelenleg tranzitálandó vezetők.
- **Végkielégítés kifizetése.** A jelenlegi jogszabályi keretek között nem tisztázott, hogy az esetenként több mint 10 éve az akkreditált foglalkoztatónál dolgozó munkatársak számára ki fogja kifizetni a végkielégítést, ha a foglalkoztató nem „önszántából”, hanem jogszabályi kötelezettségének megfelelően szünteti meg a tranzitálási időtartam lejáta után a munkavállaló munkaviszonyát.
- **Piaci ellenérdekeltség, megrendelés-csökkentő hatás.** Az akkreditált szervezetek egy részének a jelenleg meglévő, és akár tranzitálásra is nyitott nyílt munkaerő-piaci kapcsolata olyan cég, amelynek ő maga beszállítója. Amennyiben oda tranzitálja az alkalmazottait, azzal gyakorlatilag a saját maga felé irányuló megrendelést csökkenti.
- **Tranzitálást elősegítő szakképzés tartása munkaidőben.** A jelenlegi jogszabály értelmezés szerint a tranzitálást elősegítő szakképzésen a munkavállaló a munkaidő terhére vehet részt. Ez azonban a foglalkoztató számára komoly ellenérdekeltség,

hiszen amíg képzésben van, addig nem végez termelő, értékteremtő munkát, mindemellett a képzés költségét a foglalkoztató állja.

„... a termelésből származó eredményekkel tartásuk fenn a munkahelyeket, de a munkaidőből megy a képzés. Ráadásul nem csak a dolgozókat kell elengedni, hanem el kell engedni a csoportvezetőket, a technikusokat, a gépészeket...” (Forrás: Interjú akkreditált foglalkoztatóval)

- **A rendszer változásának „túlélése”.** A támogatási rendszer átalakítása – elsősorban a nagyobb, régóta akkreditált foglalkoztatást végző szervezetektől komolyabb átalakításokat, szervezeti átrendeződéseket követel, így jelenleg ellenérdekeltek minden más egyéb feladatra energiát fordítani.

„Mindenki azzal küzd, hogy ezt a 2011-es nagy támogatáscsökkenésből következő sokkhatást túléljék valahogy. Mindenki ezzel van elfoglalva. És mivel ez gyakorlatilag ilyen állandóvá vált ... ez nyilvánvaló, hogy most mindenki a túlélésért küzd. Ez most nem az az időszak, amikor nagy fejlesztési lehetőségek vannak. Válságmenedzselés van a legtöbb cégnél.” (Forrás: Interjú akkreditált foglalkoztatóval)

Az érdekeltségek és ellenérdekeltségek áttekintését követően egyértelműen látható, hogy **az akkreditált foglalkoztatók számára egységesen, megosztottság nélkül az ellenérdekeltségek jelentősebbek** tranzitálással kapcsolatban.

II.5 Javaslato

Az akkreditált foglalkoztatással kapcsolatos jellegzetességeket és javaslatokat a következő táblázatban foglaljuk össze:

13. táblázat Az akkreditált foglalkoztatással kapcsolatos javaslatok

Javaslat forrása	Kapcsolódó szituáció, nehézség, probléma	Javaslat
Nonprofit szolgáltató szervezetek	Az akkreditált foglalkoztatónál töltött idő túl hosszú, a célcsoport tagjai hozzászoknak a „biztonságos”, a nyílt munkaerő-piactól jelentősen eltérő munkakörülményekhez.	Legfeljebb fél-egy év eltöltése az akkreditált foglalkoztatónál.
Nonprofit szolgáltató szervezetek	Az akkreditált foglalkoztatónál eltöltött idő alatt nincs érdemi felkészítés a nyílt munkaerő-piaci munkavállalásra.	Kötelezően igénybe veendő munkaerő-piaci szolgáltatás biztosítása a célcsoport számára. (De! A szervezetek minőségbiztosításával!) Szolgáltatóként a nonprofit szervezetek bevonása, kötelező együttműködés keretében.
Nonprofit szolgáltató szervezetek	A nonprofit szolgáltatók jelenleg nem rendelkeznek olyan szolgáltatói kapacitásokkal, amellyel biztosítani tudják szolgáltatásaik elérhetőségét minden településen.	Nonprofit szolgáltatói kapacitásfejlesztés (szolgáltatók képzése, mobilszolgáltatói rendszerek kialakítása stb.) 1-2-3 év időtartam alatt.
Akkreditált foglalkoztatók	Nem megoldott a munkavállalók képzésének világos szabályozása a jelenlegi rendszerben, nincs hozzárendelt forrás.	Képzések finanszírozásának és kereteinek tisztázása, illetve a képzési lehetőségekhez való hozzájutás rendszerének kialakítása, koordinálása.
Akkreditált foglalkoztatók	Az RSzSz munkaközvetítői tevékenysége megalapozatlan, nem ismeri elegendő mélységben és mennyiségben a	Alapos és folyamatos igényfeltárás a munkáltatók körében a munkaerő-igényre vonatkozóan.

	munkáltatói igényeket.	
Nonprofit szolgáltató szervezetek	Az RSzSz felelősségéhez (nyílt munkaerő-piaci elhelyezés) nincs meg a megfelelő szolgáltatói kapacitása.	Az RSzSz feladata hatósági, nyilvántartási tevékenységre korlátozódik.
Akkreditált foglalkoztatók	Az RSzSz és a munkaerő-piaci szolgáltatók feladata párhuzamos.	Az RSzSz működjön együtt közvetlenül a szolgáltatókkal, a párhuzamos feladatellátás megszüntetése.
Akkreditált foglalkoztatók	A komplex minősítés, mint rendszer, megfelelő lehet, de a komplex minősítés alapja olyan felülvizsgálat, amely túl rövid és nem elég alapos ahhoz, hogy hosszú évekre meghatározza egy személy életpályáját.	Komplex minősítés előtt: - munkapróba, „előzetes foglalkoztatás” (kb. fél év); a minősítés során a foglalkoztató véleménye is becsatornázásra kerül - motiváció vizsgálata - egészségkárosodás mértékének (és nem típusának) hangsúlyozottabb figyelembe vétele - életkor hangsúlyozottabb figyelembe vétele
Akkreditált foglalkoztató, nonprofit szervezet	A komplex besorolás nem minden munkavállaló esetében megfelelő.	Az akkreditált foglalkoztató az alkalmazott munkáját látva tehessen javaslatot, hogy kapjon más besorolást.
Akkreditált foglalkoztatók	Akadálymentesítési nehézségek néhány akkreditált munkáltatónál (speciális célcsoportra), a nyílt munkaerő-piacon pedig hatalmas problémák ezen a területen.	Akadálymentes munkakörülmények megteremtésének célzott, központi támogatása.
Akkreditált foglalkoztatók	Folyamatosan változik a rendszer, ez minden szereplőben bizonytalanságot okoz, illetve olyan érzetet kelt, hogy „úgyis megváltozik a követelmény”, ezért nem tesznek meg lépéseket, csak az utolsó pillanatban.	Stabil, hosszú távon fenntartott rendszer, és annak világos kommunikációja minden szereplő felé, érthető módon, következetesen.
Akkreditált foglalkoztató, nonprofit szervezet	Van olyan földrajzi területe Magyarországnak, ahol annyira nehéz a gazdasági helyzet, hogy az ép, képzett emberek is nehezen kapnak állást. A megváltozott munkaképességű emberek ezeken a területeken esélytelenek arra, hogy nyílt munkaerő-piacon helyezkedjenek el.	Célzott gazdaságélénkítő intézkedések.
Akkreditált foglalkoztatók	Munkavállalókkal közvetlen kapcsolatban lévő vezetők kettős szerepe nehezen értelmezhető azoknak, akik hosszú évek óta végzik a klasszikus termelésirányító feladatokat, számukra idegen a támogató jellegű tevékenység, hozzáállás.	Belső képzések, szemléletformálás a munkahelyi vezetők számára.
Akkreditált foglalkoztató	Az eredményesen dolgozó tranzitálandó munkaerő kivezetése egyértelmű ellenérdekeltsége a foglalkoztatóknak.	„Sikerdíj” bevezetése a kivezetett munkavállalók után.
Akkreditált foglalkoztató Nonprofit szolgáltató	A rendszerátalakítás után az akkreditált szervezetek profiltisztítására lesz szükség.	Az akkreditált szervezetek „szociális foglalkoztatóvá” alakulnak olyan módon, hogy csak a nagyon rossz helyzetű, súlyosan fogyatékos, egészségkárosodott emberek maradnak ténylegesen náluk hosszabb időre, mindenki másnak csak „átmeneti” állapotként jelennek meg, nekik abban segítenek, hogy mihamarabb kijussanak nyílt munkaerőpiacra.
Akkreditált	Az alkalmazottak félnek a nyílt munkaerő-	Olyan módszer bevezetése, amelyben nem

foglalkoztató	piaci munkavállalástól.	érezik kényszernek a tranzitálást, amely nem eredményez pánikot a munkavállalók körében. Folyamatos motiváció, illetve képesség és készség fejlesztéssel felkészítés a nyílt munkaerő-piaci munkavállalásra.
Akkreditált foglalkoztató	Rossz tömegközlekedési helyzetben lévő településekről a munkavállalók nem tudnak bejárni a foglalkoztatóhoz, illetve sok esetben napi 4 órát utaznak 4 óra munkáért.	Munkavállalók szállításának megszervezése, támogatása.
Akkreditált foglalkoztató	Amennyiben nem végez az akkreditált foglalkoztatás mellett humán szolgáltatói tevékenységet is a foglalkoztató, rendszerint nincs érdemi kapcsolata nyílt munkaerő-piaci munkáltatókkal.	Módszertan biztosítása a munkáltatói kapcsolattartásra, vagy külső szolgáltatói tevékenységként való beemelés.
Akkreditált foglalkoztató	A nyílt munkaerő-piaci munkaadók jelenleg nem eléggé érdekeltek megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatásában.	A megváltozott munkaképességűeket alkalmazó cégek előnyt élveznének az állami közbeszerzéseknél.
Akkreditált foglalkoztató	Az alkalmazott rehabilitációs mentor végzettsége nem szakirányú, tapasztalata marginális vagy elavult.	Rövid, szociális alapismereteket és célcsoport-specifikus ismereteket biztosító felzárkóztató képzés.

III. A nonprofit szervezetek lehetséges szerepvállalása a megváltozott munkaképességű emberek számára nyújtott humán szolgáltatásokban

A tanulmány jelen fejezetének átfogó célja annak feltárása, hogy a jelenleg a **foglalkoztatás területén tevékenykedő nonprofit szektor milyen szerepvállalásra alkalmas az átvezetés rendszerében** a megváltozott munkaképességű emberek számára nyújtandó munkaerő-piaci szolgáltatások kapcsán.

A fejezetben a rendelkezésünkre álló források alapján bemutatjuk a foglalkoztatási célú nonprofit szervezetek legfontosabb jellemzőit, kiemelt figyelmet fordítva arra, hogy a leírásban megjelenjenek a célcsoport kapcsán már tapasztalatokkal rendelkező szervezetek, illetve azok a nonprofitok is, akik eddig még nem foglalkoztak megváltozott munkaképességű emberekkel. A fejezet második részében arra a kérdésre keressük a választ, hogy a négy legnagyobb, megváltozott munkaképességűek foglalkozási rehabilitációját ellátó modellprogram milyen célcsoportokat és hogyan ér el, vagyis a jelenlegi nonprofit szolgáltatások a célcsoport mely részét fedik le. A fejezet utolsó részében azonosítjuk a célcsoport elérésével kapcsolatos legfontosabb problémákat, és javaslatokat teszünk azok megoldására.

A fejezetben a következő források kerültek felhasználásra:

- Foglalkoztathatóság javítását szolgáló intézkedések értékelése³⁵. A fejezet megírása során felhasználtuk az NFÜ megbízásából a Hétfa Kutatóintézet és a Revita Alapítvány által készített értékelési jelentést, illetve az értékelés során a foglalkoztatási célú civil szervezetekkel készült online adatfelvétel adatbázist.
- A nonprofit szervezetek szerepe a megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatásában – különös tekintettel a TÁMOP 1. és 2. prioritására - Kutatási zárójelentés³⁶. Készült a Revita Alapítvány kutatóműhelyében a „Foglalkoztathatóság javítását szolgáló intézkedések értékelése” című, NFÜ által megrendelt értékelés keretében.
- Megváltozott munkaképességű emberekkel foglalkozó foglalkoztatási célú nonprofit szervezetek körében készült fókuszcsoportos interjúk átiratai. Készültek a „Foglalkoztathatóság javítását szolgáló intézkedések értékelése” című, NFÜ által megrendelt értékelés keretében.
- A megváltozott munkaképességű emberek munkaerő-piaci (re)integrációját elősegítő szolgáltatások leírása és a szolgáltatást nyújtó nonprofit szervezetek vizsgálata, típusalkotása³⁷ - Kutatási zárótanulmány, valamint a kutatás során készített interjúk átiratai. Készült az EQUAL Tematikus Innovációs Hálózat megbízásából a Revita Alapítvány kutatóműhelyében, 2008.
- AMSZ-adatok a megváltozott munkaképességű emberek foglalkozási rehabilitációs modellprogramjaiban a szolgáltatásba vont ügyfelekről a 2012.02.01. és 2013.03.31. közötti időszakra vonatkozóan. Készítette a Zala Megyei Kormányhivatal Munkaügyi Központja.

³⁵ http://www.nfu.hu/foglalkoztathatosag_javitasat_szolgalo_intezkedesek_ertekelese

³⁶ http://revitaalapitvany.hu/nfu_ertekeles/foglalkoztatasi_esettan_revita.pdf

³⁷ http://revitaalapitvany.hu/letoltes/tanulmanyok/equal_szolg_foly_szerv_zaro.pdf

III.1 A nonprofit szervezetek általános leírása

Ebben a fejezetben a „Foglalkoztathatóság javítását szolgáló intézkedések értékelése” című, NFÜ által megrendelt értékelési projekt keretében készült online kérdőíves adatfelvétel során létrejött adatbázis másodelemzése, illetve az értékelés keretében készült szakértői interjúk elemzése alapján tettünk megállapításokat a foglalkoztatási célú civil szervezetekről. Választásunkat az indokolta, hogy ez az adatfelvétel tekinthető a legfrissebb forrásnak, amely a foglalkoztatás területén tevékenykedő nonprofit szervezetek alapvető jellemzőiről információt szolgáltat.

A mintába a 2007 és 2013 közötti programozási időszakban TÁMOP 1 és 2 prioritások keretében foglalkoztatási célú pályázatot benyújtott szervezetek, az ugyanabban az időszakban, ugyanazokban a konstrukciókban a megyei munkaügyi központokkal szolgáltatási szerződést kötött szervezetek, illetve azok a foglalkoztatási célú nonprofitok kerültek be, amelyek a Revita Alapítvány által 2005-ben, az OFA-ROP Hálózat megbízásából készült kutatásban válaszadóként megjelentek. A kutatási alapsokaság 1277 szervezetből állt, ebből a kérdőívet 666 szervezet képviselője töltötte ki.

Az értékelés keretében létrejött adatbázisban megjelennek olyan szervezetek, amelyek az elmúlt három év során már foglalkoztak megváltozott munkaképességű emberekkel (a minta 32,6%-a), valamint olyanok is, amelyek eddig ezzel a célcsoporttal még nem foglalkoztak, de potenciálisan alkalmasak lehetnek arra, hogy megváltozott munkaképességű emberek számára munkaerő-piaci szolgáltatásokat nyújtsanak. Az elemzés során arra törekedtünk, hogy a teljes, munkaerő-piaci szolgáltatásnyújtás kapcsán potenciálisan elérhető nonprofit szervezeti kört bemutassuk, így a célcsoport kapcsán már tapasztalatokkal rendelkező, illetve a megváltozott munkaképességű emberekkel eddig még nem foglalkozó szervezetek jellemzőit összehasonlító módon írjuk le.

Az elemzés során általános leírást kívántunk nyújtani a szolgáltatásnyújtásba potenciálisan bevonható szervezeti körrel, így kitérünk azok jogi formájára, területi elhelyezkedésére, működési hatókörére, humán erőforrására, finanszírozására, a különböző partnerszervezetekkel történő kapcsolattartás intenzitására, valamint a jelenlegi és jövőbeni lehetséges tevékenységi körére.

III.2. A szervezetek jogi formája

A foglalkoztatási célú civil szervezetek **több mint fele a hagyományos egyesületi, vagy alapítványi formában működik, ötöde pedig nonprofit gazdasági társaságként vagy nonprofit kft-ként** végzi tevékenységét. A szervezet jogi formája esetében nincs lényegi különbség azok között a szervezetek között, amelyek már rendelkeznek tapasztalattal a megváltozott munkaképességű emberek számára nyújtott szolgáltatások kapcsán, és azok között, amelyek még nem végeztek szakmai munkát ezzel a célcsoporttal.

14. táblázat A nonprofit szervezetek jogi formája (2013, %)

Jogi forma	Amelyek nyújtottak megváltozott munkaképességű embereknek és fogyatékossgal élőknek foglalkoztatási célú segítséget, szolgáltatást az elmúlt három évben	Amelyek nem nyújtottak foglalkoztatási célú segítséget, szolgáltatást megváltozott munkaképességű embereknek és fogyatékossgal élőknek az elmúlt három évben
Alapítvány	24,5	23,2
Közalapítvány	1,3	1,8
Egyesület	33,6	36,2
Közhasznú társaság	2,6	3,7
Szövetség	0,9	1,1
Szövetkezet	1,7	1,8
Szociális szövetkezet	6,6	2,1
Egyházi szervezet	2,6	1,1
Jogi személyiségű nonprofit szervezet	1,7	3,4
Egyház, önálló egyházi intézmény	1,3	1,1
Nonprofit gazdasági társaság, nonprofit korlátolt felelősségű társaság	19,7	21,1
Egyéb	3,5	3,2
N (elemszám)	229	436

Forrás: Foglalkoztatási értékelés (Hétfa-Revita, 2013)

III.3 A szervezetek földrajzi elhelyezkedése

A foglalkoztatási célú nonprofit szervezetek földrajzi elhelyezkedése kapcsán három információ áll rendelkezésünkre: a regionális hovatartozás, a szervezet székhelyének településtípusa, valamint az, hogy az adott szervezet székhelye LHH-s kistérségben található-e.

Elmondható, hogy **a szervezetek regionális elhelyezkedése nem egyenletes.** A legtöbb szervezet az Észak-Alföldi-, Közép-Magyarországi- és az Észak-Magyarországi Régióban található, legkisebb arányban pedig a Dunántúli régiókban jelennek meg a foglalkoztatási célú nonprofit szervezetek. A megváltozott munkaképességű emberek kapcsán már tapasztalattal rendelkező nonprofitok kisebb arányban vannak jelen a Közép-Magyarországi régióban, mint a célcsoport számára szolgáltatásnyújtásra potenciálisan alkalmas szervezetek (14,8% - 21,1%), ám ez utóbbiak némileg nagyobb arányban képviseltetik magukat a dunántúli régiókban. **A szolgáltatásnyújtásba bevonható, ám tapasztalattal még nem rendelkező szervezetek egyötöde tehát a Közép-Magyarországi régióban található.**

15. táblázat A nonprofit szervezetek régiók szerinti %-os megoszlása (2013)

Régió	Amelyek nyújtottak megváltozott munkaképességű embereknek és fogyatékossgal élőknek foglalkoztatási célú segítséget, szolgáltatást az elmúlt három évben	Amelyek nem nyújtottak foglalkoztatási célú segítséget, szolgáltatást megváltozott munkaképességű embereknek és fogyatékossgal élőknek az elmúlt három évben
Dél-Alföld	15,7	14,2
Dél-Dunántúl	11,8	11,0
Észak-Alföld	19,2	21,3
Észak-Magyarország	16,2	16,5
Közép-Dunántúl	11,4	8,3
Közép-Magyarország	14,8	21,1
Nyugat-Dunántúl	10,9	7,6
Összesen	100,0	100,0
<i>N (elemszám)</i>	229	436

Forrás: Foglalkoztatási értékelés (Hétfa-Revita, 2013)

A szervezetek székhelyének településtípusa között már nagyobb eltérések figyelhetők meg a két csoport között: bár **mindkét csoport esetében a szervezetek közel fele megyeszékhelyeken** (megyei jogú városokban) rendelkezik bejelentett székhellyel, a célcsoport kapcsán tapasztalattal már rendelkező szervezetek kisebb része található a fővárosban, mint a célcsoporttal eddig még nem dolgozó szervezetek azonos része (12,2% – 14,7%). A megváltozott munkaképességű emberek számára nyújtott humánszolgáltatások kapcsán már **tapasztalattal rendelkező szervezetek majdnem negyede (22,7%) kistérségi központokban működik**, a feladatra potenciálisan alkalmas szervezetek esetében ez az arány jóval kisebb (15,4%). Ez utóbbi kör esetében az „egyéb” típusba tartozók (egyéb városban, községben székhellyel rendelkezők) aránya is nagyobb (24%).

16. táblázat A nonprofit szervezetek székhelyének településtípusa (2013, %)

Település típusa	Amelyek nyújtottak megváltozott munkaképességű embereknek és fogyatékossgal élőknek foglalkoztatási célú segítséget, szolgáltatást az elmúlt három évben	Amelyek nem nyújtottak foglalkoztatási célú segítséget, szolgáltatást megváltozott munkaképességű embereknek és fogyatékossgal élőknek az elmúlt három évben
Budapest	12,2	14,7
Megyei jogú város	47,2	45,9
Egyéb kistérség központ	22,7	15,4
Egyéb	17,9	24,0
<i>N (elemszám)</i>	229	434

Forrás: Foglalkoztatási értékelés (Hétfa-Revita, 2013)

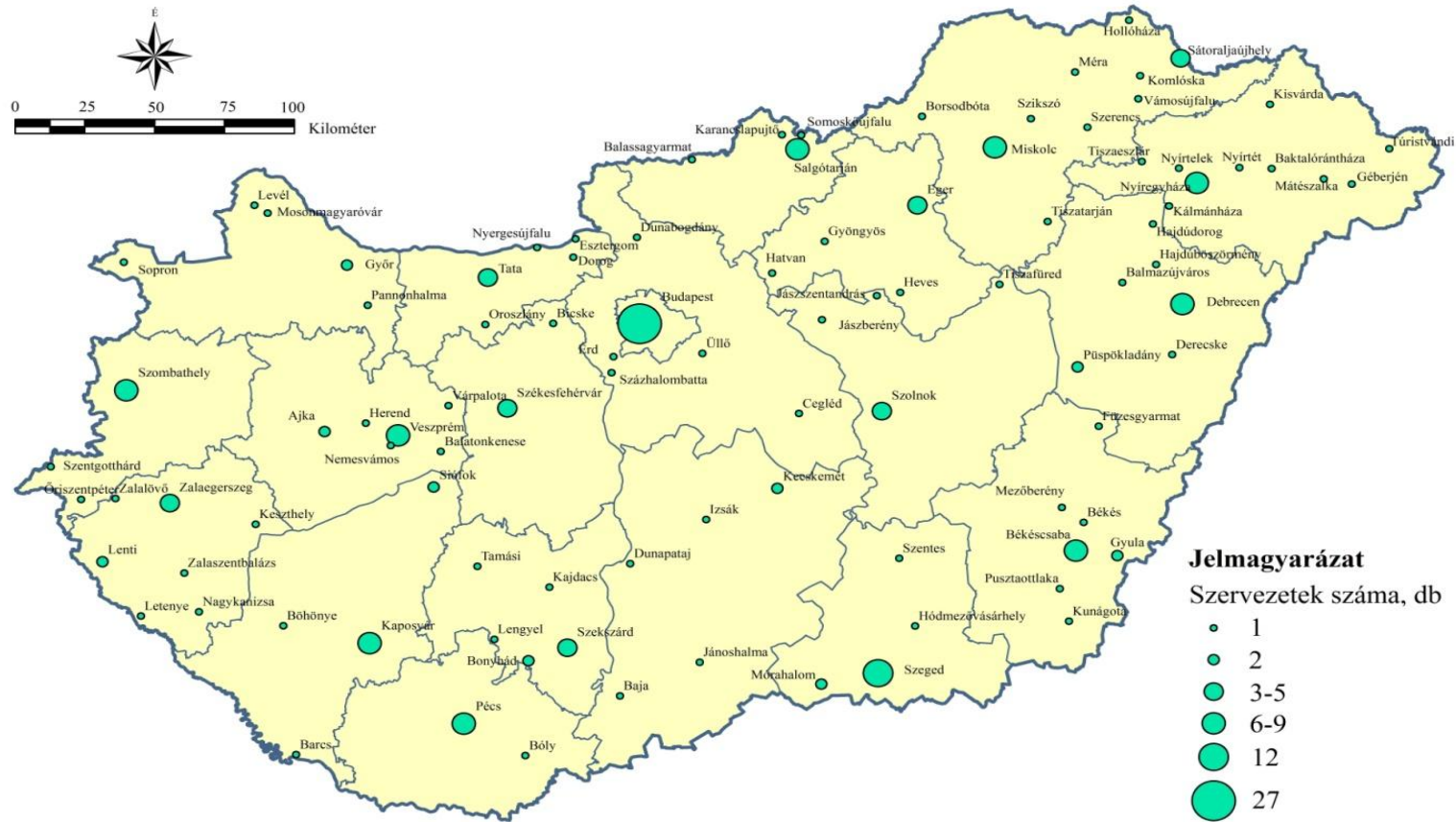
A foglalkoztatási célú szervezetek **kevésbé több, mint egyötöde található LHH-s kistérségben**, e tekintetben nincs különbség a két csoport között.

17. táblázat LHH-s kistérségben van-e a szervezet székhelye (2013)

LHH-s kistérségben van-e a szervezet székhelye	Amelyek nyújtottak megváltozott munkaképességű embereknek és fogyatékossgal élőknek foglalkoztatási célú segítséget, szolgáltatást az elmúlt három évben	Amelyek nem nyújtottak foglalkoztatási célú segítséget, szolgáltatást megváltozott munkaképességű embereknek és fogyatékossgal élőknek az elmúlt három évben
Nem LHH-s kistérségben van a szervezet székhelye	78,6	77,4
LHH-s kistérségben van a szervezet székhelye	21,4	22,6
Összesen	100	100
N (elemszám)	229	434

Forrás: Foglalkoztatási értékelés (Hétfa-Revita, 2013)

2. ábra A Magyarországon működő, megváltozott munkaképességű emberekkel az elmúlt három év során tapasztalatot szerzett nonprofit szervezetek (2013)



Készítette: A Hétfa Kutatóintézet adatai alapján Péntes János

III.4 A szervezetek tényleges hatóköre

A megváltozott munkaképességű célcsoport kapcsán már tapasztalatot szerzett szervezetek és a számukra szolgáltatásnyújtásba potenciálisan bevonható szervezetek tényleges hatóköre között megfigyelhető némi hangsúlyeltolódás. Az első, **„tapasztalt” csoport nagyobb arányban működik** regionális (24,7%), megyei (22,9%) és kistérségi (14,4%), vagyis **szűkebb hatókörben, mint a „bevonható” csoport**. Ez utóbbi esetében nagyobb számban találhatóak országos (23,4%) és nemzetközi (5,3%) hatókörben működő szervezetek, és kisebb arányban szűkebb hatókörben dolgozók.

18. táblázat A nonprofit szervezetek tényleges hatóköre (2013, %)

Tényleges hatókör	Amelyek nyújtottak megváltozott munkaképességű embereknek és fogyatékossgal élőknek foglalkoztatási célú segítséget, szolgáltatást az elmúlt három évben	Amelyek nem nyújtottak foglalkoztatási célú segítséget, szolgáltatást megváltozott munkaképességű embereknek és fogyatékossgal élőknek az elmúlt három évben
Nemzetközi	4,4	5,3
Országos	18,5	23,4
Regionális	24,7	20,7
Megyei	22,9	20,5
Kistérségi	14,4	12,9
Néhány községre kiterjedő / mikrotérségi	2,2	3,2
Települési	10,9	10,6
A település egy meghatározott részét érintő	0,4	0,9
Egyéb	1,3	2,5
N (elemszám)	227	435

Forrás: Foglalkoztatási értékelés (Hétfa-Revita, 2013)

III.5 A nonprofit szervezetek humán-erőforrása

A foglalkoztatási célú nonprofit szervezetek két csoportja – a megváltozott munkaképességű emberek kapcsán már tapasztalatot szerzett, illetve az ezzel a célcsoporttal még nem dolgozó szervezetek – rendelkezésre álló humán erőforrása között komoly különbség figyelhető meg: **a „tapasztalt” csoport jóval több teljes munkaidős és részmunkaidős alkalmazottat foglalkoztat, mint a „bevonható” csoport**. A teljes munkaidős alkalmazottak száma a „tapasztalt” csoportban átlagosan 27,4 fő, több, mint a „bevonható” csoportban meglévő alkalmazotti szám kétszerese (12,4 fő), a részmunkaidős alkalmazottak száma pedig még ennél is nagyobb különbséget mutat, hiszen a „tapasztalt” csoportban az átlagos létszám több, mint hatszorosa a „bevonható” csoport részmunkaidős létszámának (12,4 – 1,9 fő).

A szervezetek alsó 25%-ban ugyanakkor a két csoport között eltérés mutatkozik: a „tapasztalt” szervezeteknél sem teljes, sem részmunkaidős alkalmazott nincs, a „bevonható” csoportnál azonban 1-1 fő alkalmazott található mindkét foglalkoztatási formában. Az alsó 50%-nál már fordul a kép, mivel a „tapasztaltaknál” kétszer annyi alkalmazott, és ötször annyi teljes munkaidős alkalmazott található, mint a „bevonhatóknál”.

Össességében a nagyobb alkalmazotti létszám a „tapasztalt” szervezetek stabilabb humán erőforrását jelzi, amelyre bármilyen szolgáltatást könnyebben lehet telepíteni.

19. táblázat A nonprofit szervezetekben dolgozó teljes munkaidős és részmunkaidős alkalmazottak száma (2013)

	Amelyek nyújtottak megváltozott munkaképességű embereknek és fogyatékossgal élőknek foglalkoztatási célú segítséget, szolgáltatást az elmúlt három évben		Amelyek nem nyújtottak foglalkoztatási célú segítséget, szolgáltatást megváltozott munkaképességű embereknek és fogyatékossgal élőknek az elmúlt három évben	
	Teljes munkaidős alkalmazottak	Részmunkaidős alkalmazottak	Teljes munkaidős alkalmazottak	Részmunkaidős alkalmazottak
25%	0	0	1	1
50%	5	1	2	1
75%	17	5	5	2
Átlag	27,4 fő	12,4 fő	12,4	1,9

Forrás: Foglalkoztatási értékelés (Hétfa-Revita, 2013)

III.6 Finanszírozás

A szervezetek finanszírozását megvizsgálva megfigyelhető némi különbség a két csoport között: a megváltozott munkaképességű emberek kapcsán már **tapasztalatot szerzett csoport bevételei** 4%-kal **magasabb arányban származnak normatív költségvetési támogatásból és** 11%-kal magasabb arányban **hazai és Uniós pályázati forrásokból**, mint a „bevonható” csoport bevételi forrásai. Ugyanakkor ez utóbbiak némileg nagyobb mértékben támaszkodnak magánszemélyektől származó adományokra, nemzetközi pályázatokból származó forrásokra, az SZJA 1%-ra, illetve vállalkozói bevételekre.

20. táblázat A nonprofit szervezetek finanszírozási forrásai (2013, %)

Finanszírozási forrás	Amelyek nyújtottak megváltozott munkaképességű embereknek foglalkoztatási célú segítséget, az elmúlt 3 évben	Amelyek nem nyújtottak foglalkoztatási célú segítséget megváltozott munkaképességű embereknek az elmúlt 3 évben
Normatív költségvetési támogatás	19,24	15,13
Adomány	5,71	8,06
Támogatás a piaci szféra képviselőitől	3,04	2,82
Magyar állami pályázatok, megrendelések (beleértve: EU-s társfinanszírozású pályázat)	45,06	34,05
Nemzetközi pályázatok	4,61	5,17
SZJA 1%	1,42	2,04
Vállalkozói bevételek	10,67	14,63

Forrás: Foglalkoztatási értékelés (Hétfa-Revita, 2013)

III.7 Kapcsolattartás partnerszervezetekkel

A megváltozott munkaképességű emberekkel kapcsolatban már **tapasztalatot szerzett nonprofit szervezetek általában nagyobb arányban ápolnak intenzív kapcsolatot**

partnereikkel (legalább kéthavi kapcsolattartás). A foglalkoztatáshoz, illetve a munkaerő-piaci szolgáltatásokhoz nem szorosan kötődő partnerek (települési önkormányzat, képző intézmény) esetében az intenzív kapcsolattartás aránya nagyjából azonosan magas mindkét típusú szervezetcsoport esetében, míg **a munkaerő-piachoz, illetve szakmai, módszertani munkához szorosan kötődő partnerek** (megyei munkaügyi központ és kirendeltségei, szakmai szövetségek és hálózatok) **esetében már csak a „tapasztalt” szervezetek jellemezhetőek magas arányban intenzív kapcsolattartással.**

21. táblázat A nonprofit szervezetek partnerszervezetekkel való kapcsolattartásának intenzitása – legalább kéthavi kapcsolattartás (2013)

Partner megnevezése	Amelyek nyújtottak megváltozott munkaképességű embereknek és fogyatékossgal élőknek foglalkoztatási célú segítséget, szolgáltatást az elmúlt három évben	Amelyek nem nyújtottak foglalkoztatási célú segítséget, szolgáltatást megváltozott munkaképességű embereknek és fogyatékossgal élőknek az elmúlt három évben
Települési önkormányzat	63,3	60,6
Megyei önkormányzat	26,6	18,8
Kisebbségi önkormányzat	23,1	24,5
Kistérségi társulás	32,3	24,5
Megyei munkaügyi központ	55,9	33,3
Munkaügyi kirendeltség	67,7	43,3
Kamara	19,2	15,8
Szakmai szövetség, hálózat	51,5	41,7
Szakminisztérium	24,9	18,1
Tudományos intézmény	12,7	13,3
Képző intézmény, cég	50,7	48,4
Piaci állásközvetítő	19,7	11,5
Nemzeti Fejlesztési Ügynökség	51,1	44,0
Nemzeti Munkaügyi Hivatal	18,8	10,3
Egyéb vállalat, vállalkozás	66,4	54,6
Egyház	24,5	24,1

Forrás: Foglalkoztatási értékelés (Hétfa-Revita, 2013)

III.8 A nonprofit szervezetek tevékenységi körei

A két csoport tevékenységi köre markáns eltérést mutat: a célcsoporttal már foglalkozó szervezetek között a leggyakoribb tevékenységek (a megjelölés gyakorisága szerint) a foglalkoztatás (66,5%), az oktatás (57,1), a szociális ellátás (52,4), valamint a sport (42,1) és a kultúra (41,7). Ezzel szemben a szolgáltatásnyújtásba potenciálisan bevonható csoport tevékenység-struktúrájában az oktatás (72%), a kultúra (44%), a sport (42,9%), valamint a szociális ellátás (40,2) és a foglalkoztatás (38,3%) jelennek meg vezető tevékenységként. **A „tapasztalt” szervezetek jó része tehát sokkal nagyobb mértékben végez a komplex rehabilitáció területébe tartozó tevékenységeket (szociális szolgáltatás – képzés – foglalkoztatás), mint a potenciálisan bevonható szervezetek.** Ez utóbbiaknak kevesebb, mint 40%-a rendelkezik tapasztalattal a szociális ellátás és foglalkoztatás területén, ám az oktatási tevékenységek az ő körükben nagyobb arányban vannak jelen, mint a „tapasztalt”

szervezetek esetében. További fontos megállapítás, hogy a **„tapasztalt” szervezetek jóval homogénebb tevékenységi struktúrával jellemezhetőek**, mint a „bevonható” szervezetek, s ez a professionalitás fontos mutatójaként értelmezhető.

22. táblázat A nonprofit szervezetek tevékenységi körei (2013, %)

Tevékenységek	Amelyek nyújtottak megváltozott munkaképességű embereknek és fogyatékossgal élőknek foglalkoztatási célú segítséget, szolgáltatást az elmúlt három évben		Amelyek nem nyújtottak foglalkoztatási célú segítséget, szolgáltatást megváltozott munkaképességű embereknek és fogyatékossgal élőknek az elmúlt három évben	
	Nyújtja az adott szolgáltatást	N	Nyújtja az adott szolgáltatást	N
Kultúra	41,7	228	44,0	430
Vallás	9,2	228	7,2	428
Sport, szabadidő, hobbi	42,1	228	42,9	431
Oktatás	57,1	226	72,0	428
Kutatás	17,1	228	18,4	430
Egészségügy	25,4	228	15,0	427
Szociális ellátás	52,4	229	40,2	425
Környezetvédelem	30,0	227	27,8	425
Településfejlesztés	16,2	228	21,2	429
Gazdaságfejlesztés	13,7	227	25,3	424
Foglalkoztatás	66,5	227	38,3	431
Jogvédelem	15,4	227	11,8	425
Szakmai, gazdasági érdekképviselet	17,5	228	17,3	423

Forrás: Foglalkoztatási értékelés (Hétfa-Revita, 2013)

A szervezetek foglalkoztatással összefüggő tevékenységeinek elemzése megerősíti a fenti megállapításokat: **a célcsoporttal már foglalkozó szervezetek körében a munkaerő-piaci szolgáltatások, illetve a foglalkozási rehabilitációs munkaerő-piaci modellek legfontosabb elemei magasabb arányban jelennek meg, mint a potenciális bevonható szervezetek körében.** A „tapasztalt” szervezetek 83,4%-a végez tájékoztatást, 66,7%-a mentális segítségnyújtást, 53,9% kompetenciafejlesztést, 55,3% mentorálást és képzést, 47,6% tanácsadást, és 44,4% foglalkozik a munkahelymegtartás elősegítésével, utókövetéssel, míg ugyanezen tevékenységek a „bevonható” csoport esetében rendre 10-20%-ponttal kisebb arányban jelennek meg. Ugyanakkor a **tájékoztatási tevékenységtől eltekintve a többi, modellprogramokban megtalálható munkaerő-piaci humánszolgáltatást a „tapasztalt” szervezeteknek is csak kevéssel több, mint a fele biztosítja.**

A **„tapasztalt” csoport majdnem fele (48,9%) biztosít tartós foglalkoztatást** célcsoportjai számára saját szervezetén belül, míg ez a „bevonható csoportba tartozó szervezetek kevesebb, mint negyedére érvényes (24,4%).

Ha megvizsgáljuk, hogy a fenti szolgáltatásokat támogatás biztosítása mellett a szervezetek mekkora hányada nyújtaná, további értékes megállapítások tehetőek: **az ügyfél szolgáltatásba vonásának „első”, mainstream célcsoportoknak** (jellemzően pályázati finanszírozásból működő munkaerő-piaci programokban) **nyújtott szolgáltatási elemeit (a képzésben tartásig) mindkét célcsoport magas arányban vállalná.** A tájékoztatás, képességfelmérés, egyéni fejlesztési terv készítése, kompetenciafejlesztés, munkára felkészítés, a pályaaorientáció, tanácsadás, mentorálás,

képzés és a képzésben maradás elősegítése olyan szolgáltatási elemek, amelyek vállalási aránya mindkét csoportban (igen kevés eltéréssel) nagyon magas, 65-80%-os arányban fordul elő.

23. táblázat A nonprofit szervezetek által 2012-ben végzett, foglalkoztatással összefüggő tevékenységek (%)

2012-ben végzett, foglalkoztatással összefüggő tevékenységek	Amelyek nyújtottak megváltozott munkaképességű embereknek és fogyatékossgal élőknek foglalkoztatási célú segítséget, szolgáltatást az elmúlt három évben		Amelyek nem nyújtottak foglalkoztatási célú segítséget, szolgáltatást megváltozott munkaképességű embereknek és fogyatékossgal élőknek az elmúlt három évben	
	Nyújtotta az adott szolgáltatást	N	Nyújtotta az adott szolgáltatást	N
Tájékoztatás, információszolgáltatás célcsoportoknak	83,4	229	67,6	426
Képességek felmérése, fejlesztési tervek készítése	38,0	229	47,4	424
Mentális segítségnyújtás, tréning	66,7	226	43,9	424
Kompetencia-fejlesztés, munkára felkészítő tréning	53,9	228	40,2	423
Álláskeresési tréning	39,6	227	28,7	421
Mentorálás	55,3	228	37,4	425
Képzés	53,3	227	46,1	425
Képzésben bennmaradás támogatása	30,8	224	22,7	414
Pályorientáció, pályaválasztási tanácsadás	36,9	225	32,9	422
Tanácsadás munkát keresőknek, (leendő) kisvállalkozóknak	47,6	227	35,5	422
Munkaközvetítés	23,7	228	8,7	424
Állásfeltárás, elhelyezés	36,6	227	19,2	421
Próbamunka szervezése munkáltatónál	18,5	227	8,5	424
Munkahelyi betanítás, beilleszkedés segítése	38,6	228	16,6	421
Munkahelymegtartás segítése, utánkövetés	44,5	229	17,6	420
Munkáltató fejlesztése, tanácsadás munkáltatónak	31,1	225	15,2	421
Tranzitfoglalkoztatás saját szervezeten belül	14,0	222	5,8	416
Tartós foglalkoztatás saját szervezeten belül	48,9	225	24,4	422
Közfoglalkoztatás szervezése	18,4	223	10,6	423
Érdekvédelem	36,1	227	20,0	419
Módszertani tevékenység, kutatás, szakmai fórumok szervezése	37,8	225	33,8	420

Forrás: Foglalkoztatási értékelés (Hétfa-Revita, 2013)

24. táblázat A nonprofit szervezetek által támogatás esetén vállalható, foglalkoztatással összefüggő tevékenységek (2013, %)

Támogatás esetén a szervezet által nyújtható, foglalkoztatással összefüggő tevékenységek	Amelyek nyújtottak megváltozott munkaképességű embereknek és fogyatékossgal élőknek foglalkoztatási célú segítséget, szolgáltatást az elmúlt három évben		Amelyke nem nyújtottak foglalkoztatási célú segítséget, szolgáltatást megváltozott munkaképességű embereknek és fogyatékossgal élőknek az elmúlt három évben	
	Támogatás esetén nyújtaná az adott szolgáltatást	N	Támogatás esetén nyújtaná az adott szolgáltatást	N
Tájékoztatás, információszolgáltatás célcsoportoknak	83,0	224	78,6	416
Képességek felmérése, fejlesztési tervek készítése	77,8	225	71,0	417
Mentális segítségnyújtás, tréning	82,2	225	65,6	418
Kompetencia-fejlesztés, munkára felkészítő tréning	75,9	224	71,0	417
Álláskeresési tréning	64,3	221	56,3	414
Mentorálás	79,1	225	68,5	413
Képzés	80,7	223	76,6	423
Képzésben bennmaradás támogatása	63,8	221	55,6	405
Pályaorientáció, pályaválasztási tanácsadás	61,2	224	56,8	417
Tanácsadás munkát keresőknek, (leendő) kisvállalkozóknak	64,1	223	61,4	417
Munkaközvetítés	45,2	219	32,5	409
Állásfeltárás, elhelyezés	51,1	219	40,7	408
Próbamunka szervezése munkáltatónál	46,6	221	34,0	406
Munkahelyi betanítás, beilleszkedés segítése	58,5	224	37,4	404
Munkahelymegtartás segítése, utánkövetés	71,0	224	46,6	408
Munkáltató fejlesztése, tanácsadás munkáltatónak	62,5	224	43,5	409
Tranzitfoglalkoztatás saját szervezeten belül	42,0	219	27,0	396
Tartós foglalkoztatás saját szervezeten belül	71,4	224	54,8	407
Közfoglalkoztatás szervezése	47,0	219	32,8	412
Érdekvédelem	49,8	217	39,4	411
Módszertani tevékenység, kutatás, szakmai fórumok szervezése	66,5	221	61,4	415

Forrás: Foglalkoztatási értékelés (Hétfa-Revita, 2013)

Ugyanakkor a megváltozott munkaképességű emberek számára nyújtott, **komplex modellprogramok olyan további elemei, amelyek a foglalkoztatás tartóssá válását biztosíthatják** (mint a munkahelyi betanítás, beilleszkedés elősegítése, a munkahelymegtartás elősegítése, utánkövetés, illetve a munkáltatókkal összefüggő szolgáltatások (munkáltató fejlesztése, tanácsadás)), valamint a saját szervezeten belül történő tartós foglalkoztatás **már csak a „tapasztalt” szervezetek számára vonzó**

szolgáltatások (60-70%-os megjelenési gyakoriság). A „bevonható” típusba tartozó szervezetek csak kevesebb, mint 40%-a vállalná ilyen szolgáltatások nyújtását – még támogatás mellett is.

A „bevonható” csoport nagy része számára tehát az ügyféllel történő munka a képzés befejezéséig vállalható. Ez vélhetően a mainstream célcsoportok számára nyújtott foglalkoztatási programok pályázati rendszeréből „tanult” attitűd, mivel azok a képzést, illetve rövid idejű foglalkoztatást támogatják, az ügyfél hosszabb távú segítségét, illetve a munkáltatók célcsoportként való kezelését nem segítik elő úgy, mint a megváltozott munkaképességű emberek számára kialakított munkaerő-piaci modellek.

A munkaközvetítés és a munkapróba szervezése ugyanakkor **mind a „tapasztalt”, mind a „bevonható” csoport számára jóval kevésbé vonzó** szolgáltatási elem, mint a többi munkaerő-piaci szolgáltatás – vélhetően azért, mivel ezek a tevékenységek – sok esetben hiányzó – széles és aktívan gondozott munkáltatói kapcsolati hálót, valamint nagyarányú személyes energia-ráfordítást igényelnek, így e tevékenységeket annyira „nem éri meg” végezni.

A „tapasztalt” szervezetek még ennél is mélyrehatóbb, típusalkotást is magában foglaló vizsgálatát végezte el a Revita Alapítvány a „Nonprofit szervezetek szerepe a megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatásában – különös tekintettel a TÁMOP 1. és 2. prioritására” című esettanulmányában (16-20.o.).

„... a megváltozott munkaképességű emberekkel foglalkozó szervezetek által nyújtott szolgáltatásokat alaposabban megvizsgálva nagyon **világos tevékenységstruktúra rajzolódott ki. Ez az egyes tevékenység-irányok letisztultságára (és az irányon belüli komplex alkalmazására)** utal ebben a szektorban. A nyújtott, lehetséges szolgáltatások 5 csoportba szerveződtek a következőképpen:

- **„Tájékoztatás, felmérés, tanácsadás”:** tájékoztatás, információszolgáltatás célcsoportoknak; képességek felmérése; fejlesztési tervek készítése; mentális segítségnyújtás, tréning;
- **„Kompetencia-fejlesztés és képzés”:** kompetencia-fejlesztés, munkára felkészítő tréning; mentorálás; képzés; képzésben bennmaradás támogatása; pályaaorientáció, pályaválasztási tanácsadás;
- **„Munkába állást és maradást közvetlenül segítő szolgáltatások”:** álláskeresési tréning; tanácsadás munkát keresőknek (leendő kisvállalkozóknak); munkaközvetítés; állásfeltárás; elhelyezés; próbamunka szervezése munkáltatóknál; munkahelymegtartás segítése; utánkövetés; munkáltató fejlesztése; tanácsadás munkáltatóknak;
- **„Foglalkoztatás”:** munkahelyi betanítás; beilleszkedés segítése; tranzitfoglalkoztatás saját szervezeten belül; tartós foglalkoztatás saját szervezeten belül;
- **„Egyéb tevékenységek”:** érdekvédelmi tevékenység; (közfoglalkoztatás szervezése).

A nyújtott szolgáltatások struktúrája, a „szervezeti professzionalizmus” index, valamint a „szakmai kompetencia” index bevonásával elkészítettük a **megváltozott munkaképességű embereknek szolgáltatást nyújtó szervezetek típusalkotását.** Az elemzések eredményeként négy, markánsan elkülönülő csoport rajzolódott ki.

25. táblázat A megváltozott munkaképességű embereknek szolgáltatást nyújtó foglalkoztatási célú nonprofit szervezetek jellemzői

	1. csoport	2. csoport	3. csoport	4. csoport
„Tájékoztatás, felmérés, tanácsadás”	0 ³⁸	++	--	0
„Kompetencia-fejlesztés és képzés”	+++	++	--	0
„Munkába állást és maradást közvetlenül segítő szolgáltatások”	--	++	--	+++
„Foglalkoztatás”	--	+++	--	-
„Egyéb tevékenységek”	+		--	+++ (érdekvédelem: 76,5%)
„Szervezeti professzionalizmus” index	§§ ³⁹	§§§	§	§§
„Szakmai kompetencia” index	§§	§§	§	§§§
Szervezetek aránya a kutatásban	24,5%	18,4%	36,2%	20,9%

Forrás: Foglalkoztatási értékelés (Hétfa-Revita, 2013)

A 2. és 4. csoport: A „klasszikus” alapvetően érdekképviseleti és érdekvédelmi célból létrejövő, nagy arányban fogyatékos emberekkel foglalkozó, foglalkoztatással kapcsolatos tevékenységeket is felvállaló civil szervezetek köre az adatok tanúsága szerint polarizálódott:

- egy részük (az összes megváltozott munkaképességűeknek szolgáltatást nyújtó nonprofit szervezetek **20,9%-a; 4. csoport**) jellemzően **megmaradt érdekvédelmi („klasszikus civil”) tevékenységénél** (is), mely nagyon nagy arányuk esetében a **„munkába állást és maradást” közvetlenül segítő** munkaerő-piaci szolgáltatásokkal, kisebb arányban „kompetencia-fejlesztéssel és képzéssel”, valamint „tájékoztatással, felméréssel, tanácsadással” egészült ki. A szervezetek fontos jellemzője, hogy szervezeten belül **jellemzően nem foglalkoztatnak** (viszont az átlagosnál nagyobb arányban szerveznek közfoglalkoztatást). Ezeknek a szervezeteknek a **kétharmada fogyatékossgal élő embereknek** (is) nyújt szolgáltatásokat. Mindemellett ezen szervezetek szakmai kompetenciája kimagasló, szervezeti professzionalizmus tekintetében is viszonylag jók és – jellemzően a szervezeten belüli védett foglalkoztatást kivéve – tapasztalatokkal rendelkeznek a foglalkoztathatóság javítását célzó, valamint a munkába állást segítő (komplex) szolgáltatások nyújtásában. A foglalkoztatási cél fontos szerepet tölt be a működésükben: a válaszadók megítélése szerint átlagosan **a tevékenységük közel kétharmadát a foglalkoztatással és foglalkoztathatósággal kapcsolatos szolgáltatások** teszik ki; így ezek a szolgáltatás-fejlesztéshez mindenképpen további erőforrást jelentenek. A szervezeti professzionalizáltság és rugalmasság hiányosságával lehet összefüggésben, hogy az adatok tanúsága szerint a TÁMOP-os pályázati sikerességük kívánnivalót hagy maga után: 51,6%-

³⁸ A jelzések jelentése: +++ - a csoport átlagosnál lényegesen nagyobb, kiemelkedően nagy hányadára jellemző; ++ - a csoport átlagosnál nagyobb hányadára jellemző; + - a csoport átlagosnál kicsit nagyobb hányadára jellemző; 0 - a csoport átlagossal megegyező hányadára jellemző; -- - a csoport átlagosnál lényegesen kisebb hányadára jellemző; - - a csoport átlagosnál kisebb hányadára jellemző

³⁹ A jelzések jelentése: §§§ - kimagasló átlagos index-érték; §§ - közepes átlagos index-érték; § - alacsony átlagos index-érték

uk nem nyert TÁMOP pályázatot, és szolgáltatási szerződéssel sem rendelkezik annak keretében.

- 2. csoport. A „klasszikus”, fogyatékos embereknek szolgáltatást nyújtó civil szervezetek egy másik (kisebb) része **professzionális, védett, szervezeten belüli, illetve tranzitfoglalkoztatást is magában foglaló komplex munkaerő-piaci szolgáltatást** nyújt. Ez a szervezeti kör kiegészült a megváltozott munkaképességű embereknek is szolgáltatást nyújtó **professzionális foglalkoztatási-célú szervezeti körrel**, illetve jó néhány **védett foglalkoztatóval és szociális szövetkezettel**. Ezek a szervezetek (az érintett kör **18,4%-a**) a **szervezeti professzionalizmus tekintetében kimagaslóak, foglalkoztatási tevékenységet is magába foglalóan komplex szolgáltatást nyújtanak**: viszont – éppen ezért – kérdéses, hogy a kapacitásaik az érintett kör ellátásában meddig bővíthetők. A szervezetek fele jelölte külön is, hogy fogyatékossgal élő embereknek is nyújt szolgáltatást. Ennek a csoportnak a legmagasabb – mintegy 147 millió forint – az átlagos éves árbevétele: ennek átlagosan mintegy felét pályázati források, mintegy ötödét állami normatíva teszi ki. A szervezetek **tevékenységének kiemelkedően nagy hányadát, mintegy háromnegyedét a foglalkoztatással és foglalkoztathatósággal kapcsolatos szolgáltatások** teszik ki. Ezeknek a szervezeteknek kiemelkedően nagy aránya, a **negyede Budapesten, további 50%-a megyei jogú városban** működik.
- 1.csoport: Az érintett szervezetek mintegy **ötöde (24,5%-a; 1. csoport) viszonylag jól szervezett, professzionális, átlagosan kimagasló árbevételű, azonban kevésbé foglalkoztatási célú nonprofit szervezet**: kimagasló hányaduk a **foglalkoztatási célt kompetencia-fejlesztéssel, képzéssel** esetleg tanácsadással, felméréssel segítő, jellemzően szociális szolgáltató, képző, illetve kulturális szervezet; a válaszadók szerint **az összes tevékenységeik mindössze 40%-át teszik ki a foglalkoztatással és foglalkoztathatósággal összefüggő tevékenységek**. Ezek a szervezetek az átlagosnál lényegesen kisebb arányban nyújtanak munkába állást és megmaradást közvetlenül segítő tevékenységet, illetve szervezeten belüli védett foglalkoztatást. A válaszadó szervezetek több mint harmada (**36,2%; 3 csoport**) **nem igazán professzionális**, átlagosan a legalacsonyabb árbevételű, ugyancsak **nem kimondottan foglalkoztatási célú nonprofit szervezet**: az összes tevékenységük 42%-át teszik ki a foglalkoztatási célú tevékenységek. Ennek a csoportnak a legalacsonyabb a pályázati sikeressége is, több mint felük (53,8%) sem TÁMOP pályázatot nem nyert, sem szolgáltatási szerződést nem kötött abban”.

III.9 A nonprofit szektor lehetséges szerepvállalásáról

A „Nonprofit szervezetek szerepe a megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatásában – különös tekintettel a TÁMOP 1. és 2. prioritására” című esettanulmányunkban a nonprofit, a forprofit szervezetek, illetve a TÁMOP 1. és 2. prioritásának végső kedvezményezettjeinek véleménye alapján a szféra lehetséges, szerepvállalásáról a foglalkoztatáspolitikában a következő megállapításokat tettük (17-22 o.)

„A szakértők véleménye gyakorlatilag egyöntetű a tekintetben, hogy a megváltozott munkaképességű, illetőleg fogyatékossgal élő embereket (is) ellátó foglalkoztatási célú

nonprofit szervezetek körében található egy **„kemény mag”**, amelynek szervezetei mind szakmaiságukat, mind szervezettségüket, mind az általuk nyújtott szolgáltatások minőségét és komplexitását tekintve a **szektor legprofesszionálisabb részét** alkotják”.

„Az esettanulmány készítése során megkeresett nonprofit szervezetek, végső kedvezményezettek (megváltozott munkaképességű emberek), illetve nyílt munkaerő-piaci foglalkoztató vélekedése meglehetősen egybehangzó abban a tekintetben, hogy hogyan látják a nonprofit szervezetek – jelenlegi, illetve optimálisnak tartott – helyét és szerepét. Minden válaszadó egyetértett abban, hogy a **nonprofit szervezetek helye a megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatásában nem tisztázott és ennek következtében esetleges. Nincs egyértelműen, központilag kijelölt, deklarált szerepük** ezeknek a szereplőknek; jelenlegi feladataik, pozíciójuk nem feltétlenül tudatosan, hanem a végzett gyakorlat során alakult ki. Ennek következtében a *„civil szervezeteknek mindegyiknek ott a helye, ahová sikerül pozícionálnia magát”*. A **projekt jellegű finanszírozás** tovább növeli a ki nem jelölt – de kialakított – pozíció bizonytalanságát a fenntarthatóság és elérhetőség szempontjából.

Ez a bizonytalanság és esetlegesség amellet, hogy lehetőségeket teremt, több szempontból is aggályos. Egyrészt **megnehezíti a stabil szakmai háttér fenntartását, a szolgáltatások kiszámítható, folyamatos működtetését**, amely a szervezetek és azok szakemberei mellett a célcsoport számára jelentik a legnagyobb problémát. Emellett ebben a helyzetben a (munkaerő-piaci) humánszolgáltatást nyújtó **nonprofit szervezetek legnagyobb része szakmai kontroll és minőségbiztosítás híján** nyújtja a szolgáltatásait. A jelenlegi projekt-finanszírozás (jellemzően EU-s források) elsősorban a pénzügyi megfelelésre és a dokumentációs kötelezettségekre helyezi a hangsúlyt, és elhanyagolható a szakmai, tartalmi megfelelésre vonatkozó elvárás.

Az érintett szereplők összességében **három nagyobb területet** jelöltek meg, ahol a nonprofit szervezeteknek helye lenne a megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatásában: az **érdekképviselet és érdekvédelem, a szolgáltatás-nyújtás, illetve a védett foglalkoztatás**. Az **érdekképviselet és érdekvédelem** területén kiemelt szerepe van a célcsoporttal való kapcsolattartásnak. A nonprofit szervezetek azok, akik közvetlenül tudnak kommunikálni a velük kapcsolatban álló megváltozott munkaképességű emberekkel, bizalmi viszonyt tudnak kialakítani, rugalmasan tudnak alkalmazkodni hozzájuk, így véleményüket, szükségleteiket, igényeiket és javasolataikat is gyorsabban, hatékonyabban össze tudják gyűjteni és képviselni, mint bármely más szereplő. Az érdekvédelem terület és képviselt szerep tehát elvitathatatlan a nonprofit szervezetektől az esettanulmányhoz kapcsolódó adatfelvétel során nyilatkozók szerint. Ugyancsak megerősítésre került azonban, hogy az **érdekérvényesítés hatékonyabbá tételének lehetőségét** a civil szervezetek az **egymással való együttműködésben látták**, és ez az a terület, ahol **jelenleg meglehetősen nagy hiányosságokkal, akadályokkal** küzdenek.

A nonprofit szervezetek másik fontos feladatköre a megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztathatóságának és foglalkoztatásának fejlesztésében a **szolgáltatásnyújtás, a szolgáltatói feladatok ellátása**. Ennek célja, hogy a munkavállalók „készen”, felkészülten kerüljenek akár védett foglalkoztatóhoz, akár – közvetetten vagy közvetlenül – a nyílt munkaerőpiacra. A **forprofit szervezetek**

elgondolásában egyértelműen ez a szerep volt a leginkább hangsúlyos: a nonprofit szolgáltató nemcsak a **megváltozott munkaképességű munkavállalók munkába állását** segíti, de azt is, hogy ha elhelyezkedett a munkavállaló, akkor **megfeleljen egy adott munkahelyen, és tartósan is alkalmazásban tudjon maradni.** Ehhez kapcsolódóan számos szolgáltatási forma felmerült, de mindezt megelőzi a **toborzásban betöltött szerep** rögzítése: a korábban említett – nonprofit szervezetek és a megváltozott munkaképességű emberek közötti – bizalmi viszony teszi azt lehetővé, hogy a foglalkoztathatóság, illetve foglalkoztatás fejlesztését célzó programok egyik első lépését, a toborzást a nonprofit szervezetek más szereplőknél hatékonyabban tudják ellátni. A **nonprofit szervezetek** elsősorban azokban a **szolgáltatásokban látják a helyüket, melyek a motiváció fejlesztését, a saját képességek megismerését, a rugalmasságot és a problémamegoldó képességet, illetve a munkaerő-piaci ismeretek átadását** célozzák meg. Ezek mellett a megkérdezett célcsoporttagok a **szakmai képzéseket** emelték ki. A fejlesztésre és a képessé tevésre építve további lehetséges szolgáltatásként jelent meg a munkahelyfeltárás – munkaközvetítés – mentorálás hármasa is.

A harmadik – az adatfelvétel során megszólított szereplők által megjelölt – terület a nonprofit szervezetek számára a **védett foglalkoztatás.** Ez a terület az utóbbi években jelentős változásokon ment keresztül, és jelenleg is változik a rendszer. Szintén ez a terület az, amely esetében a legszínesebb a kép, hiszen a védett foglalkoztatásban a nonprofit szervezetek mellett a nonprofit gazdasági társaságok és a forprofit szervezetek is jelen vannak, és a különböző szervezetek nagysága, területi hatóköre is meglehetősen eltérő.

A felsorolt feladatok teljesítéséhez kiemelten fontos kérdés, hogy a nonprofit szervezetek milyen erőforrásokkal rendelkeznek, és milyen lehetőségeik vannak, illetve mely erőforrásaik hiányoznak, és milyen nehézségekkel kell megbirkózniuk. A **nonprofit szervezetek erősségei** között az érintett szereplők mindenekelőtt a megváltozott munkaképességű emberekkel kiépített **közvetlen, bizalmi kapcsolatot** (és az ebből fakadó előnyöket és lehetőségeket) említették. Ezen kívül a **felhalmozott tapasztalat, információ és szakmai tudás,** az erős, célorientált elkötelezettség és a rugalmasság az, amelyek a jelenleg e célcsoporttal foglalkozó nonprofit szervezetek erősségeiként említésre kerültek.

A **hiányosságok, gyengeségek** között egyértelműen a **bizonytalanság és a kiszámíthatatlanság** jelent meg hangsúlyosan, amely a szervezetekre jellemző, de külső tényezőből eredeztethető: a projekt jellegű finanszírozás, így a stabil pénzügyi és emberi erőforrások hiányából fakad. Ennek megfelelően a **szolgáltatások nem folyamatosan, csak projektekhez kapcsolódóan érhetők el.** A szolgáltatások finanszírozásának bizonytalansága és kiszámíthatatlansága ahhoz vezetett, hogy stabil szolgáltatói stábok (állandó szakemberekkel) nem tudtak egyben maradni. A kiegyensúlyozottabb finanszírozás hiánya a szolgáltatási kapacitástervezés terén jelentett és jelent gondot a nonprofit szervezetek számára.

További nehézség a nonprofit szervezetek számára, hogy a **korábbi (hosszú évekig tartó) célcsoport-specifikus támogatási rendszer az utóbbi években mainstream irányban változott, és rendszerint többféle célcsoport bevonását várja el és írja elő** minden foglalkoztatási kezdeményezés, program esetében. Ezzel a kihívással a

szervezetek egy része nehezen tud (akar?) megbirkózni, illetve felvetődik a speciális tudást igénylő területeken a szakmai minőség romlásának veszélye.

A nonprofit szervezetek saját hiányosságaik, gyengeségeik között még a **szektoron belüli együttműködés problémáját** emelték ki, amelyre – az érintettek által is megerősítve – nagyon jó kezdeményezések indultak már el, de sok esetben továbbra sem sikerül legyőzni a hosszú távú együttműködések „gyermekbetegségeit”. Minden szereplő megerősítette, hogy ezen a területen továbbra is sok még a teendő a szektoron belül.”

IV. A megváltozott munkaképességű emberekkel foglalkozó négy nagy munkaerő-piaci program jelenlegi célcsoportjai

Bevezető

A tanulmány jelen fejezetében arra a kérdésre keressük a választ, hogy a jelenleg a Zala Megyei Kormányhivatal Munkaügyi Központja által finanszírozott négy nagy, a megváltozott munkaképességű emberek foglalkozási rehabilitációját célzó munkaerő-piaci program⁴⁰ jelenleg milyen célcsoportokat ér el. Ennek keretében részletes elemzést nyújtunk a programokban részt vevő célcsoportok összetételéről a Zala Megyei Kormányhivatal Munkaügyi Központja, mint finanszírozó által rendelkezésünkre bocsátott, programszintű adatok alapján.

Az elemzés során vizsgált programok a következők:

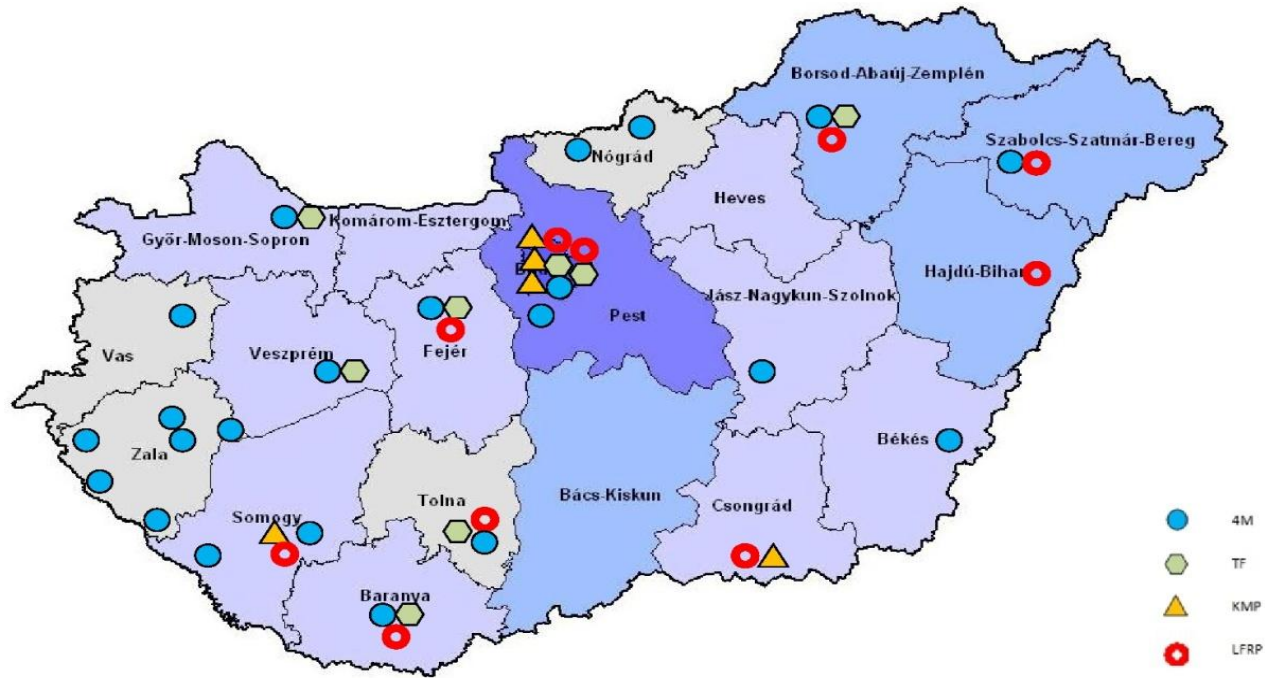
- Támogatott Foglalkoztatás Szolgáltatás (TF)
- Megoldás Munkáltatóknak és Megváltozott Munkaképességű Munkavállalóknak Szolgáltatás (4M)
- Látássérültek Foglalkozási Rehabilitációja (LSR)
- Komplex Munkaerő-piaci Szolgáltatás (KMP)

Ezeket a munkaerő-piaci programokat hazánkban több szervezet is biztosítja ügyfelei számára. A TF Szolgáltatást a Zala Megyei Kormányhivatal Munkaügyi Központ jelenleg 8 szervezet esetében, a 4M Szolgáltatást 14 szervezet esetében, az LSR-t 7 szervezet esetében, a KMP-t pedig 5 szervezet esetében finanszírozza. Arról, hogy ezen szolgáltatások összességében jelenleg milyen földrajzi lefedettséget tesznek lehetővé, a 3. ábra ad információt.

A modellprogramok ügyfeleinek szocio-demográfiai jellemzőit vizsgálva az egyes modellek adatait egymással, illetve a teljes egészségkárosodott népességgel hasonlítottuk össze (lásd 26. táblázat), amelyről az NCSSZI-TÁRKI 2010-es adatfelvétele szolgáltat információt.

⁴⁰ A Zala megyei Kormányhivatal Munkaügyi Központjának tájékoztatása szerint a programokba – különböző időpontokban történt indulásuk óta – 18 508 fő bevonása történt meg.

3. ábra A négy nagy munkaerő-piaci modellprogram földrajzi lefedettsége



Forrás: 4M program menedzsmentje

IV.1 Kor szerinti összetétel

Az ügyfelek korcsoportos összetételének vizsgálatakor komoly hátrány, hogy a **modellprogramok adatai, illetve a teljes egészségkárosodott népességre vonatkozó adat nem teljes mértékben fedik egymást**, mivel ez utóbbinál három, a modellprogramok kapcsán részletezett korcsoport (25 év alattiak, 26-29 év közöttiek, 30-39 év közöttiek) összevont formában található meg.

A 25 év alatti, pályakezdő korcsoport a 4M és a KMP programokban gyakorlatilag alig jelenik meg, a TF-ben és az LSR-ben azonban ez a korcsoport az ügyfelek 12-14%-át teszi ki. A 26-29 éves korcsoport számára is csak a TF szolgáltat nagyobb arányban (13.5%), a másik három programban e korcsoport aránya 4-6% körül mozog.

A 30-39 éves korcsoport ugyanakkor már több modellprogram fontos célcsoportját alkotja: a TF szolgáltatás ügyfeleinek közel negyede, a KMP klienseinek közel ötöde tartozik ebbe a kategóriába (e korcsoport aránya a 4M-ben 15,1%, az LSR-ben pedig 12,2%).

A 40-49 éves korcsoport az egyes programokban körülbelül hasonló arányban, 20-25% körül jelenik meg.

Az 50 év feletti korcsoport kapcsán komoly eltérések figyelhetők meg a programok között: míg a 4M és a KMP ügyfeleinek több mint 50%-át ez a korcsoport teszi ki, addig a TF és az LSR esetében e korcsoport aránya csak 30% körül mozog.

Összességében tehát elmondható, hogy a négy modellprogram közül a **TF és az LSR ügyfeleinek korösszetétele sokkal fiatalabb, mint a 4M és a KMP ügyfeleinek összetétele**: a TF és az LSR ügyfeleinek 70%-a 50 év alatti, és 20-25%-a 30 év alatti, míg ezek az arányok a 4M és a KMP esetében 50% és 8% körül mozognak.

A modellprogramok korcsoportjainak és a teljes egészségkárosodott népesség korcsoport-összetételének vizsgálata megerősíti az előző tanulmányunkban tett megállapításokat, miszerint: **„valamennyi modell korcsoport-összetétele a teljes, aktív korú, megváltozott munkaképességű népességénél érdemben fiatalabb: vagyis a modellek a kedvezőbb munkaerő-piaci esélyekkel bíró (kor)csoportokat célozzák meg.”** Mindemellett jelentősek a modellek közötti különbségek: **a lényegesen fiatalabb korösszetétel különösen szembetűnő a TF és az LSR – a két leginkább célcsoport-specifikusan működő modell – esetében** (különösen az egészen fiatal korcsoportok kapcsán), és kevésbé markáns a 4M és a KMP programokban. A teljes megváltozott munkaképességű népesség idősebb, 50 év feletti kohorszána arányához (73%) leginkább a 4M ügyfeleinek összetétele hasonlít.

IV.2 Nemi összetétel

A vizsgált modellek mindegyikére jellemző, hogy hasonlóan a teljes népességhez, nagyobb a nők aránya, mint a férfiaké. Bár előző tanulmányunkban nagyobb eltérést diagnosztizáltunk a nemi összetétel kapcsán, így is elmondható, hogy **az inkább csak „klasszikus” fogyatékossgal (TF, LSR) rendelkező célcsoport(ok)nak szolgáltató modellekben a férfiak** a teljes népességhez képest felülreprezentáltak. (A teljes megváltozott munkaképességű népesség összetételéhez leginkább a 4M ügyfeleinek összetétele hasonlít.)

IV.3 Iskolai végzettség szerinti összetétel

Az ügyfelek iskolai végzettsége kapcsán a modellek között bizonyos végzettség-típusok kapcsán megfigyelhetőek eltérések. Az általános iskolai, illetve annál alacsonyabb végzettségű ügyfelek aránya minden modellben körülbelül azonos (kb. 25%, illetve 1-2% körül mozog).

A speciális szakiskolai végzettségűek aránya egyedül a TF modellben kiugró: míg a többi modellben ez az arány 1-2% körüli, a TF-ben az ügyfelek 18%-a rendelkezik ilyen végzettséggel (ezt magyarázhatja az a tény, hogy a speciális szakiskolai rendszer a tanulásban akadályozott, de főleg az értelmileg akadályozott tanulók számára jelent tanulási lehetőséget).

A szakiskolát – szakmunkásképzőt végzettek aránya a modellekben 23-27 % körül mozog, ám a 4M modellben ennél magasabb, 37%-os arányt ér el. A középfokú végzettséggel / érettségivel rendelkezők aránya legalacsonyabb a TF-ben (19,7%), az ügyfelek negyedére jellemző a 4M és az LSR modellekben, illetve ennél némileg magasabb, 32,2% a KMP-ben. Technikusi és OKJ-s végzettséggel minden modellben az ügyfelek elenyésző része (1-4%) rendelkezik. A diplomások aránya a TF és a 4M modellekben alacsonyabb (5-6%), míg az LSR és a KMP modellekben magasabb, 10-11%.

Az ügyfelek iskolai végzettsége összességében a kizárólagosan speciális szükségletekkel rendelkező célcsoportok számára szolgáltató modellek esetében alacsonyabb, mint a több fogyatékosági csoport számára is szolgáltató modellek esetében.

A teljes egészségkárosodott népesség adataival való összehasonlításban is jelentős eltérések figyelhetőek meg. A kevesebb, mint 8 általános iskolai osztállyal rendelkezők a modellek ügyfélkörében nagymértékben alulreprezentáltak (országos arány: 5,1%, modellekben: 0-2,1%). Az általános iskolai végzettségűek szintén, bár nem ekkora mértékben alulreprezentáltak (országos arány: 30,7%, modellekben: 24,1-27,9%). A szakiskolát, szakmunkásképzőt végzettek teljes egészségkárosodott népességben belüli aránya 38,8%, ehhez a 4M modell áll legközelebb (37,3%), a többi modellben ez a végzettségtípus is alulreprezentált (23,2-26,8%). A középfokú végzettséggel / érettségivel rendelkezők aránya minden modellben magasabb, mint a teljes egészségkárosodott népességben: legkevesébb a TF-ben (1,1%-kal magasabb arány, amely vélhetően az értelmileg akadályozott célcsoport középfokú oktatástól való elzártságának tudható be), legnagyobb mértékben pedig a KMP-ben, ahol kétszer annyi középfokú végzettségű található, mint a teljes népességben. A diplomások is minden modellben felülreprezentáltak, különösen az LSR és a KMP modellekben.

Az elemzés legfontosabb tanulsága tehát, hogy a megváltozott munkaképességűek számára biztosított modellek ügyfelei közül **jóval kevesebben tartoznak a legrosszabb munkaerő-piaci esélyekkel rendelkező alacsony iskolai végzettségű és szakképzetlen kategóriákba, mint az a teljes egészségkárosodott népesség esetén jellemző, és jóval nagyobb arányban vannak ügyfelek közül magasabb iskolai végzettségűek, mint e végzettségtípusok aránya a teljes populációban. A modellek tehát a jobb munkaerő-piaci esélyekkel rendelkező ügyfeleknek szolgálnak, a legrosszabb helyzetben lévőket (időseket, alacsony iskolai végzettségűeket és szakképzetleneket) inkább kiszűrik.**

IV.4 Az egészségkárosodás típusa szerinti összetétel

A négy munkaerő-piaci modell kapcsán igazolódtak az előző tanulmányunkban célcsoport-lefedettséggel kapcsolatban tett kijelentéseink: azok a modellek, amelyek írott módszertanuk, illetve gyakorlatuk szerint deklaráltak csak egy-egy specifikus fogyatékosági csoportra koncentráltak, a statisztikai adatok alapján jelenleg is jórészt ezeknek a célcsoportoknak szolgálnak. Természetesen egy-egy „fő” fogyatékosági típus mellett társult fogyatékoságok is megjelenhetnek, ám ezen összefüggések megvilágítására a rendelkezésünkre bocsátott adatok nem adnak módot.

A Támogatott Foglalkoztatási modell ügyfeleinek 50%-a értelmi sérült, halmozottan sérült, illetve idegrendszeri vagy mentális betegségben szenvedő. A mozgásszervi betegségben szenvedők aránya közel 13%, a többi egészségkárosodás aránya nagyon alacsony, nem haladja meg a 6%-ot.

A másik két nagy modellprogram – megfelelően az előző tanulmányukban jelzetteknek – már **heterogénebb célcsoport-összetétellel** rendelkezik. A **KMP**-ben az ügyfelek közel 40%-a rendelkezik valamilyen mentális betegséggel, közel 20%-a mozgásszervi megbetegedésben, és majdnem 15%-a keringési betegségben szenved. Hallásszervi betegségekkel az ügyfelek közel 9%-át teszik ki.

A **4M program ügyfél-összetétele tekinthető a legkevésbé célcsoport-specifikusnak**: a legnagyobb arányban megjelenő egészségkárosodás-típusok a mentális betegségek (értelmi sérült, halmozottan sérült, illetve idegrendszeri vagy mentális betegség: 33%), a mozgásszervi megbetegedések (26,6%), a keringési betegségek (13,4%), a belső elválasztású megbetegedések (11,3%), és a daganatos betegségek (7,1%).

A KMP és a 4M programok ügyfélkörében tehát nemcsak a „klasszikus” fogyatékoságtípusokkal élők jelennek meg (mint a TF-ben az értelmileg akadályozottak), **hanem más egészségkárosodással élők is** – különösen igaz ez a 4M programra, ezek a programok tehát **kevésbé szűrik meg** potenciális ügyfélkörüket.

26. táblázat A célcsoportok társadalmi-demográfiai jellemzői

	Támogatott foglalkoztatás	4M	LSR	KMP	Teljes egészségkárosodott népesség; 2011 (NCSSZI-TÁRKI)
Életkor szerinti megoszlás (%)					
25 év alatti	12,5	3,5	13,6	2,6	(18-39) 10
26-29 év közötti	13,5	4,3	6	3,8	
30-39 év közötti	23,4	15,1	12,2	19	
39 év alatti átlagok	16,47	7,63	10,6	8,47	
40-49 év közötti	19,3	23,5	24,3	24,6	17
50 év feletti	31,3	53,6	28,5	50,1	73
Nemek szerinti megoszlás (%)					
Nő	50,6	57,8	54	56,8	58
Férfi	49,4	42,2	46	43,2	42
Iskolai végzettség (%)					
Kevesebb mint 8 osztály	1,5	1	2,1	0	5,1
Általános iskola	24,2	24,1	27,2	27,9	30,7
Speciális szakiskola	18	1,2	2,1	0,5	n.a.
Szakiskola/Szaktanácsképző	23,2	37,3	23,8	26,8	38,8
Középfokú végzettség/Érettségi	19,7	25,7	26,4	32,2	16,5
Technikusi végzettség	1,9	1,6	3,4	1,3	3,9
Felsőfokú szakképesítés (OKJ)	1	1,7	1,3	0,7	1,1
Felsőfokú végzettség (diploma)	4,7	5,8	11,1	9,8	3,9
Volt "kisegítő" / eltérő tantervű általános iskola	5,6	n.a.	n.a.	0,4	0
Egyéb	0,4	1,5	2,6	0,4	5,1

	Támogatott foglalkoztatás	4M	LSR	KMP	Teljes egészségkárosodott népesség; 2011 (NCSSZI-TÁRKI)
Fogyatékoság/Egészségkárosodás típusa (%)⁴¹					
Értelmi sérült	18,2	1	0	0,8	n.a.
Halmazottan sérült	2,1	7,5	0	1,1	n.a.
Részképesség zavarral élő	2,8	n.a.	0	0	n.a.
Látásszervi betegségek	4,7	2,5	100	3,5	n.a.
Idegrendszeri megbetegedés	9	8	0	4,7	n.a.
Hallásszervi betegségek	4,3	2,3	0	8,3	n.a.
Mentális és viselkedési zavarok	17,6	16,5	0	31,5	n.a.
Mozgássérült, mozgásszervi betegségek	12,9	26,6	0	19,4	n.a.
Daganatos megbetegedés	5,4	7,1	0	3,5	5,54
Légzőrendszer betegségei	1,1	1,8	0	2,3	3,68
Belső elválasztású megbetegedések	4,3	11,3	0	5,6	3,66
Keringési rendszer betegségei	9,7	13,4	0	14,3	27,93
Egyéb betegségek	0,9	1,9	0	4,9	n.a.
Egészségkárosodás / egészségi állapot: 2008. január 1. előtti OOSZI szakvéleménye szerint: munkaképesség csökkenés					
40% alatti	0,6	0,2	0,4	0	
40%	0,6	1	0	0,8	
50%	1,3	4	4,3	2,2	
67%	6	5	6	6,3	
100%	5,4	2,9	24,7	2,8	
Összesen	13,9	13	35,3	12,1	

⁴¹ A megváltozott munkaképességű emberek egészségkárosodás szerinti besorolásának módja a táblázat előző részeiben hivatkozott NCSSZI-TÁRKI felmérésben teljes mértékben eltér a modellprogramokban alkalmazott típusalkotástól, így az összehasonlításra nincs lehetőség. Annak érdekében, hogy a teljes egészségkárosodott népességgel a modellprogramok adatait össze lehessen hasonlítani, ebben a táblázat-részben a KSH 2011-es, önbevalláson alapuló adatfelvételének a modellprogram adatainak egyértelműen megfeleltethető adatait közöljük.

	Támogatott foglalkoztatás	4M	LSR	KMP	Teljes egészségkárosodott népesség; 2011 (NCSSZI-TÁRKI)
Egészségkárosodás / egészségi állapot: 2008. január 1. utáni ORSZI szakvélemény szerint: össz-szervezeti egészségkárosodás					
40% alatti	0,7	1	0	0	
40-49%	12,5	17,4	0,4	11,3	
50-79%	16,5	16,9	8,1	22,1	
79% feletti	7,3	3,4	17	6,5	
Összesen	37,1	38,9	25,5	39,8	
Egészségkárosodás / egészségi állapot: 2011. december 31-ig NRSZH szakvélemény szerint: össz-szervezeti egészségkárosodás					
40% alatti	0	1,1	0	0,3	
40-49%	7,3	11,7	1,7	7,7	
50-79%	12,5	11,3	4,7	15,9	
79% feletti	2,4	3	7,2	1,5	
Összesen	22,3	27,2	13,6	26,6	
Egészségkárosodás / egészségi állapot: 2012. január 1. utáni NRSZH szakvélemény szerint: egészségi állapot					
60% felett	1,1	1	1,3	0,4	
50-60% közötti egészségi állapot (rehabilitációval helyreállítható)	4,5	8,3	2,6	6,1	
50-60% közötti egészségi állapot (rehabilitációja nem javasolt)	0,9	3	0,4	2,4	
30-50% közötti egészségi állapot (rehabilitációt igénylő)	5,8	3,7	3	5,7	
30-50% közötti egészségi állapot (rehabilitációja nem javasolt)	3,2	3,2	2,1	3,4	
30% alatti egészségi állapot	1,3	1	4,3	1,3	
egészségkárosodása jelentős, önellátásra részben, nem képes	0,4	0,1	1,3	0	
Összesen	16,9	20,3	14,9	19,2	
Fogyatékossgal élő	9,9	0,7	10,6	2,2	

Forrás: Zala Megyei Kormányhivatal Munkaügyi Központjának adatközlése

IV.5 Egészségkárosodás mértéke szerinti összetétel

A különböző rendszerekben megállapított egészségkárosodások vizsgálatánál szembeötlő, hogy az elsősorban látássérültekkel foglalkozó LSR - modellben az ügyfelek egy jó része (35%) még az OOSZI által 2008 előtt megállapított (jórészt 100%-os) egészségcsökkenést igazoló minősítéssel rendelkezik (a többi modellben az ügyfelek ennél jóval kisebb, 13% körüli része nem volt 2008 óta felülvizsgálaton).

Az ügyfelek 30-40% körüli része minden modellben a 2008 utáni ORSZI szakvéleménnyel rendelkezik, 20-30%-a 2011. december 31-ig érvényben lévő NRSZH szakvéleménnyel rendelkezik, és kb. 20%-a 2012. január elseje után, a jelenleg érvényben lévő minősítéssel rendelkezik.

A két fogyatékoság-specializált modellben nagyobb azok aránya, akik a régebben érvényben lévő minősítésekkel rendelkeznek (TF és LSR), a két, „nyitottabb”, heterogén célcsoporttal rendelkező modellben pedig nagyobb azok aránya, akik az újabb rendszerek valamelyikében kaptak minősítést. Szintén a TF-ben és az LSR-ben magas (10% közeli) azon ügyfelek aránya, akik **nincsenek leszázalékolva** (a többi modellben ez a típus alig jelenik meg, mivel ők nem tartoznak bele a rehabilitációs hozzájárulást kiváltó kvótába, így közvetítésük is komoly nehézségekbe ütközik).

IV.6 Azonosított problémák és javaslatok

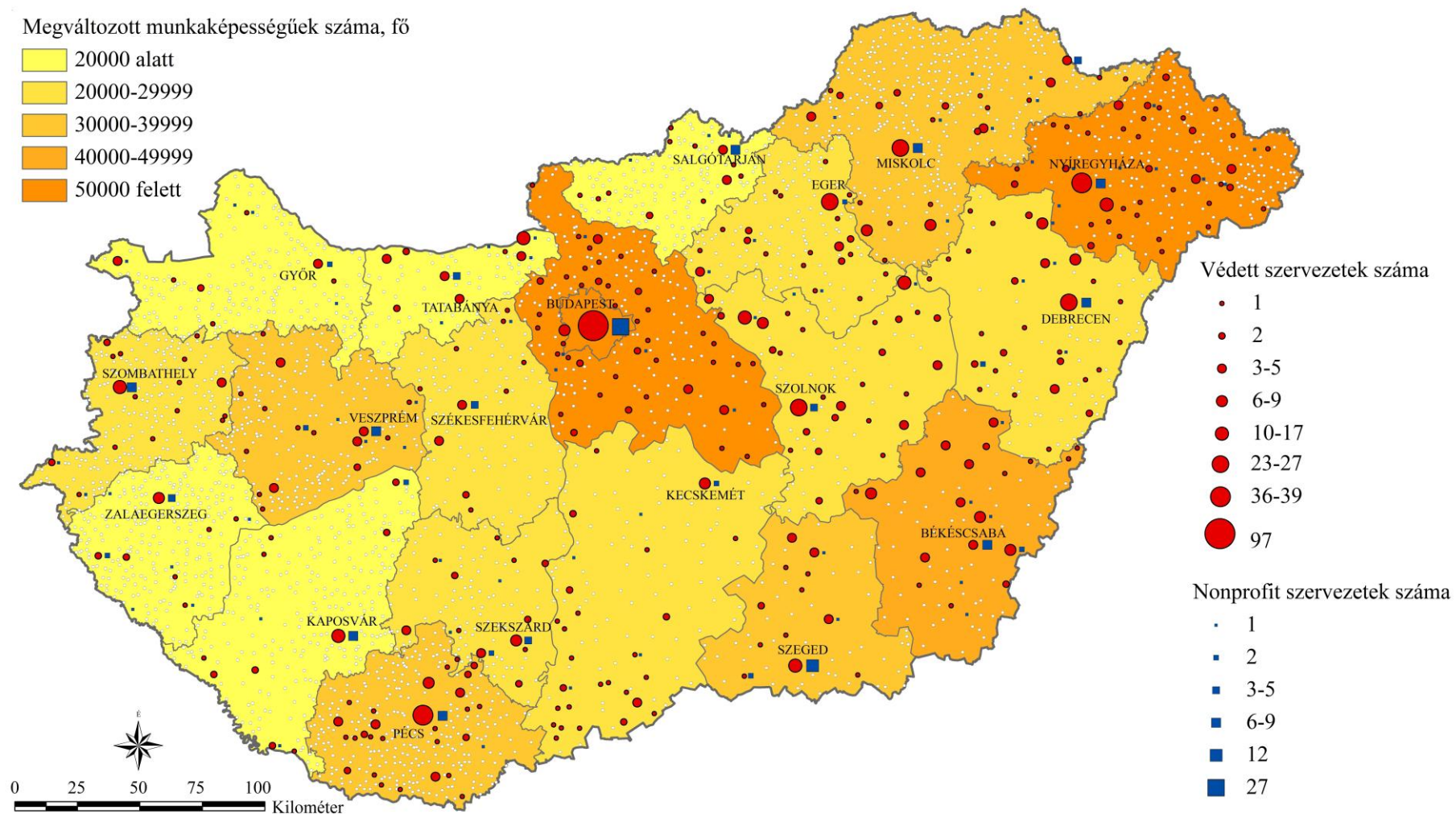
Azonosított probléma	Javaslat
Nincs elég információ az átvezetés-módszertan megvalósításába bevonható, potenciális szolgáltató szervezetekről.	A szervezetek teljes körű, kvantitatív és kvalitatív módszerekkel is történő felmérése megalapozhatja a nonprofit szolgáltató szektor szolgáltatásba vonásának kidolgozását. Szolgáltatói térkép elkészítése.
A nonprofit szolgáltató szervezetek fele megyeszékhelyekre, negyede kistérségi központokba koncentrálódik – a legrosszabb helyzetben lévő vidéki településekre nem érnek el a szolgáltatások.	A együttműködésbe bevonható és belépni szándékozó nonprofit szolgáltató szervezetek földrajzi értelemben vett szolgáltatói hatókörét szervezetenként szükséges pontosan meghatározni és a szolgáltatások megvalósulását, teljesítését ellenőrizni.
A nonprofit szolgáltató szervezetek humán erőforráskapacitása a projektfinanszírozás miatt meglehetősen bizonytalan, ráadásul a megváltozott munkaképességű célcsoporttal eddig még nem foglalkozó szervezetek körében nagyon alacsony az alkalmazotti létszám.	Stabil, kiszámítható normatív finanszírozással a szervezetek képesek megtartani szakembergárdájukat, vagyis hosszú távon is alkalmasak lesznek stabil, magas minőségű szolgáltatásnyújtásra.
A megváltozott munkaképességű emberekkel eddig még nem foglalkozó nonprofit szolgáltatók gyakorlatában a foglalkozási rehabilitáció a képzésben tartással ér véget, a foglalkoztatás tartóssá válását elősegítő szolgáltatási elemek nem vonzóak számukra.	A kevésbé vonzó szolgáltatási elemek képzéseken keresztül történő elsajátítása, jó gyakorlatok bemutatása segítheti a szolgáltatók motivációjának növelését.
A legnagyobb, megváltozott munkaképességűeknek szóló munkaerő-piaci modellek a célcsoport legjobb munkaerő-piaci eséllyel rendelkező rétegével dolgoznak, a legrosszabb társadalmi-gazdasági helyzetben lévő célcsoport-tagok számára ezek a szolgáltatások nem elérhetőek (lefölözés).	Komplex állapotfelmérésre alapuló szolgáltatási utak kijelölése, illetve ezek normatív többlettámogatása a legrosszabb helyzetű célcsoport-tagok számára is lehetővé teszi a szolgáltatásokhoz való hozzáférést és csökkenti a lefölözés-hatást.

V. A szereplők „találkozásának” lehetőségéről: az együttműködések földrajzi feltételeinek alakulása

Az akkreditált foglalkoztatók, a nonprofit szektor⁴² (és a célcsoport) együttműködéseinek földrajzi feltételeiről (bizonyos helyszíneken: várható nehézségéről) tanúskodik a 4. ábra. Az adatokból jól látható, hogy a szereplők együttműködése várhatóan jó néhány helyszínen komoly nehézségekbe ütközik: egyrészt azért, mert az intézményi ellátottság kevésbé igazodik a célcsoport igényekhez (láthatólag már mennyiségileg sem), másrészt azért, mert a foglalkoztatási célú nonprofit szektor (sem) földrajzi lefedettségben (sem kapacitásban) nem tudja kielégíteni az akkreditált foglalkoztatói kör várható szükségleteit.

⁴² Az akkreditált foglalkoztatók telephelye és a nonprofit szervezetek működésének települését ábrázoltuk. Fehér körökkel Magyarország azon településeit jelöltük, ahol sem foglalkoztató, sem foglalkoztatási célú nonprofit szervezet nem működik.

4. ábra Akkreditált szervezetek és megváltozott munkaképességű emberekkel (is) foglalkozó foglalkoztatási célú nonprofit szervezetek Magyarországon (2013)



Forrás: Hétfa-Revita adatok, NRSZH adatok, KSH adatok, készítette: Péntes János

VI. Egyes célcsoportok speciális szükségletei a foglalkozási rehabilitáció szempontjából

A helyzetfeltárás e részének célja a specifikus módszertan szempontjából „ellátatlan” vagy csak „részben ellátott” célcsoportok meghatározása, **igényeiknek és szükségleteiknek feltárása**, a hiányzó, esetleges **célcsoport-specifikus módszertani elemek azonosítása**, illetve a **meglévő munkaerő-piaci szolgáltatás-módszertani kezdeményezések összegyűjtése** és az **adaptálható módszertani elemek kiválasztása**.

Az elemzendő célcsoportok közül **6-ot** választottunk ki: **3-at az egészségkárosodott célcsoportok** közül, **3-at** pedig **fogyatékos célcsoportok** közül. Előbbiek esetében a kiválasztás elsődleges szempontját a megváltozott munkaképességűek körében megfigyelhető reprezentációjuk képezte. A kiválasztáshoz az NRSZH 2012-es új igénybejelentéssel kapcsolatos adatait használtuk fel. Ezek szerint a **keringési megbetegedéssel**, a **mentális és viselkedészavarral**, valamint és a **daganatos betegséggel élők** voltak azok, akik legnagyobb számban nyújtottak be igénylést munkaképesség változás megállapítására.

27. táblázat Az új igénybejelentések száma (2012, fő)

Új igénybejelentések, 2012.	Fő
A keringési rendszer betegségei	7402
Mentális és viselkedészavarok	6042
Daganatok	4973
A csont-izomrendszer és kötőszövet betegségei	3302
Az idegrendszer betegségei	1428
A légzőrendszer betegségei	1263
Endocrín, táplálkozási és anyagcsere betegségek	1250
Az emésztőrendszer betegségei	873
Sérülés, mérgezés és a külső okok bizonyos egyéb következményei	841
A szem és függelékének betegségei	687
Az urogenitális rendszer megbetegedései	379
Veleszületett rendellenességek, deformitások és chromosoma abnormitások	336
A fül és csecsnyúlvány megbetegedései	333
Fertőző és parazitás betegségek	325
A bőr és bőr alatti szövet betegségei	131
A vér és vérképző szervek betegségei és az immunrendszert érintő bizonyos rendellenességek	91
Máshova nem osztályozott panaszok, tünetek és kóros klinikai és laboratóriumi leletek	15
A perinatális szakban keletkező bizonyos állapotok	2
Terhesség, szülés és gyermekágy	0
A morbiditás és mortalitás külső okai	0
Az egészségi állapotot és az eü. szolgálatokkal való kapcsolatot befolyásoló tényezők	0
Összesen	29673

Forrás: NRSZH 2012.

A fogyatékos célcsoportok közül igyekeztünk azokat beemelni a helyzetfeltárásba, akikre vonatkozóan **nincsenek alkalmazásban specifikus munkaerő-piaci humán**

szolgáltatási módszertanok. Így esett a választás a **hallássérült emberek** és a **beszéd fogyatékos emberek** csoportjára. A hatodik célcsoportot pedig azért képezték a **mozgásszervi betegek**, mivel egyrészt a célcsoport olyan széles spektrumú betegcsoportot fed le, hogy esetükben nehéz az átfogó célcsoport-specifikus módszertan kialakítása, másrészt az új igénylések statisztikai alapján is igen markáns célcsoportot képeznek a megváltozott munkaképességűek körében.

Minden célcsoport sajátosságait, szükségleteit és igényeit a hazai és nemzetközi szakirodalom feldolgozása, adatbázis-elemzés és szakértői interjúk alapján elemeztük. A **szakirodalom-feldolgozás** során elsősorban a minta-modellek, jó gyakorlatok, másrészt a speciális szükségletek gyűjtésére és feldolgozására törekedtünk. Az **adatbázis-elemzés** során azokat a szocio-demográfiai jellemzőket vizsgáltuk a célcsoportokra vonatkozóan, melyek akadályozhatják a tagok munkavállalását (nem egészségügyi értelemben). Az **interjúk készítése** során több terület szakértőit is megkerestük: két foglalkozás-egészségügyi orvos az összes célcsoportra vonatkozóan nyújtott információkat; rajtuk kívül pedig minden célcsoporttal kapcsolatban egy-egy foglalkoztatási és egy-egy általános szakértőtől gyűjtöttünk adatokat.

VI.1 Mentális- és viselkedészavarral élő emberek

VI.1.1 A célcsoport meghatározása

A mentális zavarok probléma együttesként való meghatározása egyfelől történhet a körébe tartozó betegségek megjelölésével. Mentális és viselkedészavarral élők tekinthetők, akik pl. skizofréniában, hangulatzavarban, paranoid üldöztetési zavarban, skizoaffektív pszichózisban (ún. nagy kórképek) szenvednek. (A BNO osztályozás alapján: F20-29, F31-33 kódok.) De e csoportba tartoznak pl. a depresszióval, a szorongással és egyéb személyiségzavarokkal élők is (ún. kis kórképek).

Összességében az mondható, hogy bármilyen tünetről is legyen szó, mentális zavarról akkor beszélünk, ha a tünetek korlátozzák, akadályozzák, zavarják a tünettel élő embert vagy környezetét. Ennek hangsúlyozása már csak azért is különösen fontos, mert a pszichiátriai kórképek elsősorban tapasztalati, társadalmi döntéseket is tükröző konstrukciók, nem köthetők olyan egyértelműen biológiai sajátosságokhoz, mint a testi betegségek. A mentális és viselkedészavarral élők számának növekedése tehát nem választható el a társadalom csökkenő tolerancia-szintjétől. Az egyik megkérdezett szakember szerint e célcsoport *„olyan gondolkodási zavarokkal és egyéb téveszmékkel, viselkedészavarokkal, hallucinációkkal, érzékelési zavarokkal élő emberek csoportja, akik a társadalom által elfogadott normál működés szintjétől különböznek.”*⁴³ A szakemberek által elfogadott becslések szerint a teljes lakosság 60-70%-a átél szorongásos időszakot legalább egyszer élete folyamán. Azok, akiknél a mentális és viselkedészavar jelentős károsodással és fogyatékosággal társul, nagyjából a lakosság egy százalékát teszik ki, azaz számuk 100 ezer fő körül alakulhat.

A tavalyi évben az **új**, megváltozott munkaképesség megállapítására vonatkozó **igénybejelentések közel egyharmadát** (31%) a mentális és viselkedészavarral élő emberek által benyújtottak tették ki (6 042 fő). Köztük az összes igénylőhöz képest némiképp kisebb arányban voltak, akiket nem javasoltak rehabilitációra (62,6% a kétharmadhoz képest). A rehabilitálható (azaz B1, C1) kategóriába sorolt megváltozott

⁴³ Részlet szakértői interjúból.

munkaképességük között minden negyedik (24,0%) ember esetében a mentális és viselkedészavar az egészségkárosodás oka, a rehabilitációra nem javasolt érintettek körében pedig minden ötödik (18,7%) ember esetében (NRSZH 2012). Összességében tehát egy igen kiterjedt problémáról van szó.

Az NCSSZI TÁMOP 5.4.1 projektjének keretén belül, a TÁRKI közreműködésével végzett adatfelvétel adatai alapján a megváltozott munkaképességű emberek csoportjában a mentális és viselkedészavarral élők⁴⁴ aránya 28,2%, azaz **majdnem minden harmadik megváltozott munkaképességű embert érint** (NCSSZI-TÁRKI 2010).

A helyzetfeltárásban részt vevő interjúalanyok úgy érzékelik, hogy **az utóbbi években érdemben nőtt a mentális és viselkedészavarral élők száma és aránya az akkreditált foglalkoztatóknál és a nonprofit ellátórendszerben egyaránt**. A szakértők véleménye szerint ebben szerepet játszik, hogy korábban még az akkreditált foglalkoztatók körében is erősen jelen lévő, a célcsoporthoz kapcsolódó félelmek enyhültek, és szerepet játszhat benne a közösségi ellátások fejlődése is. Korábban jellemzőbb volt továbbá, hogy a csoporthoz tartozók foglalkoztatásához kapcsolódó nehézségek is gátolták a munkába helyezést: még az akkreditált szervezeteknél is nehéz a mentális és viselkedészavarral élők számára megfelelő munkakörülményeket teremteni, vagy éppen a megfelelő szakembert megtalálni. Állapotuk változékonysága miatt foglalkoztatásuk több odafigyelést és nagyobb rugalmasságot igényel, emiatt előfordult, hogy még védett foglalkoztatás keretében sem tudtak dolgozni.

Ahhoz, hogy a mentális és viselkedészavarral élő ember állapotában javulás következzen be, fontos, hogy **kapcsolatba léphessen az ellátórendszerrel**. (Fenntartva természetesen, hogy koránt sincs mindenkinek szüksége kezelésre, és figyelembe véve, hogy a pszichiátriai kórképek esetében is tapasztalható spontán javulás.) Elsősorban az **igénybevétel lehetőségének** megléte fontos, amely azonban, **számos oknál fogva igen erősen korlátozott**.

Kisebb kórképek esetében az egyén kimaradhat az ellátásból, mert pl. **úgy tekint tüneteire**, mint amelyek **átmenetiek**, és elmúlnak. **Nem akarja felvállalni**, hogy mentális problémái vannak, mert fél a megbélyegzéstől. Vagy épp **testi tünetei mögött nem látja meg lelkiállapotának szerepét**, és ebben a felismerésben a háziorvos sem segíti, ugyanis a megkérdezett szakértők szerint a háziorvos gyakorta maga sem érzékeli az – akár okként is definiálható – mentális problémát, és megragad a testi tünetek kezelésénél. Ez abból adódhat, hogy a háziorvos nem eléggé felkészült és segítséget sem kap az ilyen esetek felismeréséhez. Éppen ezért rendkívül fontos lenne, hogy a háziorvosokat felkészítsék a különböző mentális betegségek felismerésére, mert ez lehet alapja a helyes diagnózisnak és az adekvát ellátásnak.

Nagyobb kórképpel élők esetében még inkább tapasztalható a **betegek rejtőzködése**: ők nagyobb valószínűséggel izolálódnak. Ezen kívül a szakszerű ellátás elmaradása miatt is „láthatatlanok” maradhatnak a rendszerben: az egészségügyi ellátás megakadhat már akár a háziorvosnál, hiszen előfordul, hogy **maga az orvos fél** a pszichiátriai betegről vagy épp a betegségével együtt járó felelősségtől, így nem vállalja fel az ellátást. Ha ezen a ponton túl is jut a beteg, még mindig szembesülhet a **szakellátás hiányosságaival**: kevés a pszichiáter, egy szakemberre túl sok beteg jut,

⁴⁴ A kérdőívben feltett kérdés a következőképp szólt: „Sajátos érzelmi, idegi vagy pszichés állapotot, idegességet, mentális betegséget megállapítottak-e Önnél?”

akik így rendkívül leterheltek. Idő hiányában nincs lehetőségük arra, hogy olyan szoros kapcsolatot tartsanak fenn a beteggel, melyben többek között lehetőség adódik a nem megfelelő gyógyszerelés időben történő felismerésére és korrekációjára. Ahogy egyik interjúalanyunk fogalmazott a gyógyszeres kezeléssel: „Az a probléma, hogy ezt nem lehet >minimál< kezelésnek hívni, mert a kezelésnek a rossz körülményei ártalmat is okoznak.”⁴⁵ Az ellátórendszerben való kis arányú megjelenésnek oka továbbá, hogy sok beteg számára **fizikailag nem érhető el a szakellátás**: olyan távolságban van, hogy az utazási költséget már nem tudja kifizetni. Az orvosi rehabilitáció pedig csak a komplex rehabilitáció első lépése: „Az optimális kezelésben, gondozásban van orvosi feladat, pszichológiai feladat, munkarehabilitációs feladat, szociális munka, családgondozás.”⁴⁶

Az ellátórendszer számára „láthatatlan” mentális és viselkedészavarral élők láthatóvá tételéhez, azaz a komplex rehabilitáció elérhetőségének fejlesztéséhez szükséges tehát a **házi orvosok jobb felkészítése**, a kapcsolódó **szociális intézmények és szolgáltatások igénybevételi kritériumainak (jogosultsági feltételeinek) módosítása**, a **közösségi szolgáltatások bővítése**, a **fizikai elérhetőség biztosítása** a szegénységben élők számára, a mentális problémákkal kapcsolatos **tájékoztatás fejlesztése**, és nem utolsósorban az egészségügyi rendszerbe bekerülő **páciensek korrekt ellátása**.

Fontos látni, hogy a mentális és viselkedészavarral küzdő emberek esetében a nem megfelelő egészségügyi, illetőleg szociális ellátás nemcsak hátráltathatja a rehabilitációjuk folyamatát, hanem potenciálisan súlyosbíthatja is az egyéni problémáikat.

VI.1.2 A célcsoport jellemzői, szükségletei

A mentális és viselkedészavarral élők körében **nagyobb arányban** találunk **nőket**: bár a megváltozott munkaképességűek teljes csoportjában is nagyobb arányban vannak jelen, mint a férfiak (arányuk 58,3% szemben 41,7%-kal), a mentális és viselkedészavarok esetében jelenlétük még erőteljesebb, hiszen az e problémával élők közel **kétharmada** nő.

28. táblázat A mentális és viselkedészavarral élő emberek nemek szerinti megoszlása más megváltozott munkaképességű célcsoportokhoz viszonyítva (2010, %)

Nem	Arányuk a mentális és viselkedészavarral élők körében (%)	Arányuk a mentális és viselkedészavarral nem rendelkezők körében (%)	Arányuk a megváltozott munkaképességűek körében (%)
férfi	34,5	44,5	41,7
nő	65,5	55,5	58,3
Összesen	100	100	100

Forrás: NCSSZI-TÁRKI 2010.

A mentális és viselkedészavarral élő emberek **átlagosan fiatalabbak, mint az egészségkárosodott népesség egésze**. Elsősorban a középkorúak (34-54 évesek) felülreprezentáltak körükben, az 55 évesek és idősebbek aránya közel 7 százalékponttal alacsonyabb, mint a teljes csoportban. Amint azt a későbbiekben látni fogjuk, ennek oka

⁴⁵ Részlet szakértői interjúból.

⁴⁶ Részlet szakértői interjúból.

lehet, hogy a mentális és viselkedészavarok kezelésére alkalmazott gyógyszerek komoly egészségkárosító hatással bírnak, másfelől okként jelenik meg az öngyilkosság is, illetve kezeletlen betegségek esetében az állandó feszültség.

29. táblázat A mentális és viselkedészavarral élő emberek korcsoport szerinti megoszlása más megváltozott munkaképességű célcsoportokhoz viszonyítva (2010, %)

Életkori csoportok	Arányuk a mentális és viselkedészavarral élők körében (%)	Arányuk a mentális és viselkedészavarral nem rendelkezők körében (%)	Arányuk a megváltozott munkaképességűek körében (%)
25 alatt	1,6	1,0	1,2
25-34 éves	4,0	4,3	4,2
35-44 éves	13,4	10,4	11,2
45-54 éves	36,3	30,3	32,0
55 és felette	44,8	54,0	51,4
Összesen	100	100	100

Forrás: NCSSZI-TÁRKI 2010.

A mentális és viselkedészavarral küzdő emberek körében a munkát végzők aránya a vizsgálat lefolytatásakor 12,5% volt, és ez mindössze 2,5 százalékponttal marad el a teljes csoportban tapasztalt aránytól, mondhatni tehát, hogy a különbség nem markáns. Ugyanakkor a munkavégzést kísérő, a mentális és viselkedészavarokra a szakértők véleménye alapján oly jellemző szorongások kapcsán már nagyobbak az eltérések. Az **elszigeteltségtől, elkülönítéstől való félelem** a célcsoport 17,1%-ára jellemző, ezzel szemben a teljes csoportban csak a válaszadók 9,5%-ára. A megkérdezett szakértők is megerősítették, hogy a mentális és viselkedészavarral élők esetében a foglalkoztatást elsődlegesen és leginkább a velük szemben meglévő előítéletek és félelmek gátolják.

30. táblázat A mentális és viselkedészavarral élő emberek megoszlása a munkahelyen való elszigeteltségtől való félelem alapján más megváltozott munkaképességű célcsoportokhoz viszonyítva (2010, %)

„Attól tart, hogy munkatársai elszigetelnék/elkülönítenék Önt. Igaz ez?”	Arányuk a mentális és viselkedészavarral élők körében (%)	Arányuk a mentális és viselkedészavarral nem rendelkezők körében (%)	Arányuk a megváltozott munkaképességűek körében (%)
igen	17,1	6,4	9,5
nem	80,7	91,7	88,5
nem tudja	2,2	1,9	2,0
Összesen	100	100	100

Forrás: NCSSZI-TÁRKI 2010.

Ugyancsak nagyobb a félelem azzal kapcsolatban, hogy az **iskolai végzettségük megfelelő-e**. Az adatok azt mutatják, hogy a mentális és viselkedészavarral élő emberek csoportjában az iskolai végzettség szintje csak elenyésző mértékben marad el a megváltozott munkaképességűek teljes csoportjához képest.

A célcsoport tagjainak **egészségi állapota** a megkérdezett szakértők szerint egyértelműen rossz: **ritka, hogy valakinek kizárólag mentális problémája legyen**. Ennek okai között megtaláljuk a háziorvosi ellátás hiányosságait, a gyakoribb dohányzást

és alkoholfogyasztást, vagy a mentális probléma kezelésére alkalmazott gyógyszerek mellékhatásait, mint például a cukorbetegség, az elhízás és a pajzsmirigy működés zavara. A nem megfelelő kezelés tovább szűkítheti a beteg kapcsolatrendszerét, ellehetetlenítheti munkavállalását, még rosszabb anyagi és szociális helyzetet idézve elő.

31. táblázat A mentális és viselkedészavarral élő emberek megoszlása a végzettség megfelelőségének szubjektív megítélése alapján más megváltozott munkaképességű célcsoportokhoz viszonyítva (2010, %)

„Úgy érzi, hogy iskolázottsága, képzettsége nem megfelelő. Igaz ez?”	Arányuk a mentális és viselkedészavarral élők körében (%)	Arányuk a mentális és viselkedészavarral nem rendelkezők körében (%)	Arányuk a megváltozott munkaképességűek körében (%)
igen	24,7	17,0	19,3
nem	73,3	81,7	79,3
nem tudja	2,0	1,2	1,4
Összesen	100	100	100

Forrás: NCSSZI-TÁRKI 2010.

A mentális és viselkedészavarral élők **szociális helyzete** minden megkérdezett szakértő szerint jellemzően **rendkívül rossz**. Egyfelől a hátrányos helyzetű emberek körében eleve gyakrabban jelenik meg a vizsgált probléma, hiszen minden pszichológiai és szociális stressz, a bizonytalanság, az egzisztenciális szorongás nagy valószínűséggel predesztinálja a mentális és viselkedészavarok kialakulását.⁴⁷ Másfelől pedig a romló mentális állapot még inkább felerősítheti a szociális helyzet romlásának folyamatát.

32. táblázat A mentális és viselkedészavarral élő emberek iskolai végzettség szerinti megoszlása más megváltozott munkaképességű célcsoportokhoz viszonyítva (2010, %)

Iskolai végzettség	Arányuk a mentális és viselkedészavarral élők körében (%)	Arányuk a mentális és viselkedészavarral nem rendelkezők körében (%)	Arányuk a megváltozott munkaképességűek körében (%)
kevesebb, mint 8 általános	6,1	4,7	5,1
általános iskola	32,6	30,0	30,7
szakiskola/szaktanulmányképző	34,5	40,5	38,8
középfokú végzettség/érettségi	16,2	16,6	16,5
technikusi végzettség	5,4	3,4	3,9
felsőfokú szakképesítés	1,2	1,0	1,1
felsőfokú végzettség	4,0	3,9	3,9
Összesen	100	100	100

Forrás: NCSSZI-TÁRKI 2010.

Korai életkorban megjelenő mentális és viselkedészavar esetében gyakori, hogy a betegség **megakadályozza a tanulmányok befejezését, a szakmaszerzést**, ami tovább rontja az elhelyezkedési esélyeket.

⁴⁷ Lásd erről még:

http://www.enwhp.org/fileadmin/downloads/Workhealth_II/non_work_risk_factors_mental_ill_health.pdf

A munkavállalás szempontjából további akadályt jelent a **stigmatizáltság**. A szakértők szerint általános tapasztalat, hogy a munkáltatók **a megváltozott munkaképességűek csoportján belül legkevésbé a mentális és viselkedészavarral élőket foglalkoztatják**: „Rengetegszer találkozunk olyannal, hogy a munkáltató azt mondja, hogy küldhetünk bárkit, csak pszichés beteget nem.” „Nagyon sokan a baltás gyilkost látják.”⁴⁸

A munkába állás nehézségei miatt a mentális és viselkedészavarokkal küzdők **gyakorta nem szereznek elégséges szolgálati időt** ahhoz, hogy ellátást kapjanak. Ha mégis munkába tudnak állni, a számukra felkínált lehetőségek jellemzően alacsony iskolai végzettséget megkívánó munkák. A megkérdezett szakértők tapasztalata szerint hiába rendelkezik egy célcsoporttag akár felsőfokú végzettséggel, ritka, hogy eredeti szakmájában tudjon elhelyezkedni. A feketemunka is számos veszélyt rejt magában, mert gyakori, hogy nem fizetik ki a munkavállalókat.

A munkáltatók hozzáállására jellemző továbbá, hogy ha fel is vesznek mentális és viselkedészavarral élő munkatársat, azzal a megállapodással, hogy nem jár be a munkahelyére dolgozni – így a foglalkoztatás voltaképpen fiktív. (Bár egyik interjúalanyunk szerint ez olykor segítő szándékkal történik, így is a visszájára fordul, hiszen izolációban és passzivitásban tartja az érintettet.) Gyakori a munkáltatók esetében az is, hogy inkább mozgáskorlátozott munkatársat alkalmaznak, akinek az egészségkárosodása jobban látható, így a „marketing-értéke” nagyobb.

A munkavállalás szempontjából speciális igényeket tekintve más megváltozott munkaképességű célcsoportokhoz képest a mentális és viselkedészavarral élők esetében az egyik legalapvetőbb különbség, hogy **állapotuk változékony, ezért nehéz felmérni képességeiket**, illetve az állapotuk változásával együtt járó **lehetséges kockázatokat**. Nehezebben mondható meg, és nem egységesíthető, hogy milyen feltételek biztosítása lenne szükséges a megfelelő munkavégzéshez. Ahogy egyik szakértőnk fogalmazott: „A változékonyság okoz egy olyan specifikus helyzetet, ami miatt nem fejlődik ennek a területnek a munkarehabilitációja kellőképpen, mert a munkaügyi szakember ezzel nem nagyon tud dolgozni, és a munkáltatók is bizalmatlanok lehetnek.”⁴⁹ Mindemellett e **csoport tagjai igen sérülékenyek**, és az **asszertivitás is kevésbé jellemző** esetükben.

33. táblázat A mentális és viselkedészavarral élő emberek speciális jellemzőiből adódó egyedi szükségletek a foglalkozási rehabilitáció szempontjából

Speciális jellemző	A jellemzőből adódó szükséglet
Stigmatizáltság	<ul style="list-style-type: none"> A sztereotípiák és az előítéletek csökkentése: „Ennél a célcsoportnál az akadálymentesítés lényege a stigma-csökkentés. Erre külön kell figyelni.”⁵⁰
Izoláció	<ul style="list-style-type: none"> Annak elérése és támogatása, hogy az érintett kimoszduljon a megszokott életéből. A szociális kompetenciák fejlesztése
Szorongás	<ul style="list-style-type: none"> Törekedni az ezt kiváltó okok csökkentésére, illetve a megfelelő kezelésre A megszokottnál hosszabb időtartamú utókövetés
Változékony állapot	<ul style="list-style-type: none"> Munkáltatói rugalmasság A megszokottnál hosszabb időtartamú utókövetés

Forrás: szakértői interjúk

⁴⁸ Részlet szakértői interjúból.

⁴⁹ Ennek megoldására jó gyakorlatként említhető a munkaügyi szakember, a munkáltató és egy tapasztalt közösségi munkacsoport eredményes együttműködése (lásd Ébredések Alapítvány).

⁵⁰ Részlet szakértői interjúból.

A **munkahelyel** szemben támasztott legfőbb követelmény, hogy képes legyen valóban **elfogadó és biztonságos légkört** teremteni a mentális és viselkedészavarral élő munkavállaló számára. Ez már önmagában is rendkívüli megtartó erőt tudna képviselni. (Gyakori tapasztalat, hogy a főnök tisztában van a célcsoporthoz tartozó munkavállaló nehézségeivel, de nem képes számára más munkakörülményeket teremteni, mert az eltérő bánásmódot nem tudná **elfogadtatni a többi munkatárssal**).

Megkérdezett szakértőink egyike mindezen szempontokat a felépülés fogalmában foglalta össze. *„Felépülésnek szoktuk hívni azt a fogalmat, ami azt jelenti, hogy az ember valakinek érzi magát, és úgy érzi, hogy van útja az életben.”*⁵¹ Abban kell támogatni a mentális és viselkedészavarral élő embert, hogy visszanyerje reményét és hitét az életben, hogy megtalálja identitását, hogy képes legyen a stigma leküzdésére, az önsegítésre – azaz visszanyerje emberi méltóságát. Ennek nem szükséges feltétele a tünetmentesség: *„Felépülés akkor is lehet, ha az embernek tünete van. Meg lehet azzal tanulni együtt lenni. Vagy a korlátozottság mellett is érezhetem azt, hogy értelmes életet élek.”*⁵²

VI.1.3 A szükségletekre való reagálás

Bár számos eddigi kérdés kapcsán felvetődött már a megoldás „hogyanja”, e részben koncentráltan járjuk körbe azt a kérdést, hogy miként lehetne támogatni a mentális és viselkedészavarral élő emberek munkaerő-piaci (re)integrációját a megkérdezett szakértők szerint.

Először is, a **munkáltatók nyitottabbá válása** alapvető fontosságú. Nemcsak az érzékenyítésükre kell energiát fordítani, hanem arra is, hogy **valós képet kapjanak a mentális és viselkedészavarral élő emberek csoportjáról**. Fontos lenne megláttatni elsősorban, hogy **e csoport nem homogén**: nagyon sokféle betegség, és azoknak nagyon sokféle tünete tapasztalható a célcsoport körében. Rá kellene világítani arra, hogy milyen pozitív hozadékaik vannak a mentális és viselkedészavarral küzdő munkavállalók alkalmazásának. Erre a tevékenységre külön forrást is szükséges lenne biztosítani, a jelenlegi ösztönzőrendszer fenntartása mellett.

A munkahelyi beilleszkedésben és a tartós munkában maradás szempontjából fontos a mentális és viselkedészavarral élő munkavállaló támogatása a munkafolyamatok megtanulásában, a munkahelyi problémák megoldásában, a munkatársak közé való beilleszkedésben (akár az új munkatárs és a munkaadó, valamint a kollégák közötti közvetítés útján – tehát egyfajta mentori tevékenység).

A munkáltatók a **munkahelyi lelki egészségprogramok** kidolgozásával nemcsak hozzá tudnak járulni munkatársaik megfelelő lelki egészségéhez, a mentális és viselkedészavarral élő munkatársakkal szemben megjelenő stigma gyengítéséhez, megszüntetéséhez, hanem egyben termelékenység növeléséhez is, hiszen az ilyen programok minden munkatárs teljesítményét javítják és segítik egészségük megőrzését.

Lehetővé kellene tenniük továbbá, hogy a célcsoportba tartozó megváltozott munkaképességű munkavállaló **munkakörülményei rugalmasan, egyénre szabottan**

⁵¹ Részlet szakértői interjúból.

⁵² Részlet szakértői interjúból.

legyenek alakíthatók, mindkét fél (alkalmazott és munkaadó) igényeit figyelembe véve.⁵³ Ezeket a munkába állás során felmerülő lehetséges szükségleteket a 34. táblázat összegzi.

34. táblázat A mentális és viselkedészavarral élő emberek munkába állása szempontjából speciális szükségletei és azok lehetséges megoldásai

Speciális szükséglet	Megoldási lehetőségek
Jelenlét	<ul style="list-style-type: none"> • rugalmas munkahelyi környezet, • rugalmas időbeosztás, • szünetek, • elmehelesen tanácsadásra, • távmunka, • rendszeres kapcsolattartás a munkavállaló gondozóival
Koncentráció	<ul style="list-style-type: none"> • a stressz csökkentése, • asszertív kommunikáció, • saját, külön hely a munkavégzésre, • a zenehallgatás engedélyezése, • természetes fény vagy nagy spektrumú fény biztosítása, • rugalmas munkakörnyezet, • rugalmas időbeosztás, • szünetek, • elmehelesen konzultációra, • távmunka, • a nagyobb feladatok kisebbekre, kisebb célokra osztása, • a munka átstrukturálása alapvető funkciókra, emlékeztetők
Érzelmek	<ul style="list-style-type: none"> • stresszkezelő technikák alkalmazása, • asszertív kommunikáció, • segítő állat jelenlétének engedélyezése, • kapcsolatfelvétel orvossal, egyéb segítőkkel munkaidőben is, • rugalmas szünetek, • támogató program
Fáradtság	<ul style="list-style-type: none"> • rugalmas munkahelyi környezet, • rugalmas időbeosztás, • szünetek, • elmehelesen tanácsadásra, • távmunka, • cél-orientált munkavégzés, • a fizikai megterhelés és a munkahelyi stressz csökkentése, • ergonomikus munkaállomás
Memória	<ul style="list-style-type: none"> • "job coach", mentor, • néhány perces megbeszélések, tréningek, • hallás utáni vagy írott anyagok, • emlékeztetők, • további idő tréningre, • írott "checklist", • színkódolás a fontossági sorrend betartásának elősegítésére, • jegyzetek, szervezők, az információk rögzítése stb., • táblák

⁵³ A munkahely rugalmasság és az egyéni élethelyzet megértésének szerepét a nemzetközi szakirodalom is alátámasztja, lásd pl.: <http://publications.cpa-apc.org/browse/documents/22>, különösen: Flexibility and Understanding.

Szervezés	<ul style="list-style-type: none"> • napi, heti, havi feladatlista, • naptár - kiemelve a találkozók és a határidők + emlékeztető, • elektronikus szervezők vagy mobil eszközök, • kisebb feladatokra és célokra való felosztás, • színek a fontossági sorrendhez
Pánikrohamok	<ul style="list-style-type: none"> • szünet, • elengedni megnyugtatóbb helyre, • relaxációs technikák, • kapcsolatfelvétel támogató szakemberrel, • a környezeti kiváltó okok azonosítása és eltávolítása, • támogató állapot jelenlétének engedélyezése
Alvászavarok	<ul style="list-style-type: none"> • rugalmas munkakezdés, • rövid szünetek, • pihenőhely biztosítása, • egy konzisztens időbeosztás szerint dolgozzon, • figyelmeztető jelzések, • napfényes vagy természetes fényvel ellátott munkaállomás
Stressz	<ul style="list-style-type: none"> • munkahelyi támogatás, • kapcsolatfelvétel a támogató szakemberekkel akár munkaidőben is, • támogató állapot jelenlétének engedélyezése, • rugalmas munkakörnyezet, • rugalmas időbeosztás, • módosított szünetbeosztás, • elmehelesen tanácsadásra, • távmunka, • hatékony vezetői kultúra, • munkahelyi egészségprogramok, • asszertív kommunikáció alkalmazása, elvárása és tréningje a munkahelyen, • érzékenyítő tréning a munkatársaknak
Munkatársi interakció	<ul style="list-style-type: none"> • kiléphessen a frusztráló szituációból vagy konfrontációból, • elválasztók vagy zárt ajtók biztosítása a magányos munkavégzéshez – amennyiben szükséges, • a munkatársak felkészítése, érzékenyítése

Forrás: Job Accomodation Network, Office of Disability Employment Policy, USA;⁵⁴ szakértői interjúk.

Az **egyén** feladata a munkába állás kapcsán elsősorban az, hogy motivált legyen, valóban részese legyen saját rehabilitációs folyamatának – mind a tájékozódás, mind a szolgáltatások igénybe vétele, mind a munkakeresés és munkavállalás terén. Tisztázza maga előtt is, hogy milyen – rövid és hosszú távú célokat szeretne elérni.

Az **államnak** mindenképp előtt a szabályozás és az ellátások terén van fontos szerepe, melyeket – a szakemberek szerint – kiszámíthatóbbá, következetesebbé kellene tenni. A mentális és viselkedészavarral élő betegek számára biztosítható ellátások és szolgáltatások rendszere gyakran változik, ami azt eredményezi, hogy olykor már maguk az illetékes állami intézmények sem tudják, adott pillanatban mi az érvényes szabályozás. Fontos lenne az is, hogy a szabályozás differenciáltabb legyen, például az ellátások megítélése terén – emellett azonban minden érintett számára elérhetővé váljanak azok a szolgáltatások, amelyek hozzásegítik állapotja javulásához.

Az **egészségügy** feladata lenne, hogy felkészítse és támogassa a házi orvosokat a mentális és viselkedészavarok megismerésében, felismerésében és megfelelő kezelésében. Emellett fontos lenne a pszichiátriai ellátás átalakítása és bővítése

⁵⁴ Elérhető: <http://askjan.org/media/Psychiatric.html>

közösségi értékekre, valamint a felépülésre alapozva. Ennek alapvető feltétele a szemléletváltás: annak felismerése, „*hogy a szolgáltatások sok ártalmas tényezőt tartalmaznak, hogy a betegségkép változtatásra szorul, pl. a szkizofréniával kapcsolatban. Hogy ezek a biológiai kategóriák, és a biológiai gondolkodás nem alkalmas arra, hogy elég jól tudjunk segíteni.*”⁵⁵ Minden betegnek biztosítani kellene a közösségi alapú, komplex, mobilis gondozást és rehabilitációt, beleértve a támogatott foglalkoztatást. Az egészségügy feladataként vetődött fel a betegek utókövetése is.

A **szociális ellátórendszer** szintén több szinten támogathatná a mentális és viselkedészavarral élő emberek munkaerő-piaci helyzetének javulását. A pénzbeli és természetbeni juttatások keretei adottak, azonban ezeket egyrészt bővíteni kellene, másrészt hozzáférhetővé tenni minél több (lehetőleg minden) célcsoporttag számára (pl. utazás, étkeztetés, jelzőrendszeres segítségnyújtás, védett lakhatás). A szakemberek tapasztalata szerint voltaképp a szolgáltatást nyújtó személyétől függ, hogy egy mentális és viselkedészavarral élő ember bekerül-e az ellátórendszerbe, eljut-e az alapvető orvosi kezeléseig. Ennek érdekében egyrészt területileg (régiós szinten) elérhetővé kellene tenni a szolgáltatásokat, elterjeszteni a Támogatott Foglalkoztatás lehetőségét; másrészt fejleszteni a munkavállaló és a szakemberek közötti együttműködést. Fontos lenne tehát e téren a véletlenszerűség kiküszöbölése, a célcsoport tagjainak felkutatása, a velük való kapcsolat fenntartása, utókövetésük, mentorálásuk. Csak a rendszeres kapcsolattartással és az egyéb kompetens intézményekkel való folyamatos együttműködéssel (valamint a területi szolgáltatók közötti együttműködéssel, szolgáltatásaik összehangolásával) garantálható, hogy a szükséges segítség a megfelelő időben biztosítható legyen. Nélkülözhetetlen továbbá a gondozó és a munkavállaló közötti szoros és folyamatos kapcsolat, valamint a gondozó által nyújtott háttértámogatás. Ez fontos az izolálódás elkerülése, a munkába állás és a munka megtartásának szempontjából is. A komplex rehabilitáció folyamata annak figyelembevételével kell, hogy történjen, hogy az ellátás első lépcsője minden esetben a közösségbe integrált szolgáltatás legyen, és bárminemű intézményi ellátásra csak abban az esetben kerüljön sor, ha az elkerülhetetlen. Az ellátórendszer számára „láthatatlan” célcsoporttagok integrálására megoldás lehet olyan alacsony küszöbű szolgáltatások nyújtása, amelyek pl. telefonon, névtelenül igénybe vehetők.

A **civil szervezetek** számára lehetőségként adott a hatékonyabb, rugalmasabb, az államtól független működés, épp ezért jelenleg inkább képesek a szükségletekre megfelelően reagálni. Fontos lenne ugyanakkor, hogy mind egymás között, mind az **egyéb ellátórendszerekkel szorosabb kooperációt** alakítsanak ki. Ellátó szerepükön túl fontos tevékenységük lenne a mentális és viselkedészavarokkal élők helyzetét befolyásoló tényezők monitorozása, az érintettek és családtagjaik bevonásával.

VI.1.4 Módszertanok, jó gyakorlatok⁵⁶

A magyarországi gyakorlatok közül az e kutatásban is feldolgozásra került Támogatott Foglalkoztatás módszertanát említették a szakértők: a célcsoporttal professzionálisan foglalkozó nonprofit szervezetek – így a Soteria Alapítvány, a Szigony Alapítvány és az Ébredések Alapítvány – gyakorlatai erre a modellre épülnek.

⁵⁵ Részlet szakértői interjúból.

⁵⁶ A helyzetfeltárás jelen részének végén külön fejezetben szerepelnek a nemzetközi jó gyakorlatok.

Az egyik elhangzott vélemény szerint a célcsoportot segítők számára elsősorban az egészségügy által kidolgozott módszertanok érhetőek el, amelyek azonban inkább szocioterápiát vagy épp művészetterápiát takarnak, mintsem munkaerő-piaci szolgáltatást. E célcsoportra vonatkozóan a Támogatott Foglalkoztatást is az egészségügyi szolgáltatók dolgozták ki külföldön, Magyarországon az Ébredések Alapítvány vezette be.

A külföldi gyakorlatok közül az Asszertív közösségi kezelés (Program for Assertive Community Treatment) módszertan került említésre, mely a szakértő szerint a közösségi gondozás legjobban alátámasztott modellje.

A mentális és viselkedészavarokkal élők ellátására kifejlesztett módszertanok kapcsán csak kevés információt kaptunk. A szkizofréniával élők esetében a rehabilitáció részét képezi a gyógyszeres kezelés, a pszichoedukáció, a családgondozás, az asszertív közösségi kezelés, a Támogatott Foglalkoztatás, a készségfejlesztés, a stresszkezelés, a művészetterápia, a kognitív terápia és a képzés. Ezeket az elemeket tartalmazza a hazai protokoll az egészségügyi és a szociális közösségi ellátásban is. A bipoláris, depressziós betegek esetében a módszertan részben kiegészül.

VI.1.5 Célcsoport-specifikus módszertani javaslatok

- A **közösségi és felépülés-alapú komplex gondozás és rehabilitáció** megszervezése, elérhetőségének biztosítása.

Annak ellenére, hogy ez képezi a célcsoport hatékony rehabilitációjának alapját (lásd fent), jelenleg a mentális és viselkedészavarral élőknek csak igen kis részéhez jut el – ezen szükséges lenne fejleszteni.

- A mentális és viselkedészavarral élő emberek **tudatos és szervezett felkutatása** a rehabilitációs szolgáltatásokba való hatékonyabb bevonás érdekében.

A mentális és viselkedészavarral élők célcsoportjának már eleve a szolgáltatásokba való bevonáskor felmerülnek speciális szükségletei. A célcsoport tagjai, mint láthattuk, eléggé izoláltan élnek, nem mindenki jut el az orvosi rehabilitációs szolgáltatások igénybe vételéhez sem. Ezért kell nagyobb hangsúlyt fektetni a felkutatásukra, toborzásukra.

- A **szolgáltatások fizikai elérhetőségének javítása.**

A célcsoport nagy része szociálisan hátrányos helyzetben él, nehézséget jelent számukra a szolgáltatások – vagy akár a lehetséges munkahelyek – eléréséhez szükséges utazás. Ezért lenne szükség az utazásuk nagyobb mértékű támogatására, vagy akár a szolgáltatások (de így a munkalehetőségek) "közelebb hozására", például a területi kiterjesztésükkel, vagy akár mobil szolgáltatások bevezetésével, szakemberek alkalmazásával.

- **Képzési, átképzési lehetőségek** biztosítása az alacsony végzettségű célcsoporttagok számára.

A képzésnek elsősorban a fiatal korban kialakult mentális és viselkedészavarral élő emberek körében van nagy jelentősége, akik számára ez a probléma nehezítette a végzettség megszerzését.

- **Munkapróba** biztosítása.

A munka kipróbálásának egyrészt a munkatapasztalat szerzésének szempontjából van jelentősége, illetve fontos támogatást jelenthet a munkafolyamat elsajátításában, valamint a munkahelyi beilleszkedés folyamatában is.

- **Munkatársak (és a munkáltató) felkészítése.**

A mentális és viselkedészavarral élő munkavállalók munkába állásának, munkavégzésének és munkában maradásának elősegítése érdekében fontos a munkahelyi beilleszkedés támogatása, amely egyfajta mentor közreműködésével valósulhat meg. Erre egyrészt a célcsoporttal kapcsolatos előítéletek leküzdése miatt van szükség, másrészt fontos, hogy a munkáltató és a munkatársak is megismerjék azokat a speciális szükségleteket és igényeket, melyek megteremtésével a célcsoporthoz tartozó munkavállaló megfelelő munkavégzésre lesz képes. Az ezekkel kapcsolatos információk átadása a munkatársak felkészítése során mindenképpen fontos.

- A problémával kapcsolatba kerülők **érzékenyítése.**

Ugyan a szakemberek szerint e téren már az elmúlt években fejlődés mutatkozott, még mindig komoly előítéletek tapasztalhatók a mentális és viselkedészavarral élőkkel szemben – és nem csak a munkáltatók oldaláról. Ezek leküzdésének feltétele, hogy a problémával kapcsolatba kerülő szereplők több információval rendelkezzenek a mentális és viselkedészavarokról. Ennek meg kell történnie többek között az egyén szintjén a megfelelő felismerés érdekében, a háziorvos és a szakorvosok szintjén a megfelelő kezelés érdekében, és a társadalom szintjén is az izolálódás csökkentése érdekében.

VI.2 Hallássérült emberek

VI.2.1 A célcsoport meghatározása

A 2009. évi CXXV., a magyar jelnyelvről és a jelnyelv használatáról szóló törvény meghatározása szerint, *hallássérült személy*: olyan siket vagy nagyothalló személy, aki kommunikációja során a magyar jelnyelvet vagy valamely speciális kommunikációs rendszert használja, illetve, *siketvak személy*: olyan egyidejűleg hallás- és látássérült személy, aki kommunikációja során speciális kommunikációs rendszert használ.⁵⁷ Magyarország a magyar jelnyelvet önálló természetes nyelvként⁵⁸ ismeri el, valamint a jelnyelvet használók közösségét nyelvi kisebbségként határozza meg. Ebből kifolyólag, a jelnyelvet használókat megilleti a nyelv szabad használatán túl, annak fejlesztése és megőrzése, a siketkultúra ápolásának, gyarapításának és átörökítésének a joga.⁵⁹

A hallássérült emberek csoportja **meglehetősen heterogén**. Az egyik **fontos csoportképző tényező az alkalmazott kommunikáció típusa**: megtanul-e az egyén beszélni (esetleg segédeszköz segítségével teljesen jól kommunikál), vagy jelnyelvet használ. Továbbá a nyelvi kompetencia (a beszélt nyelv elsajátítása és annak fokozatai) is meghatározza, hogy kinek milyen szükségletei vannak a munkaerő-piaci integráció terén.⁶⁰

A siketek öndefiníciója többnyire nyelvi kisebbségként történik. A hallássérült emberek országos érdekvédelmi szervezete (Siketek és Nagyothallók Országos Szövetsége) által támogatott értelmezés szerint a siketséget egy olyan embercsoport létállapotának,

⁵⁷ http://www.complex.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0900125.TV#laj2param

⁵⁸ Nyelvészeti tanulmányok szerint a jelnyelv megfelel a nyelvre vonatkozó összes követelménynek.

⁵⁹ http://www.complex.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0900125.TV#laj2param

⁶⁰ Forrás: szakértői interjú

adottságának tekinti, amely tagjainak közös vonása, hogy a világot elsődlegesen vizuálisan érzékelik, akiket közös kultúra, hasonló tapasztalatok, viselkedési szokások jellemeznek, s legfőképpen, közös nyelvet, a jelnyelvet használják, amely elsődleges kommunikációs és megismerő szerepe mellett – más nyelvi közösségekhez hasonlóan – önazonosságuk szimbóluma is.⁶¹

A társadalmi és munkaerő-piaci integráció szempontjából fontos, hogy egy hallássérült ember halló vagy hallássérült családban nőtt fel, hiszen ez meghatározza az öndefinícióját, identitását, és így azt is, hogy a hallássérült emberek csoportjába, mint nyelvi kisebbséghez szeretne tartozni, vagy a hallók közé. Utóbbi esetben folyamatosan arra törekszik, hogy hiányosságát kiküszöbölje, megtanuljon helyesen beszélni, így a segédeszköz használatának, szolgáltatások igénybevételének és szakemberi segítség elfogadásának tekintetében is motiváltabb. Természetesen lehet átjárás a csoportok között, de ez kevésbé jellemző.⁶²

A 2011. évi népszámlálási adatok szerint a teljes lakosság körében hallássérült emberek száma **71 585 fő**, közel 12%-uk siket ember, a fennmaradó 88% pedig nagyothalló. Az **aktív korúak száma 30 ezer főre** tehető.⁶³ A megváltozott munkaképességűek csoportján belül a hallássérülés viszonylag kis kört érint, 8,2%-uknál állapítottak meg ilyen károsodást (NCSSZI-TÁRKI 2010). A tavalyi évben beadott **új igénybejelentések között 333 fő** volt, aki ehhez a célcsoporthoz tartozott.⁶⁴ Valamelyest **többen voltak közülük, akiket rehabilitálhatónak ítélték** (53,2%), ami a többi célcsoporthoz viszonyítva jóval nagyobb aránynak tekinthető (NRSZH 2012).

A célcsoport tagjai között nagy valószínűséggel vannak olyanok, akik az ellátórendszer számára „láthatatlanok” maradnak. Ők nagyrészt azok közül kerülnek ki, akik **kései életkorban veszítették el a hallásukat**, és lehetőségeik, valamint motivációjuk is kevés ahhoz, hogy kapcsolatba kerüljenek az egészségügyi vagy a szociális ellátásokkal. Emellett – a kommunikációs eszközök használatának hiánya miatt – a hallássérült emberek nehezebben elérhetőek, mint más megváltozott munkaképességű célcsoportok. Mindezek mellett vannak olyan további rizikófaktorok, melyek valószínűsíthetik a rehabilitációs szolgáltatásokhoz való hozzáférés akadályozottságát. Az ellátórendszer látóköréből való kiesés szempontjából veszélyeztetettek, akiknek a hallássérülés mellett **más típusú egészségkárosodásuk** (súlyosabb esetben fogyatékoságuk) is van; **alacsony végzettségűek; vidéki városban élnek; nem oda jártak iskolába, ahol a lakóhelyük van**, ezért az iskola elvégzése után visszakérülve szülő-/lakóvárosukba teljesen integrálatlanok a közösségben és a munkaerőpiacon is.⁶⁵

Meg kell említeni, hogy van még egy speciális csoport, amely **hajlamos az elszigetelődésre**. Közéjük főleg azok a fiatalok tartoznak, akik jó nyelvi kompetenciával rendelkeznek, jól hallanak, sokszor implantátumot is hordanak – így nem feltétlenül érzik magukat más hallássérült emberekhez hasonlóknak, a jelnyelvi kommunikációt sem ismerik. (Az utóbbi időben két klub is alakult ilyen célcsoporttagok számára.)⁶⁶

⁶¹ Forrás: szakértői interjú

⁶² Forrás: szakértői interjú

⁶³ Forrás: szakértői interjú.

⁶⁴ A betegségtípusok között a „fül és csecsnyúlvány megbetegedései”-ként szerepelt. (Forrás: NRSZH 2012.)

⁶⁵ Forrás: szakértői interjú.

⁶⁶ Forrás: szakértői interjú.

VI.2.2 A célcsoport jellemzői, szükségletei

A célcsoport tagjai körében a **férfiak** egyértelműen **felülreprezentáltak**: arányuk 47,9%, míg a megváltozott munkaképességűek teljes csoportjában csak 41,6% (NCSSZI-TÁRKI 2010).⁶⁷

A hallássérült emberek közel **60%-a a legidősebb korcsoport**hoz (55 évesek vagy azon felüliek) **tartozik**, emiatt a célcsoport átlagéletkora is magasabb a teljes minta átlagánál (közel 54 év az 52-höz képest).

35. táblázat A hallássérült emberek korcsoport szerinti megoszlása más megváltozott munkaképességű célcsoportokhoz viszonyítva (2010, %)

Életkori csoportok	Arányuk a hallássérült emberek körében (%)	Arányuk a hallássérüléssel nem rendelkezők körében (%)	Arányuk a megváltozott munkaképességűek körében (%)
25 alatt	0,6	1,2	1,2
25-34 éves	4,2	4,2	4,2
35-44 éves	6,0	11,7	11,2
45-54 éves	29,3	32,2	31,9
55 és felette	59,9	50,7	51,4
Összesen	100	100	100

Forrás: NCSSZI-TÁRKI 2010.

A célcsoport 14,4%-a dolgozik, és ez az arány csak kis mértékben tér el az összes megváltozott munkaképességű emberhez képest. Az adatok tanúsága szerint, az iskolázottság szempontjából elmaradnak más megváltozott munkaképességű célcsoportoktól, hiszen némiképp nagyobb arányban vannak, akik legfeljebb általános iskolát végeztek, és kevesebben, akik felsőfokú végzettséggel rendelkeznek.

36. táblázat A hallássérült emberek iskolai végzettség szerinti megoszlása más megváltozott munkaképességű csoportokhoz viszonyítva (2010, %)

Iskolai végzettség kategóriái	Arányuk a hallássérült emberek körében (%)	Arányuk a hallássérüléssel nem rendelkezők körében (%)	Arányuk a megváltozott munkaképességűek körében (%)
Kevesebb, mint 8 általános	8,4	4,8	5,1
Általános iskola	31,7	30,6	30,7
Szakiskola/Szakmunkásképző	39,5	38,8	38,8
Középfokú végzettség/Érettségi	13,2	16,7	16,4
Technikusi végzettség	4,8	3,9	3,9
Felsőfokú szakképzettség	0	1,2	1,1
Felsőfokú végzettség	2,4	4,1	3,9
Összesen	100	100	100

Forrás: NCSSZI-TÁRKI 2010.

A munkaerő-piaci elhelyezkedés szempontjából fontos egészségügyi kérdés, hogy **a hallássérülés állandósult-e**, vagy még változhat (romolhat vagy esetleg javulhat), és igényel-e rendszeres felülvizsgálatot.⁶⁸

⁶⁷ A legutóbbi népszámlálás (2011) tanúsága szerint, a hallássérült emberek teljes csoportját tekintve – nem csak az aktív korúakat figyelembe véve – viszont azt mondhatjuk, hogy a nők vannak relatív többségben. (Forrás: szakértői interjú.)

⁶⁸ Forrás: szakértői interjú.

A hallássérült emberek integrációja szempontjából nagy jelentősége van annak, hogy akadályok nélkül tudjanak kommunikálni az élet minden területén. Ez azonban több szinten is nehézségekbe ütközik. Az **oktatás általában nem tud illeszkedni a szükségleteikhez, igényeikhez**: az intézményekben többnyire nem tudják biztosítani a magyar jelnyelv használatát, a szükséges vizualitást és olyan eszközök használatát, melyek a tanulást és az önálló életvitelt megkönnyítenék, elősegítenék. Ez lehet az egyik oka annak, hogy a célcsoport körében némiképp nagyobb arányban vannak alacsony végzettségűek, és tagjai közül csak kevesen tudnak eljutni a felsőfokú oktatásig – így tehát alapvetően meghatározza elhelyezkedési esélyeiket.⁶⁹

Az akadálymentesítés a munkahellyel szemben is elvárás, annak érdekében, hogy a hallássérült munkavállaló megfelelően tudja ellátni feladatait. A **munkahelyek infokommunikációs akadálymentesítése** azonban szintén **nem elterjedt** még. Ennek oka egyrészt az ezzel kapcsolatos információk, illetve az erre fordítandó források hiányában keresendő.⁷⁰

Az akadálymentesítés mellett fontos szükséglet a jelnyelvi kommunikáció lehetőségének biztosítása azok számára, akik ezt alkalmazzák. A jelnyelv használatához azért van abban jártas szakemberre szükség, mert önálló logika mentén épül fel, amely független a hangzó nyelvektől. A jelnyelv jellegzetessége abban áll, hogy egy **jelnyelvi egység (jel) teljes jelentést hordoz, a kommunikálók komplett fogalmakat jelelnek** egymásnak. Bár kiegészítő kódként léteznek betűjelek, ezek csak az ismeretlen kifejezések visszaadására szolgálnak.⁷¹ **Új vagy absztrakt fogalmak bevezetése** ezért bizonyos esetekben **nehezen értelmezhető lehet** a jelnyelvet használó hallássérült emberek számára. Ezt a jellegzetességet tovább árnyalja, hogy különböző iskolákra **különböző jelnyelvi dialektusok** jellemzőek, ugyanakkor, az ebből következő zártság egymás fele magas fokú bizalmat és erős információs hálót jelent, implicálva ugyanakkor a külvilág fele való szintén magas bizalmatlanságot. Az írásos anyagok sem segítenek sok esetben az információ átadásában, hogyha azok nincsenek kellőképpen leegyszerűsítve, hisz, míg egy halló ember számára az olyan egyértelmű fogalmak, mint pl. az úrlap, a jelelők számára érthetetlenek lehetnek, hisz nehéz elképzelniük egy fogalomban az űr és egy lap fogalmát.⁷²

A hallássérült emberek közül – az egészségkárosodás mértékétől, jellegétől függően – sokaknak szüksége lehet **hallásjavító eszközre**, vagy más **speciális segédeszközre** a mindennapi (így akár a munkahelyi) kommunikáció megkönnyítéséhez. A segédeszköz használata azonban nem minden esetben elfogadott a célcsoport tagjai körében. Alkalmazása egyrészt függ attól, hogy az adott hallássérült ember hogyan viszonyul az egészségkárosodásához (mennyire definiálja magát hallássérült emberként – lásd fentebb). Másrészt – ugyan ez a technológiai fejlesztések miatt egyre kevésbé jellemző – a legtöbb hallást segítő eszköz nem esztétikus, ami ellenérzéseket, esetleg előítéleteket válthat ki egy hallássérült ember tágabb környezetéből, aminek következtében sokan inkább nem viselik, a munkahelyen sem.⁷³

⁶⁹ Forrás: szakértői interjú.

⁷⁰ <http://sinosz.hu/sites/default/files/hirek/visszatekinto/munkaero-piaci-akadalyugras/ka-eloadas-20121213.pdf>

⁷¹ <http://www.sinosz.hu?q=kozossequnk/siketseq-es-jelnyelv>

⁷² <http://www.hrportal.hu/hr/jelnyelvi-ugyintezok-kellenenek-a-munkaugyi-kozpontokba-20130212.html>

⁷³ Forrás: foglalkozás-egészségügyi orvossal készített interjú.

Mint láthatjuk, a hallássérült emberek kommunikációját, illetve az ebből adódó speciális szükségleteket alapvetően meghatározza az, hogy **milyen mértékben támaszkodik a szájról olvasásra**, illetőleg **mennyire kapcsolódik a jelnyelvet alkalmazók közösségéhez**, vagy inkább – integrálódva a halló emberek csoportjába – **hallásjavító készüléket, esetleg más speciális segédeszközt használ** a mindennapokban, és így a munkája során is. Az ezáltal meghatározott igényekre reagáló akadálymentesítés – más megváltozott munkaképességű célcsoportokéhoz képest – nem igényel nagyobb beruházást a munkáltató részéről, a hallássérült munkavállalók alkalmazásához szükséges fizikai adaptációja a munkahelynek így viszonylag olcsó, amely fontos szempont a munkaadók szemében a munkavállaló felvételről szóló döntés során.

Az tapasztalható továbbá – ahogy már az előbbiek is előrebozsátják –, hogy a **munkáltatókban még mindig erősek a sztereotípiák a hallássérült munkavállalókkal, illetve alkalmazásukkal kapcsolatban**, így kevésbé vesznek fel a célcsoporthoz tartozó jelentkezőt. Félnak a kommunikációs akadályoktól, az előfordulható munkahelyi balesetektől és egyéb, az egészségkárosodással járó speciális szükségletektől, valamint a nem megfelelő szakmai képzettségtől.⁷⁴

A hallássérült embereknek megfelelő munkavégzéséhez pedig viszonylag kevés **speciális szükséglet** merül fel, melyek többnyire könnyen adaptálhatók. Ezeket elsősorban a munkakör kiválasztása során szükséges figyelembe venni:

- ne végezzenek zajos, zajártalommal járó munkát (ellenkező esetben hallássérülésük tovább súlyosbodhat),
- ne végezzenek veszélyes munkát (hallássérülésük gátolhatja őket abban, hogy a veszélyes helyzeteket – illetve az ezekre figyelmeztető hangjelzéseket – pontosan és időben észleljék),
- ne dolgozzanak a magasban vagy zárt helyen,
- kerüljék a közlekedéssel kapcsolatos munkavégzést, munkaköröket (szintén a veszélyhelyzetek – és az ezekre figyelmeztető hangjelzések – nehezebb észlelésének kockázata miatt),
- ne végezzenek telefonos munkát, inkább vizuális észlelésre alapuló feladatokat (pl. számítógép-kezelés).⁷⁵

VI.2.3 A szükségletekre való reagálás

A szakértői vélemények szerint a hallássérült emberek munkaerő-piaci integrációját nagymértékben segíthetné egy erős **állami ösztönző rendszer** kialakítása, mely kevésbé a szankcionálásra épül, hanem sokkal inkább a fogyatékossgal élőket alkalmazó cégek jutalmazására, valamint a közbeszerzési eljárások ellenőrzésére, garantálva ezáltal az ilyen cégek előnyben részesítését.⁷⁶

A jelnyelvi kommunikáció fent említett specifikumaiból kiindulva belátható, hogy mennyire fontos a jelelő személyek számára, hogy olyasvalakitől kapjanak információkat, aki érti, hogyan kommunikálnak, és segíti az információk közvetítését.⁷⁷ Ezért fontos a **jelnyelvi tolmácsok** igénybevétele, erre vonatkozóan jogszabály biztosítja, hogy a hallássérült emberek számára bizonyos keretekbe foglalt (évi 120 óra) térítésmentes

⁷⁴ <http://szakszervezetek.hu/index.php/hirek/4117-felnek-a-munkaadok-a-hallasserultek-alkalmazasatol>

⁷⁵ Forrás: foglalkozás-egészségügyi orvossal készített interjú.

⁷⁶ <http://sinosz.hu/sites/default/files/hirek/visszatekinto/munkaero-piaci-akadalyugras/ka-eloadas-20121213.pdf>

⁷⁷ <http://www.hrportal.hu/hr/jelnyelvi-ugyintezok-kellenenek-a-munkaugyi-kozpontokba-20130212.html>

jelnyelvi tolmács-szolgáltatás áll rendelkezésre.⁷⁸ Fontos azonban, hogy a foglalkozási rehabilitációs szolgáltatások során, illetve az ezeket nyújtó intézményekben is (pl. munkaügyi központok) hozzáférhető legyen jelnyelvi tolmács, illetőleg a jelnyelvet ismerő és használó munkatársak, ügyintéző a hallássérült emberek számára.⁷⁹ A SINOSZ 2013 márciusában kezdte el kiépíteni a *KONTAKT Videó-tolmács szolgáltatást*, melynek keretében jelnyelvi tolmács vagy szöveges operátor távoli közreműködésével valósulhat meg a célcsoport tagjainak akadálymentes kommunikációja. A projekt eredményeképpen nem feltétlenül lesz szükséges a tolmács fizikai jelenléte, hanem egy tableten keresztül video-üzenetben tudják a kapcsolatot tartani és kommunikálni. Ez a rendszer a földrajzi korlátokat is felülírja.⁸⁰

Mint láthattuk, a célcsoporttagok munkába állásához és megfelelő munkavégzéséhez, elengedhetetlen szükséglet a **munkahelyek akadálymentesítése**, valamint **adaptálása** a hallássérült munkavállalók számára. A munkahely akadálymentesítésének számos technikája lehet – ezek kiválasztásának és alkalmazásának esetében az elsődleges szempont mindig az, hogy a hallássérült munkavállaló számára melyik a megfelelő eszköz, csatorna:

- veszély jelzése fényjelekkel (a hangjelzés helyett),
- akusztikusan elhangzó információ vizuális úton való megjelenítése,
- lehetőség szerint a telekommunikációs eszközök vizuális fajtái, jelnyelvel is használható skype, e-mail, sms stb.,
- fényviszonyok kezelése: a beszélő (szájról olvasás) illetőleg a jelelő (jelnyelvi tolmácsolás esetében) mögött ne legyen ablak vagy fényforrás,
- számítógép által támogatott kommunikáció (pl. beszédfelismerő szoftver),
- ülőhelyek oly módon való elhelyezése, hogy hallássérült munkavállaló ne üljön a bejáratnak vagy a munkatársaknak háttal,
- háttérzajok minimálása (hallókészülék használatával a beszéd kiszűrése zajos környezetben nehézkes lehet),
- tolmács-szolgáltatás igénybe vétele szükség szerint: tolmács, jegyzetelő/írótolmács (elektronikus vagy kézi) vagy tolmács szájról olvasáshoz (lipspeaker) – két óránál hosszabb ülések esetén ajánlott két tolmács fogadása, hogy válthassák egymást 20-30 percenként,
- ismétlő rendszerek (loop system) felszerelése,
- csipogók (pager) alkalmazása (pl. hogy az esetleges tűzveszélyről értesülhessenek),
- irányjelek és szobaszámok feltüntetése,
- világító testek elhelyezése ajtókra és falakra, annak érdekében, hogy a látásirányt jobban mutassák, irányítsák,
- kerek vagy ovális asztalok használata megbeszéléseken,
- domború tükrök elhelyezése,

⁷⁸ http://www.complex.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0900125.TV#lbi2param

⁷⁹ <http://www.hrportal.hu/hr/jelnyelvi-ugyintezok-kellenenek-a-munkaugyi-kozpontokba-20130212.html> , lásd még: <http://askjan.org/media/Hearing.html>

⁸⁰ A program az Új Széchenyi Terv keretében kiírt TIOP 3.3.1/B-12/1-2012-0001 számú projekten keresztül valósul meg. (Forrás: <http://www.sinosz.hu/?q=hirek/hirek/kontakt-videotolmacs-szolgalatas-az-emmi-es-sinosz-kozos-sajtotajekoztatot-tartott>, szakértői interjú.)

- fogyatékoság-tudatosítási, érzékenyítési tréningek szervezése, amikor hallássérült személyt alkalmaz a vállalat.⁸¹

Vannak olyan szükségletek, melyek más megváltozott munkaképességű célcsoportok számára is segítséget jelenthetnek. A jól látható szöveges feliratok, képi megjelenítések, vizuális megoldások sokat segíthetnek a megértésben. A hallássérült embereken túl más fogyatékos ember számára is segítik az egyenlő esélyű hozzáférést.⁸²

A **nyílt munkaerő-piaci foglalkoztatókat** arra kell ösztönözni, hogy nyissanak a hallássérült emberek felé. Egyelőre a gazdasági haszon az elsődleges szempont a hallássérült munkavállalók alkalmazásával kapcsolatos döntés során. Fontos lenne tehát az **érzékenyítés**: felkészíteni, képezni elsősorban a vezetőket és a humánerőforrással foglalkozó munkatársakat, de más leendő kollégákat is. *„Úgy is meg lehet közelíteni a dolgot, hogy itt van egy ember, itt vagyunk mi. Na, lássuk, mit tudunk csinálni.”*⁸³ A cél az lenne, hogy értéként tekintsenek a hallássérült emberek alkalmazására. A védett foglalkoztatás szerepe a célcsoport szempontjából nem jelentős a megkérdezett szakértők szerint, inkább a nyílt munkaerőpiacra való fokozatos átmenet biztosítása esetén van jelentősége.⁸⁴

A hallássérült **munkavállaló** részéről fontos az egyéni hozzáállás: tisztában legyen vele, hogy mire képes; ezt tudja kommunikálni is; ismerje saját szükségleteit, illetve legyen motivált ezek kielégítésében.⁸⁵

Az **állam** szerepének tekintetében a szakértők pozitívként emelték ki a **jelnyelvi törvény** meglétét, a megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatásával kapcsolatos szabályozási **keretek** kialakítását, illetve az egyes pozitív felelősségvállalási kampányok eredményességét. Kiemelték mindezekkel együtt a meghozott törvények utánkövetésének fontosságát a szabályok betartásának érdekében.

Az **egészségügy** terén egyrészt a **foglalkozás-egészségügyi szakembereknek** van fontos szerepük a hallássérült munkavállalók foglalkozási rehabilitációjában (is), hiszen a szavuk sokat számít a későbbiekben betölthető munkakör kijelölésében – rövid és hosszú távon is fontos, hogy ez a munkavállaló lehetőségeinek, képességeinek, szükségleteinek megfelelően történjen. Az egészségügynek másrészt jelentős szerepe van a korszerű **segédeszközök fejlesztésében és hozzáférhetőségében**.

A **civil szervezetek** szerepe a célcsoporttal való **közvetlen kapcsolattartás**, az **érdekvédelem és -képviselés**, a munkavállalók és a munkáltatók közötti közvetítés, valamint a – tapasztalatokon alapuló – **információ-átadás** terén jelentős.

Mindezek mellett a **társadalom** is egy lényeges szereplő a hallássérült emberek munkaerő-piaci integrációja során. *„Még sokat kell tanulni, tapasztalni az együttéléstről, esélyegyenlőségről, elfogadásról, befogadásról, toleranciáról stb. Ebben a médiának – mint jelentős szemléletformáló szereplőnek – kiemelt feladata lehet(ne), ha felvállalná végre.”*⁸⁶

⁸¹ Forrás: szakértővel készített interjú, lásd még: <http://askjan.org/media/Hearing.html>, <http://www.ntid.rit.edu/nce/employers/visual-alert>, <http://www.usemyability.org.uk/resources/files/4003%20Final%20proof%202.pdf>.

⁸² Forrás: szakértői interjú.

⁸³ Részlet szakértői interjúból.

⁸⁴ Forrás: szakértői interjú.

⁸⁵ Forrás: szakértői interjú.

⁸⁶ Részlet szakértői interjúból.

VI.2.4 Módszertanok, jó gyakorlatok

A hallássérült emberek foglalkozási rehabilitációjával kapcsolatban többek között az alábbi jó gyakorlatok említhetők Magyarországon:

1. A **munkahelyek infokommunikációs akadálymentesítése** érdekében a Társadalmi Infrastruktúra Operatív Programon belül 540 millió forintot különítettek el a 2014-es évre.⁸⁷
2. A **jelnyelvi tolmácsrendszer** stabil alapjai kiépítettek, a rendszer folyamatosan bővül, melynek végrehajtását rendelet írja elő.⁸⁸
3. A SINOSZ **jelnyelvi tolmácsolást biztosít állásinterjúkon való részvétel és munkaköri leírások akadálymentesítése céljából**. Ezt a szolgáltatást hallássérült magánszemélyek ingyen, külső szervezetek, pedig térítés ellenében vehetik igénybe.⁸⁹
4. A Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Nonprofit Kft. koordinálta a *Ráhangelés életpálya-építő és -tervező program hallássérült tanulók részére* elnevezésű programot. Az e program eredményeként létrejött **tananyagot** négy különböző régió oktatási intézményeiben vezették be, **7-12. évfolyamon tanuló hallássérült diákok körében**. A tananyagba a **munkahelykereséshez szükséges információkon** és szakmai tartalmakon kívül a **képességek fejlesztését** is beépítették: így a szociális kompetenciák fejlesztését, valamint konfliktus- és stressz-kezelő technikák ismertetését.⁹⁰

A *Ráhangelés* program indikátorai:

- a. bevont diákok száma: 145,
- b. bevont gyógypedagógusok száma: 34,
- c. megtartott foglalkozások száma: 1526,
- d. meglátogatott munkahelyek száma: 55,
- e. kidolgozott tananyagok: 240 óra,
- f. munkáltatókkal kötött együttműködések száma: 19,
- g. elkészült segédanyagok száma: 3,
- h. elkészült tanulmányok száma: 2.⁹¹

A programról mind a pedagógusok, mind a diákok, mind pedig a szülők pozitív visszajelzést nyújtottak, egyrészt a szakmai fejlődés lehetősége miatt, másrészt pedig a diákok önbizalom-növekedése és a gátlások feloldódása okán.⁹²

VI.2.5 Célcsoport-specifikus módszertani javaslatok

- **A hátrányos helyzetben élő hallássérült emberek felkutatása, szolgáltatásokhoz való hozzáféréseinek segítése.**

E célcsoport esetében is fontos az izolálódás által veszélyeztetett célcsoporttagok kiemelt támogatása, felkutatása. A hallássérült emberek körében ez a probléma leginkább az idősebb korban hallássérültté vált, kistelepülésen élő embereket érinti, akik jóval

⁸⁷ Forrás: szakértői interjú.

⁸⁸<http://sinosz.hu/sites/default/files/hirek/visszatekinto/munkaero-piaci-akadalyuqras/ka-eloadas-20121213.pdf>

⁸⁹ <http://frtt.hu/nehez-helyzetben-a-hallasserultek-a-munkaero-piacon/>

⁹⁰ <http://fszk.hu/hallasserult-diakok-a-munkavallalas-kuszoben/>

⁹¹ <http://fszk.hu/hallasserult-diakok-a-munkavallalas-kuszoben/>

⁹² <http://fszk.hu/hallasserult-diakok-a-munkavallalas-kuszoben/>

nehezebben jutnak hozzá az egészségügyi és más típusú rehabilitációhoz, ami még inkább csökkenti az egyébként is kisebb elhelyezkedési esélyeiket.

- **Képzési lehetőségek biztosítása** a célcsoporttagok számára.

Mint láthattuk, a hallássérült embereket az alacsony végzettség más megváltozott munkaképességű célcsoportokhoz képest is némiképp nagyobb mértékben érinti, melynek oka, hogy az oktatási intézmények többsége nem tud illeszkedni a hallássérült tanulók speciális szükségleteihez, a kommunikációs akadályok csökkentéséhez. Fontos ezért olyan képzési lehetőségek biztosítása, melyeket a célcsoport tagjai igényeiknek megfelelően, az egyenlő esélyű hozzáférés elvét szem előtt tartva vehetnek igénybe. Emellett szintén elengedhetetlen, hogy a képzés során elsajátított szakma illeszkedjen egyrészt a célcsoport készségeihez, képességeihez, szükségleteihez, másrészt a munkaerőpiac igényeihez. Mindezekkel nemcsak az elvégzés valószínűsége növelhető, hanem a munkaerőpiacon való elhelyezkedési esélyeik is.

- Az **infokommunikációs akadálymentesítés** fejlesztése.

Ahogy az iskolák esetében is, a hallássérült emberek akadálymentes kommunikációjának biztosítása mind a foglalkozási rehabilitációs szolgáltatások (mind egyéb szolgáltatások), mind pedig a munkáltatók oldaláról hiányos. Ennek oka vélhetően a motiváció, illetőleg az erre fordítható források hiányában keresendő. Fontos lenne ezért nemcsak az akadálymentes kommunikációval kapcsolatos lehetőségek (eszközök, jelnyelvi tolmács alkalmazása stb.) igénybevételének fejlesztése és támogatása, hanem azoknak a technikáknak a megszerezése is, hogy egy hallássérült munkavállalót foglalkoztató munkahely hogyan tudja minél hatékonyabbá tenni a kommunikációt a célcsoporthoz tartozó munkatársával a munkavégzés hatékonyságának növelése érdekében.

- **Munkatársak (és a munkáltató) felkészítése.**

A célcsoporttal kapcsolatban még mindig megjelennek sztereotípiák és előítéletek a munkáltatók és a munkatársak körében. Kiemelt jelentősége van emiatt a munkahely felkészítésének. Ez azért is fontos, hogy a munkáltató és a munkatársak tisztában legyenek azzal, hogy milyen speciális igényei és szükségletei vannak az adott hallássérült munkavállalónak a munkavégzés terén, illetve hogyan tudnak vele a leghatékonyabban kommunikálni.

- A társadalom **érzékenyítése.**

Az osztálytársadalmi szinten meglévő előítéletek leküzdése is a célcsoport munkavállalási esélyeinek növelésének fontos eszköze, ami a hallássérült emberek csoportjának megismertetésén keresztül érhető el leginkább.

VI.3 Beszéd fogyatékos emberek

VI.3.1 A célcsoport meghatározása

A **népszámlálási adatok** szerint 2011-ben 14 528 főt regisztráltak beszédhibás, és 10 913 főt beszéd fogyatékos emberként Magyarországon.⁹³ A célcsoport „rejtőzködését”, illetve probléma széles spektrumát jól jelzi, hogy a szakértők becslései ennél jelentősen magasabbra teszik a beszéd fogyatékos, vagy valamilyen beszédhibával rendelkező

⁹³ <http://aphasie.hu/ksh-2011>

emberek számát. Szerintük **a népességnek körülbelül 1,5-2 %-a (150-200 ezer fő)** rendelkezik valamilyen beszédhibával. Ezen belül a **dadogók és hadarók**, valamint az **afáziások** azok, akiket jelentősen hátráltat kommunikációs problémájuk a társas kapcsolatokban, a tanulásban, pályaválasztásban, álláskeresésben, munkahely megtalálásában. *„A dadogó azt hiszi, hogy ez az ő problémája és inkább „otthon ül” vele. Tapasztalatok szerint, nehéz ezt felvállalni.”*⁹⁴

A beszéd fogyatékos emberek csoportjában a gyógypedagógia négy területet különít el: 1. artikulációs zavarok (pöszeség, rossz hangkiejtés), 2. orrhangzós beszéd, 3. beszédritmus zavarok (dadogás, hadarás), 4. részképesség zavarok: diszlexia, diszgráfia, afázia-diszfázia⁹⁵ is. A **munkaerőpiacon leghátrányosabb helyzetben** – a szakértők véleménye szerint – az **afáziás emberek** vannak.

A célcsoport tagjai az öndefiníció tekintetében azonban semmiképpen nem tekintik magukat fogyatékosnak, elutasítják a megnevezést és szeretnének integrálódni. Az **afáziás embereknek** kezdetben többnyire „beteg-identitásuk” van, amely a későbbiekben alakulhat „fogyatékos-identitássá”. Az afázia főleg **az aktív korú felnőtteket érinti**, ezért a **munkaerő-piaci reintegrációjukat nagymértékben megnehezíti**. Az állapot koponya-, agysérülések miatt alakul ki (keringési betegségek miatt, agyvérzés, baleset). Számuk folyamatosan emelkedik, azonban nehezen becsülhető, hogy a probléma mekkora kört érint. Lehet rá következtetni a koponya- és agysérültek vagy a balesetesek számából, azonban ezt az állapotot nem mindig diagnosztizálják külön sérülésként. Egyes becslések szerint az évente mintegy 40-50 ezer új stroke-os betegnek nagyjából 40 százaléka beszéd-érintett. Így **közel 15 ezer új afáziás károsodásról** lehet szó évente, akik közül **10 ezer tekinthető nagyon súlyosnak**. A gyógyulás nagyon hosszú folyamat. Szakértői becslések szerint mindössze **10 százalékuk vezethető vissza a munkaerőpiacra** megfelelő rehabilitáció esetén. Fontos azonban megjegyezni, hogy e becslések sem veszik figyelembe az afázia összes lehetséges forrását, csupán az agyvérzés vagy agyérgörcs során bekövetkező beszédképtelenséget vagy beszédgyengeséget.⁹⁶

Mind az orvosi, mind pedig a gyógypedagógiai ellátással a beszédhibával élő embereknek csak egy bizonyos köre kerül kapcsolatba – ebből adódóan vannak olyan célcsoporttagok, akik a rendszer számára „láthatatlanok”, ebből adódóan nagy eséllyel ellátatlanok maradnak. Az **egészségügyi ellátás** csak a következő beszéd fogyatékos emberekkel kapcsolatban van szerepe: (1) az orrhangzós beszéddel rendelkezők, (2) a beszédneurózissal küzdő emberek és (3) az afáziás emberek. Az orrhangzós beszéd műtéti úton kezelhető, speciális műtéti eljárást igényel. A beszédneurózissal rendelkezőknél inkább a pszichológiai kezelésen van a hangsúly. *„Az afázia esetében az egészségügyi rendszer hosszabb ideig van képben, mert ahhoz, hogy afázia legyen a következmény, elég súlyosan problémás, tehát pár kórházi osztályon keresztül megy. Az első fázis az intenzív, ott a beteg életben tartása a cél. Ha ez megtörténik, akkor egy aktív osztályra kerül a beteg. Tulajdonképpen, ha az egészségügyi rendszer jól működne, akkor ezen az aktív osztályon kellene elkezdődjön az afázia felmérése, esetleges diagnosztizálása, illetve a kezelése. A minél kisebb maradandó károsodás érdekében minél hamarabb meg kéne kezdeni ezt a kezelést, ezért minden olyan kórházban, ahol*

⁹⁴ Forrás: szakértői interjú.

⁹⁵ Beszédképtelenség-beszédgyengeség.

⁹⁶ Forrás: szakértői interjú, <http://www.fszk.hu/rpi/kiadvanyok/A-beszedfogyatekos-felnottek-helyzete-Magyarorszagon.pdf>

van aktív ellátó osztály, ott kellene lennie főállásban/mellékállásban neuropszichológusnak és logopédusnak. Sajnos a legtöbb kórházban nincs.⁹⁷ Amennyiben egy adott egészségügyi intézményben nincs lehetőség az afázia-mérések elvégzésére, az érintett beszédproblémáját nagy valószínűséggel külön nem diagnosztizálják, így nem is az ebből adódó igények, szükségletek szerint kap ellátást.

Az afáziás embereken kívül beszéd fogyatékos emberek további három csoportja (artikulációs zavarokkal, orrhangzós beszéddel, beszédritmus zavarokkal rendelkezők) a gyakorlatban a **gyógypedagógiai ellátás** körébe tartozik. Mivel ezeket az egészségkárosodásokat zömében gyerekkorban már diagnosztizálják, ezért az érintettek jellemzően hamar megjelennek az ellátórendszerben. A részképesség zavarral küzdő fiatalok (diszlexiások, diszgráfiások), például nyilvántartottan, de integráltan szerepelnek az oktatási rendszerben.⁹⁸

A célcsoport leírása során a fentiek miatt is, az afáziások csoportját tekintjük a többnyire „láthatatlan”, és emiatt ellátatlan csoportnak a beszéd fogyatékos emberek körében, ezért igyekszünk némiképp nagyobb hangsúlyt fektetni a jellemzőik, szükségleteik, illetve ezek kielégítésére irányuló lehetséges stratégiák leírására.

A beszédnehézségek **a megváltozott munkaképességű emberek** viszonylag szűk körét, **kevesebb, mint egytizedét (7,4%) érintik** (NCSSZI-TÁRKI 2010).

VI.3.2 A célcsoport jellemzői, szükségletei

A célcsoport tagjainak körében⁹⁹ kifejezetten **magas arányban** találunk **férfiakat**. Körükben **közel kétharmad** (60,3%) volt az arányuk, míg a megváltozott munkaképességű emberek teljes csoportjában mindössze 41,6%.

A beszéd fogyatékos emberek az aktív korú egészségkárosodott népességnél **kissé fiatalabbak**: köztük a fiatal felnőttek (25-34 évesek) vannak a leginkább eltérően nagy arányban.

37. táblázat A beszéd fogyatékos emberek korcsoportok szerinti megoszlása más megváltozott munkaképességű célcsoportokhoz viszonyítva (2010, %)

Életkori csoportok	Arányuk a beszéd fogyatékos emberek körében (%)	Arányuk a beszéd fogyatékosokkal nem rendelkezők körében (%)	Arányuk a megváltozott munkaképességűek körében (%)
25 alatt	1,3	1,2	1,2
25-34 éves	11,9	3,5	4,2
35-44 éves	9,3	11,4	11,2
45-54 éves	34,4	31,7	31,9
55 és felette	43	52,2	51,5
Összesen	100	100	100

Forrás: NCSSZI-TÁRKI 2010.

A beszéd fogyatékos embereknek mindössze **4,6%-a dolgozik**, ez az arány nagymértékben eltér a megváltozott munkaképességű emberek körében tapasztalttól (15,1%). Ez több okra is visszavezethető. Egyrészt, **iskolázottsági helyzetük is**

⁹⁷ Részlet szakértői interjúból.

⁹⁸ Forrás: szakértői interjú.

⁹⁹ Az elemzés során azokat tekintettük beszéd fogyatékos embereknek, akiknél megállapítottak valamilyen típusú beszédnehézséget.

meglehetősen kedvezőtlen. Több mint felük legfeljebb általános iskolai végzettséggel rendelkezik, és mindössze egytizedüknek van legalább középfokú végzettsége.

38. táblázat A beszéd fogyatékos emberek iskolai végzettség szerinti megoszlása más megváltozott munkaképességű célcsoportokhoz viszonyítva (2010, %)

Iskolai végzettség kategóriái	Arányuk a beszéd fogyatékos emberek körében (%)	Arányuk a beszéd fogyatékosokkal nem rendelkezők körében (%)	Arányuk a megváltozott munkaképességű -ek körében (%)
Kevesebb, mint 8 általános	11,3	4,6	5,1
Általános iskola	39,7	30,0	30,7
Szakiskola/Szakmunkásképző	37,1	39,0	38,8
Középfokú végzettség/Érettségi	7,3	17,2	16,5
Technikusi végzettség	2	4,1	3,9
Felsőfokú szakképzettség	0	1,2	1,1
Felsőfokú végzettség	2,6	4,0	3,9
Összesen	100	100	100

Forrás: NCSSZI-TÁRKI 2010.

A nem megfelelő iskolai végzettséget a célcsoport egy része (egynegyedük) szubjektíve is a munkavállalása akadályaként érzékeli. Emellett azonban szintén hangsúlyos az **elszigetelődés**, illetve az ezzel kapcsolatos félelmek – valamint, hogy **nem találnak speciális szükségleteiknek megfelelő munkát**.

39. táblázat A beszéd fogyatékos emberek megoszlása az inaktivitás oka szerint, más megváltozott munkaképességű célcsoportokhoz viszonyítva (2010, %)

Az inaktivitás oka	Arányuk a beszéd fogyatékos emberek körében (az „igen” válaszok aránya, %)	Arányuk a beszéd fogyatékosokkal nem rendelkezők körében (az „igen” válaszok aránya, %)	Arányuk a megváltozott munkaképességűek körében (az „igen” válaszok aránya, %)
Nem ismer a szükségleteinek megfelelő állásokat, munkalehetőségeket.	46,2	44,3	44,4
A családja vagy barátai nem támogatják, vagy lebeszélnek arról, hogy munkába álljon.	27,3	20,5	21,0
Úgy érzi, hogy iskolázottsága, képzettsége nem megfelelő.	24,5	18,8	19,2
Attól tart, hogy munkatársai elszigetelnék, elkülönítenék.	23,8	8,3	9,6
Nincs megfelelő közlekedési lehetőség.	21,8	16,6	17,0
Diszkrimináció áldozata volt.	10,5	5,5	5,9

Forrás: NCSSZI-TÁRKI 2010.

Az adatok elemzéséből világosan látszik, hogy a beszéd fogyatékos emberek célcsoportját a **korlátozottságuk erős megélése** jellemzi. A beszédhiba abban tér el a legtöbb egészségkárosodástól (főként a fogyatékosoktól, mivel ebbe a szűkebb kategóriába sorolható), hogy – különböző mértékben ugyan –, de felnőtt korban is hatékonyan kezelhető, az ezzel élő ember egészségügyi állapota változhat. A beszédhibával élő felnőttek éppen ezért – ahogy a megkérdezett szakértő is kiemelte – **a rehabilitáció szempontjából a „legígéretesebb” csoportot alkotják**, eredményesen rehabilitálhatóak.¹⁰⁰

A munkaerő-piaci elhelyezkedés tekintetében elsődleges speciális szükségletük, hogy nem vagy **kevésbé tudnak végezni olyan munkákat, amelyekhez szükség van a verbális kifejezésre** (pl. portaszolgálat), inkább megfelelőek számukra a fizikai, kézzel végezhető munkák.¹⁰¹

Mindemellett a felnőttkorban is fennmaradó beszédhiba azonban befolyásolja az egyén viselkedését és gondolkodásmódját. **Önbizalomhiányt, érzelmi kiegyensúlyozatlanságot, nehezített alkalmazkodóképességet, szorongást és passzivitást** eredményezhet. A felnőtt korú, beszédhibával élő emberek (elsősorban a dadogók, orrhangzósok és hadarók) a közvetlenül érzékelhető kifejezésbeli nehézségeket meghaladó mértékű **kommunikációs nehézségekkel, kapcsolatteremtési gátlásokkal, pályaválasztási és pályamódosítási gondokkal küzdenek, személyes értékeik kibontakozása, érvényesítése korlátokba ütközik** – emiatt nem egyenlő esélyekkel indultak a munkaerőpiacon.¹⁰²

„A hang-, a beszéd- és a nyelvi zavarok, más szóval a kommunikációs zavarok, hátrányos helyzetet, esélyegyenlőtlenséget okoznak, amelynek következményeit az érintett beszéd fogyatékosok nemcsak a mindennapi kommunikációjuk során, de az egészségügy, az oktatás, és a munkaerőpiac területén is megtapasztalhatják.”¹⁰³

A beszéd fogyatékos emberekben kialakuló szorongást nyilván fokozza a környezet visszajelzése, a célcsoporttal szemben **sztereotípiák** érzékelése. A társadalom tagjaiban – és így a beszéd fogyatékos emberekkel kapcsolatba kerülőkben, pl. szolgáltatók, munkáltatók stb. – még mindig számos tévhit, téves tudás él a beszédhibákról, ami nyilván minden szinten hátrányosan érinti a célcsoport tagjait. A hadarás esetében egy éles elmét képzelnek el, a dadogás mögé pedig valamiféle titkolózást, hazugságot vagy fogyatékoságot. Fontos annak a nézetnek is a pontosítása, mely szerint a dadogás vagy egyéb beszédhibák gyermek (óvodás) korban gyógyíthatók és gyógyítandók, a nagy többség nem tud arról, hogy ezek **felnőtt korban is jól korrigálhatók**. Mindemellett maguknak az érintetteknek is tisztában kell lenniük a lehetőségeikkel. Éppen ezért fontos a beszéd fogyatékosokkal kapcsolatos valid **információk átadása és terjesztése** – mind a célcsoport számára, mind pedig osztálytársadalmi szinten.¹⁰⁴

Emellett jellemző sztereotípiák továbbá, hogy az afáziával küzdő embereket az értelmi fogyatékos emberekkel azonosítják, pedig sokszor a beszédértés képessége megvan,

¹⁰⁰ Forrás: szakértői interjú.

¹⁰¹ Forrás: foglalkozás-egészségügyi orvossal készített interjú.

¹⁰² Összefoglaló tanulmány az "SZ25/12 Beszéd fogyatékos felnőttek logopédiai ellátása" című modellkísérleti programról – kézirat.

¹⁰³ Forrás: szakértői interjú.

¹⁰⁴ <http://www.fszk.hu/rpi/kiadvanyok/A-beszedfogyatekos-felnottek-helyzete-Magyarorszagon.pdf>

¹⁰⁴ Forrás: szakértői interjú.

csak a beszédképesség nincs, ezért nem tudják kifejezni magukat. Ezért van szükség a „felvilágosításon” túl konkrétan a **szemléletformálásra** is.

Az afáziás embereknek van a legkevesebb lehetőségük a munkaerőpiacon. A beszédképességük sokszor olyan nagymértékben sérül, hogy kevesen akarják őket alkalmazni.¹⁰⁵ A rehabilitációjuk fontos lépése lehet az **afázia-terápia**. Ez logopédusok és pszichológusok közreműködésével zajlik, közvetlenül a sérülést követően vagy a lehető legrövidebb időn belül. Ezt követően alkalmazhatók olyan speciális **technikák**, amelyek segítségével lehetségessé válik a kommunikáció az afáziás emberekkel, pl. hogyan kell kérdezni, hogyan kell fogalmazni, mennyi információ kerülhet egy kérdésbe. Emellett segítséget nyújthatnak különböző **technikai segédeszközök**: köztük a kommunikáció számítógépes támogatása (azoknak a beszéd fogyatékos embereknek az esetében, akiknél csak a beszéd szerv beidegzése sérül, de az íráskészség és a képi értés nem). Súlyosabb afáziák esetében különböző **kommunikátorokat** lehet használni: mint a képes rendszer, melynek alkalmazása során képtáblákra mutatva tudja kifejezni magát a beszéd fogyatékos ember.

Az afáziával élő embereknek továbbá **speciális felnőttképzésre** is szüksége lehet. A felnőttképzésben résztvevő szereplőknek nyilván alkalmazkodniuk kell a célcsoport **sajátos szükségleteihez, igényeihez**. Ezek az oktatás esetében a következők lehetnek:

- sokkal többször kell ellenőrizni a beszédértést,
- lassabb menetben lehet haladni,
- a vizsgázási módszert és a vizsgarendet a hallgatóhoz igazítani (ez a vizsgarendszertől függ).

Mind a képzés, mind pedig a munkába állás előtt – annak hatékonysága érdekében – egy **részletes képességfelmérésre** van szükség, amely kitér a beszéd fogyatékos ember egészségügyi állapotának (testi, szervi sérüléseinek) vizsgálatára, valamint a készségek feltárására stb. Ennek eredményeképpen viszonylag pontosan meghatározható, hogy az adott célcsoporttag milyen képzés vagy munkakörhöz kapcsolódó feladat elvégzésére képes és milyen formában – aminek segítségével mind a képzettség megszerzésének, mind a munkahely tartásának valószínűsége nő. Az afázia felmérésére például vannak specifikus afázia-mérések, -tesztek, melyek feltérképezik, hogy milyen típusú sérüléssel kell az érintettnek szembenéznie.¹⁰⁶

VI.3.3 A szükségletekre való reagálás

A beszéd fogyatékos emberek orvosi rehabilitációja után (már akinek az esetében szükség van – lásd III.1 A célcsoport meghatározása c. részt) következhetnek a rehabilitáció egyéb formái (köztük a foglalkozási rehabilitáció is). Ebben a folyamatban a **logopédusnak**, a **gyógy pedagógusnak** vannak fontos feladatai. A beszédneurózissal küzdő emberek esetében szükséges a **pszichológussal** való együttműködés is.

A különféle beszéd fogyatékoságoknak a következő felnőtt- és időskori kórképei (a demencia, a dadogás, a hadarás, a hangképzési zavarok különböző típusai, az orrhangzós beszéd, a pöszeség, a nyelés időskori zavarai, a hallás időskori zavarai) mind

¹⁰⁵ Forrás: szakértői interjú.

¹⁰⁶ Forrás: szakértői interjú.

olyan kommunikációs zavarok, amelyek **logopédiai terápiás ellátást** igényelnek.¹⁰⁷ Magyarországon azonban, csupán nagyon kisszámú logopédus dolgozik az egészségügyi rendszerben, így az ellátás kiterjesztése, az ahhoz való egyenlő esélyű hozzáférés meglehetősen nehézkes. Az **államnak** – a szakértők szerint – fontos szerepe kell, hogy legyen annak megoldásában, hogy az oktatási és egészségügyi rendszerekben megjelenjenek olyan szereplők, melyek a felnőtteknek nyújtanának logopédiai segítséget.

Természetesen a **kommunikációs akadálymentesítés** e célcsoport esetében is fontos. Ennek módszertana még nem teljes körű, sem elterjedt (ellentétben például a hallássérült emberek esetében alkalmazottak). A főbb akadálymentesítési elveket a következőkben foglaljuk össze.

- Számítógép és internet által támogatott kommunikáció.
- Szóbeli – legyen az élőszó vagy telefonbeszélgetés – kommunikáció mellőzése, (főként dadogó emberek esetében, ha számukra ez kellemetlen), helyette alternatív közlések alkalmazása (pl. sms, e-mail); vagy külön szoba biztosítása beszédzavarral élő telefonbeszélgetéseinek esetére, hogy amikor telefonálnak, lehessenek egyedül.
- Diszpraxiás személyek integrációja esetén hasznos lehet hanganyag készítése a találkozók, megbeszélések alkalmával, az írást és jegyzetelést jobb ezzel a módszerrel helyettesíteni. Hasonlóképpen, hangfelismerő programok (beszédből átiratot készít) használata is meglehetősen praktikus lehet. Rövid és világos összefoglalókat ajánlott inkább készíteni részletes jelentésekkel szemben. Amennyiben a beszéd fogyatékos embert irodai munkakörben alkalmaznak, az irodai gépek használatának a világos leírása is elengedhetetlen.
- Személyes beszélgetés, interjú előnyben részesítése.
- Fontosabb technikai körülmények:
 - papír, írószer valamint törölhető táblák használatának támogatása,
 - prediktív szövegbevitelt támogató szoftverekkel és hangzó beszéd kimenetelű szoftverekkel rendelkező számítógépek használatának engedélyezése,
 - augmentatív és alternatív kommunikáció engedélyezése (AAC), az ehhez szükséges eszközök biztosítása, előre programozott szavak illetőleg szövegrészek használatának támogatása,
 - telefon használatának engedélyezése szöveges telefon (TTY) módban is, valamint akár a továbbfejlesztett, telefonvonal kiküszöbölésével használható TTY biztosítása.¹⁰⁸

A munkahelyi akadálymentesség biztosítása elsősorban a munkáltató feladata. Ennek megvalósításához azonban első lépésként **a nyílt munkaerő-piaci foglalkoztatóknak nyitottabbá kellene válniuk a célcsoport** – de általában a megváltozott munkaképességűek csoportja – **irányába**.¹⁰⁹

A beszéd fogyatékos emberek foglalkozási rehabilitációja szempontjából speciális igényeik, szükségleteik megteremtésében az **egyén** szerepe elsősorban abban áll, hogy **fel kell vállalnia a beszédhibáját**, és motiválnak kell lennie a megoldási lehetőségek

¹⁰⁷ <http://www.fszk.hu/rpi/kiadvanyok/A-beszedfogyatekos-felnottek-helyzete-Magyarorszagon.pdf>

¹⁰⁸ Források: <http://www.stammeringlaw.org.uk/employment/ra.htm#telephone>,
http://www.dyspraxiafoundation.org.uk/downloads/dynamo_project/Employer_guide_to_dyspraxia_1.0.pdf,
<http://askjan.org/media/stut.htm>

¹⁰⁹ Forrás: szakértői interjú.

keresése kapcsán. Ezek hiánya nagy gátat szabhat a folyamatnak. Az afáziás emberek esetében azonban ennek viszonylag csekély szerepe van a rehabilitációs folyamat során. „Mert mi történik? Megtörténik a baj, kikerül az intenzív osztályról, aztán átkerül a sima kórházi ellátásba, onnan átkerül a rehabilitációs osztályra és onnan hazamegy, ha van hova hazamenni, ha nem, bekerül egy szociális intézménybe. Ha olyan a család, akkor valamilyen szociális ellátó központba beviszik foglalkozásra, de ezek az emberek otthon izolálódnak nagyon gyakran.”¹¹⁰ Esetükben így nagy szerepe van a (szociális) szolgáltatók támogatásának – amennyiben el tudnak jutni hozzájuk.

A **civil szektorban** fontos feladata, hogy alakuljon egy olyan érdekvédelmi csoport, mely a beszédhibás, beszéd fogyatékos emberek **érdekvédelmét és -képviselését** (is) felvállalná.¹¹¹ E tevékenységek széleskörű megvalósításához azonban sem a törvényi háttér, sem a szervezetek anyagi lehetőségei nem megfelelőek. A civil szervezeteknek emellett – a szakértők szerint – szerepet kellene vállalniuk (1) **önsegítő csoportok kialakításában**, ahol közösségben vannak az érintettek, (2) a **célzott felmérésben**, illetve (3) a **munkatanácsadásban, munkaerő-piaci tanácsadásban**.

VI.3.4 Módszertanok, jó gyakorlatok

Az Európai Unió gyakorlattal ellentétben **Magyarországon még nem működik a felnőtt beszéd fogyatékos emberek rehabilitációja**. Erre irányuló törekvések megfogalmazódtak a Magyar Logopédusok Szakmai Szövetsége Egyesület (MLSZSZ), a Démoszthenész Beszédhibások és Segítőik Országos Érdekvédelmi Egyesülete, az Afáziások Alapítvány és az ELTE Bárczy Gusztáv Gyógypedagógiai Kar együttműködésében.¹¹²

Ebből kiindulva, egy lehetséges stratégia a beszéd fogyatékos emberek szükségleteire való reagálás során **az uniós gyakorlatokhoz hasonló törvényi és finanszírozási keretek megteremtése**. A közoktatáson kívüli logopédiai terápia működtetésére, az oktatás és az egészségügyi rendszer közös finanszírozási formájának a megteremtésére lenne szükség. Egy lehetséges cél a logopédusok feladatvállalása a felnőtt járó-betegek ellátásában, a közoktatás területén jól kiépített ellátórendszer és az ott működő logopédusok részt vállalhatnának a felnőtt járó-beteg ellátásban, amelyet az egészségügy is finanszírozhatna.¹¹³

A jó gyakorlatok tekintetében szkepticizmus volt tapasztalható a megkérdezett szakértők véleménynyilvánításában. „Nem [ismer jó gyakorlatokat – megjegyzés tőlem], mert akkor sikeres lennék, és akkor valami teljesen másról tudnék önnek beszámolni.”¹¹⁴

Mindemellett felmerült, hogy külföldön több olyan program van, mely a beszéd fogyatékos emberek, és különös hangsúllyal az afáziás/diszfáziás emberek terápiáját biztosítja, olyan intenzív programokkal, amelyek a közérzetüket is javítják, és a közösséget is biztosítják.

¹¹⁰ Részlet szakértői interjúból.

¹¹¹ Az Országos Fogyatékosügyi Tanács által megvalósított Országos Fogyatékosügyi Program szakértői bizottságában nincs olyan érdekképviselői szervezet, amely a beszéd fogyatékos embereket reprezentálná. (Forrás: Összefoglaló tanulmány az "SZ25/12 Beszéd fogyatékos felnőttek logopédiai ellátása" című modellkísérleti programról – kézirat.)

¹¹² A „beszéd fogyatékos” (hang-, beszéd- és nyelvi zavarban érintett) felnőttek logopédiai rehabilitációs ellátási esélyeinek megteremtésére irányuló projektterv – 2012, kézirat.

¹¹³ Összefoglaló tanulmány az „SZ25/12 Beszéd fogyatékos felnőttek logopédiai ellátása” című modellkísérleti programról – kézirat.

¹¹⁴ Forrás: szakértői interjú.

Itt megemlíthetjük, az **ABI Tréning** c. programot,¹¹⁵ melyben több ország szerepelt, többek között Magyarország is, Szlovénia, Ausztria és Franciaország mellett.

Vannak azonban Magyarországon is olyan törekvések, melyeket jó gyakorlatokként említhetünk meg:

1. A Magyarországon működő logopédusok, ellátó helyek, és ezen belül a **felnőtt beszéd fogyatékos emberek ellátását végző intézmények keresőprogrammal kiegészített adatbázisának létrehozására** vállalkozott a Démoszthenész Egyesület a Magyar Gyógypedagógusok Egyesülete, a Magyar Fonetikai, Foniátriai és Logopédiai Társasággal való együttműködésben, 2005-ben. 430 helyszínt és 1391 beszéd fogyatékossgal foglalkozó szakembert regisztráltak, közülük azonban csak 37,5 % kívánt az adatbázisban nyilvánosan megjelenni.¹¹⁶ Biztató azonban, hogy a felmérés második hulláma után, és az azt követő időszakra az a hozzáállás is jellemzővé vált, hogy a szervezetek maguk jelentkeztek önként tagságra.¹¹⁷

2. **Modellkísérleti program Székesfehérváron.**¹¹⁸ A program keretében három helyszínen 20 fő részére (6 fő dadogó ember, 14 fő afáziás ember) nyújtottak pedagógiai rehabilitációs szolgáltatásokat. A Fejér Megyei Szent György Kórház Neurológiai Osztályán Székesfehérváron 34 afáziás beteg vizsgálatát végezték el. A logopédiai vizsgálatokról szakvéleményt állított össze a logopédus, valamint szakmai tanácsokat adott az ápoló személyzet és ez érintett hozzátartozói számára. Személyre szabott egyéni és csoportos foglalkozásokat folytattak. A program eredményeképpen három dadogó ember képessé vált a beszédhibájával való szorongás nélküli együttélésre, néhány lazító technika alkalmazását is elsajátította, és különféle módszerekkel képes a beszéd tudatos irányítására. Életmódjuk, szemléletmódjuk is megváltozott. Két afáziás ember esetében a súlyossági fokban és az olvasási teljesítményben változás következett be.

3. **Aphasia Centrum Kistarcsán,**¹¹⁹ amely interneten, telefonon és személyesen elérhető rehabilitációs információnyújtással foglalkozik. Emellett rekreációs, klubtevékenységeket és kirándulásokat, sporttevékenységeket, felvilágosító és önismereti, illetve önbizalom-javító programokat is szerveztek a célcsoporttagok számára.

4. A szombathelyi **Regionális Szociális Forrásközpont Nonprofit Kft.** egyik programjának keretében koponya-, agysérült betegek képzése, fejlesztése zajlik különböző innovatív cselekvés- illetve élményorientált módszerek alkalmazásával (pl. bábszínház, lovaglás, bűvárkodás stb.). A célcsoportba afáziás emberek is bekerültek.

VI.3.5 Célcsoport-specifikus módszertani javaslatok

- **Szoros együttműködés az orvosi rehabilitációval** – a toborzástól a felmérésig.

¹¹⁵ http://www.adam-europe.eu/prj/5422/prd/38/2/ABI%20PILOT%20REPORT_Hungary_HU.pdf

¹¹⁶ Összefoglaló tanulmány az „SZ25/12 Beszéd fogyatékos felnőttek logopédiai ellátása” című modellkísérleti programról – kézirat.

¹¹⁷ Összefoglaló tanulmány az „SZ25/12 Beszéd fogyatékos felnőttek logopédiai ellátása” című modellkísérleti programról – kézirat.

¹¹⁸ <http://www.fszk.hu/rpi/kiadvanyok/A-beszedfogyatekos-felnottek-helyzete-Magyarorszagon.pdf>

¹¹⁹ <http://www.fszk.hu/rpi/kiadvanyok/A-beszedfogyatekos-felnottek-helyzete-Magyarorszagon.pdf>

A beszédzavarok, mint láthattuk, igen összetett és széles spektrumú problémát képeznek, orvosi értelemben is. A beszéd fogyatékoság sok esetben valamilyen egyéb sérülés kísérőjeként van jelen, így gyakori, hogy a beszédhiba, illetve az azt okozó probléma vizsgálata, diagnosztizálása elmarad, ezért a célcsoporttag már más, ebből adódó igényeire, szükségleteire reagáló rehabilitációs szolgáltatáshoz sem jut el. A foglalkozási rehabilitáció is hatékonyabbá tehető, ha az érintettek már az egészségügyi kezelés ideje alatt kapcsolatba kerülnek vele. Fontos ezen kívül az együttműködés az orvosi rehabilitáció ideje alatt közreműködő szakemberekkel (pl. szakorvosok, logopédusok, pszichológusok stb.).

- **Képzési lehetőségek biztosítása** a célcsoporttagok számára.

A beszéd fogyatékos emberek iskolai végzettsége, szakképzettsége jelentősen elmarad más megváltozott munkaképességű célcsoportokétól. Ennek oka egyrészt, hogy az oktatási intézmények többsége nem tud illeszkedni a (főként súlyosabb) beszédzavarral rendelkező tanulók speciális szükségleteihez, a kommunikációs akadályok csökkentéséhez. Fontos ezért olyan képzési lehetőségek biztosítása, melyeket a célcsoport tagjai igényeiknek megfelelően vehetnek igénybe, növelve ezzel az elvégzés valószínűségét, valamint a munkaerő-piacon való elhelyezkedési esélyeiket.

- Az **akadálymentesítés** módszertanának kidolgozása és elterjesztése.

A beszéd fogyatékos emberek esetében a kommunikáció akadálymentesítésének módszertana még nem kidolgozott. Fontos lenne tehát e hiányterület kitöltése. Emellett már rendelkezésre állnak olyan módszerek és eszközök, melyek alkalmazásával megkönnyíthető a hétköznapi – és így a munkahelyi – kommunikáció. E tekintetben az ezzel kapcsolatos információk átadásán, illetve használatuk betanításán van a hangsúly.

- **Érzékenyítés.**

Össztársadalmi szinten még mindig sok tévhit és sztereotípiát él a beszéd fogyatékos emberekkel kapcsolatban. Az ezekből adódó előítéletek leküzdése is a célcsoport munkavállalási esélyei növelésének fontos eszköze, ami a beszéd fogyatékos emberekkel kapcsolatos valid információk átadásán, valamint csoportjuk megismertetésén keresztül érhető el leginkább.

- A célcsoporttagok **asszertivitásának fejlesztése.**

A beszéd fogyatékos emberek célcsoportjának fontos jellemzője, hogy egyrészt – részben a velük kapcsolatos előítéletek érzékeléséből, részben a betegségükkel való megküzdés eredményeképpen – rengeteg szorongással és frusztrációval élnek, melyek leküzdése a munkaerő-piaci integrációjuk alapvető feltétele. Másrészt sok esetben nekik sincs elegendő és megfelelő információjuk a betegségükről, illetve a kezelési és rehabilitációs lehetőségekről. Fontos ezért ennek támogatása, a lehetőségeik megismertetése, valamint motivációjuk, illetve önmagukért való kiállásuk fejlesztése.

VI.4 Daganatos betegek

VI.4.1 A célcsoport meghatározása

A daganatos megbetegedés gyűjtőfogalomnak tekinthető, amely magában foglalja a betegség számos formáját. Az orvostudomány jelenleg több mint 100 ráktípust ismer, ezek 5 fő kategóriába sorolhatóak: (1) karcinóma (hámszövetből, hám eredetű sejtekből

induló daganatok), (2) szarkóma (kötőszöveti vagy alátámasztó szövetekből – pl. csont, izom, porc, zsír stb. – induló daganatok), (3) leukémia (vérképző szövetekből induló daganatok), (4) limfóma (immunrendszeri eredetű daganatok), (5) központi idegrendszeri daganatok (agyi vagy gerincvelői eredetű daganatok).¹²⁰

A célcsoport meghatározása szempontjából fontos továbbá, hogy az egyes betegségtípusokon belül is eltérő lehet a betegség súlyossága – amit a diagnózis után mindig egyénre szabottan állapít meg egy orvosi stáb, és ennek megfelelően döntenek a kezelésről is. Hazánkban a teljes lakosságot tekintve a leggyakoribb megbetegedések a tüdő- és a mell-daganatok (Tompá 2011).

Magyarországon a daganatos betegséggel **újonnan megbetegedők száma körülbelül 70 ezer főre** tehető évente (Tompá 2011). A gyógyult betegekről nincsenek adatok, így **a daganatos betegek létszáma akár 100 ezres** nagyságrendű lehet.¹²¹ A **megváltozott munkaképességűek körében** a daganatos, illetve az egyéb nagy betegségek (szervek részleges vagy teljes eltávolítása, transzplantációja) előfordulási gyakorisága megközelíti az **egyharmados arányt** (NCSSZI-TÁRKI 2010). Mind az új, mind pedig a tartós egészségkárosodás megállapítása esetében a daganatos betegségek vezető diagnózisként szerepelnek. 2011-ben előbbi esetében 10 000 munkavállalási korúra 9,6 fő jutott, utóbbinál 9,2 fő. A tavalyi évben közel 5 000 új igénybejelentés érkezett daganatos betegek köréből – ez a betegségcsoport adta az új igénylések 17%-át. A többi csoporthoz képest körükben tér el leginkább a rehabilitálhatóság szerinti megoszlás: közel 90%-ukat nem javasolták rehabilitációra.

A daganatos betegek először – és elsősorban – az **egészségügyi ellátórendszerben** jelennek meg. A prevencióban (szűréseken) való részvétel még mindig alacsonynak tekinthető (becslések szerint 60-70%-os), azonban akiknél diagnosztizálják a daganatos megbetegedést, többnyire teljes körben igénybe veszik az orvosi ellátást. Ezen túl azonban **kevesen vesznek részt a további rehabilitációs szolgáltatásokban**, aminek oka – az egyéni motiváció hiánya és a reményvesztettség mellett – az elemi rehabilitáció és főként a foglalkozási rehabilitáció elérhetőségének hiányosságaiban keresendő. Az orvosi beavatkozás, kezelés után, amennyiben a beteg még nem alkalmas arra, hogy munkába álljon, gyakran megváltozott munkaképességűvé válik. Akik azonban motiváltak arra, hogy minél előbb vissza- (vagy ki-) kerüljenek a munkaerőpiacra, igyekeznek ezt elkerülni, vagy minél előbb kikerülni az ellátásból. Köztük jellemző, hogy ezután már nem kerülnek kapcsolatba az ellátórendszerrel (csak ha nagyon muszáj), igyekeznek eltitkolni betegségüket a társadalom, és elsősorban a munkáltatók előtt az előítéletektől való félelem miatt (erről bővebben később).

VI.4.2 A célcsoport jellemzői, szükségletei

A célcsoport jellemzőinek, illetve az ebből adódó speciális szükségleteknek az elemzésekor egyrészt figyelembe kell vennünk a betegek sajátos szocio-demográfiai jellemzőit, illetve magából a betegségből fakadó sajátosságait – hiszen ezek együttesen határozzák meg a munkaerőpiacon való elhelyezkedési esélyeiket.

Ugyan a szakértők szerint egyre inkább érzékelhető a daganatos megbetegedések elterjedése a fiatalabb korosztály körében, a megváltozott munkaképességűek között

¹²⁰ Forrás: National Cancer Institute, USA. <http://www.cancer.gov/cancertopics/cancerlibrary/what-is-cancer>

¹²¹ Forrás: szakértői interjú.

még mindig **az idősebbek (45 év felettek) felülreprezentáltak**: arányuk meghaladja a 90%-ot. (Ez a teljes megváltozott munkaképességű célcsoportban 83,5%.)

40. táblázat A daganatos betegek¹²² korcsoportok szerinti eloszlása más megváltozott munkaképességű csoportokhoz viszonyítva (2010, %)

Életkori csoportok	Arányuk a daganatos betegek körében (%)	Arányuk a daganatos betegséggel nem rendelkezők körében (%)	Arányuk a teljes megváltozott munkaképességű célcsoportban (%)
25 alatt	0,2	1,6	1,2
25-34 éves	2,2	5,1	4,2
35-44 éves	7,5	12,9	11,2
45-54 éves	34,1	31,0	32,0
55 és felette	56,1	49,3	51,5
Összesen	100	100	100

Forrás: NCSSZI-TÁRKI 2010.

Ugyan a megváltozott munkaképességűek teljes csoportjára az alacsony végzettség jellemző (véltetően a szakértők is ezért érzékelik úgy, hogy a célcsoport nagy része alacsonyan iskolázott), mégis azt kell mondanunk, hogy hozzájuk képest a daganatos betegséggel rendelkezők némiképp jobb helyzetben vannak e tekintetben. Körükben kismértékben ugyan, de **gyakrabban fordulnak elő olyanok, akik középfokú vagy annál magasabb iskolai végzettséggel rendelkeznek.**

41. táblázat A daganatos betegek iskolai végzettség szerinti eloszlása más megváltozott munkaképességű csoportokhoz képest (2010, %)

Iskolai végzettség	Arányuk a daganatos betegek körében (%)	Arányuk a daganatos betegséggel nem rendelkezők körében (%)	Arányuk a teljes megváltozott munkaképességű célcsoportban (%)
Kevesebb mint 8 általános	4,1	5,4	5,1
Általános iskola	31,0	30,6	30,7
Szakiskola/szaktanulmányképző	38,5	39,0	38,9
Középfokú végzettség/érettségi	16,7	16,3	16,4
Technikusi végzettség	4,1	3,9	3,9
Felsőfokú szakképesítés	1,3	1,0	1,1
Felsőfokú végzettség	4,4	3,7	3,9
Összesen	100	100	100

Forrás: NCSSZI-TÁRKI 2010.

A daganatos betegek **munkaerő-piaci részvétele** – az összes megváltozott munkaképességű emberhez képest is – **alacsonynak** tekinthető. A célcsoport tagjainak mindössze 12,2%-a dolgozik jelenleg (a teljes körben tapasztalható 15%-hoz képest) – ide értve az alkalmi munkavállalást és a vállalkozói tevékenységet is (NCSSZI-TÁRKI 2010).

Az alacsony munkavállalási hajlandóság oka – a munkaerőpiac szűkösségén túl – egyrészt, hogy eleve a munkakeresés során is **korlátozva érzik magukat** a betegségük miatt (közel háromnegyedük akadályozva érzi magát a munkakeresésben, és nem keres munkát), ezen kívül a többségük úgy érzi, hogy **nem rendelkezik azokkal a**

¹²² A daganatos betegségek előfordulását a hivatkozott kutatás a nagy betegségek (pl. rák, szervek részleges vagy teljes eltávolítása, transzplantációja) körén belül mérte, így az eredmények – vélhetően igen kis mértékben, de – torzíthatnak.

kompetenciákkal, melyek a munkakereséshez szükségesek; és kevésbé motiváltak ezek elsajátítására, illetve a képzésben való részvételre. Ami a daganatos betegek körében speciálisabb a többi megváltozott munkaképességű célcsoporthoz képest, hogy a **környezetük (családtagok, barátok) is kevésbé motiválja őket a munkaerőpiacra való vissza- (vagy be-) illeszkedésre**, vélhetően a túlzott féltés miatt. A daganatos betegek több mint egynegyede mondta, hogy a családja vagy barátai nem támogatják, vagy lebeszélük arról, hogy munkába álljon (az arányuk az összes megváltozott munkaképességű célcsoport tekintetében egyötöd).¹²³

A daganatos betegek élethelyzetét még inkább rontja, hogy az egészségügyi kezelés és a rehabilitáció nagyon költséges, ezért a betegek, illetve **családjuk anyagi és szociális helyzete folyamatosan romlik** – amit még inkább súlyosbíthat, ha a családfőt sújtja a megbetegedés.

Ami a betegség jellegéből fakadó sajátosság, hogy – azon túl, hogy a betegség gyermekkorban is kialakulhat – mindig **szerzett**, és nem veleszületett formában jelentkezik, aminek következtében a betegeknek minden esetben **meg kell küzdeniük a betegség kialakulásának feldolgozásával járó lelki nehézségekkel**. Ezért a daganatos betegek esetében **kiemelkedően fontos a pszichoszociális rehabilitáció és a lelki segítségnyújtás**. Ebben elsődlegesen a család és a szűkebb környezet lehet a beteg segítségére a rehabilitáció kezdetétől, ezen kívül az orvosi rehabilitáció során is kapcsolatba kerülhetnek olyan szakemberekkel (pl. pszichológus, szociális munkás stb.), akik szakértő támogatást tudnak nyújtani. Emellett Magyarországon igen kiterjedt hálózata van a rákbetegeket segítő civil szervezeteknek, akiknek főként e területen van több éves tapasztalatuk.

A daganatos megbetegedések esetében speciális továbbá, hogy a betegség, ugyan általában egy adott szervből indul ki, (főképp a súlyosabb esetekben) más szervekre is átterjedhet, így **az egész testre kihat**, nem koncentrálódik egy adott testrészen, testtájon. Így a gyógyításnak és a rehabilitációnak is az egész testre ki kell terjednie, a beteg szempontjából együtt kell járnia életmódváltással és folyamatos mozgással, amely kihatással van a mindennapjaira is, jelentős változást okozva ezzel az életvitelében, amihez szintén mind neki, mind pedig a családjának, szűkebb és tágabb környezetének alkalmazkodnia kell.

A daganatos betegek esetében **az egészségügyi rehabilitáció** – és így a foglalkozási is! – **mindig egyénre szabott**. A betegséget kezelhetik sugár- vagy kemoterápiával, valamint műtéti úton is. Mindkét eljárás jár olyan mellékhatásokkal, amelyek befolyásolják az egyén életvitelét, és így munkavállalását is. Előbbieknél ilyen lehet például a gyengeség, a hajhullás, a hányinger stb., utóbbinál pedig minden olyan következmény jelentkezhet, amely más típusú műtétek esetében is előfordul.

Azoknál a betegeknél, ahol a daganatot műtéti úton távolították el, az orvosi-egészségügyi rehabilitáció során további speciális szükségletek merülhetnek fel. Ilyen lehet például egy-egy **segédeszköz**, amelyek már viszonylag széles kör számára, nagy kínálattal elérhetőek. Fontos ezen kívül – az ödémák elkerülése, a vérkeringés élénkítése, a közérzet javítása érdekében – a **gyógytorna**, amely azonban még mindig némiképp hiányterület (néhány civil szervezet nyújt ilyen szolgáltatást).

¹²³ Forrás: NCSSZI-TÁRKI 2010., szakértői interjúk.

Fontos továbbá, hogy – éppen azért, mert belső szervi megbetegedésről van szó – a **betegség tünetei, illetve a kezelés következményei nem feltétlenül láthatók**, vagy ha láthatók is, jól leplezhetők a külvilág előtt. Ennek azért van jelentősége, mert a szakértők véleménye szerint még manapság is rendkívül elterjedtek a daganatos betegekkel szembeni **előítéletek, sztereotípiák** a társadalomban. Ennek oka, hogy a daganatos megbetegedéseket az emberek többsége még mindig halálos, gyógyíthatatlan betegségként értelmezi és érzékeli. Ez is hozzájárul a célcsoport alacsony elhelyezkedési esélyeihez. Éppen ezért **a daganatos betegek többsége igyekszik titkolni betegségét** tágabb környezete, így a munkatársai, a munkáltatója, akár még a munkaügyi központ előtt is. A negatív tapasztalatok miatt előfordul, hogy éppen a munkakereső daganatos beteget támogató szakemberek javasolják a betegség eltitkolását a leendő munkáltatók, illetve az intézményrendszer előtt. Ezen kívül a daganatos betegek körében kialakultak olyan – akár egymás között is terjesztett – technikák, stratégiák, melyek éppen a munkavégzés és a betegséggel együtt járó szükséges kezelések, kontrollok igénybe vételének ilyen típusú összehangolását teszik lehetővé.¹²⁴

A betegség egyedülálló abból a szempontból is, hogy ugyan teljesen gyógyulnak nem is nyilvánítanak egy daganatos beteget, azonban öt (egyések szerint tíz) év tünetmentesség után már igen csekély az újbóli kialakulás kockázata. Azonban tünetmentes betegek esetében is mindig fennáll a **kiújulás veszélye**, ami – még ha nem is következik be – folyamatos bizonytalanságot okoz. A bizonytalanság pedig folyamatos stresszhez, rosszabb esetben lelki problémákhoz, pszichoszomatikus tünetekhez vezethet. A daganatos betegek ezért folyamatos orvosi kontrollt, szükség szerint kezeléseket, illetve lelki és mentális segítségnyújtást igényelnek.

A betegség, vagy éppen a kezelés jellegéből adódóan felmerülhetnek továbbá olyan **járulékos betegségek vagy egészségkárosodások**, melyek szintén meghatározzák a daganatos betegek szükségleteit, igényeit, illetve elhelyezkedési esélyeit. Ezek közül a leggyakrabban (a betegek kétharmadánál) a **krónikus betegségek** (szív- és érrendszeri betegség, cukorbetegség, légzési betegség stb.) és **mozgásszervi betegségek** fordulnak elő. A betegek több mint fele tapasztal ezen kívül folyamatosan **visszatérő fájdalomérzetet** is (NCSSZI-TÁRKI 2010).

VI.4.3 A szükségletekre való reagálás

A célcsoportra jellemző, hogy a betegség felismerését követően a kezelés, illetve a rehabilitáció folyamata felgyorsul. Ez idő alatt a beteg **táppénzre** kerül, majd a táppénz lejártával, az orvosi rehabilitáció végeztével, akik nem tudnak még egyből visszatérni a munkaerőpiacra a betegségük súlyossága miatt, **rokkantsági ellátásba** kerülnek. Amennyiben a kezelés (legyen az műtét vagy egyéb terápia) eredményes volt, elindul egy gyógyulási folyamat – így e betegek számára a nagymértékű munkaképesség-csökkenés többnyire átmeneti állapot, a következő felülvizsgálat során állapotjavulást állapítanak meg, amellyel **akár a munkaerőpiacra is visszatérhetnek**. Akik a betegség diagnosztizálása előtt dolgoztak, általában nagyobb eséllyel tudnak újra

¹²⁴ Az egyik szakértő arról számolt be, hogy több daganatos betegséggel rendelkező munkavállaló esetében bevett gyakorlat, hogy úgy tudják eltitkolni betegségüket a munkaadójuk és munkatársaik elől, hogy a kemoterápiás vagy sugárkezeléseket csütörtöki vagy pénteki napokra időztetik, így csak bizonyos rendszerességgel (pl. havonta) néhány nap szabadságot kell kivenniük, és a hosszú hétvége alatt igyekeznek megbirkózni a kezelés okozta tünetekkel, mellékhatásokkal.

munkába állni. Amennyiben szellemi munkát igénylő munkakörben foglalkoztatták őket korábban – függően persze a daganatos betegség jellegétől, súlyosságától –, akár korábbi munkájukat is el tudják végezni, legfeljebb könnyített feltételek mellett. A nehézséget esetükben az jelenti, hogy korábbi munkahelyükön, munkakörükben a táppénz és a rokkantsági ellátás ideje alatti távollét során már pótolták őket – emiatt **újra munkát kell keresniük.**

A daganatos betegek foglalkozási rehabilitációja annyiban tér el más megváltozott munkaképességű célcsoportok rehabilitációjától, hogy esetükben az orvosi kezelés, majd az orvosi rehabilitáció után **bekövetkezett állapotváltozás nem állandó**, folyamatos gyógyulási, javulási folyamat mehet végbe, még ha beteget nem is lehet gyógyultnak, legfeljebb tünetmentesnek nyilvánítani, valamint még ezután is mindig fennállhat a kiújulás veszélye. Esetükben már **az orvosi-egészségügyi rehabilitáció során is nagy jelentősége van a beteg egyéni jellemzőinek, szükségleteinek**, hiszen a betegség számos formában előfordulhat, és a kezelésre adott reakciók sem azonosak. Ebből kiindulva **a foglalkozási rehabilitáció során is kiemelkedő jelentősége van az egyéni jellemzők figyelembevételének, az egyénre szabottságának**, hiszen a daganatos betegek esetében – ha még meg is állapíthatók olyan közös szükségletek, melyek a betegség sajátosságaiból adódnak – nem állítható fel olyan protokoll, amely minden beteg (újra) munkába állása esetén érvényesíthető lenne. Ilyen szempontból esetükben **sokkal nehezebb a munkahely, a munkakör adaptációja** (mint pl. mozgáskorlátozott munkavállalók esetében), mert nem elsősorban a fizikai környezet hozzáférhetőségét jelenti, a munkavállaló egyéni igényeihez, szükségleteihez kell illeszkednie. A folyamat így függ többek között a beteg demográfiai és szocio-kulturális jellemzőitől, a munkatapasztalatától, a korábbi vagy az új munkahelyéhez való viszonyától, a betegség sajátosságaitól stb.

Az előző fejezetben is végigvett lehetségesen felmerülő szükségletekből kiindulva megállapíthatók azonban olyan megoldási javaslatok, amelyek segíthetik a daganatos betegek be- (vagy vissza-) illeszkedését a munkaerőpiacra.

A foglalkozási rehabilitáció során a daganatos betegek szempontjából is fontos lehet **a próbaidő, a próbamunka**. Ennek azonban nem elsősorban a munka megismerése, illetve a munkafolyamat és -feladatok elsajátítása, valamint a munkahelyhez, munkakörnyezethez való hozzászokás miatt van jelentősége (persze ez sem elhanyagolandó). Inkább a munkáltatóban, munkatársakban felmerülő esetleges sztereotípiák, előítéletek leküzdése miatt – növelve így a továbbfoglalkoztatás esélyét. A próbaidő során a munkáltató megismerheti a daganatos beteg munkavállalót, munkakultúráját, valamint az általa végzett munkát, és amennyiben elégedett, jobban el tudja fogadni betegségét, és az ezzel járó speciális szükségleteket, igényeket.

A munkáltatók mellett nyilván a daganatos betegek foglalkozási rehabilitációjában résztvevő többi szereplőnek is van teendője abban, hogy ezt a folyamatot elősegítse.

Az **egyén** szempontjából fontos a motiváció kifejlesztése, a testi és lelki rehabilitáció teljesítése, valamint az ezekkel járó feladatok elfogadása és véghezvitele.

42. táblázat A daganatos betegek munkába állása szempontjából speciális szükségletek és azok lehetséges megoldásai

Speciális szükséglet	Megoldási lehetőségek
Gyengeség, kimerültség	<ul style="list-style-type: none"> • A fizikai megterhelés és a munkahelyi stressz csökkentése • Folyamatos szünetek, pihenőidő biztosítása • Rugalmas időbeosztás engedélyezése • Részmunkaidős munkavégzés (4 vagy 6 órában) • Otthoni munkavégzés (távmunka) • A munkaeszközök megfelelő kialakítása a terhelés csökkentése érdekében • Ülő munkavégzés – a mozgás, séta, lépcsőzés mellőzése • Közeli parkolási lehetőség a munkavégzés helyéhez • Automata ajtók • A zajártalom kiiktatása
Folyamatos orvosi kezelés, kontroll	<ul style="list-style-type: none"> • Rugalmas időbeosztás engedélyezése • Részmunkaidős munkavégzés (4 vagy 6 órában) • Otthoni munkavégzés (távmunka)
Stressz	<ul style="list-style-type: none"> • A munkahelyi problémák megelőzésére, kezelésére vonatkozó stratégia kidolgozása • Érzékenyítő tréning a munkatársak számára • Az orvossal vagy más támogatókkal való kapcsolatfelvétel engedélyezése napközben • Rugalmas munkahelyi környezet és munkaidő • Folyamatos szünetek engedélyezése
Hőmérsékleti érzékenység	<ul style="list-style-type: none"> • A munkahelyi hőmérséklet szabályozása • A „dress code” (munkahelyi viselet) rugalmasabbá tétele • Ventilátor vagy klímaberendezés használata a munkahelyen • Rugalmas időbeosztás engedélyezése – különösen extrém időben
Légzési nehézségek (a kezelés mellékhatásaként jelentkezhetnek)	<ul style="list-style-type: none"> • A folyamatos levegőáramlás, ventiláció biztosítása (szellőztetés, ventilátor, klíma berendezés használata stb.) • A pára, a por, a füst stb. kiiktatása • Az extrém hőmérséklet és a hőmérsékleti ingadozások kerülése
Bőr irritáció (a kezelés mellékhatásaként jelentkezhet)	<ul style="list-style-type: none"> • A vegyi anyagok kerülése • A bőrre káros egyéb anyagok kerülése • Váltó- vagy védőruha biztosítása

Forrás: Job Accomodation Network, Office of Disability Employment Policy, USA (elérhető: <http://askjan.org/media/Cancer.html>); szakértői interjúk.

A **szakorvosok** felelőssége nyilván az orvosi, egészségügyi rehabilitációig terjedhet. A további rehabilitációs szolgáltatások nyújtása – a leterheltségük miatt – nem feltétlenül az ő feladatuk, viszont a szociális munkásokkal együtt tájékoztathatják a betegeket a (civil szervezeteknél) elérhető szolgáltatásokról, oda irányíthatják őket.

A szakértők szerint e tekintetben a **civil szervezetek** feladata lehet mindazoknak a rehabilitációs szolgáltatásoknak a nyújtása, amelyet a szakorvosok vagy az állam nem tud magára vállalni. Ebben fontos szerepe lehet a daganatos betegeknek segítő szervezetek viszonylag jól kiépített, egymással kapcsolatban lévő, integrált hálózatának.

Ezek a civilek által nyújtott rehabilitációs szolgáltatások **állami támogatással** tudnának megvalósulni, hiszen a projektszintű finanszírozás nem nyújt lehetőséget tartós felkészítésre, munkahely-teremtésre.

VI.4.4 Módszertanok, jó gyakorlatok

A daganatos betegek foglalkozási rehabilitációjára jelenleg még nem találhatók speciális módszertani példák vagy jó gyakorlatok sem hazánkban, sem nemzetközi szinten. A daganatos betegek esetében a – jellemzően nonprofit szervezetek által megvalósított – foglalkozási rehabilitációs programok általában a megváltozott munkaképességű célcsoporttal foglalkozó projektekbe integrálva valósulnak meg, figyelembe véve a bevont daganatos betegek speciális egyéni szükségleteit, igényeit. Ezek legtöbbször (ahogyan az őket megvalósító szervezetek tevékenysége is) a képzésre, a motiváció és az egyéb munkakeresési kompetenciák fejlesztésére, illetve a pszichoszociális rehabilitációra koncentrálnak.

VI.4.5 Célcsoport-specifikus módszertani javaslatok

- **A pszichoszociális rehabilitációt** elősegítő szolgáltatások fejlesztése.

A daganatos betegek esetében némiképp speciális a betegséggel, a betegségtudattal való megküzdés módja. Egyrészt, ez a betegségtípus mindig "szerzett formában" alakul ki, így az érintetteknek – és környezetüknek – az életüknek egy adott pontján kell szembenézniük azzal, hogy ők daganatos betegek, valamint az ezzel járó változásokkal. Másrészt, a társadalom tagjainak tudatában a rákos megbetegedések még mindig halálos betegségként vannak jelen, melyek nem gyógyíthatók, ami a feldolgozást még inkább nehezíti. Ezért kiemelkedően fontos e célcsoport esetében a pszichoszociális rehabilitáció, amely a foglalkozási rehabilitációnak is elengedhetetlen feltétele. Az ilyen szolgáltatások, illetve ezt nyújtó szervezetek azonban a daganatos betegek számára jellemzően nem elérhetőek – egyrészt a fizikai akadályok (lakóhelytől való távolság), másrészt az információ hiánya miatt. Fontos feladat tehát e szolgáltatások hozzáférhetőségének fejlesztése, akár a foglalkozási rehabilitáció folyamatába való beillesztéssel.

- **A munkáltatók (és a munkatársak) érzékenyítése.**

A daganatos betegek munkaerőpiacon való elhelyezkedésének még mindig nagy akadályát képezik a célcsoporttal kapcsolatos sztereotípiák és előítéletek. Ennek következtében elterjedt jelenség, hogy a daganatos betegek titkolják a (leendő) munkáltatójuk előtt a betegségüket – ami akár az egészségi állapotuk további romlásához is hozzájárulhat. Fontos ezért a munkaadók és a kollégák "felvilágosítása", érzékenyítése a célcsoport kapcsán.

- **Próbamunka** biztosítása.

A célcsoport esetében a próbamunkának nem elsősorban az a jelentősége, hogy az adott munkavállaló megbizonyosodjon róla, hogy alkalmas-e az adott munkakörre, feladatra, vagy fordítva (persze ez is fontos szempont). Inkább azért hangsúlyos, mert a segítségével a munkáltató is megbizonyosodhat a daganatos beteg munkavállaló által végzett munka minőségéről, ami javítja az elhelyezkedés és a munkában maradás esélyeit.

- **Egyéni szükségletek, igények figyelembe vétele**

Mivel a daganatos betegségek spektruma, a kezelésre adott reakciók, valamint a megküzdési módok – amelyek hatással vannak az érintett munkaerő-piaci re-integrációjára – abszolút egyén függőek, így a foglalkozási rehabilitáció során kiemelt

jelentősége van az egyéni szükségletek, igények figyelembe vételére, a szolgáltatások egyénre szabására a hatékonyság növelése érdekében.

VI.5 Keringési zavaros betegek

VI.5.1 A célcsoport meghatározása

A keringési zavaros betegségek „népbetegségnek” tekinthetők ma Magyarországon. A szakértők becslése szerint a népesség közel felét érintik a szív- és érrendszeri betegségek, az érszűkületes betegek ebből körülbelül 30%-ot adnak. Természetesen ebbe beletartoznak a különböző fokon, különböző formában megbetegedett emberek is.¹²⁵

A keringési zavarok többnyire érszűkület következtében alakulnak ki. Az érszűkületes betegségeknek is három nagy csoportja van, attól függően, hogy hol alakul ki a keringési rendellenesség: (1) a **nyaki érszűkületek**, (2) a **végtagi érszűkületek** és (3) a **koszorúér betegségek**. A nyaki érszűkület kockázata, hogy agyi keringési zavart okoz, amely kihatással lehet a mentális állapotra, illetve bénulásos tünettel is járhat. A végtagi érszűkület jelentkezik a karban vagy a lábban – ami folyamatos fájdalomérzetet okoz, a legsúlyosabb esetben amputáció szükségességét is előidézheti. A koszorúér rendellenességei (szűkület elzáródás) pedig további szívbetegségekhez vezethetnek.

Ezek a betegségek ritkán veleszületettek (legfeljebb a hajlam), de ha ilyen mégis előfordul, a korai diagnózisnak köszönhetően műtéti úton kezelhetők, így nem hatnak ki a munkavégzésre. Többnyire **szerezett betegség** lévén általában az életmódnak köszönhetően (helytelen táplálkozás, a mozgás hiánya, dohányzás, alkohol, stressz stb.) alakulnak ki – azonban ebben nyilván számtalan szubjektív tényező közrejátszik.

A célcsoport tagjai a megváltozott munkaképességűek körében is nagy arányban reprezentáltak: mind a soros felülvizsgálatok, mind az új igénybejelentések tekintetében. A tartósan rokkantnak minősítettek esetében 2011-ben 10 000 munkavállalási korúra 20,2 keringési beteg jutott. A tavalyi évben közel **7 500 új igénybejelentés** érkezett keringési rendszeri betegségben szenvedőktől, ez **az összes igénylés negyedét** adta. Ezzel ez a betegségtípus a **vezet a munkaképesség csökkenését okozó betegségek között**. E betegeknek mindössze egyharmadát nyilvánították rehabilitálhatónak, ami nem tér el jelentős mértékben az összes igénybejelentés között tapasztalható aránytól.¹²⁶

2010-ben, az NCSSZI-TÁRKI kutatásban is a megkérdezettek nagy aránya, **58%-uk** válaszolta, hogy **megállapítottak nála valamilyen tartósan fennálló, krónikus betegséget**.¹²⁷ A szív- és érrendszeri betegségek jellemzően **ritkán fordulnak elő önmagukban**. Az említett mintában is mindössze 11% azoknak az aránya, akik kizárólag e károsodás miatt lettek megváltozott munkaképességűek. A járulékos károsodások között a **mozgásszervi rendellenességek** és a **tartósan visszatérő fájdalomérzet** voltak azok, amelyek leggyakrabban fordultak elő: előbbi kétharmaduk esetében, utóbbi felüknél jelentkezett. Emellett vannak olyan betegségek is, melyek a keringési zavarok következményeként alakulnak ki, így önmagukban nem jelennek meg

¹²⁵ Forrás: szakértői interjúk.

¹²⁶ Forrás: NRSZH 2012.

¹²⁷ A kutatás során alkalmazott eltérő definíció miatt az e kategória alkalmazásával körülhatárolt célcsoport nem egyezik meg teljes mértékben a keringési betegekkel, hiszen magában foglalja többek között a cukorbetegeket és a légzőszervi betegségben szenvedőket is (amely betegségek akár a szív- és érrendszeri károsodások következményeként is kialakulhatnak).

a betegségtípusok között: ilyen a **cukorbetegség** és az **autoimmun** betegségek, melyek szintén igen gyakoriak a célcsoportban.

A keringési betegségekkel rendelkezők között vannak azonban olyanok, akik „láthatatlanok” maradnak, **nem jelennek meg semmilyen ellátórendszerben sem**. Ez elsősorban az egészségügyi ellátásban való részvételen keresztül érhető tetten. Oka egyrészt abban keresendő, hogy van a betegeknek egy olyan köre, akik szociális szempontból eleve hátrányos helyzetben vannak: **kistelepüléseken élnek, főként egyedül, idősen**. Esetükben nagyon csekély a valószínűsége, hogy akár a háziorvoshoz is eljussanak, vagy ha el is jutnak (akkor is úgy, hogy családtagok, szomszédok, ismerősök találjanak rájuk, és viszik el őket), rendszerint már későn, amikor már mozgásszervi problémák is párosulnak az eredetileg érzékszerveiből kiinduló betegséghez. Emellett pedig gondot jelent, hogy annak ellenére, hogy szív- és érrendszeri betegek rehabilitációja igen fejlett és a módszertanilag kidolgozott hazánkban, a **szakrendelések nagyon nehezen érhetőek el**: nincs elég rendelő és szakorvos. Emiatt a meglévőknek nagyon sok beteget kell ellátniuk, és a rendelési idő is korlátozott.

„...ahhoz képest, hogy mondjuk kerületenként kellene lenni 1-1 szakrendelőnek, ehhez képest egy-egy szakrendelőre kevés a szakember, egy szakrendelőre három négy kerület tartozik, vidéken meg egy fél megyényi beteganyag.”¹²⁸

Ez az előnyösebb helyzetben lévő, magasabb státuszú, nagyvárosokban élő betegek rehabilitációját is nagyban megnehezíti.

VI.5.2 A célcsoport jellemzői, szükségletei

Ugyan a szakértők érzékelése szerint a szív- és érrendszeri megbetegedések egyre inkább sújtják a magasabb státuszú fiatalokat – a helytelen életmód, azon belül is elsősorban a stressz miatt –, mégis azt látjuk, hogy az ilyen jellegű krónikus betegek körében **az idősebbek és a kistelepülésen élők felülreprezentáltak** (NCSSZI-TÁRKI 2010). Mindez megerősíti annak fontosságát, hogy a hátrányos helyzetű csoportok szolgáltatásokhoz való hozzájutásának esélyegyenlősége szembeűnő, és egyelőre megoldatlan problémát jelent.

43. táblázat A szív- és érrendszeri betegek korcsoport szerinti eloszlása más megváltozott munkaképességű célcsoportokhoz viszonyítva (2010, %)

Életrai csoportok	Arányuk a szív- és érrendszeri betegek körében (%)	Arányuk a szív- és érrendszeri betegséggel nem rendelkezők körében (%)	Arányuk a teljes megváltozott munkaképességű célcsoportban (%)
25 alatt	0,4	2,2	1,2
25-34 éves	2,1	7,1	4,2
35-44 éves	7,5	16,4	11,2
45-54 éves	31,8	32,4	32,0
55 és felette	58,2	41,9	51,4
Összesen	100	100	100

Forrás: NCSSZI-TÁRKI 2010.

¹²⁸ Részlet a célcsoport szakértőjével készített interjúból.

44. táblázat A szív- és érrendszeri betegek településtípus szerinti eloszlása más megváltozott munkaképességű célcsoporthoz viszonyítva (2010, %)

Településtípus	Arányuk a szív- és érrendszeri betegek körében (%)	Arányuk a szív- és érrendszeri betegséggel nem rendelkezők körében (%)	Arányuk a teljes megváltozott munkaképességű célcsoportban (%)
főváros	8,9	9,3	9,1
megyeszékhely	16,4	16,9	16,6
egyéb város	32,8	37,1	34,6
község	41,9	36,6	39,6
Összesen	100	100	100

Forrás: NCSSZI-TÁRKI 2010.

Valószínűleg az ebből adódó hátrányos helyzet a fő oka annak, hogy a célcsoport tagjainak **munkaerő-piaci részvétele viszonylag alacsonynak tekinthető** (nem éri el a 13%-ot, míg a teljes mintában 15%, a krónikus betegséggel nem diagnosztizáltak körében 18% az arányuk). Ezt részben alátámasztja, hogy a megkérdezett krónikus betegek inaktivitásuk okaként relatíve nagyobb arányban jelölik meg **a környékükön elérhető munkalehetőségek hiányát**, valamint **a családi kötelezettségeket, mint akadályozó tényezőt** (utóbbi jóval kevésbé domináns). Ezek mellett sokan érzik úgy, hogy a betegségük hátráltatja őket a munkavállalásban, mivel **nem találnak a szükségleteiknek megfelelő álláslehetőségeket**.

Mivel a szív- és érrendszeri betegségek nagyobb részt szerzett formában fordulnak elő, és főként a munkaképes korúakat érintik, **a betegnek meg kell küzdenie a betegség kialakulásának feldolgozásával járó lelki nehézségekkel**. Így esetükben fontos lehet a pszichológiai segítségnyújtás vagy a környezet, a hozzátartozók támogatása is. Vele született vagy gyerekkorban szerzett betegség esetében ennek kisebb súlya van, hiszen a betegnek munkaképes korára lehetősége van hozzá szokni a károsodáshoz (hacsak nem jelentkeznek újabb tünetek vagy járulékos betegségek), illetve az orvosi rehabilitációja is korán elkezdődhet.

45. táblázat A szív- és érrendszeri betegek eloszlása az inaktivitás oka szerint, más megváltozott munkaképességű célcsoporthoz viszonyítva (2010, %)

Inaktivitás oka	Arányuk a szív- és érrendszeri betegek körében (az „igaz” válaszok aránya, %)	Arányuk a szív- és érrendszeri betegséggel nem rendelkezők körében (az „igaz” válaszok aránya, %)	Arányuk a teljes megváltozott munkaképességű célcsoportban (az „igaz” válaszok aránya, %)
Egyáltalán nincsenek munkalehetőségek a környéken.	49,3	45,3	47,7
Nem ismer a szükségleteinek megfelelő állásokat, munkalehetőségeket.	45,1	43,4	44,4
Családi kötelezettségei miatt nem teheti meg (hogy dolgozzon).	9,6	6,7	8,4

Forrás: NCSSZI-TÁRKI 2010.

Ez önmagában nem specifikum a keringési rendszeri megbetegedésekkel küzdők körében (megfigyelhető például a daganatos vagy a mozgásszervi betegek esetében is), náluk azonban ezt súlyosbítja, hogy a betegségük esetében **nem lehet teljes gyógyulásról, sem teljes tünetmentességről beszélni**. Az orvosi rehabilitációval egy kiegyensúlyozott egészségügyi állapot érhető el, ami a későbbiekben szinten tartható. A betegnek így együtt kell élnie a betegséggel élete végéig, meg kell tanulnia elfogadni és kezelni azt. Ebben nehézséget okozhatnak még a járulékos betegségek, valamint a rendszeresen visszatérő fájdalomérzet.

A szív- és érrendszeri betegségek esetében speciális továbbá, hogy a károsodás szervi eredetű, nem kizárólag egy adott testrészt, testtájat érint. Így **az orvosi rehabilitációnak is az egész testre ki kell terjednie**, a beteg szempontjából együtt kell járnia életmódváltással és folyamatos mozgással, amely kihatással van a mindennapjaira is, jelentős változást okozva ezzel az életvitelében, amihez szintén mind neki, mind pedig a családjának, szűkebb és tágabb környezetének alkalmazkodnia kell. Ez abban az esetben is így van, ha a betegség műtéti úton kezelhető – ekkor a műtét utáni rehabilitáción van a hangsúly, és azt kell ily módon kiegészíteni.

Az érszűkületes betegségek velejárója ezeken kívül **a tünetek miatti szégyenérzet**, mellyel kapcsolatban a betegek úgy érzik, a társadalom tagjai félreértelmezhetik, és így előítéletekkel fordulhatnak feléjük.

„Ezért hívják kirakatnéző betegségnek. Megy az utcán, kibicsaklik a lába a gyengeség miatt, és az első reakció, hogy biztos részeg, és ők ezt nyilván szégyellik, ezért nevezzük kirakatnéző betegségnek ezt az állapotot, mert megy az utcán, és ő már érzi, hogy jön az, hogy nem tud tovább menni, és megáll, mint ha kirakatot nézne.”¹²⁹

Ez természetesen befolyásolhatja a munkába állási és munkában maradási esélyeiket is.

VI.5.3 A szükségletekre való reagálás

A célcsoport **rehabilitációja három szinten valósul meg**. Az első a **szakorvosi kezelés**, ide a háziorvosi, majd a szakorvosi diagnózis után kerül a beteg. Itt megtörténik a beteg kezelése, melynek célja az önálló életvitelre való képessé tétel. Ezt követi a második szinten az **ambuláns kezelés**, amely már nem feltétlenül kórházi kezeléshez kötött, miután a beteg képes az önálló életvitelre, bizonyos tanácsadással (amely főleg az életmódváltás elemeire vonatkozik) pedig visszailleszkedik a társadalomba, a munkaerőpiacra. A rehabilitáció harmadik szintjének igénybe vétele talán a legkritikább. Az ebben résztvevők már visszailleszkedtek a társadalomba és a munkába, és bizonyos rendszeres tevékenységekkel (pl. testmozgás) **igyekeznek szinten tartani vagy javítani a rehabilitáció előző két állomásának eredményeképpen kialakított állapotot**. Amennyiben műtéti beavatkozásra kerül sor, a beteg akkor is ezt az utat járja végig. Az orvosi rehabilitáció módszertanának igen nagy hagyományai vannak hazánkban, éppen ezért a gyakorlat is jól működik. Ennek időtartama általában 6 hónap, ezután pedig – csökkenő intenzitással – rendszeres kontrollvizsgálatokra van szükség.

Mivel a betegségcsoport igen széleskörű, számtalan lehetséges tünetegyüttessel, következménnyel és kísérő betegséggel, nehéz arra vonatkozóan általános érvényű

¹²⁹ Részlet szakértői interjúból.

megállapítást tenni, hogy milyen szükségletei vannak a célcsoportnak a munkába állás és a munkában maradás szempontjából. Akiket enyhébb fokú betegséggel diagnosztizáltak, lehetséges, hogy a rehabilitációs szolgáltatások igénybe vétele után akár eredeti munkakörükbe is vissza tudnak helyezkedni, főleg, ha az nem nehéz fizikai munkavégzést igényelt. Az is előfordulhat, hogy újra el tudnak helyezkedni eredeti munkahelyükön, munkakörükben, legfeljebb csak kisebb módosításokat kell eszközölni a feladatvégzés tekintetében a szükségleteinek megfelelően. Az is megtörténhet persze – főként súlyosabb károsodást szenvedettek vagy a korábban nehéz fizikai munkát végzők esetében –, hogy a megváltozott munkaképességű munkavállalók már nem tudnak többé a betegségük előtti állásba, sem munkahelyre visszatérni. Ezért is **kiemelkedően fontos a foglalkozási rehabilitáció során az egyéni szükségletek figyelembe vétele.**

A legnehezebb mégis azoknak a munkaerő-piaci integrációja, akiknek a betegségük diagnosztizálása előtt is hátrányaik voltak a munkakeresés és a munkába állásuk tekintetében.

Amennyiben az **egyén** motivált a munkavállalás tekintetében, és ismeri, ezáltal pedig szinten tudja tartani betegségét, lehetséges, hogy nincs is szükség a **munkáltatói** közreműködésre (vagy csak csekély mértékben) a fenti szükségletek kielégítésének érdekében. Emellett az ő feladata, hogy felvilágosítsa a munkáltatót az állapotáról, esetlegesen felmerülő speciális szükségleteiről.

46. táblázat A szív- és érrendszeri betegek munkába állása szempontjából speciális szükségletek és azok lehetséges megoldásai

Speciális szükséglet	Megoldási lehetőségek
A fizikai terhelés csökkentése, minimálisra szorítása	<ul style="list-style-type: none"> • Ülő és/vagy szellemi feladatok végzése • Kerüljék a sok sétálást, lépcsőzést a munkahelyen • Ne végezzenek nagyobb tüdő-igénybevétellel járó munkákat • Kerüljék a meleget • Kerüljék a magaslatban végzendő munkákat • Kerüljék a veszélyes munkákat (tűz, áram, vegyszerek)
Az esetleges rosszulletek kezelésére való felkészülés	<ul style="list-style-type: none"> • Ne végezzenek egyedül munkát • Ne végezzenek éjszakai munkát
A depresszió és a pánikbetegség kialakulásának meggátlása	<ul style="list-style-type: none"> • A munkahelyi stressz csökkentése • A munkatársak felkészítése
Rendszeres orvosi kontrollra járás	<ul style="list-style-type: none"> • Rugalmas időbeosztás • Részmunkaidő, esetleg távmunka
A műtéti beavatkozás következményeinek kezelése (további speciális szükségletek merülnek fel)	<ul style="list-style-type: none"> • Segédeszköz, pl. szívritmus-szabályzó (kerülni kell az elektromágneses sugárzást); amputáció esetén művégtag (amennyiben lehetséges) vagy egyéb segédeszköz (további speciális szükségleteket lásd a mozgásszervi betegeknél)

Forrás: Brunse, Birket-Smith (é.n); Gobelet, Franchignoni (2006); szakértői interjúk.

Emellett több olyan szereplő jelenhet meg, akinek fontos szerepe lehet a szív- és érrendszeri betegek foglalkozási rehabilitációjának elősegítésében.

A szakértők szerint a célcsoport rehabilitációja során az **állam** feladata lehet egyrészt a rehabilitáció ösztönzése, például a rehabilitációban résztvevő, megváltozott munkaképességű szív- és érrendszeri beteget foglalkoztató munkaadók támogatásával, valamint a munkahelyi egészségügyi, valamint rehabilitációs szolgáltatások fejlesztésével. Másrészt pedig részt vállalhat a rehabilitáció különböző szintjeinek a szervezeti kereteinek kialakításában (pl. rehabilitációs központok létrehozásával).

A **civil szervezetek** nagy szerepet vállalhatnak a foglalkozási rehabilitációban. Ezekkel a szervezetekkel a betegek az egészségügyi rehabilitáció (első két szintje) során kerülnek kapcsolatba, akár betegtársaikon, akár az intézményen keresztül. Fontos továbbá, a szociális szolgáltatók támogatásával egyre nagyobb kör számára elérhetőek legyenek ezek a rehabilitációs szolgáltatások (egészen az orvostól kezdve).

VI.5.4 Módszertanok, jó gyakorlatok

A szív- és érrendszeri betegek foglalkozási rehabilitációjára jelenleg még nem található speciális módszertani példák vagy jó gyakorlatok sem hazánkban, sem nemzetközi szinten. Az orvosi-egészségügyi rehabilitáció módszertana hazánkban is jól kidolgozott és magas színvonalon megvalósított – a szolgáltatások elérhetőségének fejlesztésére azonban nagy szükség van.

A célcsoport munkaerő-piaci, munkahelyi szükségleteivel foglalkoznak tudományos tanulmányok, azonban ezek is elsősorban a betegség általános jellegzetességeiből kiindulva közelítik meg a problémát.

A célcsoport rehabilitációját támogató, segítő civil szervezetek többnyire a harmadik szintű rehabilitációs szolgáltatásokat nyújtják, azaz a rendszeres mozgást és az e mellett kialakítandó helyes életmódhoz tanácsadást nyújtanak a szív- és érrendszeri betegeknek.

VI.5.5 Célcsoport-specifikus módszertani javaslatok

- A **rehabilitációs szolgáltatásokhoz való hozzáférés** fejlesztése.

A szív- és érrendszeri betegek szempontjából kiemelkedő jelentősége van a szolgáltatások elérhetősége biztosításának – az egészségügyi rehabilitációtól a foglalkozási rehabilitációig –, hiszen láthattuk, hogy a célcsoport tagjai szocio-demográfiai jellemzőikből adódóan (elsősorban kor, lakóhely), nagy arányban nem jutnak ilyen segítséghez. Ennek javításához nyilván olyan intézkedésekre is szükség van, melyek túlmutatnak a módszertanban rögzített feladatokon, azonban tudatos és tervezett toborzási és bevonási stratégiával javítani lehet a célcsoport elérésén, és ezáltal a rehabilitációs szolgáltatásokba való bevonásán.

- A célcsoport **foglalkozási rehabilitációjának fejlesztése, célcsoport-specifikus módszertani elemek** kidolgozása és alkalmazása.

A célcsoport leíráshoz kapcsolódó adatfelvételek során azt tapasztaltuk, hogy a szív- és érrendszeri betegek foglalkozási rehabilitációja igen hiányos – ha nyújtanak is szervezetek ilyen szolgáltatást, azok elsősorban a rehabilitáció egészségmegőrzéssel kapcsolatos elemeire fókuszálnak. Fontos tehát a foglalkozási aspektusok nagyobb mértékű hangsúlyozása, amiben segítséget nyújthat majd bizonyos célcsoport-specifikus elemek beépítése a megváltozott munkaképességű emberek foglalkozási rehabilitációjára kidolgozott módszertanba. Emellett ügyelni kell azonban arra, hogy a betegségcsoport

szintén igen széles kört fed le, így a módszertani elemeknek kellően rugalmasnak kell lenniük ahhoz, hogy az **egyéni szükségletekhez, igényekhez** lehessen illeszteni őket.

- **A munkaadók és a munkatársak felkészítése.**

A szív- és érrendszeri betegek esetében – a daganatos betegekhez hasonlóan – a munkahely és a munkakör adaptációja nem a klasszikus formában zajlik, nem elsősorban fizikai akadálymentesítést igényel. Esetükben inkább a munkaadó és a munkatársak felkészítésén van a hangsúly: tudják, hogy a célcsoport tagjainak milyen speciális szükségleteik, igényeik vannak munkájuk megfelelő elvégzésének érdekében, illetve ezeket hogyan lehet számukra biztosítani. Ezzel a szív- és érrendszeri betegséggel élő munkavállaló számára mind a munkahelyre, mind pedig a munkakörbe való beilleszkedése segíthető, növelve ezáltal az elhelyezkedés és a munkában maradás esélyeit.

VI.6 Mozgásszervi betegek

VI.6.1 A célcsoport meghatározása

A mozgásszervi betegségek csoportja igen széleskörű, magában foglalja **a csont, az izom és a kötőszövet károsodásainak, elváltozásainak** számos formáját. Ezeket okozhatja kopás, ritkulás, gyulladás, idegi jellegű elváltozás, baleset stb.

A mozgásszervi betegségek jelentkezhetnek már **egyből a születés után vagy szerzett formában**, valamilyen egészségkárosító hatás vagy körülmény hatására. Ezen kívül a betegség **súlyossága is eltérő lehet**: előfordulhat átmeneti egészségkárosodás (akut betegség), tartós egészségkárosodás (krónikus betegség) vagy maradandó egészségkárosodás (fogyatékos). Közülük a mozgásszervi rehabilitáció jellemzően a következő célcsoportokra terjed ki: (1) orthopédiai betegséggel, rendellenességgel rendelkezők, (2) reumatológiai problémában szenvedők, (3) baleset következtében (polytrauma, neurotrauma, égés stb.) szerzett sérüléssel rendelkezők, (4) amputált betegek, (5) anyagcsere problémák, diabetes következtében mozgásszervileg károsodott betegek. A leggyakoribbak a gerincoszlopban vagy az alsó végtagokban bekövetkezett sérülések (Dr. Vekerdy-Nagy 2010).

A mozgásszervi károsodás a munkaképesség csökkenés igen gyakori oka (a daganatos, a keringési és a mentális és viselkedészavarok után). Esetükben is a soros felülvizsgálatokon továbbra is rokkantnak minősítettek aránya magasabb, mint az „új rokkantság” esetében. A 2011-es évben előbbieik körében ugyanis 10 000 munkavállalási korúra 1,9, míg utóbbiaknál 6,5 beteg jutott. Tavaly **3 302 új igénybejelentés** érkezett be csont-izomrendszer és kötőszöveti betegségben szenvedőktől – ők adták **az összes új igénylés egy kilencedét (11,1%)**. Az összes új igénybejelentésen belül tapasztalt arányokhoz viszonyítva csekély az eltérés a rehabilitálhatóak és a **rehabilitációra nem javasoltak** között: míg a mozgásszervi betegeknek mindössze **58%-a** tartozik az utóbbi kategóriába, addig az összes célcsoport viszonylatában ez kétharmad.¹³⁰

A teljes **megváltozott munkaképességű** csoportot tekintve a mozgásszervi betegségek még inkább gyakoriak, közel **kétharmaduknál jelentkeznek ilyen jellegű problémák**. Az ilyen típusú sérülések, elégtelenségek – a többi betegség- és fogyatékosági típushoz hasonlóan – jellemzően nem önmagukban fordulnak elő, **mindig**

¹³⁰ Forrás: NRSZH 2012.

fennáll mellettük egy vagy több másféle betegség is. Ez a mozgássérülésre – más típusú egészségkárosodásokhoz képest – kevésbé jellemző, azonban esetükben is mindössze 15% azok aránya, akiknél kizárólag ilyen jellegű probléma okozza a munkaképesség csökkenését. A mozgásszervi betegségekhez leggyakrabban tartósan fennálló, **krónikus betegségek** – pl. szív- és érrendszeri vagy cukorbetegség – (az esetek 60%-ában) vagy **rendszeresen visszatérő fájdalomérzet** (49%) párosul (NCSSZI-TÁRKI 2010).

A célcsoport tagjai a szakértők szerint viszonylag **nagy arányban megjelennek az ellátórendszerekben.** Rendszeresen jelentkezik a házi és a szakorvosoknál. Az egészségügyi rehabilitáció egyre szélesebb körben, szinte mindenki számára hozzáférhető, még ha ez a szolgáltatáshiányos településeken, térségekben nagyobb erőfeszítést is igényel (a foglalkozási rehabilitáció esetében a helyzet már ennél jóval rosszabb). A többi ellátórendszerbe (elsősorban szociális, de akár munkaügyi) szintén nagy hányaduk bekapcsolódik, aminek legfőbb oka a megélhetési kényszer.¹³¹

VI.6.2 A célcsoport jellemzői, szükségletei

A mozgásszervi megbetegedések egyértelműen az idősebbek körében, az **55 év felettek** között jelentkezik leggyakrabban. Ennek fő oka, hogy őket sújtják leginkább a kor előrehaladtával kialakuló – a helytelen életmódnak is köszönhető – reumás vagy kopásos mozgássérülések.

A célcsoport a kor mellett a **lakóhely szempontjából is hátrányokkal indul a munkaerőpiacon** való elhelyezkedési esélyek tekintetében. Tagjai ugyanis nagyobb arányban élnek a **keleti országrész régióiban**, mint a más típusú egészségkárosodásban szenvedők (56,5% az összes megváltozott munkaképességű ember körében tapasztalt 54%-hoz és a nem mozgássérültek körében megfigyelt 49,3%-hoz képest). E területen belül is elsősorban a Dél- és az Észak-alföldi régióban viszonylagosan magas az arányuk. Emellett a legkisebb településeken, a **községekben** felülreprezentáltak. Ez azért jelent nagy gondot, mert ily módon **korlátozott(abb) lehetőségük van a munkalehetőségekhez és a rehabilitációs szolgáltatásokhoz való hozzáféréshez.**

47. táblázat A mozgásszervi betegek korcsoport szerinti eloszlása más megváltozott munkaképességű célcsoportokhoz viszonyítva (2010, %)

Életkori csoportok	Arányuk a mozgásszervi betegek körében (%)	Arányuk a mozgásszervi betegséggel nem rendelkezők körében (%)	Arányuk a teljes megváltozott munkaképességű célcsoportban (%)
25 alatt	0,8	2,0	1,2
25-34 éves	3,1	6,3	4,2
35-44 éves	9,2	15,0	11,2
45-54 éves	30,8	34,3	32,0
55 és felette	56,2	42,3	51,3
Összesen	100	100	100

Forrás: NCSSZI-TÁRKI 2010.

¹³¹ Forrás: szakértői interjúk.

48. táblázat A mozgásszervi betegek településtípus szerinti eloszlása más megváltozott munkaképességű célcsoporthoz viszonyítva (2010, %)

Településtípus	Arányuk a mozgásszervi betegek körében (%)	Arányuk a mozgásszervi betegséggel nem rendelkezők körében (%)	Arányuk a teljes megváltozott munkaképességű célcsoportban (%)
főváros	7,6	12,0	9,1
megyeszékhely	16,2	17,4	16,7
egyéb város	34,0	35,7	34,6
község	42,2	34,9	39,6
Összesen	100	100	100

Forrás: NCSSZI-TÁRKI 2010.

A munkaerő-piaci részvétel – valamint az erre való hajlandóság – szempontjából azt láthatjuk, hogy a mozgásszervi betegséggel rendelkezők nem térnek el jelentősen más célcsoportoktól: sem aszerint, hogy van-e munkájuk, sem aszerint, hogy azokat, akik állásban vannak, milyen típusú munkahelyen foglalkoztatják (nyílt munkaerő-piaci munkáltató, védett foglalkoztató, bentlakásos intézmény stb.). A végzettség szempontjából sem mutatnak különbséget.

Inaktivitásuk okai között két olyan tényező van, amely a többi megváltozott munkaképességű emberhez viszonyítva „kiemelkedik”: a **megfelelő közlekedési lehetőség hiánya**, illetve a **családi kötelezettségek**. Előbbi, a fentiekben leírt lakóhelyi jellemzők ismeretében nem meglepő. Azt azonban megerősíti, hogy a kisebb településen élő mozgásszervi sérültek munkához jutási esélyei eleve korlátozottak, melyeket a szállítási nehézségeik megoldásával lehetne javítani. Viszonylag többen vannak azok is, akiket otthoni feladataik, kötelezségeik korlátoznak a munkavállalásban – abszolút értékben azonban arányuk nem jelentős. Ez utalhat rossz szociális helyzetükre, egy otthon lévő családtag ápolására, akár a háztáji gondozására, ami bevételi forrást jelenthet.

49. táblázat A mozgásszervi betegek eloszlása az inaktivitás oka szerint, más megváltozott munkaképességű célcsoporthoz viszonyítva (2010, %)

Inaktivitás oka	Arányuk a mozgásszervi betegek körében (az „igaz” válaszok aránya, %)	Arányuk a mozgásszervi betegséggel nem rendelkezők körében (az „igaz” válaszok aránya, %)	Arányuk a teljes megváltozott munkaképességű célcsoportban (az „igaz” válaszok aránya, %)
Nincs megfelelő közlekedési lehetőség.	18,7	13,8	17,0
Családi kötelezettségei miatt nem teheti meg (hogy dolgozzon).	9,4	6,6	8,4

Forrás: NCSSZI-TÁRKI 2010.

A mozgásszervi betegséggel küzdő megváltozott munkaképességű emberek munkavállalással, munkavégzéssel kapcsolatos speciális szükségleteiről azért igazán nehéz általánosan beszélni, mert a célcsoport egészségkárosodásával kapcsolatos jellemzői számos tényezőtől függhetnek. Ilyen például, hogy (1) veleszületett vagy szerzett betegségről van szó; (2) milyen jellegű a sérülés (mely végtagot/a gerincet

érinti; csontban/porcban/ízületben jelentkezik stb.); (3) mennyire súlyos a károsodás; (4) milyen eredetű a mozgássérülés; (5) van-e a mozgássérülés mellett valami egyéb, járulékos betegség is, és ha igen, mi az vagy mik azok; stb. Emellett pedig még mindig nagy jelentősége van az egyéni jellemzőknek, köztük az attitűdnek, a motivációnak.

A **szerezett mozgásszervi károsodás esetében** – főként ha az hirtelen, például betegség következtében jelentkezik – a betegnek meg kell küzdenie **a betegség kialakulásának feldolgozásával járó lelki nehézségekkel**. Így esetükben kiemelt jelentősége van a pszichológiai segítségnyújtásnak, támogatásnak is. Veszélyesített vagy gyerekkorban szerzett betegség esetében ennek kisebb súlya van, hiszen a betegnek munkaképes korára lehetősége van hozzászokni a károsodáshoz (hacsak nem jelentkezik újabb tünetek vagy járulékos betegségek), illetve az orvosi rehabilitációja is korán elkezdődhet.

Az **egészségügyi rehabilitáció** a mozgásszervi betegek esetében mindig **célzottan valósul meg**, a testnek arra a pontjára fókuszál, ahol a károsodás található. Ezt nyilván befolyásolhatja a betegség eredete, illetve a járulékos sérülés, amennyiben van, vagy vannak ilyenek. Az egészségügyi rehabilitáció folyamata mindig **egyénre szabott**. Az anamnézis és a betegvizsgálat után egy orvosi stáb alakítja ki az **egyéni fejlesztési tervet** – ennek mentén zajlik a folyamat. Az egyéni rehabilitációs terv felülvizsgálatára, a beteg fejlődésének ütemétől függően, lehetőség van. Az anamnézis tartalmazza a beteg egészségügyi és pszichológiai állapotának, valamint szociális és foglalkoztatási helyzetének elemzését. A betegvizsgálat már konkrét orvosi vizsgálat, a test és szervek állapotának, funkcióinak, működésének vizsgálatára irányul. Az ellátás során mindezek mellett figyelembe veszik az életkort, a fejlődési zavar(oka)t, a családi terheltséget, a progressziót, a funkcionális paramétereket (légzésfunkció, fizikai állóképesség, izomerő), a lelki alkatot és a szolgáltatások elérhetőségét is. Az orvosi rehabilitáció – minden egyéni sajátosság figyelembe vétele miatt – tehát **nagyon differenciált**. Éppen ezért arra sincsen minden betegre érvényes modell, hogy milyen időtartamban zajljék a folyamat, illetve meddig kell eljutnia a betegnek a rehabilitációs folyamat végére. A cél – amennyiben erre van reális esély és lehetőség – hogy a mozgásszervi sérültek úgy kerüljenek ki az egészségügyi intézményből (és így az egészségügyi rehabilitációból), hogy önálló életvitelre képessé váljanak.¹³²

A rehabilitáció során és után a mozgásszervi betegeknek szükségük lehet **segédeszközre**, amelyeket szintén az egyén szükségleteinek megfelelően választanak ki a szakorvosok. Mára már nagy kínálata van a segédeszközöknek. A segédeszközök szinte minden beteg számára elérhetőek. A segédeszközökhöz való egyszeri hozzájutás ugyan egyre könnyebb, viszont ha bármi probléma merül fel a segédeszközzel kapcsolatban, az problémát jelent a beteg számára – amire már nehéz megoldást találni. A segédeszköz-karbantartás és –kölcsonzés költséges.

VI.6.3 A szükségletekre való reagálás

A munkaképes korú mozgásszervi betegeknél egészségügyi rehabilitációjuk után jellemzően munkaképesség csökkenést állapítanak meg, melynek mértéke nyilván függ a sérülés súlyosságától és jellegétől. Ez az **állapot nem feltétlenül állandó**: a betegnek az idők folyamán súlyosbodhat, de akár javulhat is az állapota.

¹³² Forrás: Dr. Vekerdy-Nagy 2010 és szakértői interjúk.

Az orvosi rehabilitáció után – nyilván attól függően, hogy volt-e előtte munkahelye, illetve hogy az milyen sajátosságokkal bírt – a mozgásszervi sérüléssel küzdők **nagy valószínűséggel nem tudnak visszaállni korábbi munkahelyükre, munkakörükbe**, legalábbis nem annak adaptációja nélkül. Azok pedig mindenképp nehezebb helyzetben vannak, akik a sérülésük bekövetkezése, diagnosztizálása előtt sem sikerült – ideiglenesen vagy tartósan – elhelyezkedniük.

Így mindkét csoport esetében szükségessé válik a foglalkozási rehabilitáció. A **foglalkozási rehabilitációs szolgáltatások, főként a fővárosban vagy a nagyobb településeken elérhetők**. Ennek következtében a kisebb városokban, községekben és/vagy perifériás lakóhelyen élők számára az e szolgáltatásokhoz való hozzáférés nehézségekbe ütközik, ami még inkább gátolja munkaerő-piaci re-integrációjukat. Ezek között az emberek között fennáll az elszigetelődés veszélye is. A célcsoport szakértőjétől e probléma megoldására javaslatként fogalmazódott meg, hogy amennyiben a foglalkozási rehabilitációhoz szükséges felmérés már az orvosi rehabilitáció szakaszában el tudna indulni, az növelné az esélyét, hogy senki se maradjon ki ezekből a szolgáltatásokból, valamint, hogy a komplex rehabilitáció szegmensei integráltan tudjanak megvalósulni.

A **munkakeresés** során – amennyiben a mozgásszervi beteg már képes erre: megfelelő az egészségügyi állapota, rendelkezik a szükséges készségekkel, kompetenciákkal és motivációval – szintén fontos szempont, hogy **mozgásszervi betegségek megléte (főként súlyosabb esetekben) szemmel látható**, így a munkáltatók számára is nyilvánvaló – nem eltitkolható, mint más, belső szervi megbetegedések, így például a daganatos vagy a szív- és érrendszeri megbetegedések. Ez magában foglalhatja a mozgásszervi sérülés(ek)kel rendelkezőkkel szembeni **sztereotípiák, előítéletek** felszínre törését, amely szintén akadály lehet a munkavállalásnak. Ilyen esetek mára már egyre kevésbé észlelhetők – mind a megváltozott munkaképességű emberek, mind a szakértők észlelése szerint¹³³ –, azonban lehetőségük mindig fennáll. Ez nem feltétlenül abban nyilvánul meg, hogy egy mozgásában bármilyen mértékben korlátozott munkavállalót kevésbé vesznek fel egy adott állásba,¹³⁴ hanem akár abban is, hogy a neki **megfelelő munkakör kiválasztásánál a sérülése az elsődleges szempont, és más egyéni jellemzők figyelmen kívül maradnak**. Erre jó példa a túlképzettség: ahogy az egyik interjúalany fogalmazott, *„egy diplomás embert beültetni egy portásfülkébe, az nem annyira jó megoldás”*. Amennyiben egy mozgásszervi betegséggel küzdő munkavállaló nem talál a számára megfelelő munkalehetőséget a munkaerőpiacon, lehetőséget jelenthet számára a **védett vagy az intézményen belüli foglalkoztatás**, amely számukra viszonylag jól elérhető.

A **munkába állás** – és akár már a munkahely és a munkakör – kiválasztása során fontos szempont (főként, ha a munkakereső valamilyen segédeszközt vesz igénybe), hogy **a munkahely és azon belül is a munkavégzés helyszíne jól megközelíthető legyen** a célcsoporthoz tartozó munkavállaló számára. A munkába való eljutásnak, a munkahely környezetének és a munkavégzés fizikai környezetének tehát akadálymentesnek kell lennie ahhoz, hogy a munkavállaló zavartalanul tudja megoldani a rendszeres

¹³³ Forrás: NCSSZI-TÁRKI 2010, szakértői interjúk.

¹³⁴ Nyilván előfordul, hogy egy munkára való kiválasztás során egy egészséges munkakeresőt előnyben részesítenek egy mozgásszervi beteggel szemben, azonban sok munkavállaló úgy vélekedik, hogy ezek a munkakeresők a mozgásszervi gondjuktól eltekintve képesek az adott feladat ellátására, így előnyben részesíthetik a más típusú betegséggel rendelkező megváltozott munkaképességű álláskeresőkhöz képest.

munkavégzést. Az akadálymentesítésnek, főként a munkaállomás terén, szintén az egyén szükségleteihez kell illeszkednie. Az akadálymentesítés módszerei már jól kidolgozottak hazánkban, az erre vonatkozó szakértelem is egyre többek számára elsajátítható. Ennek ellenére még – ha javuló is a tendencia – ez rengeteg épület esetében gondot jelent, aminek fő oka nagy valószínűséggel a megvalósítás költségvonzata.

Az egyéni tényezők figyelembe vétele mellett, az előző fejezetben is végigvett lehetségesen felmerülő szükségletekből kiindulva megállapíthatók olyan megoldási javaslatok, amelyek segíthetik a mozgásszervi betegek be- (vagy vissza-) illeszkedését a munkaerőpiacra.

50. táblázat A mozgásszervi betegek munkába állása szempontjából speciális szükségletek és azok lehetséges megoldásai

Speciális szükséglet	Megoldási lehetőségek
A munkahelyre való akadálymentes eljutás	<ul style="list-style-type: none"> • Tömegközlekedéssel jól megközelíthető munkahely • Támogatószolgálat (vagy más segítő szolgálat) igénybe vétele • Rugalmas munkabeosztás • Távmunka
A munkahelyen belüli akadálymentes közlekedés	<ul style="list-style-type: none"> • A munkahely fizikai akadálymentesítésének biztosítása • Munkatársak, munkahelyi személyzet segítségnyújtása • Kommunikációs eszköz alkalmazása a munkahelyen belül a mozgás, közlekedés csökkentése érdekében
A munkavégzéshez szükséges eszközök gond nélküli használata	<ul style="list-style-type: none"> • Megfelelő eszközök kiválasztása és alkalmazása • Állítható eszközök • A munkavégzéshez feltétlenül szükséges eszközök elérhető közelségbe tétele
Fizikai megterhelés csökkentése	<ul style="list-style-type: none"> • Rendszeres szünetek beiktatása • Szellemi vagy kézi összeállítást igénylő feladatok ellátása

Forrás: Morosky, Ulin, Bruyere 2000; Kyei-Dompim 2010; szakértői interjúk.

Mindezek alapján a célcsoport számára alkalmasak lehetnek **ülő, asztal mellett végezhető feladatok; számítógéppel végezhető munkák**, pl. adatrögzítés, adatkarbantartás; **adminisztratív munkák; kézi összeállítást végző munkakörök**. Mindemellett – vagy ezeken belül – fontos szem előtt tartani **a munkavállaló egyéni kompetenciáit, képességeit, attitűdjeit**.

VI.6.4 Módszertanok, jó gyakorlatok

A mozgásszervi betegek foglalkozási rehabilitációja azért is igen nehéz, mert a betegség – ahogyan a fentiek alapján láthatjuk – igen széles spektrumú, ezért az adott betegség jellegéből adódó szükségleteket sem lehet általánosítani. Ezekhez pedig még hozzájönnek a további egyéni jellemzőkből adódó szükségletek.

A mozgásszervi betegek számára nyújtott rehabilitációs szolgáltatásokat elsősorban olyan nonprofit szervezetek valósítják meg, melyek érdekvédelmi szervezetként kezdték meg tevékenységüket, és ezután professzionalizálódtak. Így ezek célcsoportja is

többnyire a súlyosabb fokban mozgáskorlátozott munkakeresőkre korlátozódik, még ha az elmúlt időszakban néhány szervezet meg is próbált nyitni az enyhébb fokban egészségkárosodott mozgásszervi betegek felé. Ezek a foglalkozási rehabilitációs programok általában a megváltozott munkaképességű célcsoporttal foglalkozó projektekbe integrálva, általános módszertan alkalmazásával valósulnak meg, figyelembe véve a bevont mozgásszervi betegek speciális egyéni szükségleteit, igényeit.

A hazai programok közül a Motiváció Alapítvány tevékenységét, a MEOSZ kapcsolódó programját, valamint a székesfehérvári Viktória Rehabilitációs Központ tevékenységeit említették a szakértők külön is.

VI.6.5 Célcsoport-specifikus módszertani javaslatok

- **A rehabilitációs szolgáltatásokhoz való hozzáférés fejlesztése.**

A mozgásszervi betegek a szolgáltatások hozzáférése szempontjából kifejezetten hátrányban vannak, egyrészt fizikai korlátozottságuk, másrészt jellemző lakóhelyük okán. Az elérhetőség javításának érdekében a módszertan annyit tehet, hogy tudatos és tervezett toborzási és bevonási stratégiával javítani lehet a célcsoport elérésén, és ezáltal a rehabilitációs szolgáltatásokba való bevonásán.

- **Egyéni szükségletek, igények figyelembe vétele.**

Mivel a mozgásszervi betegségek – a betegség jellegétől, súlyosságától stb. függően – igen sokfélék lehetnek, amit a járulékos betegségek még inkább differenciálnak, a célcsoport rehabilitációja során fontos az egyéni szükségletek, igények figyelembe vétele a folyamat hatékonyságának növelése érdekében. Ez a kritérium már az orvosi rehabilitáció során is megjelenik, ahol a kezelést nemcsak a beteg egészségügyi állapotához és orvosi problémáihoz igazítják, hanem számítanak szocio-demográfiai jellemzői, szociális helyzete, motivációja stb. is.

- **A munkahely felkészítése.**

A mozgásszervi betegek esetében (is) a munkahely felkészítése magában foglalja egyrészt a munkakörnyezet adaptációját, valamint a munkaadó és a munkatársak érzékenyítését is. A munkakörnyezet tekintetében szükséges a munkavégzés helyszínének, a munkaállomásnak, illetve környezetének fizikai akadálymentesítése – annak biztosítása, hogy a mozgásszervi betegséggel küzdő munkavállaló könnyen el tudjon jutni (az otthonából) a munkahelyére, és azon belül is könnyen el tudja érni a feladatai elvégzésének színterét. A munkaadó és a munkatársak felkészítésének a célcsoporthoz tartozó munkavállaló beilleszkedésének szempontjából van kiemelt jelentősége: hogy a munkatársai elfogadják, nyitottak legyenek felé, integrálódni tudjon a munkavállalók csoportjába; valamint hogy a kollégái is ismerjék azokat a speciális igényeit és szükségleteit, melyek kielégítése a megfelelő munkavégzés érdekében szükségesek, és tudjanak segíteni ezek megteremtésében. A munkahely felkészítése tehát elengedhetetlen a célcsoport foglalkozási rehabilitációja – elsősorban munkába állása és munkában maradása – szempontjából.

- **A célcsoporttagok asszertivitásának fejlesztése.**

A célcsoport fontos jellemzője egyrészt, hogy – főként, ha betegségük nem veleszületett, hanem szerzett, és meg kell küzdeniük a betegség kialakulásával járó nehézségekkel – zárkózottan, önbizalom-hiányosan élnek, melyek leküzdése a munkaerő-piaci

integrációjuk alapvető feltétele. Másrészt sok esetben nekik sincs elegendő és megfelelő információjuk a kezelési és rehabilitációs (és akár az ellátási) lehetőségekről. Fontos ezért a lehetőségeik megismertetése, valamint motivációjuk, illetve önmagukért való kiállásuk fejlesztése.

VI.7 Nemzetközi jó gyakorlatok

Az érintett célcsoportok foglalkoztatási szolgáltatásai **külföldön jellemzően nem szakosodnak egy-egy sajátos klienscsoportra**, hanem **kliensközpontú megközelítéssel egyénileg foglalkoznak a különféle fogyatékossgal / állapottal rendelkező igénybevevőkkel**.

a.) Készségfejlesztés: az iskola és a munkahely közötti átmenet megkönnyítése fogyatékkal élő fiatalok számára, Olaszország¹³⁵

Programgazda: Provincia di Latina Settore Politiche Sociali, Olaszország

A program területe: Latina Tartomány, melyhez 33 önkormányzattal rendelkező település tartozik, lakossága kb. 600 000 fő, 37 középiskolája van, melyekben 26 270 14-19 éves korú fiatal tanul. Közülük 523 fő enyhe vagy közepes mértékben, míg 225 fő súlyosan fogyatékos.

A program célcsoportja: olyan fogyatékkal élő középiskolás korú fiatalok, akik szociális problémákkal is küzdenek.

A program leírása

A program 2003-tól működik. Évente vezérfonalat dolgoznak ki három akcióterületen:

- akciók, melyek olyan fogyatékkal élő tanulókat céloznak, akik szociális problémákkal is küzdenek;
- akciók, melyeknek célcsoportjába érzékszervi fogyatékkal élő (vak és siket) tanulók tartoznak;
- iskolai szállító szolgáltatás fogyatékkal élő tanulóknak.

34 középiskola és 748 fogyatékkal élő tanuló vesz részt a programban.

A programot működtető munkacsoport szociológusokból, pedagógusokból, szociális munkásokból, oktatási asszisztensekből, művészekből és pszichológusokból áll.

Célok:

- a tanulók legjobb lehetőségeinek kiaknázása, készségeik fejlesztése,
- az életminőségük javítása,
- jó gyakorlat modell bemutatása,
- olyan program kivitelezése, amely megkönnyíti és támogatja a fogyatékkal élő és szociális problémákkal küzdő tanulók átlépését az iskolából a munka világába.

Tevékenységek:

- színházi műhely,
- zeneterápia,

¹³⁵ Forrás: <http://www.provincia.latina.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/12005>

- testi önkifejezés,
- táncterápia,
- testi harmónia tréning,
- facilitált hypertext (tudásstruktúrálási eszközként),
- tanácsadó iroda,
- hírlevelek és újságok,
- tréning és tréningen való részvétel.

Tevékenységek fogyatékkal élő és ép tanulók számára:

- az iskolából a munka világába való átlépést segítő tréning,
- érzelmi tréning,
- multimédia és grafikus művek alkotása,
- pszichológiai tanácsadás a tanulóknak és szüleiknek,
- labdajáték (tchoukball) és paralimpia,
- önszervező csoportok.

Eredmények:

- a résztvevők autonómiájának és önállóságának növekedése, tekintetbe véve azokat a korlátokat, melyek a különböző képességekből, vagy az egyes tanulók helyzetéből fakadó szociális problémákból következnek;
- megfelelő hálózat-működtetési kultúra kialakulása;
- olyan tudások és készségek elsajátítása, amelyek lehetővé teszik, hogy a tanulók munkatapasztalatokat szerezzenek;
- ugyanolyan munkalehetőségek megnyílása a fogyatékkal élő fiatalok számára, mint amilyenek az ép tanulók rendelkezésére állnak.

A 2012/13-as iskolaévre kiadott vezérfonal öt akcióterülete:

- a súlyos fogyatékkal élő tanulók autonómiájának fejlesztése a helyi Egészségügyi Osztállyal való együttműködésben;
- az enyhe vagy közepes mértékű fogyatékkal élő, valamint a szociális problémákkal küzdő tanulók integrációja az ép tanulók közé a tanárokkal, valamint a helyi szociális szövetkezetekkel való együttműködéssel;
- a vak és siket tanulókkal kapcsolatos akciók, mint amilyen a jelnyelv és Braille-írás alkalmazása. Ezeket az akciókat speciális képzettséggel rendelkező operátorok hajtják végre olyan szociális szövetkezetekkel együttműködve, melyeknek nagy tapasztalata van ezen a területen. Három további akció a vak és siket tanulók számára: kollégiumi költségek megtérítése, hogy hozzájussanak a vakok és siketek számára létrejött gyógypedagógiai oktatáshoz; oktatási anyagok lefordítása a vak tanulóknak; pénzügyi támogatás az egyetemeknek, melyek fogyatékkal élő tanulókat fogadnak;
- az iskola és a munkahely közötti átmenetet megkönnyítő és támogató program a fogyatékkal élő és szociális problémákkal küzdő tanulók számára;
- költségvetési támogatás nyújtása a családoknak és az önkormányzatoknak, hogy megszervezzék a fogyatékkal élő és szociális nehézségekkel küzdő tanulók közlekedését.

b.) „Plusz 35” projekt, Olaszország¹³⁶

¹³⁶ <http://www.provinz.bz.it/sozialwesen/behinderung-invaliditaet/arbeitsengliederung.asp>

Projektgazda: Autonome Provinz Bozen

A projekt területe: Bolzano-Bozen Tartomány, Dél-Tirol

Célcsoport:

- testi fogyatékkal élő emberek, súlyos fogyatékkal vagy pszichológiai/mentális zavarral élő emberek, tekintet nélkül az egészségkárosodás fokára;
- fogyatékossgal élő regisztrált munkanélküliek, akik el akarnak helyezkedni;
- akik továbbképzésben vettek részt, munkakészségeik javítása érdekében;
- akik jogosultak a közszolgáltatások igénybe vételére.

A projekt leírása

Általános célok:

- a munkaadók tudásának növelése: a fogyatékkal élő emberek munkakészségeinek tudatosítása;
- a közkiadások csökkentése (az integrált munkavállalók anyagi önállóságának növelésével);
- jobb és megfelelőbb munkahelyek megtalálása a fogyatékkal élő emberek számára a közszektorban.

Egyéni célok:

- normális munkaszerződéssel létrejött foglalkoztatás, hozzáférés a nemzeti társadalombiztosítási rendszerhez;
- az ép munkavállalókkal azonos státusz biztosítása a fogyatékkal élőknek a munkahelyen;
- az autonómia és az önrendelkezés növekedése a megfelelő jövedelem révén.

Intézkedések:

Időkorlát nélküli támogatás a közszolgáltatások számára, amelyek fogyatékkal élő embereket alkalmaznak. A programot szabályozó törvény által megszabott fogyatékkal élő munkavállalói létszám esetén a támogatás azonos a társadalombiztosítási hozzájárulással, az előírt létszámot meghaladó foglalkoztatottak esetében a támogatás a munkabér 60 %-a. Eredetileg a projekt keretében évente 35 fő elhelyezését tervezték, ez a szám 2010-re 60 főre emelkedett.

c.) Jobcentre Plus: Fogyatékos emberek foglalkoztatási tanácsadója (Disability Employment Advisers), speciális programok és támogatások, Egyesült Királyság¹³⁷

Programgazda: az Egyesült Királyság kormánya

A program területe: Egyesült Királyság

A program leírása

A **fogyatékos emberek foglalkoztatási tanácsadója** a helyi Jobcentre-ben segítséget nyújt az érintetteknek állást vagy képzést találni, valamint tájékoztatja az ügyfeleket a

¹³⁷ European Commission (2011): Supported Employment for people with disabilities in the EU and EFTA-EEA – Good practices and recommendations in support of a flexicurity approach. Study Report, pp. 194.
http://ec.europa.eu/justice/discrimination/files/cowi.final_study_report_may_2011_final_en.pdf [2013. aug. 3.]
<https://www.gov.uk/looking-for-work-if-disabled> [2013. aug. 3.]

helyi munkaadókról. Szükség esetén az ügyfelet munkapszichológiai szolgáltatáshoz juttatja, illetve „foglalkozási feltárást” végez.

Programok és támogatások:

- Work Choice: önkéntesen igénybe vehető azon fogyatékkal élő ügyfelek számára, akik csak nehezen találnak munkát. Egyénre szabott szolgáltatás, mely az ügyfél szükségleteihez és a munkaerő-piaci helyzethez igazodik, de általában a következőket nyújtja: tréning és készségfejlesztés, az önbizalom építése, felkészítés az állásinterjúra (coaching);
- munkatapasztalatot és képzést nyújtó szolgáltatás (Residential Training);
- Access to Work: anyagi segítséget nyújt a munkavállalónak vagy a munkaadónak bármely speciális eszköz megvásárlásához, ami szükséges ahhoz, hogy a fogyatékkal élő személy alkalmazkodni tudjon a munkafolyamathoz. Támogatja azoknak a munkavállalóknak a közlekedését, akik nem képesek használni a tömegközlekedési eszközöket. A program fedezi a jeltolmács, valamint a személyi segítő költségeit is.

d.) Támogatott gyakornoki és tereptanulási program fogyatékkal élő fiataloknak (Supported Internship and Traineeship program), Egyesült Királyság¹³⁸

Programgazda: Department for Business, Innovations and Skills, Department for Education

A program területe: Egyesült Királyság

Célcsoport: 16-24 éves értelmileg akadályozott fiatalok és munkaadók, akik felvesznek fogyatékkal élő fiatalokat.

A program leírása

- Cél: fogyatékkal élő 16-24 éves korú fiatalok fenntartható fizetett munkához segítése gyakorlathoz kötött tanulással és gyakornoki helyek biztosításával.
- Továbbképző központok keretében dolgozó szakértő karrier-tanácsadók tanítják a gyakornokokat, miközben azok minimum hat hónapig valódi munkahelyen dolgoznak. A munkaadók szintén kapnak segítséget a karrier-tanácsadóktól annak érdekében, hogy magabiztosan dolgozzanak fogyatékkal élő emberekkel, és megértsék a heterogén munkaerő foglalkoztatásával kapcsolatos vállalászási kérdéseket.

e.) Támogatott foglalkoztatási program, Ausztria¹³⁹

Programgazda: Ausztria kormánya, közreműködő szervezetek: Arbeitsmarktservice, Bundessocialamt, Dachverband berufliche Integration Austria, Begleitende Hilfen in Österreich

A program területe: Ausztria

¹³⁸ <https://www.gov.uk/government/news/government-announces-two-new-programmes-for-employers-to-take-on-young-disabled-people> [2013. aug. 3.]

¹³⁹ European Commission (2011): Supported Employment for people with disabilities in the EU and EFTA-EEA – Good practices and recommendations in support of a flexicurity approach. Study Report, pp. 164-168. http://ec.europa.eu/justice/discrimination/files/cowi.final_study_report_may_2011_final_en.pdf [2013. aug. 3.]

Célcsoport: 13-65 év közötti különböző fogyatékkal élő emberek (fiatalok 24 éves korig iskolai bizonyítvány nélkül vagy gyenge bizonyítvánnyal, szociális és érzelmi zavarokkal; felnőttek orvosi diagnózissal, legalább 50%-os rokkantsággal)

A program leírása

A Támogatott Foglalkoztatási Program (Arbeitsassistanze) Ausztriában 1992-ben két kísérleti projekttel kezdődött, melyek egyéni támogatást nyújtottak fogyatékkal élő embereknek. A szolgáltatásba beletartozik az iskolát korán elhagyó, fogyatékkal élő fiatalok tanácsadó szolgálata, hároméves személyes segítőszolgálat a szakképzettség megszerzéséhez, a személyi segítség a mindennapi élet praktikus ügyeihez és a technikai eszközök, melyek lehetővé teszik bizonyos munkafeladatok ellátását. Emellett az osztrák program a támogatott foglalkoztatás segítésének két típusát nyújtja: 1. „Arbeitsassistenzenz” a hagyományos betanítás a feladatok elsajátítására, ami egy évig áll a fogyatékkal élő munkavállaló rendelkezésére; 2. a „Job Coach” a segítség intenzívebb formáját nyújtja 3-6 hónap időtartamig, főleg értelmi sérülteknek, akiknek a munkában tartása problémát jelent. A két szolgáltatás között nincs éles határvonal, a coach időnként átveszi a betanító feladatkörét, amennyiben a munkavállalónak intenzívebb segítségre van szüksége. A támogatott foglalkoztatás munkacsoportokban, melyeket civil szervezet működtet, általában öt érintett esik egy Job Coach-ra.

Az osztrák támogatott foglalkoztatási program elsősorban a fogyatékkal élő munkavállaló képezésének/készségeinek valamint a munkaadó szükségleteinek megfeleltetésére koncentrál, e szükségletek kielégítését tekinti elsődlegesnek. Ezért úgy gondolják, hogy a fogyatékkal élő munkakereső foglalkoztatása elsősorban képességein, készségein és képzettségén múlik, bár néhány munkaadó a fogyatékkal élők foglalkoztatását társadalmi felelősségvállalása részének tekinti. Az utóbbi időkben a munkaadók egyre inkább hangsúlyozzák a kommunikációs és társas készségek jelentőségét. Ez egyre fontosabbá teszi azt, hogy a támogatott foglalkoztatási program szakemberei többet törődjenek a mentális problémákkal küzdők segítségével, akik nehezebben találnak helyet a munkaerőpiacon.

Az osztrák támogatott foglalkoztatási program elsősorban a fogyatékkal élő fiatalokkal foglalkozik, egyrészt mivel nagy hangsúlyt helyeznek az iskola és a munka világa közötti átmenetre, másrészt mivel a fiatalok kevésbé érdekeltek abban, hogy az elbocsátás elleni védelem vonatkozzon rájuk, mint az idősebbek, ezért könnyebb őket elhelyezni.

f.) Támogatott foglalkoztatási program, Cseh Köztársaság

Programgazda: magánvállalkozók, akiknek egy része tagja a Támogatott Foglalkoztatás Cseh Egyesületének.

A program területe: Cseh Köztársaság

Célcsoport: valamennyi fogyatékosági csoport.

A program leírása

A Cseh Köztársaságban nincsen országos Támogatott Foglalkoztatási Program, hanem több magánvállalkozók által működtetett projektet találunk, illetve a szolgáltatás a szociális szolgáltatások kompetenciaterületéhez tartozik, szociális rehabilitációnak tekintik. A programok finanszírozása részben a foglalkoztatási, részben a szociális szolgáltatási költségvetésből származik. A foglalkoztatási törvény a fogyatékkal élők

segítésének átfogó programját írja le (hozzájárulás a segítő eszközök vásárlásához, foglalkozási rehabilitáció és más eszközök). A támogatott foglalkoztatást tanácsadásnak és a foglalkoztatási törvény égisze alatt végzett tevékenységnek tekintik. A tanácsadást magánügynökségek végzik a foglalkoztatási szolgálattal kötött szerződés alapján. Korábban az EQUAL Közösségi Kezdeményezés biztosított finanszírozást hat nagy szolgálat számára a feladat elvégzésére, de ezek programok már befejeződtek. Most kérdés, hogy miképp folytassák a tevékenységet. Jelenleg több szolgáltató ESF (European Social Fund) forrásokat vesz igénybe a támogatott foglalkoztatási szolgáltatások működtetéséhez.

g.) Foglalkoztatási lehetőségek fogyatékkal élő személyek számára, Amerikai Egyesült Államok¹⁴⁰

Programgazda: Illinois Állam

A program területe: Illinois Állam

Célcsoport: fogyatékkal élő felnőttek, állami alkalmazottak, akik esetében a munkavégzéssel összefüggő vagy azzal össze nem függő munkaképesség-csökkenés akadályozza a korábbi foglalkozásuk folytatását; veteránok, akik a katonai szolgálattal összefüggésben, vagy más okokból fogyatékosokká váltak.

A program leírása

Illinois Államban két program áll a fogyatékkal élő emberek rendelkezésére.

Alternatív foglalkoztatási program (Alternative Employment Program), melynek célcsoportját azok a szakvizsgázott állami alkalmazottak jelentik, akik betegszabadságon vannak, mert a munkával összefüggő, vagy azzal össze nem függő okból munkaképességük csökkent, így nem tudnak korábbi munkahelyükön a továbbiakban dolgozni. A munkaképesség-csökkenést orvos állapítja meg, aki igazolja a teljes és maradandó fogyatékos állapotot, ami lehetetlenné teszi a korábbi pozícióban történő munkavégzést. Azok a munkavállalók, akik megfelelnek a kritériumoknak, munkahelyük személyzeti irodájától kérhetik a programba való felvételüket, ahol alternatív foglalkoztatási csomagot állítanak össze számukra. A programban való részvétel önkéntes, és nem érinti a fogyatékos ellátást, amennyiben mégsem vennének részt a programban. Az állam ügynökségközi bizottságot működtet a fogyatékosokkal élő alkalmazottak számára, mely képviseli az állami alkalmazottak érdekeit a fogyatékosokkal kapcsolatos ügyekben, továbbképzéseket és munkatapasztalat-szerző programot támogat, díjakat ítél oda, hírleveleket és tájékoztató anyagokat ad ki, valamint honlapot működtet.

Illinois Foglalkoztatás-biztonsági Hivatala, mely munkaközvetítést végez fogyatékkal élő emberek, veteránok és fogyatékosokká vált veteránok számára. A katonai szolgálattal összefüggő vagy más okból fogyatékosokká vált veteránok támogatását a Fogyatékosok Sikeres Lehetőségei Program (Successful Disability Opportunities Program) végzi, melyet az Egyesült Államok Veterán Ügyek Osztálya működtet az államok foglalkoztatási hivatalaival együttműködésben. A Foglalkoztatás-biztonsági Hivatal elsősorban állami munkahelyekre közvetít ki munkaerőt, ugyanis az USA törvényei előírják az állami hivatalok számára a fogyatékos munkavállalók alkalmazását. A hivatal segíti a fogyatékos embereket a jelentkezési lapok kitöltésében, biztosítja a felvételi teszt sikeres

¹⁴⁰ <http://work.illinois.gov/disabpgm.htm#atp> [2013. aug. 3.]

kitöltéséhez szükséges feltételek megteremtését (Accomodated Testing Program), tanácsadó szolgáltatást tart fenn a fogyatékkal élők számára, munkatapasztalat-szerzést és támogatott foglalkoztatási programot működtet, valamint finanszírozza a munkavégzéshez szükséges eszközök beszerzését.

h.) Calgary Alternatív Foglalkoztatási Szolgáltatások, Kanada¹⁴¹

Programgazda: Calgary Alternative Support Services

A program területe: Calgary, Kanada

Célcsoport: aki jogosult a fogyatékkal élők ellátására vagy legalább 18 éves és önmagát maradandó fogyatékkal élőként határozza meg, nem jogosult a munkanélküli ellátásra, munkanélküli vagy alulfoglalkoztatott.

A program leírása

A Calgary Alternatív Foglalkoztatási Szolgáltatások kliensközpontú szolgáltatásokat nyújt, melyek célja a kliens számára kívánatos munkahely megtalálásának és megtartásának segítése fogyatékos emberek, illetve olyanok esetében, akiket több probléma akadályoz a megfelelő munkahely megtalálásában. A szolgálat a klienssel együtt igyekszik meghatározni az ügyfél számára ideális munkahelyet és foglalkozást, valamint a kliens foglalkoztatási szükségleteit. Az állásinterjút és a munkahelyet a kliens céljainak megfelelően alakítják ki. Folyamatos követést biztosítanak, mind a kliens, mind a munkaadó számára annak érdekében, hogy erősítsék a munkavállaló készségeit és a munkakapcsolatot, valamint biztosítsák a munkahellyel való elégedettséget és a munkahely megtartását.

Szolgáltatások: karrier megbeszélés/célmeghatározás, karrier-tanácsadás/akcióterv, önéletrajz írása, interjúkészségek fejlesztése, támogatott munkahely-keresés/elhelyezés, betanítás („Job coaching”), támogatás a munkahely megtartásához és foglalkoztathatóságot fejlesztő műhely.

i.) Fogyatékkal Élő Emberek Foglalkoztatási Szolgáltatásai, Ausztrália¹⁴²

Programgazda: Ausztrália kormánya

A program területe: Ausztrália

Célcsoport: fogyatékkal élő, sérült vagy csökkent munkaképességű álláskereső

A program leírása

A szolgáltatás hivatása segítség nyújtása a fogyatékkal élők számára a munkába lépésre való felkészüléshez, a munkahely megtalálásához és megtartásához. A szolgáltatásokat forprofit és nonprofit, nagy, közepes és kis szervezetek nyújtják, melyek tapasztalattal bírnak a fogyatékkal élő munkakeresők támogatásában, a segítő vállalkozásban. A szolgáltatások két osztályba sorolhatók:

- fogyatékoság menedzsment szolgáltatás azon a fogyatékkal élő emberek számára, akik segítséget igényelnek a munkahely megtalálásában, és időnként ahhoz is szükségük van segítségre, hogy megtartsák azt;

¹⁴¹ <http://www.c-a-s-s.org/programs/caes> [2013. aug. 3.]

¹⁴² <http://deewr.gov.au/disability-employment-services> [2013. aug. 3.]

<http://deewr.gov.au/how-disability-employment-services-can-help-employers> [2013. aug. 3.]

- foglalkoztatást támogató szolgáltatás azok számára, akik maradandó fogyatékkal élnek, és rendszeres, folyamatos támogatásra van szükségük a munkahely megtartásához.

A szolgálat a fogyatékkal élő embereket alkalmazó munkaadókat is támogatja a következőkkel:

- szakértő toborzási tanácsadással és a munkahelyhez a megfelelő munkavállaló megtalálásában (job matching);
- segítség a fogyatékkal élő alkalmazottnak megfelelő munkakörülmények megteremtéséhez;
- a munkahelyen vagy azon kívül nyújtott támogatással, hogy az új munkavállalók megszokják a munkahelyet;
- folyamatos támogatás a munkavállaló és a munkaadó számára, ameddig szükséges;
- képzési információ;
- segítség azoknak a munkavállalóknak, akik fogyatékoságuk miatt nem képesek megfelelően ellátni a feladataikat.

Felhasznált és kapcsolódó irodalmak

Mentális- és viselkedészavarral élő emberek

Bond-Drake-Mueser-Becker: An update on Supported Employment for People with severe Mental Illnesses in: PSYCHIATRIC SERVICES March 1997 Vol. 48 No. 3
<http://neuro.psychiatryonline.org/data/Journals/PSS/3464/335.pdf>

Crowther-Marshall-Bond-Huxley: Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review. BMJ 2001;322:204.
http://www.bmj.com/content/322/7280/204?ijkey=99aa45ca9520c88f9e48d71f37283a4ec998f3fc&keytype2=tf_ipsecsha

ENWHP (The European Network For Workplace Health Promotion) webpage
http://www.enwhp.org/fileadmin/downloads/Workhealth_II/non_work_risk_factors_mental_ill_health.pdf

Job Accomodation Network (under the Office of Disability Employment Policy) = provide available literature and counselling for free for all stakeholders.
<http://askjan.org/media/Psychiatric.html>

Literature Review research conducted by URBIS in 2007 for the Department of Education, Employment and Workplace Relations, 2008.
http://foi.deewr.gov.au/system/files/doc/other/employment_assistance_for_people_with_mental_illnessliterature_review.rtf.

Mental Illness and Work. Canadian Psychiatric Association webpage
<http://publications.cpa-apc.org/browse/documents/22>

NHS (National Health Service) webpage.
<http://www.nhs.uk/Livewell/mentalhealth/Pages/returning-to-work-mental-health.aspx>

Ostara Australia webpage <http://www.ostara.org.au/index.php/interesting-articles/146-getting-back-to-work-after-a-mental-illness>

Szigony Alapítvány a Közösségi Pszichiátriáért: pszichiátriai betegek pszicho-szociális rehabilitációja a közösségben. <http://www.szigonyalapitvany.hu/pdf/szakmai-anyag.pdf>

<http://www.actassociation.org/>

<http://www.ebredesek.hu/>

Hallássérült emberek

A hallássérültek foglalkoztatási esélyeit ösztönző hazai jogszabályok és az európai direktívák összevetése. "Munkaerő-piaci akadályugrás" információs konferencia és workshop Budapest 2012. december 13.

<http://sinosz.hu/sites/default/files/hirek/visszatekinto/munkaero-piaci-akadalyugras/ka-eloadas-20121213.pdf>

Emelie Rydberg: Deaf people and the labour market in Sweden. Studies from the Swedish Institute for Disability Research 2010. <http://oru.diva-portal.org/smash/get/diva2:310710/FULLTEXT01>

Esélyegyenlőség, a fogyatékos személyek integrációja a munkaerőpiacon, Pilot vizsgálat felnőtt hallássérült személyek körében előadás anyaga.

<http://sinosz.hu/sites/default/files/hirek/visszatekinto/eselyegyenloseg-fogyatekos-szemelyek-integracioja-munkaeropiacon/fogyatekos-szemelyek-integracioja-munkaeropiacon-vizsgalat-eloadas-anyaga.pdf>

Félnek a munkaadók a hallássérültek alkalmazásától 2013.01.19.

<http://szakszervezetek.hu/index.php/hirek/4117-felnek-a-munkaadok-a-hallasserultek-alkalmazasato1>

Filius Ágnes: Jelnyelvi ügyintézők kellenének a munkaügyi központokba 2013.02.13.

<http://www.hrportal.hu/hr/jelnyelvi-ugyintezok-kellenenek-a-munkaugyi-kozpontokba-20130212.html>

Hallássérült diákok a munkavállalás küszöbén 2012.11.16 <http://fszk.hu/hallasserult-diakok-a-munkavallalas-kuszoben/>

Job Accomodation Network Accommodation and Compliance Series: Employees with Hearing Loss <http://askjan.org/media/Hearing.html>

National Technical Institute of Technology Integrating a Deaf Employee in the Workplace webpage. <http://www.ntid.rit.edu/nce/employers/visual-alert>

National Technical Institute of Technology Visual Alerting Equipment, webpage <http://www.ntid.rit.edu/nce/employers/working-with-deaf>

Nehéz helyzetben a hallássérültek a munkaerő-piacon 2013.01.09. <http://frtt.hu/nehez-helyzetben-a-hallasserultek-a-munkaero-piacon/>

Reaching deaf minds in the workplace, published by Sign 2005. http://www.deafinfo.org.uk/policy/RDMITW_Report.pdf

Shettfiel Hallam University: Working with deaf student on work placement. Brief guideline for employers.

<http://www.usemyability.org.uk/resources/files/4003%20Final%20proof%202.pdf>

The Canadian Hearing Society: Employment and employability needs of the deaf community in Peel and Halton regions 2002.
http://www.cdhalton.ca/pdf/Deaf_Study_Final.pdf

Univeristy of Illionis:Resources for working with youth with special needs.
<http://urbanext.illinois.edu/specialneeds/deaf.cfm>

What employees with rheumatoid arthritis, diabetes mellitus and hearing loss need to cope at work. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12718499>

<http://aphasie.hu/ksh-2011>

http://www.complex.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0900125.TV#lbj2param

http://www.salvavita.hu/index.php?menu_id=1210&topmenu=1200&oldal_id=1210&oldal_tipus=text

http://salvavita.hu/UserFiles/File/kozhasznusagi_2011.pdf

Beszéd fogyatékos emberek

A „beszéd fogyatékos” (hang-, beszéd- és nyelvi zavarban érintett) felnőttek logopédiai rehabilitációs ellátási esélyeinek megteremtésére irányuló projektterv - 2012, kézirat

ABI teszt tréning jelentés – Magyarország RSZFK Nonprofit Kft. http://www.adam-europe.eu/prj/5422/prd/38/2/ABI%20PILOT%20REPORT_Hungary_HU.pdf

Barnáné Gedó Edit, Szekrényesné Juhász Mária, Gárdonyiné Kocsi Ilona, dr. Szabó Edina, Nagy Orsolya: A beszéd fogyatékos felnőttek helyzete Magyarországon. FSZK, 2009
<http://www.fszk.hu/rpi/kiadvanyok/A-beszedfogyatekos-felnottek-helyzete-Magyarorszagon.pdf>

Dyspraxia Foundation: Dyspraxia dynamo project, evaluation
http://www.dyspraxiafoundation.org.uk/downloads/dynamo_project/dyspraxia_dynamo_an_evaluation.pdf

Dyspraxia Foundation Guide for Employers: Working with Dyspraxia
http://www.dyspraxiafoundation.org.uk/downloads/dynamo_project/Employer_guide_to_dyspraxia_1.0.pdf

Employment: Examples of reasonable adjustments
<http://www.stammeringlaw.org.uk/employment/ra.htm#telephone>

Job Accomodation Network: Job Accomodations for People with Speech-Language Impairments <http://askjan.org/media/stro.htm>

Job Accomodation Network: Job Accomodations for People who Stutter
<http://askjan.org/media/stut.htm>

Összefoglaló tanulmány az "SZ25/12 Beszéd fogyatékos felnőttek logopédiai ellátása " című modellkísérleti programról.
http://www.fszk.hu/rpi/szakmai_anyagok/Osszefoglalo_tanulmany.pdf

<http://aphasie.hu/ksh-2011>

Daganatos betegek

Job Accomodation Network, Office of Disability Employment Policy, USA: Accomodation and Compliance Series: Employees with Cancer. <http://askjan.org/media/Cancer.html>

National Cancer Institute, USA. <http://www.cancer.gov/cancertopics/cancerlibrary/what-is-cancer>

National Cancer Institute, USA. <http://www.cancer.gov/cancertopics/cancerlibrary/what-is-cancer>

Tompa Anna (2011): A daganatos betegségek előfordulása. A hazai és a nemzetközi helyzet ismertetése. Magyar Tudomány 11. 1333–1345.

Keringési zavaros betegek

Bunse-Birket-Smith: Cardiac Rehabilitation Chapter 9: Psychosocial Support. http://www.cardiacrehabilitation.dk/rehab_uk/html/index11.html

Gobelet, Charles; Franchignoni, Franco (2006): Vocational Rehabilitation. Springer, France

http://books.google.hu/books?id=FGo0CAxsGdAC&pg=PA195&lpq=PA195&dq=employment+rehabilitation+cardiovascular+diseases&source=bl&ots=k5nN3Fg8DZ&sig=Lf-Q_myAXH28MY2HbUKWMjicoyQ&hl=hu&sa=X&ei=N1TVUdLIEZT74QSIkIDQCw&ved=0CH8Q6AEwCA#v=onepage&q=employment%20rehabilitation%20cardiovascular%20diseases&f=false

Rehabilitation of patients with cardiovascular diseases. Report of a WHO Expert Committee 1964 http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_270.pdf

Mozgásszervi betegek

Dr. Vekerdy-Nagy Zsuzsanna (2010): Mozgásszervi rehabilitáció. Tananyag. <http://www.rehab.dote.hu/tananyag/vekerdy-mozgrehab-nyomtat.pdf>.

Kyei-Dompim, Benjamin (2010): Technical-vocational institute for the physically disabled. An examination of conflicting design requirements for people with mobility impairments. Thesis. <http://www.jstor.org/>

Morosky, Frank N.; Ulin, Sheryl; Bruyere, Susanne M. (2000): Workplace Accomodations for Persons with Musculoskeletal Disorders. Cornell University. <http://www.mtu.edu/dean/disability/docs/articles/msd.pdf>

Shaw WS, Feuerstein M, Miller VI, Lincoln AE.: Clinical tools to facilitate workplace accomodation after treatment for an upper extremity disorder. Liberty Mutual Center for Disability Research, Hopkinton, Massachusetts, USA. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12530837>

Szakértői interjúk

2 fő foglalkozás-egészségügyi orvos

Célcsoportonként 2 fő, összesen 12 fő foglalkoztatási szakértő

Célcsoportonként 2 fő (a mentális és viselkedészavarral élők célcsoportja esetében 3 fő), összesen 13 fő célcsoport szakértő

Interjúvázlatok

Akkreditált foglalkoztató (vezető, humánpolitikai vezető, foglalkozási mentor)

Interjúvázlat

I. Szervezet

Arra kérem, röviden mutassa be a szervezetet!

- Milyen tevékenységeket végeznek / milyen termékeket állítanak elő?
- Milyen piacokra dolgoznak?
- Állandó megrendelőik vannak-e? Ha igen, kik azok?
- Vajon életben tudnának-e maradni akkor is, ha nem megváltozott munkaképességű emberekkel foglalkoztatnának dotált bérrel?
- Nagyjából mennyi volt az elmúlt éves árbevételük?
- Hol vannak telephelyeik?
- Hány főt foglalkoztatnak?
- Milyen szakembergárdájuk van

II. A célcsoport

II.1. Általában

Hogyan látják a megváltozott munkaképességűek csoportját: milyen is ez a csoport? Mit lehet elmondani róluk?

- Vannak-e valamilyen módon meghatározható, elhatárolható „alcsoporthok” a megváltozott munkaképességű emberek között?
- Milyen alcsoporthokra oszlik (ha oszlik)? Mi jellemzi (társadalmi-demográfiai tényezők) ezeket az alcsoporthokat?
- Mely „alcsoporthoknak” vannak leginkább problémáik a munkába állás terén?
- A különböző alcsoporthok esetében melyek a legjellemzőbb problémák? Melyek azok a jellemzők, tulajdonságok az alcsoporthoknál, amelyek miatt nehézségek vannak a munkavállalás terén?
- Önök szerint mely alcsoporthok ellátása valósul meg (kikre céloz) a jelenlegi szakpolitikában? Hogyan/miért alakult ez így Ön szerint?
- Kik azok, akik „ellátatlanul” maradnak? Hol vannak hiányok az állami és a civil ellátórendszerben?
- Mik az Ön tapasztalatai, ki az, aki ma megváltozott munkaképességűként dolgozni tud? Ki tud sikeres lenni a munkaerőpiacon?

II. 2. Célcsoport a szervezetben

▪ **Bekerülés**

- Hogyan kerültek be eddig (a „régiben”) a munkavállalók a szervezetbe?
- (Várhatóan) hogyan változik/változott ez az új rendszerben?
- Az Ön tapasztalatai szerint az RSZSZ milyen szempontokat vesz figyelembe, amikor dönt a rehabilitálhatóságról, illetve az ügyfél megmaradt képességének mértékéről?
- Az Ön ismeretei szerint az RSZSZ-ben (várhatóan) hogyan döntenek arról, hogy melyik tranzitfoglalkoztatóba irányítják az ügyfelet? Egyeztet-e e tekintetben Önökkel az RSZSZ?
- Hogyan találják meg az egyes munkavállalóhoz illeszkedő feladatkört? Van-e bármilyen „illesztés”?

▪ **Célcsoport a szervezetben**

- Hogyan tudná jellemezni a szervezetben dolgozók összetételét?
- Önöknél - a szervezet „ellátási” területén - melyek a legjellemzőbb foglalkoztatással is összefüggő problémái a vizsgált célcsoportnak?

A célcsoport jellemzői, szükségletei

- Mi jellemzi az adott célcsoportot?
- Ezek közül a jellemzők közül melyek azok, amelyek meghatározzák a nyílt munkaerő-piacon való elhelyezkedési esélyeiket? Hogyan befolyásolják ezek az elhelyezkedési esélyeiket?
- Ebből adódóan milyen speciális szükségletei, igényei vannak a célcsoporttagoknak a munkakeresés, munkába állás tekintetében?
- Miben térnek el az adott célcsoport jellemzői és speciális szükségletei más megváltozott munkaképességű célcsoporttétől?

A szükségletekre való reagálás

- Hogyan lehetne segíteni a célcsoportot a munkaerő-piacon való elhelyezkedésükben, a foglalkoztatás szempontjából speciális igényeik, szükségleteik megteremtésében?
- Hozzájuk képest hogyan lehetne jellemezni azokat, akiket (várhatóan) tranzitálniuk lesz szükséges?
- Milyen csoportokból áll (majd) a tranzitálók köre?
- Milyen speciális igényei vannak a tranzitálandók egyes csoportjainak? Milyen nehézségekkel néznek majd szembe az elhelyezkedésnél és a nyílt munkaerő-piaci munkavállalásnál?
- Ön szerint miért dolgoznak ezek az emberek önöknél? Miért nem a nyílt munkaerő-piacon?
- Milyen egyéb (nem a célcsoportból eredő) nehézségeket lát a munkavállalást illetően?

- Mi jellemzi a lokális (helyi) munkaerőpiacot? Hogyan viszonyulnak a nyílt munkaerő-piaci foglalkoztatók a célcsoporthoz?
- **Szolgáltatások a szervezetben és a tranzitálás**
 - Mi történik a munkavállalóval a szervezetben? Van-e tipikus „munkavállalói út” / karrier?
 - Hogyan működik a mindennapi élet a szervezetben?
 - Milyen rehabilitációs szolgáltatásokat biztosít a szervezet a dolgozói részére? És milyen egyéb, a foglalkoztatással összefüggő szolgáltatásuk van?
 - Mi történik (várhatóan) a tranzitálandó munkavállalóval a szervezetben? Van-e tipikus „munkavállalói út” / karrier? Hogyan működik a mindennapi élet a szervezetben?
 - Milyen rehabilitációs szolgáltatásokat biztosít a szervezet a tranzitálandó dolgozói részére? És milyen egyéb, a foglalkoztatással összefüggő szolgáltatásuk van?
 - Az egyes célcsoportra vonatkozóan milyen szolgáltatásokra van /lesz szükség ahhoz, hogy a tranzitfoglalkoztatásból kikerüljenek?
 - Régebben mennyire volt jellemző, hogy nyílt munkaerő-piacra tranzitáltak dolgozókat? Kiknek sikerült ez?
 - Aki nyílt munkaerő-piacra került: jellemzően hogyan talált munkahelyet?
 - Segítette-e ezt valahogy a szervezet? Ha igen: hogyan?
 - Hogyan fogják ezt az „új rendszerben” csinálni?
- **Partnerségek**
 - Önök együttműködnek-e külső partnerekkel a foglalkoztatás során? Együttműködnek-e nonprofit munkaerő-piaci szolgáltatókkal a gyakorlatban?
 - Ismereteik szerint milyen az a civil szervezeti kör, amely ezzel a célcsoporttal foglalkozik? Milyen jellemzőkkel bír? Milyen hiányoktól / problémáktól szenved? Mire lenne még szükség ahhoz, hogy igazán hatékonyan tudjon működni a szektor a célcsoport ellátásában?
 - Milyen tapasztalataik vannak az RSZSZ-ek működésével kapcsolatban?
- **Tranzitálás – érdekek**
 - Az Ön véleménye szerint a célcsoport tagjai miként vélekednek a tranzitálás szükségességéről? Milyen érdekek kötik őket az akkreditált foglalkoztatóhoz? Mennyire áll érdekükben, hogy a nyílt munkaerő-piacon dolgozzanak? Milyen ellenérdekeltségük van / lehet a nyílt munkaerő-piaci foglalkoztatással szemben?
 - És a nyílt munkaerő-piaci foglalkoztatóknak: milyen érdekei vannak /lehetnek a tekintetben, hogy megváltozott munkaképességű egyént foglalkoztassanak? És milyen ellenérdekeltségei vannak / lehetnek?

- Milyen érdekeltségei vannak az akkreditált foglalkoztatóknak az új rendszerben? Milyen ellenérdekeltségei, nehézségei vannak az új rendszerben?
- Hol látnak potenciális problémákat ebben az új rendszerben?

III. Dokumentáció

- Az egész folyamatra milyen dokumentációt használnak, főleg a védett foglalkoztatás során, ezeket milyen időszakonként vizsgálják felül?

IV. Szakpolitika és vélemény az új rendszerről - vezető, humánpolitikai vezető

- Valójában jelenleg mi a feladat a célcsoport munkaerő-piaci re-integrációjával kapcsolatban? És ebben mi lehet a civil szervezetek szerepe? És az állam szerepe? És a forprofit szektor szerepe?
- Mit jelent az Ön számára az „eredményesség” a célcsoport munkaerő-piaci rehabilitációs folyamatában? És vajon a célcsoporttagoknak mit jelenthet? Hogyan lehetne ezt mérni?
- Mire irányult, irányul jelenleg ez a szakpolitika, az új rendszer?
- A rendelkezésre álló eszközök / megoldások közül melyek voltak a leghatékonyabbak és miért?
- A rendelkezésre álló eszközök/ megoldások közül melyek voltak a legkevésbé hatékonyak és miért?
- Jelenleg melyek azok a problémák, melyek megoldása szakpolitikai eszközöket kívánna meg, ám azok hiányoznak? Hol avatkoznának be?
- Milyen lenne egy optimális, a célcsoport igényeihez igazodó ellátórendszer (a munkaerő-piaci integráció szempontjából)? Milyen célokkal, szereplőkkel, milyen finanszírozási rendszerben, hogyan működne?

V. Egyéb szereplők – Munkaügyi Központ, RSZSZ

- Milyen az állami szereplők hozzáállása a célcsoporthoz? És az akkreditált foglalkoztatókhoz? Milyen a kapcsolatuk? Milyen nehézségeket látnak ebben az új rendszerben?

Célcsoport

Interjúvázlat – csoportos interjú (3-5 fő)

I. Kérem, röviden mutatkozzanak be!

- Mikor került a szervezethez?
- Milyen munkakörben dolgozik (milyen feladatot lát el)?

- Dolgozott-e korábban máshol (volt-e a nyílt munkaerő-piaci munkahelye)?
- Mekkora az egészségkárosodása (leszázalékolás mértéke)?
- Milyen egészségügyi problémája van?

II. A szervezetben

- Az Önök tapasztalatai szerint hogyan kerülnek a munkavállalók a szervezethez? Hogyan találják meg az embereket?
- Tapasztalataik szerint kiket vesznek fel a szervezethez dolgozni? Milyen szempontok alapján válogatnak (ha egyáltalán válogatnak)?
- Ismernek-e olyan személyt, aki szeretett volna bekerülni a védett szervezethez, de nem vették fel? Ha igen, akkor mi volt ennek az oka?
- Mi történik valakivel, ha felveszik ide dolgozni?
- Hogyan tanul be?
- Segítenek-e neki?
- Kik dolgoznak itt?
- Mi jellemzi az embereket: milyen a végzettségük, a képzettségük, a koruk, a nemük, milyen egészségügyi problémájuk van?
- Milyen nehézségeik vannak?
- Miért dolgoznak itt (a védett szervezetnél) az emberek?
- Milyen az itteni munka?
- Mennyire nehéz?
- Lehet-e válogatni a munkaterületek, munkakörök között?
- Lehet-e előrejutni?
- Mit gondolnak, mi lenne más, ha nem védett szervezetnél / támogatott foglalkoztatásban, hanem nyílt munkaerő-piaci cégnél végeznék ugyanazt a munkát?
- Miért jó itt dolgozni?
- És miért rossz?
- Mi lenne jobb egy nyílt munkaerő-piaci cégnél? És mi lenne rosszabb?
- Segítik-e Önöket ennél a szervezetnél a nehézségeik megoldásában szakemberek?
- Ha igen, milyen szakemberek?
- Hogyan segítenek?
- Mindenkinek rendelkezésére állnak vagy csak néhányuknak?

Önök elvileg úgynevezett rehabilitálható (tranzitálendő) kategóriába kerültek a komplex felülvizsgálaton.

- Mit jelent ez?
- Az Önök véleménye szerint az RSZSZ milyen szempontokat vesz/vett figyelembe, amikor dönt(ött) a rehabilitálhatóságról?
- Tapasztalataik szerint van-e különbség a rehabilitálhatóak (tranzitálhatóak) és a tartósan foglalkoztatottak (nem rehabilitálhatóak) között?
- Más-e a koruk, nemük, egészségügyi problémájuk, lakóhelyük, stb...
- Máshogy bánnak-e Önökkel itt a szervezetnél emiatt? Ha igen, miben?
- Vannak-e / ismereteik szerint vagy lesznek-e kimondottan Önöknek szóló szolgáltatások, segítségnyújtás? Ha igen: ki fogja nyújtani? Mi lesz az?

- Mire (milyen segítségre) lenne ahhoz szükségük, hogy a rehabilitációs idő végén tényleg a nyílt munkaerő-piacon tudjanak majd dolgozni?
- Hogyan tudna Önök szerint a foglalkoztatójuk segíteni?
- Milyen más szereplőknek kellene segíteni és hogyan?
- Mit kellene tenni?
- Milyen érvek szólnak amellett, hogy Önök a nyílt munkaerő-piacon dolgozzanak? Milyen ellenérvek vannak? Mit várnak: mi lesz majd nehéz?
- Az önök tapasztalatai alapján ki az, aki ma megváltozott munkaképességűként tud dolgozni? Ki tud sikeres lenni a munkaerő-piacon?
- Mi a véleményük erről a rendszerről (tranzitálás, nem végleges „leszázalékolás”)? Hogyan változtatnák meg?

„Hiányzó célcsoportok”

A célcsoport meghatározása

- Kik tartoznak az adott célcsoporthoz? Hogyan tudná körül írni a célcsoportot?
- Becslése szerint hány ember tartozik ebbe a célcsoportba Magyarországon?
- Vannak-e, akik „láthatatlanok” maradnak (a célcsoporton belül), nem jelennek meg egyik kapcsolódó (egészségügyi, munkaügyi, szociális ellátás stb.) rendszerben sem?
 - Becslése szerint ők hányan lehetnek?
 - Miért maradnak ők „láthatatlanok”? (Mit lehetne tenni ez ellen?)

A célcsoport jellemzői, szükségletei

- Mi jellemzi az adott célcsoportot? (Egészségügyi – betegségből következő és a betegség kezeléséből következő, szocio-demográfiai, szociális – társas kapcsolatok, munkaerő-piaci szempontból)
- Ezek közül a jellemzők közül melyek azok, amelyek meghatározzák a nyílt munkaerő-piacon való elhelyezkedési esélyeiket? Hogyan befolyásolják ezek az elhelyezkedési esélyeiket?
- Ebből adódóan milyen speciális szükséglete, igénye van a célcsoporttagoknak a munkakeresés, munkába állás tekintetében?
- Miben térnek el az adott célcsoport jellemzői és speciális szükségletei más megváltozott munkaképességű célcsoporttétől?

A szükségletekre való reagálás

- Hogyan lehetne segíteni a célcsoportot a munkaerőpiacon való elhelyezkedésükben, a foglalkoztatás szempontjából speciális igényeik, szükségleteik megteremtésében?
- Kinek a feladata lenne ezek megteremtése?
 - Mit tehet az egyén?
 - Mit tehet a központi szabályozás (állam)?
 - Mit tehet az egészségügyi rendszer?

- Mit tehet a szociális ellátórendszer?
- Mit tehet a civil szolgáltató?
- Mit tehet a védett foglalkoztató?
- Mit tehet a nyílt munkaerő-piaci foglalkoztató?
- Van-e egyéb szereplő? Ki? Mit tehet ő?

Módszertanok, jó gyakorlatok

- Ismer-e olyan hazai módszer(eke)t, módszertan(oka)t, melyek kifejezetten az adott célcsoportra, illetve annak speciális szükségleteire próbál(nak) reagálni?
 - Mi a véleménye erről/ezekről?
 - Szerinte mennyire eredményesen működnek ezek?
 - Milyen elemeket tudna kiemelni belőle/belőlük?
 - Min lehetne még javítani? Miért? Hogyan?
- Ismer-e olyan nemzetközi módszer(eke)t, módszertan(oka)t, melyek kifejezetten az adott célcsoportra, illetve annak speciális szükségleteire próbál(nak) reagálni?
 - Mi a véleménye erről/ezekről?
 - Szerinte mennyire eredményesen működnek ezek?
 - Milyen elemeket tudna kiemelni belőle/belőlük?
 - Min lehetne még javítani? Miért? Hogyan?
- Mennyiben kell eltérnie az adott célcsoport foglalkozási rehabilitációját célzó módszertannak a más célcsoportra vonatkozó módszertan(ok)tól?

Nonprofit szervezetek

I. Szervezet

Arra kérem, röviden mutassa be a szervezetet!

- Milyen tevékenységeket végeznek / milyen célcsoportoknak szolgálnak?
- Hány főt foglalkoztatnak?
- Milyen szakembergárdájuk van (kik vesznek részt a célcsoport segítésében, rehabilitációjában)?
- Mióta nyújtanak szolgáltatásokat megváltozott munkaképességű / fogyatékos embereknek?
- Miért kezdtek el velük foglalkozni?
- Milyen szolgáltatásokat nyújtanak a számukra?
- Együttműködnek-e ebben valakivel?

II. A célcsoport

- Hogyan látják a megváltozott munkaképességűek csoportját a foglalkoztatási helyzet szempontjából közelítve? Milyen is ez a csoport?
- Mi jellemzi (társadalmi-demográfiai tényezők) ezt a csoportot? Vannak-e jól körülhatárolható alcsoportjai?
- Melyek azok a jellemzők, tulajdonságok a csoportnál, amelyek miatt nehézségek vannak a munkavállalás terén?
- Milyen problémáik vannak a munkába állás terén? A különböző alcsoportok esetében melyek a legjellemzőbb problémák?
- A szervezet „ellátási” területén melyek a legjellemzőbb foglalkoztatási problémái a vizsgált célcsoportnak?
- Milyen egyéb (nem a célcsoportból eredő) nehézségeket lát a munkavállalást illetően?
- Jellemzően kikkel dolgoznak a megváltozott munkaképességűek csoportján belül? Miért éppen velük?

A célcsoport jellemzői, szükségletei

- Mi jellemzi az adott célcsoportot? (Egészségügyi – betegségből következő és a betegség kezeléséből következő, szocio-demográfiai, szociális – társas kapcsolatok, munkaerő-piaci szempontból)
- Ezek közül a jellemzők közül melyek azok, amelyek meghatározzák a nyílt munkaerő-piacon való elhelyezkedési esélyeiket? Hogyan befolyásolják ezek az elhelyezkedési esélyeiket?
- Ebből adódóan milyen speciális szükséglete, igénye van a célcsoporttagoknak a munkakeresés, munkába állás tekintetében?

- Miben térnek el az adott célcsoport jellemzői és speciális szükségletei más megváltozott munkaképességű célcsoportétól?

A szükségletekre való reagálás

- Hogyan lehetne segíteni a célcsoportot a munkaerő-piacon való elhelyezkedésükben, a foglalkoztatás szempontjából speciális igényeik, szükségleteik megteremtésében?
- Véleménye szerint a hazai foglalkoztatáspolitikai intézményrendszerében a megváltozott munkaképességű emberek mely csoportjainak ellátása valósul meg (kikre céloz)? És a civil szervezeti kör jellemzően kire céloz, kiknek szolgáltat? Hogyan/miért alakult ez így?
- Tapasztalataik szerint jellemzően kik kerülnek be az akkreditált foglalkoztatókhoz? Mi jellemzi őket? Milyen jelentősebb csoportok jelennek meg az akkreditált foglalkoztatóknál?
- Véleményük szerint az RSZSZ milyen szempontokat vesz/vett figyelembe, amikor dönt(ött) a rehabilitálhatóságról, tranzitálhatóságról?
- Kik vannak az akkreditált foglalkoztatóknál a tranzitálható csoportban? Mi jellemzi őket?
- Kik azok, akik „ellátatlanul” maradnak? Hol vannak hiányok az állami és a civil ellátórendszerben?
- Mit tapasztaltok: ki az, aki ma megváltozott munkaképességűként dolgozni tud? Ki tud sikeres lenni a munkaerőpiacon?

III. A rendszerről

- Mit lát, mi az egyes szereplők (védett foglalkoztatók, RSZSZ-ek, alternatív munkaerő-piaci civil szolgáltatók, nyílt munkaerő-piaci munkáltatók) szerepe a megváltozott munkaképességű emberekkel foglalkozó új foglalkoztatáspolitikai rendszerben?
- Hogyan vélekedik a megváltozott munkaképességű emberek nyílt munkaerő-piaci integrációját segítő új rendszerről?
- Mi az, ami ebben jó? Milyen elemeket tartana meg?
- Mi az, amin változtatna, és hogyan?
- Hol van ebben a civil szervezetek helye?
- Ismereteik szerint milyen az a civil szervezeti kör, amely ezzel a célcsoporttal foglalkozik?
- Milyen jellemzőkkel bír? Milyen hiányoktól / problémáktól szenved?
- Mire lenne még szükség ahhoz, hogy igazán hatékonyan tudjon működni a szektor a célcsoport ellátásában?

IV. Tranzitálás – érdekek

- Véleménye szerint a célcsoport tagjai miként vélekednek a tranzitálás szükségességéről?
- Milyen érdekek kötik őket az akkreditált foglalkoztatóhoz? Mennyire áll érdekükben, hogy a nyílt munkaerő-piacon dolgozzanak?
- Milyen ellenérdekeltségük van / lehet a nyílt munkaerő-piaci foglalkoztatással szemben?
- És a nyílt munkaerő-piaci foglalkoztatóknak: milyen érdekei vannak / lehetnek a tekintetben, hogy megváltozott munkaképességű egyént foglalkoztassanak? És milyen ellenérdekeltségei vannak / lehetnek?
- Milyen érdekeltségei vannak az akkreditált foglalkoztatóknak az új rendszerben? Milyen ellenérdekeltségei, nehézségei vannak az új rendszerben?
- Hol látnak potenciális problémapontokat ebben az új rendszerben?

IV. Partnerségek

- Miért gondolták úgy, hogy pályáznak a TÁMOP 5.3.8. programba?
- Melyik akkreditált foglalkoztatóval vannak kapcsolatban? Hogyan alakult ki ez az együttműködés? Mi az Önök dolga?
- Vannak-e már tapasztalataik a foglalkoztatóval való közös munkáról? Ha igen, milyenek?
- Milyen tapasztalataik vannak az RSZSZ-ek működésével kapcsolatosan?

Nemzeti Fejlesztési Ügynökség
www.ujszechenyterv.gov.hu
06 40 638 638



A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.