

Οι διαθέσιμες στρατηγικές προώθησης της επαγγελματικής (επαν)ένταξης των ατόμων με χρόνιες παθήσεις στην Ελλάδα

Αναστασία Βλάχου ⁱ, Παναγιώτα Σταυρούση ⁱⁱ, Ευδοκία Βασιλού ⁱⁱⁱ

Περίληψη

Ο κίνδυνος αποκλεισμού των ατόμων με χρόνιες παθήσεις από την απασχόληση εντείνεται από τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης, καθιστώντας αναγκαία την ανάληψη πρωτοβουλιών ενίσχυσης της συμμετοχής τους στην αγορά εργασίας. Η παρούσα μελέτη είναι το αποτέλεσμα μιας ποιοτικής έρευνας με στοιχεία επισκόπησης που είχε ως στόχο την διερεύνηση και καταγραφή των διαθέσιμων στρατηγικών προώθησης της επαγγελματικής (επαν)ένταξης ατόμων με χρόνιες παθήσεις στην Ελλάδα. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν εκπρόσωποι φορέων σχετικών με την απασχόληση και τις χρόνιες παθήσεις στην Ελλάδα. Τα ποιοτικά δεδομένα αναλύθηκαν με την χρήση της μεθόδου της θεματικής ανάλυσης ενώ οι διαθέσιμες στρατηγικές που προέκυψαν ομαδοποιήθηκαν σε τρεις κατηγορίες: πολιτικές, συστήματα και υπηρεσίες.

Λέξεις κλειδιά: *χρόνιες παθήσεις, απασχόληση, επαγγελματική ένταξη, επανένταξη*

ⁱ Καθηγήτρια, Παιδαγωγικό Τμήμα Ειδικής Αγωγής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.

ⁱⁱ Επίκουρη Καθηγήτρια, Παιδαγωγικό Τμήμα Ειδικής Αγωγής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.

ⁱⁱⁱ Ψυχολόγος, MSc Συμβουλευτικής.

Το ζήτημα των χρόνιων παθήσεων στην Ευρώπη

Τα τελευταία χρόνια, έχει αρχίσει να αναδεικνύεται ιδιαίτερα το ζήτημα των χρόνιων παθήσεων το οποίο φαίνεται πως αποτελεί πλέον μάλιστα για τους πολίτες της Ευρώπης. Οι χρόνια πάσχοντες καλούνται αφενός να διαχειριστούν την ασθένειά τους και αφετέρου να αντιμετωπίσουν τις συνακόλουθες συνέπειες, οι οποίες εξαπλώνονται σε κάθε πτυχή της ζωής και της καθημερινότητας τους. Η οικονομική κρίση των τελευταίων ετών εντείνει ακόμη περισσότερο τις συνέπειες αυτές δημιουργώντας ένα ασταθές και μη διευκολυντικό πλαίσιο για τους πάσχοντες. Συνεπώς, καθίσταται αναγκαία η ανάληψη δράσης προκειμένου να δημιουργηθούν οι συνθήκες εκείνες που θα συνηγορήσουν υπέρ της ευημερίας των χρονίως πασχόντων σε κάποιους βασικούς τομείς της ζωής τους, όπως είναι η εργασία.

Σύμφωνα με τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας (WHO), χρόνιες θεωρούνται οι παθήσεις οι οποίες έχουν μακρά διάρκεια, αργή εξέλιξη και απαιτούν συνεχή διαχείριση για μια περίοδο ετών (Nolte & McKee, 2008). Στη βιβλιογραφία, δεν εντοπίζεται ένας κοινά αποδεκτός ορισμός για τις χρόνιες παθήσεις. Αν και το βασικό χαρακτηριστικό της μεγάλης διάρκειάς τους αποτελεί κοινό τόπο σε όλους τους ορισμούς των χρόνιων παθήσεων, έχει προταθεί η υιοθέτηση μιας περισσότερο γενικής προσέγγισης, σύμφωνα με την οποία ως βασικό στοιχείο θεωρείται η λειτουργική κατάσταση του ασθενούς ή και η συχνότητα χρήσης υπηρεσιών υγείας (Perrin και συνεργάτες, 1993). Σε ορισμένες περιπτώσεις, η διαφοροποίηση μεταξύ των ορισμών συνδέεται με τον τρόπο κατηγοριοποίησης των χρόνιων παθήσεων, στη βάση δηλαδή της «αιτίας» ή του «αποτελέσματος» της πάθησης, γεγονός που οδηγεί σε συζητήσεις ακόμη και για μεταδοτικές ή μη μεταδοτικές χρόνιες παθήσεις (Unwin και συνεργάτες, 2004). Σε κάθε περίπτωση για να θεωρηθεί μια πάθηση χρόνια, θα πρέπει τουλάχιστον να έχει μεγάλη διάρκεια και να απαιτεί από τον ασθενή και το περιβάλλον του συνεχή διαχείριση με μακροχρόνια χρήση των υπηρεσιών υγείας. Η λίστα των παθήσεων που θεωρούνται χρόνιες περιλαμβάνει παθήσεις όπως ο καρκίνος, αναπνευστικές και μυοσκελετικές παθήσεις, νόσος του Crohn, παρατεταμένης διάρκειας λοιμώδεις νόσους (π.χ. ηπατίτιδα και HIV), ασθένειες του στόματος, νευρολογικές ασθένειες (π.χ. σκλήρυνση κατά πλάκας, νόσος του Parkinson) και ψυχικές διαταραχές (π.χ. κατάθλιψη, εξαρτήσεις) (ILO, 2002).

Οι χρόνια πάσχοντες αποτελούν μια εξαιρετικά ετερογενή ομάδα (ILO, 2002), ενώ η αύξηση του αριθμού των χρονίως πασχόντων αλλά και το μέγεθος του προβλήματος συνολικά, διαφαίνεται από το γεγονός ότι περίπου το 40% των πολιτών στην Ευρώπη ηλικίας από 15 ετών και άνω (περίπου 100 εκατομμύρια άνθρωποι) υποφέρουν από κάποια μορφή χρόνια πάθηση (Strategic Implementation Plan, 2011). Σύμφωνα με τα πλέον πρόσφατα στατιστικά στοιχεία της Ευρωπαϊκής ένωσης (E.E.), τα οποία αναφέρονται στο εισόδημα και τις συνθήκες διαβίωσης, το 23,5% του πληθυσμού που βρίσκεται σε ηλικία εργασίας στα 27 κράτη μέλη, δήλωσε ότι αντιμετωπίζει κάποια χρόνια πάθηση. Παράλληλα, το 19% των εργαζομένων ανέφεραν ότι έχουν χρόνια προβλήματα υγείας γενικότερα (Oortwijn και συνεργάτες, 2011). Η συχνότητα εμφάνισης των χρόνιων παθήσεων αναμένεται να αυξηθεί ακόμη περισσότερο τα επόμενα χρόνια λόγω της διεύρυνσης του προσδόκιμου ζωής και ταυτόχρονα της γήρανσης του πληθυσμού στην Ευρώπη. Συγκεκριμένα, μόνο το έτος 2012, περίπου 38 εκατομμύρια άνθρωποι έχασαν τη ζωή τους εξαιτίας χρόνιων παθήσεων, δηλαδή περίπου το 68% των συνολικών θανάτων στον κόσμο (WHO, 2014). Επιπλέον, ο επιπολασμός τους αναμένεται να αυξηθεί περαιτέρω, με υπολογισμούς να αναφέρουν ότι το έτος 2030 οι χρόνιες παθήσεις θα οδηγήσουν στο θάνατο περίπου 52 εκατομμύρια ανθρώπους (UN General Assembly, 2011).

Οι χρόνιες παθήσεις ευθύνονται για περισσότερους θανάτους από ότι οποιεσδήποτε άλλες αιτίες θανάτου μαζί (WHO, 2014) και συνεπώς αποτελούν την κύρια αιτία θνησιμότητας και νοσηρότητας στην Ευρώπη (Busse, 2010). Επιπλέον, δεδομένου ότι η ύπαρξη χρόνιων παθήσεων φαίνεται να έχει ισχυρή σχέση με ζητήματα που αφορούν κοινωνικές ανισότητες (Grammenos, 2013), δεν υπάρχει αμφιβολία ότι αποτελούν μια σημαντικότερη και ισχυρή απειλή όχι μόνο για την υγεία των πασχόντων αλλά και για την ευημερία τους. Με βάση όσα προαναφέρθηκαν αναδεικνύεται η ανάγκη ανάληψης πρωτοβουλιών για την αντιμετώπιση κρίσιμων θεμάτων που απορρέουν από την αυξανόμενη εμφάνιση χρόνιων παθήσεων στην Ευρώπη. Ειδικότερα, όσον αφορά το θέμα της επαγγελματικής (επαν)ένταξης των ατόμων με χρόνιες παθήσεις, υπάρχει άμεση ανάγκη λήψης μέτρων με στόχο την βελτίωση της θέσης τους στην αγορά εργασίας. Πρόσφατες μελέτες δείχνουν πως τα επίπεδα απασχόλησής τους είναι πολύ χαμηλότερα σε σχέση με τους υγιείς εργαζόμενους (Eurostat, 2015), γεγονός που φέρνει στην επιφάνεια τον κίνδυνο φτωχοποίησης και κοινωνικού αποκλεισμού των ατόμων με χρόνιες παθήσεις

(Grammenos, 2013). Αν αναλογιστεί κανείς τη σημασία που έχει η εργασία για την κάλυψη των βασικών αναγκών των ανθρώπων αλλά και την ευζωία τους γενικά, γίνεται αντιληπτό ότι η ανάγκη βελτίωσης της θέσης των ατόμων με χρόνιες παθήσεις στην αγορά εργασίας, αποτελεί επιτακτική ανάγκη.

Η ανάγκη βελτίωσης της θέσης των ατόμων με χρόνιες παθήσεις στην αγορά εργασίας

Η απασχόληση των ατόμων με χρόνιες παθήσεις στην Ευρώπη.

Η εργασία αναφέρεται σε κάποιας μορφής οριοθετημένη αμειβομένη απασχόληση, η οποία χαρακτηρίζεται από ένα υποχρεωτικό ωράριο (Lewis, 2003). Τα τελευταία χρόνια, τα βασικά κριτήρια ορισμού της αμειβόμενης εργασίας όπως το οριοθετημένο περιβάλλον εργασίας ή το υποχρεωτικό ωράριο έχουν αρχίσει να γίνονται όλο και πιο ασαφή, ενώ ο όρος «απασχόληση» χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο ως συνώνυμος της λέξης «εργασία». Στο πλαίσιο αυτό, η τάση χρήσης ελαστικών μορφών απασχόλησης, όπως και άλλων σχετικών πολιτικών και παροχών, που κατονομάστηκε ως προσπάθεια εξισορρόπησης μεταξύ του χρόνου εργασίας και του ελεύθερου χρόνου, έχει σε μεγάλο βαθμό καταλήξει στην δημιουργία ασαφειών ως προς τα όρια μεταξύ εργασίας και προσωπικού χρόνου (Lewis, 2003). Σε κάθε περίπτωση, η εργασία αποτελεί τον τρόπο που ο άνθρωπος μπορεί να εξασφαλίσει την κάλυψη των βασικών του αναγκών καθώς προσφέρει στο άτομο ένα σταθερό εισόδημα, απαραίτητο για την ευζωία του, ενώ δομεί την καθημερινή του ρουτίνα, (Sadeh & Karniol, 2012). Συνεπώς, η απώλεια της εργασίας χαρακτηρίζεται ως ένα σημαντικό γεγονός που επιδρά σύνθετα στη ζωή του ατόμου, καθώς και στη σωματική και ψυχική του ευεξία (Smarí και συνεργάτες, 1997). Ορισμένες από τις βασικότερες και προφανείς συνέπειες της ανεργίας είναι η έλλειψη οικονομικών πόρων, η μείωση των κοινωνικών επαφών και η απώλεια ενός κεντρικού σημείου της εικόνας εαυτού (Archer & Rhodes, 1993).

Σε σχέση με τους χρόνια πάσχοντες, το πλήγμα είναι διπλό. Από την μία πλευρά, οι συγκεκριμένοι άνθρωποι πρέπει να αντιμετωπίσουν μια σημαντική κρίση στην υγεία τους, και από την άλλη καλούνται να αντιμετωπίσουν την απώλεια της εργασίας τους ή την πρόωρη έξοδο από την αγορά εργασίας ως αποτέλεσμα της κρίσης αυτής.

Σαφώς, στο συγκεκριμένο πλαίσιο, η ανάγκη εφαρμογής διαδικασιών επανένταξης τους στην αγορά εργασίας μοιάζει τουλάχιστον επιτακτική. Σύμφωνα με το διεθνή οργανισμό κοινωνικής ασφάλισης (ISSA), ο όρος (επαν)ένταξη στην αγορά εργασίας χρησιμοποιείται για τους εργαζόμενους που βρίσκονται σε βραχυχρόνια ή μακροχρόνια αναρρωτική άδεια και βιώνουν μερική μείωση της ικανότητας τους να εργαστούν λόγω ασθένειας ή εργατικού ατυχήματος (ISSA, 2013). Η επαγγελματική (επαν)ένταξη, αποτελεί μια συνεχή διαδικασία που στόχο έχει την προαγωγή της υγείας, της ικανότητας για εργασία και της ευζωίας. Στη διαδικασία επαγγελματικής (επαν)ένταξης αφού ληφθούν υπόψη οι ανάγκες του εργαζόμενου, του εργασιακού περιβάλλοντος, της επιχείρησης και οι νομικές υποχρεώσεις των εμπλεκόμενων μερών, ακολουθεί μια δέσμη συντονισμένων ενεργειών με κύριο γνώμονα τη διατήρηση της εργασίας του ατόμου και την πρόληψη πρόωρης εξόδου του από την αγορά εργασίας (ISSA, 2013). Ειδικότερα, ως προς τα άτομα με χρόνιες παθήσεις, τα στοιχεία σε ευρωπαϊκό επίπεδο που αφορούν την απασχόλησή τους δεν είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικά κι επισημαίνουν την άμεση ανάγκη ανάπτυξης και εφαρμογής στρατηγικών και μέσων για την (επαν)ένταξή τους στην αγορά εργασίας.

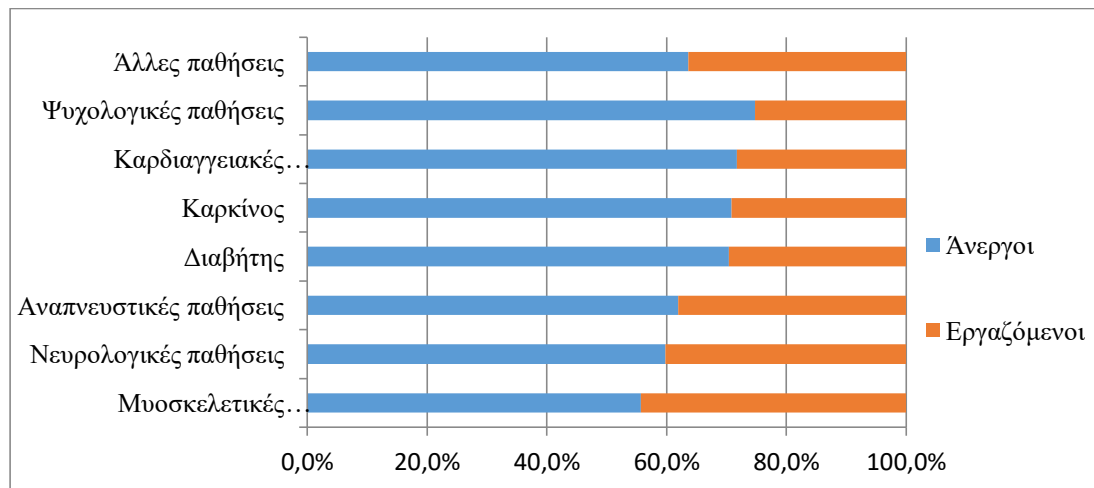
Σύμφωνα με έρευνα της Ευρωπαϊκής στατιστικής υπηρεσίας (Eurostat, 2015) η οποία βασίστηκε σε στατιστικά στοιχεία του 2011, το ποσοστό απασχόλησης για τα άτομα που αντιμετωπίζουν κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας στην Ευρώπη, είναι 38,7%. Μάλιστα, καταγράφεται μια τεράστια διαφορά σε ότι αφορά τα ποσοστά απασχόλησης των ατόμων με και χωρίς χρόνιο πρόβλημα υγείας στην Ευρώπη. Συγκεκριμένα, στις 28 χώρες-μέλη το ποσοστό απασχόλησης των ατόμων με χρόνια προβλήματα υγείας είναι κατά 34,2% μικρότερο από το ποσοστό των ατόμων δίχως κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας (Eurostat, 2015). Ανάλογη διαφορά παρατηρείται σχεδόν σε καθεμία από τις χώρες μέλη, με τις μεγαλύτερες αποκλίσεις να εντοπίζονται στην Ιρλανδία, την Ρουμανία, την Βουλγαρία και την Ουγγαρία όπου οι διαφορές αγγίζουν το 45%, ενώ αντίθετα στην Γαλλία η διαφορά καταγράφεται σε ποσοστό 15%. Γενικότερα, τα παραπάνω ευρήματα καταδεικνύουν ότι τα άτομα με χρόνιες παθήσεις είναι λιγότερο πιθανό να έχουν εργασία πλήρους απασχόλησης και είναι περισσότερο πιθανό να είναι άνεργοι ή γενικά ανενεργοί στον τομέα της απασχόλησης. Επιπλέον, πλήθος άλλων ερευνών καταλήγουν στην ύπαρξη ορισμένων αρνητικών δεδομένων σε σχέση με τη θέση των ατόμων με χρόνιες παθήσεις στην αγορά εργασίας. Ειδικότερα, προηγούμενες μελέτες συμπεραίνουν ότι οι εργαζόμενοι με χρόνιες

παθήσεις απασχολούνται λιγότερες ώρες (Pelkowski & Berger, 2004), αμείβονται με χαμηλότερες αποδοχές (Averett & Korenmansuhr, 1999· Berndt και συνεργάτες, 2001) και συνταξιοδοτούνται πρόωρα (Suhrccke, Rocco, & McKee, 2007) σε σύγκριση με τους υγιείς εργαζόμενους. Παράλληλα, η εργασία σε καθεστώς μερικής απασχόλησης φαίνεται να είναι συχνότερη στα άτομα με σοβαρές χρόνιες παθήσεις και να αποτελεί δική τους επιλογή (Grammenos, 2013). Η δυσμενής θέση των ατόμων με χρόνιες παθήσεις στην αγορά εργασίας επιβεβαιώνεται από αποτελέσματα ερευνών που επικεντρώνονται στη σχέση μεταξύ απαιτούμενων δεξιοτήτων και θέσης απασχόλησης. Οι χρόνια πάσχοντες, είναι περισσότερο πιθανό να προσληφθούν σε θέσεις εργασίας που απαιτούν υψηλότερα επίπεδα πρακτικών δεξιοτήτων, όπως για παράδειγμα οι χειρωνακτικές εργασίες (Paauw, 2015). Οι τομείς με τα υψηλότερα επίπεδα απασχόλησης ατόμων με χρόνιες παθήσεις είναι ο γεωργικός, ο αλιευτικός, η δασοκομία και η βιομηχανία (Corral, Duran & Isusi, 2014).

Σε Ευρωπαϊκό επίπεδο, διαφορές στα ποσοστά απασχόλησης παρατηρούνται όχι μόνο μεταξύ ατόμων με και χωρίς χρόνιες παθήσεις, αλλά και μεταξύ των διαφορετικών τύπων παθήσεων. Συγκεκριμένα, τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας έχουν το μικρότερο ποσοστό απασχόλησης καθώς μόνο το 23,6% των ατόμων αυτών βρίσκονται εντός αγοράς εργασίας (Eurostat, 2015) (Σχήμα 1). Στα άτομα με καρδιοαγγειακά προβλήματα, καρκίνο και διαβήτη, τα ποσοστά απασχόλησης είναι επίσης χαμηλά, περίπου 30%, ενώ σχετικά υψηλά ποσοστά απασχόλησης παρατηρούνται μεταξύ των ατόμων με μυοσκελετικές και νευρολογικές παθήσεις (Σχήμα 1).

ΣΧΗΜΑ 1:

Ποσοστά απασχόλησης ατόμων με χρόνιες παθήσεις στις 28 χώρες μέλη της Ευρώπης το 2011 (Eurostat, 2015)



Πηγή: Eurostat, ad hoc έρευνα εργατικού δυναμικού, 2011.

Συμπερασματικά, είναι εμφανές ότι τα άτομα με χρόνιες παθήσεις υποαπασχολούνται και αντιμετωπίζουν σημαντικές δυσκολίες για την (επαν)ένταξη τους στην αγορά εργασίας. Σαφώς, η διαπίστωση αυτή αναδεικνύει την ανάγκη μελέτης των παραγόντων που εμποδίζουν την (επαν)ένταξη των ατόμων με χρόνιες παθήσεις στην αγορά εργασίας, καθώς η ορθή κατανόηση τους είναι βασικό προαπαιτούμενο για την αντιμετώπισή τους.

Τα εμπόδια για την επαγγελματική (επαν)ένταξη των ατόμων με χρόνιες παθήσεις.

Οι παράγοντες που είναι πιθανό να επηρεάσουν τη θέση των ατόμων με χρόνιες παθήσεις στην αγορά εργασίας απορρέουν από το ίδιο το άτομο - και συγκεκριμένα από την ύπαρξη της χρόνιας πάθησης, - από το περιβάλλον αλλά και την δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ ατόμου με χρόνια πάθηση και περιβάλλοντος. Σύμφωνα με στοιχεία του 2011, το 35% των ανέργων ατόμων με χρόνιες παθήσεις παραιτήθηκαν από την τελευταία θέση εργασίας τους λόγω της ίδιας της ασθένειας ή/και αναπηρίας τους (Eurostat, 2014). Επιπλέον, οι εργαζόμενοι με χρόνιες παθήσεις, εμφανίζουν συχνά μειωμένη παραγωγικότητα και μεγάλο αριθμό απουσιών από την εργασία τους, δυσκολίες που επίσης συνδέονται με την ύπαρξη χρόνιας πάθησης (ANACT, 2008).

Σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο, οι εργαζόμενοι με χρόνιες παθήσεις πλήττονται ιδιαίτερα από διακρίσεις, προκατάληψη, μέχρι εκφοβισμό και παρενόχληση στην εργασία, εξαιτίας των πολλών απουσιών και της χαμηλής παραγωγικότητας, που προκαλούνται από τα προβλήματα υγείας τους (Corral, Duran & Isusi, 2014). Παράλληλα, η κόπωση, η κατάθλιψη και ο φόβος απώλειας της εργασίας, καταγράφονται ως κυρίαρχα βιώματα των εργαζόμενων με χρόνιες παθήσεις (ANACT, 2008). Προηγούμενες έρευνες έχουν αναδείξει συγκεκριμένους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που σχετίζονται με τη δυσκολία (επαν)ένταξης στην αγορά εργασίας, όπως η δυνατότητα αυτό-αποκάλυψης, η έλλειψη αυτό-αποδοχής και η χαμηλή αυτοεκτίμηση του ατόμου με χρόνια πάθηση, η έλλειψη κατανόησης και υποστήριξης από συναδέλφους και προϊστάμενους και το κοινωνικό στίγμα (Mancuso, Paget & Charlson, 2000· Dettaille, Haafkens & van Dijk, 2003).

Η θέση των ατόμων με χρόνιες παθήσεις στην αγορά εργασίας φαίνεται να επηρεάζεται και από παράγοντες που σχετίζονται με την ίδια την εργασία, όπως οι απαιτήσεις της εκάστοτε θέσης (Chorus και συνεργάτες, 2001· Krause και συνεργάτες, 2001). Επίσης, σύμφωνα με τους Dekkers-Sanchez και συνεργάτες (2010) η έλλειψη υπηρεσιών επαγγελματικής συμβουλευτικής και συμβουλευτικής αποκατάστασης, όπως και η έλλειψη συνεργασίας από την πλευρά των εργοδοτών με σκοπό την τροποποίηση των συνθηκών εργασίας, επιδρούν αρνητικά στην (επαν)ένταξη των ατόμων με χρόνιες παθήσεις στην αγορά εργασίας.

Οι προαναφερόμενοι παράγοντες αποτελούν ουσιαστικά εμπόδια για την ένταξη στην αγορά εργασίας των ατόμων με χρόνιες παθήσεις, τη διατήρηση της θέσης εργασίας που ήδη κατέχουν, αλλά και την επιστροφή σε αυτήν μετά από ένα μεγάλο διάστημα απουσίας (OECD, 2010). Όπως καταδεικνύεται, δεν είναι μόνο ιατρικοί οι παράγοντες που μπορεί να επιδρούν αρνητικά στην (επαν)ένταξη τους στην αγορά εργασίας (Dekkers-Sanchez 2010), αλλά ταυτόχρονα και περιβαλλοντικοί, κοινωνικοί, ψυχολογικοί και οργανωτικοί. Σαφώς από την αναφορά αυτή δεν μπορεί να παραλειφθεί ο ρόλος κοινωνικοοικονομικών και πολιτικοοικονομικών παραγόντων, όπως τα επίπεδα ανεργίας, οι πολιτικές κοινωνικής πρόνοιας και η οικονομική ευημερία μιας χώρας. Αναμφισβήτητα, η αναγνώριση και κατανόηση της συνθετότητας που χαρακτηρίζει το ζήτημα της ένταξης και παραμονής των ατόμων με χρόνιες παθήσεις στη αγορά εργασίας αποτελεί μια κρίσιμη παράμετρο στη διαδικασία αντιμετώπισης του.

Οι πολιτικό-οικονομικές διαστάσεις του ζητήματος της (επαν)ένταξης των ατόμων με χρόνιες παθήσεις στην αγορά εργασίας και τα μοντέλα κοινωνικής πρόνοιας στην Ευρώπη.

Τα υψηλά ποσοστά ανεργίας που χαρακτηρίζουν την ομάδα των ατόμων με χρόνιες παθήσεις συνδέονται στενά με τις αδυναμίες αντιμετώπισης των παραγόντων που εμποδίζουν την (επαν)ένταξη τους στην απασχόληση. Η εργασία επηρεάζει την ποιότητα ζωής του ατόμου, αλλά επίσης και τις κοινωνίες σε μικροοικονομικό και μακροοικονομικό επίπεδο καθώς σχετίζεται τόσο με την παραγωγικότητα και την καινοτομία, όσο και με τις δυνατότητες και την αποτελεσματικότητα των συστημάτων υγείας και πρόνοιας. Αποτελέσματα μελετών συνηγορούν στο γεγονός ότι το ζήτημα της επαγγελματικής (επαν)ένταξης των ατόμων με χρόνιες παθήσεις, έχει σαφείς πολιτικό-οικονομικές διαστάσεις. Συγκεκριμένα, το οικονομικό κόστος από την απώλεια της παραγωγικότητας των εργαζομένων εξαιτίας των χρόνιων παθήσεων για τις επόμενες δύο δεκαετίες, υπολογίζεται σε 47 τρισεκατομμύρια δολάρια (Bloom και συνεργάτες, 2011). Επιπλέον, η μείωση του εργατικού δυναμικού στο μέλλον υπολογίζεται να δημιουργήσει ένα έλλειμμα της τάξης των 35 εκατομμυρίων εργαζομένων, ή περίπου το 15% της συνολικής ζήτησης εργασίας, έως το 2050 (Berkhout και συνεργάτες, 2012). Τα παραπάνω συμπεράσματα καθιστούν απαραίτητη τη δημιουργία μιας αγοράς εργασίας χωρίς αποκλεισμούς η οποία θα δίνει τη δυνατότητα σε κάθε εργαζόμενο να συμμετέχει σε αυτή, παρέχοντας του την απαραίτητη υποστήριξη.

Ως απόρροια της μείωσης της παραγωγικότητας που πηγάζει από τις χαμένες θέσεις εργασίας, αναγνωρίζεται το ζήτημα της επιβάρυνσης των συστημάτων υγείας. Συγκεκριμένα, περίπου το 70%-80% του συνολικού κόστους της υγειονομικής περίθαλψης δαπανάται για τις χρόνιες παθήσεις – ποσοστό που αντιστοιχεί σε 700 δισεκατομμύρια ευρώ στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Economist Intelligence Unit, 2012). Επιπρόσθετα, είναι σημαντικό να αναφερθούν τα κόστη και οι συνεχώς αυξανόμενες κρατικές δαπάνες για επιδόματα αναπηρίας. Λαμβάνοντας υπόψη ότι σε πολλές χώρες οι χρόνια πάσχοντες αναγνωρίζονται ως άτομα με ποσοστό αναπηρίας, πληρούνται συχνά τα κριτήρια για την παροχή αναπηρικών επιδομάτων. Το γεγονός αυτό φαίνεται να ασκεί έντονες πιέσεις στα οικονομικά των κρατών, καθώς το 2011

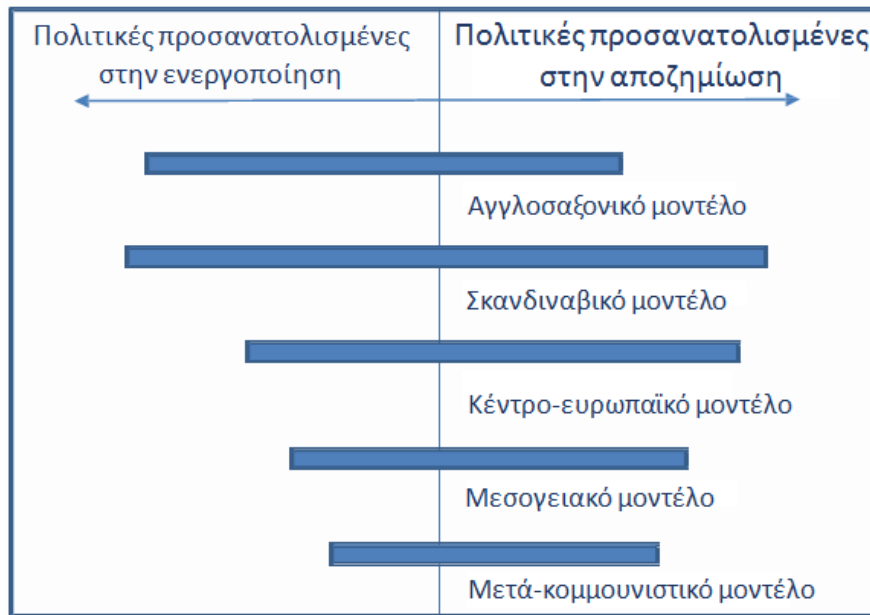
ανέκυψε η ανάγκη μείωσης των δαπανών για κοινωνική προστασία στα περισσότερα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής ένωσης (European Commission, 2015).

Με βάση τα παραπάνω γίνεται ξεκάθαρο ότι το θέμα της επαγγελματικής (επαν)ένταξης των ατόμων με χρόνιες παθήσεις δεν είναι ένα ζήτημα ατομικό που αφορά μόνο τους ασθενείς και το στενό τους περιβάλλον. Είναι ένα ζήτημα πολιτικό και ταυτόχρονα οικονομικό καθώς η αδυναμία αντιμετώπισης του καταλήγει σε επιπτώσεις στην παραγωγικότητα, την οικονομική ανάπτυξη αλλά και στα συστήματα υγείας μιας χώρας. Τέλος, είναι ένα ζήτημα κοινωνικό καθώς σχετίζεται με κοινωνικές ανισότητες, τον αποκλεισμό από την αγορά εργασίας ενός πολύ μεγάλου αριθμού ατόμων, και τους σχετικούς κινδύνους φτωχοποίησης των ανθρώπων. Συνεπώς, ο προσανατολισμός των πρακτικών αντιμετώπισης του ζητήματος θα πρέπει να είναι πολυδιάστατος, περικλείοντας ένα συνεχές παρεμβάσεων τόσο σε ατομικό όσο και σε πολιτικό-οικονομικό επίπεδο, με στόχο τη διαμόρφωση ευέλικτων και αποτελεσματικών συστημάτων κοινωνικής πρόνοιας.

Το μέγεθος των πολιτικό-οικονομικών επιπτώσεων του ζητήματος σχετίζεται άμεσα με τον προσανατολισμό και το περιεχόμενο των υπαρχόντων συστημάτων κοινωνικής πρόνοιας που χαρακτηρίζει κάθε Ευρωπαϊκή χώρα. Τα συστήματα πρόνοιας στοχεύουν στην προστασία των ανθρώπων που πλήττονται από ζητήματα όπως η ανεργία, προβλήματα υγείας, το γήρας, ζητήματα στέγασης, πρόνοιας κα. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία τα συστήματα κοινωνικής πρόνοιας στην Ευρώπη μπορούν να ομαδοποιηθούν σε πέντε μοντέλα: το Σκανδιναβικό, το Κέντρο – Ευρωπαϊκό, το Αγγλοσαξονικό, το Μεσογειακό και το Μετά-Κομμουνιστικό μοντέλο (EASPD, 2014; Ferrera, 2013). Μια από τις σημαντικότερες διαφοροποιήσεις μεταξύ των μοντέλων αφορά τον προσανατολισμό των πολιτικών τους για την αναπηρία και την απασχόληση. Ειδικότερα φαίνεται να αποτελεί βασική διαφοροποίηση το κατά πόσο το κάθε μοντέλο είναι εστιασμένο περισσότερο ή λιγότερο σε πολιτικές προσανατολισμένες στην ενεργοποίηση και την ένταξη ή στην αποζημίωση και την παροχή σχετικών επιδομάτων. Οι διαφορές αυτές αποτυπώνονται και σε σχετική μελέτη (OECD, 2010) τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται σχηματικά παρακάτω (Σχήμα 2).

ΣΧΗΜΑ 2:

Προσανατολισμός των πολιτικών στα πέντε ευρωπαϊκά μοντέλα κοινωνικής πρόνοιας.



Το Σκανδιναβικό μοντέλο, περιλαμβάνει τη Νορβηγία, τη Σουηδία, τη Φινλανδία, τη Δανία και την Ολλανδία και το κύριο χαρακτηριστικό του είναι προσανατολισμός στην κατανομή των κοινωνικών οφελών σε όλα τα μέλη της κοινωνίας (Ferrera 2013). Βασίζεται σε ένα ισχυρό αναδιανεμητικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (Eikemo και συνεργάτες, 2008b· Fenger, 2007), περιλαμβάνει πλούσιες υπηρεσίες δίνοντας έμφαση σε ζητήματα ισότητας και ισονομίας (Porona & Kozhevnikova, 2013) στοχεύοντας στην κοινωνική ένταξη (Ferrera 2013) και την ενίσχυση της απασχόλησης (Midttun, Gautesen & Gjørlberg, 2006).

Το Κέντρο – Ευρωπαϊκό μοντέλο περιλαμβάνει την Αυστρία, τη Γαλλία, τη Γερμανία, το Βέλγιο και το Λουξεμβούργο. Αν και διαθέτει καλά ανεπτυγμένα συστήματα ένταξης στην απασχόληση είναι προσανατολισμένο προς επιδοματικές πολιτικές. Το γεγονός αυτό, συχνά δημιουργεί εμπόδια για την ένταξη στην απασχόληση και την ανοιχτή αγορά εργασίας των ατόμων με αναπηρίες (EASPD, 2014). Η κοινωνική ασφάλιση είναι αρκετά οργανωμένη (Urbé, 2013) και τα οφέλη που συνδέονται με την απασχόληση, χρηματοδοτούνται κατά κύριο λόγο από τους εργοδότες και τους εργαζόμενους (Eikemo και συνεργάτες, 2008b).

Σε ότι αφορά το Αγγλοσαξονικό μοντέλο, το οποίο εφαρμόζεται στο Ηνωμένο Βασίλειο και την Ιρλανδία, είναι αυστηρότερο σε ότι έχει να κάνει με τα επιδόματα

αναπηρίας δίνοντας έμφαση στην ενεργοποίηση της απασχόλησης. Χαρακτηρίζεται από ένα σχετικά χαμηλό επίπεδο κρατικών δαπανών για την κοινωνική προστασία και οι παροχές είναι συνδεδεμένες με το εισόδημα των ωφελούμενων (Eikemo και συνεργάτες, 2008a; Fengger, 2007). Οι χρηματικές παροχές κατευθύνονται κατά κύριο λόγο στους ανθρώπους που βρίσκονται σε ηλικία εργασίας και γενικά δίνεται έμφαση σε μέτρα ενεργοποίησης των ανέργων (Midttun, Gautesen & Gjølborg, 2006).

Το Μεσογειακό μοντέλο εφαρμόζεται στην Ιταλία, Ισπανία, Ελλάδα, Πορτογαλία και Τουρκία (EASPD, 2014). Στο μοντέλο αυτό υπάρχει δημόσια υγειονομική περίθαλψη για τους πολίτες, όμως χαρακτηρίζεται από ανεπαρκείς πολιτικές ένταξης στην απασχόληση και αποκατάστασης και χαμηλά επιδόματα ασθένειας/αναπηρίας (Campos-Matos & Kawachi, 2015). Τέλος, υπάρχει υψηλό επίπεδο κατακερματισμού των κοινωνικών παροχών και ρυθμιζόμενη πρόσβαση σε αυτές (EASPD, 2014).

Στο μετά-κομμουνιστικό μοντέλο τα συστήματα κοινωνικής πρόνοιας χαρακτηρίζονται από υψηλές ανισότητες, χαμηλές κοινωνικές δαπάνες και χαμηλή κοινωνική συνοχή (EASPD, 2014). Η παροχή υπηρεσιών υγείας είναι σχετικά περιορισμένη και το σύστημα δημόσιας υγείας είναι φτωχό (Eikemo και συνεργάτες, 2008a). Δεν έχουν αναπτυχθεί ιδιαίτερα πολιτικές και προγράμματα ενεργοποίησης της απασχόλησης ενώ ο προσανατολισμός φαίνεται να είναι κατά κύριο λόγο προς τις επιδοματικές πολιτικές - αν και περιορισμένες.

Συμπερασματικά, παρατηρείται μια ποικιλομορφία στον τρόπο με τον οποίο οι διάφορες ευρωπαϊκές χώρες έχουν οργανώσει τα συστήματα κοινωνικής πρόνοιας. Το ζήτημα της απασχόλησης των ατόμων με χρόνιες παθήσεις έχει σημαντικές πολιτικό-οικονομικές διαστάσεις που αγγίζουν τη δόμηση των συστημάτων κοινωνικής πρόνοιας ενώ η επαγγελματική τους (επαν)ένταξη επηρεάζεται άμεσα από τη διαθεσιμότητα ή μη στρατηγικών διαχείρισης, αποκατάστασης και υποστήριξης (Grammenos, 2013· OECD, 2010).

Η παρούσα μελέτη έχει ως στόχο την διερεύνηση και καταγραφή των διαθέσιμων στρατηγικών, οι οποίες σχετίζονται με την ένταξη και επανένταξη στην αγορά εργασίας των ατόμων παραγωγικής ηλικίας με χρόνιες παθήσεις στην Ελλάδα. Πιο συγκεκριμένα, στην παρούσα μελέτη διερευνήθηκαν οι απόψεις εκπροσώπων φορέων που σχετίζονται με θέματα χρόνιων παθήσεων, αναπηρίας και επαγγελματικής (επαν)ένταξης, ως προς τις στρατηγικές που αφορούν στην ένταξη και επανένταξη στην αγορά εργασίας των ατόμων παραγωγικής ηλικίας με χρόνιες παθήσεις με στόχο

την καταγραφή των διαθέσιμων στρατηγικών. Με βάση τα προαναφερόμενα, το κύριο ερευνητικό ερώτημα διαμορφώθηκε ως εξής:

- Ποιες είναι οι διαθέσιμες στρατηγικές στην Ελλάδα και σε ποιο βαθμό σχετίζονται με /ή στοχεύουν στην επαγγελματική (επαν)ένταξη των ατόμων με χρόνιες παθήσεις;

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο ενός ευρωπαϊκού ερευνητικού προγράμματος (Pathways Project, <http://path-ways.eu/>) και αποτελεί μέρος μιας ευρύτερης διακρατικής μελέτης, η οποία είχε ως στόχο τη διερεύνηση των διαθέσιμων στρατηγικών (επαν)ένταξης στην αγορά εργασίας των ατόμων με χρόνιες παθήσεις σε 10 ευρωπαϊκές χώρες που ανήκουν σε διαφορετικά συστήματα κοινωνικής πρόνοιας (Αυστρία, Τσεχία, Γερμανία, Ελλάδα, Ιταλία, Νορβηγία, Πολωνία, Σλοβενία, Ισπανία και Ηνωμένο Βασίλειο). Η παρούσα μελέτη εστιάζει στην ανάλυση και συζήτηση μόνον των ελληνικών δεδομένων.

Μεθοδολογία

Θεωρητική μεθοδολογική προσέγγιση

Η παρούσα μελέτη αποτελεί μια ποιοτική έρευνα με στοιχεία επισκόπησης, καθώς στο πλαίσιο της έρευνας αυτής επιχειρήθηκε η καταγραφή των διαθέσιμων στρατηγικών επαγγελματικής (επαν)ένταξης των ατόμων με χρόνιες παθήσεις στην Ελλάδα, όπως αυτές προέκυψαν από την διερεύνηση των απόψεων εκπροσώπων φορέων που σχετίζονται με θέματα χρόνιων παθήσεων, αναπηρίας και επαγγελματικής (επαν)ένταξης. Η ποιοτική έρευνα εντάσσεται στο κονστρουκτιβιστικό ερευνητικό παράδειγμα σύμφωνα με το οποίο η πραγματικότητα είναι μια κοινωνική κατασκευή για την οποία υπάρχουν πολλαπλές υποκειμενικές ερμηνείες και όχι μια αντικειμενική (Robson, 2010) και συνεπώς χρειάζεται να εξεταστούν τα φαινόμενα από την πλευρά των συμμετεχόντων σε αυτά. Μέσω της ποιοτικής μεθοδολογίας το προς διερεύνηση ζήτημα προσεγγίζεται με ευελιξία και επιδιώκεται η περαιτέρω εμβάθυνση, προσδίδοντας σημασία σε υποκειμενικούς παράγοντες συνδεδεμένους με τους συμμετέχοντες στην ερευνητική διαδικασία (Ίσαρη και Πουρκός, 2015, σ. 36). Ο χαρακτήρας της επισκόπησης που προσδίδεται στην συγκεκριμένη ποιοτική μελέτη συνδέεται με την παραδοχή πως η έρευνα επισκόπησης αποτελεί μια μέθοδο

συλλογής πρωτογενών δεδομένων για ένα συγκεκριμένο ζήτημα για το οποίο ο ερευνητής προσπαθεί να συγκεντρώσει όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες με χρήση ερωτήσεων (Jackson, 2012) ανοικτού ή/ και κλειστού τύπου. Αν και η μελέτη επισκόπησης στοχεύει στη συλλογή δεδομένων σχετικών με χαρακτηριστικά, δράσεις και απόψεις ενός μεγάλου αριθμού ατόμων, μπορεί επίσης να πραγματοποιείται την εκτίμηση αναγκών μιας ομάδας ατόμων, την επίλυση προβλημάτων που έχουν καταγραφεί ή την εξέταση των επιπτώσεων ενός συγκεκριμένου φαινομένου (Salant & Dillman, 1994).

Μεθοδολογικός σχεδιασμός – Διαδικασία

Αρχικά, στο πλαίσιο του σχεδιασμού της ερευνητικής διαδικασίας πραγματοποιήθηκε αναζήτηση δευτερογενών στοιχείων/δεδομένων και ειδικότερα διεξήχθη βιβλιογραφική επισκόπηση για την προσέγγιση και μελέτη σχετικών με τον στόχο της έρευνας πηγών. Στη βάση των δεδομένων της επισκόπησης αυτής αναπτύχθηκε ένα πρωτόκολλο ερωτηματολογίου με κλειστές και ανοιχτές ερωτήσεις, καθώς και ένα πρωτόκολλο ημι-δομημένης συνέντευξης με σκοπό την διερεύνηση της ύπαρξης και διαθεσιμότητας συγκεκριμένων στρατηγικών επαγγελματικής (επαν)ένταξης των ατόμων με χρόνιες παθήσεις στην αγορά εργασίας.

Αν και στις χρόνιες παθήσεις περιλαμβάνεται ένα πολύ μεγάλο εύρος διαφορετικών παθήσεων, η παρούσα μελέτη επικεντρώθηκε στις παρακάτω επτά κατηγορίες: προβλήματα ψυχικής υγείας, νευρολογικές παθήσεις (με επίκεντρο τις διαταραχές κεφαλαλγίας), μεταβολικές διαταραχές, μυοσκελετικές παθήσεις, ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος, καρδιαγγειακές παθήσεις και καρκίνος. Το κριτήριο για την επιλογή των συγκεκριμένων κατηγοριών ήταν οι επιπτώσεις τους στη συμμετοχή των ατόμων στην αγορά εργασίας, βάσει του δείκτη «Απώλεια Ετών λόγω Αναπηρίας» (WHO, 2012).

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε αναζήτηση φορέων και συλλόγων στην Ελλάδα που εκπροσωπούν τις συγκεκριμένες επτά κατηγορίες χρόνιων παθήσεων. Η αναζήτηση στηρίχθηκε σε βάση δεδομένων που περιελάμβανε σχετικούς φορείς και η οποία είχε δημιουργηθεί για τους σκοπούς προηγούμενης δράσης (stakeholders analysis) του ευρύτερου ερευνητικού προγράμματος. Επιπλέον, πραγματοποιήθηκε αναζήτηση ειδικών, εκπροσώπων φορέων, που σχετίζονται με θέματα απασχόλησης

και χρόνιων παθήσεων. Μετά την ολοκλήρωση της διαδικασίας ενημέρωσης και της επικοινωνίας με τους εκπροσώπους των φορέων και εφόσον συμφώνησαν να συμμετάσχουν στην έρευνα, ακολούθησε η διαδικασία συλλογής δεδομένων μέσω του ερωτηματολογίου κλειστών και ανοιχτών ερωτήσεων και της ημι-δομημένης συνέντευξης. Το αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο στάλθηκε στους συμμετέχοντες με email, ενώ σε μία περίπτωση η συμπλήρωση έγινε δια ζώσης με επίβλεψη. Επιπρόσθετα, πραγματοποιήθηκε συνέντευξη με έναν πάροχο υπηρεσιών, έναν χρήστη υπηρεσιών και έναν θεσμικό φορέα. Παρόμοια διαδικασία ακολουθήθηκε σε καθεμία από τις 10 χώρες που συμμετέχουν στο ευρύτερο ερευνητικό πρόγραμμα, όμως η παρούσα μελέτη επικεντρώνεται στην περίπτωση της Ελλάδας.

Συμμετέχοντες

Για την επιλογή του δείγματος εφαρμόστηκε η μέθοδος της δειγματοληψίας ευκολίας (convenience sampling). Στη συγκεκριμένη μέθοδο επιλέγονται από τον ερευνητή για τη συμμετοχή τους στο δείγμα άτομα τα οποία είναι εύκολα προσβάσιμα και πληρούν ορισμένα πρακτικά κριτήρια όπως για παράδειγμα εγγύτητα, προθυμία συμμετοχής και διαθεσιμότητα (Dörnyei, 2007). Βασικό μειονέκτημα της συγκεκριμένης μεθόδου αποτελεί η χαμηλή αντιπροσωπευτικότητα και άρα η αδυναμία γενίκευσης των αποτελεσμάτων (Etikan, Musa, & Alkassim, 2016).

Αναζητήθηκαν συμμετέχοντες μέσω της βάσης δεδομένων η οποία συμπεριλάμβανε σχετικούς με τον στόχο της έρευνας φορείς και είχε δημιουργηθεί για τους σκοπούς του ευρύτερου ερευνητικού προγράμματος. Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά δεκατρείς (13) εκπρόσωποι διαφόρων φορέων στην Ελλάδα.

Ειδικότερα, χορηγήθηκε αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο σε 10 εκπρόσωπους φορέων (εκπρόσωποι φορέων / συλλόγων σχετικών με καθεμία από τις επτά κατηγορίες χρόνιων παθήσεων που μελετώνται στη συγκεκριμένη έρευνα και τρεις ειδικοί, εκπρόσωποι φορέων που σχετίζονται με θέματα απασχόλησης και χρόνιων παθήσεων). Συγκεκριμένα, οι 10 συμμετέχοντες εκπροσωπούσαν:

α. φορείς που σχετίζονται με θέματα απασχόλησης και χρόνιων παθήσεων/ αναπηρίας (Οργανισμός Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού, Συνήγορος του Πολίτη, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, ΠΕΨΑΕΕ-Πανελλαδική Ένωση για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση και την Επαγγελματική Επανάταξη),

β. συλλόγους και εκπροσώπους χρονίως πασχόντων (Πανελλήνια Ομοσπονδία Σωματείων Συλλόγων Ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη, Πνευμονική Υπέρταση Ελλάδος, Πανθεσσαλική Ένωση Ατόμων για τη Σκλήρυνση κατά Πλάκας, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, Σύλλογος Σκελετικής Υγείας 'Πεταλούδα', εκπρόσωπος ΚοινΣΕπ Ένταξης με καρδιαγγειακή πάθηση).

Επίσης, πραγματοποιήθηκε συνέντευξη με 3 εκπροσώπους των παρακάτω φορέων:

α. πάροχο υπηρεσιών (ΕΔΡΑ-Κοινωνικές Συνεταιριστικές Δραστηριότητες Ευπαθών Ομάδων),

β. χρήστη υπηρεσιών (Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία- Ε.Σ.Α.μεΑ.),

γ. θεσμικό φορέα (Υπουργείο Εργασίας Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας-Ειδική Υπηρεσία για την Κοινωνική Ένταξη και την Κοινωνική Οικονομία).

Εργαλεία Συλλογής Δεδομένων

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο ανοιχτών και κλειστών ερωτήσεων και ημι-δομημένη συνέντευξη. Τόσο το πρωτόκολλο του ερωτηματολογίου, όσο και το πρωτόκολλο της συνέντευξης κατασκευάστηκαν με βάση τα δεδομένα που είχαν συλλεχθεί μέσω έρευνας δευτερογενών στοιχείων.

Ειδικότερα, το ερωτηματολόγιο αποτελείται από συνολικά είκοσι εννέα (29) ερωτήσεις, 13 κλειστού και 16 ανοιχτού τύπου (μέρος του ερωτηματολογίου παρουσιάζεται στο Παράρτημα Α). Οι ερωτήσεις κατανέμονται σε τρεις κεντρικές ενότητες, οι οποίες περιγράφονται παρακάτω:

Ενότητα Α: Γενικές πληροφορίες σχετικά με τον φορέα/σύλλογο/υπηρεσία.

Στην ενότητα αυτή ζητούνταν κάποιες γενικές πληροφορίες για τα στοιχεία του φορέα που συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο και την εμπειρία του φορέα ή τις υπηρεσίες που παρέχει σε σχέση με την απασχόληση/ εργασία των ατόμων με χρόνιες παθήσεις (7 ερωτήσεις ανοιχτού και 1 ερώτηση κλειστού τύπου)

Ενότητα Β: Πληροφορίες για την Ελληνική νομοθεσία που διέπει την απασχόληση/ εργασία των ατόμων με μειωμένη ικανότητα εργασίας.

Στην ενότητα αυτή ζητούνταν από τους ερωτώμενους α) πληροφορίες σε σχέση με το αν υπάρχουν νομοθετικές διατάξεις, παροχές και ειδικές ρυθμίσεις που αφορούν

την απασχόληση των ατόμων με μειωμένη ικανότητα εργασίας γενικά, και β) αναφορά σε αυτές (6 ερωτήσεις ανοικτού και 7 ερωτήσεις κλειστού τύπου).

Ενότητα Γ: Πληροφορίες σχετικά με τη νομοθεσία, τα συστήματα και τις υπηρεσίες που σχετίζονται με συγκεκριμένες χρόνιες παθήσεις (π.χ. νομοθεσία για τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας).

Στην τελευταία αυτή ενότητα, ζητούνταν αρχικά να επιλεγθεί από τους ερωτώμενους μια συγκεκριμένη ομάδα χρονίως πασχόντων από τις 7 που εντάσσονται στη συγκεκριμένη έρευνα και κατόπιν να απαντήσουν σε ερωτήσεις (3 ανοικτού και 5 κλειστού τύπου) που αφορούσαν σε νομοθετικές διατάξεις, παροχές και ειδικές ρυθμίσεις για την ομάδα των χρονίως πασχόντων που επέλεξαν.

Το πρωτόκολλο της ημι-δομημένης συνέντευξης αποτελείται από 3 άξονες, στον καθένα από τους οποίους περιλαμβάνονται 4 κατηγορίες ανοικτών ερωτήσεων (μέρος του πρωτοκόλλου της συνέντευξης παρουσιάζεται στο Παράρτημα Β). Το πρωτόκολλο επικεντρώνεται στη διερεύνηση διαθέσιμων πολιτικών, προγραμμάτων και υπηρεσιών για την επαγγελματική (επαν)ένταξη των ατόμων με χρόνιες παθήσεις στην αγορά εργασίας. Συγκεκριμένα, οι ερωτήσεις της συνέντευξης αφορούν στα παρακάτω:

α. στοιχεία που σχετίζονται με τους φορείς, τους οργανισμούς και τους λήπτες παροχής υπηρεσιών που συμμετείχαν στην έρευνα,

β. στοιχεία για συγκεκριμένες κρατικές πολιτικές και στρατηγικές που ρυθμίζουν την απασχόληση/εργασία των ατόμων με χρόνιες παθήσεις (όπως: τίτλος, στόχοι, επιλεξιμότητα, πληθυσμοί στόχοι, μακροχρόνιες/βραχυχρόνιες, υπεύθυνοι οργανισμοί/ γραφεία, τομέας εφαρμογής, πηγές χρηματοδότησης, ενδεχόμενοι συνεργάτες, κατηγορίες χρόνιων παθήσεων που καλύπτουν κλπ.)

γ. στοιχεία σχετικά με προγράμματα και δράσεις που στοχεύουν στην προώθηση της εργασιακής (επαν)ένταξης των ατόμων με χρόνιες παθήσεις (όπως: τίτλος, στόχοι, επιλεξιμότητα, πληθυσμοί στόχοι, μακροχρόνιες/βραχυχρόνιες, υπεύθυνος οργανισμός/ γραφείο, τομέας εφαρμογής, πηγή χρηματοδότησης, προστατευμένα εργαστήρια/ανοιχτή αγορά εργασίας, πιθανές συνεργασίες, κατηγορίες χρόνιων παθήσεων που καλύπτουν, κλπ.)

δ. στοιχεία σχετικά με υπηρεσίες που διευκολύνουν την εργασιακή (επαν)ένταξη των ατόμων με χρόνιες παθήσεις (όπως: τίτλος/όνομα, στόχοι, επιλεξιμότητα, πληθυσμοί στόχοι, μακροχρόνιες/βραχυχρόνιες, υπεύθυνος οργανισμός/ γραφείο, τομέας εφαρμογής, τύπος φορέα παροχής υπηρεσιών (κερδοσκοπικός ή μη,

δημόσιος), πηγή χρηματοδότησης, προστατευμένα εργαστήρια/ανοιχτή αγορά εργασίας, πιθανές συνεργασίες, κατηγορίες χρόνιων παθήσεων που καλύπτουν, κλπ.)

ε. στοιχεία σχετικά με την προσβασιμότητα αλλά και την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των κρατικών πολιτικών-στρατηγικών, των προγραμμάτων και των υπηρεσιών που αφορούν την εργασιακή (επαν)ένταξη των ατόμων με χρόνιες παθήσεις, και

στ. απόψεις των συμμετεχόντων σχετικά με τις πολιτικές και στρατηγικές που επισημάνθηκαν από τον ίδιο/ την ίδια (π.χ. πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα, προκλήσεις και ευκαιρίες, επάρκεια κρατικής οικονομικής υποστήριξης, καταλληλότητα (επάρκεια) συντονισμού εμπλεκόμενων φορέων, πιθανά κενά, κόστος & αποτελεσματικότητα, αποτελεσματικότητα στην (επαν)ένταξη των ατόμων με χρόνιες παθήσεις στην ανοιχτή αγορά εργασίας).

Ανάλυση δεδομένων

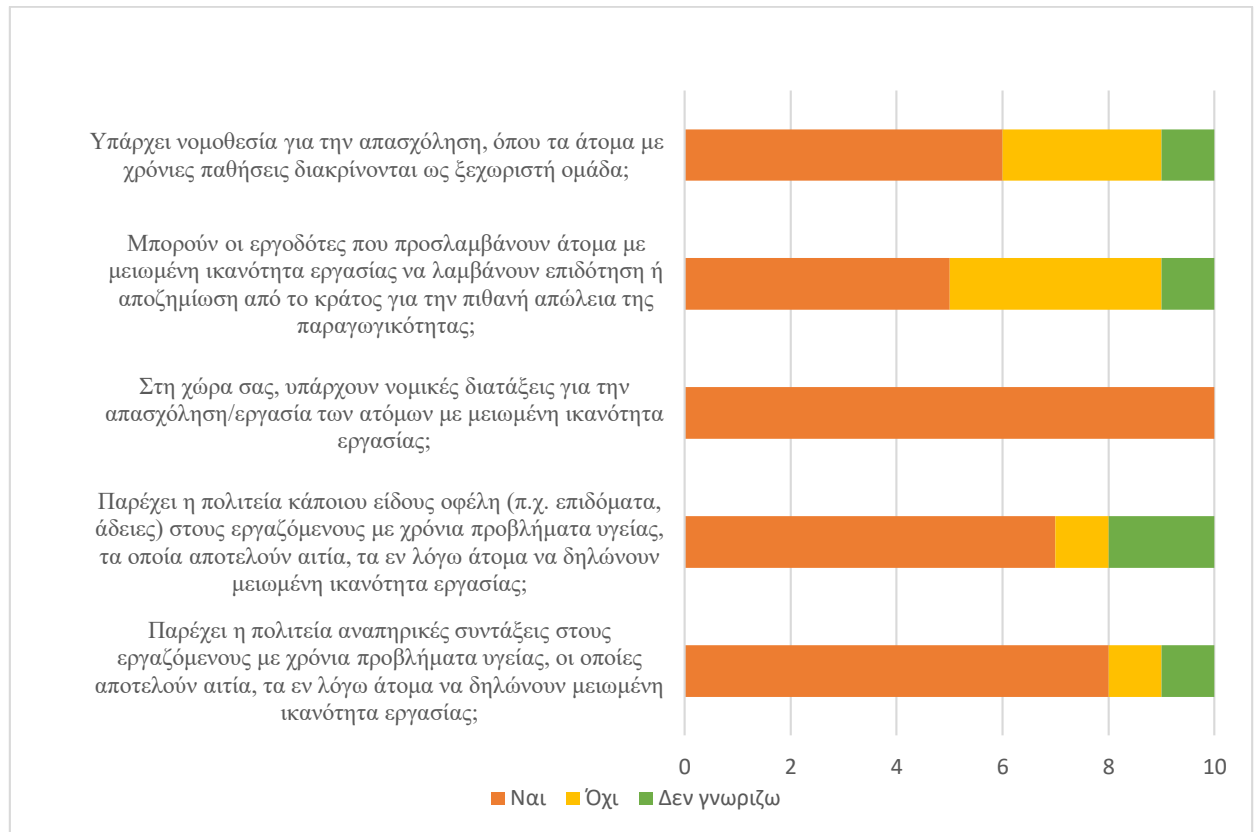
Η επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων που προέκυψαν από τις ανοικτού τύπου ερωτήσεις, τόσο του ερωτηματολογίου όσο και των συνεντεύξεων, πραγματοποιήθηκε με την χρήση της ποιοτικής μεθόδου της θεματικής ανάλυσης. Η συγκεκριμένη μέθοδος ανάλυσης ποιοτικών δεδομένων χαρακτηρίζεται εύχρηστη και ευέλικτη (Ίσαρη και Πουρκός, 2015). Μέσα από τον εντοπισμό και την περιγραφή των θεματικών μοτίβων ο ερευνητής καλείται να προσδιορίσει ο ίδιος, επιστημολογικά και θεωρητικά, την ανάλυσή του, αφού καταλήξει στο θεματικό χάρτη των δεδομένων του. Τα στάδια της θεματικής ανάλυσης είναι: 1) Εξοικείωση με τα δεδομένα, 2) κωδικοποίηση των δεδομένων, 3) αναζήτηση θεμάτων, 4) επανεξέταση- βελτίωση των θεμάτων, 5) ορισμός θεμάτων και 6) συγγραφή των ευρημάτων (Braun & Clarke, 2006). Για την οργάνωση του περιεχομένου και την κατηγοριοποίηση των δεδομένων της παρούσας έρευνας χρησιμοποιήθηκε το πακέτο NVivo 11. Ως προς την ανάλυση των δεδομένων που προέκυψαν από τις κλειστού τύπου ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, εφαρμόστηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση για τον υπολογισμό ποσοστών.

Αποτελέσματα

Αρχικά, περιγράφονται τα αποτελέσματα (ποσοστά) για καθεμία από τις κλειστού τύπου ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, το οποίο συμπληρώθηκε από 10 συμμετέχοντες. Η γενικότερη εικόνα που προκύπτει είναι πως στη χώρα μας υπάρχουν διαθέσιμες στρατηγικές που απευθύνονται και στα άτομα με χρόνιες παθήσεις, οι οποίες στοχεύουν στην επαγγελματική τους (επαν)ένταξη. Συγκεκριμένα, όλοι οι ερωτώμενοι (100%) συμφώνησαν ότι στη χώρα μας υπάρχουν νομικές διατάξεις για την απασχόληση των ατόμων με μειωμένη ικανότητα εργασίας, ενώ το 60% δήλωσε ότι υπάρχει νομοθεσία για την απασχόληση, όπου τα άτομα με χρόνιες παθήσεις αναφέρονται με κάποιο τρόπο ως ξεχωριστή ομάδα (Γράφημα 1). Σε σχέση με τα κίνητρα που δίνονται από την πολιτεία στους εργοδότες για την πρόσληψη ατόμων με χρόνιες παθήσεις ή τη διατήρηση αυτών στις θέσεις εργασίας τους, το 50% των ερωτώμενων απάντησε πως υπάρχουν τέτοιου είδους κίνητρα (Γράφημα 1). Σε ότι αφορά την εικόνα που έχουν οι ερωτώμενοι για τις παροχές της πολιτείας (επιδόματα, άδειες, συντάξεις) προς τα άτομα που δηλώνουν μειωμένη ικανότητα εργασίας εξαιτίας κάποιας χρόνιας πάθησης, η πλειοψηφία αυτών δήλωσε ότι στη χώρα μας υπάρχουν τέτοιου είδους παροχές. Συγκεκριμένα, το 70% των ερωτώμενων συμφώνησε πως από το κράτος παρέχονται ειδικά οφέλη (επιδόματα, άδειες) στους εργαζόμενους με προβλήματα υγείας τα οποία αποτελούν αιτία μειωμένης ικανότητας για εργασία, ενώ το 80% απάντησε καταφατικά στην ερώτηση που αφορά την παροχή αναπηρικών συντάξεων σε εργαζόμενους με προβλήματα υγείας, τα οποία αποτελούν αιτία μειωμένης ικανότητας για εργασία (Γράφημα 1).

ΓΡΑΦΗΜΑ 1:

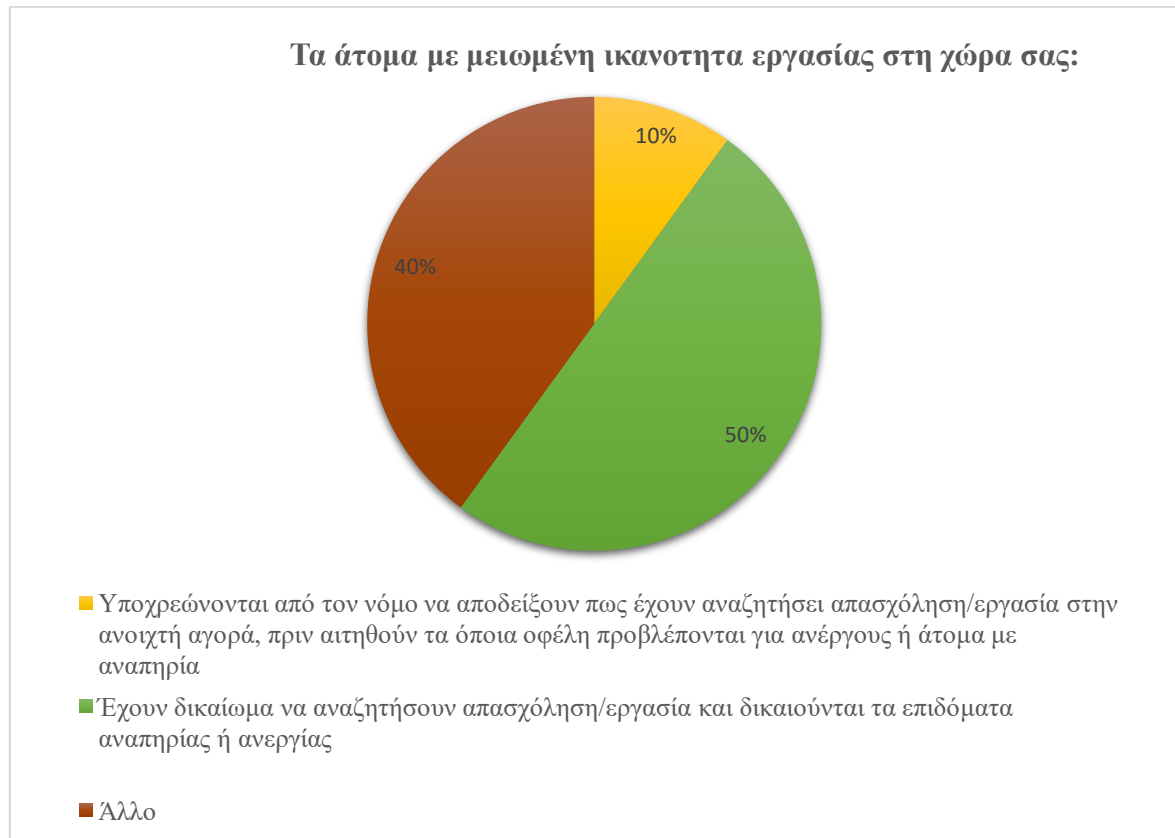
Απαντήσεις των ερωτώμενων σχετικά με την ύπαρξη συγκεκριμένων στρατηγικών για την απασχόληση των ατόμων με χρόνιες παθήσεις στην Ελλάδα.



Όταν ζητήθηκε από τους ερωτώμενους να επιλέξουν μία από τις τρεις εναλλακτικές απαντήσεις σε σχέση με το τι ισχύει για τα άτομα με μειωμένη ικανότητα εργασίας στη χώρα μας, τα αποτελέσματα είχαν ως εξής: Το 50% των συμμετεχόντων επέλεξε την απάντηση «έχουν δικαίωμα να αναζητήσουν απασχόληση/εργασία και δικαιούνται τα επιδόματα αναπηρίας ή ανεργίας», και το 40% επέλεξε «άλλο» (Γράφημα 2). Οι ερωτώμενοι που απάντησαν «άλλο» προσδιόρισαν περεταίρω την επιλογή τους αναφερόμενοι στη λήψη διαφόρων παροχών, όπως επιδόματα και συντάξεις. Μόνο το 10% των συμμετεχόντων απάντησε πως «υποχρεώνονται από τον νόμο να αποδείξουν πως έχουν αναζητήσει απασχόληση/εργασία στην ανοιχτή αγορά, πριν αιτηθούν τα όποια οφέλη προβλέπονται για ανέργους ή άτομα με αναπηρία».

ΓΡΑΦΗΜΑ 2:

Απαντήσεις των ερωτώμενων σχετικά με το τι ισχύει για τα άτομα με μειωμένη ικανότητα εργασίας στην Ελλάδα.



Σε σχέση με την ερώτηση «υπάρχει σύστημα ποσόστωσης για τους εργοδότες στη χώρα σας αναφορικά με την πρόσληψη των ατόμων με χρόνιες παθήσεις;» το 100% των ερωτώμενων γνώριζαν για το σύστημα ποσόστωσης που είναι σε ισχύ στη χώρα μας κι επέλεξαν την απάντηση που ανέφερε πως υπάρχει ανάλογο σύστημα το οποίο αφορά οργανισμούς δημόσιου και ιδιωτικού τομέα.

Στα δεδομένα που συλλέχθηκαν από τις ανοιχτού τύπου ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, όπως και από την συνέντευξη, εφαρμόστηκε η μέθοδος της θεματικής ανάλυσης. Καταρχάς, οι διαθέσιμες στρατηγικές επαγγελματικής (επαν)ένταξης των ατόμων με χρόνιες παθήσεις που αναζητήθηκαν στο πλαίσιο της συγκεκριμένης έρευνας κατηγοριοποιήθηκαν και ταξινομήθηκαν στις ακόλουθες κατηγορίες: α) πολιτικές, β) συστήματα, γ) υπηρεσίες. Με τον όρο «πολιτικές», εννοούνται κάθε είδους νομοθετικά πλαίσια δεσμευτικά και μη, διατάξεις ή και πολιτικές που θέτουν ένα πλαίσιο δράσης σε παγκόσμιο, περιφερειακό, εθνικό ή και τοπικό

επίπεδο. Στην κατηγορία «συστήματα», εντάσσονται κάθε είδους υποστηρικτικές ή/και οικονομικές παροχές ή προγράμματα που στοχεύουν: α) στην ενεργοποίηση των ανέργων για την επαγγελματική τους επανένταξη, β) στην υποστήριξη των εργαζομένων με στόχο να παραμείνουν στην εργασία τους, και γ) στην υποστήριξη των εργοδοτών ή/και των υπηρεσιών απασχόλησης προκειμένου να διευκολύνουν την συμμετοχή των ατόμων με χρόνιες παθήσεις στην αγορά εργασίας. Τέλος, στην κατηγορία «υπηρεσίες» περιλαμβάνεται κάθε μορφής γενική ή εξειδικευμένη υπηρεσία που παρέχεται από ιδιωτικούς ή/και δημόσιους φορείς και συμβάλλει στην εύρεση απασχόλησης των ατόμων με χρόνιες παθήσεις. Επίσης, εντάσσονται και οι κοινωνικές υπηρεσίες που άμεσα ή έμμεσα συμβάλλουν στην ενίσχυση της εργασιακής (επαν)ένταξης των ατόμων με χρόνιες παθήσεις. Οι παραπάνω κατηγορίες πέραν του ότι αποτελούν κομμάτια του ίδιου «πάζλ», συνδέονται μεταξύ τους και με έναν επιπλέον τρόπο, αφού η μία κατηγορία οδηγεί και συμβάλλει στην δημιουργία της επόμενης. Συνεπώς, ξεκινώντας από τις «πολιτικές», αυτές δημιουργούν και επηρεάζουν άμεσα τα «συστήματα», τα οποία στην πραγματικότητα αποτελούν και το όχημα με το οποίο οι πολιτικές υλοποιούνται. Κατόπιν, τα «συστήματα» διευκολύνουν τη μεταμόρφωση των στόχων που φέρουν οι «πολιτικές» σε συγκεκριμένες «υπηρεσίες», οι οποίες εν συνεχεία παρέχονται από τους φορείς-παρόχους υπηρεσιών προς την ομάδα στόχο, που στην προκειμένη περίπτωση είναι τα άτομα με χρόνιες παθήσεις. Παρακάτω παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της επεξεργασίας των ποιοτικών δεδομένων, τα οποία συλλέχθηκαν από τις ανοιχτού τύπου ερωτήσεις του ερωτηματολογίου και από την συνέντευξη, σε σχέση με καθεμία από τις τρεις κατηγορίες στρατηγικών (πολιτικές, συστήματα, υπηρεσίες).

Πολιτικές στην Ελλάδα

Η ανάλυση των δεδομένων έδειξε ότι, με εξαίρεση τα προβλήματα ψυχικής υγείας, όλες οι άλλες χρόνιες παθήσεις περιλαμβάνονται σε νομοθετικές ρυθμίσεις και διατάξεις που αφορούν γενικότερα τα ζητήματα της αναπηρίας ή των κοινωνικά ευπαθών ομάδων. Δεν υπάρχουν ρυθμίσεις, διατάξεις, νόμοι που να αναφέρονται εξειδικευμένα ή αποκλειστικά στα άτομα με χρόνιες παθήσεις.

Σε επίπεδο διεθνών συμβάσεων, με το νόμο 4074/2012 έχει κυρωθεί στη χώρα μας η Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία και

του αντίστοιχου Προαιρετικού Πρωτοκόλλου, όπου στο άρθρο 27 γίνεται αναφορά στα ζητήματα εργασίας και απασχόλησης:

«Άρθρο 27.

1. Τα Συμβαλλόμενα Κράτη αναγνωρίζουν το δικαίωμα στην εργασία των ατόμων με αναπηρίες, σε ίση βάση με τους άλλους. Αυτό συμπεριλαμβάνει το δικαίωμα στην ευκαιρία να κερδίζουν τα προς το ζην από εργασία που επιλέγεται ελεύθερα ή είναι αποδεκτή σε μια αγοράς εργασίας και σε ένα εργασιακό περιβάλλον που είναι ανοικτό, ενιαίο και προσβάσιμο στα άτομα με αναπηρίες. Τα Συμβαλλόμενα Κράτη προστατεύουν και διασφαλίζουν την άσκηση του δικαιώματος στην εργασία, περιλαμβανομένων και εκείνων που αποκτούν μια αναπηρία κατά τη διάρκεια της εργασίας τους, λαμβάνοντας τα κατάλληλα μέτρα, και μέσω της νομοθεσίας, [.....]».

Σε Ευρωπαϊκό επίπεδο, στην Ελλάδα, όπως και στις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες έχουν θεσπιστεί νομοθετικές διατάξεις κατά των διακρίσεων και υπέρ της ίσης μεταχείρισης με το νόμο 3304/2005 - «Εφαρμογή της αρχής της ίσης μεταχείρισης ανεξαρτήτως φυλετικής ή εθνοτικής καταγωγής, θρησκευτικών ή άλλων πεποιθήσεων, αναπηρίας, ηλικίας ή γενετήσιου προσανατολισμού». Σύμφωνα με το άρθρο 10 του νόμου, οι εργοδότες, υποχρεούνται να λάβουν όλα τα απαραίτητα μέτρα για τις εύλογες προσαρμογές του χώρου εργασίας εφόσον είναι αναγκαίες και δεν συνιστούν δυσανάλογη επιβάρυνση για τους εργοδότες.

Σε επίπεδο εθνικής νομοθεσίας, τα άτομα με χρόνιες παθήσεις καλύπτονται για ζητήματα απασχόλησης και εργασίας από το νόμο 2643/1998 – «Μέριμνα για την απασχόληση προσώπων ειδικών κατηγοριών και άλλες διατάξεις». Σύμφωνα με τον παραπάνω νόμο, κάποιες κατηγορίες προσώπων χαρακτηρίζονται ως «προστατευόμενοι». Στην κατηγορία αυτή μεταξύ άλλων περιλαμβάνονται και τα άτομα με ποσοστό αναπηρίας 50% και άνω.

Μέσα από το νόμο 2643/1998 προκύπτουν μια σειρά από προστατευτικές διατάξεις σε θέματα απασχόλησης για τους ανθρώπους που συγκεντρώνουν ποσοστό αναπηρίας 50% και πάνω και άρα θεωρούνται ότι έχουν μειωμένη ικανότητα εργασίας. Συγκεκριμένα, έχει θεσπιστεί το σύστημα της ποσόστωσης για την υποχρεωτική απασχόληση ατόμων με αναπηρίες και ποσοστό αναπηρίας άνω του 50% στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα. Όσον αφορά τον ιδιωτικό τομέα, οι επιχειρήσεις και συγκεκριμένα εκείνες που απασχολούν πάνω από 50 εργαζόμενους και έχουν θετικά οικονομικά στοιχεία τα τελευταία 2 έτη, υποχρεούνται να απασχολούν σε ένα ποσοστό 8% άτομα

που ανήκουν στην κατηγορία των «προστατευόμενων», εκ των οποίων το 2% θα πρέπει να είναι της κατηγορίας (β), δηλαδή άτομα με ποσοστό αναπηρίας άνω του 50%. Όπως προέκυψε από τις συνεντεύξεις, το παραπάνω μέτρο δεν δείχνει να έχει εφαρμοστεί αποτελεσματικά, αφενός λόγω της οικονομικής κρίσης, αφετέρου λόγω της αναποτελεσματικής εφαρμογής του νόμου που επιτρέπει σε μεγάλο αριθμό εργοδοτών να μη συμμορφώνεται. Όσον αφορά τον ευρύτερο δημόσιο τομέα, η υποχρέωση ποσόστωσης για τα άτομα που ανήκουν στην κατηγορία των «προστατευόμενων» είναι 5%, όπου τα 3/8 αυτών μπορούν να είναι άτομα με ποσοστό αναπηρίας άνω του 50%. Οι δημόσιες υπηρεσίες, τα νομικά πρόσωπα δημόσιου δικαίου και οι οργανισμοί τοπικής αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α.), υποχρεούνται να διορίζουν ή να προσλαμβάνουν πρόσωπα προστατευόμενα από το άρθρο 1, με σειρά προτεραιότητας σε θέσεις που αντιστοιχούν στο 5% των θέσεων που προκηρύσσονται κάθε φορά. Σε κάποιες δημόσιες υπηρεσίες υπάρχει υποχρέωση πρόσληψης του 20% από την κατηγορία των «προστατευόμενων» του νόμου, για συγκεκριμένες εργασίες (π.χ. φύλακες, θυρωροί, κηπουροί κ.α.) – δίχως όμως να αναφέρεται συγκεκριμένο ποσοστό για τα άτομα με ποσοστό αναπηρίας άνω του 50%. Θα πρέπει να αναφερθεί ότι, όπως αναδείχθηκε από τις συνεντεύξεις, από το 1998 και μετά που θεσπίστηκε ο συγκεκριμένος νόμος (2643/1998) πολύ λίγες προκηρύξεις θέσεων έχουν δημοσιευτεί και προχωρήσει.

Για τους εργαζόμενους με αναπηρίες/ χρόνιες παθήσεις, υπάρχουν κάποιες διατάξεις που αφορούν ευνοϊκές ρυθμίσεις και οι οποίες αναφέρονται κατά κύριο λόγο στο δημόσιο τομέα. Σύμφωνα με το νόμο 3528/2007 (ΦΕΚ 26/Α/09.02.2007) ο οποίος αναφέρεται στον κώδικα Δημοσίων Υπαλλήλων, και συγκεκριμένα το άρθρο 50, υπάλληλοι με ποσοστό αναπηρίας πενήντα τοις εκατό (50%) και άνω δικαιούνται από την υπηρεσία κάθε ημερολογιακό έτος άδεια με αποδοχές έξι εργάσιμων ημερών επιπλέον της κανονικής τους άδειας, ενώ υπάλληλοι που πάσχουν από νόσημα το οποίο απαιτεί τακτικές μεταγγίσεις αίματος ή χρήζει περιοδικής νοσηλείας δικαιούνται ειδική άδεια με αποδοχές έως είκοσι δύο (22) εργάσιμες ημέρες το χρόνο. Με τον ίδιο νόμο και το άρθρο 21, υπάρχει επίσης η δυνατότητα για τους εργαζόμενους που απολύθηκαν λόγω σωματικής ή ψυχικής αναπηρίας, μετά από πέντε χρόνια να επανεξεταστούν και να επανέλθουν εφόσον κριθεί από ειδική επιτροπή η ικανότητα να εκτελούν τα καθήκοντα τους. Ως ευνοϊκή διάταξη θεωρείται και το γεγονός ότι μέσω του νόμου 3731/2008 Άρθ.30, παρ. 8, τα άτομα με αναπηρία ποσοστού μεγαλύτερου του 67% δικαιούνται μείωση ωραρίου εργασίας κατά 1 ώρα στο δημόσιο τομέα.

Επίσης, ο νόμος 3846/2010 – «Εγγυήσεις για την εργασιακή ασφάλεια και άλλες διατάξεις» με το άρθρο 5, δίνει τη δυνατότητα να μετατρέψει ο εργαζόμενος την τακτική απασχόληση του σε «τηλεργασία». Τέλος, σύμφωνα με το άρθρο 90 του νόμου 4172/2013 περί διαθεσιμότητας δημοσίων υπαλλήλων εξαιρούνται από διαθεσιμότητα υπάλληλοι με αναπηρία ποσοστού 67% και άνω.

Στη χώρα μας, υπάρχει ακόμη νομοθεσία που αφορά τους κοινωνικούς συνεταιρισμούς περιορισμένης ευθύνης και περιλαμβάνει ευνοϊκές ρυθμίσεις για την εργασιακή ένταξη των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας (νόμος 2716/1999), αλλά και για την κοινωνική οικονομία και τις κοινωνικές συνεταιριστικές επιχειρήσεις (νόμος 4019/2011). Ανάλογα με τον ειδικότερο σκοπό τους, οι Κοινωνικές Συνεταιριστικές Επιχειρήσεις διακρίνονται στις εξής κατηγορίες: α) Κοινωνικές Συνεταιριστικές Επιχειρήσεις Ένταξης, οι οποίες στοχεύουν στην ένταξη στην οικονομική και κοινωνική ζωή των ατόμων που ανήκουν στις Ευάλωτες Ομάδες Πληθυσμού. Ποσοστό 40% κατ' ελάχιστον των εργαζομένων στις Επιχειρήσεις αυτές πρέπει να ανήκουν υποχρεωτικά στις Ευάλωτες Ομάδες Πληθυσμού. β) Κοινωνικές Συνεταιριστικές Επιχειρήσεις Φροντίδας, οι οποίες αφορούν στην παραγωγή και παροχή προϊόντων και υπηρεσιών κοινωνικού - προνοιακού χαρακτήρα και γ) Κοινωνικές Συνεταιριστικές Επιχειρήσεις Συλλογικού και Παραγωγικού Σκοπού, οι οποίες αφορούν την παραγωγή προϊόντων και παροχή υπηρεσιών για την ικανοποίηση των αναγκών της συλλογικότητας. Η πρώτη μορφή Κοινωνικής Συνεταιριστικής Επιχείρησης στην Ελλάδα ήταν οι ΚοιΣΠΕ [Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης] με τον Νόμο του 2716/1999. Με τον Νόμο 4019/2011, οι ΚοιΣΠΕ αυτοδίκαια αναγνωρίζονται σαν ΚοινΣΕπ ένταξης. Από τις συνεντεύξεις προκύπτει ότι στην Ελλάδα σήμερα έχουν συσταθεί και υπάρχουν γύρω στις 1.000 ΚοινΣΕπ. Οι ΚοινΣΕπ ένταξης, λόγω του ιδιαίτερου σκοπού και χαρακτήρα τους, είναι οι λιγότερες σε αριθμό, συγκεκριμένα δεν ξεπερνούν τις 20.

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προκύπτει ότι δεν υπάρχουν συγκεκριμένες ρυθμίσεις για την επανένταξη στην εργασία εργαζομένου ο οποίος απουσιάζει για μεγάλο χρονικό διάστημα, ή αναγκάζεται λόγω της χρόνιας πάθησής του να εγκαταλείψει την εργασία του.

Συστήματα στην Ελλάδα

Σε επίπεδο συστημάτων, στην Ελλάδα έχουν κατά διαστήματα εφαρμοστεί διάφορα προγράμματα και δράσεις με σκοπό την υποστήριξη της απασχόλησης όπου περιλαμβάνονταν και άτομα με χρόνιες παθήσεις. Ένα από αυτά, ήταν οι τοπικές δράσεις για την κοινωνική ένταξη των ευάλωτων ομάδων (ΤΟΠΕΚΟ) το οποίο προέβλεπε χρηματοδότηση με σκοπό την ανάπτυξη συνεργασιών μεταξύ εταιριών συμβούλων, κέντρων επαγγελματικής κατάρτισης και άλλων φορέων για την ενίσχυση των εγγεγραμμένων στο μητρώο του ΟΑΕΔ ανέργων, προερχόμενων από ευάλωτες κοινωνικές ομάδες (ΕΚΟ). Το πρόγραμμα είχε συνολικό προϋπολογισμό 60.000.000 ευρώ και βασικός του στόχος ήταν οι ωφελούμενοι άνεργοι να καταρτισθούν σε ποικίλη θεματολογία, να λάβουν υπηρεσίες συμβουλευτικής και ψυχοκοινωνικής στήριξης, να προσληφθούν σε επιχειρήσεις ή να ανοίξουν δικές τους ατομικές ή κοινωνικές συνεταιριστικές επιχειρήσεις. Η τιμή στόχος για τον αριθμό των ατόμων ανέργων ευπαθών κοινωνικά ομάδων που θα ωφελούνταν από τη συγκεκριμένη δράση ήταν 12.298 ωφελούμενοι σε όλη τη χώρα. Από τις συνεντεύξεις προέκυψε ότι από τις 131 αναπτυξιακές συμπράξεις που δημιουργήθηκαν στο πλαίσιο του προγράμματος, οι 36 περιλάμβαναν στην ομάδα στόχο τους και άτομα με αναπηρία, οι 8 άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας και 1 άτομα με διάφορες χρόνιες παθήσεις. Ένα αντίστοιχο πρόγραμμα ήταν και τα Τοπικά Σχέδια Απασχόλησης, προσαρμοσμένα στις ανάγκες των τοπικών αγορών εργασίας (ΤΟΠΣΑ), το οποίο υλοποιήθηκε μέσω των 13 ενδιάμεσων διαχειριστικών αρχών των περιφερειών της χώρας με συνολικό προϋπολογισμό 80.000.000 ευρώ και στόχο να ωφεληθούν περίπου 30.000 άνεργοι. Στις συγκεκριμένες δράσεις η ομάδα στόχος των ανέργων δεν ήταν άτομα από συγκεκριμένες ευπαθείς κοινωνικά ομάδες, αλλά από τον γενικό πληθυσμό της χώρας. Ακόμη, η συμμετοχή των ατόμων με αναπηρίες σε προγράμματα απασχόλησης του Ο.Α.Ε.Δ., όπως για παράδειγμα σε προσωρινές θέσεις στις τοπικές κοινότητες/ δήμους (κοινωφελής εργασία) ή σε προγράμματα κατάρτισης και απασχόλησης (voucher) μοριοδοτείται επιπλέον σε κάποιες περιπτώσεις λόγω της αναπηρίας. Επίσης, σύμφωνα με το άρθρο 13 του νόμου 4331/2015 δίνεται η δυνατότητα στα άτομα με αναπηρία να συνδυάσουν τη λήψη κοινωνικών παροχών που ίσως λαμβάνουν με την εργασία σε κοινωνικές συνεταιριστικές επιχειρήσεις ή με τις επιδοτήσεις που

ενδεχομένως να προκύψουν από τη συμμετοχή τους σε προγράμματα κατάρτισης ή απασχόλησης.

Τα άτομα με χρόνιες παθήσεις που στην προκειμένη περίπτωση της χώρας μας ανήκουν στην κατηγορία των ατόμων με αναπηρία, δεν έχουν κάποια συγκεκριμένη υποχρέωση προς το κράτος ως προς τη συμμετοχή τους σε δράσεις ενεργοποίησης για την (επαν)ένταξη τους, προκειμένου να καθίστανται δικαιούχοι των κοινωνικών παροχών. Λόγω της οικονομικής κρίσης, δεν υπάρχουν επίσης επί του παρόντος στη χώρα μας προγράμματα για την επιδότηση του μισθολογικού κόστους, προκειμένου να προσλάβει κάποιος εργοδότης ένα άτομο με αναπηρία, έχει υπάρξει όμως σχετικό πρόγραμμα για την επιδότηση του κόστους των ασφαλιστικών εισφορών. Συγκεκριμένα, το έτος 2010 τέθηκε σε ισχύ το «Ειδικό τριετές πρόγραμμα ενίσχυσης των εργοδοτών με επιχορήγηση που αντιστοιχεί στο ύψος των ασφαλιστικών εισφορών για την πρόσληψη 2.300 ανέργων Ατόμων με Αναπηρίες (ΑμεΑ), Απεξαρτημένων από εξαρτησιογόνες ουσίες, Αποφυλακισμένων, Νεαρών Παραβατικών Ατόμων». Το συγκεκριμένο πρόγραμμα υλοποιήθηκε από τον Ο.Α.Ε.Δ. για την πρόσληψη 2300 ατόμων ειδικών κοινωνικών ομάδων εκ των οποίων οι 2.200 με πλήρη απασχόληση και οι 100 με μερική απασχόληση, όπου οι εργοδότες λάμβαναν επιδότηση του συνόλου των ασφαλιστικών εισφορών. Το πρόγραμμα απευθυνόταν σε ιδιωτικές επιχειρήσεις, Συνεταιρισμούς, Επαγγελματικά Σωματεία και Ενώσεις αυτών, Σωματεία, Αστικές Εταιρίες μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Κοινοπραξίες και γενικά εργοδότες του ιδιωτικού τομέα, με προτεραιότητα στις μικρές επιχειρήσεις που απασχολούν έως 50 άτομα. Ένα ακόμη πρόγραμμα που έλαβε χώρα το έτος 2010, αφορούσε τη επιδότηση 800 ατόμων από ευπαθείς κοινωνικά ομάδες για την δημιουργία επιχειρήσεων, ενώ παράλληλα επιδοτήθηκαν και εργονομικές διευθετήσεις για 50 θέσεις εργασίας που αφορούσαν άτομα με αναπηρίες μέσω του ειδικού προγράμματος του Ο.Α.Ε.Δ με τίτλο: «Πρόγραμμα Επιχορήγησης 800 νέων ελευθέρων επαγγελματιών Ατόμων με Αναπηρίες (Α.με.Α), Απεξαρτημένων από εξαρτησιογόνες ουσίες και Αποφυλακισμένων ηλικίας 18-64 ετών και Πρόγραμμα Επιχορήγησης 50 θέσεων Εργονομικής Διευθέτησης του χώρου εργασίας για Άτομα με Αναπηρίες». Το πρόγραμμα αυτό απευθυνόταν σε ανέργους προερχόμενους από Ειδικές Κοινωνικές Ομάδες (Α.με.Α, Αποφυλακισμένα και Απεξαρτημένα Άτομα) και στόχος ήταν η προώθησή τους στην απασχόληση, η στήριξη για την κοινωνικο-οικονομική

ενσωμάτωση τους, η εξάλειψη των εμποδίων ένταξης στην αγορά εργασίας, καθώς και η διασφάλιση ίσων ευκαιριών, μέσω της οικονομικής ενίσχυσης επιχειρηματικών πρωτοβουλιών.

Υπηρεσίες στην Ελλάδα

Σε επίπεδο υπηρεσιών στη χώρα μας, οι διαθέσιμες υπηρεσίες συνοψίζονται στις κατηγορίες των ιατρικών υπηρεσιών, των υπηρεσιών προώθησης στην απασχόληση και εύρεσης εργασίας, και των υπηρεσιών εκπροσώπησης, ενημέρωσης και προάσπισης δικαιωμάτων.

Στην κατηγορία των ιατρικών υπηρεσιών εντάσσεται το Κέντρο Πιστοποίησης Αναπηρίας (ΚΕΠΑ). Η πιστοποίηση του ποσοστού αναπηρίας γίνεται μέσα από το Κέντρο Πιστοποίησης Αναπηρίας (ΚΕΠΑ) που αποτελεί εξουσιοδοτημένη κρατική υπηρεσία και αξιολογεί το βαθμό σοβαρότητας της αναπηρίας μέσα από συγκεκριμένα κριτήρια που καθορίζονται με την κοινή υπουργική απόφαση (ΦΕΚ Β' 1506/04-05-2012) δίνοντας ένα συγκεκριμένο ποσοστό αναπηρίας. Ως εκ τούτου, η πιστοποίηση της αναπηρίας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην πρόσβαση των ατόμων με χρόνιες παθήσεις σε υποστηρικτικές προς την απασχόληση υπηρεσίες. Η αξιολόγηση και ο προσδιορισμός του ποσοστού αναπηρίας από τον εξουσιοδοτημένο δημόσιο φορέα (Κέντρα Πιστοποίησης Αναπηρίας) βασίζεται στον Ενιαίο Πίνακα Προσδιορισμού του Ποσοστού Αναπηρίας, δηλαδή στη σοβαρότητα της κατάστασης της υγείας του ατόμου, αλλά όχι κατ' ανάγκη στην ικανότητά του να εργαστεί. Συνεπώς, το ποσοστό της αναπηρίας αποτελεί τον βασικό παράγοντα που καθορίζει την μετέπειτα πορεία του ατόμου – καθώς υπερβαίνει ακόμη και άλλων δεξιοτήτων που ενδεχομένως το άτομο έχει – και είναι κύριο κριτήριο για την τοποθέτηση σε θέση εργασίας.

Στην κατηγορία των υπηρεσιών προώθησης στην απασχόληση και εύρεσης εργασίας, εντάσσεται κατά κύριο λόγο ο Οργανισμός Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού (Ο.Α.Ε.Δ.) αλλά και άλλες μη θεσμικές υπηρεσίες που υποστηρίζουν την εύρεση και διατήρηση της εργασίας ατόμων με προβλήματα υγείας. Ειδικότερα, στη χώρα μας, η κύρια υπηρεσία απασχόλησης είναι ο Οργανισμός Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού (Ο.Α.Ε.Δ.) ο οποίος περιλαμβάνει έξι εξειδικευμένα κέντρα για τα άτομα που ανήκουν σε ευπαθείς κοινωνικά ομάδες (ΕΚΟ). Εδώ μπορούν να απευθυνθούν και τα άτομα με χρόνιες παθήσεις, εφόσον έχουν πιστοποιημένο

ποσοστό αναπηρίας 50% και άνω, λαμβάνοντας υπηρεσίες όπως συμβουλευτική σταδιοδρομίας, ψυχοκοινωνική στήριξη και παραπομπή σε προγράμματα κατάρτισης και απασχόλησης. Ο κάθε άνεργος που καταγράφεται στην υπηρεσία του ΟΑΕΔ και εκδίδει δελτίο ανεργίας δύναται στη συνέχεια να λάβει τυχόν επιδόματα βοηθήματα ή παροχές εφόσον εμπίπτει σε κάποια σχετική κατηγορία (επίδομα ανεργίας, μακροχρόνια ανέργων κλπ) η να παραπεμφθεί σε κάποια θέση εργασίας ή κάποια δράση απασχόλησης που υλοποιεί οργανισμός. Πέραν του ΟΑΕΔ, ανάλογες υπηρεσίες διατίθενται και από την Πανελλήνια Ένωση για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση και την Επαγγελματική Επανάταξη (Π.Ε.Ψ.Α.Ε.Ε.), η οποία αποτελεί επιστημονικό – μη κερδοσκοπικό σωματείο και παρέχει υποστήριξη για την εύρεση και διατήρηση της εργασίας ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας μέσω προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και επαγγελματικής επανάταξης και της δημιουργία κοινωνικών συνεταιρισμών με σκοπό την εργασιακή αποκατάσταση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Τέλος, στην κατηγορία των υπηρεσιών εκπροσώπησης, ενημέρωσης και προάσπισης δικαιωμάτων, εντάσσονται φορείς όπως η Εθνική Συνομοσπονδία ατόμων με αναπηρίες (Ε.Σ.Α.μεΑ.) ή και άλλες ενώσεις ασθενών συγκεκριμένων ασθενειών οι οποίες λειτουργούν με στόχο την εκπροσώπηση, την προάσπιση δικαιωμάτων η και την ενημέρωση των ατόμων με αναπηρίες ή χρόνιες παθήσεις. Τα άτομα με χρόνιες παθήσεις μέσα από τέτοιου είδους οργανώσεις μπορούν να λαμβάνουν πληροφόρηση όπως για παράδειγμα ενημέρωση για θέσεις εργασίας ή προγράμματα απασχόλησης που τους αφορούν. Ακόμη, μπορούν να ενημερωθούν για τα δικαιώματά τους σε θέματα εργασίας και απασχόλησης ή και να λάβουν καθοδήγηση και υποστήριξη για υποβολή καταγγελιών που σχετίζονται με διακρίσεις και καταπάτηση δικαιωμάτων σε θέματα εργασίας η απασχόλησης.

Συμπεράσματα και προοπτικές

Αποτίμηση της κατάστασης στην Ελλάδα

Με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας για την Ελλάδα, είναι δυνατό να σχηματιστεί μια πρώτη εικόνα σε σχέση με τις διαθέσιμες στρατηγικές επαγγελματικής (επαν)ένταξης των ατόμων με χρόνιες παθήσεις, σε επίπεδο πολιτικών, συστημάτων

και υπηρεσιών. Αν και η Ελλάδα διαθέτει ένα θεσμικό πλαίσιο που καλύπτει πλείστες πλευρές, πολλές από τις θεσμοθετημένες πολιτικές δεν εφαρμόζονται πλήρως στην πράξη και αυτό αποτελεί ένα βασικό ζήτημα που θα πρέπει να επιλυθεί. Για παράδειγμα, αν και υφίσταται νόμος για τις ποσοτώσεις στο δημόσιο, σπάνια εκδίδονται σχετικές προκηρύξεις, ενώ στον ιδιωτικό τομέα, το αντίστοιχο μέτρο τείνει να μην εφαρμόζεται αποτελεσματικά λόγω της οικονομικής κρίσης και της αδυναμίας σημαντικού αριθμού εργοδοτών να ανταποκριθούν σε αυτό. Ακόμη, είναι ουσιαστικής σημασίας η παραδοχή ότι η νομοθεσία θα πρέπει να συνοδεύεται και να συνδέεται με άμεσο τρόπο με συγκεκριμένα προγράμματα ή δράσεις απασχόλησης προκειμένου να έχει πραγματική επίδραση στις ζωές των ανθρώπων (Parker Harris, Owen, & Gould, 2012).

Επίσης, ένα από τα βασικότερα συμπεράσματα είναι πως δεν αναγνωρίζεται μέχρι στιγμής χωριστή κατηγορία ατόμων με χρόνιες παθήσεις, με αποτέλεσμα όσοι πληρούν τις προϋποθέσεις να εντάσσονται στην ευρύτερη κατηγορία των ατόμων με αναπηρία. Η κατηγορία των χρόνιων παθήσεων αναφέρεται μόνο στο προεδρικό διάταγμα 16884/2001 του Υπουργείου Υγείας το οποίο συγκεκριμένα τις αναφέρει ως «δυσίατες παθήσεις» και σύμφωνα με το οποίο η παροχή διπλής αναρρωτικής άδειας στους δημοσίους υπαλλήλους θα συντελέσει στη λειτουργική επανένταξη τους στην εργασία (Georgiadiou, 2014). Θα πρέπει να σημειωθεί ότι σύμφωνα με την έρευνα υγείας της ΕΛΣΤΑΤ (2014), το 49,7% του πληθυσμού άνω των 15 ετών – δηλαδή ο μισός πληθυσμός της χώρας - αντιμετωπίζει κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας ή κάποια χρόνια πάθηση (ΕΛΣΤΑΤ, 2014). Ειδικότερα, σύμφωνα με την έρευνα αυτή, το 10,3% του πληθυσμού δηλώνει ότι αναγκάστηκε να περιορίσει «πάρα πολύ», ενώ το 19,4% «ναι αλλά όχι πάρα πολύ», ορισμένες δραστηριότητες εξαιτίας προβλημάτων υγείας για διάστημα 6 μηνών ή και περισσότερο. Εκτός όμως του σημαντικά μεγάλου ποσοστού, αξίζει να σημειωθεί και η αύξησή του στην πάροδο των ετών, καθώς στην αντίστοιχη έρευνα του 2009 (ΕΛΣΤΑΤ, 2009) το ποσοστό των ατόμων άνω των 15 ετών που αντιμετώπιζε κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας ή κάποια χρόνια πάθηση ήταν 39,7%. Γίνεται κατανοητό ότι σύμφωνα με τα ερευνητικά ευρήματα, ένα πολύ μεγάλο μέρος του πληθυσμού παραμένει αποκλεισμένο από κοινωνικές παροχές, ακόμη και από κάποια στοιχειώδη μορφή κοινωνικής προστασίας.

Σχετικά με την εφαρμογή συγκεκριμένων προγραμμάτων απασχόλησης στην χώρα μας, εντοπίζονται σποραδικά ορισμένα προγράμματα και δράσεις προώθησης της

απασχόλησης, τα οποία αναφέρθηκαν στην προηγούμενη ενότητα στο πλαίσιο των συστημάτων. Βέβαια, και στην περίπτωση αυτή, όλα τα προγράμματα αφορούν άτομα με αναπηρίες ή ευπαθείς κοινωνικά ομάδες γενικά. Επομένως, προκειμένου οι χρόνια πάσχοντες να συμπεριληφθούν στους ωφελούμενους θα πρέπει να πιστοποιηθούν ως άτομα με αναπηρία άνω του 50% και να μην έχουν αναγνωριστεί ως άτομα "άνικα για εργασία" (Georgiadou, 2014). Είναι σημαντικό να σημειωθεί ακόμη, ότι τα περισσότερα από τα προγράμματα απασχόλησης που αναφέρθηκαν είναι προσανατολισμένα κατά κύριο λόγο σε επιδοματικές πρακτικές και όχι τόσο σε πρακτικές κινητοποίησης των ωφελούμενων για την (επαν)ένταξη τους στην απασχόληση. Σε σχέση με το θέμα του προσανατολισμού τέτοιων προγραμμάτων, θα ήταν χρήσιμο να βρεθεί μια ισορροπία μεταξύ των υποχρεώσεων και δικαιωμάτων των ατόμων και των υποχρεώσεων του κράτους απέναντί τους με στόχο την ισότιμη συμμετοχή των ατόμων ευπαθών ομάδων στην αγορά εργασίας. Η ισορροπία αυτή δείχνει να αποτελεί σημαντικό παράγοντα αποτελεσματικότητας των στρατηγικών (Parker Harris, Owen & Gould, 2012). Επιπρόσθετα, προκύπτει η ανάγκη διερεύνησης της αποτελεσματικότητας των σποραδικών και βραχυπρόθεσμων μέτρων και προγραμμάτων, τα οποία εφαρμόζονται σε μια, πολλές φορές μακροχρόνια, απορυθμισμένη αγορά εργασίας, και τα οποία καταλήγουν να εξυπηρετούν κατά κύριο λόγο την ίδια την αγορά εργασίας παρά τις ανάγκες των ατόμων (Parker Harris, Owen, & Gould, 2012). Εξάλλου, κάθε διαρθρωτική αλλαγή με στόχο την (επαν)ένταξη των ατόμων ευπαθών κοινωνικά ομάδων στην αγορά εργασίας θα ήταν σημαντικό να λαμβάνει υπόψη κατά κύριο λόγο τα ανθρώπινα δικαιώματα και δευτερευόντως τις ανάγκες της ίδιας της αγοράς.

Ένα ακόμη από τα ζητήματα προς επίλυση που προκύπτουν, είναι η ανάγκη ενίσχυσης των εξειδικευμένων και στοχευμένων υπηρεσιών για τους χρόνια πάσχοντες. Έχει ήδη διαπιστωθεί ότι οι παράγοντες που επιδρούν αρνητικά στην απασχόληση των ατόμων με χρόνιες παθήσεις είναι ποικίλοι και πολυδιάστατοι (Dekkers-Sanchez και συνεργάτες, 2010). Προκειμένου να αντιμετωπιστούν όλα τα σχετικά εμπόδια, οι χρόνια πάσχοντες χρειάζονται ένα σύνολο εξειδικευμένων υπηρεσιών οι οποίες να καλύπτουν τις σύνθετες ανάγκες τους. Υπηρεσίες που καταγράφονται ως αποτελεσματικές για την διαχείριση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν τα άτομα με χρόνιες παθήσεις στο χώρο της εργασίας είναι για παράδειγμα η εξατομικευμένη τοποθέτηση και υποστήριξη σε θέση απασχόλησης

(Heslin και συνεργάτες, 2011), ο συνδυασμός της με γνωστικό-συμπεριφορική θεραπεία (Reme και συνεργάτες, 2015), οι διεπιστημονικές και προσαρμοσμένες παρεμβάσεις επιστροφής στην εργασία (Jensen και συνεργάτες, 2011) και η εργοθεραπεία (Hees και συνεργάτες, 2012).

Σημαντικές ελλείψεις καταγράφονται και σε επίπεδο υπηρεσιών στη χώρα μας, για τα άτομα με χρόνιες παθήσεις. Ο ΟΑΕΔ που αποτελεί τη βασική υπηρεσία για θέματα απασχόλησης στην Ελλάδα διαθέτει μόνο έξι εξειδικευμένα κέντρα για όλη τη χώρα για άτομα προερχόμενα από ευπαθείς κοινωνικά ομάδες, γενικά. Ακόμη, για την εγγραφή στο μητρώο ανέργων ειδικών κοινωνικών ομάδων του ΟΑΕΔ, οι ωφελούμενοι απαιτείται να έχουν και στην περίπτωση αυτή πιστοποιημένο ποσοστό αναπηρίας 50% και άνω, ώστε να λάβουν υπηρεσίες, όπως συμβουλευτική σταδιοδρομίας, ψυχοκοινωνική στήριξη και παραπομπή σε προγράμματα κατάρτισης και απασχόλησης. Αξίζει να σημειωθεί επίσης, πως ακόμη και στο επίπεδο των ιατρικών υπηρεσιών καταγράφονται σημαντικές ελλείψεις ιδιαίτερας στο πλαίσιο της οικονομικής κρίσης. Ειδικότερα, το 64% των ατόμων που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις αντιμετωπίζουν δυσκολίες πρόσβασης σε ιατρικές υπηρεσίες εξαιτίας οικονομικών περιορισμών, και το 60% λόγω του χρόνου που απαιτείται σε λίστες αναμονής (ΕΣΔΥ, 2013). Βέβαια, εκτός της επίδρασης της οικονομικής κρίσης, είναι κρίσιμο να επισημανθεί και η σημασία του συντονισμού και της συνεργασίας μεταξύ των υπηρεσιών, ώστε να αποφεύγονται αλληλοεπικαλύψεις, κενά, και συγκρούσεις (Amitsis & Marini, 2015), κάτι το οποίο επίσης καταγράφεται να υπάρχει σε μικρό βαθμό στη χώρα μας.

Προοπτικές σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο

Συνοψίζοντας, η εικόνα που διαμορφώθηκε με βάση τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης για τις διαθέσιμες στρατηγικές επαγγελματικής (επαν)ένταξης των ατόμων με χρόνιες παθήσεις, επιτρέπει την αναφορά σε ορισμένες προοπτικές σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο. Αρχικά, είναι σημαντικό να αναφερθούμε στην έμφαση που θα πρέπει να δοθεί στις χρόνιες παθήσεις, ως ξεχωριστή ίσως κατηγορία, με στόχο την βελτίωση των συνθηκών απασχόλησης και την (επαν)ένταξη των ατόμων με χρόνιες παθήσεις. Το παραπάνω θέμα, μπορεί να θεωρηθεί ως μια πρόταση, η οποία όμως δεν αποβλέπει στον διαχωρισμό και την ετικετοποίηση, ούτε στοχεύει στο

να δοθεί έμφαση στο «πρόβλημα». Το βασικότερο εύρημα της παρούσας μελέτης, το οποίο υποστηρίζεται και στην υπάρχουσα βιβλιογραφία για το συγκεκριμένο ζήτημα, είναι πως οι χρόνια πάσχοντες που δεν συγκεντρώνουν το απαιτούμενο ποσοστό αναπηρίας για να αναγνωριστούν ως ανάπηροι, αποτελούν μια «αόρατη» ομάδα για την αγορά εργασίας. Συνεπώς, σε πρώτο επίπεδο, θα ήταν αναγκαίο όλοι οι εμπλεκόμενοι σε θέματα απασχόλησης να ενημερωθούν και να ευαισθητοποιηθούν σε σχέση με τους εργαζόμενους που υποφέρουν από κάποια χρόνια πάθηση ή τους ανέργους που δεν καταφέρνουν να ενταχθούν ξανά στην αγορά εργασίας εξαιτίας των προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζουν. Ο λόγος για τον οποίο προτείνεται η εστίαση στους χρόνια πάσχοντες σχετίζεται με την ανάγκη καταρχάς να «ιδωθεί» και να αναγνωριστεί η ομάδα αυτή, προκειμένου στη συνέχεια να κατανοηθούν οι ανάγκες των ατόμων και να γίνουν προσπάθειες σε επίπεδο ανάπτυξης στρατηγικών και εξατομίκευσης των συνθηκών, ώστε να έχουν την δυνατότητα να (επαν)ενταχθούν στην αγορά εργασίας. Στο πλαίσιο αυτό, θα μπορούσαν να αναπτυχθούν στρατηγικές οι οποίες να απευθύνονται ειδικά στους χρόνια πάσχοντες για την επαγγελματική (επαν)ένταξη τους, καθώς οι στρατηγικές που τους εντάσσουν στην κατηγορία των ατόμων με αναπηρία γενικά, δεν είναι σίγουρο ότι μπορούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες τους. Θα ήταν χρήσιμο επίσης, να ερευνηθούν οι ειδικότερες ανάγκες των ατόμων με διαφορετικές χρόνιες παθήσεις, όπως και ο τρόπος με τον οποίο θα μπορούσαν να υποστηριχθούν. Μέσω αυτής της προσέγγισης θα ενισχύονταν η προοπτική εξατομίκευσης των παροχών που είναι απαραίτητες προκειμένου να καταστεί εφικτή η επαγγελματική τους (επαν)ένταξη. Αναγνωρίζεται επίσης, πως λόγω των πολλών διαφορετικών αναγκών τους (ιατρικές, κοινωνικές, ψυχολογικές, αποκατάστασης) θα ήταν ωφέλιμο οι χρόνια πάσχοντες να λαμβάνουν υπηρεσίες εξατομικευμένες και ενταγμένες στις γενικές υπηρεσίες, οι οποίες να είναι διαθέσιμες στον τόπο κατοικίας τους. Επιπρόσθετα, θα ήταν χρήσιμο να δοθεί έμφαση τόσο στη συνεργασία των υπηρεσιών μεταξύ τους όσο και με τους εργοδότες, προκειμένου να μπορούν να ρυθμίζονται άμεσα και αποτελεσματικά όλα τα ζητήματα που σχετίζονται με την κατάσταση της υγείας των πασχόντων και την απασχόληση, καθώς για τη συγκεκριμένη ομάδα ατόμων οι υπηρεσίες αυτές είναι αλληλένδετες.

Θεωρούνται κρίσιμης σημασίας οι στόχοι των προγραμμάτων απασχόλησης, οι οποίοι θα ήταν χρήσιμο να κατευθύνονται κατά κύριο λόγο προς την ανοιχτή αγορά εργασίας, ενώ η πρόσβαση σε χρηματοδότηση για εργασιακές προσαρμογές θα

μπορούσε να οργανωθεί με κατάλληλο τρόπο ώστε να περιλαμβάνει και άτομα με χρόνιες παθήσεις. Η προώθηση των ατόμων με αναπηρία σε προστατευμένες και πλήρως ελεγχόμενες θέσεις απασχόλησης και όχι στην ανοιχτή αγορά εργασίας ενέχει τον κίνδυνο περαιτέρω περιορισμού της ανεξαρτησίας και της κοινωνικής τους ένταξης (Blanck & Schartz, 2002). Σημαντικό είναι ακόμη, να ενισχύεται ο συνδυασμός δράσεων υποστήριξης, επιδότησης και κινητοποίησης των ατόμων για την (επαν)ένταξη τους στην απασχόληση. Θα ήταν πρόσφορο, οι χρόνια πάσχοντες καταρχήν να ενθαρρύνονται για τη συμμετοχή τους σε προγράμματα κινητοποίησης με στόχο την (επαν)ένταξη τους στην εργασία, και δευτερευόντως να παραπέμπονται σε δράσεις επιδότησης ή οικονομικών κινήτρων οι οποίες αποδεδειγμένα τους βοηθούν προς την πρόωρη έξοδο και όχι την είσοδο στην αγορά εργασίας (OECD, 2009). Βέβαια, και στην περίπτωση αυτή χρειάζεται να στραφεί η προσοχή στην ύπαρξη ισορροπίας, καθώς η ανάληψη της ευθύνης κινητοποίησης και κάλυψης των αναγκών κατά κύριο λόγο από το ίδιο το άτομο, όπως και οι συνεχώς μειούμενες κρατικές κοινωνικές δαπάνες, μπορεί να οδηγήσουν σε μεγαλύτερες διακρίσεις στην αγορά εργασίας (Parker Harris, Owen, & Gould, 2012). Επιπρόσθετα, κρίσιμο παράγοντα αποτελεί η ενδυνάμωση των ατόμων με χρόνιες παθήσεις, δίνοντας έμφαση στην ικανότητα τους να εργαστούν παρά στις αδυναμίες τους, όπως και η προώθηση της ενημέρωσης τους, ώστε να αντιμετωπίσουν τα εμπόδια που συναντούν στο πλαίσιο της επαγγελματικής τους επανένταξης. Θεωρείται αναγκαία η επικέντρωση στην ικανότητα και όχι στο «έλλειμμα» που πιθανόν δημιουργείται από την χρόνια πάθηση. Όλοι οι εμπλεκόμενοι παράγοντες θα μπορούσαν να εστιάσουν στις ικανότητες και δεξιότητες που η συγκεκριμένη ομάδα ατόμων έχει, και εξακολουθεί να διατηρεί, ανεξαρτήτως της ύπαρξης χρόνιας πάθησης, η οποία μπορεί εν μέρει να διαφοροποιήσει το επίπεδο των ικανοτήτων των πασχόντων ή και τους τρόπους που λειτουργούν, αλλά όχι να εξαλείψει κάθε πρότερη δεξιότητα που χρησιμοποιούσαν όσο ήταν ενεργοί στην αγορά εργασίας. Σε κάθε περίπτωση, χρειάζεται κι εδώ να υπάρχει ισορροπία, καθώς από την μία πλευρά θα πρέπει να δοθεί έμφαση στην ατομική ικανότητα, όμως από την άλλη πλευρά θα πρέπει εξίσου να εστιάσουμε στην αγορά εργασίας και τα εργασιακά περιβάλλοντα όπου τα άτομα με αναπηρία ή και χρόνιες παθήσεις θα εισέλθουν, κάνοντας τις απαραίτητες αλλαγές (Wilton & Schuer, 2006). Ακόμη, η προώθηση της εμπλοκής των εργοδοτών σε μεγαλύτερο βαθμό είναι απαραίτητη καθώς αποτελούν βασικό παράγοντα της αγοράς εργασίας και για το λόγο

αυτό, η συμμετοχή και η συμβολή τους στην ανάπτυξη σχετικών στρατηγικών (επαν)ένταξης, είναι ζωτικής σημασίας. Βέβαια, αξίζει να σημειωθεί ότι οι πολιτικές που συχνά ακολουθούνται και απευθύνονται προς τους εργοδότες δίνουν έμφαση στην εθελοντική συμμετοχή τους ή σε σχετικά κίνητρα και όχι σε μια περισσότερο υποχρεωτική αλλαγή στάσης, κάτι που θα πρέπει να αξιολογηθεί (Roulstone, 2002). Στην βιβλιογραφία επισημαίνεται πως για να είναι εφικτό να ενταχθούν ομάδες ατόμων με αναπηρίες και προβλήματα υγείας στην αγορά εργασίας, απαιτείται καταρχάς η γνήσια προθυμία από όλα τα εμπλεκόμενα μέρη να εξαλειφθούν οι όποιοι περιορισμοί των εργασιακών περιβαλλόντων (Wilton & Schuer, 2006). Τέλος, θα ήταν βοηθητική η ύπαρξη υπηρεσιών ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης εργοδοτών και εργαζομένων για τις χρόνιες παθήσεις ενώ σημαντική θα ήταν και η ύπαρξη υπηρεσιών για τους εργοδότες, προκειμένου να διαχειριστούν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο την μακρόχρονη απουσία από την εργασία ή την επιστροφή εργαζομένου με χρόνια πάθηση.

Συνοψίζοντας, θα μπορούσε κανείς να καταλήξει στο συμπέρασμα πως η Ελλάδα έχει ένα σχετικά καλό επίπεδο στρατηγικών, τουλάχιστον σε θεσμικό επίπεδο, οι οποίες όμως χρειάζονται εξειδίκευση και προσαρμογή για να μπορούν να καλύπτουν και την κατηγορία των ατόμων με χρόνιες παθήσεις. Η (επαν)ένταξη στην απασχόληση των ατόμων με χρόνιες παθήσεις, αποτελεί μια πρόκληση για την Ευρώπη συνολικά, η οποία θα πρέπει να εστιάσει στο συγκεκριμένο ζήτημα, αξιολογώντας τις υπάρχουσες στρατηγικές και προτείνοντας ένα πλαίσιο για νέες, πιο συγκεκριμένες, εξειδικευμένες και περισσότερο αποτελεσματικές στρατηγικές. Από τη σύνθεση των παραπάνω στοιχείων, γίνεται αντιληπτό ότι οι αλλαγές που κρίνεται σημαντικό να γίνουν προκειμένου να δημιουργηθεί μια περισσότερο ενταξιακή αγορά εργασίας χρειάζεται να είναι διαρθρωτικές και να περιλαμβάνουν κάθε παράγοντα που εμπλέκεται στη διαδικασία ένταξης και επανένταξης στην απασχόληση. Στόχος δεν θα πρέπει να είναι απλά η εργασιακή (επαν)ένταξη των ατόμων με χρόνιες παθήσεις. Ως κύρια και ουσιαστική προοπτική αναγνωρίζεται η δημιουργία μέτρων, πολιτικών και εργασιακών περιβαλλόντων, που θα δίνουν ουσιαστική πρόσβαση και συμμετοχή σε όλους τους εργαζόμενους ανεξαρτήτως χρώματος, φύλου, προβλημάτων υγείας ή αναπηρίας, καθώς και το χτίσιμο μιας αγοράς εργασίας καθολικής, ανοιχτής και ενιαίας η οποία θα σέβεται τη διαφορετικότητα και θα προσαρμόζεται στις ανάγκες των εργαζόμενων με στόχο όλοι να έχουν ισότιμο δικαίωμα συμμετοχής σε αυτήν.

Περιορισμοί της έρευνας και προοπτικές

Βασικός περιορισμός της παρούσας έρευνας είναι το μικρό μέγεθος του δείγματος, γεγονός που συνδέεται με αδυναμία γενίκευσης των ευρημάτων. Μελλοντικά, θα ήταν σημαντικό να διερευνηθεί περαιτέρω το ερευνητικό ερώτημα που τέθηκε στην παρούσα μελέτη με την συμμετοχή μεγαλύτερου αριθμού εκπροσώπων φορέων, καλύπτοντας παράλληλα το ζήτημα της αντιπροσωπευτικότητας του δείγματος. Επιπλέον, στο δείγμα της έρευνας θα μπορούσαν να ενταχθούν διαφορετικοί φορείς που εμπλέκονται στο πεδίο της απασχόλησης και εργασίας των ατόμων με χρόνιες παθήσεις, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα συγκριτικής παρουσίασης των ευρημάτων. Συγκεκριμένα, θα ήταν ενδιαφέρον να ενταχθούν φορείς από τον χώρο της υγείας, αλλά και από τον επιχειρηματικό τομέα (εργοδότες ή φορείς εργοδοτών) οι οποίοι αποτελούν σημαντικό και αναπόσπαστο μέρος της διαδικασίας επαγγελματικής (επαν)ένταξης των ατόμων με χρόνιες παθήσεις.

Βιβλιογραφία

- Archer, J. & Rhodes, V. 1993. The grief process and job loss: A cross-sectional study. *British Journal of Psychology*, 84, 395-410.
- Amitsis G. & Marini F. (2015). *The National Strategy for Social Inclusion - Greece A Brief Presentation*. Available at: www.housingeurope.eu/file/255/download
- ANACT (Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail), 2008. *Maladie chronique évolutives*, Bordeaux, ANACT; 2008.
- Averett, S. & Korenman, S. 1999. Black-white differences in social and economic consequences of obesity. *International Journal of Obesity & Related Metabolic Disorders*, 23.
- Berkhout, E., Sattinger, M., Theeuwes, J. & Volkerink, M. 2012. Into the gap: exploring gaps and mismatches. *SEO-rapport*.
- Berndt, E. R., Koran, L. M., Finkelstein, S. N., Gelenberg, A. J., Kornstein, S. G., Miller, I. M., Thase, M. E., Trapp, G. A. & Keller, M. B. 2000. Lost human capital from early-onset chronic depression. *American Journal of Psychiatry*, 157, 940-947.
- Blanck, P. & Scharz, H. 2002. Comparative study of the emerging workforce of persons with disabilities. *Different but equal: The rights of people with intellectual disabilities*, 1-58.
- Bloom, D., Cafiero, E., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L., Fathima, S., Feigl, A., Gaziano, T., Hamandi, A. & Mowafi, M. 2012. The global economic burden of noncommunicable diseases. Program on the Global Demography of Aging.
- Economist Intelligence Unit (2012). *Never too Early: Tackling Chronic Disease to Extend Healthy Life Years*, The Economist Intelligence Unit Limited.
- Braun, V. & Clarke, V. 2006. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3, 77-101.
- Busse, R. 2010. *Tackling chronic disease in Europe: strategies, interventions and challenges*, WHO Regional Office Europe.
- Campos-Matos, I. & Kawachi, I. 2015. Social mobility and health in European countries: Does welfare regime type matter? *Social Science & Medicine*, 142, 241-248.
- Chorus, A., Miedema, H., Wevers, C. & Van der Linden, S. 2001. Work factors and behavioural coping in relation to withdrawal from the labour force in patients with rheumatoid arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 60, 1025-1032.
- Corral, A. D. J. and Isusi, I. (2014) "Employment opportunities for people with chronic disease", IKEI Research and Consulting, Eurofund.
- Dekkers-Sánchez, P. M., Wind, H., Sluiter, J. K. & Frings-Dresen, M. H. 2010. A qualitative study of perpetuating factors for long-term sick leave and promoting factors for return

- to work: chronic work disabled patients in their own words. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 42, 544-552.
- Detaille, S. I., Haafkens, J. A. & Van Dijk, F. J. 2003. What employees with rheumatoid arthritis, diabetes mellitus and hearing loss need to cope at work. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 134-142.
- Dornyei, Z. 2007. *Research methods in applied linguistics. Quantitative, qualitative and mixed methodologies*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ), (2013). *Οικονομική κρίση κα χρόνια νοσήματα*. Διαθέσιμο εδώ:
http://www.esdy.edu.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/FINAL%20DATA.pdf
- Eikemo, T. A., Bambra, C., Judge, K. & Ringdal, K. 2008a. Welfare state regimes and differences in self-perceived health in Europe: a multilevel analysis. *Social science & medicine*, 66, 2281-2295.
- Eikemo, T. A., Huisman, M., Bambra, C. & Kunst, A. E. 2008b. Health inequalities according to educational level in different welfare regimes: a comparison of 23 European countries. *Sociology of health & illness*, 30, 565-582.
- Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ), (2014). *Εθνική Έρευνα Υγείας έτους 2014*. Διαθέσιμη εδώ: <http://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE22/>
- Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ), (2009). *Εθνική Έρευνα Υγείας έτους 2009*. Διαθέσιμη εδώ: <http://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE22/2009>
- Etikan, I., Musa, S. A. & Alkassim, R. S. 2016. Comparison of convenience sampling and purposive sampling. *American Journal of Theoretical and Applied Statistics*, 5, 1-4.
- European Association of Persons with Disabilities (EASPD) (2014). *Social Welfare Systems Across Europe*, SensAge, Belgium. Available at: http://www.easpd.eu/sites/default/files/sites/default/files/SensAge/d4-social_welfare_systems_across_europe.pdf
- European Commission (2015). *Employment and Social Developments in Europe 2014*, European Union, Brussels.
- Eurostat, 2015, *Employment of disabled people: Statistical analysis of the 2011 Labour Force Survey ad hoc module*, Luxembourg 2015.
- Fenger, H. Welfare Regimes in Central and Eastern Europe: Incorporating post-communist countries in a welfare regime typology, Contemporary Issues and Ideas. in Social Sciences, August 2007. Available online: <http://journal.ciiss.net/index.php/ciiss/article/viewFile/45/37>
- Ferlie E., Ashburner, 2007. Citeseer.
- Ferrera, M. (2013, June 24-25). ec.europa.eu. Retrieved June 12, 2014, from 6th EU-India Joint Seminar on Employment and Social Policy:

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=88&langId=en&eventsId=853&moreDocuments=yes&tableName=events&typeId=92>

- Georgiadou P. (2014). *Greece: Employment opportunities for people with chronic diseases*. Eurofound. Available at:
<https://www.eurofound.europa.eu/observatories/eurwork/comparative-information/national-contributions/greece/greece-employment-opportunities-for-people-with-chronic-diseases>
- Grammenos, S. 2013. European comparative data on Europe 2020 & people with disabilities.
- Jackson, S. (2012). *Research methods and statistics*. Australia: Wadsworth Cengage Learning.
- Parker Harris, S., Owen, R. and Gould, R. (2012). Parity of participation in liberal welfare states: human rights, neoliberalism, disability and employment. *Disability & Society*, 27(6), pp.823-836.
- Hees, H. L., De Vries, G., Koeter, M. W. & Schene, A. H. 2012. Adjuvant occupational therapy improves long-term depression recovery and return-to-work in good health in sick-listed employees with major depression: results of a randomised controlled trial. *Occup Environ Med*, oemed-2012-100789.
- Heslin, M., Howard, L., Leese, M., Mccrone, P., Rice, C., Jarrett, M., Spokes, T., Huxley, P. & Thornicroft, G. 2011. Randomized controlled trial of supported employment in England: 2 year follow-up of the Supported Work and Needs (SWAN) study. *World Psychiatry*, 10, 132-137.
- ILO, I. 2002. Code of practice: Managing disability in the workplace. *ILO, Geneva*.
- Ίσαρη, Φ. & Πουρκός, Μ. 2015. Ποιοτική μεθοδολογία έρευνας.
- Jensen, C., Jensen, O. K., Christiansen, D. H. & Nielsen, C. V. 2011. One-year follow-up in employees sick-listed because of low back pain: randomized clinical trial comparing multidisciplinary and brief intervention. *Spine*, 36, 1180-1189.
- Krause, N., Frank, J. W., Dasinger, L. K., Sullivan, T. J. & Sinclair, S. J. 2001. Determinants of duration of disability and return-to-work after work-related injury and illness: Challenges for future research. *American journal of industrial medicine*, 40, 464-484.
- Lewis, S. 2003. The integration of paid work and the rest of life. Is post-industrial work the new leisure? *Leisure studies*, 22, 343-345.
- Mancuso, C. A., Paget, S. A. & Charlson, M. E. 2000. Adaptations made by rheumatoid arthritis patients to continue working: a pilot study of workplace challenges and successful adaptations. *Arthritis Care and Research*, 13, 89-99.

- Middtun, A., Gautesen, K. & Gjølberg, M. 2006. The political economy of CSR in Western Europe. *Corporate Governance: The international journal of business in society*, 6, 369-385.
- Nolte, E. & Mckee, M. 2008. Caring for people with chronic conditions: an introduction. *Caring for people with chronic conditions: a health system perspective. Maidenhead: Open Univeristy press (in cooperation with World Health Organization 2008 on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies)*, 1-14.
- OECD, 2009. Sickness disability and work. Keeping on track in the economic downturn. Background paper. High-level Forum, Stockholm 14–15 May 2009. Internet. 2009. Electronic citation.
- OECD 2010. *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers: A Synthesis of Findings across OECD Countries*, OECD Publishing.
- Oortwijn, W., Nelissen, E., Adamini, S., Heuvel, S., Geuskens, G. & Burdorf, L. 2011. *Social determinants state of the art reviews-Health of people of working age-Full report*, European Commission Directorate General for Health and Consumers.
- Paauw, D. S. 2015. *Comprehensive Care of the Patient with Chronic Illness, an Issue of Medical Clinics of North America*, Elsevier Health Sciences.
- Parker Harris, S., Owen, R. & Gould, R. 2012. Parity of participation in liberal welfare states: human rights, neoliberalism, disability and employment. *Disability & Society*, 27, 823-836.
- Pelkowski, J. M. & Berger, M. C. 2004. The impact of health on employment, wages, and hours worked over the life cycle. *The Quarterly Review of Economics and Finance*, 44, 102-121.
- Perrin, E. C., Newacheck, P., Pless, I. B., Drotar, D., Gortmaker, S. L., Leventhal, J., Perrin, J. M., Stein, R. E., Walker, D. K. & Weitzman, M. 1993. Issues involved in the definition and classification of chronic health conditions. *Pediatrics*, 91, 787-793.
- Popova, Y. & Kozhevnikova, M. 2013. Interdependence of HDI and Budget Redistribution within the Scandinavian and European Social Models. *Economics and Management*, 18, 562-575.
- Reme, S. E., Grasdal, A. L., Løvvik, C., Lie, S. A. & Øverland, S. 2015. Work-focused cognitive-behavioural therapy and individual job support to increase work participation in common mental disorders: a randomised controlled multicentre trial. *Occup Environ Med*, oemed-2014-102700.
- Robson, C. 2007. Η Έρευνα του Πραγματικού Κόσμου: Ένα μέσον για κοινωνικούς επιστήμονες και επαγγελματίες ερευνητές, Β΄ έκδοση. *Gutenberg, Αθήνα*.

- Roulstone, A. 2002. Disabling pasts, enabling futures? How does the changing nature of capitalism impact on the disabled worker and jobseeker? *Disability & Society*, 17, 627-642.
- Sadeh, N. & Karniol, R. 2012. The sense of self-continuity as a resource in adaptive coping with job loss. *Journal of Vocational Behavior*, 80, 93-99.
- Salant, P., Dillman, I. & Don, A. 1994. *How to conduct your own survey*.
- Smári, J., Arason, E., Hafsteinsson, H. & Ingimarsson, S. 1997. Unemployment, coping and psychological distress. *Scandinavian journal of psychology*, 38, 151-156.
- Strategic Implementation Plan for the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing, 2011. Brussels: *Steering Group Working Document*.
- Suhrcke, M., Rocco, L. & Mckee, M. 2007. *Health: a vital investment for economic development in eastern Europe and central Asia*, World Health Organization Copenhagen, Denmark.
- UN General Assembly, 2011. *Prevention and Control of Noncommunicable Diseases: Report by the Secretary-General.*, A/66/83, 19 May 2011.
- Unwin, N., Jordan, J. E. & Bonita, R. 2004. Rethinking the terms non-communicable disease and chronic disease. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 58, 801-801.
- Urbe, R. 2010. *The Future of the Welfare State*. Freiburg: Caritas Europe and Lambertus.
- World Health Organization (WHO) (2012), *Global Health Estimates, 2012*, Available at: http://www.who.int/entity/healthinfo/global_burden_disease/GHE_YLL_2012_country.xls?ua=1
- World Health Organization. (WHO), 2014. *Global status report on noncommunicable diseases 2014*, World health organization.
- Wilton, R. & Schuer, S. 2006. Towards socio-spatial inclusion? Disabled people, neoliberalism and the contemporary labour market. *Area*, 38, 186-195.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

Μέρος/δείγμα του ερωτηματολογίου

Μέρος Β. Πληροφορίες για την Ελληνική νομοθεσία, που διέπει την απασχόληση/εργασία των ατόμων με μειωμένη ικανότητα εργασίας

3) Ελληνική νομοθεσία για την απασχόληση των ατόμων με μειωμένη ικανότητα εργασίας

3.1. Πως η πολιτεία αξιολογεί το εάν ένα άτομο έχει μειωμένη ικανότητα εργασίας;

3.2. Παρέχει η πολιτεία αναπηρικές συντάξεις στους εργαζόμενους με χρόνια προβλήματα υγείας, οι οποίες αποτελούν αιτία, τα εν λόγω άτομα να δηλώνουν μειωμένη ικανότητα εργασίας;

Ναι

Όχι

Δεν γνωρίζω

Χρησιμοποιήστε τον παρακάτω χώρο, εάν θέλετε να δώσετε πρόσθετες πληροφορίες, για επεξήγηση της απάντησής σας.

3.3. Παρέχει η πολιτεία κάποιου είδους οφέλη (π.χ. επιδόματα, άδειες) στους εργαζόμενους με χρόνια προβλήματα υγείας, τα οποία αποτελούν αιτία, τα εν λόγω άτομα να δηλώνουν μειωμένη ικανότητα εργασίας;

Ναι

Όχι

Δεν γνωρίζω

Χρησιμοποιήστε τον παρακάτω χώρο, εάν θέλετε να δώσετε πρόσθετες πληροφορίες, για επεξήγηση της απάντησής σας.

3.4. Εάν η απάντηση στην ερώτηση 3.3 είναι «ναι», παρακαλούμε καταγράψτε τους όρους και τις προϋποθέσεις που θα πρέπει να πληρούνται, ώστε αυτά τα άτομα να μπορούν να επωφελούνται από τα όποιοι είδους οφέλη.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

Μέρος/δείγμα του πρωτοκόλλου της συνέντευξης

2. Ποιες είναι οι υπάρχουσες πολιτικές, προγράμματα και υπηρεσίες;

A.1. Υπάρχουν κρατικές πολιτικές και στρατηγικές που συγκεκριμένα ρυθμίζουν την απασχόληση/εργασία των ατόμων με χρόνιες παθήσεις;

- Αν ναι: Εντοπίστε τις διάφορες πτυχές των πολιτικών και στρατηγικών. (τίτλος, στόχοι, επιλεξιμότητα, πληθυσμοί στόχοι, μακροχρόνιες/βραχυχρόνιες, υπεύθυνοι οργανισμοί/ γραφεία, τομέας εφαρμογής, πηγές χρηματοδότησης, ενδεχόμενοι συνεργάτες, κατηγορίες χρόνιων παθήσεων που καλύπτουν κλπ).

- Αν όχι: Τα άτομα με χρόνιες παθήσεις περιλαμβάνονται σε άλλες ευρύτερες κατηγορίες (πχ άτομα με αναπηρία); Ποιες κατηγορίες; Εντοπίστε αυτές τις πολιτικές και στρατηγικές. (τίτλος, στόχοι, επιλεξιμότητα, πληθυσμοί στόχοι, μακροχρόνιες/βραχυχρόνιες, υπεύθυνοι οργανισμοί/ γραφεία, τομέας εφαρμογής, πηγές χρηματοδότησης, ενδεχόμενοι συνεργάτες, κατηγορίες χρόνιων παθήσεων που καλύπτουν κλπ.).

A.2. Οι πληροφορίες για τις πολιτικές στρατηγικές είναι διαθέσιμες/ προσβάσιμες στο διαδίκτυο και στα αγγλικά; (URLs, λέξεις κλειδιά, ονόματα online αναφορών και δημοσιεύσεων, όνομα portal, κλπ.)

A.3. Η άποψη του συνεντευξιαζόμενου για τις πολιτικές και στρατηγικές που επισημάνθηκαν από τον ίδιο/ την ίδια:

(πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα, προκλήσεις και ευκαιρίες, επάρκεια κρατικής οικονομικής υποστήριξης, καταλληλότητα (επάρκεια) συντονισμού εμπλεκόμενων φορέων, πιθανά κενά, κόστος, αποτελεσματικότητα, αποτελεσματικότητα στην (επαν)ένταξη των ατόμων με χρόνιες παθήσεις στην ανοιχτή αγορά εργασίας)

A.4. Επίσημη αξιολόγηση: Έχει αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα των πολιτικών και των στρατηγικών; Αν ναι, ο συμμετέχων/ η συμμετέχουσα παρέχει πληροφορίες σχετικά με τα αποτελέσματα της αξιολόγησης αυτής.

B.1. Υπάρχουν προγράμματα και δράσεις που στοχεύουν στην προώθηση της εργασιακής (επαν)ένταξης των ατόμων με χρόνιες παθήσεις;

(τίτλος, στόχοι, επιλεξιμότητα, πληθυσμοί στόχοι, μακροχρόνιες/βραχυχρόνιες, υπεύθυνος οργανισμός/ γραφείο, τομέας εφαρμογής, πηγή χρηματοδότησης, προστατευμένα εργαστήρια/ανοιχτή αγορά εργασίας, πιθανές συνεργασίες, κατηγορίες χρόνιων παθήσεων που καλύπτουν, κλπ.).

B.3. Η άποψη του συνεντευξιαζόμενου για τα προγράμματα και τις δράσεις που επισημάνθηκαν από τον ίδιο/ την ίδια:

(πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα, προκλήσεις και ευκαιρίες, επάρκεια κρατικής οικονομικής υποστήριξης,

<p>B.2. Οι πληροφορίες για τα προγράμματα και τις δράσεις είναι διαθέσιμες/προσβάσιμες στο διαδίκτυο και στα αγγλικά; (URLs, λέξεις κλειδιά, ονόματα online αναφορών και δημοσιεύσεων, όνομα portal, κλπ.)</p>	<p>καταλληλότητα (επάρκεια) συντονισμού εμπλεκόμενων φορέων, πιθανά κενά, κόστος-αποτελεσματικότητα, αποτελεσματικότητα στην (επαν)ένταξη των ατόμων με χρόνιες παθήσεις στην ανοιχτή αγορά εργασίας).</p> <p>B.4. Επίσημη αξιολόγηση: Έχει αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων και των δράσεων; Αν ναι, ο συμμετέχων/ η συμμετέχουσα παρέχει πληροφορίες σχετικά με τα αποτελέσματα της αξιολόγησης αυτής.</p>
<p>C.1. Υπάρχουν υπηρεσίες που διευκολύνουν την εργασιακή (επαν)ένταξη των ατόμων με χρόνιες παθήσεις; (τίτλος/όνομα, στόχοι, επιλεξιμότητα, πληθυσμοί στόχοι, μακροχρόνιες/βραχυχρόνιες, υπεύθυνος οργανισμός/ γραφείο, τομέας εφαρμογής, τύπος φορέα παροχής υπηρεσιών (κερδοσκοπικός ή μη, δημόσιος), πηγή χρηματοδότησης, προστατευμένα εργαστήρια/ανοιχτή αγορά εργασίας, πιθανές συνεργασίες, κατηγορίες χρόνιων παθήσεων που καλύπτουν, κλπ).</p> <p>C.2. Οι πληροφορίες για τις υπηρεσίες αυτές είναι διαθέσιμες (προσβάσιμες) στο διαδίκτυο και στα αγγλικά; (URLs, λέξεις κλειδιά, ονόματα online αναφορών και δημοσιεύσεων, όνομα portal, κλπ.)</p>	<p>C.3. Η άποψη του συνεντευξιαζόμενου για τις υπηρεσίες που επισημάνθηκαν από τον ίδιο/ την ίδια: (πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα, προκλήσεις και ευκαιρίες, επάρκεια κρατικής οικονομικής υποστήριξης, καταλληλότητα (επάρκεια) συντονισμού εμπλεκόμενων φορέων, πιθανά κενά, κόστος-αποτελεσματικότητα, αποτελεσματικότητα στην (επαν)ένταξη των ατόμων με χρόνιες παθήσεις στην ανοιχτή αγορά εργασίας).</p> <p>C.4. Επίσημη αξιολόγηση: Έχει αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών; Αν ναι, ο συμμετέχων/ η συμμετέχουσα παρέχει πληροφορίες σχετικά με τα αποτελέσματα της αξιολόγησης αυτής.</p>

ΤΟ ΒΗΜΑ
ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
τριμηνιαία επιστημονική επιθεώρηση

ΤΟΜΟΣ ΙΖ΄

Τεύχος 68

Χειμώνας 2017

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ