

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Jana Ponikvar

Petra Popit Tkalec

VPLIV ZAPOSLOVNE REHABILITACIJE NA KAKOVOST
ŽIVLJENJA OSEB Z MOTNJAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU

Magistrsko delo

Ljubljana, 2008

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Jana Ponikvar

Petra Popit Tkalec

Mentor: docent dr. Miroljub Ignjatović

VPLIV ZAPOSLOITVENE REHABILITACIJE NA KAKOVOST
ŽIVLJENJA OSEB Z MOTNJAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU

Magistrsko delo

Ljubljana, 2008

Zahvaljujeva se mentorju doc. dr. Miroljubu Ignjatoviću in doc. dr. Liljani Rihter za strokovne usmeritve pri pisanju magistrskega dela.

Posebej se zahvaljujeva strokovnim delavkam Šentprime, Želve, Papilota, Ozare in Centrakontura za pomoč pri izvajanju raziskave in rehabilitantom, ki so sodelovali v najini raziskavi.

*Davidu, Sergeju in Ianu pa hvala za razumevanje in
vzpodbudo.*

KAZALO

KAZALO	5
UVOD.....	8
1 OPREDELITEV POJMOV	14
1.1 <i>KAKOVOST ŽIVLJENJA</i>	14
1.1.1 Opredelitev pojma.....	14
1.1.2 Različni pristopi k konceptu kakovosti življenja	15
1.1.3 Sodobne različice kakovosti življenja.....	16
1.1.4 Sprememba težišča odgovornosti za blaginjo.....	18
1.1.5 Kazalci	22
1.2 <i>SOCIALNA IZKLJUČENOST</i>	23
1.2.1 Opredelitev pojma.....	23
1.2.2 Razlika med revščino in socialno izključenostjo	25
1.2.3 Socialna vključenost vs. socialna kohezija	27
1.2.4 Delovna vključenost.....	30
1.3 <i>POTREBE</i>	35
1.3.1 Klasifikacija potreb	35
1.3.2 Motivacijske teorije	38
1.3.3 Ocenjevanje potreb	42
1.4 <i>DUŠEVNA BOLEZEN / DUŠEVNO ZDRAVJE</i>	44
1.4.1 Pomen zdravja v sodobnih družbah	44
1.4.2 Pomen duševnega zdravja v sodobnih družbah	47
1.4.3 Proces deinstitutionalizacije.....	57
2 INVALIDI IN OSEBE Z MOTNJAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU.....	60
2.1 <i>RANLJIVE SKUPINE</i>	60
2.1.1 Kakovost življenja ranljivih skupin	62
2.2 <i>INVALIDI</i>	64
2.2.1 Delovno vključevanje invalidov	65
2.3 <i>OSEBE Z MOTNJAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU</i>	72
2.3.1 Potrebe oseb z motnjami v duševnem zdravju.....	73
2.3.2 Delovno vključevanje oseb z motnjami v duševnem zdravju.....	76
3 PRAVNI OKVIR	81
3.1 <i>MEDNARODNI PRAVNI VIRI</i>	83
3.1.1 Organizacija združenih narodov	83
3.1.2 Mednarodna organizacija dela	86
3.1.3 Evropska unija	87
3.2 <i>SLOVENSKI PRAVNI VIRI</i>	95

3.2.1	Ustava	96
3.2.2	Zakon o delovnih razmerjih	97
3.2.3	Zakon o vojnih invalidih in zakon o posebnih pravicah žrtev v vojni za Slovenijo 1991	99
3.2.4	Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju	99
3.2.5	Zakon o zaposlovanju in zavarovanju za primer brezposelnosti	104
3.2.6	Zakon o duševnem zdravju	105
3.2.7	Svet za duševno zdravje	106
3.2.8	Akcijski program za invalide 2007-2013	106
4	ZAPOSLOTIVENA REHABILITACIJA	113
4.1	<i>ZAKON O ZAPOSLOTIVENI REHABILITACIJI IN ZAPOSLOVANJU INVALIDOV</i>	113
4.1.1	Pridobitev statusa invalida in pravice do zaposlitvene rehabilitacije	116
4.1.2	Zaposlitvena rehabilitacija	119
4.1.3	Zaposlitvene možnosti po končani zaposlitveni rehabilitaciji	126
4.1.4	Sklad za vzpodbujanje zaposlovanja invalidov	130
4.1.5	Vzpodbude za zaposlovanje invalidov	130
4.1.6	Kvotni sistem zaposlovanja invalidov	131
4.1.7	Inštitut RS za rehabilitacijo	132
4.2	<i>ZAPOSLOTIVENA REHABILITACIJA OSEB Z MOTNJAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU</i>	133
4.3	<i>EVROPSKA NAČELA ODLIČNOSTI V REHABILITACIJI IN ETIČNI KODEKS STROKOVNIH DELAVCEV</i>	139
5	EMPIRIČNA ANALIZA VPLIVA ZAPOSLOTIVENE REHABILITACIJE .	141
5.1	<i>NAMEN RAZISKAVE</i>	141
5.2	<i>MERSKI INSTRUMENT</i>	141
5.3	<i>POPULACIJA</i>	142
5.4	<i>ZBIRANJE PODATKOV</i>	143
5.5	<i>OBDELAVA PODATKOV</i>	143
6	ANALIZA IN REZULTATI	145
6.1	<i>SPLOŠNI PODATKI</i>	145
6.2	<i>IZOBRAZBA</i>	145
6.3	<i>DELOVNA DOBA</i>	146
6.4	<i>VKLJUČITEV V ZAPOSLOTIVENO REHABILITACIJO</i>	147
6.4.1	Osebe, ki so zaključile program	147
6.4.2	Osebe, ki so še vključene	150
6.5	<i>PREVERJANJE PRVE HIPOTEZE</i>	151
6.6	<i>PREVERJANJE DRUGE HIPOTEZE</i>	155
6.6.1	Splošno počutje	155
6.6.2	Zadovoljstvo s programom, zaposlitvijo, statusom	157
6.6.3	Finance	160
6.6.4	Stanovanjske razmere	162

6.6.5	Družinski odnosi	163
6.6.6	Zdravje	165
6.6.7	Pojmovanje sebe	166
6.6.8	Zadovoljstvo z življenjem.....	170
6.7	<i>PREVERJANJE TRETJE HIPOTEZE</i>	178
6.7.1	Prosti čas in participacija	178
6.7.2	Družabni stiki.....	180
7	SKLEPNE UGOTOVITVE	183
	ZAKLJUČEK.....	187
	LITERATURA.....	193
	PRILOGE.....	207

UVOD

Redko katero področje človeškega življenja je tako polno tabujev, stigme in nerazumevanja kot so psihosocialne stiske ljudi in posledično njihove izkušnje psihiatričnih hospitalizacij. Iz pričevanj ljudi spoznamo, da duševne stiske in psihiatrične diagnoze njim in svojem prilepijo negativne identitete kot so »človek je nevaren sebi in drugim«, »z družino je nekaj narobe«, »psihiatrični bolnik je reven, revščina pa je nekaj negativnega«, »človek s psihosocialnimi stiskami je slab delavec in je invalid«, »ženska s psihiatrično diagnozo ne more biti dobra mati«, »psihosocialne stiske so biološko dejstvo in podedovane.« (Zaviršek 2004)

Andrej Marušič, nacionalni koordinator za duševno zdravje pri Svetovni zdravstveni organizaciji (Marušič 2007) meni, da žal še vedno velika večina ljudi verjame, da so osebe z duševnimi motnjami nevarne, za družbo nič več uporabne in vsem skupaj prej v breme kot v korist. Vendar to ne drži, kajti oseba z duševno motnjo ni nič nevarnejša kot osebe brez duševne motnje. Avtor navaja, da najdemo veliko več kreativnih ljudi med osebami z duševno motnjo kot med tistimi brez njih in meni, da so osebe, ki se jim pozdravi duševna motnja, za družbo veliko bolj »zdrave« kot osebe, ki te izkušnje niso imele. Če nič drugega, so proste vsaj enega izmed odvečnih predsodkov.

To je le nekaj razlogov zakaj sva se lotile najine naloge. Po nekaj letnih izkušnjah dela na področju duševnega zdravja in predvsem zaposlitvene rehabilitacije oseb z motnjami v duševnem zdravju, sva se vprašali ali program zaposlitvene rehabilitacije, res nudi to kar osebe, ki se vključijo v program potrebujejo in ali program ne rešuje samo zaposlitvenih težav, ampak vpliva tudi na druga področja posameznikovega življenja.

Čeprav je zaposlitvena rehabilitacija namenjena vsem osebam, ki se zaradi kakršnihkoli zdravstvenih ovir in težav, invalidnosti in manjzmožnosti težje vključujejo v delo, sva se v nalogi osredotočile samo na osebe z motnjami v duševnem zdravju.

Tu sva se tudi midve srečali s problemom poimenovanja oseb z motnjami v duševnem zdravju, s težavami v duševnem zdravju, z duševno boleznijo, stisko, izkušnjo zdravljenja v psihiatrični bolnišnici. Med teoretiki in izvajalci na področju duševnega zdravja se pojavljajo različna poimenovanja, odvisna predvsem od vloge, ki jo ima oseba v obravnavi. V obravnavi v psihiatrični bolnišnici govorimo o pacientu, v socialnih javnih službah o klientu oziroma stranki, v zasebnem neprofitnem sektorju pa se uveljavlja termin uporabnik psihiatričnih storitev, uporabnik služb za duševno zdravje, oseba z dolgotrajnimi duševnimi stiskami ali pa oseba s težavami v duševnem zdravju. V nalogi uporabljava predvsem termin oseba z motnjami v duševnem zdravju; rehabilitant in invalid v zvezi s programom zaposlitvene rehabilitacije ter anketiranec kot sodelujoči v raziskavi. Pojavljajo pa se tudi ostala že navedena poimenovanja.

Osebe z motnjami v duševnem zdravju sva izbrale zato, ker imava nekaj letne izkušnje na področju zaposlitvene rehabilitacije in prav duševno bolni potrebujejo, zaradi svojih specifičnih zdravstvenih ovir in še vedno zelo prisotne stigme, daljšo in intenzivnejšo rehabilitacijo, ki pa nikakor ne more biti omejena samo na področje zaposlovanja, ampak mora posegati na prav vsa področja življenja. Zaposlitvena rehabilitacija kot del psihosocialne rehabilitacije mora posamezniku pomagati, da se lažje vključi v delo in skozi delo v družbo, skupnost ter si tako izboljša kakovost življenja.

Do bistvenega premika pri obravnavi ljudi s psihotičnimi motnjami je prišlo z uveljavljanjem načel psihosocialne rehabilitacije, katere zelo pomemben del je tudi zaposlitvena rehabilitacija. Cilji so se premaknili od reforme celotnega sistema služb (deinstitucionalizacija) k obravnavi posameznika, z njegovimi posebnimi potrebami in željami.

Ideja o skupnostni skrbi in rehabilitaciji oseb z motnjami v duševnem zdravju, tako psihosocialni kot zaposlitveni, se je začela v obdobju zadnjih petdesetih let, ko je bila iz psihiatričnih bolnišnic in azilov v skupnost, odpuščena večina psihiatričnih bolnikov. To naj bi privedlo do zmanjšanja stroškov skrbi in izboljšalo kakovost življenja tistih, ki so v bolnišnicah bivali dolgo časa in bili tam žrtve številnih zlorab ter površne skrbi. Izkazalo

se je, da zapiranje velikih institucij za izboljšanje kakovosti življenja ni dovolj in da je potrebno za ljudi s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami organizirati mrežo alternativnih oblik skrbi in zdravljenja v skupnosti. (Švab 2004)

Ideja psihosocialne rehabilitacije ali okrevanja ni v prvi vrsti stvar bolezni, biološkega stanja telesa ali psihološke motnje, ampak je ekonomsko, kulturno ali socialno vprašanje. Rehabilitacija naj potem, ko so se odprla vrata institucij, odpre vrata skupnosti.

Duševne motnje ne prizadenejo le posameznikov, temveč tudi njihove družine in družbo v celoti. Rehabilitacija pomeni povezovanje med prizadetimi in tistimi, ki so jim v oporo in pomoč. Namenjena je torej ljudem, ki so prizadeti zaradi hudih in ponavljajočih se duševnih motenj in njihovim svojcem in skrbnikom. Dolgotrajne duševne motnje povzročajo manjzmožnost oziroma invalidnost, to so zmanjšane sposobnosti na področjih socialnega delovanja, kamor sodijo na primer zaposlitev, druženje, skrb za gospodinjstvo in zase, sposobnost navezovanja in vzdrževanja socialnih stikov in podobno. Stopnja invalidnosti v tej skupini je zelo različna in zahteva visoko prilagodljivost obravnave, kar pomeni posamezniku prilagojeno intenziteto in vrsto podpore, glede na njegove specifične zmožnosti, invalidnost in prednosti.

Psihosocialna rehabilitacija ni namenjena ljudem, ki so nezadovoljni ali v trenutni krizi, ki so jo sposobni sami ali s pomočjo drugih premagati brez posledic v svojem siceršnjem delovanju. Številne duševne krize in motnje, ki so v začetku prehodne narave in izhajajo iz težavnih socialnih razmer, ki so vse pogostejše, pa se lahko ponavljajo in povzročijo manjše zmožnosti in invalidnost, če nanje ne odgovorimo pravočasno in kompetentno. Ob uspešnejšemu in pravočasnemu reševanju teh reaktivnih stisk bi torej lahko zmanjšali potrebe po dolgotrajnih in zahtevnih rehabilitacijskih posegih, ki jih zahtevajo ponavljajoče se duševne motnje.

Psihosocialna rehabilitacija je multidisciplinarno področje, ki se ukvarja z ljudmi s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami in je usmerjeno k okrevanju, izboljšanju kakovosti življenja ter povečevanju kompetentnosti teh oseb. Psihosocialna rehabilitacija

je usmerjena tudi k družinam ali uporabnikovim bližnjim osebam, ki so poglavitni temelj opore v skupnosti in na sisteme podpore in pomoči, ki nadomeščajo in nadgrajujejo družinsko podporo. Poslanstvo psihosocialne rehabilitacije je povečati posameznikovo samostojnost v skladu z njegovimi potrebami in do največje možne mere tako, da ga okrepi in da vpliva na večjo prilagodljivost in strpnost okolja. Samostojno bivanje in neodvisno delovanje se pogosto lahko ali vsaj lažje vzpostavi zunaj družinskega sistema, v okviru skupnostnih služb. (Švab 2004)

Zaposlitvena rehabilitacija kot del psihosocialne rehabilitacije in del skupnostne skrbi naj bi torej osebam z motnjami v duševnem zdravju pomagala zadovoljiti njihove potrebe, povečala njihovo socialno vključenost in s tem tudi izboljšala njihovo kvaliteto življenja. Zato sva si v nalogi zastavili naslednje tri hipoteze:

1. Zaposlitvena rehabilitacija **zadovoljuje potrebe** rehabilitantov z motnjami v duševnem zdravju.
2. Zaposlitvena rehabilitacija **vpliva na izboljšanje kvalitete življenja** rehabilitantov z motnjami v duševnem zdravju.
3. Zaposlitvena rehabilitacija **vpliva na večjo socialno vključenost** rehabilitantov z motnjami v duševnem zdravju.

Na začetku naloge bo Petra najprej opredelila pojme, ki so bistveni za nadaljnjo razumevanje vsebine naloge: kakovost življenja, socialna vključenost/izključenost, potrebe in duševna bolezen/duševno zdravje.

V poglavju o kakovosti življenja bo razložila sam pojem kakovosti življenja, različne pristope k konceptu kakovosti življenja in njegove sodobne različice, govorila bo o spremembi težišča odgovornosti za blaginjo ter o kazalcih kakovosti življenja.

Nadaljevala bo z opredelitvijo pojma socialna izključenost oziroma vključenost, pojasnila razliko med revščino in socialno izključenostjo ter socialno vključenostjo in socialno kohezijo. Govorila bo tudi o delovni vključenosti.

Poglavje o potrebah bo začela s klasifikacijo potreb, navedla motivacijske teorije in pojasnila ocenjevanje potreb.

V nadaljevanju bo govorila o duševni bolezni oziroma duševnem zdravju, o pomenu zdravja in duševnega v sodobnih družbah ter procesu deinstitutionalizacije.

Nadaljevala bo z opisom najine ciljne skupine – invalidi in osebe z motnjami v duševnem zdravju. Opisala bo ranljive skupine in njihovo kakovost življenja. Govorila o invalidih in njihovem delovnem vključevanju ter seveda o osebah z motnjami v duševnem zdravju, njihovih potrebah in delovnem vključevanju.

Po opredeljevanju posameznih pojmov bo na vrsti pravni okvir na področju enakih možnosti, rehabilitacije in zaposlovanja invalidov. Najprej bo Petra navedla mednarodne pravne vire, predvsem v okviru Organizacije združenih narodov, Mednarodne organizacije dela in Evropske unije. In nato še Jana slovenske pravne vire: Ustava, Zakon o delovnih razmerjih, Zakon o vojnih invalidih, Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju, Zakon o zaposlovanju in zavarovanju za primer brezposelnosti, Zakon o duševnem zdravju, Svet za duševno zdravje, Akcijski program za invalide 2007-2013.

Nato bo Jana podrobneje predstavila program zaposlitvene rehabilitacije in Zakon o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov: pridobitev statusa invalida in pravice do zaposlitvene rehabilitacije, zaposlitvene možnosti po končani zaposlitveni rehabilitaciji, Sklad za vzpodbujanje zaposlovanja invalidov, vzpodbude za zaposlovanje invalidov, kvotni sistem zaposlovanja invalidov, Inštitut RS za rehabilitacijo. Izpostavila bo zaposlitveno rehabilitacijo oseb z motnjami v duševnem zdravju, na koncu pa bo predstavila še Evropska načela odličnosti v rehabilitaciji in etični kodeks strokovnih delavcev na področju zaposlitvene in poklicne rehabilitacije ter zaposlovanja in socialne vključenosti invalidov.

Sledi empirična analiza vpliva zaposlitvene rehabilitacije na kvaliteto življenja oseb z motnjami v duševnem zdravju, kjer bo Jana razložila namen raziskave, merski instrument, populacijo, zbiranje in obdelavo podatkov.

S prikazom rezultatov raziskave bo preverjala vsako posamezno hipotezo. Začela bo z navedbo splošnih podatkov anketirancev, izobrazbe, delovne dobe in vključitve v zaposlitveno rehabilitacijo. Prvo hipotezo bo preverjala z vprašanji o potrebah in pričakovanjih; drugo hipotezo z vprašanji o splošnem počutju, zadovoljstvu s programom, financah, stanovanjskih razmerah, družinskih odnosih, zdravju, pojmovanju sebe in zadovoljstvu z življenjem in tretjo hipotezo z vprašanji o prostem času in participaciji ter družabnih stikih. Poglavje bova zaključili s sklepnimi ugotovitvami raziskave.

Na koncu bova oblikovali še zaključek naloge ter navedli vire in literaturo. Nalogi bova priložili tudi vprašalnik, ki sva ga uporabili v nalogi.

1 OPREDELITEV POJMOV

1.1 KAKOVOST ŽIVLJENJA

1.1.1 Opredelitev pojma

Antončič in Boh (1991: 6) ugotavljata, da je zanimanje za probleme kakovosti življenja, blaginje, zadovoljevanja človekovih potreb in urejanja življenjskih razmer izraz nove, alternativne opredelitve družbenega razvoja. Do nje sta pripeljala kriza ekonomskih in političnih razmer in spoznanje, da je politika, ki se ravna zlasti po ekonomski učinkovitosti in dobičku, pripeljala do nevzdržnega kopičenja družbenih problemov.

S konceptom kakovosti se je spoprijelo veliko znanstvenih disciplin. Definicijo kakovosti so poskušali podati strokovnjaki z različnih področij, rezultati njihovih prizadevanj pa so perspektive kakovosti, ki temeljijo na različnih analitičnih okvirih.

»Kakovost življenja« je v prenovljeni predmetni opredelitvi kot konceptualni okvir za evropski sistem socialnih kazalcev opredeljena kot najširši krovni pojem, ki pokriva »izboljšavo objektivnih življenjskih razmer«, »krepitev subjektivnega blagostanja«, pa še »socialno kohezijo« (krepitev družbenih vezi in manjšanje neenakosti in nasprotij) in »trajnostni razvoj« (ohranitev societalnega kapitala za prihodnje generacije). (Berger-Sdchmidt in Noll v Mandič 2005: 120)

Rode in drugi (2006: 38-39) uvrščajo koncept kakovosti življenja, poleg koncepta perspektiva moči in koncepta normalizacije v splošne kriterije evalvacije programov v socialnem varstvu. Kot pravijo ima koncept v različnih strokah različen pomen, na področju socialnega varstva pa prevladujeta definiciji, ki ju ima v družboslovju in medicini. Družbene vede zanima kakovost življenja družbe kot celote in posameznih kategorij v njej. Kakovost življenja enačijo z blaginjo prebivalcev in jo ugotavljajo tako, da merijo njihovo zadovoljstvo. Obravnavajo jo kot komplementarno življenjskemu standardu, ki ga merijo z agregatnimi ekonomskimi kazalci (Rode v Rode in drugi 2006:

39). V medicini pojem kakovosti življenja povezuje bolezen z bolnikovim doživljanjem kakovosti lastnega življenja. Danes je že široko sprejeto dejstvo, da osamljenost in depresija vplivata na razvoj raka (raziskave kažejo, da je pri moških srednjih let z depresijo dvakrat večja verjetnost, da bodo umrli od raka, kakor pri moških srednjih let brez depresije (Ventegodt v Rode in drugi 2006: 41). V medicini je razmišljanje o kakovosti življenja vezano predvsem na obravnavo dolgotrajnih, kroničnih ali umirajočih bolnikov in v možnostih hitrih sprememb pri merjenju vpliva bolezni, zdravljenja in v posameznikovih življenjih.

1.1.2 Različni pristopi k konceptu kakovosti življenja

Zgodnja poskusa opredelitve in merjenja družbene blaginje (welfare) kot nečesa, kar je kakovostno različno od »gospodarskega razvoja« in bogastva, sta pristop »osnovnih potreb«, ki so ga v petdesetih letih razvijali v OZN, ter »gibanje za socialne indikatorje« v šestdesetih letih. (Mandič 2005: 114)

Potem je s skandinavskima avtorjema Titmussom in Eriksonom prišel koncept »kakovost življenja« in zlasti v sedemdesetih letih pomenil ponovno prizadevanje družboslovja, da pri spremljanju in usmerjanju družbenega razvoja uveljavi tudi »neekonomski vidik« oz. družbeno blaginjo. Za skandinavski način proučevanja kakovosti življenja je značilno, da je na disciplinarni ravni premaknil pozornost od ekonomije k sociologiji, na konceptualni od temeljnih človekovih potreb k posameznikovemu nadzoru virov za zadovoljitev teh potreb, na metodološki pa od objektivnih kazalcev na agregatni ravni k subjektivnim kazalcem na individualni ravni (Novak v Rode in drugi 2006: 41). Bolj celostno zajema nujne pogoje za človeški razvoj Allardtov opis treh temeljnih skupin potreb – »imeti« (materialne in neosebne potrebe), »ljubiti« (socialne potrebe) in »biti« (potreba po osebnem razvoju). Ta je razširil pojmovanje kakovosti življenja onstran materialnega blagostanja, merjenega z ekonomskimi kazalci (Novak, Antončič, Boh, Svetlik v Rode in drugi 2006: 41).

Kar je bilo ključno za koncept »kakovosti življenja« in skupno omenjenima pristopoma, je bilo registriranje posameznikovih virov in nadzora nad njimi v domenah, kot so ekonomska varnost, delo in zaposlitev, izobraževanje, zdravje, stanovanje,... (Mandič 2005: 114)

Slovensko raziskovanje koncepta »kakovosti življenja« je nastalo pod vplivom obeh skandinavskih pristopov (Titmussova konceptualizacija življenjske ravni kot »nadzora nad viri« in Allardtova konceptualizacija kakovosti življenja kot izraz izpolnjenih temeljnih potreb imeti-ljubiti-bit). Oba skandinavska primera predstavljata »združeni« konceptualni okvir na katerem sloni slovenska raziskava o kakovosti življenja. Prvo zajemanje podatkov, leta 1984, v raziskavi o kakovosti življenja je bilo podprto z objektivnim pristopom, saj je temeljilo na raziskovanju kakovosti življenja kot nadzora nad viri, ki so potrebni za zadovoljevanje potreb. Naslednja raziskovanja, v letih 1987, 1991, 1994, pa kažejo na konceptualni premik, in sicer na vključevanje subjektivne razsežnosti (pridružitve subjektivnih kazalcev za merjenje stopnje zadovoljenosti potreb na različnih področjih). (Antončič in Boh v Svetlik 1995: 22)

1.1.3 Sodobne različice kakovosti življenja

Družboslovje ponuja več pristopov, kako izraziti in empirično meriti blaginjo kot kakovost družbenega (neekonomskega) razvoja; po »socialnih kazalcih«, zgodnji »kakovosti življenja« in »življenjski ravni« so jim v zadnjih dveh desetletjih med drugimi sledili »trajnostni razvoj«, »človekov razvoj«, »družbena izključenost«, »družbena kohezija« in nazadnje še »družbena kakovost«. (Mandič 2005: 115)

O težavah pri razločevanju in razmejevanju med temi koncepti je bilo že veliko napisanega, nekaj se jih omenja tudi v naslednjih poglavjih.

»Kakovost življenja« je po vseh aktualnih konceptih v Evropi še vedno »živa in zdrava« in se jo danes uporablja tudi v širšem smislu in bližje govorici vsakdanjega življenja. Gotovo pa je med blaginjskimi koncepti to najbolj decentraliziran koncept, ki ga v

prirejeni različici lahko opredelijo in merijo tudi mesta in regije ter z njim izražajo svoje kompetitivne prednosti za naložbe (McCann v Mandič 2005: 118).

Najodmevnejša uporaba koncepta kakovosti življenja danes je pristop Faheya, Nolana in Whelana, katerega razvijajo v okviru Evropske fundacije za izboljšavo življenjskih in delovnih razmer. Bistvo koncepta ostaja to, da se kakovost življenja meri s »subjektivnimi« in »objektivnimi« kazalci, ki registrirajo a) »vire« (individualne in kolektivne, kot so družbena oskrba glede izobraževanja, zdravstva, stanovanj,...), b) »priložnosti«, ki se odpirajo posameznikom (tudi njihove dejanske izbire in njihove rezultate); c) življenjske razmere. Opredelili so 12 domen kakovosti življenja: zdravje in dostop do zdravstvenega varstva; zaposlovanje in delovne razmere; ekonomski viri; znanje, izobrazba in usposabljanje; družinsko življenje; družba in skupnost, udeležba, integracija; stanovanje; lokalno okolje in pritiskline; prevoz; javna varnost in kriminal; rekreacija in prostochasne dejavnosti; kultura in identiteta, politični viri in človekove pravice. (Mandič 2005: 118-119)

V primerjavi s skandinavskimi pristopi se novosti v zgoraj omenjenem pristopu kažejo na treh ravneh. Prva novost se nanaša na konceptualno posodobitev in razširitev. Ključno sodobno vprašanje izboljšanja kakovosti življenja avtorji vidijo v tem, kako ljudem omogočiti, da dosežejo svoje cilje ob dveh omejitvah: ob ekonomski vzdržnosti ter pravicah in potrebah drugih ljudi. Mandičeva (2005: 118) to razume kot poudarjanje pomena samoaktivacije posameznika (večanje moči) in njegove vpetosti v družbena omrežja. Po mnenju avtorjev takšna razširitev koncepta pomeni, da je lahko »kakovost življenja« krovni okvir tudi za številne nove koncepte, kot so družbena izključenost in vključenost, kohezija, integracija, socialni kapital,... Skratka, »kakovost življenja« lahko te nove koncepte vključi in poveže. (Mandič 2005: 118-119)

Druga novost je povezava kakovosti življenja s sodobno evropsko socialno politiko in njenimi cilji. Kot razlaga Mandičeva (2005: 119) dobivajo kazalci kakovosti življenja svoj pomen in legitimnost iz splošnega javnega soglasja o tem, kaj so boljše in kaj slabše življenjske okoliščine, kot izhodiščne točke spremljanja kakovosti življenja pa uporabijo

cilje evropskih politik iz Lizbonske deklaracije: dvig življenjske ravni ter izboljšanje življenjskih in delovnih razmer; krepitev socialne kohezije in boj proti izključenosti; spodbujanje enakih priložnosti; zagotavljanje trajnostnega razvoja.

Tretja novost pa je tristranska razprava o javnih politikah, v katero so vključeni predstavniki vlad, delodajalci in organizacije delavcev.

1.1.4 Sprememba težišča odgovornosti za blaginjo

V družboslovnem diskurzu vlada dokajšnje soglasje, da težišče odgovornosti za blaginjo v zadnjih dveh desetletjih prehaja z države (države blaginje) na posameznika. Gre za premik od povojne, klasične države blaginje, ki je prevzemala odgovornost za blaginjo in imela osrednjo (monopolno) vlogo pri njenem definiranju, merjenju in zagotavljanju s pretežno univerzalnimi programi zadovoljevanja standardiziranih potreb, v novo paradigmo blaginjskega pluralizma. (Mandič 2005: 113 – 123)

V klasičnem obdobju države blaginje, kjer je bila za blaginjo odgovorna država in njene institucije je bilo ključno vprašanje, na katero odgovarjajo kazalci kakovosti življenja, kako se ta odgovornost uresničuje: kako se ti rezultati kažejo na individualni ravni, predvsem v doseženi življenjski ravni? Kako je z neenakostjo, so katere skupine pri tem ostale prikrajšane? Kazalci klasične »kakovosti življenja« so odgovarjali predvsem na ta vprašanja in zato je bilo ugotavljanje »neenakosti« zelo pomembna interpretativna iztočnica. Znotraj javne oz. kolektivne odgovornosti za blaginjo Mandičeva uvršča tudi koncept »trajnostnega razvoja«, ki pa družbeno blaginjo obravnava v povezavi z okoljskim in ekonomskim razvojem. Poudarja kolektivno odgovornost za blaginjo na dveh ravneh: na ravni ene generacije do naslednjih in na ravni ene sfere razvoja (npr. tipično ekonomske) do drugih (npr. okoljske in družbene). Kazalci, ki so razviti predvsem na makro ravni, v okviru OECD, kažejo uspešnost posameznih družb pri tovrstnem uravnoteženju virov. (Mandič, 2005: 113–123)

V zadnjih dveh, treh desetletjih se kaže prelom s klasično državo blaginje¹, z njenim univerzalističnim vzorcem opredeljevanja in zadovoljevanja potreb in z zadevnimi institucijami.

Kot ugotavljajo analitiki države blaginje, se je njena ekspanzija ustavila oz. je zašla v krizo. Rezultat te krize je raba novih strategij za njeno omejevanje. Strategije, kot so deinstitutionalizacija, omejevanje rasti in decentralizacija, so aktualne tudi na področju razvoja služb za duševno zdravje. Omejevanje rasti se je uvajalo predvsem z namenom, da se zmanjšajo stroški zdravljenja. Decentralizacija je bila prisotna pri prenosu odgovornosti zdravstvenega varstva iz države na pokrajine in lokalne skupnosti, kajti v preteklosti je bilo zdravstvo v mnogih državah članicah EU organizirano centralistično. Država je bila odgovorna za financiranje, načrtovanje ukrepov, implementacijo politike in izvajanje storitev. S procesi deinstitutionalizacije so opazne spremembe pri razvoju velikih ustanov, opazen je razvoj alternativnih storitev in služb v skupnosti ter prenos odgovornosti na nejavne izvajalce storitev in družino. Zapirale so se velike psihiatrične bolnišnice in socialni azili. Večji pluralizem izvajalcev, sinergija, medsebojne povezave med sektorji (volonterski, javni, zasebni ali neformalni) je omogočil uveljavljanje koncepta skupnostna skrb, kjer nevladne in prostovoljne organizacije ter sorodstvo sodelujejo pri storitvah, ki so jih prej izvajale institucije države blaginje (deinstitutionalizacija). Poudarek je na posameznikovih zmožnostih in njihovem razvoju, kar je seveda pomembno, saj posameznik prevzema težišče odgovornosti. Ključno vprašanje, na katero kazalci tega koncepta prinašajo odgovor, je, kako so te posameznikove zmožnosti razvite, pa tudi kakšne možnosti za to, da jih uporabi, ima v neki družbi v primerjavi z drugimi družbami. (Kovač 2006: 6-7, Mandič 2005: 113–123)

¹ Pojem država blaginje označuje kvalitativni preskok, ki se je zgodil v obsegu in kvaliteti blaginje, ki jo zagotavlja država. Skliceval se je na socialno zakonodajo (področje zdravstva, izobraževanja, državnih denarnih pomoči, stanovanjske problematike in socialnih storitev, namenjenih posamezniku). Osnovni element države blaginje so socialne pravice kot ena izmed oblik državljanskih pravic. Država blaginje na temelju principa inkluzije vključuje vse državljane in jim s socialnimi programi in storitvami zagotavlja delež v družbenih možnostih v skladu s civilizacijskimi standardi, ki veljajo v družbi (Kolarič v Kovač 2006: 6). Značilnosti obdobja po drugi svetovni vojni so bile podpora zagotavljanju ekonomske rasti in polne zaposlenosti ter reforme, ki so uvedle obsežnejšo državo blaginje in soglasje o rasti izdatkov za zagotavljanje socialne varnosti, ki pa so postopoma postali preveliko breme za gospodarstvo držav. (Kovač 2006: 6)

Z omenjenimi ukrepi pa so se v skupnosti pojavili novi problemi, ki so vodili k socialni izključenosti oseb z motnjami v duševnem zdravju (Kovač 2006: 6-7). Tudi Uhan (v Malnar in Bernik 2004: 200) se strinja s Kovačem in Mandičevo v dejstvu, da omejevalni oziroma varčevalni ukrepi v državah blaginje botrujejo k nižji socialni zaščiti, kar poslabšuje položaj ranljivih skupin, ki niso usposobljene za nastop na trgu, hkrati pa jih z večine oblik socialne zaščite izloča tudi država; poleg zahteve po nenehnem izobraževanju je ta vzrok eden ključnih za rastočo socialno izključenost.

Po Mandičevi koncept izključenosti v vsej svoji kompleksnosti usmerja pozornost zlasti na to, koliko je posameznik vključen v najpomembnejše načine generiranja blaginje, pri čemer je težišče odgovornosti za blaginjo še vedno na posamezniku in njegovi zmožnosti za shajanje s tveganji, ki se strukturno in sistemsko gledano vse bolj individualizirajo. To velja toliko bolj za neoliberalno usmerjeno socialno in druge javne politike, medtem ko lahko druge politične usmeritve in tudi kritično družboslovje najdejo v konceptu »izključenosti« oporo tudi za drugačne razlage, take, ki odgovornost za prikrajšanosti posameznika bolj pripisujejo skupnosti. (Mandič 2005: 113–123)

Vendar pa se tudi v tej paradigmi že kažejo protislovja in razpoke, ki jih številni avtorji, ki so kritični do rezultatov te individualizacije, tematizirajo kot »izginjanje družbenega« (Culpitt); »erozijo vgrajenih družbenih stabilizatorjev« (Stieglitz), »družbeni primanjkljaj« (Mishra), »družbo tveganja« (Beck) in drugo. Opozarjajo na nevarnosti in negativne posledice tega razvojnega cikla države blaginje, ki odgovornost nekritično prenaša na posameznika. Do neke mere je mogoče to spremembo opaziti že v nekaterih razlagah »izključenosti«, še nekoliko bolj pa v konceptu »kohezije«. Ta v primerjavi z »izključenostjo« vsaj v politični konotaciji ne prinaša vsebinskih novosti. Kar je pri njej novo, je simbolni poudarek na družbi oz. na skupnosti, torej priznanje pomena (evropske) družbene skupnosti. Zdi se, da je tako »skupnost« vsaj na simbolni ravni priznala in spet sprejela nekaj oddane odgovornosti za blaginjo. Na ravni zbiranja podatkov se ta premik med drugim kaže tudi v vpeljavi kazalcev anomalije (npr. stopnje kriminalitete itd.) in socialnega kapitala oz. družbenih omrežij. (Mandič, 2005:113-125)

Koncept »družbene kakovosti« pa gre še dlje in odpre vprašanje ne le simbolne, ampak tudi funkcionalne soodgovornosti (evropske, nacionalne, lokalne) skupnosti za blaginjo. Danes, v času kompleksnih in diverzificiranih družb to ni več mogoče zgolj z obujanjem klasične države blaginje, ampak z dejavnim, javnimi politikami podprtim spodbujanjem procesov,... ki ustvarjajo družbeno kohezijo. Po mnenju nekaterih avtorjev moramo krepiti lokalna omrežja in lokalne oblike skupnostnih združb, razvijati intermediarne organizacije in vzpostavljati nove vrste nalog države, katerih namen je usklajevanje, podpiranje in povezovanje« (Beck, van der Maesen in Walker v Mandič 2005: 125). Pozornost torej usmerjajo na oblikovanje obnovljene družbenosti, natančneje, na pogoje in možnosti za nastajanje družbenosti. Prav to je tudi tisto, kar je v njihovem konceptu novo ter želijo spremljati in meriti s kazalci. Vprašanje, na katero skušajo odgovoriti, je, kakšne opore za nastajanje kolektivitet obstajajo v neki družbi, koliko je institucij, ki tveganja kolektivizirajo; kakšne so možnosti za kolektivno delovanje, kakšni so forumi za »oblikovanje kolektivnih odgovorov na tvegane življenjske zadeve« (Culpitt v Mandič 2005: 126), kakšna je infrastruktura za razvoj »etike skrbi« in »omrežij odvisnosti, skrbi in odgovornosti« (Sevenhuijsen v Mandič 2005: 126). Zanima jih tisto, kar bi lahko na kratko imenovali »družbenostna infrastruktura«. (Mandič 2005: 125-126)

Družbena kakovost je najmlajši blaginjski koncept, ki ga je vpeljala Evropska fundacija za družbeno kakovost med nizozemskim predsedovanjem EU. Zаметek in namere koncepta je napovedala Amsterdamska deklaracija o družbeni kakovosti Evrope, ki so jo podpisali številni evropski družboslovci. Zavrnili so podrejenost socialne politike gospodarski. Avtorji koncepta (Beck in drugi v Novak in Cvetko 2005: 136) opredeljujejo družbeno kakovost kot stopnjo, do katere so državljani sposobni sodelovati v družbenem in gospodarskem življenju svojih skupnosti pod pogoji, ki povečujejo njihovo blagostanje in individualne potenciale.

S tem se je že takoj postavila zahteva za vključevanje v politiko (tj. »od spodaj navzgor«) in razpravo o socialnih vprašanjih z vidika evropskih razvojnih politik in povezovalnih procesov. Izhodiščno je družbena kakovost opredeljena kot »mera, do katere lahko ljudje sodelujejo v družbenem in gospodarskem življenju svojih skupnosti v razmerah, ki

pospešujejo njihovo blaginjo in posameznikovo zmožnost«. Za to so potrebni štirje pogoji (štiri sestavine) družbene kakovosti: »socialno-ekonomska varnost« (zajema temeljno zaščito dohodka, vzpodbujanje dela (ne zaposlovanja), zaščito pred boleznimi in zaščito zdravja), »družbena vključenost« (kjer ni poudarjena le enakost, temveč tudi pravičnost; gre za ukrepe zoper strukturne razloge izključevanja, kot sta revščina in diskriminacija), »družbena kohezivnost« (kot nasprotje anomiji, ki zagotavlja življenje v skupnosti z minimalno družbeno povezanostjo in se pojmuje kot proces na makro ravni, v katerem se porajajo, ohranjajo ali pa rušijo socialna omrežja in podporne socialne infrastrukture, ki se povezuje z novimi oblikami solidarnosti) in »krepitev moči« (zmožnosti in sposobnosti posameznikov zaradi povečevanja njihovih možnosti vključevanja v procese odločanja na različnih ravneh skupnosti) . (Beck in drugi v Novak in Cvetko 2005: 137)

Tako konceptualno opredeljena družbena kakovost naj bi temeljila na vseh treh elementih državljskih pravic: človekovih, političnih in socialnih. (Beck in drugi v Novak in Cvetko 2005: 137)

1.1.5 Kazalci

Kakovost življenja je zaradi njene kompleksnosti težko meriti, saj ima veliko razsežnosti. Njena definicija ostaja nejasna, čeprav je o njej že veliko napisanega.

Zaradi svoje kompleksnosti je pojem kakovosti življenja močno vezano na okolje, v katerem merimo. Katere razsežnosti vključuje, je odvisno od namena merjenja. Različni avtorji poudarjajo različne razsežnosti kakovosti življenja, vendar se njihova izbira področij, pomembnih za njeno ocenjevanje, bolj ali manj prekriva: življenjski pogoji, zdravje, delo in izobrazba, partnerstvo in družina, družabni odnosi, premoženje in materialni standard, pravni položaj, varnost in prosti čas. Kot že rečeno, je skandinavski način proučevanja kakovosti življenja premaknil pozornost na metodološki ravni od objektivnih kazalcev na agregatni ravni k subjektivnim kazalcem na individualni ravni. (Rode in drugi 2006: 41-42)

Nove dopolnilne kazalce razširjene kakovosti življenja (po pristopu družbene kakovosti, kot so ga razvili Beck, van der Maesen in Walker), ki zagotavljajo mednarodno primerljivost bo v sodelovanju z mednarodno mrežo ENIQ (European Network for Inspection and Qualification) razvila tudi slovenska skupina strokovnjakov s Fakultete za družbene vede v mednarodnem projektu Kakovost življenja družbenih skupin, ki se zaključi decembra 2008. Ti kazalci bodo s področja socialne varnosti, izobraževanja (vseživljenjsko učenje in družba znanja), zdravje (promocija zdravja kot elementa socialne in zdravstvene politike), stanovanja in soseske, skrbi za ostarele. Poleg tega bodo spremljali vlogo neprofitnih organizacij kot akterja kakovosti življenja, nove razvojne dileme pri oblikovanju, izvajanju in spremljanju sektorskih politik na področju kakovosti življenja... (istworld 2004)

Najina raziskava se osredotoča na subjektivni vidik kakovosti življenja oseb z motnjami v duševnem zdravju, vključenih v program zaposlitvene rehabilitacije.

1.2 SOCIALNA IZKLJUČENOST

1.2.1 Opredelitev pojma

Socialna izključenost pomeni enega novejših konceptov v okviru analiziranja socialne politike in njenih učinkov v družbi ter se primarno veže na koncept državljanstva in socialnih pravic posameznika. Razume se kot institucionalen problem oz. problem pomanjkljive ali neustrezno socialno – politične regulacije in je znak nepopolnega zagotavljanja oz. neuresničevanja socialnih pravic. (Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve 2000: 12)

Socialna izključenost v najširšem smislu pomeni procese in stanja izključevanja posameznikov in/ali skupin iz priložnosti, ugodnosti in pravic (političnih, ekonomskih in socialnih), ki so sicer na razpolago v sodobnih družbah. Običajno z njo označujemo kombinacijo finančnih oviranosti (odtegnitev v gmotnem smislu), socialne izolacije in nizke ravni participacije v družbenih procesih (Svetlik in drugi 2002: 497).

Pierson (v Zrim Martinjak 2006) je oblikoval razširjeno definicijo, ki pravi, da je socialna izključenost proces, ki posameznike prikrajšuje za sredstva, potrebna za sodelovanje pri družbenih, ekonomskih in političnih dejavnostih družbe. Ta proces je predvsem posledica revščine in nizkih dohodkov, vendar nanj vpliva še diskriminacija, nizka izobrazba in slabe življenjske razmere. Tako so ljudje, za dolgo obdobje, odrezani od ustanov in storitev, družbenih mrež in priložnosti za razvoj.

Termin socialna izključenost naj bi izhajal iz francoske socialne politike 80-tih let. Ta koncept je tesno povezan s konceptom revščine, ki pa izvira iz anglosaksonske tradicije. Razlika med konceptoma naj bi bila v tem, da liberalni model države (anglosaksonska tradicija) vidi družbo kot fragmentirano, sestavljeno iz posameznikov, ki med seboj tekmujejo, država pa naj bi skrbela za minimalni življenjski standard vsakega posameznika. Nasprotno pa korporativistični model režima blaginje, iz katerega izhaja koncept socialne izključenosti, temelji na konceptu družbe kot sestavljene iz skupin, ki imajo recipročne pravice in dolžnosti. Socialna izključenost se tako ne ukvarja le z monetarnim aspektom, ampak tudi z vključenostjo ljudi v socialni in monetarni red (Cameron, Davoudi v Filipović 2005: 168).

Socialna izključenost je relativno novo poimenovanje, na kar kaže pomanjkanje ustreznih razlag v literaturi, vendar je razlagalna moč koncepta tolikšna, da se je v kratkem času dodobra uveljavil v razmišljanju in govoru teoretikov in praktikov. Tako lahko najdemo znotraj držav Evropske skupnosti več dokumentov ter analiz revščine in socialne izključenosti v posameznih državah članicah, kot tudi osrednje dokumente EU.

Socialna izključenost je proces, v katerem posamezniki ali gospodinjstva doživljajo resno deprivacijo pri različnih pomembnih virih (običajno večih hkrati) in/ali na področju socialnih vezi s širšo skupnostjo oz. družbo (Johnson 2000). Gre za slabo vpetost v družbeno življenje, v priložnosti in možnosti, ki so sicer v družbi splošno na voljo.

Proces socialne izključenosti običajno sproži kombinacija različnih dejavnikov (subjektivnih in objektivnih) in okoliščin, na primer (Trbanc in drugi 2003: 5):

- že obstoječe deprivacije, ki jih posamezniki ali gospodinjstva doživljajo dalj časa (na primer, nizki dohodki, brezposelnost, opravljanje občasnih, slabo plačanih del; različne oviranosti, ipd.);
- nizek osebni socialni kapital posameznikov ali gospodinjstev oziroma nezmožnost uporabiti svoj socialni kapital (na primer, nizka izobrazba, brez kvalifikacij, slaba funkcionalna pismenost, težave pri komuniciranju, malo socialnih stikov ali zelo omejeni stiki, nezmožnost poiskati informacije o različnih razpoložljivih možnostih, priložnostih in pravicah...);
- neugodna objektivna situacija, kot je, na primer, v pogojih zaostrenih gospodarskih razmer in razmer na trgu delovne sile, malo razpoložljivih zaposlitev, restriktiven ali neučinkovit socialni sistem, visoka regionalna koncentracija brezposelnosti, težko dostopno ali drago izobraževanje in podobno;
- slaba vpetost v socialna omrežja in/ali nizka podpora socialnih omrežij (družine, sorodnikov, prijateljev, sosedov).

1.2.2 Razlika med revščino in socialno izključenostjo

Revščina pomeni pomanjkanje dobrin posameznikov in družin, da bi si zagotovili družbeno sprejemljivo življenjsko raven. Dolgotrajno materialno pomanjkanje povzroča, da so revni ljudje izključeni iz družbenega dogajanja in postanejo socialno, kulturno in politično marginalizirani, povzroča torej njihovo socialno izključenost. Pojem socialne izključenosti je širši od pojma revščine, saj predstavlja pomanjkanje na materialni in nematerialni ravni. V evropski socialni politiki se pojma revščina in socialna izključenost uporabljata sočasno.

Revščino lahko definiramo kot koncept, ki izhaja iz nizkih prihodkov ali iz nezadostnih razpoložljivih dohodkov (kar se odraža v potrošniških navadah ljudi ali v splošni blaginji). Revščino vidimo kot statični položaj, v katerem je dohodek indikator

pomanjkanja. Potrebno je poudariti, da je revščina specifična oblika socialne izključenosti, ni pa nujno, da socialna izključenost rezultira v revščini. (Finland 1998).

Najpogostejše navajani razlogi za revščino so (Novak 1994: 18):

- izguba dela,
- pomanjkanje ustreznih ukrepov države blaginje, predvsem v obliki socialne pomoči in delavskega zavarovanja, v katerega bi bili vključeni nezaposleni,
- gospodarske, politične, rasistične, seksistične in druge oblike neenakosti, ki preprečujejo, da bi se podpora splošnega mnenja revnim izboljšala.

Finska v enem izmed svojih poročil EU (Halla in Heikkila 1998) pravi, da je socialna izključenost za razliko od revščine multidimenzionalna. Je izid bolj kompleksnega procesa, kot pa je to primer v situaciji čiste prihodkovne revščine. Bolj jasno jo lahko razumemo iz vidika družbene strukture kot fenomen, v katerem eden ali več naslednjih podsistemov deluje neustrezno:

- politika oz. demokratični sistem distribucije moči,
- ekonomski sistem oz. trg delovne sile kot inštrument ekonomske integracije,
- socialni sistem oz. način, kako država blaginje spodbuja/podpira socialno integracijo ter
- družinski in podporni sistem.

Raziskovalci EU so izbrali te štiri sisteme, ker naj bi zagotavljali polno državljanstvo in skozi katere se ponavadi udejanja posameznikovo članstvo v skupnosti ali družbi. Če poenostavimo, bi lahko osnovne dimenzije izključenosti definirali kot:

- potrošništvo (revščina kot izključenost iz porabe)
- produkcija (nezaposlenost kot element izključenosti) in
- socialna kohezija/povezanost (izključenost iz osnovnih človeških odnosov, brez družine, izolacija,...)

Katherine Duffy razliko med revščino in socialno izključenostjo opredeli kot razliko med neustreznimi ali neenakimi materialnimi resursi in neustrezno ali neenako participacijo v javnem življenju. (Duffy 1998)

Torej, po razlagi nekaterih avtorjev se revščina nanaša na izključenost od denarja in servisov, socialna izključenost pa presega samo izključenost iz porabniške družbe in zajema izključenost iz mesta v družbi. Vendar pa je na tem mestu treba opozoriti, da revščina ni nujno vedno obravnavana le v ozkem monetarnem smislu. Tako opozarja Novakova, da je že Townsend razvil koncept deprivacije na mikro ravni, ki je lahko tako materialna kot tudi delovna ali socialna (Novak v Filipović 2005: 168)

1.2.3 Socialna vključenost vs. socialna kohezija

Filipovičeva se v svojem znanstvenem članku »Analiza koncepta družbena kohezija skozi prizmo ločitve vsakdanjega sveta in sistema« loti tudi analize razmerja koncepta socialne kohezije² in koncepta socialne vključenosti.

Koncept socialne kohezije se izrazito povezuje s konceptom socialne vključenosti. To je razvidno v političnem diskurzu, kjer se v nekaterih primerih koncepta uporabljata kot sopomenska. Do nasprotij prihaja tako na ravni systemskega razumevanja (kadar se v razumevanje socialne kohezije vključi systemski nivo, saj se socialna vključenost razume predvsem znotraj sistemov), deloma pa tudi na nivoju vsakdanjega sveta.

Socialna kohezija je kot termin v zadnjem obdobju precej bolj pogosto uporabljan, še posebno v diskurzu politik, tako na evropski ravni, kot tudi na nacionalni ravni posameznih držav (tudi v slovenskem političnem diskurzu). Poleg tega pridobiva na pozornosti tudi v znanstvenem diskurzu, saj se ravno v zadnjem obdobju mnogi akademiki in znanstveniki ukvarjajo in uporabljajo ta koncept pri opisovanju realnosti. (Filipović 2005: 160)

² Avtorica v svojem članku zagovarja termin »družbena kohezija«, v tej nalogi pa bova zaradi dosedanje uporabe in široke sprejetosti termina »socialna kohezija« v slovenskem ter evropskem tako političnem kot znanstvenem prostoru uporabljali slednjega z vedenjem, da »social« pomeni »družben« in ne »socialen«.

1.2.3.1 Razumevanje socialne kohezije

Različni teoretiki koncept socialne kohezije različno razumejo. Tako glede na vsebino kot skozi čas svojega delovanja. Modernejša pojmovanja koncept socialne kohezije zelo razširijo, kar povzroča nepreglednost področja sorodnih konceptov (socialna vključenost, socialna integracija).

Za vsebinske razlike Filipovičeva meni, da lahko zajamejo dve ravni razumevanja, ki bi ju lahko privzeli po Habermasovi ločitvi med življenjskim svetom in sistemom³. Tako predvsem starejši avtorji (Schutz, Durkheim, Lockwood, Münch, Parsons, Castells, Snow) v svojih obravnavah socialne kohezije slednjo opazujejo na nivoju vsakdanjega življenja ljudi, na nivoju Habermasovega življenjskega sveta⁴, medtem ko novejšje teorije (avtorjev Forresta in Kearnsa, Becka, Phillipsa in Bermana, Novakove, Evropskega odbora za socialno kohezijo) koncept razširijo, ter vanj vključijo tudi sisteme oz. znotraj njih koncept preide iz opazovanja povezanosti med posamezniki v opazovanje sistemov, tj. v opazovanje povezanosti med posameznikom in določenim družbenim sistemom, ali pa celo povezanosti med posameznimi družbenimi sistemi. Gre torej za precejšnje razlikovanje v pomenu socialne kohezije med tema dvema razumevanjima oz. pristopoma, ki bi ju imenovali pristop na ravni vsakdanjega sveta, ter sistemski pristop. Znotraj ravni vsakdanjega sveta je socialna kohezija obravnavana predvsem kot solidarnost, družbene vezi, oz. socialna omrežja. Nasprotno pa teorije znotraj bolj systemske makro ravni razumejo koncept široko in povezujejo socialno kohezijo tudi s pojmi kot so državljanstvo, socialna vključenost, »politična« enakost, država blaginje... Nekatere teorije nihajo med tema dvema opredelitvama. (Filipović 2005: 161–166)

³ Habermas opisuje razvoj družbe skozi diferenciacijo na dveh nivojih: sistem in življenjski svet se diferencirata, pri čemer kompleksnost prvega in racionalnost drugega raste, hkrati pa se diferencirata tudi drug od drugega. (Habermas v Filipović 2005: 163)

⁴ Habermas razume kot glavne komponente življenjskega sveta kulturo, družbo in posameznika. Koncept življenjskega sveta torej vključuje kulturno reprodukcijo (nadaljevanje tradicije, koherentnosti, racionalnosti vedenja), socialno integracijo (stabilizacija skupinskih identitet, solidarnost) in socializacijo (prenos splošnih kompetenc za akcijo, harmonizacija individualnih biografij). Pri tem se simbolne strukture življenjskega sveta reproducirajo skozi kontinuirano potrjenega znanja, stabilizacijo skupinske solidarnosti in socializacijo odgovornih akterjev. (Habermas v Filipović 2005: 162)

1.2.3.1.1 Razumevanje socialne kohezije v »evropski perspektivi«

Samo razumevanje socialne kohezije v Evropi pa morda najboljše ponazarja revidirana Strategija za socialno kohezijo, ki jo je 2003 sprejel Evropski odbor za družbeno kohezijo (ustanovljen konec leta 1998). Slednji deluje znotraj Sveta Evrope. Ta pristop spada med najbolj sistemsko usmerjena razumevanja socialne kohezije. Socialna kohezija, kakor jo razume Svet Evrope, je zmožnost družbe, da zagotavlja blaginjo vsem svojim članom, zmanjšuje razlike in preprečuje polarizacijo. Kohezivna družba je skupnost svobodnih posameznikov, ki se medsebojno podpirajo in navedene skupne cilje uresničujejo z demokratičnimi sredstvi. (Svet Evrope 2004: 1)

Nobena družba ni povsem kohezivna. Socialna kohezija je prej ideal, h kateremu se stremi, kakor pa cilj, ki bi ga bilo mogoče v celoti doseči. Nenehno jo je treba negovati, izboljševati in prilagajati. Vsaka generacija mora na novo najti obvladljivo ravnotežje sil. To je nenehno spreminjajoče se ravnotežje, ki se mora prilagajati spremembam družbenega in gospodarskega okolja, tehnologije ter nacionalnih in mednarodnih političnih sistemov. (Svet Evrope 2004: 1)

Pri socialni koheziji ne gre le za boj proti socialni izključenosti in revščini. Gre tudi za ustvarjanje solidarnosti v družbi, tako da se bo izključenost zmanjšala na minimum. Istočasno pa obstaja potreba, v kolikor revščina in izključevanje obstajata, izvajati posebne ukrepe za pomoč ranljivim članom družbe. Strategija socialne kohezije se mora potemtakem z izključenostjo spoprijemati tako s preventivnimi kakor s kurativnimi sredstvi. (Svet Evrope 2004: 1)

Evropski odbor za socialno kohezijo (CDCS) meni, da je ključ za odpravo revščine in socialne izključenosti zagotovitev dejanskega dostopa do temeljnih socialnih pravic, zlasti socialne zaščite, zaposlitve, stanovanja, zdravja in izobrazbe. Vse prepogosto imajo pri uživanju teh pravic največ težav prav tisti, ki jih najbolj potrebujejo. Obsežen delovni program na dostopnosti socialnih pravic je pripeljal do sprejetja političnih smernic o dostopnosti socialne zaščite, zaposlitve in stanovanja, celovitega poročila o dostopnosti

socialnih pravic in priporočila Odbora ministrov. CDCS meni, da je to delo osrednji del njegovega programa. (Svet Evrope 2004: 9)

Če se vrnemo nazaj na pojmovanje socialne kohezije skozi evropski /politični pristop, gre za izrazito sistemsko razumevanje družbene kohezije. Sistemski je tako tudi nivo, na katerem naj bi se socialna kohezija zagotavljala oz. promovirala. Glavni instrument naj bi bil utrjevanje sistema socialne varnosti. Drugi promotorji oz. pomembni faktorji socialne kohezije pa naj bi bili še družina, različna civilna telesa, cerkev, politične stranke, sindikati,...

Zaključimo lahko, da se v Evropi družbena kohezija nanaša izrazito na sistemski vidik, saj poudarja krepitev različnih sistemov, ki naj bi pripomogli k večanju družbene kohezije in je hkrati uporabljena predvsem v kontekstu reševanja problemov socialne izključenosti. Na tem nivoju koncept ni jasno razmejen od koncepta socialne izključenosti. (Filipović 2005: 168)

1.2.4 Delovna vključenost

1.2.4.1 Opredelitev dela in njegovega pomena za posameznika in družbo

Delo je ključni sociološki pojem in eden najbolj središčnih vidikov človeškega življenja. Koncept dela je družbeno konstruiran in zaradi tega spremenljiv. (Kanjuo Mrčela 2002)

Delo v moderni industrijski družbi 20. stoletja je koncipirano kot plačana zaposlitev v javni sferi. Vendar pa se zaradi načina delitve dela v moderni industrijski družbi razumevanje dela posameznika, ki je »pojmovno kot sopomenka pojmov službe (zaposlitve) in poklica/profesije« na začetku tretjega tisočletja (spet) vse pomembneje spreminja. (Kanjuo Mrčela 2002) Ljudje se večinoma zaposlujejo v storitvenem in vse manj v industrijskem sektorju, povečuje se zaposlenost žensk, povečuje se vpliv informacijsko-komunikacijske tehnologije na organizacijo in način opravljanja dela, spreminjajo pa se tudi načini zaposlovanja. Priča smo čedalje feksibilnejšim oblikam zaposlovanja.

Prav zaradi sprememb prihaja do tj. rekonceptualizacije dela. V znanstvenem diskurzu je mogoče zaslediti dve popolnoma nasprotujoči si stališči »o stališčih do dela in oceni centralnosti dela v življenjih ljudi«. Nekateri avtorji menijo, da je zaradi vse manj stabilnih razmer, velike brezposelnosti, potrebe po pogostem menjavanju delovnih mest in poklicev, uvajanja netipičnih oblik zaposlovanja (delo za nedoločen čas, krajši delovni čas, delo na domu,...) delo prenehalo biti pomembno središče človekove identitete. Drugi del avtorjev (Giddens, Grint, Bradley in drugi v Kanjuo Mrčela 2002) meni, da za večino ljudi kljub temu, da sta se deloma spremenili vsebina in način dela, »delo ostaja centralna dejavnost in vir identitete«. (Kanjuo Mrčela 2002)

Kot povzame Kanjuo Mrčela je resnica nekje vmes: med kontinuiteto in spreminjanjem. Nova konceptualizacija dela je vezana na širše spremembe v družbi. Stvar preteklosti so nekoč običajne predpostavke o zaposlitvi za celo življenje, razvoju življenjske kariere in tem, da je delo dominantna moška dejavnost (Ransome v Kanjuo Mrčela 2002) Od modernega človeka se pričakuje hitra odzivnost in sprejemanje novih načinov dela in življenja, katere ustvarja proces globalizacije, feminizacije in fleksibilizacije dela.

Delo posamezniku ne pomeni samo vir dohodka, ampak je pomembno zaradi številnih funkcij, ki jim služi. Vključuje ga v delovno in bivalno okolje, določa mu družbene vloge in položaj v družbeni strukturi ter mu predstavlja pomembno možnost za družbeno napredovanje. (Kraševac Ravnik 1996: 61)

Delo je človekova prva potreba, vendar kot generično bistvo razume Marx le svobodno, ustvarjalno delo, v katerem se človek uresničuje kot aktivni subjekt. Takšno delo je le (Marx v Kavčič 1987: 43):

- če ga človek opravlja zavestno in hote,
- če mu omogoča uresničevanje njegovih sposobnosti,
- če ima družbeno naravo,
- če ne služi zgolj kot sredstvo za preživljanje.

Bolj kot človek kulturno napreduje, bolj raste z njim tudi smisel za vrednost osebnosti in s tem bolj doživlja delo kot osebno vrednoto. Delo je ena izmed najuspešnejših pobud za krepitev volje človeka, za premagovanje neurejenih strastnih nagonov, življenjskega pesimizma in družbi škodljive sebičnosti. Je vir moralnih kreposti in etičnega dviga človeške osebnosti. (Trstenjak 1979: 148-149)

Plačana zaposlitev ponuja človeku stalno plačo, status in iz dela izhajajoč celo vrsto socialnih in delovnopравnih pravic. Na drugi strani pa posega v identiteto posameznika, saj mu nudi poklicni identifikacijo, zadovoljuje potrebe po uveljavljanju, delovni iniciativnosti in celostnem napredku. Delo je osrednja točka v industrijskih družbah ne samo zato, ker ustvarja dobrine, ki omogočajo preživetje, temveč tudi kreira določene oblike socialnih odnosov in zvez. (Braček 2004)

Za Slovence je značilno nizko vrednotenje kakovosti življenja, delu pa pripisujemo izjemen pomen: ni pomembno le »imeti« delo, pač pa delo predstavlja pomembno področje osebnega zadovoljstva in izpolnitve potencialov. Ta močna identifikacija ima pomembne implikacije tako na osebni kot na družbeni ravni. Izguba zaposlitve ima v takšni percepciji mnogo večji stresni učinek za posameznika, kot bi ga sicer imela drugje. Na družbeni ravni pa pomeni visoka stopnja brezposelnosti hkrati izločitev tega deleža človeškega potenciala iz ustvarjanja in razvoja. Ustvarjalnost je namreč dialog med posameznikom in socialnim okoljem, ki služi boljši kvaliteti ter drugačnim merilom, kot jih določata gospodarska uspešnost in politični sistem. Zniževanje stopnje brezposelnosti ni le stvar aktivne politike zaposlovanja, temveč je osnovni pogoj za boljšo kvaliteto življenja ljudi. (Hanžek 2000: 24)

Vztrajno visoka stopnja brezposelnosti v Evropi v devetdesetih letih je uvrstila zagotavljanje ravni zaposlenosti med pomembnejše družbeno-ekonomske cilje EU. Z Amsterdamsko pogodbo je spodbujanje zaposlovanja postalo stvar skupne skrbi in koordinacije. Cilj – visoka raven zaposlenosti – pa naj bi bil upoštevan pri oblikovanju in uresničevanju vseh politik in aktivnosti v EU. V skladu z Amsterdamsko pogodbo so vse članice dolžne pripraviti dolgoročne strategije zaposlovanja, letne akcijske načrte za

zmanjševanje brezposelnosti in letne preglede dogajanj na trgu dela. V letu 1997 so bile prvič oblikovane skupne usmeritve politike zaposlovanja EU, ki določajo štiri osnovne stebre:

1. povečanje zaposljivosti prebivalstva
2. pospeševanje podjetništva in podjetniške miselnosti
3. pospeševanje in spodbujanje prilagodljivosti posameznikov in podjetij
4. izenačevanje možnosti zaposlovanja moških, žensk in ranljivih skupin.

Evropska komisija je decembra 2006 sprejela drugo poročilo o izvajanju reform za uresničevanje ciljev lizbonske strategije, na podlagi katerih je spomladanski Evropski svet 2007 sprejel nadaljnje usmeritve v zvezi z Lizbonsko strategijo, od katerih so na obravnavanem področju točke 4 zgoraj najpomembnejše zaveze: zaveza za spodbujanje zaposlovanja, izboljšanje življenjskih razmer in delovnih pogojev, borba proti revščini in socialnemu izključevanju, zlasti proti revščini otrok. Več pozornosti bi bilo treba nameniti aktivnemu vključevanju (zagotovitvi ustrezne ravni minimalnega dohodka za vse), kar pa bi bilo treba uravnotežiti z načelom, da se mora delo finančno izplačati... Države članice bodo še naprej razvijale politike za spodbujanje enakih možnosti moških in žensk, vloge mladih – vključno s preходом iz šolskega v delovno življenje – ter dejavne vključenosti starejših in nizko kvalificiranih delavcev v gospodarstvo in trg delovne sile; njihov cilj je izkoristiti celotno zmogljivost teh skupin za prispevanje h gospodarskemu in socialnemu razvoju družbe. (Svet Evropske unije 2007)

1.2.4.2 Delovno vključevanje ranljivih skupin

Najboljše varovalo pred socialno izključenostjo je zaposlitev; »delo je najboljši zdravnik, kar nam jih je dala narava, in je za srečo človeka odločilnega pomena...« (Claudius Gallen, 172 n.st.).

Pravica do dela je temeljna človekova pravica in ključni element družbene participacije. Dostopnost zaposlitve za vse in podpiranje dostojnih zaposlitev sta pomembna dejavnika boja proti revščini in izključenosti. Poleg tega skušajo sistemi socialne zaščite poleg svoje tradicionalne vloge nadomeščanja dohodka pomagati čim več ljudem, da se

premaknejo iz položaja pasivne blaginjske odvisnosti k aktivni udeležbi v gospodarstvu. V gospodarstvu, ki temelji na znanju, so človeški viri eno bistvenih področij naložb v prihodnjo gospodarsko rast. Ni pa mogoče šteti, da zaporedje negotovih kratkotrajnih zaposlitev vodi v socialno kohezijo, če ima za posledico socialno izključenost (Svet Evrope 2004: 6).

Med prednostnimi nalogami Evropskega odbora za socialno kohezijo (CDCS) v naslednjih letih je tudi zaposlovanje, kjer se bo nadaljevalo delo na spodbujanju dostopnosti zaposlovanja in izboljševanju dela javnih služb za zaposlovanje, kakovosti zaposlitve in sodelovanja s socialnimi partnerji kot ene ključnih metod za preprečevanja in boja proti izključenosti. Prav tako se bo CDCS zavzemal, da se bo slišal glas izključenih: nevladne organizacije, ki delajo neposredno z ljudmi, ki so revni in izključeni, so pokazale, kako lahko glas tistih, ki nimajo moči, v procesu oblikovanja politik prispeva dragocene ideje. CDCS bo iskal poti, kako to doseči v okviru lastnega dela in kako olajšati participacijo državljanov na splošno. (Svet Evrope 2004: 11-12)

Jahoda v svoji teoriji deprivacije razlaga, da je najpomembnejša funkcija zaposlitve zaslužek oz. materialni dohodek, ki ga posameznik potrebuje za življenje, za zagotovitev socialne varnosti. Poleg te ima zaposlitev še druge, latentne funkcije: določa nam dnevno strukturo časa in omogoča določeno raven aktivnosti, kjer posameznik porablja energijo in ustvarja pogoje za razvoj spretnosti in odgovornosti. Ker je brezposelnim običajno odvzeta ta funkcija zaposlitve, le-ti potrebujejo konstantno stimulacijo za ohranjanje aktivnosti. Zaposlitev nudi socialne stike izven družine, kar pomaga pri preprečevanju socialne izključenosti. Ko posameznik ostane brez zaposlitve, izgubi tudi stike s prijatelji in sodelavci, s tem pa tudi podporo v obdobju, ko jo najbolj potrebuje. Zaposleni ljudje imajo možnost povezovanja osebnih in kolektivnih ciljev, možnost izkušnje ustvarjalnosti in koristnosti. Posameznik brez zaposlitve se počuti nekoristnega, nima pa tudi možnosti ustvarjalnega dela, s tem pa izgublja svojo osrednjo vlogo človeka. Z brezposelnostjo se pojavi zmanjšan občutek samospoštovanja zaradi strahu pred izgubo identitete in izgubo osebnega statusa ob izgubi zaposlitve. (Jahoda v Lewis in drugi 1995)

Nekateri drugi avtorji (Herzberg, Mousner in Snyderman, Vroom, Maslow 1970 v Lewis in drugi 1995) pa opozarjajo še na drugi vidik prikrajšanosti brezposelnih oseb, ki izhaja iz zadovoljstva pri delu. Zadovoljstvo, ki izhaja iz zaposlitve, je pomemben del splošnega življenjskega zadovoljstva. Brezposelni te izkušnje nimajo, zato je njihovo splošno zadovoljstvo z življenjem manjše. Ta ugotovitev je tudi rezultat najine raziskave.

Herzberg, Mousner in Snyderman navajajo naslednje faktorje zadovoljstva pri delu: raznolikost spretnosti (uporaba različnih spretnosti in nadarjenosti posameznika), celostnost opravila (posamezniku je omogočena izvedba delovnega postopka od začetka do konca, kar omogoča prikaz vidnega rezultata), pomen naloge (posameznik opravlja delo, ki ima v organizaciji ali okolju pomemben vpliv), samostojnost (stopnja posameznikove samostojnosti pri delu) in povratna informacija (možnost povratne informacije o uspešnosti in učinkovitosti opravljenega dela). (Lewis in drugi 1995)

Nenazadnje zaposlitev daje tudi možnost za uspeh, odgovornost, priznanje, napredovanje, osebno rast in tudi za to so nezaposleni prikrajšani. (Hulin in Blood, Landy v Lewis in drugi 1995)

1.3 POTREBE

1.3.1 Klasifikacija potreb

Vsaka akcija, ki jo posameznik začne, je spodbujena od ene ali večih potreb, ki usmerjajo njegovo aktivnost k želenemu cilju – sredstvu za zadovoljitev potreb oziroma k njegovemu individualnemu cilju. Sklepamo lahko, da potrebujemo za akcijo oziroma delovanje človeka najprej potrebo. Potreba je močan notranji občutek nečesa v organizmu (Lipičnik 1998: 415).

Vsak posameznik ima neko potrebo, ponavadi pa jo opazi šele takrat, ko občuti, da ni zadovoljena. Nezadovoljena potreba povzroči v človeku napetost, željo, potrebo po

delovanju za zadovoljitev potrebe. Motivacija je usmerjanje človekove aktivnosti k želenim ciljem s pomočjo njegovih nezadovoljenih potreb.

Strokovnjaki navajajo različne klasifikacije potreb. Najenostavnejša razdelitev vseh potreb je na primarne (osnovne, fiziološke) ter na sekundarne potrebe, ki so odvisne od posameznikove osebnosti, njegove psihe in družbenega okolja v katerem človek živi in kamor spadajo tudi navade in kultura (Rozman 1993: 237).

Haire je razvrstil potrebe v tri skupine: *fizične potrebe* – te so podobne primarnim potrebam; *družabne potrebe* – potrebe po druženju z drugimi ljudmi, po izmenjevanju mnenj in čustev z drugimi; ter *egoistične potrebe*, ki neposredno izhajajo iz človekove osebnosti, takšna naj bi bila tudi potreba po dominaciji (Lipovec 1987: 111).

Likert ni klasificiral potreb, temveč motive, ki jih je razvrstil v: *ekonomske motive*; *egoistične motive*, med katere po njegovem mnenju spada tudi želja po napredovanju in po pomembnih dosežkih, pa tudi želja po ugledu, priznanju in položaju v družbi; *varnostne motive* in *želje po novih izkušnjah ter po ustvarjalnosti*. (Možina 1994: 169).

Maier navaja naslednje zvrsti potreb: *prirojene ali naravne potrebe*, ki niso odvisne od preteklih izkušenj; *pridobljene potrebe*, ki so odvisne od preteklih izkušenj posameznika; *družabne potrebe*, med katere spadajo potrebe po druženju in pripadnosti, potrebe po družbenem položaju, po ugledu, spoštovanju in občudovanju, pa tudi take potrebe, ki se izražajo v ponosu in podobno; *potrebe po uspešnem delovanju v tekmovanju*. V zvezi s pridobljenimi potrebami je avtor prišel do pomembnih ugotovitev. Ugotovil je namreč, da bodo ljudje, katerih izkušnje se najbolj razlikujejo, imeli tudi najbolj različne potrebe. Posledica tega bo, da bodo takšni ljudje med seboj najmanj razumeli drug drugega in tudi med seboj najmanj komunicirali. (Lipovec 1987: 112)

Po Lipičniku (1998: 157) poznamo naslednjo klasifikacijo potreb:

Primarne biološke potrebe: potrebe po snoveh (voda, hrana); potrebe po izločanju; potrebe po fizični celovitosti; potrebe po spanju, počitku ter seksualne potrebe. Primarne

potrebe jim pravimo zato, ker le-te vodijo človeka do takšnih ciljev, ki človeku omogočajo preživetje. Te potrebe so v vsakem človeku in jih preprosto mora zadovoljevati, torej so podedovane in univerzalne, torej takšne, ki jih srečujemo pri vseh ljudeh.

Primarne socialne potrebe: potrebe po uveljavljanju; potrebe po družbi; potrebe po spremembi; potrebe po simpatiji; potrebe po socialnem konformizmu. Po Lipičniku so te potrebe še vedno primarne, kar pomeni, da je njihovo zadovoljevanje nujno, sicer lahko pride do usodnih motenj v človekovem življenju v družbi (občutki manjvrednosti, osamljenosti, enoličnosti, občutki zavrženosti). Primarne socialne potrebe so v glavnem pridobljene in se jih je človek navzel iz okolja, lahko da že v svoji rani mladosti. Glede na razširjenost med ljudmi pa jih uvrščamo med regionalne. Regionalnost se kaže v tem, da so v različnih krajih drugačne. Na to vpliva kultura, običaji, navade nekega kraja oz. prostora.

Človekovo vedenje: interesi; stališča; navade. Ti motivi imajo lastnost sekundarnosti, kajti, če niso zadovoljeni, ne ogrožajo človekovega življenja. Ob izpolnitvi le-teh mu povzročajo zadovoljstvo. Hkrati so ti motivi individualni in pridobljeni. Večinoma jih narekuje okolje, v katerem človek živi in deluje in se nanašajo na socialni del človekovega življenja.

Maslowa lestvica potreb se sestoji iz *fizioloških potreb* nato sledijo *potrebe po varnosti, potrebe po pripadnosti in ljubezni,; potrebe po ugledu in samospoštovanju*, čisto na vrhu Maslowove piramide pa je avtor postavil *potrebo človeka po samopotrjevanju ali samoaktualizaciji*. (Robertson 1994: 20) Več o Maslowi piramidi potreb v nadaljevanju.

Z vsako klasifikacijo potreb lahko dobimo pogled v motivacijsko strukturo z različnih vidikov in ravno tu je razlog, da je vsaka klasifikacija potreb uporabna za drugačne analitske namene. Zato nikakor ne more obstajati neka univerzalna klasifikacija potreb, ki bi ustrezala vsem namenom pri analizi neke organizacije. Od vseh zgoraj naštetih klasifikacij potreb je Maslowova najbolj izpopolnjena in v praksi ter teoriji najpogostejše uporabljena in navajana. Prej navedene klasifikacije zlahka porazdelimo v njej.

Potrebe predstavljajo začetek mehanizma motiviranja. Potrebi sledi delovanje v smeri zadovoljitve potrebe oz. cilju. Lipičnik (v Možina in drugi 1994b: 517) pravi, da je motivacija tisto, zaradi česar ljudje ob določenih sposobnostih in znanju delajo. Brez motivacije človek ne more storiti nobene aktivnosti, ne more zadovoljiti svojih potreb. Posebej je pomembna motivacija za delo, ki posamezniku pomaga uresničiti svoje cilje in cilje organizacije, v kateri je zaposlen.

Motivacija posameznika ni odvisna samo od družbe, temveč je tudi družbeno pogojena (Rozman 1993: 236). Namreč, blaginja v družbi in razmerja med skupinami in med posameznimi ljudmi določajo, kakšne bodo potrebe posameznika in kakšen bo način njihove zadovoljitve. Ljudje sicer lahko imajo neomejene potrebe, toda pri uresničevanju svojih ciljev se bodo srečevali z drugimi ljudmi. Pri tem se bodo medsebojno omejevali v delovanju, kar bo hkrati pomenilo tudi omejevanje drug drugega pri možnosti za uresničitev ciljev (Lipovec 1987: 110). Iz tega sledi, da bodo tudi cilji posameznikov v vsaki družbi na nek način omejeni in s tem opredeljeni z družbene strani. Celota vseh ciljev posameznika predstavlja njegovo korist ali njegove interese. Interesi ljudi, njihovi cilji ter potrebe pa niso določeni in omejeni samo družbeno, temveč so odvisni tudi od posameznikove percepcije glede možnosti in različnih poti za zadovoljitev svojih potreb; torej lahko rečemo, da so odvisni tudi od njegovega znanja. Zaradi tega so cilji in potrebe ljudi lahko zelo različni, čeprav so na nek način družbeno določeni in omejeni.

1.3.2 Motivacijske teorije

Dogajanja v času motivacije pojasnjujejo številne teorije. Po Daftu (Daft in Marcic 2001: 411-413) jih lahko razdelimo v tri skupine in sicer ločimo skupino teorij vsebine (usmerjene na potrebe), skupino teorij procesov in skupino teorij okrepitve. Teorije, usmerjene na potrebe, dajejo poudarek človekovim potrebam in prispevajo vpogled v potrebe ljudi v organizacijah z namenom, da bi managerji razumeli, kako te potrebe na delovnem mestu zadovoljiti. Teorije procesov zanimajo miselni procesi, ki usmerjajo obnašanje. Poudarek teh teorij je na načinu, kako ljudje iščejo nagrade v delovnem okolju. Teorije okrepitev pa dajejo poudarek na načinu, kako se delavci učijo ustreznega

obnašanja na delovnem mestu. Za namen magistrske naloge se osredotočava na prvo skupino, skupino teorij vsebine, saj dajeva poudarek na potrebe posameznikov.

V okviru prve skupine, teorije vsebine, ki jo sestavljajo teorije, ki temeljijo na potrebah, se bova osredotočili predvsem na Maslowo piramido potreb, Herzbergovo dvofaktorsko teorijo in McClellandovo teorijo pridobljenih potreb.

1.3.2.1 Teorija človeške motivacije

Avtor te teorije, Abraham Maslow razlikuje pet sklopov potreb, ki sestavljajo hierarhijo. Navaja princip, ki deluje znotraj hierarhije potreb. Ta omogoča prehode od nižjega k višjemu, ko je nižji sklop potreb relativno zadovoljen.

Po Maslowu imamo ljudje hierarhijo potreb, ki se razteza od nižjih potreb po preživetju in varnosti, do višjih potreb po samouresničevanju oz. samoaktualizaciji. Zadovoljitev nižjih potreb je pogoj, da se pojavijo višje, da človek realizira osebni potencial, aktivira svoje naravne danosti in jih uporabi. Tako zadovolji potrebo po samouresničevanju, ki je vrhunec motivacije, želje in naprezanja, da »mora človek postati to, kar je lahko.« (Woolkfolk 2002: 165-166).

Maslow je razdelil potrebe v dve skupini: potrebe pomanjkanja in potrebe po rasti oz. potrebe bivanja. Potrebe pomanjkanja so potrebe nižjega nivoja, med katere prišteva: fiziološke potrebe, potrebe po varnosti, potrebe po sprejetosti (pripadnosti) in ljubezni ter potrebe po samospoštovanju in spoštovanju drugih. Med potrebe rasti oz. potrebe višjega nivoja pa prišteva: potrebe po spoznavanju, estetske potrebe in potrebe po samouresničevanju. Motivacija za uresničevanje nižjih potreb upade, ko so te zadovoljene, za potrebe rasti pa je značilna progresivnost. To pomeni, da motivacija osebe ne upada, ko so te potrebe zadovoljene, temveč se poveča v iskanju nove zadovoljitve. Potrebe pomanjkanja lahko zadovoljimo, potreb bivanja pa nikoli ne moremo zadovoljiti v celoti. Motivacija za njihovo zadovoljevanje se nenehno obnavlja, saj je notranje podkrepljena. (Woolkfolk 2002: 317-383)

Motivacijska teorija Maslowa je koristen pripomoček pri proučevanju motivacijskih dejavnikov in možnosti za bolj učinkovito motiviranje zaposlenih, ni pa teorija, ki bi absolutno veljala v vsakem obdobju in na vsakem območju.

1.3.2.2 Teorija dveh faktorjev

Osnova Herzbergove teorije motivacije je vprašanje “kako vstaviti generator” v zaposlenega. V svoji teoriji je trdil, da “so dejavniki, ki vplivajo na zadovoljstvo pri delu različni od tistih dejavnikov, ki vplivajo na nezadovoljstvo pri delu”. Torej, če zmanjšujemo nezadovoljstvo pri delu, ne dosežemo večje ravni zadovoljstva. Na podlagi rezultatov njegove raziskave je identificiral dve skupini potreb. Prva skupina naj bi izvirala iz biološke narave ljudi, kamor sodi vgrajen mehanizem izogibanja bolečini in naučene težnje, ki so nastale kot posledica nezadovoljenih bioloških potreb. Drugo skupino sestavljajo tiste potrebe, ki so edinstvene človeškemu bitju, kamor sodita potreba po doseganju in potreba po rasti, ki naj bi bila zadovoljena preko zadovoljevanja potrebe po doseganju. To pomeni, da naj bi sama vsebina naloge, ki jo človek opravlja, vsebovala elemente, ki naj bi človeku omogočali njegovo rast. Spodbude za zadovoljevanje potrebe po rasti so v sami vsebini delovnih nalog, medtem ko so spodbude za obnašanje v smeri izogibanja bolečini v delovnem okolju. (Herzberg 1968: 57)

Motivacijski dejavniki ali dejavniki rasti so elementi dela, ki ga posameznik opravlja. To so: doseganje, priznanje oziroma pohvala za doseganje, delo samo, odgovornost, ki jo mora zaposleni sam izkazovati na delu, rast in napredovanje. Ti zadovoljujejo višje potrebe in posamezniku omogočajo občutiti zadovoljstvo pri delu ter ga zanj motivirajo. (Daft in Marcic 2001: 415)

Higieniki ali dejavniki izogibanja nezadovoljstvu so: politika podjetja, administracija, nadzor, medčloveški odnosi, delovne razmere, plača, status in varnost. (Herzberg 1968: 57) Če higieniki niso prisotni, pomeni, da nam delo vzbuja občutke nezadovoljstva. Toda v nasprotnem primeru zgolj njihova prisotnost nima nobenega vpliva na posameznikovo zadovoljstvo ali motivacijo, temveč zgolj odpravlja občutke nezadovoljstva (Daft in Marcic 2001: 415).

Herzbergova motivacijska teorija je uporabna predvsem zato, ker se zaveda dveh vrst orodja za motiviranje zaposlenih: motivatorje, s katerimi je mogoče izzvati odzive ali aktivnost pri posameznikih, in higienikov, s katerimi je mogoče povzročati predvsem zadovoljstvo, ki bo odstranilo odvečne napetosti in usmerilo človekovo aktivnost v delo. Konkretno stanje v organizaciji odloča, katero vrsto dejavnikov bo menedžer najuspešneje uporabil. (Lipičnik 1988: 168-169) Herzberg je tudi ugotovil, da skoraj ni dejavnika, ki bi bil samo motivator ali samo higienik.

Vrsta avtorjev vključno s Herzbergom je opazila podobnosti med teorijo hierarhije potreb in dvofaktorsko motivacijsko teorijo. Najbolj sofisticiran poskus spojitve obeh teorij je predlagal Wolf (1970), ki Herzberga graja zaradi enačenja zadovoljstva z motivacijo. Wolf sprejema teorijo Maslowa, vendar pa z namenom uskladitve obeh teorij originalno hierarhijo potreb razstavi na dva nivoja, pri čemer potrebe na nižjem nivoju poveže s higieniki, potrebe na višjem nivoju pa z motivatorji.

V 70-ih letih je Herzberg močno ugovarjal, da njegove teorije ne smemo pomešati z Maslowovo. Pri tem je poudaril, da se sistem Maslowa v resnici zdi primeren, vendar so v njem luknje. Potrebe nižjega ranga niso nikoli zadovoljene, kot dokazuje nenehno povpraševanje po psiholoških in varnostnih jamstvih, nenehna socializacija ter neprestani boj za statusnimi simboli. To je očitno ne glede na to, da pomen samouresničevanja predstavlja najvplivnejšo silo v motivacijskem ustroju ljudi. (Miner 1980: 97)

Herzberg poudarja, da je res mogoče Maslowe potrebe nižjega ranga na nek način enačiti z njegovimi higieniki in njegove potrebe višjega ranga z motivatorji. Vendar, pa je to tudi edina relevantna zveza med obema teorijama (Miner 1980: 99)

1.3.2.3 Teorija pridobljenih potreb

David McClelland v svoji teoriji trdi, da si človek pridobi določene potrebe skozi življenjske izkušnje. To pomeni, da ljudje niso rojeni s temi potrebami, ampak se jih priučijo. Avtor razlikuje: potrebo po dosežkih, po sodelovanju in po moči.

Posameznik z visoko potrebo po dosežkih, ima željo opravljati dela, ki mu predstavljajo izziv, s tem pa tak človek teži tudi k odličnosti izpolnjevanja svojih nalog. Takšna oseba se rada znajde v situacijah, kjer je osebno odgovorna za rezultate, vendar je zanjo izrednega pomena povratna informacija o rezultatih, pridobljenih z njenim delom. McClelland je ugotovil, da imajo predvsem podjetniki ter upravitelji močno razvito potrebo po dosežkih.

Posameznik z visoko razvito potrebo po sodelovanju, teži predvsem k zasnovanju in vzdrževanju dobrih odnosov z drugimi ljudmi. Takšne vrste človek ima željo ne samo, da je sam priljubljen med ljudmi temveč, da se tudi drugi med seboj dobro razumejo. Oseba s takšnimi potrebami se najbolje znajde v skupinskem delu.

Posameznik z visoko potrebo po moči ima močno željo uveljavljanja tako čustvene kot vedenjske kontrole ali vpliva nad ostalimi. Takšne osebe navadno zasedajo položaje vodij. (McClelland in Steel 1973: 306–322)

McClelland dodaja, da zgodnje življenjske izkušnje določijo ali bo človek pridobil potrebo po doseganju, po sodelovanju in po moči ali ne. (Daft in Marcic 2001: 416)

1.3.3 Ocenjevanje potreb

Ker je ocenjevanje potreb predmet najine analize, v nadaljevanju na tem mestu podajava teoretični uvod v to področje.

Škerjančeva v svojem magistrskem delu zagovarja individualizacijo socialno varstvenih storitev⁵ s katero uporabniki izboljšujejo kakovost svojega življenja, saj prejemajo storitve, ki jih dejansko potrebujejo, kar omogoči učinkovito porabo razpoložljivih proračunskih virov. Individualizacija socialno varstvenih storitev omogoča pridobitev uporabnikove ocene o kakovosti prejete storitve. Ocena pove v kolikšni meri je storitev pripomogla k večanju vpliva nad lastnim življenjem, obenem pa omogoča selekcijo med

⁵ Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve (MDDSZ) skrbi za to, da so socialno varstvene storitve dostopne posamezniku, družini in skupini prebivalstva pri preprečevanju in odpravljanju osebnih stisk, nujenju oskrbe, varstva, vzgoje in usposabljanja. Javna služba obsega socialno preventivo, prvo socialno pomoč, osebno pomoč, pomoč družini za dom in na domu, institucionalno varstvo, družinskega pomočnika, vodenje, varstvo in zaposlitev pod posebnimi pogoji. (Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve 2008)

kakovostnimi in nekovostnimi programi in storitvami ter razkrije potencialno potrebo po novih storitvah in programih. (Škerjanc 2004: 81)

Za ugotavljanje potreb in načrtovanje učinkovitih ukrepov in storitev mora ocenjevanje potekati na treh nivojih: nacionalnem, lokalnem in individualnem. Ocenjevanje na individualni ravni mora potekati redno, od prvega srečanja dalje (individualni načrt). Uporabnik skupaj s skrbnikom (prijatelj, sorodnik) in načrtovalko (usposobljena socialna delavka) sestavi individualni načrt ter cilje. Načrt vsebuje dogovorjene vloge in naloge uporabnika in strokovne delavke, raziskani so obstoječi viri in ugotovljene potrebe po socialnih storitvah. Na lokalni ravni ocenjevanje potreb poteka s pomočjo zbiranja statističnih podatkov in ugotovitev iz anonimnih individualnih načrtov. Na osnovi analize potreb in uporabnikovih ocen je mogoče opredeliti lokalna prednostna področja za razporeditev sredstev ter izdelati letni lokalni načrt socialnega varstva. Na osnovi zbranih lokalnih načrtov in podatkov iz merjenja potreb na nacionalni ravni se ocenijo nacionalne potrebe na področju socialnega varstva, na podlagi katerih se izdelata nacionalni načrt socialnega varstva, ki mora biti usklajen s prednostnimi področji politike. Usklajeno ocenjevanje potreb je prvi korak k načrtovanju učinkovitih, kakovostnih socialno varstvenih storitev in ukrepov, ki omogočajo, da bo uporabnik prejel storitve, ki si jih želi in potrebuje za organiziranje kakovostnega življenja v skupnosti. (Škerjanc 2004: 78-80)

Tabela 1.3.3.1.1.: Metode ocenjevanja potreb prebivalstva

Vrsta ocenjevanja.	Meritve.	Primer.
Epidemiološko.	Merjenje pogostosti in razširjenosti.	Raziskava pogostosti ranljivih starostnikov na določenem geografskem področju.
Primerjalno.	Merjenje razlik med lokacijami, kar lahko osvetli prednostna področja za vlaganja in spremembo politike.	Raziskava pogostosti napotitev zaradi jemanja drog v Kopru in Mariboru.
Zbimo.	Merjenje sinteze stališč ključnih udeležencev, pomembnih za merjenje problema.	Razprava mešane ciljne skupine o problematiki jemanja drog na določenem območju.
Opis storitve.	Opredelitev namena in ciljev specifičnih izvajalskih enot in merjenje dosežkov glede na namen in cilje.	Ocena Kriznega centra za mlade.
Longitudin. Mapping.	Pretok uporabnikov storitev med storitvami.	Spremljanje uporabnikov storitev, ki so bili odpuščeni iz institucionalnega varstva.
Določeno stališče.	Merjenje namena glede na dosežek.	Razprava ciljne skupine uporabnikov storitev o določeni zadevi.

Vir: Strateški načrt 1997 v Škerjanc 2004: 78

1.4 DUŠEVNA BOLEZEN / DUŠEVNO ZDRAVJE

1.4.1 Pomen zdravja v sodobnih družbah

Značilnost sodobnih družb je, da ima zdravje izjemno pomembno mesto. Ohranjanje zdravja postaja svojska vrlina, ki zapolnjuje izpraznjen prostor tradicionalnih vrlin, kot je pokornost bogu, spoštovanje brezprizivnih avtoritet, podrejanje normam. Ta visok pomen zdravja je povezan s splošnim večanjem potrebe po samonadzoru, samodiscipliniranju, samozanikovanju in samoobvladovanju. Sodobni človek z osebno odgovornostjo za svoje zdravje simbolično dokazuje sposobnost za vzpostavljanje nadzora nad samim seboj in ne le svoje želje po samonadzoru. Hkrati s sodelovanjem v težnji po normalnosti sodoben človek potrjuje dominantni moralni red. (Ule v ŠENT 2004: 23)

Pomembnost zdravja kot dobrine in vrednote v sodobnem življenju potrjujejo tudi javnomnenjske raziskave doma in po svetu. Normativistični pritiski, ki jih nosi s seboj ideologija zdravja in normalnosti, lahko povzročajo nove stiske pri tistih, ki ne morejo

slediti ali ustreči zahtevam te ideologije. Ljudem nalaga odgovornost za njihovo zdravje in bolnih ne razbremenjuje te odgovornosti, še več – od ljudi se pričakuje skrb za zdravje, za dober izgled, za ohranjanje življenjske energije, optimizem, mladostno telo, kljub temu, da jih stiskajo njihove lastne stiske. Tako ljudje postajajo žrtve te ideologije in izgubljajo boj v tekmi za uspeh v življenju, saj krivdo za izgubo zdravja pripisujejo sebi, tudi tedaj, ko za to ni razloga ali se nasprotno delajo bolj zdrave, kot dejansko so. Pretirana ideologizacija jih tako naredi odgovorne za bolezni in jih obenem stigmatizira. (Ule v ŠENT 2004: 24)

Ne glede na željo zdravstvenih avtoritet po ozaveščanju posameznika o številnih nevarnostih, ki grozijo njegovemu zdravju in blaginji ter njegovemu sprejemanju odgovornosti, zdravje ni odvisno samo od posameznikove volje. Številni podatki že desetletja opozarjajo, da so temeljni dejavniki zdravja in bolezni socialno-ekonomski (Malnar 2002, Marmot 1998, Kaplan 2001, Mechanic 1999). Socialno-ekonomski dejavniki pa so temeljnega pomena tudi za to, kdo in kaj upošteva zdravstvena priporočila za zdravo vedenje. (Kamin 2006: 9)

Država počasi krči številne pravice, ki jih je posameznik včasih imel in s tem nanj nalaga čedalje več odgovornosti. To izvaja pod pretvezo spreminjanja zdravstvenega sistema v sodobnega, državljanu prijaznega sistema, v katerem naj bi posameznik pridobival moč in boljše možnosti za uveljavljanje svojih pravic glede na ostale akterje v sistemu, zlasti pa avtoritete javnega zdravstva – zdravnike, zavarovalnice, zdravstveno politiko, itd. Tudi znanstvena literatura o promociji zdravja ponuja idealizirano in romanticizirano podobo človekovega delovanja za boljše zdravje, ki vodi v pomanjkljivo pripravo programov za javno zdravje in zato tudi nezadovoljivo in pogosto neučinkovito prakso promocije zdravja (Peterson in Lupton 1996, Bunton in drugi 1995 v Kamin 2006: 9).

1.4.1.1 Promocija zdravja

Eno temeljnih načel programov promocije zdravja je načelo delovanja, ki bo skrbelo za boljše zdravje vseh. Promocija zdravja je obsežen in zapleten pojav in konceptualno

obsega veliko več kot zgolj načrtno spreminjanje vedenj posameznikov. Promocija zdravja je najprej politični koncept, ki naj bi z vstopanjem v oblastni diskurz povezoval delovanje številnih resorjev in politik v imenu zagotavljanja boljšega zdravja državljanov. A to povezovanje je pogosto le politična floskula, ki je zelo redko udejanjeno v praksah za promocijo zdravja. (Kamin 2006: 9)

Zdravje ni več le vrednota, ampak postaja tudi dobrina, blago, ki se ga da kupiti. Za državo so zdravi posamezniki pomembni z vidika gospodarskega razvoja. Nezdravi posamezniki so za družbo breme in strošek. Delodajalci zaradi bolezni delavcev beležijo manjšo storilnost, zdravstveni sistem se sooča s preobremenjenostjo, z dolgimi čakalnimi vrstami in dragimi postopki zdravljenja. Trgovci opazijo slabo zdravje ljudi v upadu kupne moči, hkrati si želijo, da niso najbolj zdravi oziroma, da so vsaj toliko bolni, da kupujejo zdravstvene pripomočke in vitamine. Raziskava ameriškega nacionalnega združenja za duševno zdravje je ocenila, da se je pri ljudeh, ki so bili sprejeti v bolnišnico zaradi duševnih težav v enem letu kupna moč zmanjšala za dve milijardi ameriških dolarjev in da odsotnost z dela zaradi duševnih bolezni letno stane industrijo vsaj pet milijard ameriških dolarjev. (Cassens v Kamin 2006: 10)

Posameznika ne bi smelo skrbeti, kaj bo, če bo zbolel in ali si sploh lahko privošči biti bolan. Ne bi se smel spraševati, kakšne pravice iz naslova zdravstvenega zavarovanja sploh še ima, in razmišljati, ali bo enako obravnavan v zdravstvenem sistemu kot nekdo z višjimi prihodki. Temeljni dejavniki zdravja so kot že omenjeno socialno-ekonomski. V sodobni družbi so čedalje večji problem izgorevanje, kronična utrujenost, stres. Čedalje pogosteje se zdravijo z zdravili, kar pomeni, da se tudi individualizirajo, čeprav to v resnici niso problemi posameznika, ampak družbe. Toda namesto da bi razmišljali o tem, kaj bi spremenili v družbi, se posameznike uči, kako naj obvladajo stres in s kakšnimi farmakološkimi dodatki se bodo počutili bolj srečne. (Kamin v Merljak 2007). S tem se ne odpravlja vzroke težav, temveč njihove najbolj vidne simptome. Zato, da se omogoči vzdrževanje družbenega sistema na zadovoljivi funkcionalni ravni. Promocija zdravja nas tako sooča s številnimi dilemami. Zdravje ni več cilj, ampak postaja sredstvo za delovanje številnih subjektov v družbi. Zdravje je kapital na račun katerega se lahko

zvišuje storilnost skupnosti, podjetij in družbe kot celote. Široko polje zdravja moramo zato prepoznati tudi kot polje boja različnih interesov, v katerem lahko največ izgubi prav »zdravje«. (Kamin 2006: 10)

Promocija je ena najbolj subtilnih in močnih oblik (nerepresivnega) izvajanja oblasti nad življenjem, tako posameznika kot skupnosti. Akter kot so država, medicina in industrija namreč »izvajajo moralno avtoriteto nad posameznikom z razlago njegovih »problemov« in ponujajo rešitev zanje« (Kamin 2006: 34). Ne zapovedujejo ampak svetujejo, kaj je dobro, zdravo in koristno in posameznika prepuščajo slabi vesti in možnim tveganjem, če nasvetov ne upošteva. Bistveno pri promociji zdravja je po Kaminovi (2006: 74-75) doseči prostovoljno spremembo vedenj, kjer naj posameznik ne bi bil prisiljen slediti in upoštevati želene nasvete. Zato promocija zdravja temelji na predpostavki o racionalnih posameznikih, ki se vedejo odgovorno do sebe in družbe in ob zadostni količini informacij znajo presoditi o svojem načinu življenja ter se izogniti številnim tveganjem. Posameznik je glede na sporočila in zdravstvene nasvete nenehno ogrožen in nenehno potencialno bolan in kot tak predstavlja ogromen tržni potencial za industrijo, ki proizvaja in ponuja izdelke in storitve za zdravo življenje. (Kamin 2006: 56-63)

Strinjava se s Kaminovo, da je promocija zdravja potrebna v vseh sodobnih družbah, vendar pa je potrebno na njene programe gledati kritično, sploh kadar se pozablja ali vsaj spreneveda, da zdravje ni naraven in nevtralen koncept, temveč, da je del zapletenih bioloških, družbenih in kulturnih procesov.

1.4.2 Pomen duševnega zdravja v sodobnih družbah

Duševne bolezni lahko znatno zmanjšajo kakovost življenja prizadetih posameznikov in njihovih družin. To ni izziv samo za zdravstveni sektor. Duševno zdravje je med tremi glavnimi razlogi za odsotnost od dela in glavni razlog za predčasno ali invalidsko upokožitev. Pomeni tudi večje stroške za družbo in za gospodarski, izobraževalni, socialni ter kazenski in pravosodni sistem. V EU sta najpogostejši duševni motnji anksioznost in

depresija, vendar so med državami članicami in znotraj njih pomembne razlike, pobude pa so običajno razdrobljene. (Javnozdravstveni portal Evropske unije 2008)

Zato sta varovanje in spodbujanje duševnega zdravja zelo visoko na dnevnem redu Evropske unije, ki oblikuje strategijo duševnega zdravja. Na podlagi Helsinške konference leta 2005 je Evropska komisija izdala Zeleno knjigo – »Izboljšanje duševnega zdravja prebivalstva. Pot k strategiji na področju duševnega zdravja za Evropsko Unijo«. Konferenca je določila okvir za celostne ukrepe in ustvarila politično zavezo na področju duševnega zdravja. Zelena knjiga vsebuje predloge, pobude in ukrepe za izboljšanje duševnega zdravja prebivalstva in predlaga določitev strategije EU na področju duševnega zdravja. Njen namen je sprožiti razpravo med evropskimi institucijami, vladami, zdravstvenimi strokovnjaki, civilno družbo ter raziskovalno skupnostjo o pomembnosti duševnega zdravja za EU, potrebi po strategiji na ravni EU in njenih možnih prednostnih nalogah. (Evropska komisija 2005: 3)

Predstavniki držav članic EU so 13. junija 2008 na konferenci v Bruslju sprejeli Evropski pakt za duševno zdravje in dobro počutje, s katerim opredeljujejo ukrepe za izboljšanje duševnega zdravja v Evropi na petih prednostnih področjih (Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa 2008):

- preprečevanje samomora in depresije,
- duševno zdravje mladih ter izobraževanje,
- duševno zdravje v delovnem okolju,
- duševno zdravje starejših ljudi,
- boj proti stigmatizaciji in socialni izključenosti.

Ministri in strokovnjaki iz cele Evrope so se zavezali, da bodo sodelovali in se osredotočili na teh pet prednostnih področij. Konferenca in pakt sta nadaljevanje posvetovanja o Zeleni knjigi o duševnem zdravju. Več kot 230 pisnih prispevkov, vključno z resolucijo Evropskega parlamenta in številnimi posvetovalnimi sestanki, kaže na veliko podporo povečanemu prizadevanju EU, da bi izboljšala prepoznavnost in poudarila pomembnost duševnega zdravja ter ustvarila priložnosti za izmenjavo in sodelovanje pri reševanju skupnih izzivov v zvezi z duševnim zdravjem. (EUROPA 2008)

1.4.2.1 Opredelitev duševnega zdravja

Duševno zdravje je varljiv termin, ki ga je težko definirati in je v veliki meri odvisen od tistega, ki ga definira. Pogosta je definicija, da je to odsotnost bolezni ali stanje dobrega počutja. Večina pa se iz lastnih izkušenj zaveda, da so trenutki dobrega počutja relativno redki, da sta stres in prenapetost pogostejša kot mir, spokoj ali dobro počutje. Zato je morda res, da je duševno zdravje prej ideal, za katerim stremimo, kot pa dosegljiv cilj. (Ramon v Hameršak 2005: 8-9)

Prav tako Svetovna zdravstvena organizacija (v nadaljevanju WHO) navaja, da ni mogoče postaviti enega samega uradnega opisa pojma duševnega zdravja. Kulturne razlike in nasprotujoče poklicne teorije vplivajo na definicijo 'duševnega zdravja'. Duševno zdravje je vsakodnevni pojem, ki vpliva na posameznike, družine, šole in delovna mesta. (Evropska agencija za javno zdravje 2007: 10)

WHO opisuje duševno zdravje kot »stanje dobrega počutja, v katerem posameznik uresničuje svoje sposobnosti, se zmore spopadati z običajnimi naporji življenja, zmore produktivno in uspešno delati ter prispevati k svoji skupnosti«. (Evropska komisija 2005: 4)

V Sloveniji je bil po več kot desetih letih aktivnosti na tem področju končno sprejet Zakon o duševnem zdravju. Ta definira duševno zdravje kot »stanje posameznika oziroma posameznice, ki se kaže v njegovem mišljenju, čustvovanju, zaznavanju, vedenju ter dojemanju sebe in okolja«. (ZDZdr, 2. člen)

Leta 1948 je WHO objavila danes najbolj pogosto citirano in široko sprejeto definicijo zdravja, ki zdravje pojmuje širše in ne le kot odsotnost bolezenskih znakov. Zdravje tako zajema telesno in duševno dobro počutje in razvitost ter izkoriščenost vseh posameznikovih zmogljivosti. Namesto odsotnosti bolezni se poudarjajo pozitivne lastnosti posameznika, njegovo zadovoljstvo, uspešnost pri spoprijemanju z vsakdanjimi

problemi, kar omogoča kakovostno življenje. Zdravje je po tej definiciji kompleksen, večplasten (procesni) koncept, ki ga težko natančno in enoznačno merimo ter razmejimo. (Jeriček in drugi 2006: 19)

Podobno je s pojmom duševno zdravje, saj naj bi obsegal tako pozitivno duševno zdravje (občutek dobrega počutja, optimizem, pozitivno samopodobo, občutek moči in sposobnosti soočanja s težavami) kot negativno duševno zdravje (različne duševne motnje in težave). Duševno zdravje tako zajema vse – od izgleda in vedenja, mišljenja in govora do razpoloženja in čustvovanja; vse to v odnosu do sebe, drugih in sveta okoli nas (Marušič v Jeriček in drugi 2007: 19). Pri tem se poudarjajo tudi telesni vidiki duševnega zdravja in prepletenost duševnih in telesnih bolezni.

Pozitivno duševno zdravje se zrcali v tem, ali in kako smo se sposobni spopadati s težavami, kako rešujemo konflikte, ali imamo dovolj močno socialno mrežo, ki nas ščiti in varuje. (Jeriček in drugi 2007: 19)

Negativno duševno zdravje odraža različne duševne motnje in težave oz. duševne bolezni. Motnje duševnega zdravja niso opredeljene le z psihiatričnim registrom. Očitna je povezanost duševnega zdravja z različnimi motnjami: od depresije in nagnjenosti k samomoru do zasvojenosti od legalnih in ilegalnih mamil, z alkoholizmom, antisocialnim in nasilniškim vedenjem, promiskuitetnim vedenjem, itd.

Po WHO duševne bolezni vključujejo duševne težave in bremena, oslABLJENO delovanje, ki se povezuje s stisko, simptome ter duševne motnje, ki jih je moč diagnosticirati, kot so shizofrenija in depresija. (Evropska komisija 2005: 4)

Za WHO bi lahko sklepali, da je torej ključna predpostavka duševne bolezni njena diagnoza, medtem ko Levi Strauss (v Porenta 2007: 7) pravi, da zdravje individualnega duha vključuje sodelovanje pri družbenem življenju, prav kakor zavračanje družbenega življenja (a to zavračanje je možno le v modalnostih, ki jih nalaga družbeno življenje samo) ustreza nastop duševnih motenj. Oblike duševnih motenj so značilne za vsako družbo in odstotek prizadetih posameznikov je specifičen za vsako posamično družbo.

Tako na primer v družbah, ki poznajo šamanstvo, obstajajo šamanistična vedenja kot »normalna«.

Straussu se pridružuje tudi Szasz, ki duševno bolezen obravnava kot družbeno funkcionalno. Kot pravi, je pomen pojma duševne bolezni predvsem prikriti vsakdanje dejstvo, da je življenje večine ljudi nenehna borba, ne za biološki obstoj, ampak za mesto pod soncem, duševni mir ali kako drugo vrednoto ali smisel. Ljudje potrebujejo odgovor na vprašanje, kako naj živijo in ker ni na voljo pozitivnih odgovorov, se morajo zadovoljiti z negativnimi. Tako kot zaporji so tudi duševne bolnišnice namenjene predvsem tistim zunaj. Za vlogo žrtve so njihovi uporabniki izredno prikladni, saj so družbeno povsem nemočni, njihove besede pa razvrednotene. (Szasz v Porenta 2007: 7)

V kontekstu promocije duševnega zdravja, se akterji poslužujejo predvsem pozitivnega koncepta duševnega zdravja. Še več, teoretiki s področja zagovarjajo ločenost kontinuumov duševnega zdravja in duševnih bolezni. Tako Downie (v Carotta in Kurež 2007: 11) svojo idejo o ločenosti obeh »konceptov« razlaga kot razdelitev, ki omogoča, da ima lahko posameznik diagnosticirano duševno bolezen in hkrati dosega visoko stopnjo dobrega duševnega zdravja in blagostanja. Če bi koncepta duševnega zdravja in duševne bolezni pripadala istemu kontinuumu, bi obstajali samo dve možnosti – posameznik je lahko ali duševno zdrav ali duševno bolan. To pomeni, da bi bilo nemogoče, da ima posameznik težave z duševnim zdravjem in je hkrati, v nekem trenutku, povsem duševno zdrav. Jasno razlikovanje med duševnim zdravjem in duševno boleznijo ter priznavanja duševnega zdravja kot pozitivnega koncepta, ki se ne definira z odsotnostjo duševnih bolezni zagovarjajo tudi Tudor (1996), Adams, Amos in Munro (2002). Kljub temu Tudor poudarja, da je ločnica med obema konceptoma pogosto zabrisana. Duševno zdravje se še vedno povezuje s področjem duševne bolezni, kar oba uvršča na isti kontinuum. (Carotta in Kurež 2007: 11)

1.4.2.2 Promocija duševnega zdravja

Promocija zdravja, posledično promocija duševnega zdravja, ni omejena le na področje zdravstva, ampak je splet delovanja političnih in ekonomskih struktur nekega družbenega okolja, kar pomeni, da bi morale biti komunikacijske intervencije podprte tudi s strukturnimi spremembami na področju zdravstva, ekonomije in politike. Na to opozarja HWO v Ottawski listini (1968) in številni avtorji (Llopis, Barry, Hosman in Patel, Adams in Cuning v Carotta in Kurež 2007: 28-29), ki navajajo pet področij, kjer se promocija duševnega zdravja mora izvajati: politika, zdravstvo, družina in izobraževalne ustanove ter delovna mesta, lokalna skupnost, posameznik.

Tudi zdravje, tako kot druga področja družbenega življenja, prežema ideologija. Pomembno je poznati ideološki okvir, v katerem se promocija zdravja izvaja. Dejstvo je, da je vladajoča ideologija vodilo, ki usmerja akterje na področju promocije (duševnega) zdravja. Hkrati deluje kot past, saj poudarja specifičen pogled na zdravje, ki je v interesu vladajočih družbenih struktur in ni nujno najboljši za posameznika. Pomembno je, da se ustvarjalci programa promocije (duševnega) zdravja spoznajo z ideološkim okvirjem družbenega okolja, njegovimi prednostmi in slabostmi, kar bo pod predpostavko »zdravje za vse« botrovalo k boljšim in s tem učinkovitejšim komunikacijskim strategijam v interesu posameznika.

Zadnja leta duševno zdravje in promocija duševnega zdravja postajata vse bolj pomembna. Razloge zakaj je temu tako, navajajo Williams, Saxena in McQueen (v Carotta in Kurež 2007: 22):

1. Naraščanje števila posameznikov z duševnimi težavami (zaradi prevladujočih idealov popolnosti v sodobni družbi, kar izvaja pritisk na ljudi)
WHO v Zeleni knjigi poroča: Po ocenah več kot 27 % odraslih Evropejcev izkusi vsaj eno izmed oblik duševnih bolezni v katerem koli letu. Najpogostejše oblike duševnih bolezni v EU so anksiozne motnje in depresija. Depresija naj bi do leta 2020 postala najpogostejši vzrok bolezni v razvitem svetu. Dandanes v EU vsako leto zaradi samomora umre približno 58 000 državljanov, več kot je letno smrti

- zaradi prometnih nesreč, umorov ali HIV-a oz. AIDS-a. (Evropska komisija 2005: 4)
2. Ekonomske posledice problemov z duševnim zdravjem
WHO v Zeleni knjigi poroča: Posledice duševnih bolezni so večplastne: Po ocenah stanejo duševne bolezni EU 3 %–4 % BDP, v glavnem zaradi izgubljene produktivnosti. Duševne motnje so glavni vzrok za predčasne upokojitve in invalidnine. Vedenjske motnje v otroštvu povzročajo stroške za socialne, izobraževalne kot tudi za kazenske in pravne sisteme. (Evropska komisija 2005: 4)
 3. Boljše razumevanje povezave med duševnim in telesnim zdravjem
Področje povezave telesa in duha še naprej intenzivno raziskujejo in morda se bo sčasoma popolnoma pretrgala umetna meja med fizičnim in duševnim zdravjem. (Williams in drugi v Carotta in Kurež 2007: 24)
 4. Povezanost duševnega zdravja s področjem človekovih pravic
WHO v Zeleni knjigi poroča: Nadaljnji nematerialni stroški spadajo na področje odnosa družbe do duševno bolnih in prizadetih oseb. Kljub izboljšanim možnostim za zdravljenje in pozitivnemu razvoju v psihiatrični oskrbi se ljudje z duševnimi boleznimi ali prizadetostjo še zmeraj soočajo s družbeno izključenostjo, stigmo, diskriminacijo in nespoštovanjem njihovih temeljnih pravic in dostojanstva. (Evropska komisija 2005: 4-5)
 5. Objave različnih poročil v medijih
Vse več je objav na temo duševnega zdravja v medijih, kar odpira prostor duševnemu zdravju in omogoča večjo publiciteto o duševnem zdravju v splošni, strokovni in politični javnosti. (Carotta in Kurež 2007: 25)

Predstavljeni razlogi za naraščanje zanimanja za duševno zdravje hkrati opozarjajo na pomembnost ukvarjanja s področjem duševnega zdravja. Promocija duševnega zdravja danes vključuje tako pozitivni kot negativni koncept duševnega zdravja. Carotta in Kurež v svojem diplomskem delu zagovarjata, da je promocija duševnega zdravja več kot preprečevanje duševnih bolezni. Kot pravita, promocija duševnega zdravja lahko vključuje idejo preprečevanja in varovanja pred duševnimi boleznimi, vendar to ni bistvo

tovrstne promocije. Tako zasnovana in izpeljana promocija po mnenju Fernanda (v Carotta in Kurež 2007: 26) zgolj promovira različne storitve, ki obolelim posameznikom lajšajo njihovo trpljenje in pomagajo reševati bolezenske težave. Kot nadaljujeta avtorici, je treba razločevati med konceptom preprečevanja bolezni, ki se nanaša na »zmanjševanje tveganja obolenja« in konceptom promocije zdravja, ki po Downieju obsega »trud za zvišanje oziroma povečanje stopnje dobrega zdravja in preprečevanje slabega zdravja z delovanjem na medsebojno prekrivajočih področjih zdravstvenega izobraževanja, preventive in zaščite zdravja«. (Carotta in Kurež 2007: 26-27)

Promociji duševna zdravja znotraj promocije zdravja se posveča manj pozornosti kot promociji telesnega zdravja. Eden izmed ključnih akterjev izvajanja promocije duševnega zdravja je javno zdravstvo. Carotta in Kureževa izpostavljata štiri koristi promocije duševnega zdravja, ki krepi vsesplošno zdravje in s tem dviguje socialni kapital (2007: 28):

- izboljšuje fizično zdravje;
- povečuje emocionalno prožnost, omogoča posamezniku uživati življenje in premagovati stiske in težave;
- vzpodbuja državljansko zavest in daje posamezniku sposobnosti in samozavest za prevzem pomembne vloge v družbi;
- povečuje njegovo produktivnost;
- spreminja stereotipna prepričanja o duševnem zdravju.

Avtorici nadalje skozi analizo slovenskega prostora ugotavljata, da se promocija duševnega zdravja v slovenskem prostoru nanaša na osveščanje javnosti o duševnih boleznih in na njihovo preprečevanje. Programi in aktivnosti, ki se ukvarjajo s promocijo pozitivnega koncepta duševnega zdravja, katerega avtorici zagovarjata, so osamljeni in prisotni v znatno manjšem številu. Kaže se potreba po oblikovanju dolgoročnega in strateškega programa promocije duševnega zdravja, ki bi povezal različne akterje z različnih ravni delovanja. Tako zasnovan program bi v javnosti vzbudil več pozornosti in dosegel večjo odmevnost. (Carotta in Kurež 2007: 33)

1.4.2.3 Duševno zdravje v skupnosti

Po vsej Evropi institucionalna oskrba počasi prehaja v skupnostno oskrbo⁶. Skupnostna oskrba ljudem z motnjami v duševnem zdravju nudi podporo, ki jo potrebujejo za dostojno življenje v skupnosti. Obstajajo velike razlike med posameznimi evropskimi državami glede hitrosti procesa deinstitutionalizacije, saj se v večini držav vzhodne Evrope ta proces šele začne. Vzporedno z omenjenim procesom pa se odvija še ena tranzicija in sicer v razvoju rehabilitacijske oskrbe. Psihosocialna rehabilitacija⁷ ljudem s posebnimi potrebami nudi podporo, ki jo potrebujejo za vrnitev v skupnost, ter jim kot članom skupnosti omogoča optimalno kakovost življenja. Takšna oskrba vključuje podporo pri bivanju, zaposlitvi, podporo pri učenju, uskladitev nege in individualno obravnavo. Oskrba s psihosocialno rehabilitacijo in zdravstvena oskrba skupaj tvorita jedro modernega sistema za duševno zdravje. (Wilken v ŠENT 2004: 128)

Moderni sistem za duševno zdravje podpira izobraženo osebje, družine prizadetih, prizadete in osveščeno javnost. Izobraževanje na področju duševnega zdravja je bistvenega pomena pri načrtovanju razvoja, vključevanja in ocenjevanja dejavnosti pri preprečevanju duševnih težav in poudarjanja duševnega zdravja. Izobraževanje je pomembno tudi zato, ker omogoča lažji dostop do zdravljenja, delovnega trga, izobraževanja in ostalih javnih služb, ki delujejo na področju reintegracije ljudi z duševnimi motnjami v družbo, ter z vidika povečanja vidnosti duševnega zdravja in dviga zavesti resničnega bremena duševnih motenj. (Marušič v ŠENT 2004: 129)

Kako pomembno je živeti v skupnosti lahko spoznamo samo takrat, ko nam je ta možnost odvzeta. Ohranjanje duševnega zdravja v skupnosti je proces, ki zahteva veliko truda tako od člana skupnosti, kot od skupnosti same. Cilj, ki ga skupnostna oskrba zasleduje je

⁶ »Skupnostna skrb« je izraz, ki se nanaša na vse oblike pomoči, ki jih odrasla oseba potrebuje zato, da bi lahko varno in neodvisno živela v lastnem okolju, lastni lokalni skupnosti, svoji sosesčini takrat, ko ima zaradi oviranosti, bolezni ali posebnih potreb (ranljivosti, prizadetosti, izrednih življenjskih okoliščinah) določene težave pri neodvisnem funkcioniranju. (Javornik 2003: 45)

⁷ Rehabilitacija uči posameznika kako ponovno obvladati vsakdanje spretnosti. Z njeno pomočjo obvladujemo posledice psihiatričnih bolezni, predvsem negativno simptomatiko: zmanjšano čustveno odzivanje, ovirano mišljenje in manjšo produktivnost govora, brezvoljnost, zmanjšano pobudo za proti cilju usmerjeno vedenje in posledično zmanjšano dejavnost pri opravljanju poglobitvenih socialnih vlog in življenjskih nalog. Uspešna rehabilitacija zahteva prilagajanje posamezniku, fazi (času) njegove bolezni ter posebnostim njegove prizadetosti in oviranosti. (Švab 2000: 21)

boljša kakovost življenja uporabnikov. Programe skrbi za ljudi, ki imajo težave v duševnem zdravju izvajajo ljudje, posamezniki in skupine. Lahko je to del institucije formalne ali neformalne oblike. Skrb za duševno zdravje ljudi je s premikom v skupnost doživela in omogočila večji vpliv posameznika, da sam odloča o tem kje in na kak način bo dobil potrebno pomoč in podporo. Posameznik in strokovni delavec sodelujeta pri kreiranju najboljše in najprimernejše oblike podpore zanj. Kot pravi Flaker (2001), je vsem situacijam duševnega zdravja v skupnosti skupno tudi skupnostno načelo. Kar pomeni, da je prostor delovanja kjerkoli v skupnosti. S tem posameznika ne izoliramo, ne ločimo od drugih. V tem kontekstu lahko delovanje ljudi na področju duševnega zdravja v skupnosti razumemo kot enakopraven odnos med akterji. Delovanje poteka obojestransko. (Hameršak 2005: 9)

Flaker opredeljuje štiri sklope ciljev duševnega zdravja v skupnosti (Flaker v Hameršak 2005: 10):

1. Izboljšanje položaja ljudi z duševno stisko.
2. Spreminjanje uslug in služb duševnega zdravja, da bodo služile predvsem njihovim potrebam, hotenjem, željam in nujam.
3. Družbeno prevrednotenje in drugačno vrednotenje norosti, duševne stiske, drugačnosti.
4. Odpravljanje in preprečevanje tistih procesov v družbi, ki bi utegnili kogarkoli pripeljati v destruktivne krize, osebni propad, kot tudi za usposabljanje vseh ljudi za bolj ustvarjalno soočanje z življenjskimi izzivi in s stresom.

V Sloveniji so najbolj aktualne zadrege pri vzpostavljanju ustrezne skupnostne skrbi naslednje narave (Kovač 2003: 26):

- uveljavljanje skupnostne skrbi ni dejanska prioriteta državne administracije (preveč drugih težav na področju zdravstva in socialnega varstva, pomanjkanje sredstev, pomanjkanje usposobljenih strokovnih delavcev, itd.)
- odpor psihiatrične stroke (kot izgovor se navajajo slabe izkušnje iz deinstitucionalizacije v sosednji Italiji in izkušnje iz nekaterih drugih zahodnoevropskih držav in ZDA, ki so nastale zaradi prehitrega ukinjanja psihiatričnih postelj in posledično pomanjkljivega sistema ustreznih služb in

storitev v skupnosti (stanovanjske skupine namenjene bivanju porabnikov, dnevni centri, svetovalnice, zaposlitveni projekti in drugi projekti za delovno usposabljanje),

- gibanja, ki so v začetku devetdesetih let organizirano opozarjala na temeljne pravice uporabnikov, na odnose v zdravstvenih-psihiatričnih institucijah (elektrošok, izolirne sobe, privezovanje uporabnikov, nespoštovanje njihovih pravic v času hospitalizacije) in v socialnih azilih (Hrastovec, Trate).

Po Kovačevem mnenju so edini izvajalci storitev na področju organizacije služb in storitev v skupnosti (dnevni centri, stanovanjske skupine, skupine za samopomoč, zagovorništvo, delovno usposabljanje in zaposlovanje) nevladne organizacije. Žal so njihovi pogoji za delovanje omejeni, saj ni ustrezne zakonodaje, ki bi omogočala pogoje za delovanje, financiranje in razvoj teh organizacij. (Kovač 2003: 27)

1.4.3 Proces deinstitutionalizacije

Deinstitutionalizacija je družbeni proces, ki se je v svetu začel med drugo svetovno vojno in se kaže v zapiranju velikih ustanov (duševnih bolnišnic) in v ustanavljanju novih služb, ki naj bi nadomestile stare. Deinstitutionalizacija ima dva pomena: prvi je družbeni premik iz azila v skupnost in trend zmanjševanja hospitalizacije in časa preživetega v bolnišnici, drugi pa je družbeno gibanje, ki je k temu premiku aktivno prispevalo. Poleg tega ima tudi dva mejnika v času in prostoru: radikalno zmanjšanje bolnišničnih kapacitet in spremenjeno zakonodajo, ki odpravlja bolnišnico kot temeljno obliko pomoči ljudem v stiski. (Flaker 1998: 157-158)

Razlogi za zapiranje zavodov so etični, strokovni in ekonomsko politični. Etični razlogi se kažejo predvsem v kršenju državljskih pravic (pravica do prostosti, do osebne integritete, do zasebnosti), v institucionalnem nasilju (dominacija osebja, izrazita odvisnost varovancev od osebja). Strokovni razlogi so stigma, ki se ustvarja z bivanjem v velikih ustanovah, osebna škodljivost bivanja v zavodih, onemogočanje učinkovite strokovne pomoči s strani institucij. Ekonomski in politični razlogi so vidni v nižjih stroških skupnostne skrbi od stroškov zavoda, kvaliteta, racionalnost in učinkovitost

obravnave, kjer je prednost skupnostnih oblik nedvoumna; etičnost; sredstva investirana v skupnostne službe se povrnejo, saj krepijo splošno infrastrukturo, zaposlujejo mlade strokovnjake, krepijo storitvene dejavnosti. Sistem skupnostnih služb v Sloveniji naj bi temeljil na prestrukturiranju zavodskih kapacitet (preselitev oskrbovancev v skupnost), vzpostavljanju skupnostnih služb s pomočjo lokalnega načrtovanja, neposrednim financiranjem individualnih skupnostnih načrtov ter na spremljevalnih procesih – načrtovanje, spremljanje, evalvacije, izobraževanje in razvijanje novih služb. (Flaker in drugi 1999)

Najučinkovitejši proces deinstitutionalizacije sta uvedli Italija in Anglija. Čeprav sta način in sistem dela različna, je končni cilj skupen. To pomeni, da je v obeh sistemih uspel proces deinstitutionalizacije, kar ne pomeni samo zapiranja velikih psihiatričnih bolnišnic, temveč ustanavljanje in »ustvarjanje novih služb, ki jih nadomestijo«. (Flaker 1998: 187)

Ravno problematiko »ustvarjanja novih služb« pa izpostavlja Švabova. Kot pravi se slabe stvari institucionalne prakse lahko pojavijo tudi v skupnostnih oblikah skrbi. Skupnostne oziroma »nove« službe se danes soočajo s slabo povezavo med obstoječimi sistemi skrbi, velikim številom težkih kroničnih bolnikov s številnimi potrebami (brezdomstvo, zloraba drog, HIV, spolne zlorabe) in fragmentacijo služb. Skupnostna skrb tudi vse bolj pomeni, da za bolnike skrbijo njihove družine in v sklopu teh ženski člani družine. Bremena, ki jih nosijo te skrbnice, so pogosto neznosno težka. Obremenjenost se kaže v tem, da 40% ljudi, ki prevzemajo skrb za kronično psihotično bolne trpi zaradi ponavljajočih duševnih motenj, največkrat zaradi anksioznosti in depresije. (Švab 2000: 20)

V Sloveniji pravega procesa deinstitutionalizacije nismo doživeli. Zgodovinski razlog je deloma tako imenovana »krvava deinstitutionalizacija«, ki so jo doživeli slovenski psihiatrični bolniki med vojno, ko so odpeljali v nacistična taborišča ali pobili več kot 200 bolnikov. Posledično se je slovenska stroka intenzivneje usmerjala v zaščito človeških pravic in varovanje pacientov pred možnimi zlorabami. Ob tej tihi deinstitutionalizaciji nismo ustvarjali nobenih komplementarnih skupnostnih služb,

bolnike smo večinoma premeščali v domove za ostarele ali jih, še pogosteje, odpuščali domov v varovanje in skrb svojcem. Tudi svojci do nedavnega niso imeli nobene podpore, razen nekaj razgovorov s strokovnjaki v času hospitalizacije. Šele danes se začanja uveljavljati družinska psihoterapija ter izobraževalni in podporni programi za svojce, ki omogočajo razvoj in delovanje skupin za samopomoč. (Švab 2000: 20-21)

2 INVALIDI IN OSEBE Z MOTNJAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU

Osebe z motnjami v duševnem zdravju, najina proučevana skupina, po različnih klasifikacijah spada v širšo skupino »oseb s posebnimi potrebami« oziroma »družbeno izključenih« oziroma »ranljivih«. Zato v nadaljevanju obravnavamo tudi to skupino. Prav tako je najina proučevana skupina za potrebe posameznih nadnacionalnih in nacionalnih evidenc obravnavana skupaj z invalidi, zato v nadaljevanju obravnavava tudi to skupino. O potrebi razmejitve in »osamosvojitve« proučevane skupine govoriva v podglavju Osebe z motnjami v duševnem zdravju.

2.1 RANLJIVE SKUPINE

Z ranljivimi skupinami označujemo skupine, pri katerih se prepletajo različne prikrajšanosti (materialna oz. finančna, izobrazbena, zaposlitvena, stanovanjska,...) in ki imajo pogosto zelo neugoden položaj pri dostopu do pomembnih virov (npr. zaposlitev). Gre za skupine, ki so zaradi svojih lastnosti, oviranosti, načina življenja, življenjskih okoliščin in/ali pripisane stigme, pogosto manj fleksibilne pri odzivanju na hitre in dinamične spremembe sodobne družbe, in so manj konkurenčne na trgu dela in na področjih, ki delujejo po načelih tekmovalnosti in kjer so viri omejeni. Te skupine so zato pogosto odrinjene na družbeno obrobje (marginalizirane) ter ogrožene s socialno izključenostjo. (Trbanc in drugi 2003: 5)

Na tem mestu povzemava opredelitev ranljivih skupin iz Nacionalnega poročila o strategijah socialne zaščite in socialnega vključevanja za obdobje 2006 – 2008, kjer so ranljive skupine prebivalstva, tiste, ki se srečujejo z večjo stopnjo tveganja socialne izključenosti in revščine (Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve 2006: 8):

- ljudje z zelo nizkimi dohodki (tveganja revščine) in katerih preživetje je pogosto odvisno od socialnih transferjev (brezposelni, enostarševske družine, starejše samske osebe);
- invalidi (invalidi brez statusa, s težjimi okvarami, brezposelni, z neustreznimi stanovanjskimi razmerami);
- brezdomci (zdravstvene in stanovanjske težave);
- Romi (brezposelnost, nizka stopnja izobrazbe, slabe stanovanjske razmere),
- otroci (pri katerih je zaradi revščine ali socialne izključenosti ogrožen njihov telesni, duševni/čustveni in socialni razvoj, ki ima negativne dolgoročne posledice) ter mladostniki s težavami v odraščanju;
- migranti, begunci in iskalci azila (nepoznavanje jezika, zaposlitev, stanovanjski pogoji);
- druge ranljive skupine (žrtve nasilja, odvisniki, osebe z motnjami v duševnem zdravju,...).

Osebam s posebnimi potrebami oziroma ranljivim skupinam, kamor spada tudi najina proučevana skupina, EU namenja posebno pozornost. Znotraj njenih meja živi okrog 30 milijonov prebivalcev, katerih družbeno in ekonomsko vključevanje je težavnejše, zato je Unija v osemdesetih začela z izgradnjo celovite politike, ki bi jim omogočila normalno izobraževanje, delo in življenje.

Prvi program ukrepov je bil sprejet leta 1981 in je bil usmerjen k ekonomskemu in socialnemu vključevanju oseb s posebnimi potrebami. Svet EU je zato leta 1986 sprejel priporočilo o zaposlovanju oseb s posebnimi potrebami, Komisija pa je ustanovila podatkovno bazo Handynet, ki vsebuje podatke o problemih in tehnični pomoči za osebe s posebnimi potrebami.

Leta 1987 je Svet EU sprejel programov ukrepov za spodbujanje vključevanja otrok in mladih s posebnimi potrebami v redne šole. Sprejel je ukrepe na področju sodelovanja izobraževalnih ustanov ter uvajanja novih tehnologij na področju izobraževanja, ki bi otrokom s posebnimi potrebami omogočile izobraževanje v rednih šolah. Pobuda Unije

»Employment HORIZONT« je skušala olajšati vključevanje oseb s posebnimi potrebami in je pozvala vse države članice, da poiščejo in odstranijo ovire polni udeležbi takšnih oseb v vseh sferah življenja, s posebnim poudarkom na trgu dela.

Svet EU je sredi devetdesetih začel z novim programom »HELIOS« z namenom, da ustvari skupno politiko, ki bo temeljila na izkušnjah držav članic na področju usposabljanja, poklicne rehabilitacije, ekonomskega in družbenega vključevanja ter samostojnosti oseb s posebnimi potrebami. Pod samostojnostjo je program pojmoval področja, kot so mobilnost, transport, dostop do zgradb in javnih storitev za bivanje. Program spodbuja sodelovanje med nevladnimi invalidskimi organizacijami in državnimi institucijami.

Ranljive skupine se v vsakdanjem življenju soočajo z dvojnim bremenom. So objekti regulacij, čeprav so kot marginalizirane manj vidne. Bolj verjetno je, da se govori o njih, kot pa z njimi. Ta dvojnost predstavlja vir tveganja za človekovo dostojanstvo najbolj zapostavljenih skupin oz. posameznikov. Zavedanje o pomenu izključenosti za družbo v celoti in za ljudi, ki jo izkušajo posamezno, nas pripelje do razmislekov o servisih ali storitvah, ki jih država preko svoje politike in mreže služb nudi izključenim, revnim, marginaliziranim, ranljivim.

2.1.1 Kakovost življenja ranljivih skupin

Posamezne družbene skupine zaradi različnih značilnosti doživljajo izkušnjo socialne izključenosti in to v vseh okoljih. Te skupine si bolj kot kdajkoli prej prizadevajo za dostojno življenje. Splošna ozaveščenost, študije o uresničevanju pravic ljudi v socialnih zavodih, predvsem pa prispevki teh ljudi, je sprožil proces spreminjanja javnega in strokovnega mnenja o ustreznosti oz. primernosti socialno varstvenih storitev. Njihova prizadevanja narekujejo pripravo ustreznih ukrepov, kateri bodo ustvarili pogoje, ki bodo njim samim pomagali h kakovostnejšemu življenju v skupnosti, ne glede na obseg ali specifično njihovih potreb po socialno varstvenih storitvah. Ti ukrepi naj bi spremenili sedanjost prakso, ki zmanjšuje ali celo preprečuje njihov vpliv na pomembne odločitve, na

dostop do znanja, izobrazbe in zaposlitve ter samostojnega življenja in jim omogočili polno življenje in participiranje v družbi, ne življenje na robu ter socialno izključenost.

Koncept kakovosti življenja izhaja iz nadzora nad viri, s katerimi posamezniki zadovoljujejo svoje potrebe na različnih področjih. Če je nadzor nad viri slab ali ga ni, posameznik nima do njih dostopa, prav tako tudi ne do integrativnih mehanizmov ter institucij. To povzroči zmanjšanje življenjskih priložnosti in omejene izbire, zlasti na področju izobraževanja, stanovanja, prevozov, zaposlitve in preživljanja prostega časa, kar vse znižuje kakovost življenja njegovega življenja. (Škerjanc 2004: 65)

Prejemniki socialno varstvenih storitev se zavzemajo za ukrepe, ki bodo naravnani k vprašanju: kaj je potrebno zagotoviti, da bo uporabnik sam izboljšal kakovost svojega življenja. Gre za odmik od ustaljene prakse, ko zanj načrtujejo, ocenjujejo ali merijo drugi in obenem za uvajanje takšnih pristopov in praks, ki bodo njemu samemu zagotovili načrtovanje in merjenje. Zato je vsaka definicija, ki ne upošteva uporabnikovih vrednot in prioritet, nepopolna in omejena. (Škerjanc 2004: 52)

Škerjančeva v svoji magistrski nalogi na podlagi zbiranja mnenj uporabnikov o kakovosti socialno varstvenih storitev zagovarja, da vse dokler socialno varstvene storitve ne bodo upoštevale dejanskih potreb uporabnikov, ne bodo učinkovite, kakovostne in v sorazmerju z vloženim denarjem. Učinkovito bodo sredstva porabljena takrat, ko bodo uporabniki prejeli storitve, ki jih dejansko potrebujejo in želijo prejeti. Katere so te storitve, bodo povedali sami, mi pa moramo raziskati njihovo vizijo. Kakovost storitev bo tako za vsakega uporabnika drugačna, saj ima vsak uporabnik svoje potrebe oz. cilje, odvisna pa bo tudi od obsega vpliva, ki ga človek pridobi nad svojim življenjem. Vpliv ali nadzor nad storitvijo uporabniki dosežejo, ko so polno vključeni v definiranje, razvijanje, spremljanje in evalviranje kakovosti storitve skozi njegove lastne vrednote. Takšen pristop ponuja novo paradigmo za načrtovanje kakovosti storitev, ki ne temelji niti na podjetniških niti na strokovnih modelih. Njena osnova je osebna avtonomija in spoštovanje osebne izbire. (Škerjanc 2004: 53)

Škerjančeva nadalje primerja dosedANJI pristop načrtovanj socialno varstvenih storitev (princip »od zgoraj navzdol«) s pristopom individualiziranega načrtovanja socialno varstvenih storitev (princip »od spodaj navzgor«). Kot pravi, pri prvem pristopu nastajajo enoviti paketi storitev za povprečne potrebe neobstojećih povprečnih skupin uporabnikov. Takšne storitve so neodzivne, neučinkovite in povzročajo odvisnost, saj uporabnik nima možnosti izbire. Uporabnika utrjujejo v pasivni vlogi prejemnika storitev, ki je obtičal na robu družbenega dogajanja. Individualizacija pa omogoča drugačen izid pri načrtovanju storitev, med drugimi tudi: prožno, odzivno in učinkovito načrtovanje storitev in ukrepov na ravni posameznika, na lokalni in na nacionalni ravni. Uporabnik zadrži vpliv nad storitvami, zaradi česar je prejeta storitev po vsebini in obsegu odgovor na njegove potrebe. Z ustreznimi storitvami uporabnik prejme potrebno podporo za uresničevanje življenjskih ciljev in tako uresničuje pravico do kakovosti življenja. Snovalce učinkovitih socialnih storitev morata pri uveljavljanju načela kakovosti življenja prebivalstva usmerjati dve vprašanji: kako doseči, da bodo ljudje zadržali vpliv nad svojim življenjem, ko vstopijo v sistem socialnega varstva in kako doseči, da bo ljudem, ki prejemaajo socialne storitve, odvzeti vpliv povrnjen. (Škerjanc 2004: 57)

2.2 INVALIDI

Razumevanje invalidnosti posameznikov v družbi se v zadnjih letih vedno bolj pomika od »medicinskega« k »družbenemu« pojmovanju. Zato so razumljive tudi precejšnje spremembe v definicijah invalidnosti v mednarodnih dokumentih in nacionalni literaturi za to področje. (Vertot 2007: 9)

Invalidi so ljudje z dolgotrajnimi telesnimi, duševnimi, intelektualnimi ali senzoričnimi okvarami, ki jih v povezavi z različnimi ovirami lahko omejujejo, da bi enako kot drugi polno in učinkovito sodelovali v družbi. (OZN v Vertot 2007: 9)

Po Zakonu o invalidskih organizacijah (ZInvO v Vertot 2007: 9) je invalid posameznik, ki zaradi prirojenih ali pridobljenih okvar in oviranosti, ki jo pogojuje oziroma ustvarja

fizično in družbeno okolje, ne more sam delno ali v celoti zadovoljevati potreb osebnega, družinskega in družbenega življenja v okolju, v katerem živi, v skladu z mednarodno klasifikacijo.

Po Zakonu o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov (ZZRZI v Vertot 2007: 9) je invalid oziroma invalidna oseba, ki pridobi status invalida po tem zakonu ali po drugih predpisih, in oseba, pri kateri so z odločbo pristojnega organa ugotovljene trajne posledice telesne ali duševne okvare ali bolezni in ima zato bistveno manjše možnosti, da se zaposli ali ohrani zaposlitev ali v zaposlitvi napreduje.

Po 60. členu Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju RS (ZPIZ-1 v Vertot 2007: 9) pa je invalidnost podana, če se zaradi sprememb v zdravstvenem stanju, ki jih ni mogoče odpraviti z zdravljenjem ali ukrepi medicinske rehabilitacije in so ugotovljene skladno s tem zakonom, zavarovancu zmanjša zmožnost za zagotovitev oziroma ohranitev delovnega mesta oziroma za poklicno napredovanje.

Če povzamemo našete zakonske opredelitve invalidnosti, ugotovimo, da vsi invalidi nimajo pravno definiranega statusa invalida in zato tudi nimajo nobenih pravic iz naslova invalidnosti na podlagi zavarovanj ali po drugih predpisih. Določene oviranosti so torej spregledane in tako te osebe nimajo statusa invalida, npr. nekatere odrasle osebe z motnjami v duševnem zdravju (Trbanc in drugi v Kobal in drugi 2004: 8). Za te primere je potrebno urediti posebne pravice. To ne pomeni priznanja statusa invalida, ampak dosledno individualno načrtovanje za vsakega posameznika posebej glede ukrepov, storitev in pravic, ki jih ima po vseh ostalih zakonih in predpisih (Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve v Kobal in drugi 2004: 9)

2.2.1 Delovno vključevanje invalidov

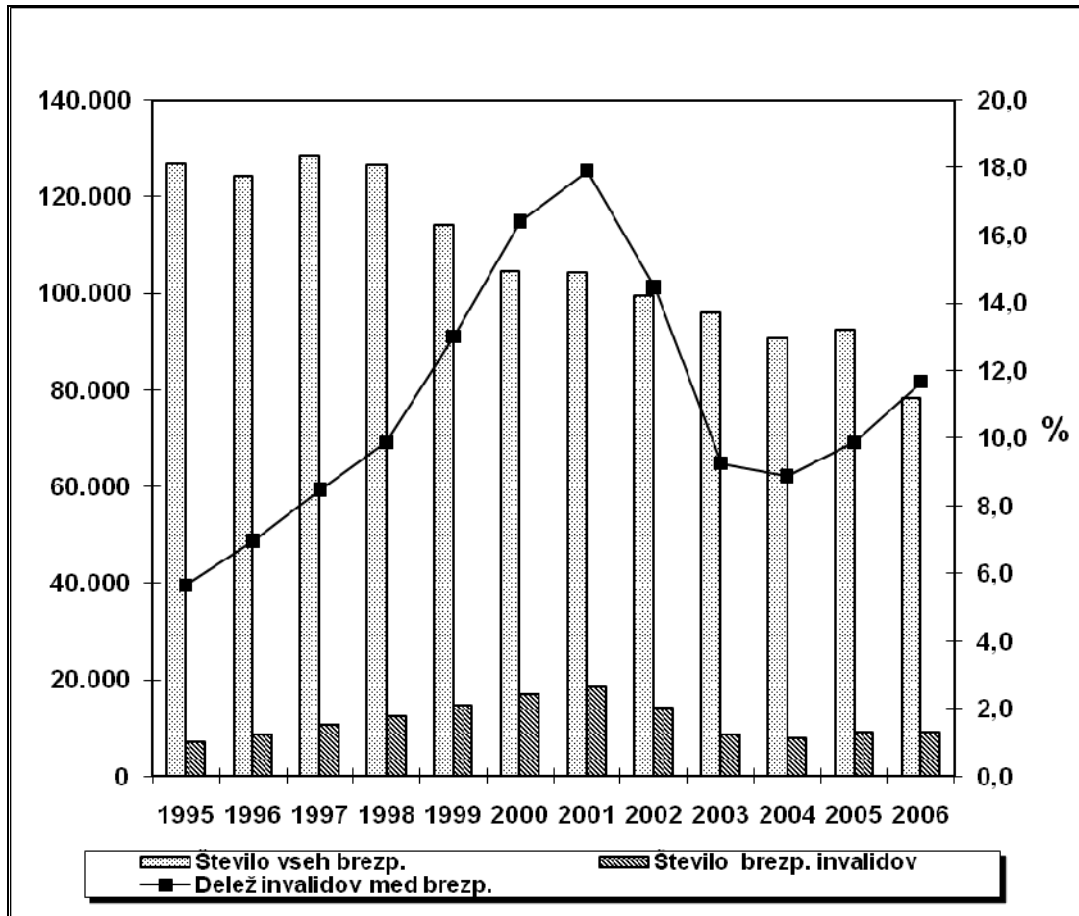
Invalidi v EU predstavljajo vsaj 16% celotnega delovno sposobnega prebivalstva. Več kot 45 milijonov ljudi v Evropi (kar je vsak šesti med nami), starih od 16 do 64 let, ima

ali dolgotrajne zdravstvene težave ali pa status invalida. Mladih, starih od 16 do 25 let, s tovrstnimi težavami je okoli 7,3 %. (Vertot 2007: 5)

Oktobra 2007 je bilo v Sloveniji po podatkih Sklada RS za vzpodbujanje zaposlovanja invalidov zaposlenih 33.210 invalidov (57% moških in 43% žensk). Največ, skoraj 93% je bilo med njimi delovnih invalidov, 2% kategoriziranih mladostnikov, 3% takih, ki jim je bil status invalida priznan po Zakonu o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov (ZZRZI) in Zakonu o usposabljanju in zaposlovanju invalidnih oseb (ZUZIO), 2% je bilo invalidov z ugotovljeno telesno okvaro. Tudi med 10.145 brezposelnimi invalidi je bilo konec oktobra 2007 v Sloveniji največ, 80% delovnih invalidov, 8% kategoriziranih mladostnikov, 11% invalidov, ki jim je bil priznan status invalida po ZZRZI in ZUZIO. (Vertot 2007: 12-13)

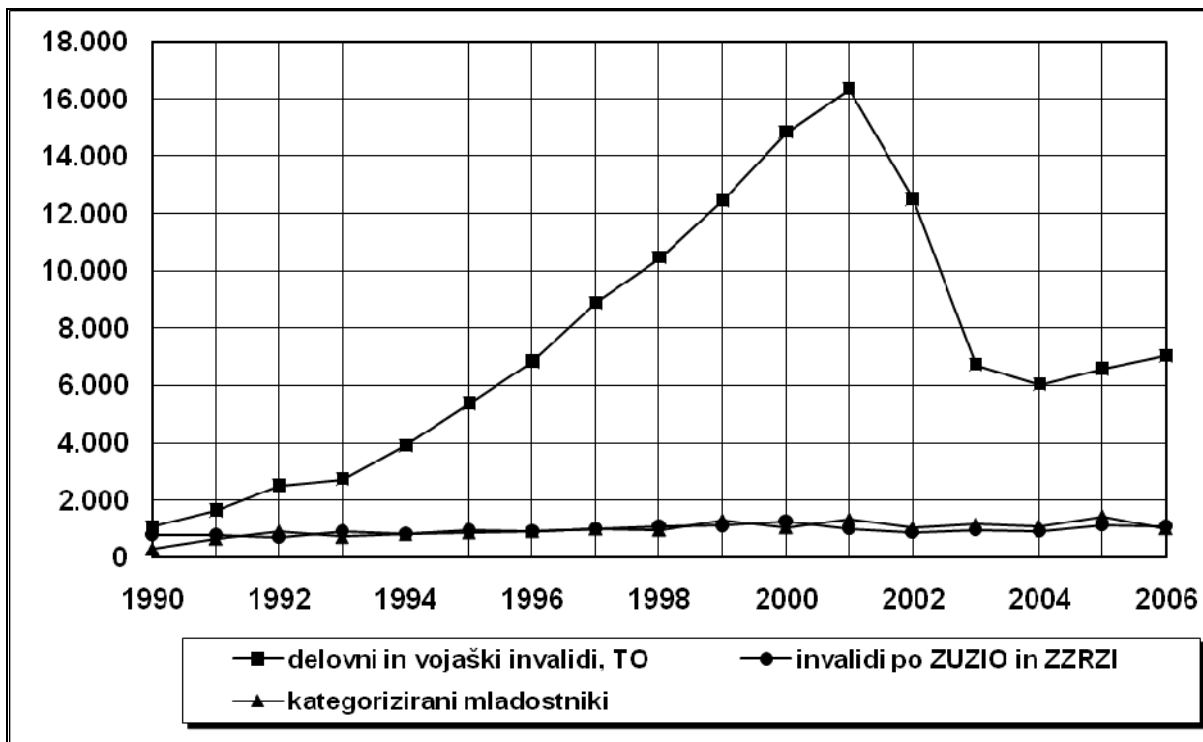
Leta 2007 je bilo med brezposelnimi skoraj 10% invalidov. Bolj kot število brezposelnih invalidov je v Sloveniji zaskrbljujoča sestava brezposelnih invalidov in posledično njihove zaposlitvene možnosti. Tako ima kar polovica invalidov nepopolno osnovno šolo, samo 1,5% pa VI. ali VII. stopnjo izobrazbe, poleg tega pa je 74% invalidov starejših od 40 let. (Vertot 2007: 15)

Slika 2.2.1.1.: Gibanje števila brezposelnih invalidov v letih od 1995 do leta 2006 (na dan 31.12.)



Vir: Zavod za zaposlovanje, 13.7.2008

Slika 2.2.1.2: Registrirani brezposelni invalidi po vrstah invalidnosti od leta 1990 do leta 2006



Vir: Zavod za zaposlovanje, 13.7.2008

Število brezposelnih invalidov se je po letu 2001 vidno zmanjšalo. V letu 2002 je bilo zabeleženo zmanjšanje brezposelnosti med invalidi, in sicer se je število brezposelnih invalidov zmanjšalo v primerjavi z enakim obdobjem leta 2001 za 4.264 oziroma za 22,8%, konec leta 2003 je zabeleženo zmanjšanje brezposelnih invalidov še za 5.545 oziroma za 38,5%. Trend zmanjšanja števila brezposelnih invalidov se nadaljuje še v letu 2004, ko je zabeleženo zmanjšanje še za 824 oziroma 9,3%.

Pri tem je potrebno opozoriti, da se je delež brezposelnih invalidov, ki so v evidenci brezposelnih oseb v letu 2002 – 2004, zmanjšal zaradi sprememb Pravilnika o vsebini in načinu vodenja evidenc s področja zaposlovanja in ne zaradi razloga zaposlitev. Je pa bilo v letu 2004 število brezposelnih invalidov, ki so se zaposlili, večje od povprečja za obdobje 2001 - 2004.

Tabela 2.2.1.3.: Brezposelni invalidi po vrstah invalidnosti v letih 2005 in 2006 (stanje 31. 12.)

Vrsta invalidnosti	Število brezposelnih invalidov		Porast	
	2005	2006	Število	%
Delovni invalidi in invalidi z ugotovljeno telesno okvaro	6.555	7.015	460	7,0
Kategorizirana mladina	1.432	1.008	-424	-29,6
Po ZUZIO IN ZZRZI*	1.124	1.091	-33	-2,9
Vojaški invalidi	24	24	0	0,0
SKUPAJ	9.135	9.138	3	0,0

Opomba: *ZUZIO - Zakon o usposabljanju in zaposlovanju invalidnih oseb,
ZZRZI - Zakon o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov

Vir: Zavod za zaposlovanje, 13.7.2008

Tabela 2.2.1.4.: Razmerje med številom brezposelnih oseb in brezposelnih invalidov v letih od 1995 do 2006

Leto (stanje 31. 12.)	Število brezposelnih Oseb	Število invalidov	Število zaposlenih invalidov	Delež invalidov med brezposelnimi (v %)	Delež delovnih invalidov med Brezposelnimi invalidi (v %)
1995	126.759	7.165	617	5,7	74,7
1996	124.470	8.671	575	7,0	78,7
1997	128.572	10.897	653	8,5	81,3
1998	126.625	12.528	723	9,9	83,3
1999	114.348	14.878	818	13,0	83,6
2000	104.583	17.179	1.131	16,4	86,4
2001	104.316	18.684	874	17,9	87,2
2002	99.607	14.420	949	14,5	86,5
2003	95.993	8.875	830	9,2	75,5
2004	90.728	8.051	987	8,9	74,7
2005	92.575	9.135	1.298	9,9	71,8
2006	78.303	9.138	1.927	11,7	76,6

Vir: Zavod za zaposlovanje, 13.7.2008

Če želimo spodbuditi enakopravno zaposlovanje invalidov, je nujno povečati zaposljivost invalidov, torej razvijati dejavnosti, ki pospešujejo pridobivanje spretnosti in znanj invalidov. Izključenost invalidov s trga dela je namreč neločljivo povezana tudi s problematiko odnosa in pomanjkanja informacij o invalidnosti, zato je treba povečati razumevanje družbe o pravicah, potrebah in zmožnostih invalidov in med cilje vključiti tudi pospeševanje boljšega razumevanja socialne izključenosti. (Tutta 2003)

Prvi pogoj za spremembo ravnanj tudi na področju zaposlovanja invalidov je prepoznavanje njihovih potreb in sposobnosti, torej ne le tistega, kar invalidi potrebujejo za enakopravno vključevanje v delo in življenje, ampak tudi predvsem tistega, kar invalidi s svojim delom lahko ponudijo sebi, svoji družini in širšemu družbenemu okolju. Sposobnosti in volja invalidov bi torej morali določati neodvisno življenje ter njihovo aktivno in produktivno vlogo v družbi. (Tutta 2003)

Vključevanje invalidov na različna delovna mesta in opravljanje vsakovrstnih del pa bo postala tudi nujnost, kajti gospodarska rast in socialna kohezija se v sodobni družbi prepletata. Za večjo gospodarsko uspešnost zato postaja vse bolj pomembno oblikovanje družbe, v kateri je manj izključenosti.

Eden strateških ciljev, ki si jih zastavlja EU v prvem desetletju 21. stoletja, je spopad s socialno izključenostjo. Invalidi nimajo vedno enakih možnosti kot drugi državljani. Četudi se jim z zakonodajo zagotavljajo socialne pravice, pa jim ni vedno zagotovljena pravica do enake udeležbe. Zato jih kot družbeno skupino štejemo med izključene družbene skupine.

Bistvo novega pristopa, katerega cilj je socialno vključevanje (Tutta 2003):

- poudarjanje pravic posameznika – državljana, invalida – in ne zaščite ranljivih, šibkejših; torej ne obravnava invalidov kot objektov, »nevidnih državljanov«, in ravnanje z njimi na podlagi usmiljenja, ampak kot subjektov, ob upoštevanju dostojanstva posameznika; ne le priznavanja nadomestil za izključenost iz družbenega življenja, ampak ustvarjanje možnosti za aktivno vključevanje

- invalida; ne obravnavanje invalidov kot problemov, ampak kot ljudi s svojimi pravicami.
- poudarjanje individualnih razlik (pozitivna diskriminacija) in ne obvezna prilagoditev neživljenjski normi (standardu povprečnega državljana), kajti družba enakopravnih ljudi je tista družba, ki sprejema razlike med ljudmi in jih pozitivno usklajuje. Proces vključevanja invalidov v družbo je tako cilj kot sredstvo. Invalidni otroci na primer se vključujejo v isto šolo kot drugi otroci tudi zato, ker imajo neinvalidni otroci pravico do navzočnosti invalidnih otrok, da se tako pripravijo na življenje v skupnosti različnih.
 - polnopravno državljanstvo, ki pomeni tudi pravico vseh ljudi do aktivnosti in enake udeležbe. Gre za enako možnosti, enakost priložnosti in enakost rezultatov. To pa pomeni, da je pravica, ki velja za vse, enako uporabljena tudi pri invalidih, na primer pravica do izobrazbe tudi pri invalidih pomeni pravico do enake ter ustrezne izobrazbe. Gre tudi za to, da ima vsak pravico do nekih zagotovljenih pravic (predvsem ekonomskih in socialnih), ne glede na njegov prispevek ali sposobnost prispevati.

Resolucijo o enakih možnostih zaposlovanja, sprejel jo je Svet EU v letu 1999, namenja posebno pozornost na področju zaposlovanja invalidom in drugim skupinam ali posameznikom, ki se soočajo z oviranostmi pri zaposlovanju, ter razvoju preventivne in aktivne politike za njihovo integracijo na trg delovne sile. Ključni dejavnik integracije invalidov je poklicno usposabljanje in zaposlovanje. Nacionalni akcijski načrti zaposlovanja naj bi spodbujali zaposlovanje invalidov, pri tem pa naj bi sodelovali vsi partnerji in nevladne organizacije. Evropski socialni fond naj bi zagotavljal pri tem finančne možnosti. Pridobitve informacijske družbe naj bi spodbujale nove možnosti zaposlovanja, spodbujalo in prepoznavalo naj bi se primere dobre prakse. Resolucija namenja posebno pozornost prilagajanju delovnih mest, dostopnosti delovnih mest, veščinam in kvalifikacijam invalidov ter dostopnosti do poklicnega usmerjanja in službam, ki zaposlujejo invalide.

Nova, na znanju temelječa družba ponuja velike možnosti za zmanjševanje socialne izključenosti tudi z ustvarjanjem novih načinov sodelovanja v družbi. Nove informacijske in komunikacijske tehnologije so izjemna priložnost, če se seveda izognemo tveganju za nastanek vedno večje vrzeli med osebami, ki imajo dostop do novega znanja in tistimi, ki ga nimajo. Zato je tudi Evropski svet v Lizboni določil, da si je treba prizadevati za preprečevanje izključenosti iz informacijske družbe in pri tem še posebno pozornost posvetil prav invalidom (pod geslom »E-Evropa 2002 – informacijska družba za vse«). (Tutta 2003)

Socialno in delovno vključevanje invalidov zahteva nov pogled na invalidnost, ki naj ne pomeni nezmožnosti za delo, ampak ob podpori, možnost za enakovredno vključevanje v socialno in delovno okolje.

Ne gre za zaposlovanje slepih, gluhih, duševno bolnih,... gre za zaposlovanje, vključitev v delo, sprejetje medse, v družbo, posameznike, enkratne s svojimi sposobnostmi, zmožnostmi, znanji, interesi in željami.

2.3 OSEBE Z MOTNJAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU

V magistrski nalogi se osredotočava na skupino ljudi, o kateri je na voljo malo podatkov, ki bi kompleksno opisovali njen položaj, in ki so z vidika problematike trga dela pogosto skrite (z vidika registrov Zavoda za zaposlovanje so osebe iz te skupine pogosto skrite med dolgotrajno brezposelnimi oz. težko zaposljivimi osebami in invalidi, vendar jih ne identificirajo po njihovih lastnostih). Na podlagi relevantne literature in strokovnega razmisleka sva izbrali skupino oseb z motnjami v duševnem zdravju.

Analiza položaja izključenih družbenih skupin v Sloveniji je med najbolj izključene družbene skupine na tretje mesto uvrstila ljudi z dolgotrajnimi duševnimi stiskami (za nekaterimi skupinami mladih in nekaterimi skupinami žensk). Njihov družbeni položaj zaznamujejo tri vrste diskriminatornosti in izključenosti: ekonomska, socialna in kulturna. Med socialnimi indikatorji avtorici Zaviršek in Škerjanc navajata

institucionalizem, hospitalizem in azilarno prakso, socialno varstvo, ki temelji na pokroviteljski praksi skrbi za ljudi in manj na osebni avtonomiji in individualnih pravicah, in odsotnost izbire izvajalcev storitev. (Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve 2000)

2.3.1 Potrebe oseb z motnjami v duševnem zdravju

Tanja Lamovec navaja, da ni res, da imajo ljudje, ki so označeni za osebe z motnjami v duševnem zdravju, posebne potrebe. Potrebujemo enake stvari, kot jih potrebujejo vsi: Ljubezen, svobodo, prostor, zasebnost, prijatelje, denar, dostojen prostor za življenje, dobro hrano, priložnost biti aktiven in koristen, zadovoljstvo, sprehode,... zato, da smo to, kar smo, in se lahko čutimo kot del sveta. (Lamovec 1995: 106)

Nevladne organizacije, med njimi tudi tiste, ki se ukvarjajo z osebami z motnjami v duševnem zdravju, identificirajo in zadovoljujejo naslednje potrebe invalidov (Uršič in Kroflič v Zupančič 2004: 59):

- potrebo po druženju s sebi enakimi - gre za potrebo po identifikaciji, kar prinaša občutek varnosti, pomembnosti in moči,
- potrebo po aktivnosti – organizacija mora omogočiti posamezniku aktivnost do drugih invalidov in med ljudmi zunaj organizacije, aktivno ukvarjanje z lastnim položajem in uveljavljanjem na enem ali več življenjskih področjih namreč omogočata nadzor nad realnostjo in s tem pozitivno stališče do sebe in družbe,
- potrebo po soupravljanju – ta zajema obvladovanje svojega okolja, razpolaganje s svojim delom in sodelovanje pri oblikovanju kakor tudi pri sprejemanju in izvajanju odločitev,
- potrebo po socialni in ekonomski enakosti – pomeni uveljavitev enakopravne socialne vloge in s tem enakovredne socialne identitete invalidov ter da se izenačijo možnosti za zadovoljevanje ekonomskih in socialnih potreb,
- potrebo po specifični pomoči – kljub delovanju različnih družbenih mehanizmov obstajajo nekatere potrebe invalidov (npr. s sociološkega, psihološkega,

zdravstvenega, rehabilitacijskega in vzgojno-varstvenega področja) zato se morajo zadovoljiti v okviru invalidskih organizacij.

Rezultati raziskave med uporabniki storitev Šenta, slovenskega združenja za duševno zdravje so pokazali, da so potrebe uporabnikov, ki obiskujejo Šent, socialne narave. V rehabilitacijskih službah iščejo pomoč zaradi pomanjkanja družinske opore in zaradi revščine. Večina uporabnikov si zaradi opisanih razlogov želi zaposlitev, izražajo pa tudi potrebo po druženju in podpori. (Švab 2004)

Šent je razvil svoje programe na osnovi potreb uporabnikov: psihološka podpora, družba, stanovanje, hrana, znanje, informacije, zaposlitev, pomoč pri gospodinjskih opravilih in urejanju financ, potreba po urejenem bivanju.

Število oseb z motnjami v duševnem zdravju iz leta v leto raste in s tem potrebe po službah, ki zagotavljajo zdravljenje, krizne intervencije, akutno zdravljenje, nepretrgano zdravljenje in podporo, aktivno rehabilitacijo, osnovno podporo, samopomoč in zagovorništvo.

Srečko Javornik, strokovni delavec v stanovanjskih skupinah v enem izmed svojih predavanj za projekt Skupnostna skrb za uporabnike psihiatričnih služb na Krasu identificira predvsem potrebe oseb z motnjami v duševnem zdravju, ki zahtevajo organizirano podporo in različne izvajalce (Javornik 2003: 44-45)

- informiranje in svetovanje o obstoječih servisih (službah, elementih podporne mreže v skupnosti) in načinih ter pogojih za pridobitev potrebne pomoči,
- emocionalna podpora,
- oskrba (SS), pomoč na domu,
- denarne podpore, dajatve in pomoči,
- prilagojeno stanovanje in oprema, glede na vrsto prizadetosti,
- ustrezni prevozi,
- zabava in prostčasne aktivnosti.

Marjeta Ferlan Istinič, predstavnica Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve v predavanju za projekt Skupnostna skrb za uporabnike psihiatričnih služb na Krasu

izpostavlja problematiko neobstoja analize potreb in mrež različnih programov, ki bi temeljili na potrebah uporabnikov. Kot pravi, so to naslednje naloge in odprta vprašanja Ministrstva kot tudi izvajalcev programov pomoči. (Istinič Ferlan 2003: 82)

Prav tako poudarja Trbančeva s sodelavci (2003: 23), da slovenska zakonodaja nikjer ne obravnava specifičnih potreb oseb z motnjami v duševnem zdravju, ki bi potrebovali večjo fleksibilnost pri strukturi delovnega dneva in tedna, delo na domu, različna svetovanja in podobno.

Ne glede na opažanja Istiničeve pa obstaja tako v slovenskem kot mednarodnem prostoru kar nekaj raziskav potreb uporabnikov programov socialnega varstva, ki nakazujejo kakšne programe le-ti potrebujejo.

Švabova tako navaja nekaj raziskav namenjenih ocenam potreb ljudi s hudimi duševnimi težavami. Izhajajoč iz standardiziranega vprašalnika namenjenega oceni potreb oseb s hudimi duševnimi težavami (Phelan v Švab 2004), so nekatere izmed njih: potreba po zdravljenju, potreba po psihološki podpori, družbi, stanovanju, hrani, znanju, informacijah, zaposlitvi, urejenem bivanju, pomoči pri gospodinjskih dejavnostih in urejanju financ, po obvladovanju samomorilnosti in napadlnosti. (Švab 2004)

Raziskava Marsha s sodelavci (Marsh in drugi v Švab 2004) je pokazala, da so najpogostejše potrebe po primernem zaslužku, udobnem in varnem stanovanju in po zdravstvenem zavarovanju. Rezultati raziskave Švabove (2004) so kot glavno potrebo oseb z motnjami v duševnem zdravju pokazali na pomoč zaradi pomanjkanja družinske podpore in zaradi revščine. Na podlagi tega si večina uporabnikov želi zaposlitev, izražajo pa tudi potrebo po druženju in podpori.

Flaker (1995b) je sestavil katalog potreb ljudi z dolgotrajnimi psihosocialnimi stiskami. Najprej je navedel potrebe, katere bi zadovoljene nadomestile hospitalizacijo (potreba po gotovosti, zatočišču, tveganju, itd.); nato potrebo po stanovanju, potrebo po delu in denarju, potrebo po stikih in družabnosti, potrebe, ki se navezujejo na institucionalno

kariero (informiranost, možnost pritožbe, zaščite, itd.), potrebe neumeščenosti in pripadnosti (osamosvajanje, skrb zase, itd.) in nazadnje tudi spolno specifične potrebe.

2.3.2 Delovno vključevanje oseb z motnjami v duševnem zdravju

Podatki o številu in strukturi brezposelnih invalidov kažejo, da je odstotek invalidov med vsemi brezposelnimi visok in da je kar 76% brezposelnih invalidov dolgotrajno brezposelnih. Tako je tudi z osebami z motnjami v duševnem zdravju: zelo težko si pridobijo in ohranjajo zaposlitev. Posledično iz tega sledi, da je brezposelna oseba z motnjami v duševnem zdravju na tak način pogosto izločena iz večine socialnih dejavnosti, ki zaposlujejo čas običajnih ljudi, za mnoge dejavnosti nima denarja, zaradi osebnih težav pa nemalokrat izgubi interes za kakršnekoli oblike komuniciranja.

Oseba z motnjo v duševnem zdravju se po odpustu iz bolnišnice sooči z novim obdobjem, v katerem mora znova vzpostaviti vsakdanje navade, si oblikovati ustreznejšo samopodobo ter se soočiti z vprašanji glede prihodnosti. V tem času je ta oseba zaradi svoje izkušnje hospitalizacije v veliki meri obremenjena s pomanjkanjem samospoštovanja, osiromašena zaradi bolezni in socialno nespretna, zaradi česar le težko vstopa v kompleksen in socialno zahteven sistem zaposlovanja. Največkrat se zgodi, da se mora oseba z motnjo v duševnem zdravju po odpustu iz psihiatrične bolnišnice, ne glede na svoj izobrazbo soočiti z odpustom iz svojega delovnega mesta. Za vzrok odpustitve delodajalci ponavadi navajajo strah pred ponavljanjem krize, ki posledično vodi v bolniški stalež ta pa v neizpolnjene zahteve delodajalca. Oseba z motnjo v duševnem zdravju se tako poleg stigme »duševnega bolnika« sreča še s stigmo »brezposelnega«. (Švab 2004)

Najopaznejše premike v smeri zaposlovanja oseb z motnjami v duševnem zdravju je v zadnjih letih bilo možno zaslediti na področju nevladnega neprofitnega sektorja, ki skrbi za duševno zdravje v skupnosti. Strokovnjaki, ki so zaposleni v tovrstnih organizacijah poudarjajo, da delo oziroma zaposlitev večkrat pomeni preprečevalni dejavnik v

ponavljanju in stopnjevanju bolezni, saj socialna in ekonomska integracija pozitivno vplivata na njihovo samopodobo. (Švab 2004)

V raziskavi o socialni in ekonomski izključenosti ranljivih skupin (Trbanc in drugi 2003: 56) zaključujejo, da na slab položaj teh oseb na trgu delovne sile vpliva več, prepletajočih se dejavnikov:

- specifične težave posameznikov povezane z življenjskim stilom in zdravstvenim stanjem,
- daljša odsotnost z dela, navadno zaradi daljših obdobj zdravljenja,
- apatičnost in nizka motiviranost za iskanje dela in zaposlitve, ki je lahko posledica slabih izkušenj, nezaupanja v lastne zmožnosti ali v morebitne priložnosti,
- pripisana stigma in nezaupanje delodajalcev.

Več kot je pri posamezniku prisotnih opisanih dejavnikov, težji je njegov položaj in manj je verjetno, da bo zaposlitev iskal, oziroma da jo bo našel in obdržal.

2.3.2.1 Potrebe povezane z delovnim vključevanjem

Bračkova (2004) kritično ocenjuje, da je področje zaposlovanja oseb z motnjami v duševnem zdravju problematično predvsem zato, ker delovno pravna zakonodaja nikjer ne obravnava specifičnih potreb teh oseb. Ni nobenih državnih programov ali ukrepov, ki bi jim bili konkretno namenjeni, pač pa so tem osebam v okviru Zavoda RS za zaposlovanje namenjeni programi za invalide oziroma njihovo področje ureja Zakon o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov.

Osebe z motnjami v duševnem zdravju težko enakovredno sodelujejo na trgu delovne sile tako zaradi stigme kot tudi dejanske zmanjšane delazmožnosti. Po izkušnjah strokovnih delavcev nevladnih organizacij kot tudi centrov za socialno delo in uradov za delo, je ta skupina zelo redko zmožna polni delovni čas opravljati določeno delo, prav tako delo, ki zahteva doseganje natančno predpisanih norm. Prav tako se srečujejo z omejitvami kot so slabša koncentracija in slabše motorične sposobnosti, ki so posledica uporabe zdravil. Če so osebe zbolele v času pubertete, jim navadno ni uspelo dokončati šolanja, kar

predstavlja še dodatno oviro pri zaposlovanju. Ko bolezen izbruhne, oseba začne doživljati občasne ali redne krize, kar vpliva na njeno storilnost, ki začne močno varirati. Na slab položaj teh oseb vpliva tudi pogosta daljša odsotnost iz sfere dela, navadno zaradi daljših obdobj zdravljenja. Zaradi daljše odsotnosti se pogosto težko hitro vključijo nazaj v običajne in pričakovane življenjske vzorce. Daljša odsotnost iz sfere dela pa vpliva tudi na upad njihovih delovnih sposobnosti, upad in zastaranje poklicnih znanj in spretnosti, pa tudi na upad delovnih navad. Delodajalcem se odsotnost kaže kot neredna, dolgotrajno prekinjena delovna zgodovina posameznika, zaradi česar so pri zaposlovanju takih posameznikov zelo previdni. Več kot je pri posamezniku prisotnih opisanih dejavnikov, težji je njegov položaj in manj je verjetno, da bo zaposlitev iskal oziroma da jo bo načel in obdržal. (Kobal 2005: 7-8)

Ker je zelo malo oseb z motnjami v duševnem zdravju, ki res niso sposobne delati, bi bilo nujno poskrbeti, da te osebe dobijo zaposlitev za tisti čas, ko lahko delajo. Najbolje bi bilo, če bi jih lahko vključili v normalno delovno okolje s prilagojeno zaposlitvijo. Take prilagojene oblike zaposlitve so lahko tudi fleksibilne zaposlitve, na primer zaposlitev za krajši delovni čas, delitev delovnega mesta (več oseb si deli delovno mesto), delo na domu, omogočanje bolj fleksibilnega delovnega časa (akumuliranje delovnih ur) in podobno. S spodbujanjem fleksibilnega zaposlovanja teh oseb bi preprečili segregacijo in prezgodnje upokojevanje, ki nenazadnje močno bremeni državni proračun. (Kobal 2005: 10)

Zaposlitvena rehabilitacija je za osebe z motnjami v duševnem zdravju zelo pomembna, zato bi kazalo na nivoju ukrepov politike zaposlovanja bolj podpreti možnosti in prakse fleksibilnega zaposlovanja, do katerih imajo delodajalci precej nezaupljiv odnos (z izjemo zaposlovanja za določen čas, ki pa ima povsem drugačne učinke in še krepi marginalizacijo dela delovne sile). Podpreti bi kazalo (s sredstvi sofinanciranja in zagotavljanja podporne mreže) tudi možnosti za samozaposlovanje teh oseb v obliki kooperativ⁸, ki so v nekaterih evropskih državah zelo uspešne. Za posameznike, ki imajo

⁸ Začetki socialnih kooperativ so tesno povezani s procesom deinstitucionalizacije psihiatričnih bolnic v Italiji konec 60-ih let. Prva socialna kooperativa je nastala za zidovi nekdanje psihiatrične bolnice v Trstu

trajne posledice in invalidnosti zaradi svojih dolgo časa trajajočih težav ter za posameznike, ki so šele v postopku reševanja svojih akutnih težav ali pa jih ne morejo trajno razrešiti so primerne podporne (varovane) oblike zaposlitev v tako imenovanih socialnih podjetjih⁹. (Trbanc in drugi v Kobal 2005: 9-10)

Namesto obvezovanja delodajalcev, da zaposlujejo osebe iz ranljivih skupin (na primer kvotni sistem), bi bilo bolje poudariti različne pozitivne ukrepe in akcije (pozitivno motiviranje delodajalcev; pozitivne akcije prepričevanja; primeri dobrih praks v Sloveniji in tujini; predstavitev socialne odgovornosti podjetja kot elementa, ki je zelo prisoten v zaposlovalskih praksah držav Evropske unije; sodelovanje in dogovarjanje delodajalcev in sindikatov). Seveda je ob tem pomembno ohraniti subvencije in druge oblike pomoči delodajalcem. (Trbanc in drugi 2003: 68-70)

Delovno vključevanje ranljivih skupin je zelo odvisno tudi od sodelovanja med javnimi institucijami (centri za socialno delo, uradi za delo, območnimi službami Zavoda RS za zaposlovanje) in nevladnimi organizacijami. Strokovni delavci in sodelavci na centrih za socialno delo ocenjujejo, da nevladne organizacije lahko bistveno bolje vodijo različne re-integrativne, motivacijske in rehabilitacijske programe za osebe iz ranljivih skupin, kot bi to lahko kakšna državna oziroma javna institucija, saj se lahko posameznikom bolj približajo in jih obravnavajo celostno (ob podpori drugih institucij). Potrebno bi bilo finančno spodbujati (država, donatorstvo) samo-organiziranost oseb iz ranljivih skupin, različne inovativne pobude, ki prihajajo s strani uporabnikov in zagovorništvo. (Trbanc in drugi 2003: 68-70)

in se imenuje Cooperativa Lavoratori Uniti di Franco Basaglia in obstaja še danes. Leta 1991 so v Italiji končno sprejeli Zakon 381 (Gazzetta Ufficiale, št. 283, december 1991), ki opredeli socialne kooperative ter postavi pravila igre. Ta zakon opredeljuje poslanstvo kooperativ v smislu delovanja v javno dobro tako, da opravljajo socialne, zdravstvene in izobraževalne storitve, razvijajo različne dejavnosti (kmetijske, industrijske ali trgovinske) z namenom usposabljanja in zaposlovanja težje zaposljivih oseb. Težje zaposljive osebe so: fizični in psihični invalidi, nekdanji oskrbovanci psihiatričnih ustanov, subjekti, ki niso v psihiatrični obravnavi, odvisniki, alkoholiki, mladoletne osebe v obdobju zaposljivosti in z družinskimi težavami. Status težje zaposljivih imajo tudi migranti, ki jim zaradi nepoznavanja lokalnega jezika in kulture grozi socialna izključenost in brezposelnost. Socialna kooperativa mora zaposlovati najmanj 30% oseb s statusom težje zaposljivih. (Pavel 2003: 13)

⁹ Združenje evropskih socialnih podjetij je oblikovalo naslednjo definicijo socialnega podjetja: »Je neprofitna, samostojna dejavnost, katere namen je zagotavljati zaposlitev marginalnim skupinam ljudi, ki so zaradi svojih specifičnosti nekonkurenčni na prostem delovnem trgu.« Socialno podjetje predstavlja vmesno obliko med običajnim (tržnim) zaposlovanjem in posebnimi oblikami zaposlovanja. Na celjskem že obstaja takšno podjetje, ki pa je še vedno (že nad 5 let) v eksperimentalni fazi in še ni prešlo v običajno dejavnost. (Trbanc in drugi 2003: 23)

Nenazadnje bi veljalo še opozoriti o vključevanju oseb iz ranljivih skupin v izobraževanje, saj imajo glede na raziskovalne ugotovitve pogosto slabo izobrazbo in tako že v izhodišču slabši položaj na trgu delovne sile. Programi, ki se kažejo kot potrebni so programi za dokončanje izobrazbe, pridobitev kvalifikacije, prekvalifikacije in podobno. Izobrazba je eden ključnih dejavnikov procesu preprečevanja marginalnosti v ranljivih skupinah in je zato omogočanje dvigovanja izobrazbene ravni posameznikov iz ranljivih skupin pomembno tudi za boljšo družbeno vključenost teh oseb. Poleg tega ima že sama vključenost v proces izobraževanja, podobno kot delovna vključenost, močne re-integracijske učinke, učinke na širjenje socialnih omrežij in osebno rast posameznikov. Z izboljšanjem izobrazbene strukture se izboljša tudi zaposljivost posameznikov iz ranljivih skupin (ob razrešitvi njihove akutne problematike). (Trbanc in drugi 2003: 62-63)

Vključevanje oseb iz ranljivih skupin v izobraževanje in zaposlitev terja od njih določeno raven motivacije, ki jo nasprotno od mnenja delavcev v javnih institucijah, le ti imajo (ugotovitev raziskave o socialni in ekonomski vključenosti ranljivih skupin v Sloveniji). Osebe iz ranljivih skupin prav pogosto ocenjujejo zaposlitev kot izhod iz svoje situacija in izjavljajo, da bi se želeli zaposliti (pogosto sicer pod določenimi pogoji, vendar je osnovna motivacija prisotna). Motivacija in namen posameznikov morda niso posebej izraziti in trajni, vendar jih ne smemo zanemariti, saj to lahko vodi v pasiven odnos strokovnih delavcev v javnih institucijah ter v situacijo, ko le-ti lahko spregledajo tiste posameznike, ki so motivirani in ki jim bi bilo mogoče pomagati. Mnenje nevladnih organizacij, ki so sodelovale v raziskavi, se pogosteje sklada z mnenji intervjuvanih posameznikov. (Trbanc in drugi 2003: 63)

3 PRAVNI OKVIR

Pravna ureditev usposabljanja in zaposlovanja duševno obolelih je v pretežni meri vključena v predpise, ki urejajo invalidsko problematiko kot takšno. V skladu s postopnim razvojem invalidskega varstva oziroma razumevanja pojma invalidnosti - duševna obolelost je bila kot etiološki dejavnik invalidnosti priznana relativno pozno - marsikje fenomen invalidnosti ni ustrezno vključen v proces ocenjevanja invalidnosti, rehabilitacije in zaposlitve. Že iz razvoja pojmovanja invalidnosti vemo, da je najprej veljala anatomska koncepcija invalidnosti. Po tem pravilu sta se tako splošna fizična sposobnost kot invalidnost opredeljevali skozi anatomske popolnost. Šele pozneje sta teorija in praksa prešli pri ugotavljanju invalidnosti na fiziološko in funkcionalno koncepcijo. Najprej v smislu opravljanja dela, nazadnje tudi v širšem smislu vključevanja v družbo v okviru pojmovanja »oviranosti oziroma hendikepa«¹⁰. Posledica nekdanje miselnosti se kaže tudi v tem, da se duševna obolelost ne upošteva v ustrezni meri pri ugotavljanju delazmožnosti in priznavanju pravic, ki iz tega statusa izhajajo. (Drobnič 2006: 38)

V vedno hitreje spreminjajočem se gospodarskem in družbenem okolju EU je čedalje potrebnejše ustrezno vključevanje problematike invalidnosti. Za ustrezno politiko na področju invalidnosti, čim primernejšo za dane razmere, so sicer odgovorne predvsem posamezne države, a tudi politike in ukrepi Skupnosti na več načinov vplivajo na položaj invalidnih ljudi. "Cilj dolgoročne strategije Evropske unije za invalidnost, katere namen je invalidnim osebam omogočiti uresničevanje pravice do dostojanstva, enakega obravnavanja, samostojnega življenja in sodelovanja v družbi, je zagotavljanje enakih možnosti. Ukrepi, ki jih je sprejela Evropska unija, pa krepijo skupne ekonomske in

¹⁰ Izraz "oviranost" oziroma »hendikep« (ang. handicap) pomeni izgubo ali omejitev možnosti vključevanja v življenje skupnosti na enaki ravni kot pri drugih ljudeh in opisuje srečanje med invalidno osebo in okoljem. Izraz želi poudariti osredotočenje pozornosti na pomanjkljivosti v okolju in v mnogih organiziranih aktivnostih v družbi, npr. informacijah, komuniciranju in izobraževanju, ki preprečujejo invalidom, da bi se vanje vključevali pod enakimi pogoji kot vsi ostali. V znanstvenem diskurzu je zaslediti oba izraza, zato je tudi v tem prispevku izbor prepuščen citiranim avtorjem.

socialne vrednote EU tako, da invalidnim osebam omogočajo razvoj njihovih sposobnosti in sodelovanje v družbi in gospodarstvu. (Vertot 2007: 4)

Kljub dejavnosti vlad in organizacij na področju invalidnosti se invalidi pri vključevanju v družbo kot njeni enakopravni člani še vedno spopadajo s številnimi ovirami. Pogoste so kršitve človekovih pravic invalidov po svetu na raznih področjih: v izobraževanju, pri zaposlovanju, glede socialne varnosti in zdravja. (Vertot 2007: 4)

Današnje antropološke raziskave dokazujejo, da večina znanih družb občuti do prizadetih ljudi nekaj nelagodja in da so posamezniki v skupnost vključeni tako, da so iz nje hkrati tudi izključeni. Izključenost se kaže v poimenovanjih, v družbenih statusih in identitetah, ki jih smejo hendikepirani privzeti, pa tudi kozmogoniji vrednot, ki veljajo v določeni družbi« (Zaviršek 2000: 163).

Izključenost ni toliko posledica splošnih pravnih norm, pač pa neenakih možnosti, ki so v najtesnejši povezavi z neenakostjo dostopa do ključnih družbenih virov. Zato je razumljivo, da Organizacija združenih narodov, Svet Evrope, pa tudi Evropska unija tako zelo poudarjajo vključevanje hendikepiranih.

Kot izhodišče za učinkovito politiko vključevanja invalidov v družbo, je med drugim treba v prvi vrsti poskrbeti za zagotavljanje zaposlovanja, ki za hendikepirane pomeni ekonomsko samostojnost in socialno varnost, predvsem pa je glavni pogoj za samostojno življenje. Zato so tudi za Slovenijo pomembni pravni akti, ki so jih sprejele mednarodne organizacije. Kljub temu, da nekatere med njimi niso pravno obvezujoče, predstavljajo le t.i. moralno obvezo, na kateri pa je smiselno graditi, da se zagotovijo možnosti za enako vključevanje vseh ljudi, še posebno hendikepiranih. (Klinkon in Fuhrer 2006: 14)

V nadaljevanju so predstavljeni izbrani dokumenti mednarodnih organizacij na področju zaposlovanja, usposabljanja in rehabilitacije hendikepiranih oseb.

3.1 MEDNARODNI PRAVNI VIRI

Pri mednarodnih pravnih virih socialne varnosti ločimo univerzalne akte (deklaracije in pakti OZN, konvencije in priporočila Mednarodne organizacije dela (v nadaljevanju MOD) ter akte, sprejete v okviru Svetovne zdravstvene organizacije), regionalne, ki veljajo na področjih posameznih regij, večstranske ali multilateralne, ki jih sprejme več držav, in dvostranske ali bilateralne vire socialne varnosti. Temelji omenjenih virov temeljijo na dveh predpostavkah, in sicer:

- določiti minimalne socialne pravice oziroma standarde, temeljne pogoje za nastanek pravic in minimalni obseg dajatev;
- ustvariti pogoje za koordinacijo, harmonizacijo in približevanje sistemov socialnih pravic.

(Novak in Cvetko 2005: 41).

3.1.1 Organizacija združenih narodov

Organizacija združenih narodov (OZN) je najpomembnejša mednarodna vladna organizacija, ustanovljena leta 1945. Njeno delovanje posega na področje reševanja političnih sporov, ekonomski razvoj, človekove pravice, humanitarne dejavnosti, razvoj mednarodnega prava. Leta 1948 je OZN sprejela temeljni dokument s področja človekovih pravic z naslovom *Splošna deklaracija človekovih pravic*. Ta dokument je izrecno postavil načelo »enakih pravic« vseh in vsakogar. Uveljavljanju človekovih pravic so sledile tudi spremembe razumevanja invalidnosti in napredki na tem področju. OZN je sprejela vrsto dokumentov, ki posredno in neposredno nakazujejo na pomen izenačevanja možnosti invalidov ter s tem povezanega področja zaposlovanja invalidov: Splošno deklaracijo človekovih pravic, Svetovni program delovanja v korist invalidov, Deklaracijo o pravicah invalidov, Načela o varstvu ljudi z duševno boleznijo in izboljšanju varstva duševnega zdravja, Standardna pravila za izenačevanje možnosti invalidov, Talinske usmeritve za razvoj človeških virov invalidov, Dunajsko deklaracijo itd.. Pravno obvezujoča mednarodna akta, ki sta ravno tako pomembna za pravice

invalidov, sta Mednarodni pakt o državljanskih in političnih pravicah ter Mednarodni pakt o ekonomskih, socialnih, in kulturnih pravicah. (OZN 1948)

Sprejeti sta bili tudi pomembnejši deklaraciji za področje invalidov, ki pa nista pravno zavezujoči: Deklaracija o pravicah duševno prizadetih oseb (1971) in *Deklaracija o pravicah invalidov* (1975). Slednja izpostavlja, da imajo invalidi ne glede na vzrok, naravo ali težavnost invalidnosti, enake temeljne pravice kot njihovi sodržavljeni enake starosti, kar najprej in predvsem pomeni pravico do dostojnega, čim bolj normalnega in polnega življenja. (OZN 1975)

Prav tako ni bil zavezujoč *Svetovni program v korist delovanja invalidov*, ki se je uresničeval v Desetletju invalidov 1983-1992, niti Standardna pravila. *Standardna pravila za izenačevanje možnosti invalidov* je sprejela Generalna skupščina Združenih narodov v letu 1993 in so temeljila na procesu izenačevanja možnosti, s katerim postanejo različne sestavine družbe in okolja dostopne invalidom. Namenjena so postavitvi standardov za programe, predpise in politike s področja invalidskega varstva. Temeljila so na svetovnem programu v korist delovanja invalidom. (OZN 1993)

Standardna pravila za izenačevanje možnosti invalidov v 7. pravilu obravnavajo zaposlovanje invalidov, kjer je že na začetku izpostavljeno, da morajo imeti invalidi pri zaposlovanju enake možnosti za produktivno in donosno delo na trgu dela. Standardna pravila predvidevajo vključevanje invalidov v redno zaposlitev, zaposlovanje v javnem sektorju ter spodbude za vključevanje invalidov v programe usposabljanja in zaposlovanja v zasebnih in neformalnih sektorjih. Države naj z ukrepi akcijskih programov omogočijo prilagoditve delovnih mest in prostorov, olajšanje dostopa do naprav in opreme za invalide ter zagotavljanje podpore na delovnem mestu z osebno pomočjo. Za tiste invalide, katerim ni mogoče zagotoviti redne zaposlitve, je potrebno oblikovati alternativne enote s podpornim ali zaščitnim zaposlovanjem. (Klinkon in Fuhrer 2006: 16)

V nasprotju s konvencijami pravila niso pravno zavezujoč dokument, saj ni potrebno, da jih države podpišejo in ratificirajo. Pomenila so predvsem veliko moralno in politično obveznost držav, da aktivno delujejo na področju enakih možnosti.

OZN je po petih letih intenzivnih pogajanj znotraj Ad hoc odbora za pripravo *Konvencije o pravicah invalidov* leta 2006 le tega sprejel. Konvencija je zgodovinsko pomemben dokument, saj je prvi pravno zavezujoč dokument Združenih narodov s področja invalidskega varstva, ki zagotavlja uveljavljanje človekovih pravic oziroma načela enakih možnosti in enake obravnave ter preprečevanja diskriminacije, ki jo doživljajo invalidi na različnih področjih življenja.

Konvencija ima 50 členov, posebno pozornost namenja položaju invalidnih žensk in invalidnih otrok, poleg tega pa tudi pravicam do dostopnosti, enakosti pred zakonom, varovanja osebne integritete, samostojnega življenja in vključenosti v skupnost, spoštovanja zasebnosti, izobraževanja, zdravja, usposabljanja in rehabilitacije, dela in zaposlitve, ustrezne življenjske ravni in socialne varnosti, sodelovanja v političnem in javnem življenju, itd.

V 34. členu konvencija določa tudi ustanovitev Odbora za pravice invalidov, ki bo spremljal izvajanje konvencije in vsaki 2 leti poročal Generalni skupščini.

Skupaj s predlogom konvencije je Ad hoc odbor 25. avgusta sprejel tudi predlog opcijskega protokola h konvenciji, v katerem je med drugim opredeljena tudi možnost pritožbe zaradi kršenja določil konvencije. Slovenija je od vsega začetka podpirala sprejem konvencije in zato zelo aktivno sodelovala pri pripravi besedila konvencije v Ad hoc odboru. Tako je 2.5.2008 državni zbor sprejel Zakon o ratifikaciji Konvencije OZN o pravicah invalidov. (Uradni list RS 2008)

Načela o varstvu ljudi z duševno boleznijo in izboljšanju varstva duševnega zdravja poudarjajo, da ima vsaka oseba z duševno boleznijo pravico uresničevati vse državljanske, politične ekonomske, socialne in kulturne pravice, ki so zapisane v zgoraj omenjenih dokumentih in tudi v vseh ostalih dokumentih Združenih narodov.

3.1.2 Mednarodna organizacija dela

Mednarodna organizacija dela (MOD) je specializirana agencija Organizacije združenih narodov (OZN). Ustanovljena je bila leta 1919 z Versajsko pogodbo, leta 1946 pa je postala prva specializirana agencija Organizacije združenih narodov. Namen MOD je uveljavljanje socialne pravičnosti in mednarodno priznanih človekovih in delovnih pravic. V okviru OZN ima MOD edinstveno tripartitno strukturo, kar pomeni, da so predstavniki vlad, delodajalcev in delojemalcev enakopravno zastopani v upravnih organih organizacije. MOD postavlja mednarodne delovne standarde v obliki konvencij in priporočil, ki predstavljajo minimalne standarde osnovnih delovnih pravic, kot so svoboda združevanja, pravica do organiziranja, pogajanja za sklenitev kolektivnih pogodb, odprava prisilnega dela, enake možnosti in enaka obravnava ter ostali standardi, ki uravnavajo pogoje, povezane z različnimi vidiki področja dela. (Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve 2008)

Temeljni dokument MOD s področja zaposlovanja invalidov je *Konvencija št. 159 o poklicni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov*, ki jo je SFRJ ratificirala 1987 leta. Konvencija je pomembna, ker definira namen poklicne rehabilitacije v smislu zagotavljanja možnosti invalidu, da si zagotovi ustrezno zaposlitev, jo obdrži in v njej tudi napreduje, ter da se na ta način prispeva k njegovi integraciji oziroma reintegraciji v družbo. Konvencija poudarja, da naj bi bili ukrepi poklicne rehabilitacije dosegljivi vsem invalidom in da politika usposabljanja in zaposlovanja invalidov, kot jo s to konvencijo opredeljuje MOD, temelji na načelu enakih možnosti, saj se posebni ukrepi, katerih namen je, da se doseže dejanska enakost možnosti in obravnavanja invalidnih in drugih delavcev, ne smejo šteti za diskriminacijo drugih delavcev.

V načelih poklicne rehabilitacije in politike zaposlovanja invalidov Konvencija nalaga vsaki članici, da v skladu z nacionalnimi razmerami, prakso in možnostmi oblikuje, realizira in periodično revidira v svoji državi politiko poklicne rehabilitacije in zaposlovanja invalidov (2. člen).

Pomemben akt je tudi *Priporočilo št. 99 o poklicni rehabilitaciji invalidov* in *Priporočilo št. 168 o poklicni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov*. Ključne usmeritve Priporočila št. 168, ki se uporabljajo za vse kategorije invalidov so naslednje: enake možnosti pri zaposlovanju, varstvu zaposlitve in napredovanju ter enaka obravnava kot pri neinvalidih (7. in 9. člen) ter načelo enakih možnosti in obravnavanja invalidnih delavk in delavcev pri uveljavljanju pravice do rehabilitacije in zaposlovanja invalidov (8. člen).

Mednarodna organizacija dela je 2001 sprejela *Kodeks dobre prakse pri urejanju invalidnosti na delovnem mestu*. Dokument nima moči pravnega predpisa, ampak le objavlja in predstavlja posamezna pravila, načine ravnanja in pozitivne izkušnje, ki so jih dosegle posamezne države članice pri zaposlovanju invalidov. Kodeks je oblikovan kot vodnik za delodajalce v zvezi z ravnanjem z invalidnostjo na delovnem mestu. Vsebina kodeksa temelji na usmeritvah iz mednarodnih dokumentov in pobud, ki so bile oblikovane za vzpodbujanje varnega in zdravega zaposlovanja invalidov. Upošteva sodobne poglede na invalidnost, kar pomeni, da invalidnost in več definirana kot najprej in samo posameznikov (zdravstveni) problem, temveč kot zapleten zbir okoliščin oziroma stanj na strani posameznika in družbenih dejavnikov, ki prispevajo k izločanju in nezmožnosti tega posameznika oziroma te skupine državljanov s skupnim imenom »invalidi«, da uveljavljajo temeljne človekove pravice. Zaradi tega ne zadošča, da se zagotovijo ukrepi na strani invalida posameznika (zdravje, rehabilitacija, izobraževanje, itd.), temveč je potrebna družbena aktivnost oziroma je celotna družba odgovorna, da omogoča ustrezne pogoje za polno – enakovredno življenje invalidov in ne-invalidov v družbi. (Tutta in drugi v Završnik 2004: 32)

3.1.3 Evropska unija

Evropska unija je v preteklosti sprejela vrsto »neobvezujočih« predpisov (v obliki priporočil, zaključkov, akcijskih programov, smernic...), ki naj bi vzpodbudili države članice, da bi analizirale veljavno zakonodajo na področju usposabljanja in zaposlovanja invalidov in sprejele nove ukrepe, ki bi bili napisani v duhu sodobnih razumevanj invalidnosti. Izkušnje na tem področju pa so pokazale, da je bil oziroma je učinek

neobvezujočih nadnacionalnih inštrumentov na socialnem področju, v katerega lahko prištevamo tudi usposabljanje in zaposlovanje, zanemarljiv. (Uršič 2004: 13)

V preteklosti se je politika odzivala na invalidnost predvsem z dodeljevanjem socialnih nadomestil in z vzpodbujanjem dobrodelnosti. Ustanavljale so se specializirane ustanove in organizirali so se posebni programi. Ti ukrepi so povzročili še večjo odrinjenost invalidov in občutek večje diskriminacije. Zato politika, programi in ukrepi danes temeljijo na ideji spoštovanja pravic do enakih možnosti in obravnave ter vključevanja čim večjega števila invalidov na običajni trg delovne sile. Cilj strategij Evropske unije je ustvariti spoštovanje in vključenost vseh ljudi ter skupin pod enakimi pogoji brez diskriminacije. (Jerman 2005: 26-27)

Evropska unija je sprejela naslednje dokumente, ki so povezani z enakimi možnostmi in zaposlovanjem invalidov: *Amsterdamsko pogodbo*, *Resolucijo o enakih možnostih za invalide*, *Sporočilo o enakih možnostih za invalide - Nova strategija Evropske unije za invalide*, *Resolucijo o vključevanju invalidnih otrok in mladostnikov v splošne vzgojno-izobraževalne sisteme*, *Priporočilo o zaposlovanju invalidov v Skupnosti*, *Sklepe o zaposlovanju invalidov v Skupnosti ter druge resolucije, ki se nanašajo na določeno skupino invalidov*.

Za začetek velja omeniti *Lizbonsko pogodbo* oziroma pogodbo o reformi, ki bo nadomestila oziroma spremenila obstoječe pogodbe (Pogodbo o Evropski uniji ter Pogodbo o ustanovitvi Evropske skupnosti). Pogodba sicer ohranja večino vsebine, ne pa tudi oblike ustavne pogodbe. Pogodbo mora ratificirati vseh 27 držav članic, ciljni datum za začetek veljavnosti pogodbe pa je 1. januar 2009. Slovenija je pogodbo že ratificirala januarja letos. Lizbonska pogodba vsebinsko ohranja, kar je že vsebovala neratificirana Pogodba o ustavi EU, to je povzemanje Listine o temeljnih pravicah, kjer velja omeniti naslednje člene Pogodbe o ustavi EU: Enakost pred zakonom (II-80. člen), kjer je določeno, da so pred zakonom vsi enaki, prepoved diskriminacije (II-81. člen), kjer je določeno, da je prepovedana vsakršna diskriminacija, med drugim tudi na podlagi invalidnosti. Posebej pomemben je II-86 člen - vključenost invalidov, kjer je določeno,

da Unija priznava in spoštuje pravico invalidov do ukrepov za zagotavljanje njihove samostojnosti, socialne in poklicne vključenosti ter sodelovanja v življenju in skupnosti.

V okviru dokumentov Evropske Unije so za področje zaposlovanja invalidov pomembna tudi sledeča direktiva in resolucije:

- *Direktiva o enaki obravnavi pri zaposlovanju in poklicih 2000*

Namen direktive je postaviti splošen okvir za preprečevanje diskriminacije na podlagi invalidnosti in v državah članicah uveljavljati načelo enake obravnave. Izhajajoč iz načela enake obravnave do invalidov naj bo predvidena ustrezna prilagoditev – delodajalci naj poskrbijo za ustrezne ukrepe, kjer je to potrebno, da se lahko invalidna oseba zaposli, ohrani zaposlitev, napreduje ali se vključi v rehabilitacijo. (EU 2000)

- *Resolucija o enakih možnostih na področju zaposlovanja invalidov 1999*
- *Resolucija o dostopnosti invalidov do kulturne infrastrukture in kulturnih dejavnosti 2003*
- *Resolucija o enakih možnostih za dijake in študente invalide do izobraževanja in rehabilitacije 2003*
- *Resolucija o vzpodbujanju zaposlovanja in socialne integracije invalidov 2003*

Vse zgoraj naštetе resolucije izhajajo in ponavljajo načelo enakih možnosti in obravnave invalidov v razmerju do neinvalidov na področju zaposlovanja invalidov, spodbujanju enakih možnosti pri vključevanju invalidov v umetniško dejavnost, spodbujanju vključevanja v vseživljenjsko izobraževanje otrok in mladih s posebnimi potrebami, ter pozivajo k odstranitvi vseh ovir, ki preprečujejo vključevanje in sodelovanje invalidov na trgu dela s spodbujanjem enakih možnosti na področju izobraževanja in rehabilitacije.

3.1.3.1 Svet Evrope

Svet Evrope je meddržavna organizacija, katere cilji so: varovati človekove pravice, pluralistično demokracijo in pravno državo; ozaveščati ljudi in spodbujati razvoj evropske kulturne prepoznavnosti in raznolikosti; iskati rešitve za probleme, s katerimi se

srečuje evropska družba (zapostavljanje manjšin, sovraštvo do tujcev, nestrpnost, varstvo okolja, kloniranje ljudi, aids, mamila, organiziran kriminal itd.); pomagati pri uveljavljanju trdne demokracije v Evropi s podporo političnim, zakonodajnim in ustavnim reformam. Leta 1950 je z prvim mednarodnim pravnim aktom zavaroval človekove pravice, ko je sprejel *Konvencijo o varstvu človekovih pravic in temeljnih svoboščin Sveta Evrope*, kasneje pa je razvil vrsto dejavnosti ter sprejel veliko število različnih aktov, ki naj bi na različnih področjih prispevali k odpravljanju vzrokov za kršitev človekovih pravic ter k utrjevanju tistih vrednot, ki si jih je kot smisel svojega obstoja in delovanja postavil Svet Evrope.

Za potrebe te naloge je v okviru Sveta Evrope pomembna *Evropska socialna listina*, ki je dopolnitev Evropski konvenciji o človekovih pravicah, saj ureja socialno-ekonomske pravice. Prvotna Listina je bila sprejeta leta 1961, h kateri je bilo sprejetih več Protokolov. Revidirana Evropska socialna listina je bila sprejeta leta 1996. Slovenija jo je ratificirala leta 1999. Spremenjena Listina v svojem drugem delu (1. člen) zagotavlja pravico do dela, kjer je navedeno, da se države pogodbenice zavezujejo, da zagotavljajo ali spodbujajo primerno poklicno usmerjanje, usposabljanje in rehabilitacijo. Za področje invalidov pa je predvsem pomemben 15. člen, o pravici invalidnih oseb do samostojnosti vključevanja v družbo in sodelovanja v življenju skupnosti. Pogodbenice se zavezujejo, da ukrenejo vse potrebno, da invalidnim osebam zagotovijo svetovanje, izobraževanje in poklicno usposabljanje, kadar koli je to mogoče, v okviru splošnih programov, če to ni mogoče pa s pomočjo javnih ali zasebnih posebnih služb. Zavezane so pospeševati dostop invalidom do zaposlitve, s pomočjo vseh ukrepov, ki spodbujajo delodajalce, da zaposlijo in obdržijo invalide v običajnem delovnem okolju, prilagodijo delovne pogoje potrebam invalidov ali omogočijo zaposlitve pod posebnim varstvom glede na stopnjo invalidnosti. V določenih primerih lahko sprejmejo ukrepe za ustanovitev posebnih služb za zaposlovanje in pomoč. Pogodbenice se zavezujejo, da pospešujejo celovito vključevanje invalidov v družbo in njihovo sodelovanje v življenju skupnosti. (Klinkon in Fuhrer 2006: 22)

Drugi pomembnejši dokumenti Sveta Evrope so pravno nezavezujoči. Za področje obravnave je pomembno *Priporočilo št. R (92) 6 Ministrskega komiteja o usklajeni politiki rehabilitacije invalidov* iz leta 1992. Priporočilo v šestem poglavju o poklicnem usmerjanju in usposabljanju v tretji točki govori o poklicnem usposabljanju in rehabilitaciji katerih cilj naj bi bil invalidom pomagati pridobiti ali obdržati zaposlitev ali napredovati, saj jim je tako olajšana njihova integracija oziroma reintegracija v družbo. Poklicno usposabljanje in rehabilitacija naj bi bila odprta za vse invalide; obsegala vse oblike dejavnosti z namenom, da bi razširili možnosti poklicne izbire za invalide; kolikor je mogoče, bila prilagojena razvojnim težnjam na trgu dela. Priporoča spodbujanje usposabljanja na delovnem mestu, za specializirano usposabljanje pa se je smiselno odločiti takrat, kadar to omogoča integracijo v običajno okolje. Zaposlovanje invalidov je opisano v sedmem poglavju. Priporočilo našteva več oblik zaposlovanja:

- v običajnem delovnem okolju (ordinary working environment) – sprejeti je potrebno vse ukrepe, ki spodbujajo v prvi vrsti vključevanje invalidov v običajno delovno okolje, v okviru zaposlitev ali samozaposlitve. Zaradi različnih potreb posameznih invalidov se lahko znotraj oblikujejo podprta delovna mesta (assisted jobs) ali prehodna zaposlitev (transitional employment), za tiste, ki iščejo zaposlitev in imajo delovne izkušnje a se niso sposobni takoj zaposliti v skladu s splošnimi pogoji. Potrebno je oblikovati prilagojena delovna mesta glede na delavčevo invalidnost, zagotavljati posebne pripomočke, zagotavljati nadomestilo za sorazmerno nižjo plačo v primerih zmanjšane storilnosti.
- zaposlitev v zaščitni zaposlitvi (sheltered employment) – za tiste, katerih zmožnost za produktivno delo je tako omejena, da se ne morejo začasno ali redno zaposlitvi v običajnem delovnem okolju, niti na podprtem ali nepodprtem delovnem mestu. Oblikujejo se lahko zaščitne delavnice (sheltered workshops), ki naj bi invalidom omogočile, da opravljajo koristno in plačano delo ter jim nudile potrebno osebno pomoč. Vsi tisti, ki zaradi svoje invalidnosti ne morejo delati v zaščitnih delavnicah, niti v običajnem delovnem okolju, a so ob primerni zdravstveni in socialni pomoči vseeno sposobni opravljati plačano dejavnost, se lahko vključijo v delovne centre (work centres). Namen dela pod posebnimi pogoji je invalidom omogočiti opravljanje

koristnega in ustrezno ovrednotenega dela ter usposabljanje za delo pod običajnimi pogoji.

- centri za zaposlitvene dejavnosti (occupational activity centres) – za vse tiste, ki imajo najbolj omejene zmožnosti, kjer lahko opravljajo določene dejavnosti, ne glede na produktivnost, ob tem pa razvijajo svoje funkcijske, socialne in delovne sposobnosti.
- delo na domu in zunaj doma – za vse tiste, ki ne morejo zapustiti svojega doma ali imajo hude težave s prihodom na delo. Delo na domu ali zunaj doma je lahko v obliki samozaposlitve, omogočeno v zasebnem ali javnem sektorju, organizirano v zaščitnih delavnicah, centrih za poklicne dejavnosti, v delovnih centrih ali v prostovoljnih društvih in organizacijah. Delo na domu ali zunaj doma naj bi invalidom omogočalo, da si zagotovijo socialno varnost. (Klinkon in Fuhrer 2006: 23)

Pomembno je poudariti, da je EU leto 2003 razglasila za Evropsko leto invalidov. Pri tem si je Unija kot ključen cilj na omenjenem področju zastavila sintezo pristopov nediskriminacije in pozitivnih pristopov, ki naj bi izboljšali socialno vključenost invalidov. Skladno s tem je bila s strani Sveta EU sprejeta *Resolucija o spodbujanju zaposlovanja in socialne integracije invalidov*, ki predstavlja jasno začrtane smernice, ki jim morajo na tem področju slediti države članice. Leta 2004 je Evropska komisija pričela z izvajanjem *Akcijskega načrta Evropske unije glede invalidnosti za obdobje 2004-2010*. Glavni namen načrta je izpostaviti in zaščititi pravice invalidov ter uresničiti Direktivo Sveta 2000/78/ES, ki zagotavlja skupno minimalno raven zaščite za ljudi invalide v EU pred diskriminacijo.

Marca 2002 je bila sprejeta *Madridska deklaracija*, ki nosi naslov »Nediskriminacija in pozitivni ukrepi prinašajo socialno vključenost«, v kateri je poudarek na človekovih pravicah, enakih možnostih in nediskriminiranosti. V 2. točki deklaracije je poudarjen prehod od zaščitniškega razmišljanja o invalidih kot nemočnih osebah k spodbujanju le-teh, da sami poskrbijo za svoje življenje. Invalidi torej zahtevajo enake možnosti do vseh družbenih koristi in ne miloščine. Gre za pomemben premik delovanja »od rehabilitacije posameznikov z namenom njihovega prilagajanja v družbo k celostni

filozofiji o spreminjanju družbe, ki vključuje in upošteva potrebe vseh ljudi, vključno z invalidi« (2. točka). (Doler Tosič in Mramor 2007: 13)

Ena najpomembnejših pogodb na področju reševanja problematike diskriminacije invalidnih oseb je vsekakor *Amsterdamska pogodba*, v kateri prvič zasledimo besedo invalidnost. Podpisana je bila leta 1997. Njena najpomembnejša člena sta 13., ki govori o možnosti ukrepanja proti diskriminaciji in 137. člen, ki Uniji podeljuje mandat za borbo proti izključenosti. Ta pogodba je dala osnovo za krepitev politike do invalidov na ravni EU. S tem prvim pravno zavezujočim dokumentom je strategija zaposlovanja invalidov postala sestavni del splošnih smernic zaposlovanja (Jeran 2005: 25)

Pri odnosu Evropske unije do uveljavljanja človekovih pravic invalidov na področju zaposlovanja ne moremo mimo *Listine o temeljnih pravicah v Evropski uniji*, sprejete leta 2000. Te pravice so zapisane v sedmih poglavjih, ki obravnavajo dostojanstvo, svoboščine, enakopravnost, solidarnost, državljske pravice, sodno varstvo in splošna določila (Uršič v Jeran 2005: 25).

Resolucija o enakih možnostih potrjuje standardna pravila za izenačevanje možnosti invalidov, z upoštevanjem načela enakih možnosti pri razvijanju celovite politike na področju invalidnosti, ter zavrača kakršnokoli diskriminacijo zaradi dejstva invalidnosti. Članice EU vabi, da v svojih državah omogočijo invalidom sodelovanje v družbi, vključno s težje zaposljivimi, s posvečanjem posebne pozornosti potrebam in interesom njihovih družin in skrbnikov. Celostno sodelovanje invalidov v družbi s ciljem doseči odstranjevanje ovir, oblikovanje javnega mnenja, da bo dovolj za sposobnosti invalidov in za strategije, ki temeljijo na enakih možnostih (Uršič v Doler Tosič in Mramor 2007: 25).

V Malagi v Španiji je maja 2003 potekala druga evropska konferenca ministrov, pristojnih za politike enakovrednega vključevanja invalidov. Udeleženci so razpravljali na temo »Za bolj kakovostno življenje invalidov: izboljšanje usklajene politike za in z

enakovredno udeležbo invalidov«. Osredotočili so se predvsem na predloge za večje vključevanje invalidnih žensk in invalidov, ki potrebujejo zahtevnejšo raven pomoči.

Rezultat te razprave je tudi *Malaška deklaracija o invalidih: Razvoj v smeri enakovredne vključenosti invalidov kot državljanov* (Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, 2003). Malaška deklaracija pomeni začetek prizadevanj za pripravo podrobnega in prožnega evropskega akcijskega načrta za izvajanje načel, sprejetih na drugi evropski konferenci, na nacionalni in mednarodni ravni. Ministri se zavezujejo, da bodo pospešili vključevanje invalidov v zaposlitev z razvijanjem njihovih sposobnosti, predvsem zaposlitvenih in s poklicnim usmerjanjem ter usposabljanjem kot tudi z dostopnejšo zaposlitvijo. Deklaracija je, za države članice, kot priporočilo temeljni referenčni dokument, ki naj bo izhodišče za prihodnje ukrepanje.

WHO/EURO Declaration and Action Plan on Mental Health: Facing the Challenge, potrjen v Helsinkih leta 2005, je eden ključnih dokumentov za osebe z motnjami v duševnem zdravju ter njihovem socialnem vključevanju, saj v svojih vsebinah poudarja soodvisnost politike zdravstva, socialnega varstva, zaposlitvene rehabilitacije oziroma ustvarjanja novih delovnih mest. Poudarja podporo zasebnim volonterskim-neprofitnim organizacijam, ki delujejo na področju duševnega zdravja, predvsem tistim, ki so aktivne pri zagotavljanju storitev v lokalni skupnosti, zagovorništvu in zaposlovanju oseb z motnjami v duševnem zdravju.

Druga pomembna pobuda Evropske komisije je dokument *European Commission Green Paper on Mental Health*, sprejet leta 2005. Namen tega dokumenta je sprožiti razpravo med evropskimi institucijami, vladami, zdravstvenimi strokovnjaki, zainteresiranimi stranmi v drugih sektorjih, civilno družbo vključno z organizacijami pacientov ter raziskovalno skupnostjo o pomembnosti duševnega zdravja v EU, potrebi po strategiji na ravni EU in njenih možnih prednostnih nalogah. (Zelena knjiga v Kovač, 2006: 31)

Ob podpisu *Lizbonske strategije* leta 2000 in kasneje v revidiranih dokumentih so se države članice obvezale, da bodo socialno izključenost zmanjšali s politikami, ki temeljijo na odprti metodi koordinacije (OMK) in ne več na harmonizaciji nacionalnih

politik. To pomeni skupno ciljno sodelovanje držav članic z upoštevanjem nacionalnih, kulturnih in socialnih razliknosti.

3.2 SLOVENSKI PRAVNI VIRI

Podatki kažejo, da je Slovenija še vedno v fazi prevelike invalidizacije, predvsem aktivnega prebivalstva, torej, da vrednota ni vključenost, ampak pogosto pasivni prejemek, ki pomeni socialno varnost. To pa dokazuje, da sta pri politiki socialnega vključevanja pomembna dejavnika tudi politika socialne zaščite in zagotovitev minimalnega dohodka. Zato kot aktivna socialna država s spremembami zakonodaje (npr. Zakona o socialnem varstvu, Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju, Zakona o delovni razmerjih, Zakona o zavarovanju za primer brezposelnosti,...) razvijamo sisteme socialne zaščite, ki spodbuja dostop do zaposlitve in na ta način predstavljajo vključenost kot vrednoto.

Boj proti socialni izključenosti je predvsem naloga države in njenih organov, ki pa morajo sodelovati z različnimi drugimi telesi in združenji, zlasti s socialnimi partnerji in nevladnimi organizacijami. Slovenska vlada se te naloge zaveda, zato je skupaj z navedenimi akterji že leta 2000 sprejela program boja proti revščini in socialni izključenosti.

Rezultati programa so: sprejeta Zakon o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov in Zakon o uporabi slovenskega znakovnega jezika, ostaja pa še zaveza za pripravo Zakona o izenačevanju možnosti invalidov. Ker pa je demokracija močna le, če sodelujejo vsi državljani in če torej udeležba ni omejena le na tiste, ki so sposobni najbolj povzdigniti glas, je za socialno vključevanje potrebno spodbujati tudi dialog s civilno družbo. Tudi to je eden od namenov Zakona o invalidskih organizacijah, ki je bil sprejet novembra 2002.

Gre za paket zakonov, ki izenačujejo možnosti invalidov za njihovo polno udeležbo v družbenem, gospodarskem in političnem življenju, torej zagotavljajo formalno enakopravnost z ustvarjanjem možnosti za njihovo enakopravno vključevanje v družbo.

Vendar pa se z zakonodajo pogosto lahko borimo le proti formalnemu ali neprikritemu izključevanju, v boju s socialno izključenostjo pa bomo uspešni le, če se bomo spopadali tudi s prikrito diskriminacijo, ki jo je mnogo težje prepoznati, vendar pa je njeno odpravljanje nujno, če želimo doseči dejansko enakopravnost in vključenost invalidov v družbo.

Ob oblikovanju ustreznega zaposlovanja invalidov in vseh ostalih delavcev morajo tako delavci kot delodajalci ter razne službe, ki so za to področje odgovorne, upoštevati poleg ustavnih določb tudi določbe zakonov in mednarodne norme. V Sloveniji področje invalidskega varstva ureja poleg Ustave še okoli 70 zakonov in podzakonskih aktov, ki regulirajo zaposlovanje invalidov. Ti urejajo problematiko na področju socialne varnosti, zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, vzgoje in izobraževanja, zaposlovanje in usposabljanje za delo, odpravljanja arhitekturnih ovir, zagotavljanja denarne pomoči in pravice iz pokojninskega in invalidskega zavarovanja ter olajšav in oprostitev. Osnovna izhodišča norm in zakonov so, da imajo invalidi enake možnosti izbire in dostopa do dela, enake načine obravnavanja v zvezi s pridobivanjem zaposlitve, varstvom zaposlitve in enake možnosti napredovanja na delovnem mestu, da sta jim zagotovljena socialna varnost in varstvo.

3.2.1 Ustava

Ustava Republike Slovenije je temeljni interni pravni vir.

Država se je v tem temeljnem pravnem viru opredelila za pravno in socialno državo. »Načelo socialne države pomeni, da le-ta uresničuje kratkoročne in dolgoročne družbene in osebne socialne interese ter prek zakonodajnih in izvršilnih organov vodi tako politiko in sprejema tako zakonodajo, da bodo ustvarjeni pogoji za uresničevanje in varovanje socialnih interesov in potreb posameznikov in družbe kot celote« (Kalčič 1996: 32).

V Ustavi so opredeljene temeljne pravice in svoboščine, ki so povezane s socialno varnostjo. To so na primer pravica do osebnega dostojanstva in varnosti (34. člen),

pravica do socialne varnosti pod pogoji, določenimi z zakonom (1. odstavek 50. člena). Omeniti je treba tudi Načelo pravice do dela in svobode dela (49. člen) vključuje prosto izbiro zaposlitve, enako dostopnost delovnega mesta vsakomur pod enakimi pogoji in prepoved prisilnega dela. Še posebej pa opredeljuje pravice invalidov 52. člen, ki pravi, da je invalidom v skladu z zakonom zagotovljeno varstvo ter usposabljanje za delo. Ustava ne jamči pravice do dela (čeprav tudi v ustavah, ki to pravico izrecno določajo, ne pomeni pravice do zaposlitve), obvezuje pa državo, da ustvarja možnosti za zaposlovanje in delo ter zagotavlja njuno zakonsko varstvo.

Za invalide je pomemben tudi 14. člen, ki zagotavlja, da so v Sloveniji vsakomur zagotovljene enake človekove pravice in temeljne svoboščine, ne glede na narodnost, raso, spol, jezik, vero, politično ali drugo prepričanje, gmotno stanje, rojstvo, izobrazbo, družbeni položaj, invalidnost ali katerokoli drugo osebno okoliščino. Ta dopolnjeni 14. člen ustave z invalidnostjo je vsekakor dolgoročno utrdil prepoznavnost invalidskega varstva in udejanjanje človekovih pravic invalidov v Republiki Sloveniji.

3.2.2 Zakon o delovnih razmerjih

Zakon o delovnih razmerjih na več mestih ureja tudi posebnosti delovnopravnega položaja delovnih in drugih invalidov, tako pri sklenitvi kot tudi v času trajanja delovnega razmerja, v okviru posebnega pravnega varstva pred odpovedjo in v okviru posebnega varstva nekaterih kategorij delavcev.

Izpostaviti velja predvsem naslednje posebnosti.

Invalidnost je eksplicitno določena kot ena tistih osebnih okoliščin, zaradi katerih delodajalec iskalca zaposlitve pri zaposlovanju ali delavca v času trajanja delovnega razmerja in v zvezi s prenehanjem pogodbe o zaposlitvi ne sme postavljati v neenakopraven položaj.

V zvezi s sposobnostjo osebe za sklenitev pogodbe o zaposlitvi in izpolnjevanjem pogojev za sklenitev pogodbe o zaposlitvi, se šteje, da ima invalid, ki je usposobljen za

določena dela, zdravstveno zmožnost za sklenitev pogodbe o zaposlitvi za ta dela. Gre za poklicno rehabilitacijo ali usposobitev po ZPIZ, zaposlitveno rehabilitacijo po ZZRZI in za rehabilitacijo po predpisih, ki urejajo pravice vojnih invalidov.

Invalidnost je lahko tudi razlog za sklenitev pogodbe o zaposlitvi brez javne objave, če gre poleg drugih izjem za zaposlitev invalida, kot je opredeljen v 3. členu ZZRZI. Prednostno pravico invalidov pri sklenitvi delovnega razmerja iz prejšnjega ZDR pa je nadomestil kvotni sistem v skladu z določbami 62. člena ZZRZI.

Po ZDR imajo delovni invalidi po ZPIZ, s pravico do krajšega delovnega časa, pravice iz socialnega zavarovanja in druge pravice in obveznosti iz delovnega razmerja kot delavci, ki delajo polni delovni čas.

Med drugimi osebnimi okoliščinami se kot neutemeljen razlog za redno odpoved izrecno šteje tudi invalidnost, razen če gre za poslovni, krivdni ali razlog nesposobnosti. Tu pa je treba upoštevati določbe iz ZZRZI in ZPIZ, ki dodatno, na poseben način urejajo redno odpoved pogodbe o zaposlitvi invalidu iz razloga nesposobnosti in način zagotovitve drugega ustreznega dela v primeru poslovnih razlogov oziroma delovnemu invalidu zaradi invalidnosti II. in III. kategorije. Prav tako invalidi sodijo v posebno skupino delavcev (starejši, predstavniki delavcev, starši), ki imajo posebno varstvo pred odpovedjo.

Po zakonu preneha delavcu pogodba o zaposlitvi z dnem, ko mu je vročena pravnomočna odločba o ugotovljeni invalidnosti I. kategorije, ne glede na to, ali mu je priznana pravica do invalidske pokojnine.

Delavcem s statusom invalida delodajalec ne sme naložiti dela prek polnega časa, pripada jim tudi povečan letni dopust za najmanj tri dni.

ZDR načeloma zavezuje delodajalce, da zagotavljajo posebno varstvo invalidov pri zaposlovanju, usposabljanju ali preusposabljanju, vse skladno s predpisi ZPIZ in ZZRZI.

3.2.3 Zakon o vojnih invalidih in zakon o posebnih pravicah žrtev v vojni za Slovenijo 1991

Po zakonu o vojnih invalidih imajo vojni invalidi naslednje pravice: invalidnina, dodatek za posebno invalidnost, invalidski dodatek, povračilo prispevkov za socialno zavarovanje, zdravstveno varstvo, rehabilitacija ter prilagoditev prostorov in tehnične opreme ter delovnega mesta.

S poklicno rehabilitacijo se vojni invalid usposobi za prejšnji (ali kakšen drug) primeren poklic, pridobi strokovno izobrazbo za poklic ali izpopolni že doseženo strokovno izobrazbo. Pravico pridobi vojni invalid le, če glede na invalidnost, splošno zdravstveno stanje, splošno in strokovno izobrazbo, starost, možnost zaposlitve in druge okoliščine izpolnjuje pogoje za uspešno rehabilitacijo. Med poklicno rehabilitacijo ima vojni invalid pravico do oskrbnine.

Prilagoditev prostorov in tehnične opreme ter delovnega mesta je pravica do sofinanciranja prilagoditve prostorov in tehnične opreme za poklicno rehabilitacijo oziroma zaposlitev ter do delnega pokritja drugih izdatkov, potrebnih za zagotovitev zaposlitve po končani poklicni rehabilitaciji.

3.2.4 Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju

Obvezno invalidsko zavarovanje je enotno zavarovanje, ki krije invalidnost ne glede na vzrok za nastanek invalidnosti. To pomeni, da zajema obvezno zavarovanje za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni (poklicni riziki) in za primer poškodbe izven dela in bolezni (splošni rizik).

Invalidnost kot zavarovani primer je podana:

- če se zaradi sprememb v zdravstvenem stanju, kot posledica poklicnih ali nepoklicnih vzrokov za nastanek invalidnosti,
- ki jih ni mogoče odpraviti z zdravljenjem ali ukrepi medicinske rehabilitacije,

- zavarovancu zmanjša možnost za zagotovitev oziroma ohranitev delovnega mesta oziroma za poklicno napredovanje.

V okviru tako definirane invalidnosti je oblikovana naslednja kategorizacija invalidnosti :

I. kategorija invalidnosti (splošna invalidnost) – zavarovanec ni več zmožen opravljati organiziranega pridobitnega dela oziroma nima več preostale delovne zmožnosti ;

II. kategorija invalidnosti (poklicna invalidnost) – zavarovančeva delovna zmožnost za opravljanje svojega poklica je zmanjšana za 50% in več ;

III. kategorija invalidnosti

- pri zavarovancu je podana zmanjšana zmožnost za delo (zavarovanec s predhodno poklicno rehabilitacijo ali brez nje ni več zmožen za delo s polnim delovnim časom, lahko pa opravlja svoje ali drugo določeno delo vsaj polovico polnega delovnega časa)
- pri zavarovancu je podana omejena zmožnost za delo, tako, da je njegova delovna zmožnost za svoj poklic zmanjšana za manj kot 50%, ali če zavarovanec lahko dela v svojem poklicu s polnim delovnim časom, ni pa zmožen delati na delovnem mestu, na katerega je razporejen v času nastanka invalidnosti.

V invalidskem zavarovanju se zavarovancem zagotavljajo naslednje pravice, upoštevaje kategorijo invalidnosti, in ne glede na vzrok za nastanek invalidnosti :

- pravica do invalidske pokojnine (I. kategorija; II. kategorija brez preostale delovne zmožnosti za starejše od 50 let ; in II. ter III. kategorije po dopolnjeni starosti 61 let (ženske) oziroma 63 let (moški)
- pravica do poklicne rehabilitacije - in nadomestil za čas pred poklicno rehabilitacijo in med njo ter začasnih nadomestil po poklicni rehabilitaciji (II. kategorija, če je invalidnost nastala do dopolnjenega 50 leta starosti in preostale delovne zmožnosti, če obstaja možnost, da bi se usposobil za delo s polnim delovnim časom)
- pravica do premestitve na drugo delovno mesto – in nadomestila za invalidnost (II. kategorija po končani poklicni rehabilitaciji ali s preostalo

delovno zmožnostjo, če je invalidnost nastala po dopolnjenem 50. letu starosti ; III. kategorija, če je poklicna zmožnost zmanjšana za manj kot 50%)

- pravica do dela s skrajšanim delovnim časom - in delne invalidske pokojnine (II. kategorija po dopolnjenem 50. letu starosti ; III. kategorija, če zavarovanec ne more več delati s polnim delovnim časom)

Zavarovanec, ki pridobi katero od zgoraj naštetih pravic iz invalidskega zavarovanja, je v skladu z 8. členom ZPIZ-1 delovni invalid. S pridobitvijo tega statusa ima tudi status invalida v skladu s predpisi o usposabljanju in zaposlovanju invalidov (3. člen ZZRZI-UPB1).

3.2.4.1 Poklicna rehabilitacija

Poklicna rehabilitacija je celostni proces, v katerem se zavarovanec, strokovno, fizično in psihosocialno usposobi za drug poklic ali delo, tako da se lahko premesti na drugo delovno mesto oziroma zaposli oziroma ponovno vključi v delovno okolje.

Poklicna rehabilitacija je tudi usposobitev za opravljanje istega poklica ali dela, tako da se zavarovancu ustrezno prilagodi delovno mesto z ustreznimi tehničnimi pripomočki.

Poklicna rehabilitacija je pravica in dolžnost delovnega invalida. Pravico do poklicne rehabilitacije pridobi zavarovanec:

- pri katerem je nastala II. kategorija invalidnosti,
- če na dan nastanka invalidnosti še ni dopolnil 50 let starosti in
- se lahko usposobi glede na preostalo delovno zmožnost za drugo delo, ki ga bo opravljal polni delovni čas.

Zavarovanec, ki pridobi pravico do poklicne rehabilitacije, se je dolžan usposablјati za delo pod pogoji in na način, kot ga določi zakon, ter v skladu z obveznostmi, ki so določene v posebni pogodbi o poklicni rehabilitaciji. Če zavarovanec ne nastopi poklicne rehabilitacije ali je ne konča v določenem roku ali če ne izpolnjuje obveznosti, določene v pogodbi o poklicni rehabilitaciji, mu lahko delodajalec redno odpove pogodbo o zaposlitvi iz krivdnih razlogov.

Pravica do poklicne rehabilitacije je lahko tudi izbirna pravica zavarovanca. Pravico do poklicne rehabilitacije lahko uveljavi:

- zavarovanec, pri katerem je podana II. kategorija invalidnosti s preostalo delovno zmožnostjo po dopolnjenem 50 letu starosti, ker mu zaradi starosti ni zagotovljena poklicna rehabilitacija, in
- zavarovanec III. kategorije invalidnosti z zmanjšano ali omejeno zmožnostjo pred dopolnjeno starostjo 63 let (moški) oziroma 61 let (ženska).

Navedene kategorije zavarovancev lahko uveljavijo pravico do poklicne rehabilitacije namesto pravice do premestitve na drugo delovno mesto in nadomestila, namesto pravice do dela s krajšim delovnim časom od polnega in delne invalidske pokojnine ter namesto pravice do namestita za invalidnost v primeru, če ob nastanku invalidnosti ni bil zaposlen oziroma ni bil obvezno zavarovan.

Poklicna rehabilitacija se izvaja na različne načine, ki morajo biti prilagojeni zavarovančevi kategoriji invalidnosti, preostali delovni zmožnosti, strokovni izobrazbi in sposobnostim delovnega invalida. Poklicna rehabilitacija se tako, kot določa 84. člen ZPIZ-1, lahko opravi z :

- usposabljanjem (šolanjem) v običajnih šolah,
- usposabljanjem (šolanjem) v posebnih šolah – zavodih,
- pripravo na zaposlitve v specializiranih centrih,
- usposabljanjem v invalidskih podjetjih,
- usposabljanjem (poklicni treningi) pri delodajalcih,
- usposobitvijo za opravljanje istega poklica ali dela, tako da se zavarovancu ustrezno prilagodi delovno mesto z ustreznimi tehničnimi pripomočki.

Posebna oblika poklicne rehabilitacije je tudi izobraževanje ob delu v času, ko je delovni invalid že premeščen na drugo delovno mesto, vendar se usposablja za delo po izobraževalnih programih šole ali drugem programu izobraževanja. S takšnim načinom poklicne rehabilitacije mora delovni invalid izrecno soglašati.

Za poklicno rehabilitacijo se šteje tudi čas privajanja na delo, za katerega se je zavarovanec s poklicno rehabilitacijo usposobil, če je to potrebno, da bi lahko z normalnim delovnim učinkom opravljal drugo ustrezno delo.

Uspešno končana poklicna rehabilitacija, je podlaga, da zavarovanec pridobi pravico do premestitve na drugo delovno mesto pri delodajalcu oziroma pravico do zaposlitve.

V času poklicne rehabilitacije ostane delovni invalid v delovnem razmerju, pri katerem je bil zaposlen ob nastanku invalidnosti. V tem času ne prejema plače, temveč nadomestilo za čas poklicne rehabilitacije. Delovnemu invalidu, ki je bil ob nastanku invalidnosti brezposeln, se čas, prebit na poklicni rehabilitaciji, šteje v zavarovalno dobo.

Poklicno rehabilitacijo je dolžan zagotoviti delodajalec, pri kateremu je bil delovni invalid pri nastanku invalidnosti v delovnem razmerju. Če zavarovanec ob nastanku invalidnosti ni bil v delovnem razmerju oziroma je bil brezposeln ali ni bil zavarovan, mu poklicno rehabilitacijo zagotovi Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije v sodelovanju z Zavodom RS za zaposlovanje.

Pravica do poklicne rehabilitacije se uresniči na podlagi pogodbe o poklicni rehabilitaciji, ki jo podpiše delovni invalid, njegov delodajalec in Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, ki jo podpiše delovni invalid, njegov delodajalec in Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, če pa zavarovanec ni bil v delovnem razmerju oziroma zavarovan, pa namesto delodajalca podpiše pogodbo Zavod RS za zaposlovanje.

S pogodbo o poklicni rehabilitaciji se natančno določi oblika oziroma način poklicne rehabilitacije, roki za nastop in trajanje poklicne rehabilitacije, natančnejši pogoji za usposabljanje zavarovanca za delo, pogoji ter roki za sklenitev nove pogodbe o zaposlitvi po končani poklicni rehabilitaciji. S pogodbo se določijo tudi druge pravice in obveznosti pogodbenih strank.

Stroške poklicne rehabilitacije nosi Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije.

V zvezi s poklicno rehabilitacijo lahko pridobi zavarovanec še nekatere druge pravice, in sicer:

- pravico do prilagoditve prostorov in delovnih mest na stroške Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, ki omogoča delovnim invalidom, ki so pridobili pravico do poklicne rehabilitacije uspešno poklicno rehabilitacijo in zaposlitev,
- pravico do prilagoditve delovnega mesta z ustreznimi tehničnimi pripomočki, da se delovnemu invalidu omogoči usposobitev za opravljanje istega poklica ali dela,
- pravico do nastanitve, če je glede na oddaljenosti glede invalidovega bivališča do šole, podjetja za usposabljanje in zaposlovanje invalidnih oseb oziroma od delodajalca kjer je na poklicni rehabilitaciji nujno potrebna vožnja s prevoznimi sredstvi, delovni invalid pa se glede na stanje invalidnosti ne more voziti z javnimi prevoznimi sredstvi in mu tudi ni priskrbljen poseben prevoz,
- pravico do povračila potnih stroškov, če je delovni invalid napoten v drug kraj zaradi poklicne rehabilitacije in
- pravica do nadomestil v zvezi s poklicno rehabilitacijo (nadomestilo za čas poklicne rehabilitacije, začasno nadomestilo).

3.2.5 Zakon o zaposlovanju in zavarovanju za primer brezposelnosti

Za zaposlovanje oziroma urejanje zaposlitvenih možnosti invalidov je pomembna predvsem zakonska ureditev področja Aktivne politike zaposlovanja (APZ) v ZZZPB, sicer pa tematiko APZ ureja Pravilnik o izvajanju ukrepov aktivne politike zaposlovanja, ki podrobneje določa izvajanje ukrepov APZ.

Ukrepi zajemajo predvsem:

- svetovanje in pomoč pri iskanju zaposlitve,
- usposabljanje in izobraževanje,
- spodbujanje zaposlovanja in samozaposlovanja,
- povečevanje socialne vključenosti.

Ukrepi aktivne politike zaposlovanja izrecno skrb in prioritarno obravnavanje namenjajo zlasti težje zaposljivim, med katerimi so tudi invalidi.

3.2.6 Zakon o duševnem zdravju

Poleg varstva pravic oseb z motnjami v duševnem zdravju in uskladitve obstoječe zakonodaje želi Zakon o duševnem zdravju vzpostaviti tudi pravni okvir za celostno in dolgoročno zasnovano varstvo duševnega zdravja, tudi za nadzorovano obravnavo, ki je namenjena najhujšim oblikam duševnih bolezni po odpustu iz bolnišnice, ter obravnavo v skupnosti, ki pomaga osebam s težavami v duševnem zdravju pri njihovi rehabilitaciji, usposabljanju in vključevanju v družbeno življenje. Zakon o duševnem zdravju upošteva priporočila Svetovne zdravstvene organizacije, Evropske Unije, Sveta Evrope in primere dobrih praks iz drugih držav.

Bistveni elementi zakona so:

- določa mrežo izvajalcev programov in storitev za duševno zdravje;
- vzpostavlja pravno podlago za sprejem Nacionalnega programa duševnega zdravja, ki bo opredelil strategijo skrbi in akcijski načrt za duševno zdravje, cilje, organizacijo, razvoj in naloge mreže javnih služb za duševno zdravje;
- opredeljuje pravice oseb v mreži izvajalcev programov in storitev za duševno zdravje, zlasti v oddelkih pod posebnim nadzorom ter postopke za njihovo varstvo;
- opredeljuje pravico do zagovornika v vseh postopkih obravnave v mreži izvajalcev za duševno zdravje;
- opredeljuje pogoje in način imenovanja zagovornikov, koordinatorjev nadzorovane obravnave in koordinatorjev storitev;
- ureja postopek sprejema v psihiatrično bolnišnico in socialno zdravstveni zavod;
- opredeljuje posebne metode zdravljenja in posebne varovalne ukrepe, postopke za njihovo izvajanje ter nadzor nad izvajanjem;
- vzpostavlja pravno podlago za obravnavo oseb z duševnimi motnjami v njihovem lokalnem okolju, kot nadzorovana obravnava in obravnava v skupnosti.

Osnovni namen zakona je zastopanje interesov oseb z motnjami v duševnem zdravju, njihovih svojcev, pomoč pri zaposlovanju, tesnejše sodelovanje vseh pristojnih organizacij na področju duševnega zdravja, uveljavljanje pravic uporabnikov in pomoč pri njihovi integraciji v družbo.

Marušič (2007) navaja, da je zaradi pogostih predsodkov ljudi do oseb s težavo v duševnem zdravju Zakon o duševnem zdravju tisti, ki bo osebe z duševnimi motnjami zavaroval pred že stoletno diskriminacijo. Meni, da omenjeni zakon sicer ne bo nemudoma izboljšal duševnega zdravja v Sloveniji, vendar postavlja temelje skrbi za slovensko duševno zdravje. Sodoben pogled na duševno zdravje je zastavljen veliko bolj na široko kot samo z zakonodajo. Strokovnjakov ne zanima samo zdravljenje duševne motnje v psihiatrični službi. V sodobnem svetu je duševno motnjo treba obravnavati z bogato mrežo, v katero so vključeni uporabniki, svojci in druge discipline, ki se raztezajo med različna področja našega življenja (socialno varstvo, šolstvo, ureditev okolja in zakonodaje).

3.2.7 Svet za duševno zdravje

V okviru slovenskih zakonodajnih okvirjev in pristojnih institucij na področju duševnega zdravja velja omeniti tudi Svet za duševno zdravje, ki ga je Vlada RS ustanovila leta 2003 (Uradni list RS, št. 39/03). Svet je strokovno in posvetovalno telo vlade. Za vlado in predsednika vlade opravlja strokovne naloge in jima nudi strokovno pomoč pri odločanju o zadevah s področja celostne obravnave in varstva oseb z motnjami v duševnem zdravju.

3.2.8 Akcijski program za invalide 2007-2013

Vlada RS je na seji 30.11.2006 sprejela Akcijski program za invalide 2007-2013, katerega namen je spodbujati, varovati in zagotavljati polnopravno in enakovredno uživanje človekovih pravic tudi za invalide in spodbujati spoštovanje njihovega dostojanstva. Gre za program ukrepov za vse invalide, ne glede na vrsto invalidnosti ali

njihovo starost, in to na vseh področjih, ki pomembno vplivajo na njihovo življenje (izobraževanje, zaposlovanje, zdravje, kultura, dostopnost, samoorganiziranje v invalidskih organizacijah). Program obsega dvanajst temeljnih ciljev s 124 ukrepi, ki celovito urejajo vsa področja življenja invalidov:

1. v družbi povečati ozaveščenost o invalidih, njihovem prispevku k razvoju družbe, pravicah, dostojanstvu in potrebah;
2. vsi invalidi imajo pravico, da enakovredno in brez diskriminacije izbirajo, kje in kako bodo živeli, in so polno vključeni v življenje skupnosti ter sodelujejo v njej;
3. invalidom zagotavljati dostopnost do grajenega okolja, prevoza, informacij in komunikacij;
4. na podlagi enakih možnosti in brez diskriminacije zagotavljati vključujoč izobraževalni sistem na vseh ravneh in vseživljenjsko učenje;
5. invalidom zagotavljati dostop do dela in zaposlitve brez diskriminacije v delovnem okolju, ki je invalidom odprto, vključujoče in dostopno;
6. invalidom zagotavljati ustrezno življenjsko raven, finančno pomoč in socialno varnost;
7. invalidom zagotavljati učinkovito skrb za zdravje;
8. invalidom zagotavljati vključenost v kulturne dejavnosti in sodelovanje na področju dostopnosti do kulturnih dobrin na enakopravni podlagi;
9. invalidom zagotavljati sodelovanje pri športnih in rekreativnih dejavnostih;
10. invalidom zagotavljati enakopravno udeležbo v verskem in duhovnem življenju v njihovi skupnosti;
11. krepitev delovanja invalidskih organizacij;
12. odkrivanje in preprečevanje nasilja ter diskriminacije nad invalidi.

Cilji akcijskega programa za invalide zajemajo vsa področja, ki neposredno vplivajo na kakovost življenja invalidov: ozaveščenost, informiranost in aktivna udeležba, enakovredno vključevanje v življenje, dostopnost, izobrazba, delo in zaposlovanje, socialna varnost in ustrezna življenjska raven, zdravje, kulturno in športno udejstvovanje, versko in duhovno življenje, krepitev invalidskih organizacij, preprečevanje nasilja in diskriminacije.

Pri prvem cilju je potrebno poudariti predvsem naslednje ukrepe:

- spodbujanje občil, da zagotavljajo več medijskega prostora za teme kot so npr. usmerjenost na sposobnosti in prispevke invalidov na trgu dela, delovnem mestu;
- uveljavljanje primerov dobre prakse na vseh področjih (izobraževanje, zdravje, zaposlovanje,...)
- ozaveščanje invalidov o njihovih pravicah in dostopnosti do informacij, možnostih in obveznostih na vseh področjih njihovega življenja.

Za osebe z motnjami v duševnem zdravju so pri drugem cilju pomembni predvsem naslednji ukrepi:

- zagotavljanje možnosti invalidom, da si lahko sami izberejo prebivališče in se odločijo, kje in s kom bodo živeli;
- zagotavljanje enakih možnosti invalidom za oblikovanje in načrtovanje družine in starševstva;
- zagotavljanje dostopnosti do socialnih storitev in programov (vključevanje v skupnost, preprečevanje izoliranosti ali ločevanja od skupnosti s pomočjo pluralizacije ter vključevanja nevladnega, javnega in zasebnega sektorja);
- spodbujanje deinstitutionalizacije, podpore in pomoči v skupnosti;
- družbeno priznanje in uveljavljanje sistema zagovornišтва;
- spodbujanje inovativnih programov, storitev in pristopov, ki bodo krepili moč uporabnikov.

V okviru zaposlitvene rehabilitacije je seveda najbolj pomemben peti cilj, katerega namen je:

- povečati delež invalidov med delovno aktivnim prebivalstvom in s tem zmanjšati obseg socialnih transferjev;
- invalidom omogočiti, da skladno s svojimi interesi, sposobnostmi in zmožnostmi pridobijo poklic in zaposlitev, da zadržijo zaposlitev ter v poklicu napredujejo ali spremenijo svojo poklicno kariero;
- zagotoviti take delovne in življenjske razmere, ki bodo vplivale na zmanjšanje možnosti za nastanek invalidnosti;

- zagotavljati ustrezne podpore, storitve, prilagoditve in dostop in tehnične rešitve, ki bodo invalidom omogočale učinkovito opravljanje dela.

Za kakovost življenja posameznika je zelo pomemben tudi šesti cilj, predvsem:

- poenotenje sistema državnih podpor in olajšav, namenjenih storitvam in denarnim prejemkom za pokrivanje dodatni stroškov zaradi invalidnosti. Sistem naj temelji predvsem na potrebah invalidov.
- zagotavljanje neposrednega osebnega financiranja in sledljivosti finančnih transferjev, ki bodo sledili prenosu financiranja z institucij na posameznika.

Sedmi cilj med drugim govori tudi o potrebi po sistemski dopolnitvi zakonodaje na posameznih področjih, med katerimi je tudi rehabilitacija oseb z motnjami v duševnem zdravju.

3.2.8.1 Ocena izvajanja akcijskega programa za invalide (2007)

Ocena uresničevanja prvega cilja: v družbi povečati ozaveščenost o invalidih, njihovem prispevku k razvoju družbe, pravicah, dostojanstvu in potrebah.

V sredstvih javnega obveščanja se izvajajo številne aktivnosti namenjene izboljšanju podobe o invalidih. Z namenom priznavanja različnosti ljudi mora biti v medije vključenih več informacij o invalidih. "Pri obravnavanju tem o invalidih se morajo mediji izogibati pokroviteljskemu ali ponižujočemu pristopu in se namesto tega osredotočiti na ovire, s katerimi se invalidi srečujejo ter na pozitiven prispevek družbi, ki ga lahko ponudijo, če se te ovire odstranijo. Mediji sicer velikokrat poročajo o življenju invalidov, vendar to še vedno prepogosto temelji predvsem na predsodkih in stereotipih." Vsekakor pa prvi cilj ni uresničen, oziroma ostaja ozaveščanje družbe o invalidih in njihovem prispevku k razvoju družbe trajna naloga.

Ocena uresničevanja drugega cilja: vsi invalidi imajo pravico, da enakovredno in brez diskriminacije izbirajo, kje in kako bodo živeli, in so polno vključeni v življenje skupnosti ter sodelujejo v njej.

Drugi cilj vključuje osem ukrepov. Vsi ukrepi so trajna naloga države in je na podlagi prvega poročila težko oceniti trend njihovega uresničevanja. Vsekakor lahko sklenemo,

da Slovenija sledi zapisanim usmeritvam. Za njihovo celovito, usklajeno in sistemsko uresničevanje pa bo morala država v letu 2008 dosledno uresničevati cilje zapisane v Resoluciji o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2006 –2010 glede razvoja mreže javne službe in sprejeti zakona, ki bosta urejala dolgotrajno oskrbo ter področje enakih možnosti in nediskriminacije invalidov.

Ocena uresničevanja petega cilja: invalidom zagotavljati dostop do dela in zaposlitve brez diskriminacije v delovnem okolju, ki je invalidom odprto, vključujoče in dostopno. Analiza poročila pove, da so se po uvedbi ukrepov v letih 2005 in 2006 možnosti invalidov za zaposlovanje bistveno izboljšale in da so sprejete politike in ukrepi učinkoviti. Vendar, stopnja brezposelnosti med invalidi ostaja še vedno visoka, njihov delež med dolgotrajno brezposelnimi visok, njihova izobrazba nižja od povprečne, itd. Zato ostaja ta cilj eden izmed ključnih v Akcijskem programu. „V letu 2008 bo moralo matično ministrstvo evalvirati Zakon o zaposlitveni rehabilitaciji in pripraviti predlog za njegovo dopolnitev oziroma morebitno uskladitev z novo EU regulativo na področju zaposlovanja, izboljšati možnosti za koriščenje sredstev iz evropskih strukturnih skladov in spodbuditi izobraževanje in usposabljanje strokovnih delavcev, delodajalcev ter invalidov.“

Med nedokončanimi ukrepi ostaja tudi »vzpostavljanje sistema, ki bo omogočal prehod invalida iz statusa uživalca socialnih pravic v status iskalca zaposlitve ali zaposlene osebe ter nazaj«.

»Leta 2007 se je število invalidov, ki so pridobili status na podlagi Zakona o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov povečalo v primerjavi z letom 2006 za več kot 20 %. V programe zaposlitvene rehabilitacije je bilo vključenih 1.411 brezposelnih invalidov, kar je 27 % več kot leto poprej. Zaposlilo se je 1.746 brezposelnih invalidov, kar je sicer 10 % manj kot leta 2006, vendar še vedno skoraj še enkrat toliko kot v letih pred uveljavitvijo Zakona o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov.

Oktobra 2007 je približno četrtnina delodajalcev, ki so zavezani kvoti, izpolnjevala predpisane kvote, tretjina je ni dosegala, slaba polovica pa je kvote presegala in je lahko uveljavljala predpisane spodbude. » Ti podatki kažejo, da je država z novimi ukrepi za spodbujanje zaposlovanja pomembno izboljšala položaj invalidov na trgu dela.

»V Sloveniji je leta 2007 delovalo 178 invalidskih podjetij in zaposlitvenih centrov v katerih je bilo zaposlenih približno 6.500 invalidov. » Tako ostajajo invalidska podjetja in zaposlitveni centri pomemben dejavnik za delovno in socialno vključevanje invalidov. Za uresničevanje ukrepa »zagotavljanje programov strokovnega izobraževanja« je bila izvedena vrsta seminarjev, ki so jih organizirali različni izvajalci. Izpostaviti velja Razvojni center za zaposlitveno rehabilitacijo na Inštitutu za rehabilitacijo.

Vlada RS je v letu 2007 v zvezi z ukrepom »spodbujanje usposabljanja in zaposlovanja invalidov v organih državne uprave« sprejela sklep o spodbujanju usposabljanja in zaposlovanja invalidov v organih državne uprave, ki vključuje zavezo, "da bodo organi državne uprave vsako leto omogočili opravljanje pripravništva najmanj 16 invalidom na srednji, višji, visoki ali univerzitetni stopnji strokovne izobrazbe tako, da vsako ministrstvo in skupaj vladne službe pri Generalnem sekretariatu Vlade RS, zagotovijo vsak po najmanj eno pripravništvo ter omogočili opravljanje praktičnega usposabljanja letno najmanj 20 dijakom s posebnimi potrebami."

Ocena uresničevanja šestega cilja: invalidom zagotavljati ustrezno življenjsko raven, finančno pomoč in socialno varnost.

V Strategiji razvoja Slovenije je Vlada RS med ključnimi razvojnimi cilji za obdobje do leta 2013 zapisala tudi: »trajnostno povečanje blaginje in kakovosti življenja vseh posameznikov in posameznikov«; »zmanjšanje socialnih tveganj za najbolj ranljive skupine, zmanjševanje revščine in socialne izključenosti«.

V letu 2008 je zato pred vlado zahtevna naloga – pripraviti Zakon o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo, Zakon o izenačevanju možnosti, uskladiti z ustavno odločbo Zakona o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb, pripraviti evalvacijo državne skrbi za invalide itd..

Ocena uresničevanja enajstega cilja: krepitev delovanja invalidskih organizacij.

V Sloveniji imajo invalidske organizacije skoraj stoletno zgodovino. Kot prostovoljne ter neprofitne organizacije, ki delujejo kot društva v javnem interesu in jih ustanovijo invalidi in drugi posamezniki, ne uresničujejo samo v Standardnih pravilih poudarjene vloge, temveč so tudi nepogrešljivi dopolnilni del javne službe na tem področju. Invalidske organizacije izvajajo posebne socialne programe in storitve, utemeljene na značilnostih posameznih invalidnosti in pravnem ali družbenem statusu invalidov. Poleg naštetih nalog opravljajo še vrsto drugih dejavnosti, ki prispevajo k polnovrednemu sodelovanju invalidov v družbenem življenju in jih namesto njih ne bi – in jih tudi ne bi mogel izvajati – nihče drug.

Ocena uresničevanja dvanajstega cilja: odkrivanje in preprečevanje nasilja ter diskriminacije nad invalidi.

Slovenija je v letu 2007 dopolnila zakonodajo s tega področja in pripravlja Zakon o izenačevanju možnosti invalidov. Državni zbor je na 37. seji dne 2. aprila 2008 ratificiral Konvencijo o pravicah invalidov. Na formalni ravni torej vlada dosledno sledi usmeritvam / obvezam iz mednarodnih in nacionalnih dokumentov . Žal pa ostaja ob tem tudi realnost, da ukrepi, zapisani v dvanajstem cilju tudi do leta 2013 ne bodo v celoti uresničeni – zato ostaja temeljni cilj in ključna prioriteta Akcijskega programa zagotavljanje enakih možnosti in preprečevanje diskriminacije invalidov temelj vseh politik in ukrepov.

4 ZAPOSLOVNA REHABILITACIJA

4.1 ZAKON O ZAPOSLOVNI REHABILITACIJI IN ZAPOSLOVANJU INVALIDOV

Zaposlovanje invalidov je v Sloveniji že dlje časa pereč problem, saj je njihov položaj na trgu dela manj ugoden. ZZRZI-UPB1, ki je začel veljati 25. junija 2004 (izvajati se je začel januarja 2006, februarja 2007 pa je doživel že prve spremembe), je pomembno posegel v področje uresničevanja pravic invalidov. Prejšnji Zakon o usposabljanju in zaposlovanju invalidnih oseb (sprejet 30. 06. 1976), ki je šel skozi obdobje velikih gospodarskih premikov in dogajanj, je na invalide deloval precej zaščitniško in jih ni stimuliral za njihovo aktivno vključevanje v zaposlitev. Omogočal jim je predvsem pasivne ukrepe (upokožitev) in jih s tem izločal s trga delovne sile ob hkratnih težjih razmerah za vključevanje invalidov v zaposlitev.

Zakon se zgleduje po primerih dobre prakse v državah EU, pa tudi v Sloveniji, saj se je preko programov aktivne politike zaposlovanja razvilo nekaj dobrih praks, ki jih je potrebno umestiti v sistem. Upošteva vse direktive vključno z direktivo Sveta EU št. 2000/78/EC z dne 27.11.2000 o uvajanju splošne politike za enako obravnavo in zaposlovanje (Council directive 2000/78/EC establishing a general framework for equal treatment in employment and occupation) v skladu s katero so bile države članice dolžne prilagoditi zakonodajo do decembra 2003, z možnostjo triletnega podaljšanja. Zato v večini držav članic EU spreminjajo ali dograjujejo zakonodajo, kolikor je še niso v zadnjem obdobju, kajti v celoti uspešnega modela zaposlovanja invalidov ni. Zato mora pravzaprav vsaka država poiskati svoje in zanjo najboljše rešitve v skladu s splošnimi smernicami v sprejetih dokumentih.

Upošteva tudi leta 2003 sprejeto Resolucijo o spodbujanju zaposlovanja in socialni integraciji invalidov (Resolution on promoting employment and social integration of people with disabilities z dne 15.07.2003), pa tudi Malaško deklaracijo o razvoju v smeri enakovredne vključenosti invalidov kot državljanov.

Z zakonom so zastavljeni zahtevni cilji:

- povečati stopnjo zaposlenosti invalidov v Sloveniji (cilj, ki si ga zastavlja Evropa v prvem desetletju tega stoletja je polna vključenost vseh, ki pa mu je možno slediti le z upoštevanjem socialne dimenzije ekonomskega razvoja)
- povečati zaposljivost invalidov
- povečati socialno vključenost invalidov
- zagotavljati možnosti za enakovredno udeležbo invalidov na trgu dela s kreiranjem ustreznih delovnih mest in pogojev za delo invalidov
- prerazporediti sredstva iz pasivnih v aktivne ukrepe na področju zaposlovanja.

Za doseganje teh ciljev zakon sledi naslednjim načelom:

- nediskriminaciji in pozitivnih ukrepih za izenačevanje možnosti invalidov
- poudarjanju sposobnosti invalidov, ne invalidnosti
- poudarjanje individualnih razlik, prepoznavanju individualnih potreb in priznavanju individualiziranih pravic in pomoči
- enakovredni udeležbi invalidov na trgu dela tako pri zagotavljanju možnosti v običajnem delovnem okolju kot v smislu zagotavljanja prvenstveno plačanega dela, ustvarjanju »družbe za vse«
- sodelovanju in socialnemu partnerstvu
- kontinuiranosti rehabilitacijske obravnave in čimprejšnji vključitvi v proces rehabilitacije

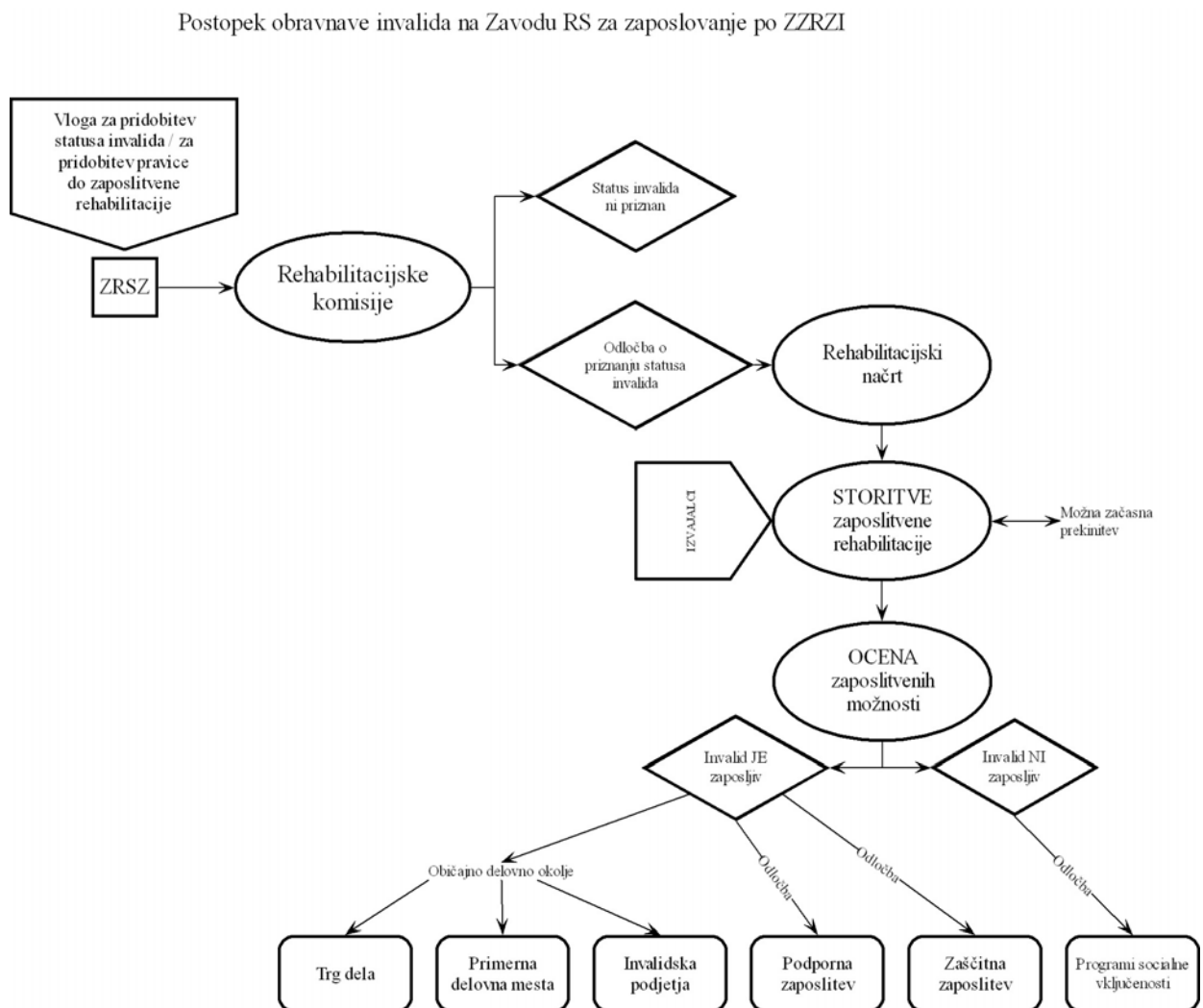
Socialna vključenost pomeni enakovreden dostop do možnosti, enakovredno obravnavo in udeležbo, pa tudi enakost v rezultatih. Zato je namen zakona povečati zaposljivost invalidov in vzpostaviti pogoje za njihovo enakovredno udeležbo na trgu dela z odstranjevanjem ovir in ustvarjanjem enakih možnosti. Gre torej za sistem ukrepov pozitivne diskriminacije na subjektivnem in objektivnem nivoju, za povsem nov sistem na področju zaposlovanja invalidov, ki pa pomeni v mnogočem tudi spremembo v razumevanju odnosa do invalidov na področju zaposlovanja in invalidnosti nasploh.

Zakon o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov ureja pravico do zaposlitvene rehabilitacije in nekatera vprašanja zaposlovanja invalidov ter določa druge oblike, ukrepe in vzpodbude za njihovo zaposlovanje ter način njihovega financiranja. Določa tudi vrste nadzora ter organe in institucije, pristojne za izvajanje tega zakona. (1. člen ZZRZI-UPB-2)

Sicer pa je ključni izvajalec zakona Zavod RS za zaposlovanje, ki odloča o priznanju statusa invalida, odloča o pravici do zaposlitvene rehabilitacije, pripravi rehabilitacijski načrt, po zaključku rehabilitacije pa izdela oceno zaposlitvenih možnosti invalida, ki je temelj za iskanje ustrezne zaposlitve za invalida na trgu dela oziroma za vključitev v program aktivne politike zaposlovanja, za zaposlitev v zaščitni ali podporni zaposlitvi oziroma za ugotovitev, da se invalid zaradi invalidnosti ne more zaposliti.

Spodnja slika prikazuje postopek obravnave invalida na Zavodu RS za zaposlovanje po ZZRZI, nadaljnje besedilo v tem poglavju pa podrobneje obravnava bistvene elemente Zakona o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov ter nekaterih pripadajočih pravilnikov in uredb.

Shema 4.1.1.: Postopek obravnave invalida na Zavodu RS za zaposlovanje po ZZRZI prirejeno po Furlani (2006).



Vir: Destovnik in drugi 2007

4.1.1 Pridobitev statusa invalida in pravice do zaposlitvene rehabilitacije

ZZRZI opredeljuje invalida kot osebo, pri kateri so z odločbo pristojnega organa ugotovljene trajne posledice telesne ali duševne okvare ali bolezni in ima zato bistveno manjše možnosti, da se zaposli ali ohrani zaposlitev ali v zaposlitvi napreduje. Definicija invalidnosti je izpeljana na osnovi **Mednarodne klasifikacije funkcioniranja**,

invalidnosti in zdravja. Zakon tako uveljavlja **bio-psiho-socialni model invalidnosti**, katerega osnova ni diagnoza posameznika in iz nje izhajajoče pravice, ampak potrebe invalida zaradi njegove invalidnosti.

Status invalida ureja zakon za tiste invalide, ki nimajo priznanega statusa invalida po drugih predpisih. Status lahko pridobi oseba pod pogoji, določenimi v zakonu. Podrobneje ureja to vprašanje **Pravilnik o merilih in postopku za pridobitev statusa invalida, za priznanje pravice do zaposlitvene rehabilitacije in za ocenjevanje zaposlitvenih možnosti invalidov ter o delu rehabilitacijskih komisij**. Pravilnik navaja pri ocenjevanju invalidnosti poleg Mednarodne klasifikacije funkcioniranja tudi **Mednarodno klasifikacijo bolezni**. Za ocenjevanje invalidnosti je treba po klasifikaciji bolezni opredeliti in kodirati diagnoze, ki odločilno vplivajo na invalidnost. Pri Mednarodni klasifikaciji funkcioniranja pa se za osebo navede opis in obseg okvare funkcije. Opredeli se tudi nemedicinske dejavnike, ki vplivajo na zaposlovanje: zgodovina dela, izobraževanja, usposabljanja, delovno dobo, socialno stanje, socialno podporno mrežo. Po pridobljenih podatkih se oceni, kakšno **stopnjo invalidnosti** ima oseba. Mogočih je pet stopenj, od začetne stopnje 0 – ni težav, 1 – majhne ovire in težave, 2 – zmerne ovire in težave, 3 – velike ovire in težave, 4 – popolne ovire in težave. Oseba pridobi status invalida po ZZRZI, če rehabilitacijska komisija oceni, da ima oseba zmerne, velike ali popolne ovire in težave na področju zaposlovanja. Bistven pomen pri ocenjevanju invalidnosti imata oceni funkcioniranja in potreb, povezani s posameznikovimi zdravstvenimi značilnostmi.

Postopek za pridobitev statusa invalida oziroma (in) pravice do zaposlitvene rehabilitacije sproži oseba sama na Zavodu RS za zaposlovanje. Postopek ugotavljanja statusa invalida in pravice do zaposlitvene rehabilitacije je lahko hkraten ali tudi ločen, če ima oseba že pridobljen formalni status invalida.

Vlogi mora priložiti potrebno dokumentacijo, in sicer:

- zdravniški izvid z mnenjem osebnega zdravnika ali zdravnika po predpisih o zaposlovanju in zavarovanju za primer brezposelnosti (Zdravniška svetovalna služba ZRSZ),

- drugo dokumentacijo, s katero se dokazujejo trajne posledice telesne ali duševne okvare ali bolezni,
- dokončno odločbo o priznanju statusa, v primerih, ko je bila invalidu izdana odločba o invalidnosti po drugih predpisih.

Rehabilitacijska komisija pregleda vso dokumentacijo in pripravi mnenje. Rehabilitacijske komisije na prvi in drugi stopnji so sestavljene iz štirih članov, izvedencev svoje stroke in sicer: zdravnik specialist medicine dela; strokovnjak s področja invalidskega varstva; strokovnjak s področja zaposlovanja in trga dela, strokovnjak s specifičnega področja glede na primanjkljaj obravnavane osebe. Na zahtevo invalida lahko pri rehabilitacijski komisiji sodeluje izbrani zaupnik ali predstavnik invalidske organizacije.

V primeru, da je iz dokumentacije mogoče zaključiti o stopnji invalidnosti, ker je že zbrano dovolj podatkov, je mogoča obravnava na rehabilitacijski komisiji, ki deluje v okviru Zavoda RS za zaposlovanje. Če pa je treba pridobiti dodatne informacije, rehabilitacijski svetovalec zavoda napoti osebo v obravnavo k izbranemu izvajalcu zaposlitvene rehabilitacije (storitev B zaposlitvene rehabilitacije – priprava mnenja o ravni delovnih sposobnosti, znanj, delovnih navad in poklicnih interesov). Njihove storitve so podlaga za mnenje rehabilitacijske komisije o stopnji invalidnosti osebe ter pravice do zaposlitvene rehabilitacije. Na podlagi mnenja rehabilitacijske komisije **Zavod RS za zaposlovanje izda odločbo o pridobitvi statusa invalida oziroma (in) pravice do zaposlitvene rehabilitacije.**

Po pravnomočnosti le-te, rehabilitacijski svetovalec ob aktivnem sodelovanju invalida pripravi **rehabilitacijski načrt**. Pri pripravi rehabilitacijskega načrta se upošteva mnenje rehabilitacijske komisije in izvajalca rehabilitacije (v kolikor je že bila izvedena predhodna zaposlitveno rehabilitacijska obravnava).

Rehabilitacijski načrt je sistematično načrtovanje storitev zaposlitvene rehabilitacije, ki jih invalid potrebuje za uspešno vključitev v zaposlitev. Z rehabilitacijskim načrtom se tudi spremlja potek in učinek zaposlitvene rehabilitacije.

Rehabilitacijski načrt vsebuje:

- povzetek dosedanje obravnave
- cilji zaposlitvene rehabilitacije, načine, aktivnosti in postopke za dosego ciljev
- navedbo vrste, obsega in trajanja zaposlitvene rehabilitacije ter izvajalca zaposlitvene rehabilitacije

Med izvajanjem zaposlitvene rehabilitacije se zaposlitveni načrt spreminja in dopolnjuje. Na podlagi izdelanega rehabilitacijskega načrta, rehabilitacijski svetovalec ZRSZ, napoti rehabilitanta v ustrezno storitev zaposlitvene rehabilitacije k izbranemu izvajalcu zaposlitvene rehabilitacije.

4.1.2 Zaposlitvena rehabilitacija

Zaposlitvena rehabilitacija je individualizirana pravica invalida, je sklop storitev, s katerimi se povečuje zaposljivost invalida. Cilj zaposlitvene rehabilitacije je, da se invalida usposobi za ustrezno delo, da se zaposli, da zaposlitev obdrži oz. da v njej napreduje ali da spremeni svojo poklicno kariero.

4.1.2.1 Pravice in obveznosti invalida v zaposlitveni rehabilitaciji

Invalid, ki mu je priznana pravica do zaposlitvene rehabilitacije, ima pravico do storitev zaposlitvene rehabilitacije v skladu z odločbo in rehabilitacijskim načrtom, ima tudi pravico in obveznost, da v zaposlitveni rehabilitaciji aktivno sodeluje, ima pravico do denarnih prejemkov, ki zajemajo plačilo stroškov javnega prevoza zanj in za njegovega spremljevalca oziroma spremljevalko, v primeru, da ga/jo potrebuje, plačilo stroškov bivanja v višini največ 20% minimalne plače mesečno, če se storitve zaposlitvene rehabilitacije izvajajo več dni zaporedoma in če je otežen vsakodnevni prihod invalida k izvajalcu zaposlitvene rehabilitacije, pravico ima do denarnega prejemka, za čas trajanja zaposlitvene rehabilitacije v višini 30% minimalne plače mesečno, če se storitve zaposlitvene rehabilitacije izvajajo v obsegu najmanj 100 ur in če invalid ni prejemnik denarnega nadomestila ali denarne pomoči po predpisih iz naslova pravic brezposelnih oseb ali denarnega nadomestila po predpisih iz naslova invalidskega zavarovanja.

4.1.2.2 Mreža izvajalcev zaposlitvene rehabilitacije

Zaposlitvena rehabilitacija se izvaja kot javna služba v okviru mreže izvajalcev zaposlitvene rehabilitacije, pri čemer se pri vzpostavitvi mreže upošteva število in potrebe invalidov glede na vrsto invalidnosti in regionalno pokritost z izvajalci storitev. V mrežo se vključujejo javni zavodi ter druge pravne ali fizične osebe, ki izpolnjujejo pogoje, predpisane za izvajanje storitev zaposlitvene rehabilitacije. Fizične in pravne osebe, ki niso javni zavodi, morajo za izvajanje storitev zaposlitvene rehabilitacije pridobiti koncesijo po tem zakonu.

Koncesije za izvajanje storitev zaposlitvene rehabilitacije na podlagi prvega javnega natečaja so bile podeljene v letu 2006 za obdobje štirih let z možnostjo podaljšanja.

Zaposlitvena rehabilitacija se financira iz sredstev proračuna Republike Slovenije, če je napotitelj Zavod RS za zaposlovanje. Če je napotitelj Zavod za invalidsko in pokojninsko zavarovanje ali delodajalec, se storitve plačujejo po veljavnem ceniku, ki ga je določil minister za delo.

4.1.2.3 Strokovni tim

Oblikovanje tima za zaposlitveno rehabilitacijo navaja 9. člen ZZRZI, kjer je določeno, da so strokovne delavke oziroma delavci na področju zaposlitvene rehabilitacije in zaposlovanja invalidov delavci z univerzitetno, visoko oziroma višjo strokovno izobrazbo medicinske, pedagoške, psihološke, sociološke, socialne ali druge ustrezne usmeritve in znanji s področja rehabilitacije, zaposlovanja in invalidskega varstva, pridobljenimi s specializacijo, dodatnim izobraževanjem ali usposabljanjem.

Podporne storitve invalidom v rehabilitaciji in zaposlitvi lahko nudijo tudi druge osebe, ki imajo certifikat o poklicni kvalifikaciji ali druga ustrezna dokazila o usposobljenosti za opravljanje tekih del (strokovni sodelavci).

Tim za zaposlitveno rehabilitacijo je sestavljen iz naslednjih strokovnih delavcev:

- ¼ zdravnika (specialist medicine dela, psihiater ali druga ustrezna specializacija)

- 4 strokovni delavci iz prvega odstavka 9. člena ZZRZI (npr. psiholog, socialni delavec, delavni terapevt, socialni pedagog, andragog, tehnolog,...)

Tim izvaja vse storitve zaposlitvene rehabilitacije. Na območju Slovenije delo opravlja 13,50 tima.

4.1.2.4 Storitve zaposlitvene rehabilitacije

Storitve zaposlitvene rehabilitacije se v obsegu, načinu dela (metodah, tehnikah) in zahtevnosti prilagajajo rehabilitantovim potrebam, zmožnostim, sposobnostim in interesom ter tako lahko obsegajo:

A. Svetovanje, vzpodbujanje in motiviranje invalidov k aktivni vlogi začenja rehabilitacijski proces. Rehabilitantu omogoča osnovni uvid v lastno situacijo, informacije o oblikah in načinih reševanja ter osnovne elemente za odločanje in načrtovanje. Storitev zagotavlja osnovno orientacijo rehabilitanta glede znanj in informacij za delo in drugih oblik, ki aktivirajo in opogumljajo. Storitev neposredno vpliva na kvaliteto odločanja in sprejemanja lastne odgovornosti, s tem pa posredno vpliva na kvaliteto celotnega rehabilitacijskega procesa. Za osebe z motnjami v duševnem zdravju je storitev pomembna skozi celoten proces rehabilitacije, saj je za njih zelo značilno pomanjkanje motivacije in samoiniciativnosti. Storitev se večinoma izvaja individualno kot usmerjeni intervju oziroma svetovanje, lahko pa poteka tudi kot izkustveno delo v skupini; v obsegu do največ 15 ur na posameznika.

B. Priprava mnenja o ravni delovnih sposobnosti, znanj, delovnih navad in poklicnih interesov pomeni kompleksno timsko obravnavo, ki zajema oceno zdravstvenih dejavnikov; izobrazbeno – poklicnih dejavnikov ter pridobljenih delovnih izkušenj; socialnih dejavnikov in dejavnikov okolja; sposobnosti, kognitivnih funkcij in sposobnosti učenja; osebnosti in vedenja, sprejemanje invalidnosti, interesi in cilji; ocena posameznikovega delovnega funkcioniranja ter opredelitev predvidenega področja dela

ali šolanja. Strokovni tim ugotavlja pri posamezniku zmožnosti, znanja, delovne navade in interese ter oviranosti, za katere bodo na osnovi te ocene iskane nadaljnje rešitve. Timi so sestavljeni različno, glede na posameznika, ki ga obravnavajo. Pri obravnavi oseb z motnjami v duševnem zdravju v timu najpogosteje sodelujejo specialist medicine dela, psihiater, psiholog, socialni delavec, delovni terapevt, tehnolog in po potrebi tudi socialni pedagog in andragog. Tudi časovni obseg storitve je odvisen od kompleksnosti problematike in potreb posameznika (od 15 do 90 ur). Pri osebah z motnjami v duševnem zdravju storitev v povprečju obsega 60 ur. Načrt izvajanja storitve, vsebine, poudarki ter oblike in vrste situacijskega ocenjevanja se za vsakega posameznika oblikujejo individualno, upoštevajoč njegove potrebe in zmožnosti. Storitve se v večini izvaja individualno, potrebno pa je zagotoviti tudi aktivnosti, ki se izvajajo v skupini, v delovnih in učnih situacijah. Mnenje tima je ključnega pomena za nadaljevanje procesa. Na njegovi osnovi se oblikuje rehabilitacijski načrt, v katerem se opredelijo nadaljnje aktivnosti in ukrepi.

C. Pomoč pri sprejemanju lastne invalidnosti in seznanjanje o možnostih vključevanja v usposabljanje in delo. Psihosocialna rehabilitacija spremlja celoten rehabilitacijski proces in je sestavni del predpoklicnega, poklicnega in izobraževalnega procesa. Pri osebah z motnjami v duševnem zdravju je ta storitev zelo pogosta. V njej se krepi samopodoba rehabilitanta, uri ga v medsebojnih odnosih, utrjuje poklicno identiteto. Sprejemanje lastne invalidnosti je osnovni pogoj uspešne zaposlitvene rehabilitacije. Vključuje delo s posameznikom, skupino, s svojci in socialnim okoljem in utrjuje pozitivno vedenje. V tem procesu posamezniki spreminjajo lastne vzorce, kar zmanjšuje njihovo prizadetost in oviranost ter jim pomaga izboljšati kakovost življenja in možnosti za vključevanje v delovno in socialno okolje. Osnovna metoda dela je izkustveno učenje v skupini. Na osnovi sestave in potreb skupine se oblikuje teme, ki so aktualne za posamezno skupino. Udeleženci morajo biti aktivni sooblikovalci programa. Poleg skupinske oblike dela zajema storitev tudi individualne psihoterapevtske, socioterapevtske in podporne terapevtske ukrepe. Storitve lahko traja največ v obsegu 35 ur.

D. Pomoč pri izboru ustreznih poklicnih ciljev se izvaja po metodah individualnega in skupinskega dela. Uporabljajo se metode informiranja, poklicnega svetovanja, ocenjevanja in odkrivanja poklicnih interesov, seznanjanja z možnostmi izobraževanja in zaposlovanja v okolju, zahtevami in značilnostmi različnih poklicev ali programov izobraževanja. Upoštevajo se rehabilitantove dosedanje izkušnje, izobrazba, sposobnosti, zmožnosti, hobiji, interesi. Skozi poklicno informiranje strokovni delavec predstavi rehabilitantu možne poklicne cilje. Odkrivajo se ovire za možnost opravljanja poklica in možnosti reševanja teh ovir. Rehabilitanta se lahko usmeri tudi v nadaljnje šolanje ob sodelovanju svojcev in institucij (šole). Tudi ta storitev je zelo pomembna za osebe z motnjami v duševnem zdravju, saj je večina rehabilitantov brez delovnih izkušenj in brez jasnih poklicnih ciljev. Storitev lahko obsega največ 24 ur.

E. Razvijanje socialnih spretnosti in veščin. Cilji te storitve so izboljšanje vsakodnevnih socialnih veščin, ki so bistvene za delovanje v socialnem okolju. Posameznik dobi znanja s področja komunikacije ter lastnega razvoja in uspešnosti. Z izboljšanjem spretnosti se lahko zmanjša ali odpravi socialna izključenost, izboljšuje samopodoba ter omogoči učinkovitejše vključevanje v delovno in širše socialno okolje. To je še posebej pomembno za osebe z motnjami v duševnem zdravju, ki imajo z vključevanjem v delovno in socialno okolje večje težave kot rehabilitanti z drugačnimi oviranostmi.

Storitev se izvaja individualno in skupinsko ter zajema naslednje elemente: usmerjeni intervju, uvodno skupinsko srečanje, tematska srečanja, učenje veščin na skupinskih srečanjih ter zaključno evalvacijsko srečanje. Časovni obseg storitve je največ 32 ur.

F. Pomoč pri iskanju ustreznega dela oziroma zaposlitve. Rehabilitantu se nudijo ustrezna znanja in veščine za uspešno iskanje dela in seznanjenost s predpisi s področja delovne zakonodaje. Spodbuja se lastna aktivnost in vzpostavljanje socialnih mrež in uporaba tehnoloških pripomočkov pri iskanju dela. Storitev omogoča uporabniku izbor ustreznega, z njegovimi interesi in zmožnostmi usklajenega delovnega mesta in s tem zmanjšuje možnost neuspeha in izgube dela. S tem se zmanjšuje nevarnost utrjevanja negativnih izkušenj pri vključevanju v realno delovno sredino in povečuje možnost ohranjanja in napredovanja v delu in zaposlitvi. Storitev lahko traja do 32 ur.

G. Analiza konkretnega delovnega mesta in delovnega okolja invalida. Namen storitve je ocena ustreznosti izbranega dela invalidovi stopnji izobrazbe, ugotovljenim sposobnostim, zmožnostim ter z delom ali usposabljanjem pridobljenim izkušnjam. Cilj je rehabilitantu zagotoviti ustrezno delovno okolje, v katerem bo lahko delal ne glede na svojo invalidnost in nadaljeval svojo poklicno kariero. Pri tem se analizirajo delovno mesto in širše delovno okolje, delovni pripomočki, proces dela, obremenitve, nevarnosti za zdravje, zahteve proizvodnega procesa in storilnosti ter upoštevajo ovire, posameznikove zmožnosti in sposobnosti za delo.

H. Izdelava načrta prilagoditve delovnega mesta in delovnega okolja invalida. Cilj storitve je invalidova večja delovna učinkovitost, zanesljivost ter varno izvajanje dela, oziroma optimalna prilagoditev dela invalidu, s čimer lahko postane izvajanje dela in doseganje učinkov pri delu v največji možni meri primerljivo z ostalo delovno populacijo. Pri osebah z motnjami v duševnem zdravju gre večinoma za prilagoditev delovnega okolja, ki naj ne bi bilo preveč stresno in storilnostno naravnano. Oblikujejo se lahko tudi individualne metode dela oziroma delo na domu ipd..

I. Izdelava načrta potrebne opreme in sredstev za delo. Pomeni konkreten predlog tehničnih pripomočkov za delovno mesto invalida. Cilj je optimalna delovna vključitev invalida, glede na njegovo konkretno oviranost, ohranitev delovne zmožnosti, omogočanje napredovanja in razvoja delovnih potencialov, preprečevanje upada delovne zmožnosti in okvare zdravja.

J. Usposabljanje na konkretnem delovnem mestu oziroma v izbranem poklicu. Najpomembnejši vidik zaposlitvene rehabilitacije je vključitev v delovno okolje. Tako rehabilitant razvija delovne veščine, delovno učinkovitost, se uči novih spretnosti in izboljšuje svoje veščine. Storitev zagotavlja učinkovitejše vključevanje v delovni proces, s ciljem izboljšati zaposljivost invalida in možnosti za napredovanje v poklicni karieri. Za nekatere je smiselno usposabljanje na več delovnih področjih, saj jim to zagotavlja večjo izbiro in možnost zaposlitve. Pri tem je pomembna pomoč mentorja, ki rehabilitantu zagotavlja trajno pomoč pri usposabljanju in ga usmerja. Storitev je individualno načrtovana (vsebina, metode, obsega in trajanje), izvaja pa se lahko v skupini ali

individualno v realnih delovnih situacijah (pri izvajalcu rehabilitacije ali v običajnem delovnem okolju). Program se lahko izvaja od 6 mesecev do 2 let. Odvisno od stopnje oviranosti oziroma težavnosti. Pri osebah z motnjami v duševnem zdravju program v povprečju traja 1 leto oziroma več. Med izvajanjem programa je potrebna stalna evalvacija napredovanja, preverjanje ustreznosti programa in sprotno prilagajanje rehabilitacijskih ukrepov.

K. Spremljanje in strokovna pomoč pri usposabljanju in izobraževanju sloni na modelu podpornega zaposlovanju in je namenjeno rehabilitantom, za katere se oceni, da brez ustreznega vodenja in podpore ne bi bili uspešni. Potrebujemo specifične oblike podpore, ki so individualno prilagojene. Mentor udeleženca spodbuja, zagotavlja podporo, pomaga reševati stresne situacije in ga usmerja. Zagotavlja pretok informacij med uporabnikom, izvajalcem in izobraževalno ustanovo. Glede na oceno težav, se storitev lahko izvaja, največ do 24 ur mesečno. Storitev je še posebej pomembna za osebe z motnjami v duševnem zdravju, ki pri vključevanju v delovno in socialno okolje potrebujejo intenzivnejše in dolgotrajnejše spremljanje in podporo.

L. Spremljanje invalida na delovnem mestu po zaposlitvi. Tudi ta storitev sloni na konceptu podpornega zaposlovanja in se nanaša na zaposlitev v podjetju. Invalidu in njegovemu delovnemu okolju storitev omogoča specifično pomoč pri razreševanju ovir v delovnem okolju in medosebnih odnosih. Cilj storitve je pomagati invalidu in njegovemu delovnemu okolju, da uspešno osvoji delo, se zadovoljivo vključi v delovno okolje in da delo zadrži oziroma v delu napreduje. Tudi ta storitev je še posebej pomembna za osebe s težavami v duševnem zdravju, izvaja pa se lahko v skupnem obsegu do največ 60 ur.

M. Sprotno ocenjevanje uspešnosti rehabilitacijskega procesa Ocenjevanje uspešnosti rehabilitacijskega procesa posameznega rehabilitanta poteka na osnovi timskega spremljanja in evalvacije napredovanja invalida v rehabilitacijskem procesu. Sprotno ocenjevanje uspešnosti, vključno s samoocenjevanjem, omogoča krepitev aktivne vloge uporabnika, višjo stopnjo motivacije in prevzemanje odgovornosti za lastni razvoj, učinkovitost in oblikovanje realnih ciljev. Ocenjevanje uspešnosti na ravni strokovnega

tima pa omogoča doseganje optimalnih učinkov procesa, izbor ustreznih metod in postopkov, kontinuiteto in strokovno utemeljeno načrtovanje nadaljnjih programov.

N. Ocenjevanje doseganja delovnih rezultatov zaposlenih invalidov je storitev, namenjena določanju subvencije plače invalidov zaradi nižjih delovnih rezultatov, ki so posledica njihove invalidnosti. Prav tako pa je tudi strokovna podlaga za oceno zaposlitvenih možnosti brezposelnih invalidov. Ocenjevanje doseganja delovnih rezultatov invalidov temelji na primerjavi doseganja delovnih rezultatov zaposlenih na običajnih delovnih mestih. Postopek ocenjevanja doseganja delovnih učinkov nezaposlenega invalida pa se izvede kot zaključna faza zaposlitvene rehabilitacije. Izvajanje storitve poteka v skladu s sprejetim Pravilnikom o merilih in postopku za določitev višine subvencije plače za invalide. Izvedba ocenjevanja je sestavljena iz dveh delov. Prvi del je namenjen zbiranju in analizi podatkov oziroma informacij o dosedanjem poteku poklicne kariere posameznika in njegovi zaposlitvi. Zajame tudi vse dosedanje odločbe o invalidnosti, poročila o vključitvah v različne rehabilitacijske programe, ocene zaposlitvenih možnosti, ipd.. Drugi del pa vsebuje pripravo celovite ocene funkcioniranja invalida na delovnem mestu, določanje konkretnih področij dela in nalog ter načina ocenjevanja kvantitativnih in kvalitativnih značilnosti delovne učinkovitosti delavca na teh delih in nalogah. Storitev traja najmanj 20 ur.

4.1.3 Zaposlitvene možnosti po končani zaposlitveni rehabilitaciji

Na podlagi mesečnih poročil in končne evalvacije izvajalcev zaposlitvene rehabilitacije Zavod RS za zaposlovanje izdela **oceno zaposlitvenih možnosti**. Iz ocene zaposlitvenih možnosti mora biti predvsem razvidno, ali je invalid zaposljiv v običajnem delovnem okolju, v podporni ali zaščitni zaposlitvi, za katera dela je usposobljen in kakšne podporne storitve ali prilagoditve potrebuje na delovnem mestu. Oceno zaposlitvenih možnosti izdela Zavod RS za zaposlovanje.

Zavod RS za zaposlovanje izda **odločbo o zaposljivosti**, če na podlagi ocene zaposlitvenih možnosti ugotovi, da invalid ni zaposljiv ali da je zaposljiv v zaščitni oziroma podporni zaposlitvi. Invalid lahko na podlagi odločbe o zaposljivosti uveljavlja pri Skladu RS za vzpodbujanje zaposlovanja invalidov subvencijo plače, delodajalci pa druge vzpodbude, ki so namenjene zaposlovanju invalidov. Invalid, za katerega je z odločbo ugotovljeno, da ni zaposljiv, se lahko vključi v programe socialne vključenosti.

4.1.3.1 Podporna zaposlitev

ZRSZ izda odločbo o podporni zaposlitvi invalidom, za katere se presodi, da so se s strokovno, tehnično in osebno pomočjo, ki se zagotavlja zanje in za delodajalca in delovno okolje, sposobni vključiti v delovno okolje, pri čemer njihovo doseganje delovnih rezultatov ni nižje od 70% po pravilniku o subvencijah. Do subvencije plače so upravičeni samo v primeru, ko je ugotovljeno, da kljub prilagoditvi delovnega mesta in nudenju ustreznih podpornih storitev ne morejo dosegati pričakovanih delovnih rezultatov njihovega delovnega mesta.

Za zaposlitev invalida v podporni zaposlitvi morajo biti izpolnjeni naslednji pogoji: usposobljenost invalida opravljati delo na konkretnem delovnem mestu, motiviranost in druge osebnostne lastnosti invalida, ki zagotavljajo uspešno delo, izdelan individualiziran načrt podpore invalidu in delodajalcu, pripravljenost delodajalca za sodelovanje in prilagoditev delovnega mesta in okolja v skladu z individualiziranim načrtom. Podporne storitve za invalida, delodajalca in delovno okolje opravljajo strokovne delavci in sodelavci, ki so lahko zaposleni pri izvajalcih zaposlitvene rehabilitacije, v zaposlitvenih centrih ali invalidskih podjetjih, lahko pa podporne storitve izvajajo tudi druge fizične osebe, ki izpolnjujejo pogoje za opravljanje storitev v skladu s predpisi.

Podporna zaposlitev je zaposlitev invalida na delovnem mestu v običajnem delovnem okolju s strokovno in tehnično podporo invalidu, delodajalcu in delovnemu okolju. Strokovna podpora delodajalcu in delovnemu okolju se zagotavlja predvsem s seznanjanjem z invalidnostjo, njenimi posledicami in vplivi delovnega okolja na invalidnost ter svetovanjem o optimalnih možnostih prilagoditve delovnega okolja.

Invalidu se v podporni zaposlitvi glede na njegovo invalidnost lahko zagotavlja strokovna in tehnična podpora: informiranje in svetovanje, usposabljanje in uvajanje v delo, spremljanje pri delu, osebna asistenca, razvoj osebnih metod dela, ocenjevanje delovne uspešnosti.

4.1.3.2 Zaščitna zaposlitev

Zavod izda odločbo o zaščitni zaposlitvi invalidom, za katere presodi, da ni mogoče pričakovati zaposlitve v običajnem delovnem okolju ali podporne zaposlitve, njihovo doseganje delovnih rezultatov pa je nižje od 70% in višje od 30%, in ki zaradi večjih težav in ovir pri zaposlovanju potrebujejo visoko stopnjo strokovne pomoči v obliki svetovanja, informiranja, usposabljanja, psihosocialne podpore in spremljanja na delu.

Zaščiteno delovno mesto se zagotavlja v zaposlitvenem centru, lahko pa tudi kot delo na domu. Zaščitena delovna mesta delodajalci – zaposlitveni centri določijo s splošnim aktom, ki ureja sistemizacijo delovnih mest. Na teh delovnih mestih pa lahko zaposlijo samo invalide, za katere je Zavod RS za zaposlovanje, z odločbo po oceni njihovih zaposlitvenih možnosti ugotovil, da se zaradi njihove invalidnosti lahko zaposlujejo le na zaščitnih delovnih mestih. Glede na oceno doseganja delovnih rezultatov je invalid v podporni zaposlitvi lahko upravičen do subvencije plače v višini od 30 do 70% minimalne plače.

4.1.3.3 Odločba o nezaposljivosti

Če so v postopku priznanja statusa invalida ugotovljene popolne težave pri njegovem zaposlovanju in rehabilitacijska komisija izda mnenje, da bi bila zaposlitvena rehabilitacija nepotrebna, zavod izda odločbo, da invalid ni zaposljiv. Zavod izda odločbo o nezaposljivosti tudi po zaključeni zaposlitveni rehabilitaciji, če izvajalec le-te pri končni oceni ugotovi popolne težave pri zaposlovanju invalida. V tem primeru rehabilitacijski svetovalec seznani invalida o njegovi možnosti udeležbe v programih socialne vključenosti.

Programi socialne vključenosti so socialni programi, namenjeni podpori in ohranjanju invalidovih delovnih sposobnosti. V programe se vključujejo invalidi, ki zaradi invalidnosti daljše obdobje niso zaposljivi, kar pa ne pomeni, da so trajno nesposobni za delo. Izvajalci takšnih programov so izbrani na javnem razpisu, ki ga objavi ministrstvo, pristojno za invalidsko varstvo. Sofinancirajo se iz državnega proračuna.

V navedeno storitev, ki jo izvajajo varstveno delovni centri, kot javni socialno varstveni zavodi (teh je 23) ali koncesionarji (teh je 11) je bilo v letu 2007 vključenih 2.653 invalidov (Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve 2007).

4.1.3.4 Zaposljivost v običajnem delovnem okolju

Invalidi, ki jim zavod po zaključeni zaposlitveni rehabilitaciji ne izda odločbe o podporni ali zaščitni zaposlitvi ali odločbe o nezaposljivosti, se lahko zaposlujejo v običajnem delovnem okolju. Zavod o tem ne izda odločbe, skupaj z invalidom pa se išče zaposlitve pri običajnih delodajalcih ali v invalidskih podjetjih oziroma se ga vključi v programe aktivne politike zaposlovanja.

Primerna delovna mesta za invalide so vsa delovna mesta, na katerih ob upoštevanju izjave o varnosti z oceno tveganja, invalidnost ni ovira za enakopravno opravljanje dela. Delodajalcem je priporočeno, da pri planiranju zaposlovanja in zaposlovanju invalidov upoštevajo Kodeks o ravnanju z invalidnostjo na delovnem mestu.

4.1.3.5 Invalidska podjetja

Invalidska podjetja so podjetja, v katerih se usposablja in zaposlujejo invalidi, ki se glede na svojo invalidnost in preostalo delovno zmožnost ter glede na svoje zdravstveno stanje, ne morejo usposabljeti in zaposliti pod enakimi pogoji kot drugi invalidi. Invalidska podjetja poslujejo po načelih, po katerih poslujejo drugi gospodarski subjekti. Pravna podlaga za njihovo ustanavljanje je določena z ZZRZI, ki natančneje opredeljuje pogoje delovanja, postopek pridobitve statusa, način poslovanja, način delitve dobička, določa vpliv države na lastništvo in vpliv pri sprejemanju odločitev ter tudi obvezno revizijo računovodskih izkazov.

Invalidsko podjetje lahko deluje kot družba z omejeno odgovornostjo, delniška družba ali komanditna delniška družba, če vse poslovno leto zaposluje in usposablja najmanj 40% invalidnih oseb od vseh zaposlenih v družbi.

Invalidi, zaposleni v invalidskem podjetju, so upravičeni do subvencije plače samo v primeru, ko je ugotovljeno, da zaradi invalidnosti ne dosegajo pričakovanih delovnih rezultatov njihovega delovnega mesta.

4.1.4 Sklad za vzpodbujanje zaposlovanja invalidov

je javni finančni sklad, ki je bil ustanovljen z namenom vzpodbujanja zaposlovanja invalidov in za ohranjanje delovnih mest za invalide. V imenu Republike Slovenije so ga ustanovili Vlada RS, Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje in Zavod RS za zaposlovanje. Delovno področje sklada je odločanje o pravicah in obveznostih invalidov in delodajalcev v skladu s pooblastili po tem zakonu in opravljanje drugih nalog v skladu z zakonom in ustanovitvenim aktom sklada. Sredstva za delo sklada se zagotovijo iz državnega proračuna. Namenska sredstva sklada predstavljajo denarna sredstva iz plačil delodajalcev zaradi neizpolnjevanja predpisane kvote, sredstva Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, namenjena pospeševanju zaposlovanja brezposelnih delovnih invalidov, namenski prihodki proračuna RS iz naslova plačanih denarnih kazni za storjene prekrške in odvzeto premoženjsko korist po zakonu in sredstva proračuna RS, namenjena subvencioniranju plač invalidov. pri upravljanju sklada sodelujejo tudi predstavniki delodajalcev in sindikatov.

4.1.5 Vzpodbude za zaposlovanje invalidov

Vzpodbude za zaposlovanje invalidov so subvencije plač invalidom, plačilo stroškov prilagoditve delovnih mest in sredstev za delo invalidov, plačilo stroškov storitev v podpornem zaposlovanju, oprostitvev plačila prispevkov za pokojninsko in invalidsko zavarovane zaposlenih invalidov nad predpisano kvoto, nagrade za preseganje kvote,

letne nagrade delodajalcem za dobro prakso na področju zaposlovanja invalidov in ohranjanja delovnih mest za invalide ter druge razvojne vzpodbude.

4.1.6 Kvotni sistem zaposlovanja invalidov

Kvotni sistem določa ZZRZI v 62. členu in je pomembna novost, ki jo prinaša kot ukrep pozitivne diskriminacije, s katerim je mogoče zmanjšati število brezposelnih invalidov. Kvotni sistem pomeni obvezno zaposlovanje določenega števila invalidov ali sklepanje poslovnih pogodb v predpisani višini ali plačevanje prispevkov v Sklad za namene pospeševanja zaposlovanja invalidov.

Dolžnost zaposlovanja invalidov oziroma kvota velja za vse delodajalce, ki zaposlujejo najmanj 20 delavcev, razen tujih diplomatskih in konzularnih predstavništev, invalidskih podjetij in zaposlitvenih centrov. Vsi ostali so dolžni zaposlovati invalide v okviru določenega deleža od celotnega števila zaposlenih delavcev.

Kvota je odvisna od dejavnosti delodajalca, vendar ne more biti nižja od 2% in ne višja od 6% od skupnega števila zaposlenih delavcev.

Podrobneje je kvotni sistem zaposlovanja invalidov urejen v Uredbi o določitvi kvote za zaposlovanje invalidov. Prva uredba je bila objavljena konec leta 2005 (Uradni list RS, št. 111/2005), od prvega maja 2007 (Uradni list RS, št. 32/2007) pa je v veljavi nova, ki je drugače določila kvote po dejavnostih glede na dejansko število zaposlenih invalidov po dejavnostih; prinaša pa tudi nekatere druge spremembe in novosti.

63. člen ZZRZI govori o vštevanju v kvoto, kamor se vštejejo vsi invalidi, ki pridobijo status invalida po tem zakonu ali po drugih predpisih oz. tiste osebe, pri katerih so z odločbo pristojnega organa ugotovljene trajne posledice telesne ali duševne okvare ali bolezni in imajo zato bistveno manjše možnosti, da se zaposlijo, ohranijo zaposlitev ali v zaposlitvi napredujejo. Invalid, zaposlen v podporni zaposlitvi, se po tem zakonu šteje za dva zaposlena invalida.

64. člen ZZRZI obravnava nadomestno izpolnitev kvote, kamor se šteje tudi sklenitev pogodbe o poslovnem sodelovanju z zaposlitvenim centrom oziroma invalidskim podjetjem, po kateri se priznavajo stroški dela v višini zneska 12. minimalnih plač letno za vsakega invalida, ki bi ga moral delodajalec zaposliti v okviru predpisane kvote.

Delodajalec, ki ne izpolni kvote, je po 65. členu zakona dolžan mesečno ob izplačilu plač obračunati in plačati v Sklad prispevek za vzpodbujanje zaposlovanja v višini 70% minimalne plače za vsakega invalida, ki bi ga bil dolžan zaposliti za izpolnitev kvote.

V primerjavi s Slovenijo, ki kvotni sistem šele uvaja, imajo nekatere evropske države na tem področju že uvedeno prakso (npr. Avstrija, Belgija, Francija, Nemčija, Italija, Španija, Anglija).

V državah, kjer kvotni sistem ni bi uveden, to je na Danskem, Finskem, Norveškem, Švedskem, je zaposlovanje invalidov urejeno v okviru tradicionalnih obveznosti delodajalcev. V teh deželah so invalidi normalno integrirani med ostale prebivalce. Na Danskem, kjer ni kvotnega sistema, obstajajo za invalide rezervirana delovna mesta v javnem sektorju, občinskih in državnih ustanovah, institucijah...(Uršič 2004: 114)

4.1.7 Inštitut RS za rehabilitacijo

Inštitut RS za rehabilitacijo skrbi za strokovni razvoj na področju zaposlitvene rehabilitacije in daje strokovno mnenje v primeru spora v zvezi z vprašanji invalidnosti, pripravo standardov storitev, usposabljanja strokovnih delavcev in izvajalcev zaposlitvene rehabilitacije in pripravo metodologije za ocenjevanje delovnih rezultatov zaposlenih invalidov.

4.2 ZAPOSLOITVENA REHABILITACIJA OSEB Z MOTNJAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU

Duševne motnje ne prizadenejo le posameznikov, temveč tudi njihove družine in družbo v celoti. Rehabilitacija pomeni povezovanje med prizadetimi in tistimi, ki so jim v oporo in pomoč. Namenjena je torej ljudem, ki so prizadeti zaradi hudih in ponavljajočih se duševnih motenj in njihovim svojcem in skrbnikom. Dolgotrajne duševne motnje povzročajo manjzmožnost oziroma invalidnost, to so zmanjšane sposobnosti na področjih socialnega delovanja, kamor sodijo na primer zaposlitev, druženje, skrb za gospodinjstvo in zase, sposobnost navezovanja in vzdrževanja socialnih stikov in podobno. Stopnja invalidnosti v tej skupini je zelo različna in zahteva visoko prilagodljivost obravnave, kar pomeni posamezniku prilagojeno intenziteto in vrsto podpore, glede na njegove specifične zmožnosti, invalidnost in prednosti. (Švab, 2004)

Psihosocialna rehabilitacija, katere del je tudi zaposlitvena rehabilitacija, ni namenjena ljudem, ki so nezadovoljni ali v trenutni krizi, ki so jo sposobni sami ali s pomočjo drugih premagati brez posledic v svojem siceršnjem delovanju. »Številne duševne krize in motnje, ki so v začetku prehodne narave in izhajajo iz težavnih socialnih razmer, ki so vse pogostejše, pa se lahko ponavljajo in povzročijo manjše zmožnosti in invalidnost, če nanje ne odgovorimo pravočasno in kompetentno. Ob uspešnejšem in pravočasnem reševanju teh reaktivnih stisk bi torej lahko zmanjšali potrebe po dolgotrajnih in zahtevnih rehabilitacijskih posegih, ki jih zahtevajo ponavljajoče se duševne motnje«(Švab, 2004:13)

Rehabilitacija je pristop k obravnavi ljudi – invalidov s ciljem razvijanja maksimalnih sposobnosti posameznika in s tem ustvarjanja možnosti za njihovo aktivno življenje in zaposlovanje. Je celosten proces – človek kot bio-psiho-socialno bitje potrebuje ne le medicinsko, ampak tudi psihosocialno in delovno rehabilitacijo.

Tako kot druga področja psihosocialne rehabilitacije, je tudi delovno usposabljanje nujno individualno prilagojeno. Večina vključenih je brez delovnih izkušenj ali pa so jih

nabirali leta nazaj, vmes pa so bili delovno in socialno izključeni. Najbolj nezmožni rabijo stalno vodenje in pomoč, tisti pa, ki dobro funkcionirajo, naj delajo v pogojih, ki so čim bližje dejanskim delovnim pogojem na običajnih delovnih mestih. Kljub razlikam pa obstajajo skupne smernice: delo naj bo plačano, delo naj bo voden, delo naj ne bo samo sebi namen, temveč naj omogoča tudi druženje in pripadnost skupini, delovna rehabilitacija naj se začne s preverjanjem uporabnikovih sposobnosti, delo v skupini z drugimi člani rehabilitacijskega procesa, v katerem se spremljajo potrebe in napredovanje posameznih uporabnikov. (Švab 1996)

Pomembno je, da se usposabljanje začne v relativno varnem in stimulativnem okolju, ki pa je obenem dovolj zahtevno, da se ponovno vzpostavijo delovne navade, natančnost in točnost ter predvsem vztrajnost. Ravnovesje med zahtevnostjo in varnostjo skušamo prilagoditi posameznikovim potrebam in zmožnostim.

Postopno prilagajanje vse večjim zaposlitvenim zahtevam pa je najlažje, če rehabilitanti po določenem času iz delavnic preidejo na usposabljanje k »pravim« delodajalcem. To je še posebej zaželeno zaradi spoznavanja realnega delovnega okolja in pestrejša ponudbe področij usposabljanja in zaposlovanja. Kajti v rehabilitacijo so vključeni posamezniki z zelo različnimi sposobnostmi, znanji in izkušnjami. Praksa pa je pokazala, da so v večini primerov sposobni opravljati veliko zahtevnejša dela, kot jim jih lahko ponudimo.

»Na usposabljanju se imam v redu. Zaenkrat nimam kakšnih večjih težav pri opravljanju delovnih nalog. Moje začetne delovne naloge so: zbrusiti in polakirati vsa okna in vrata. Ko bom to opravil, mi bo mentorica dodelila še druga dela. Med delom lahko tudi opravljam dela, ki mi najbolj ležijo. Po dolgem času, ko sem bil brez dela, sem sedaj bližje cilju, da pridem do primerne zaposlitve.« (rehabilitant Samo)

Veliko psihiatričnih bolnikov se vključi v zaposlitveno rehabilitacijo, nekaj jih uspe pridobiti zaposlitev, vendar le manjše število pa lahko obdrži redno zaposlitev. Razlogi so predvsem: pri delu se naglo utrudijo, odvisni so od vodenja, težko si organizirajo delo, strah pred napakami, velika občutljivost za kritiko mentorjev in sodelavcev, možnost

ponovitve bolezni in velika potreba po stabilnem, stimulativnem, nestresnem, nestorilnostnem okolju, ki ga je danes zelo težko najti.

Raziskave kažejo, da želi velika večina ljudi s psihiatričnimi motnjami biti zaposlena, vendar je število zaposlenih med psihiatričnimi pacienti nizko, med 5 in 15 odstotki (Anthony, Blanch, 1987). Nezaposlenost oseb z hudo duševno motnjo je bistveno višja kot pri drugih oblikah – telesne invalidnosti (New York State Office of Mental Health, 1998). Razlogi za visoko nezaposlenost so vsaj deloma v diskriminaciji, res pa je tudi, da raziskovalci ocenjujejo, da večina prizadetih zaradi ponavljajočih se duševnih motenj potrebujejo podpirne oblike zaposlovanja. Raziskave, ki ocenjujejo uspešnost podpirne zaposlitve pri tej skupini so konsistentno pozitivne (Mueser in drugi 1997) in dokazujejo, da lahko pacienti z zaposlitvijo dosežejo bistveno višje ravni funkcioniranja (Cook 1996). Programi usposabljanja in zaposlovanja, ki so jih izvajali z učenjem spretnosti, preden so usmerili klienta na delovno mesto, niso pokazali uspeha, saj je bila zaposlitev teh pacientov približno enaka kot pri tistih, ki niso imeli dostopa do zaposlitvene podpore (Bond 1999; Crowther in drugi 1998). Uspešnost podpornega zaposlovanja je postala jasna šele s pojavom tistega podpornega zaposlovanja, ki so ga v klubskih oblikah organizirali uporabniki sami. Tam so imeli dostop do podpore na delovnem mestu, kjer so delali (Beard in drugi 1982) in bili vključeni v proces odločanja o tem kaj, kje in koliko bodo delali (Danley, Anthony 1987).

Osebe, ki se vključujejo v rehabilitacijo pri izvajalcih zaposlitvene rehabilitacije so ponavadi dolgotrajno izključene iz delovnega in socialnega okolja, zaradi česar je potek rehabilitacije še težji in dolgotrajnejši kot sicer. Pravočasna vključitev v rehabilitacijo pomeni večjo zagotovitev uspešnosti, zato izvajalci zaposlitvene rehabilitacije intenzivno sodelujejo s psihiatričnimi ustanovami. Uporabnikom je že takoj po hospitalizaciji dana možnost izbire, da se najprej vključujejo v programe dnevnih centrov nevladnih organizacij na področju duševnega zdravja, potem pa se postopoma vključijo še v zaposlitvene programe. S tem se preskoči prepad izolacije/izključenosti in naredi velik korak k vrnitvi.

»Tako ne gre več naprej. Nekaj moram ukreniti in to čim prej. Vsak dan je eno in isto. Zjutraj vstanem, včasih še bolj utrujena kot pozno zvečer, ko ležem k počitku. Hitim z otroki, da jih pripravim za v šolo, kasneje se poleg pospravljanja in kuhanja posvečam najmlajši od štirih otrok, ki je predšolska, delam na vrtu, sekam drva itd.. To poteka že 16 let. Ne najdem časa zase. 16 let sem že brezposelna, torej gospodinja. To so bile vsakodnevne misli, ki so prehajale že v obup, nespečnost, nervozo. Na srečo pa za vsakim dežjem posije sonce. Leta 2000 sem se prijavila na Zavod za zaposlovanje, leta 2005 pa so me napotili na Šentgor Radovljica. S strahom sem se odpravila na razgovor, že po enem dnevu zaposlitve, pa se mi je prikazal nov svet. Pol leta sem bila v programu usposabljanja na delovnem mestu. Spoznala sem veliko prijetnih ljudi, od katerih sem se veliko naučila. Upam, da tudi oni od mene. Vzdušje med sodelavci je enkratno, prijetno, komunikativno. Pomagamo si in družimo se tudi v prostem času. Strokovni sodelavci in vodstvo so vedno na razpolago za pogovor in pomoč.

Ko je preteklo pol leta, me je zopet obsedla groza. Le kaj bom zopet doma?! Medtem, ko sem bila na Šentu, sem se spremenila v pozitivnem smislu, pa tudi otroci so me začeli gledati v drugi luči. K sreči pa se je kmalu uredilo in sem ponovno začela z delom, tokrat v Šentprimi, programu zaposlitvene rehabilitacije. Zelo sem vesela, da lahko obiskujem Šentprimo, morda me moti le finančna plat programa, kajti ne teče nam delovna doba in nimamo povračila stroškov prehrane. Vendar pa se zavedam, da bom tako lažje prišla do sebi primerne zaposlitve in da ima vsaka dobra stran tudi slabo. Pohvaliti moram strokovne sodelavke, katere so vedno na razpolago pri problemih, težavah. Želim si, da bi tudi drugi ljudje, ki nesrečno čepijo doma, našli pot do Šenta in spoznali kako je življenje lahko lepo.« (rehabilitantka Nataša)

Seveda pa se nič ne zgodi brez aktivnega sodelovanja vsakega posameznika. Rehabilitant se lahko rehabilitira le toliko, kolikor sam želi. »Nikogar ne moreš naučiti nečesa, lahko mu le pomagaš, da spozna.« (Galilei)

»Zaposlitvena rehabilitacija je zagotovo nujno potrebna v določenih primerih. Osebnost sem se skozi celotno rehabilitacijo dobro počutil. Predvsem pa je pomembno, da se sami rehabilitanti zavedamo, da je vse odvisno samo od nas samih. Udeležba na določenih pogovornih skupinah mi zelo pomaga pri reševanju vsakodnevnih delovnih težav.«
(rehabilitant Primož)

Enako kot pravočasna vključitev je zelo pomembna tudi kontinuiteta rehabilitacije. Osebe z motnjami v duševnem zdravju ponavadi napredujejo z zelo majhnimi koraki in potrebujejo veliko daljšo rehabilitacijo kot ostali invalidi.

Izkušnje so pokazale, da je ravno neurejen sistem na področju rehabilitacije v Sloveniji, povzročil velike prekinitev rehabilitacije in ni nudil ustreznega obsega in trajanja storitev. S sprejetjem novega Zakona o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov pa naj bi se uredili tako finančni okviri kot tudi standardi in normativi zaposlitvene rehabilitacije.

Pri pripravi gradiva za nov Zakon o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov se je tudi začel uporabljati pojem zaposlitvena rehabilitacija. Do takrat je zakonodaja uporabljala smiselno podoben izraz »poklicna rehabilitacija« (ki jo še vedno ureja Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju).

Program rehabilitacije ni spremenil samo imena, ampak tudi vsebino in način izvajanja. Rehabilitacija postaja bolj usmerjena k uporabniku, več je zahtev po merjenju njene učinkovitosti, saj posledično uspešen proces pomeni zmanjševanje socialnih transferjev. Rehabilitacija se iz rehabilitacijski institucij, v katerem so se invalidi usposabljali v nenaravnem, izoliranem okolju, seli v konkretna delovna in življenjska okolja invalidov, zato rehabilitacijske centre zamenjujejo rehabilitacijski in podporni strokovni timi, ki se prilagajajo potrebam invalida in ne obratno.

Najpomembnejši cilj zaposlitvene rehabilitacije je invalidom nuditi ustrezno individualno pomoč, da bodo prepoznali svoje sposobnosti, aktivno sodelovali pri načrtovanju reševanja svojega problema s ciljem ohranitve zaposlitve ali pridobitve nove zaposlitve. Delodajalcem pa naj bi zagotavljanje storitev zaposlitvene rehabilitacije invalidom ne

pomenilo le razreševanja socialnih in delovnih problemov, ampak tudi vlaganje v človeške vire in zadovoljstvo zaposlenih.

Eden temeljnih principov dela na področju zaposlitvene rehabilitacije je princip celostnega gledanja na posameznikove rehabilitacijske potrebe, kar pomeni, da je v ospredju rehabilitacijskega postopka celotna oseba invalida in njegov celoten življenjski položaj, ne pa samo njegovo delovanje ali zdravstveno stanje.

Upoštevanje potrebo po celostnem obravnavanju posameznikovih rehabilitacijskih potreb, je na področju zaposlitvene rehabilitacije nujen interdisciplinaren pristop z namenom izboljšanja življenjskega položaja posameznika in ne zgolj odpravljanja njegovih pomanjkljivosti. V rehabilitacijski proces bi moral biti ves čas in v vseh fazah, neposredno vključen tudi uporabnik kot enakovreden in soodgovoren član rehabilitacijskega tima. Vendar je v realnosti še vedno vse prevečkrat objekt obravnave, ki ga rehabilitacijski tim sicer zelo strokovno in večinoma tudi dobronamerno obravnava ter v končni konsekvenci tudi predlaga optimalno rešitev njegovega zaposlitvenega problema, ki pa se pogosto ne ujema z vizijo, ki jo ima o svoji prihodnosti sam invalid. Naslednje temeljno in splošno sprejeto vodilo na področju zaposlitvene rehabilitacije je usmerjenost na iskanje in odkrivanje močnih strani in potencialov posameznika, ne pa prvenstveno na ugotavljanje deficitov. Vendar pa se tako pri invalidih kot tudi pri rehabilitacijskih delavcih pogosto srečujemo z izrazito usmerjenostjo v deficite, omejitve in ovire.

Če želimo razumeti in predvideti posameznikovo doživljanje in reakcijo na bolezen oziroma spremembo lastnih zmožnosti, ter razumeti njegove potrebe, pričakovanja in stališča, povezana z vrnitvijo na delo, ni dovolj samo natančno prepoznati objektivne težave in oviranosti, temveč je potrebno razumeti, kakšno težo in vlogo imajo za konkretnega posameznika, upoštevajoč vso njegovo osebnost, zgodovino in življenjske pogoje. V vsakem rehabilitacijskem procesu je potrebno upoštevati in tudi aktivno vključevati posameznikovo okolje ter ob njegovem vračanju v staro oziroma vključevanju v novo okolje, le-to ustrezno oceniti, predvideti potencialne težave, možnost

pomoči in podpore v tem okolju ter potrebne ukrepe. Prav tako je potrebno upoštevati pogoje in kontekst specifične delovne situacije, v katero bo posameznik umeščen ter pred posameznikovo vključitvijo v delo predvideti in zagotoviti potrebne prilagoditve in možnosti pomoči v delovnem okolju.

4.3 EVROPSKA NAČELA ODLIČNOSTI V REHABILITACIJI IN ETIČNI KODEKS STROKOVNIH DELAVCEV

Zakon o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov omogoča uveljavljanje sodobne rehabilitacijske doktrine. Za doseg evropsko primerljive prakse, morajo izvajalci zaposlitvene rehabilitacije, pri svojem delu, upoštevati **evropska načela odličnosti v rehabilitaciji in tudi Etični kodeks strokovnih delavcev na področju zaposlitvene in poklicne rehabilitacije ter zaposlovanja in socialne vključenosti invalidov.**

Izvajalci zaposlitvene rehabilitacije morajo imeti vodilno vlogo na področju rehabilitacije in v širši skupnosti, s promocijo pozitivne podobe in z dobro prakso, z inovacijami in s prizadevanji za bolj odprto in vključujočo družbo. Zavezani so, da ščitijo in podpirajo pravice svojih uporabnikov v smislu enakih možnosti, enake obravnave in enakega sodelovanja. Upoštevati morajo dostojanstvo uporabnikov in njihovih družin ali skrbnikov. Delovati morajo v partnerstvu z javnimi in zasebnimi organizacijami, delodajalci, lokalno skupnostjo in svojci, da zagotovijo kontinuiranost storitev, večjo učinkovitost in bolj odprto družbo. Podpirati morajo sodelovanje in vključenost invalidov na vseh ravneh organizacije in znotraj skupnosti. Izvajajo dejavnosti in storitve, ki zadovoljujejo potrebe obravnavanih oseb ter vključujejo uporabnike kot aktivne člane v procesu rehabilitacije. 0055poštevajo posameznikov prispevek z njegovim vključevanjem v samooceno, povratno informacijo in vrednotenje tako osebnih ciljev kot ciljev programa. Uporabniku zagotavljajo dostop do različnih, celostnih in v skupnost usmerjenih programov, od zgodnje obravnave do podpore in spremljanja, ki so zagotovljeni skozi multidisciplinarni timski pristop. Izvajalci morajo biti usmerjeni v rezultate, tako na področju prepoznavanja potreb kot tudi dosežkov, v korist

obravnavanih oseb, njihovih svojcev, delodajalcev in širše skupnosti ter tudi svojih financerjev. Ves čas morajo delovati proaktivno pri zadovoljevanju potreb trga, učinkovitejši izrabi virov, pri razširjanju in izboljševanju programov in uporabi raziskav in razvoja za doseganje inovacij.

Strokovni delavci pa morajo pri svojem delu upoštevati tudi Etični kodeks strokovnih delavcev na področju zaposlitvene in poklicne rehabilitacije ter zaposlovanja in socialne vključenosti invalidov.

Spoštovati mora pravice, ki jih zagotavljajo Ustava in zakoni RS, mednarodni dokumenti s področja človekovih pravic, ki jih je sprejela ali ratificirala in kodeksi, ki veljajo na poklicnih področjih. Ravna po načelih etičnosti – občega dobrega, da bi tako zaščitil uporabnika in samega sebe, pred napačno uporabo osebne, strokovne in družbene moči.

Spoštuje integriteto uporabnika in varuje njegovo dobrobit ter si prizadeva, da so interesi uporabnika v zvezi z delom in zaposlitvijo pred interesi drugih. Daje pobude in sodeluje pri uresničevanju pogojev, da so storitve rehabilitacije dostopne vsem uporabnikom. Si prizadeva, da so poklicni odnosi z uporabniki, sodelavci, delodajalci, napotovalci in drugimi organizacijami, s katerimi sodeluje, usmerjeni tako, da vsi vključeni v proces, delujejo usmerjeno k najboljši možni koristi uporabnika za delo in zaposlitev. Zagotavlja zaupnost podatkov uporabnika, ki jih pridobi v času izvajanja rehabilitacije.

Spoštuje dobrobit uporabnika z upoštevanjem njegovih specifičnih lastnosti, v skladu s strokovnimi standardi pri izbiri metod in tehnik strokovnega dela, njihovi uporabi in pri vrednotenju izidov. Je dolžan skrbeti za stalno razvijanje svojega strokovnega znanja s ciljem zagotavljanja najvišje stopnje strokovne pomoči uporabniku.

Sistematično raziskuje in razvija znanja na področju rehabilitacije in jih na čim bolj učinkovit način posreduje drugim delavcem in sodelavcem, ki delujejo na področju rehabilitacije.

Zagotavlja pomoč uporabniku tudi po končani obravnavi, če se uporabnik, delodajalec ali druga institucija obrne nanj s problemom, povezanim s prvotno obravnavo.

Upošteva sprejeta strokovna merila pri izvajanju storitev rehabilitacije, trži svoje znanje in delo strokovno in odgovorno ter v skladu s sprejetimi ceniki.

5 EMPIRIČNA ANALIZA VPLIVA ZAPOSLOITVENE REHABILITACIJE

5.1 *NAMEN RAZISKAVE*

Z raziskavo sva ugotavljali vpliv zaposlitvene rehabilitacije na kakovost življenja oseb z motnjami v duševnem zdravju oziroma preverjali hipoteze, ki sva si jih zastavili na začetku najine naloge:

- zaposlitvena rehabilitacija **zadovoljuje potrebe** rehabilitantov z motnjami v duševnem zdravju;
- zaposlitvena rehabilitacija **vpliva na izboljšanje kakovosti življenja** rehabilitantov z motnjami v duševnem zdravju;
- zaposlitvena rehabilitacija **vpliva na večjo socialno vključenost** rehabilitantov z motnjami v duševnem zdravju.

5.2 *MERSKI INSTRUMENT*

Iz dosedanje razprave je razvidno, da različni avtorji poudarjajo različne razsežnosti kakovosti življenja, vendar se te pogosto pokrivajo. Pri merjenju kakovosti življenja uporabnikov ob vključitvi v program in izstopu iz njega se lahko pojavijo težave, ker je zbiranje podatkov precejšen organizacijski zalogaj.

Vprašalnik sva sestavili na osnovi vprašalnika za merjenje kakovosti življenja uporabnikov socialnovarstvenih storitev, ki je prirejen po **Lancashire Quality of Life Profile** (Rode in drugi 2006). Prilagodili sva ga potrebam najine raziskave in ga dopolnili z nekaterimi vprašanji iz vprašalnika o zadovoljstvu rehabilitantov s programom zaposlitvene rehabilitacije, ki ga uporabljajo koncesionarji zaposlitvene rehabilitacije. Lancashire Quality of Life Profile (v Rode in drugi 2006: 40) upošteva tako subjektivne ocene kakor dejansko stanje na področjih splošnega počutja, dela in izobraževanja,

prostega časa, religioznosti, finančne situacije, stanovanjskih razmer, zakonitosti in varnosti, družinskih odnosov, družabnih stikov, zdravja, pojmovanja sebe. Zaradi dobrih izkušenj raziskovalcev z njegovo uporabo, sva ga uporabili kot osnovo za izdelavo svojega vprašalnika. Najin vprašalnik sva prilagodili ciljni skupini in področju programa zaposlitvene rehabilitacije in iz njegovega vprašalnika izločili le nabor vprašanj, s katerim merimo kakovost življenja uporabnikov programa zaposlitvene rehabilitacije.

Vprašalnik zajema naslednje vsebinske sklope: **osebni podatki** (starost, spol, status invalidne osebe), **splošno počutje** (sedaj in pred vključitvijo v program), **delo in izobraževanje** (izobrazba, delovna doba), **vključitev v program zaposlitvene rehabilitacije** (napotitelj, čas vključenosti, izhodi iz programa, razlog vključitve, potrebe in pričakovanja, zadovoljitev potreb in pričakovanj, zadovoljstvo s programom, zadovoljstvo z zaposlitvijo, zadovoljstvo s statusom, zadovoljstvo s prejemki), **prosti čas in participacija** (zadovoljstvo z aktivnostmi doma in zunaj, hobiji, članstvo v organizacijah), **finance** (mesečni prihodek, denarna pomoč, zadovoljstvo s finančnim stanjem), **stanovanjske razmere** (bivanje, zadovoljstvo s stanovanjskimi pogoji), **družinski odnosi** (zakonski stan, otroci, stiki s sorodniki, zadovoljstvo z družino), **družabni stiki** (zadovoljstvo s prijatelji), **zdravje** (zadovoljstvo s splošnim zdravstvenim stanjem, zadovoljstvo s psihičnim stanjem), **pojmovanje sebe** (vpliv zaposlitvene rehabilitacije na spremembe v življenju), **splošno počutje** (sedaj in pred vključitvijo v program, pomoč za boljše življenje).

Vprašalnik meri zadovoljstvo posameznika z različnimi področji njegovega življenja pred vključitvijo v program zaposlitvene rehabilitacije in sedaj ter vpliv programa na izboljšanje oziroma poslabšanje tega zadovoljstva.

5.3 POPULACIJA

V raziskavi so sodelovale osebe, ki so bile oziroma so še vključene v program zaposlitvene rehabilitacije zaradi dolgotrajnih težav v duševnem zdravju. Večina anketirancev je program obiskovalo oziroma ga obiskuje pri zavodu Šentprima – zavod za svetovanje, usposabljanje in rehabilitacijo invalidov, ki je tudi edini koncesionar

zaposlitvene rehabilitacije, ki je specializiran za populacijo oseb z motnjami v duševnem zdravju na področju celotne Slovenije. Ostali so oziroma so bili vključeni v program pri naslednjih koncesionarjih: Centerkontura, Ozara, Želva, Papilot, ki v program zaposlitvene rehabilitacije vključujejo populacijo z različnimi oviranostmi, med drugimi tudi osebe z motnjami v duševnem zdravju.

5.4 ZBIRANJE PODATKOV

Vprašalnik so v večini primerov izpolnjevali na sedežu oziroma enotah izvajalcev ob prisotnosti strokovne delavke oziroma strokovna delavka jim je bila na voljo za morebitna vprašanja glede nerazumevanja posameznih vprašanj. Vsak anketiranec je poleg vprašalnika dobil tudi spremni dopis, v katerem je bil razložen namen raziskave, poudarjena je bila anonimnost ter navodila za izpolnjevanje vprašalnika.

Osebe, ki so program zaposlitvene rehabilitacije že zaključile, so vprašalnike izpolnjevale pri svojem delodajalcu oziroma izvajalcu socialne vključenosti. Nekaterim smo vprašalnik s spremnim dopisom poslali tudi na dom, vendar so zelo redki izpolnjen vprašalnik tudi vrnili.

5.5 OBDELAVA PODATKOV

Izpolnjene vprašalnike sva analizirali s **statističnim programom SPSS**. Uporabili sva naslednje metode obdelave podatkov:

- Metodi univariatne analize:
 - frekvence (frequencies);
 - opisne statistike (descriptives) – aritmetična sredina, standardni odklon, najmanjša in največja vrednost spremenljivke;
- Metodo bivariatne analize:
 - analiza povezanosti med spremenljivkami (crosstabs).

Pri analizi so naju zanimali osnovne značilnosti skupine, ki sva jo analizirale ter medsebojni vplivi posameznih spremenljivk. Predvsem vpliv: spola, izobrazbe, starosti, zdravstvenega stanja (psihičnega stanja), zadovoljstva s programom, izhodov iz programa na ostale spremenljivke (splošno počutje, razloge za vključitev v program, zadovoljitev potreb in pričakovanj, zadovoljstvo s programom, prosti čas, družabne stike, finance, stanovanjske razmere, družinske odnose, zdravje, pojmovanje samega sebe). V nalogi smo izpostavile samo tiste, ki pomembno vplivajo.

6 ANALIZA IN REZULTATI

6.1 SPLOŠNI PODATKI

V raziskavi je sodelovalo 65 oseb, od tega 37 (58%) žensk in 27 (42%) moških (ena oseba na vprašanje ni odgovorila), v starosti od 21 do 52 let. V starostni skupini od 41 do 52 let je velika večina žensk (17) in samo 4 moški; pri ostalih starostnih skupinah so razlike zanemarljive. Skoraj vsi (50 oseb - 81%) ima status invalida po Zakonu o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov, ostali pa po Zakonu o pokojninskem in invalidskem zavarovanju oziroma ga (še) nimajo .

Tudi evalvacija izvajanja zaposlitvene rehabilitacije v letu 2006 je pokazala, da je v zaposlitveno rehabilitacijo vključenih približno polovica žensk in polovica moških, v starosti, kot je zajeta v raziskavi: po končanem šolanju oziroma po dopolnitvi polnoletnosti in do starosti, ko je zaposlitvena rehabilitacija še smiselna oziroma ko pomeni pomoč za pridobitev invalidske upokojitve.

6.2 IZOBRAZBA

Izobrazbena raven anketirancev je prav tako potrdila ugotovitve evalvacije izvajanja zaposlitvene rehabilitacije in drugih statističnih podatkov, ki kažejo na nižjo raven izobraženosti pri vseh invalidih. V raziskavi sta sodelovali samo dve osebi (3%) z višjo oziroma visoko izobrazbo, ostali imajo končano srednjo (22 oseb – 34%), poklicno (21 oseb – 32%) oziroma osnovno šolo (20 oseb – 31%). Precej več žensk (14 oseb – 38%) kot moških (6 oseb – 23%) ima samo osnovno šolo ali manj; na ostalih stopnjah izobrazbe pa so razlike zanemarljive. Prav tako ni razlik oziroma so zelo majhne glede na starostne skupine.

Razlogi za nizko izobrazbo anketirancev so ponavadi: prekinitev šolanja zaradi nastopa bolezni in ovire pri nadaljevanju šolanja zaradi posledic bolezni in stranskih učinkov terapij.

6.3 DELOVNA DOBA

Četrtnina vprašanih (16 oseb - 25%) je brez delovne dobe, ostali so oziroma so bili zaposleni od nekaj mesecev do največ 35 let. Povprečna delovna doba je 13 let. Na splošno (med vsemi vrstami zaposlitve) je zaposlenih več žensk kot moških. Izobrazba pomembno ne vpliva na delovno dobo.

Podatki kažejo na problematiko zaposlovanja duševno bolnih, ki si v veliki večini niti ne morejo nabrati nobenih delovnih izkušenj, kaj šele da bi obdržali službo oziroma napredovali na delovnem mestu. Mladi, ki so zboleli že med šolanjem ali takoj po njem, so v večini brez delovnih izkušenj oziroma imajo samo nekaj mesečne delovne izkušnje. Zaposlitev težko obdržijo, ker v večini z njo niso zadovoljni, saj ponavadi ne opravljajo del, ki bi si jih želeli. Opravljajo dela, ki so trenutno na voljo na trgu. Ovire pa predstavljajo tudi težave s koncentracijo, prevzemanjem odgovornosti, odnosi s sodelavci in nadrejenimi, vključevanje v delovno okolje, delovne navade, ponovitve bolezni ipd..

Tomorijeva (2006) navaja, da so pri depresivnih osebah pogoste motnje koncentracije, spomina in usmerjanja pozornosti, ki so zelo pomembne, ker vplivajo na delovne sposobnosti. Mlade ovirajo pri študiju, zaposlene pri opravljanju službenih obveznosti. Depresiven človek, ki se ima že tako ali tako za slabega, se počuti še bolj neučinkovitega, nekoristnega in nepotrebne, če ne izpolnjuje zahtev, ki si jih postavi. Zanj je vse brezupno. Mnogi veliko lažje govorijo o fizičnih simptomih, ker med ljudmi še vedno velja, da so psihične težave nekaj nečastnega, znak šibkosti in tega, da smo odpovedali. Reševanje takih in podobnih težav, tako s strani invalida kot s strani delodajalca, je ena izmed nalog izvajalca zaposlitvene rehabilitacije.

Starejši, ki imajo več let delovne dobe, so izgubili službo zaradi kasnejšega nastopa bolezni ali pa je bila izguba dela razlog za pojav duševne stiske. Zaradi starosti je iskanje nove zaposlitve še težavnejše, zato si večina želi upokojitve.

6.4 VKLJUČITEV V ZAPOSLOITVENO REHABILITACIJO

Veliko večino anketirancev (61 oseb - 95%) je v program napotil Zavod RS za zaposlovanje; ostale pa Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje oziroma delodajalec.

Podatki iz raziskave potrjujejo tudi dejansko sliko vključevanja v zaposlitveno rehabilitacijo: največji napotovalec je Zavod RS za zaposlovanje; storitve rehabilitacije se opravljajo v okviru koncesije. Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje napotuje svoje zavarovance v večini samo na oceno zmožnosti za nadaljnje šolanje oziroma prekvalifikacijo (storitev B). Delodajalci pa za svoje delavce potrebujejo oceno učinkovitosti (storitev N) za uveljavljanje subvencij plač. Število napotitev obeh je, v primerjavi z napotitvami zavoda, zelo majhno.

6.4.1 Osebe, ki so zaključile program

Skoraj polovica vprašanih (31 oseb) je program že zaključila. Večina (18 oseb - 58%) je bila vključena 1 leto in več; 11 oseb (42%) od 2 mesecev do manj kot 1 leto in 2 osebi (7%) manj kot 2 meseca.

Med vsemi, ki so program že zaključili, so bile v program dlje časa vključene ženske. Kot smo že omenili, osebe z motnjami v duševnem zdravju praviloma potrebujejo daljšo rehabilitacijo kot ostali invalidi, ki se vključujejo v program zaposlitvene rehabilitacije. Večinoma potrebujejo veliko časa za vključitev v delovno in socialno okolje programa, napredujejo z majhnimi koraki, program lahko večkrat prekinejo zaradi poslabšanja bolezni in upada motivacije.

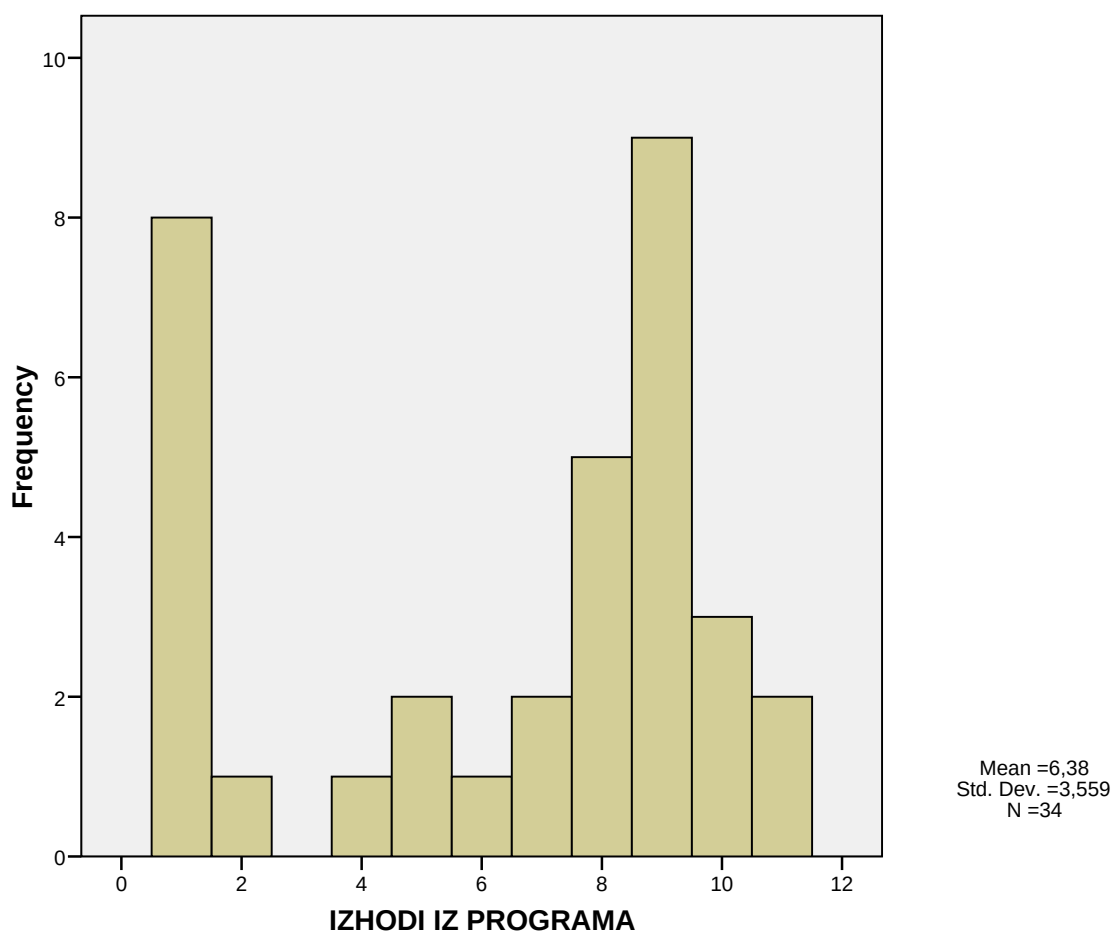
Od vseh, ki so program že zaključili, je največ zaposlenih v zaposlitvenem centru (9 oseb - 27%); sledijo jim brezposelni, ki aktivno iščejo zaposlitev (8 oseb - 24%); zaposleni v invalidskem podjetju (5 oseb - 15%); vključeni v program socialne vključenosti (3 osebe - 9%); zaposleni v običajnem delovnem okolju za določen čas, zaposleni v podporni zaposlitvi in nezaposljivi, ki niso vključeni v program socialne vključenosti (po 2 osebi -

6%); ostali (po 1 oseba - 3%) pa so zaposleni v običajnem delovnem okolju za nedoločen čas, brezposelni, ki ne iščejo zaposlitve oziroma so invalidsko upokojeni.

Največ zaposlenih v običajnem delovnem okolju, invalidskem podjetju ali zaposlitvenem centru je starih od 26 do 40 let.

Kljub pričakovanjem, izobrazba in lastna odločitev za vključitev v program, ne vplivata na izhode iz programa.

Graf 6.4.1.1.: Izhodi iz programa



1 = brezposelni in aktivno iščete zaposlitev; 2 = brezposelni in ne iščete zaposlitve; 3 = čakate na invalidsko upokojeitev; 4 = ste invalidsko upokojeni (po ZPIZ); 5 = zaposleni v običajnem delovnem okolju za določen čas; 6 = zaposleni v običajnem delovnem okolju za nedoločen čas; 7 = zaposleni v podporni zaposlitvi; 8 = zaposleni v invalidskem podjetju; 9 = zaposleni v zaposlitvenem centru; 10 = vključeni v program socialne

vklučenosti; 11 = nezaposljivi (odločba po ZZRZI), vendar niste vključeni v program socialne vključenosti

Izhodi anketirancev iz programa, glede na izkušnje iz prakse, potrjujejo dejansko stanje. Največ oseb se zaposli v zaposlitvenih centrih in invalidskih podjetjih ravno zaradi prilagojenega delovnega in socialnega okolja. Zaposlitev v običajnem delovnem okolju, s podporo ali brez, je manj pogosta zaradi številnih zaposlitvenih ovir, tako s strani invalida kot s strani delodajalca.

Osebe z motnjami v duševnem zdravju težko enakovredno tekmujejo z ostalimi iskalci zaposlitve na trgu delovne sile, saj jih ne zaznamuje le stigma, ki jim o pripisuje okolje, ampak večinoma tudi njihova dejanska zmanjšana delazmožnost.

Največji omejitvi pri zaposlovanju oseb s težavo v duševnem zdravju sta po mnenju nevladnih organizacij slabša koncentracija in slabše motorične sposobnosti, ki so posledica uporabe zdravil. Nedokončana izobrazba predstavlja še dodatno oviro pri zaposlovanju. Ko bolezen izbruhne, oseba začne doživljati občasne ali redne krize, kar vpliva na njeno storilnost, ki začne močno variirati. Ker je trg delovne sile nasičen z »zdravo« delovno populacijo, osebe z motnjami v duševnem zdravju pri delodajalcih načeloma niso zaželeni. (Trbanc in drugi 2003)

Na strani delodajalcev pa je kljub vse večjem informiranju in osveščanju, še vedno v veliki meri prisoten predsodek pri zaposlovanju duševno bolnih. Znano je dejstvo, da osebe z motnjami v duševnem zdravju zaradi zmanjšane delovne zmožnosti pri delodajalcih in na trgu dela na sploh niso iskana skupina iskalcev zaposlitve. Za opravljanje dela potrebujejo prilagojena delovna mesta, ustrezna njihovim sposobnostim oziroma zmožnostim. V delo jih je potrebno tudi uvajati, vse to pa za delodajalca predstavlja dodatno angažiranost in stroške.

Zadržki delodajalcev so eden od subtilnih faktorjev okolja, ki lahko ovirajo ali onemogočajo invalidom, da se zaposlijo, tudi če državna politika s svojo zakonsko opredelitvijo podpira njihovo sodelovanje. Če med delodajalci ni pozitivne naravnosti

do invalidov, je velika možnost, da nikoli ne bodo imeli priložnosti, da pokažejo svoje potenciale (Levy v Vidmar in Uršič 2004).

Delodajalci so posebej zadržani do zaposlovanja oseb z duševnimi in čustvenimi motnjami, ki jim pripisujejo zmanjšanje zmožnosti v produktivnosti, fleksibilnosti in v prilagajanju delovni sredini (Johnson v Vidmar in Uršič 2004).

Zato je ravno pri usposabljanju in zaposlovanju duševno bolnih zelo pomembno spremljanje in podpora strokovnih institucij (strokovnih timov koncesionarjev zaposlitvene rehabilitacije). Podporno zaposlovanje pomaga invalidu, da lahko zaposlitev obdrži oziroma v njej napreduje, delodajalcu pa pomaga razumeti posebne potrebe delavca pri vključevanju v delovno in socialno okolje. Z vlaganjem v človeške vire delodajalec zagotavlja pozitivno klimo v organizaciji in z dobrimi zgledi pomaga pri zaposlovanju novih invalidov.

6.4.2 Osebe, ki so še vključene

Ostalih 29 oseb (5 oseb ni odgovorilo na vprašanje o vključenosti) je v program še vključenih. Tudi tu največ 1 leto in več (12 oseb - 42%); 11 oseb (40%) od 2 mesecev do manj kot 1 leto; 6 oseb (21%) pa manj kot 2 meseca.

Večina vprašanih (35 oseb - 56%) se je v program vključilo, ker so tako zahtevali na Zavodu za zaposlovanje; 20 oseb (32%) se je vključilo, ker so se sami tako odločili; 6 oseb (10%) pa se je vključilo, ker so jim tako svetovali na Zavodu za zaposlovanje in tudi sami so tako želeli. Ena oseba (2%) se je vključila, ker so tako zahtevali njeni starši oziroma partner, ena pa (2%), ker je tako zahteval njen delodajalec.

V program zaposlitvene rehabilitacije se je zaradi lastne odločitve vključilo več moških kot žensk; več tistih, ki imajo višjo izobrazbo; večina tistih, ki se jim je po vključitvi v program zaposlitvene rehabilitacije psihično stanje izboljšalo; več starejših (predvsem od 36 leta dalje) in več tistih, ki je še vključenih v program.

To dokazuje predvsem večjo informiranost in osveščenost med rehabilitanti, ki se vključujejo v program; motiviranost in prevzemanje odgovornosti za kakovost svojega življenja.

6.5 PREVERJANJE PRVE HIPOTEZE

H1: Zaposlitvena rehabilitacija zadovoljuje potrebe rehabilitantov z motnjami v duševnem zdravju

»Ni res, da imajo ljudje, ki so označeni kot duševno bolni, posebne potrebe. Potrebujemo iste stvari, kot jih potrebujemo vsi: ljubezen, svobodo, prostor, zasebnost, prijateljice in prijatelje, denar, dostojen prostor za življenje, dobro hrano, priložnost biti aktiven in koristen, zadovoljstvo, sprehode po gozdovih, planinah ali ob morju, zato, da smo lahko to, kar smo in da se lahko čutimo kot del sveta« (Lamovec 1995: 106).

Osebe z motnjami v duševnem zdravju imajo enake potrebe, kot jih imamo vsi ljudje. Velikokrat jim je krateno zadovoljevanje njihovih potreb, zlasti zaradi stigmatizirajočega, diskriminatornega okolja. Teoretiki navajajo, da je predvsem delo pomemben dejavnik zdravljenja, vir družbene moči, statusa; stanovanje, ki je ob dolgotrajnih ali večkratnih hospitalizacijah ogroženo; krepitev družabnosti kot nuje na področju organiziranja pomoči in podpore; vsakdanje življenjske spretnosti; možnost izobraževanja in želja biti produktiven član družbe.

Individualne potrebe oseb s hudimi duševnimi motnjami se lahko merijo s standardiziranim angleškim vprašalnikom (Phelan 1995), ki ima 22 postavk in je namenjen prav oceni potreb ljudi s hudimi duševnimi motnjami. Nekatere izmed njih so: potreba po zdravljenju, po psihološki podpori, družbi, stanovanju, znanju, informacijah, zaposlitvi, urejenem bivanju itd.

Raziskava 78 učencev v delavnici, namenjeni okrepitvi bolnikov s hudimi duševnimi motnjami v ZDA (Marsh, Koeske, Schmnidt, Martz, Redpath, 2001), je pokazala, da so najpogostejše potrebe po primernem zaslužku, udobnem in varnem stanovanju in po zdravstvenem zavarovanju. Rezultati so podobni našima raziskavama, ki sta pokazali, da

so potrebe uporabnikov, ki obiskujejo Slovensko združenje za duševno zdravje ŠENT, socialne narave (Švab 1997). V rehabilitacijskih službah iščejo pomoč zaradi pomanjkanja družinske podpore in zaradi revščine. Večina uporabnikov si zaradi opisanih razlogov želi zaposlitve, izražajo pa tudi potrebo po druženju in podpori.

V vprašalniku sva navedli nekaj potreb, glede na izkušnje iz prakse in ciljev zaposlitvene rehabilitacije, ter povprašale anketirance ali so to tudi njihove **potrebe in kaj pričakujejo oziroma so pričakovali od programa.**

Največ jih želi izboljšati svojo zaposljivost (53 oseb - 91%); ugotoviti, kakšna so njihove sposobnosti in zmožnosti (47 oseb - 87%); pridobiti nova znanja in spretnosti (43 oseb - 86%); biti aktivni in spoznati nove ljudi (43 oseb - 84%); dobiti zaposlitev (40 oseb - 78%); izboljšati svoje zdravstveno stanje (37 oseb - 73%); izboljšati komunikacijo in odnose z ljudmi (36 oseb - 72%); pridobiti status invalida (25 oseb - 54%); izboljšati možnost za nadaljevanje šolanja (19 oseb - 41%); urediti družinske probleme (8 oseb - 19%); urediti stanovanjski problem (8 oseb - 19%); se upokojiti (6 oseb - 14%).

V nadaljevanju za vsako posamezno potrebo oziroma pričakovanje preverjava ali je program le-to zadovoljil ali ne.

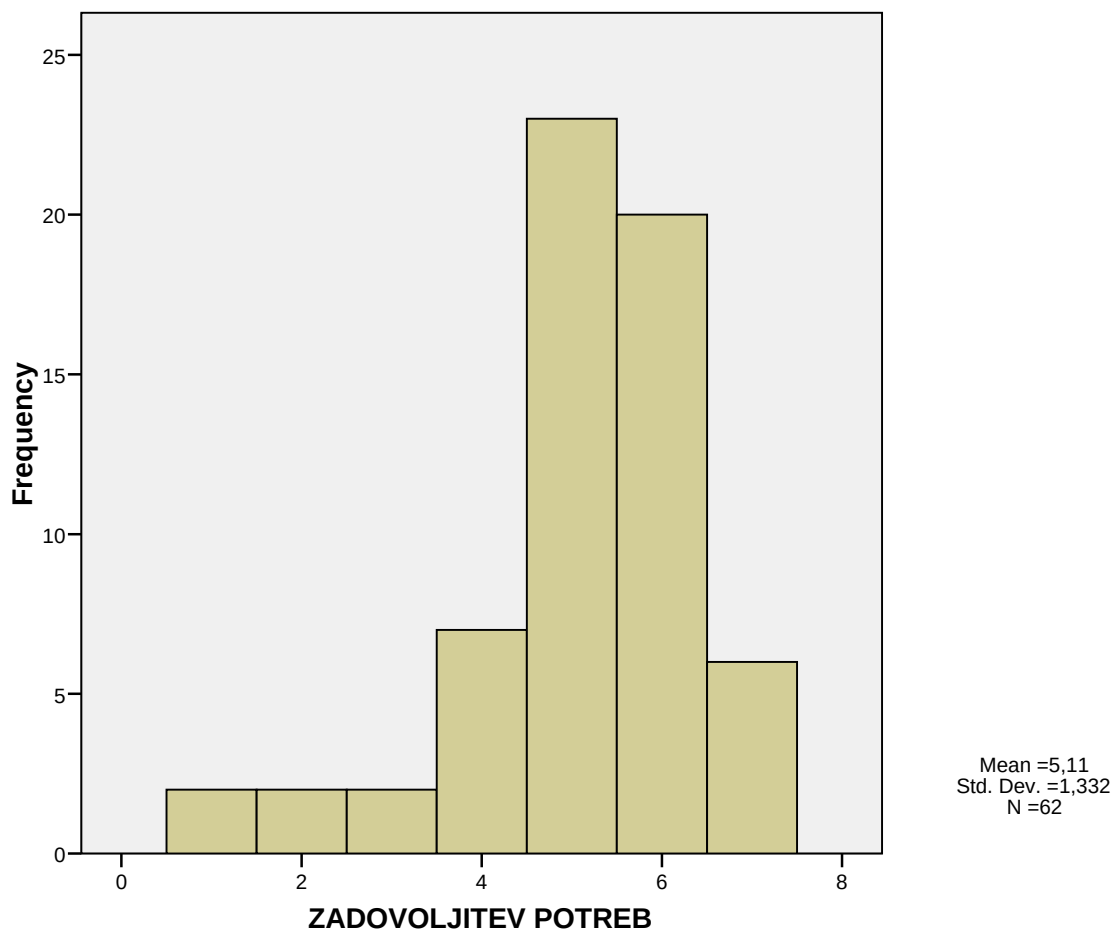
Potreba oz. Pričakovanje	št. oseb in odstotek tistih, ki so izrazili določeno potrebo oz. pričakovanje	št. oseb in odstotek tistih, ki jim je program zadovoljil določeno potrebo oz. pričakovanje
Pridobiti status invalida	25 oseb (54%)	29 oseb (58%)
Izboljšati svojo zaposljivost	53 oseb (91%)	34 oseb (63%)
Ugotoviti kakšne so moje sposobnosti in zmožnosti	47 oseb (87%)	45 oseb (82%)
Pridobiti nova znanja in spretnosti	43 oseb (86%)	35 oseb (70%)
Biti aktiven in spoznati	43 oseb (84%)	48 oseb (92%)

nove ljudi		
Izboljšati svoje zdravstveno stanje	37 oseb (73%)	31 oseb (62%)
Izboljšati komunikacijo in odnose z ljudmi	36 oseb (72%)	38 oseb (76%)
Izboljšati možnosti za nadaljevanje šolanja	19 oseb (41%)	8 oseb (17%)
Dobiti zaposlitev	40 oseb (78%)	29 oseb (57%)
Se upokojiti	6 oseb (14%)	5 oseb (11%)
Urediti stanovanjski problem	8 oseb (19%)	6 oseb (13%)
Urediti družinske probleme	8 oseb (19%)	10 oseb (21%)

26 vprašanih meni (42%), da jim je program v veliki oziroma zelo veliki meri **zadovoljil njihove potrebe in pričakovanja**; 37% (23 oseb) srednje in ostalim malo oziroma zelo malo. Prav tako ima 24 vprašanih (38%) občutek, da jim je program srednje **pomagal reševati probleme**, zaradi katerih so se vanj vključili; 23 vprašanim (37%) je pomagal veliko oziroma zelo veliko; ostalim pa malo oziroma zelo malo.

20 (32%) anketirancev dopušča možnost, **da bodo s pomočjo programa rešili probleme**, zaradi katerih so se vključili vanj; 15 (24%) se zdi to zelo verjetno; 11 (18%) pa je popolnoma prepričanih. Ostali so neodločeni oziroma dvomijo.

Graf 6.5.1.: Zadovoljitev potreb



1 = popolnoma nič; 2 = skoraj nič; 3 = zelo malo; 4 = malo; 5 = srednje; 6 = veliko; 7 = zelo veliko

Program zaposlitvene rehabilitacije je v večji meri zadovoljil potrebe in pričakovanja tistim, ki so s programom že zaključili (predvsem zaposlenim); imajo visoko izobrazbo; so bolj zadovoljni s programom zaposlitvene rehabilitacije in se jim je izboljšalo psihično stanje. Prav tako so vsi ti v večji meri prepričani, da bodo s pomočjo zaposlitvene rehabilitacije rešili probleme, zaradi katerih so se vanjo vključili.

Moški so malenkost bolj zadovoljni z zadovoljitvijo potreb in pričakovanj kot ženske; te so v večini zadovoljne malo oziroma srednje.

Starejši (več kot 44 let) so na splošno manj zadovoljni z zadovoljitvijo potreb in pričakovanj. Mlajši (do 40 let) pa dopuščajo več možnosti, da jim bo program pomagal rešiti probleme, zaradi katerih so se vanj vključili.

Starejši (od 46 do 52 leta) pričakovano izražajo večjo željo po upokojitvi.

Več mladih pa je izrazilo potrebo in pričakovanje, da si uredijo stanovanjski problem.

Torej, tistim, ki so izrazili določeno potrebo oziroma pričakovanje, je program, v veliki večini, tudi zadovoljiv. Skoraj 80% vprašanih meni, da je program na splošno veliko oziroma srednje zadovoljiv njihove potrebe in prav toliko jih meni, da jim je program srednje oziroma veliko pomagal pri reševanju problemov, zaradi katerih so se vanj vključili.

Iz navedenih rezultatov raziskave lahko potrdimo prvo hipotezo, da zaposlitvena rehabilitacija zadovoljuje potrebe rehabilitantov z motnjami v duševnem zdravju.

6.6 PREVERJANJE DRUGE HIPOTEZE

H2: Zaposlitvena rehabilitacija vpliva na izboljšanje kakovosti življenja rehabilitantov z motnjami v duševnem zdravju

Kot smo že v opredeljevanju pojmov navedle, se kakovost življenja lahko meri z zelo različnimi kazalci. V najini raziskavi smo vpliv zaposlitvene rehabilitacije na izboljšanje kakovosti življenja merili z naslednjimi kazalci: splošno počutje; zadovoljstvo s programom, zaposlitvijo oziroma statusom; finance; stanovanjske razmere; družinski odnosi; zdravje; pojmovanje sebe in zadovoljstvo z življenjem.

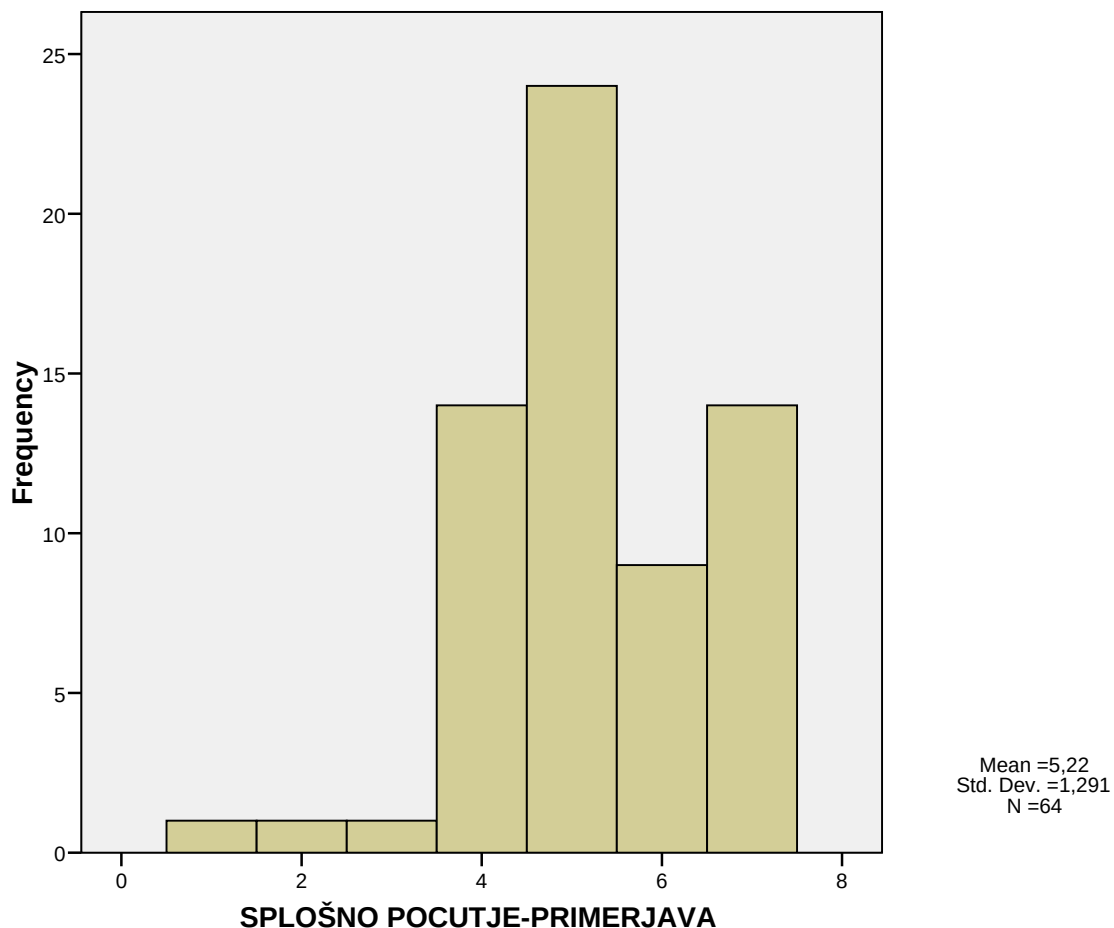
6.6.1 Splošno počutje

Po sklopu vprašanj o osebnih podatkih sva anketirance najprej povprašale o **splošnem počutju** danes. 26 (41%) vprašanih svoje življenje kot celoto ocenjuje ne slabo, ne dobro; 28 oseb (44%) ga ocenjuje kot dobro oziroma zelo dobro; ostali pa menijo, da je njihovo življenje zelo slabo oziroma tako slabo, da ne bi moglo biti slabše.

Če to stanje primerjajo s stanjem, preden so bili vključeni v program zaposlitvene rehabilitacije pa jih 24 (38%) meni, da je sedaj malo boljše; 23 (36%), da je boljše

oziroma veliko boljše; 3 (5%) menijo, da je malo slabše, slabše oziroma veliko slabše in 14 (22%) jih meni, da se stanje ni spremenilo.

Graf 6.6.1.1.: Primerjava splošnega počutja



1 = veliko slabše; 2 = slabše; 3 = malo slabše; 4 = enako; 5 = malo boljše; 6 = boljše; 7 = veliko boljše

Na koncu vprašalnika jih zopet sprašujeva o splošnem počutju.

Slaba polovica vprašanih (31 oseb - 48%) svoje življenje kot celoto občutijo kot dobro oziroma zelo dobro; 1 oseba meni, da ne bi moglo biti boljše. 24 oseb (38%) ga ne občuti niti kot dobrega niti slabega; ostalih 7 (11%) vprašanih kot slabega oziroma zelo slabega; 1 oseba pa meni, da ne bi moglo biti slabše.

V primerjavi s stanjem pred vključitvijo v program pa je sedaj malo oziroma veliko boljše za 37 (59%) vprašanih; za 23 (36%) se stanje ni spremenilo; 3 (5%) vprašanim pa se je poslabšalo.

Rezultati kažejo, da se splošno počutje rehabilitantov na začetku vključitve lahko celo poslabša v primerjavi s počutjem pred vključitvijo. Razlog je lahko v stresu, ki ga povzroči vključitev v program. Sicer pa se v veliki večini stanje izboljša (68%).

Podobno kot pri zadovoljevanju potreb, življenje kot celoto, če ga primerjajo s stanjem pred vključitvijo, bolje ocenjujejo tisti, ki so program že zaključili; izboljšali psihično stanje; so bolj zadovoljni s programom zaposlitvene rehabilitacije.

Ženskam se je splošno počutje malenkost bolj izboljšalo kot moškim; glede na starost in izobrazbo pa ni pomembnih razlik.

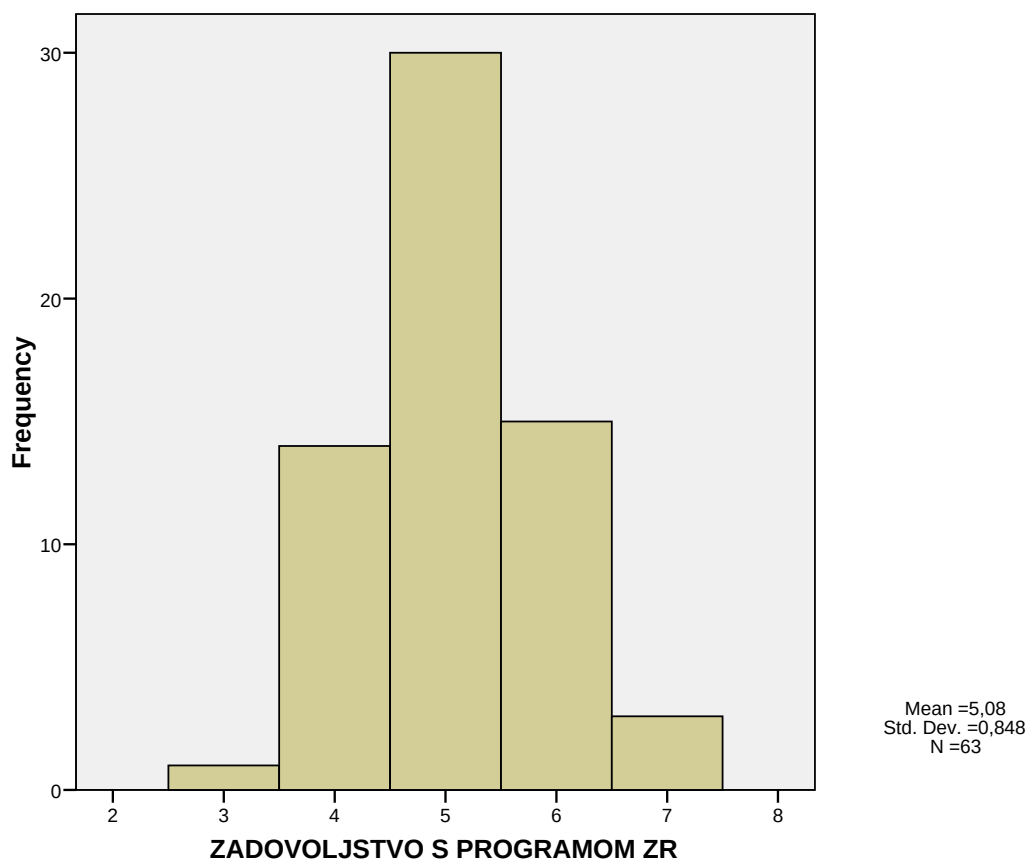
6.6.2 Zadovoljstvo s programom, zaposlitvijo, statusom

Naslednja vprašanja merijo **zadovoljstvo s programom, zaposlitvijo, statusom in prejemki.**

Slaba polovica (30 oseb - 48%) anketirancev, ki so oziroma so bili vključeni v program zaposlitvene rehabilitacije, ocenjuje program kot dober; 15 oseb (24%) kot zelo dober in 3 (5%) menijo, da ne bi mogel biti boljši. Za 14 oseb (23%) program ni bil ne slab, ne dober; 1 oseba pa ga ocenjuje kot slabega.

Zelo podobne rezultate kaže tudi evalvacija izvajanja zaposlitvene rehabilitacije v letu 2006, ki je bila izvedena med vsemi izvajalci zaposlitvene rehabilitacije.

Graf 6.6.2.1.: Zadovoljstvo s programom zaposlitvene rehabilitacije



1 = tako slabo, da ne bi moglo biti slabše; 2 = zelo slabo; 3 = slabo; 4 = ne slabo, ne dobro; 5 = dobro; 6 = zelo dobro; 7 = tako dobro, da ne bi moglo biti boljše

S programom zaposlitvene rehabilitacije so bolj zadovoljni tisti, ki so ga že zaključili; imajo višjo izobrazbo in so se sami odločili za program. Starost nima pomembnega vpliva na zadovoljstvo s programom.

S programom zaposlitvene rehabilitacije so bolj zadovoljne ženske kot moški.

18 (32%) anketirancev meni, da je prejemek, ki ga oziroma so ga dobivali med vključitvijo v program, dober; 14 (25%) pa, da ni niti slab niti dober. 15 oseb (27%) je s prejemkom slabo oziroma zelo slabo zadovoljnih; 4 (7%) pa menijo, da ne bi mogel biti slabši. Ostale 4 osebe (7%) ocenjujejo prejemek kot zelo dober in samo ena (2%) meni, da ne bi mogel biti boljši.

Če pa primerjajo sedanje **finančno stanje** s stanjem, preden so bili vključeni v program je za 24 oseb (41%) stanje boljše oziroma veliko boljše; za 11 (19%) malo boljše in za 20 (34%) enako. Za ostale 4 (7%) pa je stanje malo oziroma veliko slabše.

Vsi (19 oseb), ki so **zaposleni v običajnem delovnem okolju, podporni zaposlitvi, invalidskem podjetju ali zaposlitvenem centru** so ocenjevali svojo trenutno zaposlitev in plačo. Večina zaposlenih je s svojo zaposlitvijo zelo zadovoljnih (12 oseb - 63%); 4 (21%) dobro in 3 (16%) menijo, da je njihova zaposlitev tako dobra, da ne bi mogla biti boljša. Če primerjajo **sedanje stanje s stanjem, pred zaposlitvijo**, je za slabo polovico (9 oseb - 47%) sedaj boljše; za 8 oseb (42%) veliko boljše in za dve osebi (10%) malo boljše. Tudi plačo v večini ocenjujejo kot dobro oziroma zelo dobro (12 oseb - 63%). 5 (26%) jih meni, da njihova plača ni ne slaba ne dobra; dve osebi (10%) pa menita, da boljša ne bi mogla biti. Njihovo **finančno stanje** je sedaj za večino boljše oziroma veliko boljše (15 oseb - 69%) in za 5 oseb (26%) malo boljše. Ena oseba (5%) pa ne opazi sprememb.

Invalidsko upokojeni, brezposelni, nezaposljivi in vključeni v program socialne vključenosti so ocenjevali svoj trenutni status in prejemek (skupaj 15 oseb). 5 oseb (42%) s svojim statusom ni niti zadovoljnih niti nezadovoljnih. 4 osebe (33%) ga ocenjujejo kot dobrega oziroma zelo dobrega; 2 osebi (17%) kot slabega oziroma zelo slabega; ena oseba (8%) pa meni, da slabše ne bi moglo biti. **V primerjavi s stanjem pred pridobitvijo statusa je sedaj malo oziroma veliko boljše za 6 oseb (50%); enako za 5 oseb (42%)** in slabše za eno osebo (8%). Prejemek, ki ga dobivajo ni ne slab ne dober za 5 oseb (46%); dober oziroma zelo dober za 3 osebe (27%) in zelo slab oziroma ne bi mogel biti slabši za 3 osebe (27%). **Finančno stanje** je sedaj za dobro polovico enako kot je bilo (6 oseb - 55%); za 3 osebe (27%) veliko slabše in za dve osebi (18%) malo oziroma boljše.

Ta podatek dokazuje neugodno finančno situacijo, v kateri se znajde posameznik, ki je brezposeln oziroma nezaposljiv in se mora preživljati samo z denarno socialno pomočjo.

Stanje po zaposlitvi oziroma po pridobitvi statusa se je najbolj izboljšalo tistim, ki se jim je izboljšalo tudi psihično stanje; imajo višjo izobrazbo in so bolj zadovoljni s

programom zaposlitvene rehabilitacije. Tudi z zaposlitvijo so bolj zadovoljne ženske in stanje po zaposlitvi se jim je izboljšalo v večji meri kot moškim.

S stanjem po zaposlitvi so vsi zaposleni zelo zadovoljni; zaposleni v invalidskem podjetju in zaposlitvenem centru malo manj kot ostali.

S stanjem po pridobitvi statusa so najbolj zadovoljni aktivno brezposelni (tisti, ki iščejo zaposlitev oziroma so vključeni v program socialne vključenosti).

6.6.3 Finance

V poglavju o financah so vprašanja namenjena ugotavljanju finančnega stanja anketirancev in njihovega zadovoljstva z njim.

Pri slabi polovici vprašanih (30 oseb - 46%) **celotni mesečni prihodek znaša od 100 EUR do 300 EUR**. 21 oseb (32%) prejema od 300 EUR do 500 EUR; 8 oseb (12%) manj kot 100 EUR in 5 oseb (8%) od 500 EUR do 700 EUR na mesec. Ena oseba ima celotni mesečni prihodek višji od 1000 EUR.

Največ anketirancev (27 oseb - 42%) ne prejema nobene **denarne pomoči**. Sicer pa jo večina (24 oseb - 38%) prejema iz Centra za socialno delo; ostalih 8 (13%) pa iz Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje in 5 (8%) iz Zavoda RS za zaposlovanje

Zanimalo naju je, **koliko denarja na mesec bi potrebovali, da bi lahko živeli kot si želijo**. Vprašani so navedli zneske od 50 EUR do 1.500 EUR. V povprečju pa bi potrebovali 600 EUR.

Dobri polovici vprašanih (34 oseb - 53%) je v zadnjem letu kdaj **zmanjkalo denarja za stvari, ki jih nujno potrebujejo**; kar 50 osebam (79%) pa je **zmanjkalo denarja, da bi si lahko privoščili vsakdanje užitke** (npr. izleti, letovanja, šport,...).

Svoje **finančno stanje** v večini ocenjujejo kot slabo oziroma zelo slabo (20 oseb - 31%); 10 (15%) jih meni, da ne bi moglo biti slabše. 20 (31%) jih pravi, da ni niti dobro niti slabo; za ostalih 15 (23%) pa je dobro oziroma zelo dobro. Vendar je stanje sedaj v

primerjavi s stanjem, pred vključitvijo v program, za polovico vprašanih (32 oseb - 51%) malo oziroma veliko boljše; za 26 oseb (41%) je ostalo nespremenjeno; za ostalih 5 oseb pa je slabše (8%).

Tudi s **količino denarja, ki ga lahko potrošijo za vsakdanje užitke** ni zadovoljnih 21 (34%) vprašanih; 7 (11%) jih celo meni, da slabše ne bi moglo biti. Ostalih 19 (31%) je neodločenih; 15 oseb (24%) pa je s količino denarja zadovoljnih. Če primerjajo sedanje stanje s stanjem pred vključitvijo, je sedaj za polovico (32 oseb - 51%) malo oziroma veliko boljše; za 26 oseb (41%) enako in za 5 oseb (8%) malo oziroma veliko slabše.

Če primerjajo sedanje finančno stanje, s stanjem pred vključitvijo v program zaposlitvene rehabilitacije, so z njim bolj zadovoljni tisti, ki so program že zaključili (predvsem zaposleni) in tisti, ki se jim je izboljšalo psihično stanje.

S svojim finančnim stanjem so bolj zadovoljni mlajši (do 35 let). Več starejših pa navaja, da se je njihovo finančno stanje, po vključitvi v program, izboljšalo.

Največkrat zmanjka denarja za stvari, ki jih nujno potrebujejo, osebam, ki imajo samo OŠ. Osebam z visoko izobrazbo pa ni nikoli zmanjkalo denarja, da bi si lahko privoščili vsakdanje užitke.

Ženskam je večkrat zmanjkalo denarja za stvari, ki jih nujno potrebujejo in da bi si lahko privoščile vsakdanje užitke kot moškim. S finančnim stanjem po vključitvi v program so v povprečju malenkost bolj zadovoljni moški kot ženske.

Pomanjkanje denarja vpliva na nizko kakovost življenja, ustvarja začaran krog marginalizacije in stigmatizacije ter vzdržuje velik del ljudi v revščini oziroma na pragu revščine. Ljudje z dolgotrajnimi duševnimi stiskami potrebujejo denar za preživetje, za plačevanje uslug, za statusno in realno rehabilitacijo ter za zapolnitev družabnega življenja (Flaker in drugi 1999: 108).

Če »duševna bolezen« ne bi bila več izgovor za nedelo in bi vsak vedel, da je še vedno dolžan skrbeti za svoje preživetje, »duševnih bolnikov« zelo kmalu sploh ne bi bilo več.

Bile bi le osebe z občasnimi krizami. Le z zagotovitvijo plačanega dela se bodo uporabniki zares lahko vključili v družbo (Lamovec 1996: 215).

Finančni vidik plačanega dela je v ospredju zavedanja večine oseb z motnjami v duševnem zdravju. Izboljšanje finančnega stanja dvigne uporabnika z marginalnega položaja in ga približa polnopravnemu državljanu. Privošči si lahko stvari in aktivnosti, ki so bile namenjene le drugim (Lamovec 2003).

6.6.4 Stanovanjske razmere

Med pogosto izraženimi potrebami v domačih in tujih raziskavah, je potreba po udobnem in varnem stanovanju. Naju je zanimalo v kakšnih razmerah živijo najini anketiranci, kako so z njimi zadovoljni in kakšen vpliv ima na vse to zaposlitvena rehabilitacija.

Dobra polovica vprašanih (34 oseb - 52%) stanuje pri starših; 16 oseb (25%) ima lastno hišo ali stanovanje; 11 (17%) je podnajemnikov in 1 oseba živi v stanovanjski skupini. Večina jih tu živi celo svoje življenje. Kar 44 (68%) jih živi v mestu, ostali na podeželju. Večina jih živi s starši oziroma s starši ter brati oziroma sestrami (30 oseb - 48%); 13 (18%) jih živi s partnerjem in otroci; 5 (8%) pa samo z otroci. Prav toliko jih živi samih; ostali pa s partnerji, prijatelji oziroma sostanovalci (po 2 osebi - 3%).

Skoraj polovica (31 oseb - 48%) vprašanih se je v zadnjem letu želela preseliti oziroma izboljšati svoje stanovanjske razmere, vendar tega ni mogla storiti.

Vendar je večina (36 oseb - 56%) s stanovanjskimi pogoji zadovoljna; trije (5%) menijo, da ne bi moglo biti boljše; 14 (22%) pa, da ni ne dobro ne slabo. Ostalih 11 (17%) je nezadovoljnih.

V primerjavi z obdobjem pred vključitvijo v program pa je sedaj za večino stanje enako (39 oseb - 63%); za 21 oseb (34%) boljše in za dve osebi (3%) slabše.

Rezultati analize kažejo vpliv psihičnega stanja na zadovoljstvo s stanovanjskimi pogoji. Zadovoljstvo raste z izboljšanjem stanja. Prav tako je s tistimi, ki so bolj zadovoljni s samim programom zaposlitvene rehabilitacije.

Pričakovan rezultat je tudi, da ima večina lastno stanovanje po 40 letu starosti in da večina zaposlenih živi v lastnem oziroma podnajemniškem stanovanju.

Vpliv spola pokaže naslednje: pri starših živi več moških kot žensk. Več žensk se je v zadnjem letu želelo preseliti ali izboljšati stanovanjske razmere pa tega niso mogle storiti. Sicer več žensk meni, da so se njihovi stanovanjski pogoji izboljšali v primerjavi z obdobjem pred vključitvijo v program.

Izobrazba nima pomembnega vpliva.

Tudi Jožica Razpet (2008) v svoji raziskavi ugotavlja, da stanovanje predstavlja - lasten prostor, potrebo, ki je za osebe s težavo v duševnem zdravju prav zaradi pogostih hospitalizacij velikokrat ogrožena.

»Vendar ljudje potrebujejo prostor, kjer imajo svoj mir, shranijo svoje stvari, spijo, vabijo prijatelje, se lahko zatečejo v težkih trenutkih ipd. Vendar imajo ljudje s psihiatrično izkušnjo pogosto neurejene bivalne razmere. V mnogih primerih so rešitev stanovanjske skupine, ki pa žal niso zaželeni pri vseh osebah s težavo v duševnem zdravju. Pogosteje gre za skromnejše stanovanje, težave s stroški za vzdrževanje, še zlasti, če se razidejo s partnerjem in so prepuščeni sami sebi. Prisotna je želja po lastnem stanovanju, saj v veliko primerih bivajo pri starših, kar še povečuje njihovo nesamostojnost in odvisnost, še zlasti, ko gre za nerazumevanje v družini. Svojci velikokrat zavračajo skupne bivalne razmere z ljudmi s težavo v duševnem zdravju, ker jih ne razumejo, se jih na nek način bojijo.« (Razpet 2008: 126-127)

6.6.5 Družinski odnosi

»Družina je primarna celica družbe, ki je v primeru, da njenega člana doleti duševna bolezen, najbolj prizadeta. Če družba ne zagotovi klime, kjer vladajo človeške vrednote, toleranca, strpnost, potrpljenje, sprejemanje drugačnosti, vzajemno spoštovanje in razumevanje, to pogosto pripelje do izolacije in stigmatizacije. Duševna bolezen družino oddalji od prejšnjega načina in ritma življenja« (Belak v Švab 2004: 96).

V najini raziskavi sva želeli izvedeti, kako, sodelujoči v raziskavi, živijo, kakšne družinske odnose imajo, kako so zadovoljni z njimi in kakšen vpliv ima na vse to zaposlitvena rehabilitacija.

Večina anketirancev (38 oseb - 59%) je samskih; 15 (23%) je poročenih; 4 (6%) živijo v izvenzakonski zvezi; trije (5%) imajo partnerja; ostali štirje (6%) pa so razvezani oziroma ovdoveli.

Prav tako večina vprašanih nima otrok (36 oseb - 59%). Sicer pa ima 13 oseb (21%) največ enega otroka; 9 (15%) oseb dva; ostali imajo tri, štiri ali pet (po 1 oseba).

Stiki s sorodniki so zelo pogosti: 18 (28%) oseb jih ima vsak dan; 17 (27%) oseb vsaj enkrat tedensko in 16 (25%) vsaj enkrat mesečno. Ostali imajo stike vsaj enkrat letno (5 oseb - 8%) oziroma manj kot enkrat letno (2 osebi - 3%). 1 oseba nima sorodnikov; 2 osebi pa z njimi nimata stikov.

Prav tako velika večina (51 oseb - 80%) v zadnjem času ni imela večjih konfliktov, s katerim od članov družine.

Zadovoljstvo z družino na splošno večina (45 oseb - 70%) ocenjuje kot dobro oziroma zelo dobro; ostalih 11 (17%) je neodločenih; 6 (9%) oseb ni zadovoljnih; 1 oseba meni, da ne bi moglo biti slabše in 1, da ne bi moglo biti boljše.

V primerjavi z obdobjem pred vključitvijo je sedaj za polovico vprašanih boljše (32 oseb - 50%); za 26 oseb (41%) enako in za ostalih 6 (9%) slabše.

Tudi **zadovoljstvo s stiki s sorodniki** je za večino dobro oziroma zelo dobro (43 oseb - 67%). 9 oseb (14%) je neopredeljenih; ostalih 12 (19%) pa s stiki niso zadovoljni. Če primerjajo sedanje stanje s stanjem pred vključitvijo, je sedaj za 36 (57%) vprašanih ostalo nespremenjeno; za 23 oseb (37%) se je izboljšalo in štirim (6%) se je poslabšalo.

Prav tako je večina (21 oseb - 75%) zadovoljnih s svojim **zakonskim življenjem**; ostalih sedem pa je nezadovoljnih (14%) oziroma neopredeljenih (11%). Za dobro polovico (16

oseb - 52%) je sedaj boljše kot je bilo pred vključitvijo; za 13 oseb (42%) enako in za dve osebi (7%) slabše.

S svojo družino na splošno in s svojim zakonskim življenjem, so v primerjavi pred vključitvijo, bolj zadovoljni tisti, ki so že zaključili program (predvsem zaposleni); se jim je izboljšalo psihično stanje in imajo višjo izobrazbo.

Več žensk je poročenih oziroma ima partnerja. Tudi zakonsko življenje se je, po vključitvi v program, v večji meri izboljšalo pri ženskah.

Poročeni so večinoma starejši (od 39 let naprej).

6.6.6 Zdravje

Težave z zdravjem, tako telesne kot psihične bolezni, ki posameznika ovirajo pri zaposlovanju, so prvi pogoj za vključitev v program zaposlitvene rehabilitacije. Z raziskavo sva ugotavljali kolikšne so te težave pri najinih anketirancih in kakšen je vpliv zaposlitvene rehabilitacije na njihovo zdravstveno stanje.

V preteklem letu je bilo 37 (61%) anketirancev pri zdravniku zaradi **telesne bolezni**; 34 (56%) oseb je zaradi njih jemalo zdravila in 7 (12%) jih je bilo v bolnišnici.

Zaradi **duševne bolezni** je bilo pri zdravniku 40 (65%) vprašanih; 37 (61%) jih je jemalo zdravila in 9 (15%) jih je bilo v bolnišnici.

Skoraj polovica vprašanih (30 oseb - 48%) pa ima tudi kakšno telesno težavo, ki jih ovira pri gibanju.

9 (14%) vprašanim se je v preteklem letu zgodilo, da so želeli pomoč zdravnika ali drugega strokovnjaka, vendar je niso mogli dobiti.

Največ anketirancev (27 oseb - 42%) je s svojim **splošnim zdravstvenim stanjem** zadovoljnih; 23 (35%) jih meni, da ni ne dobro, ne slabo; ostalih 15 (23%) pa z njim niso zadovoljni. Tudi po vključitvi v program se ni nič spremenilo za 29 (47%) vključenih; 25 osebam (40%) se je splošno zdravstveno stanje izboljšalo; 8 (13%) pa celo poslabšalo.

S tem, **kako pogosto morajo k zdravniku** je zadovoljnih 29 (43%) vprašanih; 24 (37%) jih meni, da ni ne dobro, ne slabo; ostalih 13 (20%) pa je nezadovoljnih. Zadovoljstvo se, po vključitvi v program, za dobro polovico ni nič spremenilo (33 oseb - 52%); za 23 oseb (37%) se je izboljšalo in za 7 (11%) poslabšalo.

S svojim psihičnim stanjem je zadovoljnih 29 (45%) vprašanih; 19 oseb (29%) ga ocenjuje niti dobro niti slabo; 17 (26%) pa jih meni, da je slabo oziroma zelo slabo. 34 (54%) vprašanim je po vključitvi malo oziroma veliko boljše; 25 (40%) se jih počuti enako; štirim (6%) pa se je stanje poslabšalo.

Tisti, ki so s programom že zaključili, manj obiskujejo zdravnika in jemljejo manj zdravil zaradi duševne bolezni kot tisti, ki so še v programu. Manj jih je bilo hospitaliziranih in tudi psihično stanje se jim je bolj izboljšalo (predvsem zaposlenim).

Psihično stanje se je bolj izboljšalo tudi tistim, ki so bolj zadovoljni s programom.

Mlajši (do 26 let) ne jemljejo zdravil zaradi duševne bolezni. Vsi anketiranci starejši od 44 let obiskujejo zdravnika zaradi duševne bolezni. Vprašanim starim od 33 do 41 leta se je psihično stanje najbolj izboljšalo.

Zaradi duševne bolezni je bilo hospitaliziranih več moških kot žensk. Moški so bolj zadovoljni s svojim psihičnim stanjem kot ženske.

Osebe z OŠ in poklicno izobrazbo manj obiskujejo zdravnika in manj jemljejo zdravila zaradi duševne bolezni kot ostali. Psihično stanje se je najbolj izboljšalo osebam z najnižjo in z najvišjo izobrazbo.

6.6.7 Pojmovanje sebe

Naslednji sklop vsebuje številne trditve, s katerimi sva merili **vpliv zaposlitvene rehabilitacije na vključene; kaj so z vključitvijo pridobili; kaj se je spremenilo od kar so bili vključeni v program.**

Stvari, ki so se pri večini vprašanih izboljšale:

- Pridobil/a sem nova znanja (36 oseb - 59%).
- Postavil/a sem si nove cilje (35 oseb - 57%).

- Čutim zadovoljstvo, da sem nekaj dobro opravil/a (35 oseb - 57%).
- Odkril/a sem nove interese (32 oseb - 53%).
- Imam informacije o tem, kaj mi nudijo v okolju (32 oseb - 52%).
- Počutim se koristnega/o (31 oseb - 51%).
- Čutim, da imam vrsto dobrih lastnosti (32 oseb - 51%).
- Čutim da imam svojo vrednost, vsaj tako kot drugi (31 oseb - 49%).

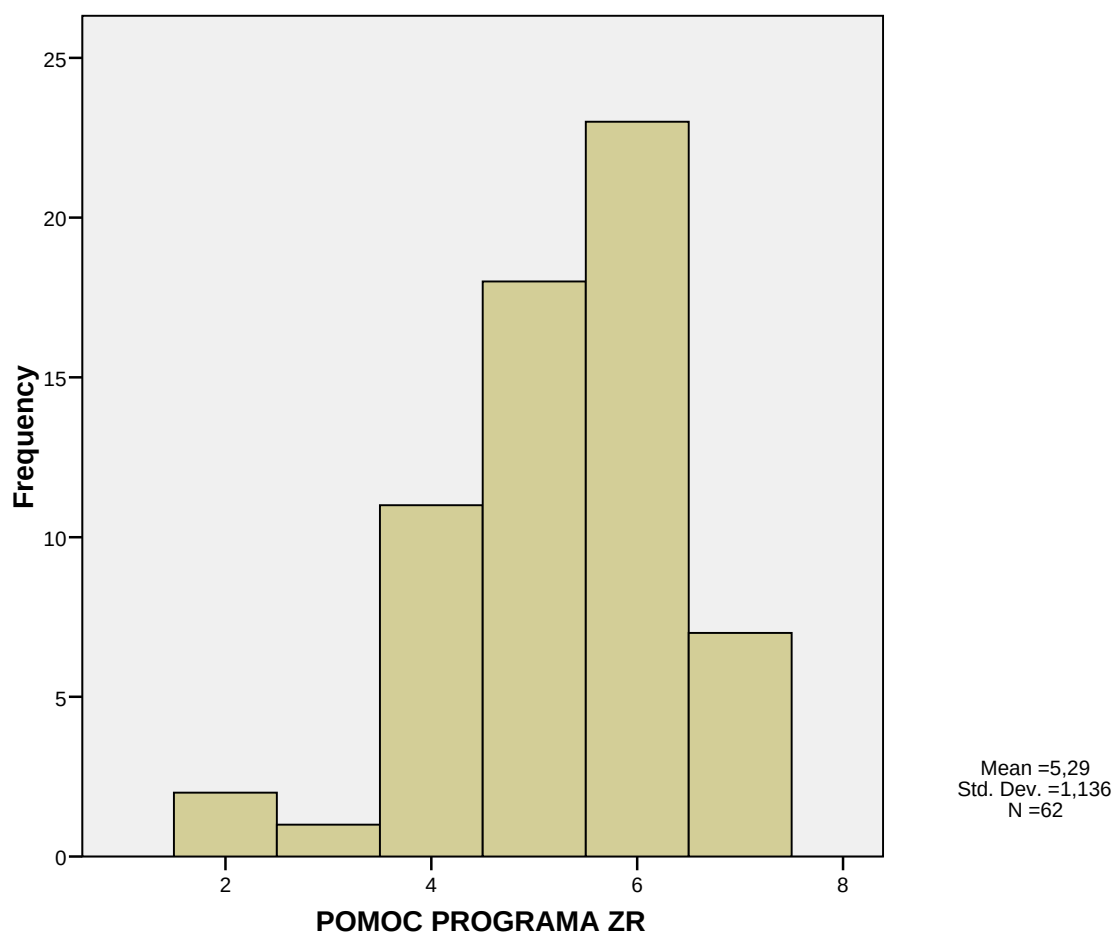
Vse ostalo je v večini ostalo enako kot pred vključitvijo v program zaposlitvene rehabilitacije:

- Obvladujem svoja čustva (42 oseb - 69%).
- Na splošno sem zadovoljen/a sam/a s seboj (40 oseb - 64%).
- Stvari lahko opravi enako dobro kot večina drugih ljudi (38 oseb - 63%).
- Zadovoljen/a sem s svojim spominom (38 oseb - 62%).
- Svoje probleme rešujem uspešno (37 oseb - 61%).
- Zadovoljen/a sem s svojo sposobnostjo učenja (37 oseb - 61%).
- Nimam težav s sprejemanjem sprememb v svojem življenju (38 oseb - 61%).
- Spoštujem se (38 oseb - 60%).
- Sem sproščena/a (35 oseb - 57%).
- Do sebe imam pozitivno stališče (35 oseb - 57%).
- Zavedam se svojih resničnih potreb (34 oseb - 57%).
- Zaupam si in verjamem vase (35 oseb - 57%).
- Moje razpoloženje je stabilno (34 oseb - 56%).
- Pri delu sem zbran/a (34 oseb - 56%).
- Razumem in sprejemam svojo invalidnost (35 oseb - 54%).
- Čutim, da lahko nadzorujem svoje življenje (32 oseb - 53%).
- Zadovoljen/a sem s svojo zmožnostjo koncentracije in pozornosti (32 oseb - 53%).
- Sem optimističen/a glede prihodnosti (32 oseb - 53%).
- Sem samozavesten/a (33 oseb - 53%).
- Zavedam se svojih odgovornosti (31 oseb - 52%).
- Vem, kako si lahko pomagam (32 oseb - 51%).

- Čutim, da sem lahko ponosen/a na veliko stvari (32 oseb - 51%).
- Lahko navezujem stike z drugimi ljudmi (31 oseb - 51%).
- Sposoben/a sem se spoprijemati s stresnimi situacijami (31 oseb - 51%).
- Sposoben/a sem se spoprijemati s svojimi težavami (31 oseb - 51%).
- Prišel/a sem do konkretnega načrta, kako lahko rešim svoj zaposlitveni problem (31 oseb - 50%).
- Počutim se sposobnega/o (30 oseb - 49%).
- Počutim se samostojnega/o (29 oseb - 48%).

Največ vprašanih meni, da jim je program veliko (23 oseb - 37%) oziroma zelo veliko (7 oseb - 11%) pomagal pri spremembah, ki so se jim zgodile v življenju; 18 osebam (29%) je program srednje pomagal; 11 (18%) malo oziroma zelo malo (1 oseba - 2%); dvema (3%) vprašanima pa skoraj nič.

Graf 6.6.7.1.: Pomoč programa zaposlitvene rehabilitacije



1 = popolnoma nič; 2 = skoraj nič; 3 = zelo malo; 4 = malo; 5 = srednje; 6 = veliko; 7 = zelo veliko

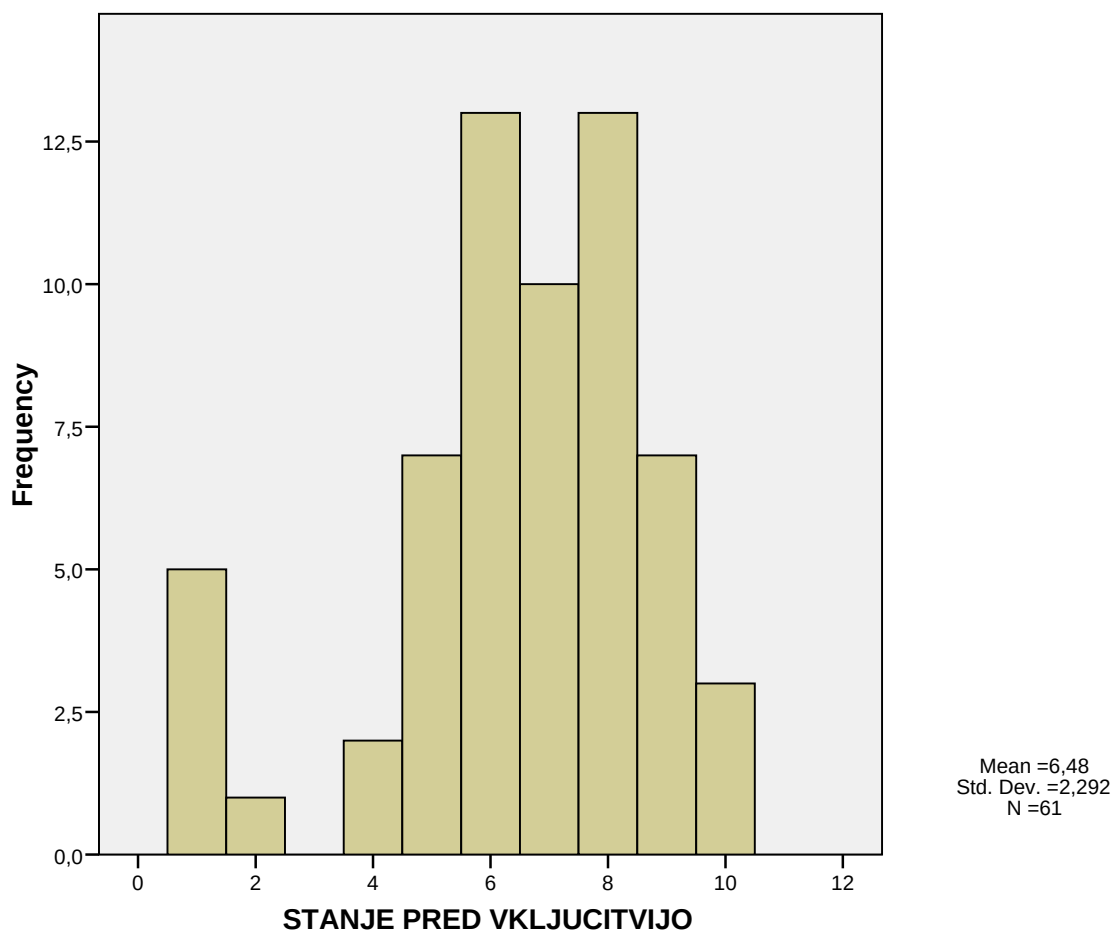
Pomoč programa pri spremembah, ki so se zgodile odkar so oziroma so bili vanj vključeni, je večja pri tistih, ki se jim je psihično stanje izboljšalo; so bolj zadovoljni s samim programom; imajo višjo izobrazbo in so program že zaključili (predvsem zaposleni): 63% jih ocenjuje, da jim je program pomagal veliko oziroma zelo veliko. Tako meni samo 33% tistih, ki so še v programu. Starost in izobrazba nimata pomembnega vpliva.

6.6.8 Zadovoljstvo z življenjem

Zadovoljstvo z življenjem je subjektivna ocena rehabilitantovega večjega ali manjšega zadovoljstva na socialnih, psiholoških in telesnih področjih njegovega življenja, npr. zadovoljstvo z zakonom, družino, prijatelji, dejavnostmi v prostem času, telesnim zdravjem ali finančno situacijo. (Oliver, Priebe, Kaiser 1997: 76-83)

53 (87%) vprašanih se je na **življenjski lestvi pred vključitvijo** razvrstilo na kline od 5 do 10. Največ jih je izbralo klin številka 8 oziroma 6 (povprečja znaša 6,48).

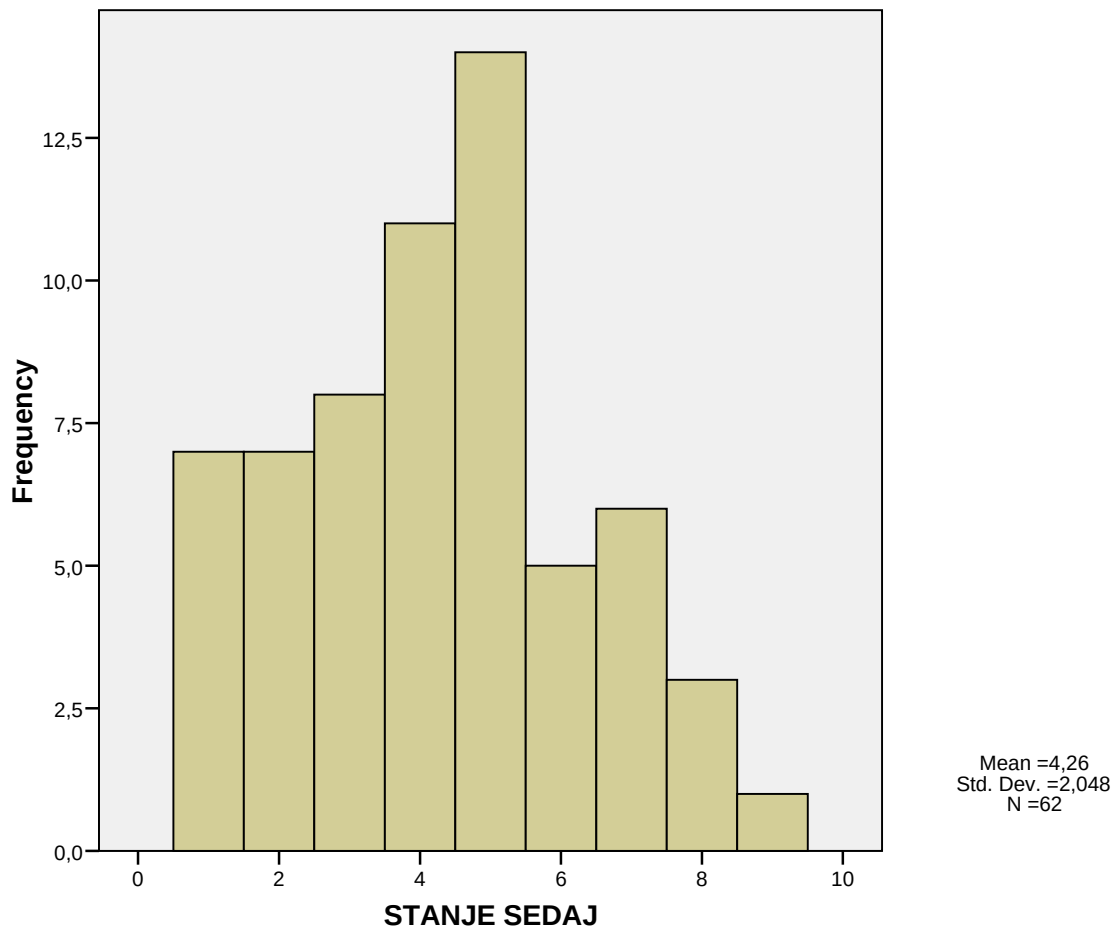
Graf: 6.6.8.1.: Stanje pred vključitvijo



1 = najboljša možna stanje; 10 = najslabša možna stanje

Na življenjski lestvi po vključitvi se je 47 (76%) vprašanih razvrstilo na kline od 5 do 1. Največ jih je izbralo klin številka 5 (povprečje znaša 4,26).

Graf 6.6.8.2.: Stanje sedaj



1 = najboljše možno stanje; 10 = najslabše možno stanje

Večina anketirancev svoje **življenje v celoti** ocenjuje kot še kar srečno (38 oseb - 61%); za 6 oseb (10%) je zelo srečno in za 12 (19%) vprašanih življenje ni srečno.

Pred vključitvijo v program pa večina vprašanih v življenje ni bilo srečnih (28 oseb - 44%); 25 (40%) je bilo še kar srečnih; dva (3%) sta bila zelo srečna; 8 oseb (13%) pa je ostalo neopredeljenih.

Podobno kot pri ostalih vprašanjih o zadovoljstvu, so tudi z življenjem kot celoto, po vključitvi, najbolj zadovoljni tisti, ki so že zaključili s programom (zaposleni in aktivni

brezposelni); starejši (od 34 leta naprej); moški; višje izobraženi; zadovoljni s programom in tisti, ki se jim je izboljšalo psihično stanje

Na lestvico najslabšega in najboljšega možnega stanja pred vključitvijo so se nižje postavili tisti, ki so še v programu - 83% jih je na klinih od 6 do 10; starejši (od 34 leta naprej) in ženske.

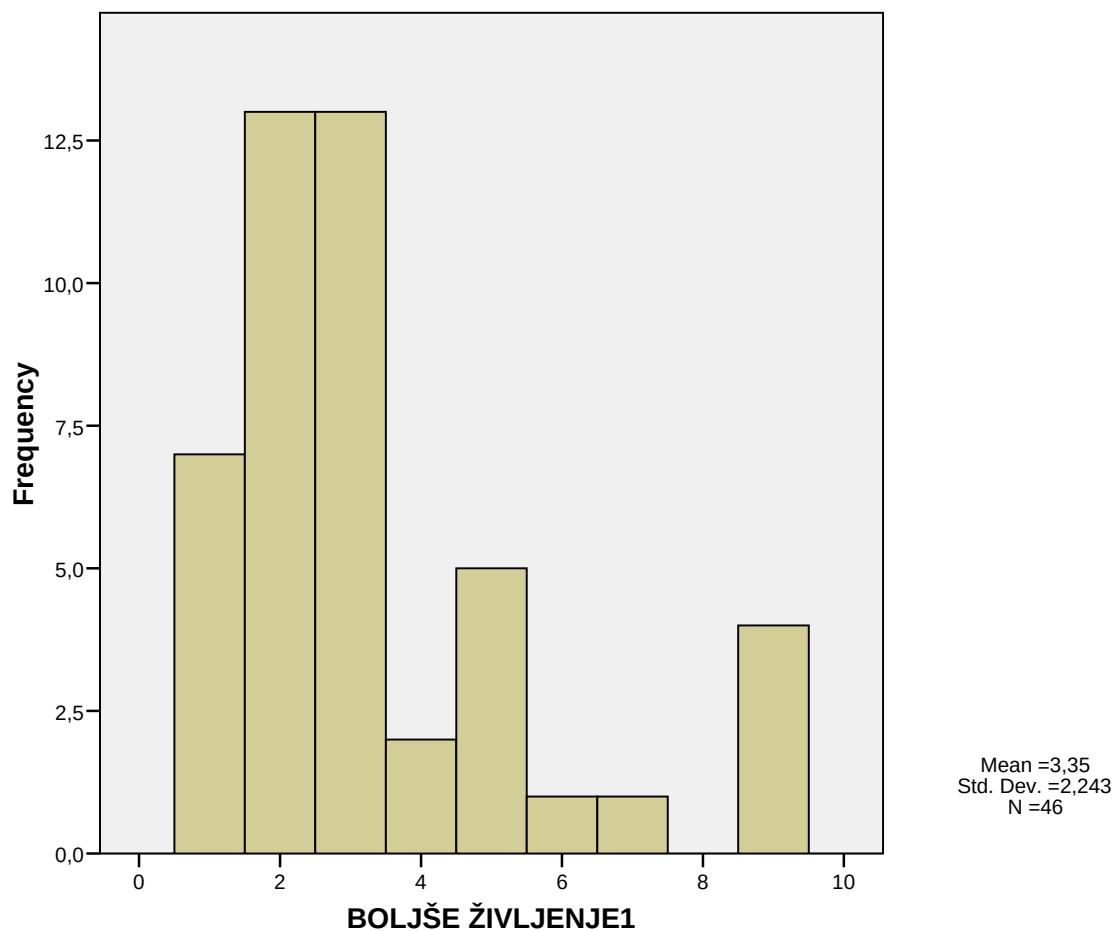
Na lestvici po vključitvi so na višjih klinih zopet večinoma tisti, ki niso več v programu (predvsem zaposleni) - 87% jih je med 5 in 1.

Raziskave o značilnostih populacije odpuščenih pacientov kažejo na visoke ravni subjektivnega zadovoljstva s kakovostjo življenja, vendar je objektivno kakovost njihovega življenja nižja kot med ostalo populacijo. Največ nezadovoljstva izvira iz finančne situacije, socialnih odnosov in težav s telesnim zdravjem. (Lehman, Rossidente, Hawker 1986)

Zanimalo naju je tudi kako anketiranci razvrščajo potrebe, da bi bilo življenje kakovostnejše – prosili sva anketirance, da navedejo tri najbolj pomembne potrebe.

Da bi bilo življenje kakovostnejše in boljše bi večina **na prvem mestu** potrebovala delo in zaposlitev ter osamosvojitve, razumevanje in spoštovanje (po 26 oseb - 28%). Sledijo zdravje (7 oseb - 15%), denar (5 oseb - 11%), nič (4 osebe - 9%), izobrazba (2 osebi - 4%) ter prijatelji in partner (po 1 oseba - 2%).

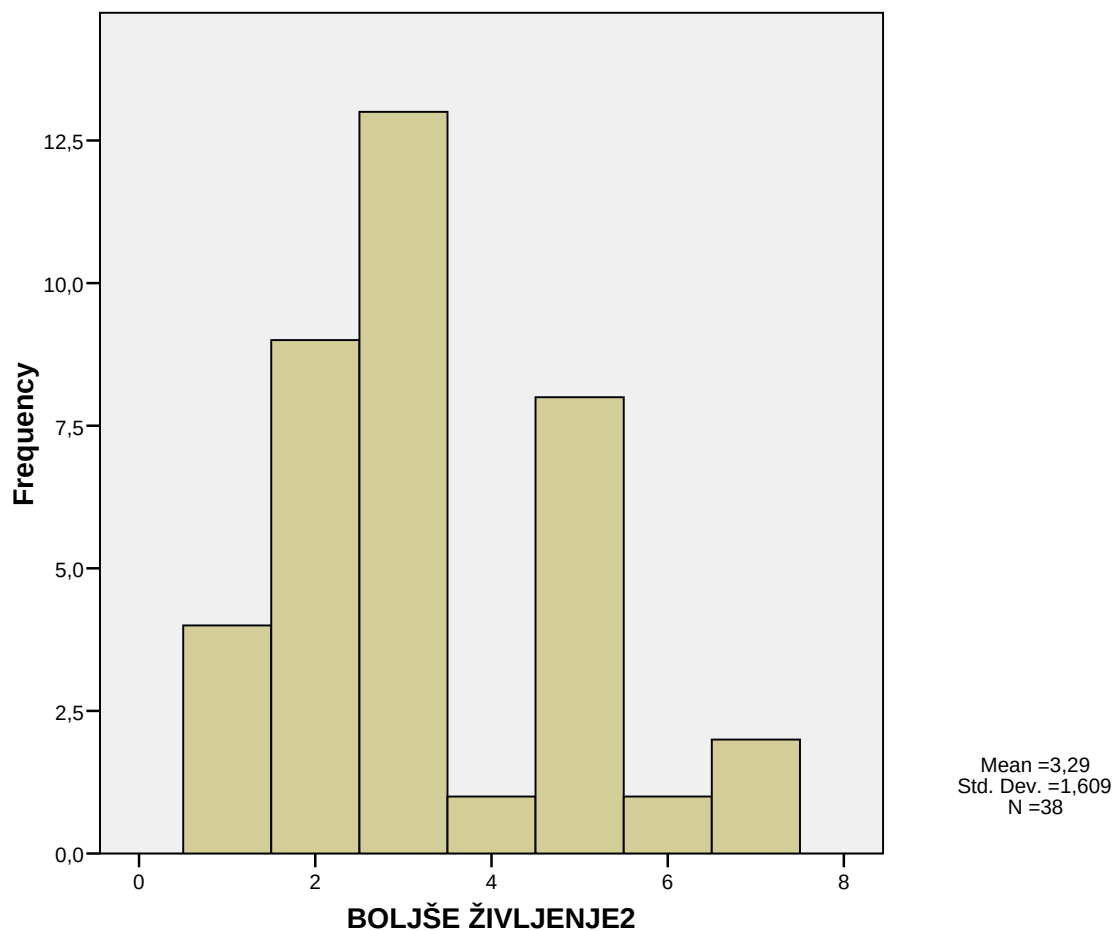
Graf 6.6.8.3.: Boljše življenje 1



1 = zdravje; 2 = delo zaposlitev; 3 = osamosvojitve, razumevanje, spoštovanje; 4 = izobrazba; 5 = denar; 6 = prijatelji; 7 = partner; 9 = nič

Na drugem mestu so v ospredje postavili osamosvojitve, razumevanje in spoštovanje (13 oseb - 34%); sledijo pa delo in zaposlitev (9 oseb - 24%); denar (8 oseb - 21%); zdravje (4 osebe - 11%); partner (2 osebi - 5%) ter izobrazba in prijatelji (po 1 oseba - 3%).

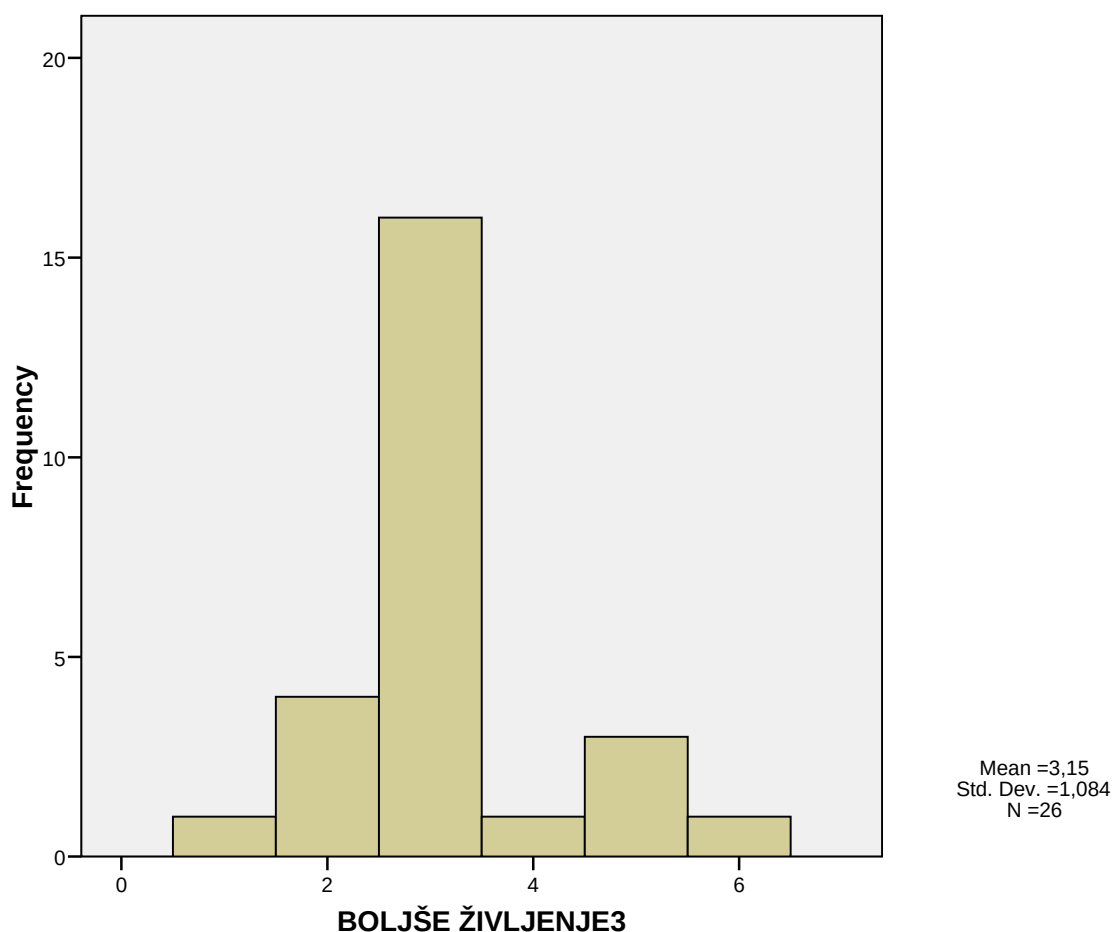
Graf 6.6.8.4.: Boljše življenje 2



1 = zdravje; 2 = delo zaposlitev; 3 = osamosvojitve, razumevanje, spoštovanje; 4 = izobrazba; 5 = denar; 6 = prijatelji; 7 = partner; 9 = nič

Pri tretjem izboru zopet močno prevladuje osamosvojitve, razumevanje in spoštovanje (16 oseb - 62%); sledita spet delo in zaposlitev (4 osebe - 15%) in denar (3 osebe - 12%) ter zdravje, izobrazba in prijatelji (po 1 oseba - 4%).

Graf 6.6.8.5: Boljše življenje 3



1 = zdravje; 2 = delo zaposlitev; 3 = osamosvojitve, razumevanje, spoštovanje; 4 = izobrazba; 5 = denar; 6 = prijatelji; 7 = partner; 9 = nič

Na zadnje vprašanje veliko anketirancev ni odgovorilo: prve izbire ni navedlo 19 oseb, druge 27 in tretje 39.

Vključeni manj kot 2 meseca so postavili na prvo mesto delo in zaposlitev; 2 meseca do manj kot 6 mesecev osamosvojitve, razumevanje, spoštovanje in denar; 6 mesecev do manj kot 1 leto zdravje ter 1 leto in več osamosvojitve, razumevanje in spoštovanje.

Osebe, ki so že zaključile program in so bile vanj vključene manj kot 2 meseca so na prvo mesto postavile osamosvojitve, razumevanje in spoštovanje; 2 meseca do manj kot 6

mesecev zdravje ter delo in zaposlitev; 6 mesecev do manj kot 1 leto delo in zaposlitev, osamosvojitve, razumevanje in spoštovanje ter partnerja; 1 leto in več pa osamosvojitve, razumevanje in spoštovanje.

Brezposelni, ki aktivno iščejo zaposlitev, si najbolj želijo dela in zaposlitve; brezposelni, ki ne iščejo zaposlitve osamosvojitve, razumevanja in spoštovanja; zaposleni v običajnem delovnem okolju za določen čas denarja; zaposleni v običajnem delovnem okolju za nedoločen čas zdravja; zaposleni v podporni zaposlitvi izobrazbe in partnerja; zaposleni v invalidskem podjetju dela in zaposlitve ter osamosvojitve, razumevanja in spoštovanja; polovica zaposlenih v zaposlitvenem centru si ne želi ničesar, ostali pa zdravja ter dela in zaposlitve; vključeni v program socialne vključenosti si želijo zdravja ter dela in zaposlitve; nezaposljivi, ki niso vključeni v program socialne vključenosti, pa osamosvojitve, razumevanja in spoštovanja ter denarja.

Pri pomoči za boljše in kvalitetnejše življenje so si tudi zaposleni v invalidskem podjetju in zaposlitvenem centru izbrali delo in zaposlitev.

To lahko kaže na dejstvo, da zaposlitev v invalidskem podjetju in zaposlitvenem centru, ne razumejo kot »pravo« zaposlitev, saj so delovna mesta prilagojena in sodelavci so v večini tudi invalidi. Želijo pa si zaposlitve v običajnem delovnem okolju.

»Zaposlitev zanje pomeni biti zdrav, »normalno živeti«, z veseljem opravljati svoj poklic, za katerega so se izšolali, biti uspešen, koristen, pomemben. Delo jim predstavlja zadovoljstvo, veselje, stanovanjsko in finančno neodvisnost, lasten dohodek kot vir materialne preskrbljenosti. Pomen plačanega dela je zato tako zelo velik. Zaposlitev pomeni tudi družbeni status, predstavlja druženje s sodelavci, zapolnitev časa. Mnogi si ne morejo predstavljati, da ne bi delali“ (Razpet 2008: 125).

Za boljše življenje bi ženske na prvem mestu bolj potrebovale zdravje, denar, prijatelje ali pa pravijo, da ne potrebujejo ničesar.

Moški pa postavljajo na prvo mesto delo in zaposlitev; osamosvojitve, razumevanje in spoštovanje; izobrazbo ter partnerja.

Zanimivo, da tisti, ki pravijo, da se je njihovo psihično stanje po vključitvi v program poslabšalo, na prvo mesto pomoči za izboljšanje življenja, ne postavljajo zdravja.

Največ oseb z OŠ je na prvo mesto postavilo delo in zaposlitev; s poklicno in srednjo šolo osamosvojitve, razumevanje in spoštovanje; z visoko pa zdravje ter delo in zaposlitev.

Prav tako je Jožica Razpet (2008) v svoji raziskavi pokazala, »da je temeljni cilj oseb z motnjami v duševnem zdravju, ki imajo psihiatrično izkušnjo - samostojno živeti. Ta cilj pa sproži še določene podcilje, kot na primer ozdraveti, si ustvariti družino, se ne vračati v psihiatrično ustanovo. Za doseg temeljnega cilja - samostojno zaživeti, je potrebno zadovoljiti specifične potrebe: zaposlitev, denar oziroma materialna neodvisnost, stanovanje, stiki - druženje. Izmed omenjenih specifičnih potreb izstopa predvsem potreba po zaposlitvi, ki pogojuje zadovoljevanje ostalih izraženih potreb pri vključevanju v vsakdanje življenje po vrnitvi iz zdravljenja v psihiatrični bolnišnici.

Pri osebah s težavo v duševnem zdravju se kaže tudi potreba po izobraževanju, informiranosti, zagovorništvu, pomoči pri vračanju v vsakdanje življenje po hospitalizaciji in pomoči ob nastopu krize ter zaupanje - svojcev, sodelavcev, prijateljev.

Osebe s težavo v duševnem zdravju si zelo želijo, da bi jim ljudje zaupali, tako osebe v bolnišnici, družina, prijatelji, sodelavci, da jih ne bi sumničavo opazovali češ, ali so zdravi, so v redu, je z njimi spet kaj narobe. Tudi sami bi radi zaupali drugim, predvsem pa potrebujejo zaupanje vase.« (Razpet 2008: 124)

Za skoraj 60% vprašanih se je splošno počutje po vključitvi izboljšalo. Po zaposlitvi, kar je posredni vpliv zaposlitvene rehabilitacije, se je stanje izboljšalo za vse zaposlene; po pridobitvi statusa pa za polovico vprašanih. Prav tako se je za dobro polovico vprašanih izboljšalo tudi finančno stanje.

Stanovanjske razmere so se izboljšale pri 34% anketiranih ; zadovoljstvo z družino in zakonskim življenjem pri dobri polovici; splošno zdravstveno stanje pri 40% in psihično stanje pri 54% vprašanih.

Skoraj 70% vprašanih meni, da jim je program srednje oziroma veliko pomagal pri spremembah, ki so se jim zgodile v življenju, po vključitvi. Prav toliko anketirancev sedaj svoje življenje v celoti ocenjujejo kot srečno.

Iz navedenih rezultatov raziskave lahko potrdimo tudi drugo hipotezo, da zaposlitvena rehabilitacija vpliva na izboljšanje kakovosti življenja rehabilitantov z motnjami v duševnem zdravju.

6.7 PREVERJANJE TRETJE HIPOTEZE

H3: Zaposlitvena rehabilitacija vpliva na večjo socialno vključenost rehabilitantov z motnjami v duševnem zdravju

Osnovna človekova potreba po avtonomiji in povezanosti se, v smislu samouresničitve, tesno zadovoljuje v zvezi z delom in zaposlitvijo. Vsakdo, ki živi v industrijski družbi, je vajen trdne strukture časa (Jahoda 1982: 22). Zaposlitev močno vpliva na razporeditev časa v vsakdanjem življenju posameznika in ostaja najvažnejši način vključenosti (Walker v Kavar Vidmar 2006: 14). Za večino ljudi je zaposlitev glavni vir socialnih stikov zunaj družine (Jahoda v Kavar Vidmar 2006: 14).

Tako sva želeli z naslednjimi vprašanji o prostem času in participaciji ter družabnih stikih preveriti, ali z delovno vključenostjo – vključenostjo v program zaposlitvene rehabilitacije – povečamo tudi socialno vključenost rehabilitantov.

6.7.1 Prosti čas in participacija

V tem sklopu vprašanj naju zanima vključevanje v različne vsakodnevne aktivnosti, tako zunaj kot doma, ter zadovoljstvo z njimi pred in po vključitvi v program zaposlitvene rehabilitacije.

V zadnjih 14ih dneh je samo 15 (26%) anketirancev šlo gledat ali igrat kakšen šport; kar 45 (78%) jih je šlo nakupovat; 36 (62%) se jih je peljalo z avtobusom, avtom ali vlakom (če ne upoštevamo prevoza v službo ali na program); skoraj vsi so gledali televizijo ali poslušali radio (58 oseb - 97%) in samo 5 (14%) se jih je udeležilo kakšne kulturne

prireditve. Dobra polovica vprašanih (31 oseb - 54%) bi si želela več prostočasnih aktivnosti.

S tistim, kar počnejo doma je zadovoljnih 25 (39%) vprašanih; 21 (32%) pa s tem ni niti zadovoljnih niti nezadovoljnih. 13 oseb (20%) domača opravila ocenjuje zelo dobro oziroma meni, da ne bi moglo biti boljše; na drugi strani pa 6 (9%) vprašanih meni, da je tisto, kar počnejo doma slabo, zelo slabo oziroma, da ne bi moglo biti slabše. V primerjavi z obdobjem pred vključitvijo v program je sedaj stanje enako za 21 (32%) vprašanih; za 38 oseb (59%) pa malo oziroma veliko boljše. Ostali menijo, da se je stanje poslabšalo (6 oseb - 9%).

Z aktivnostmi zunaj doma (druženje s prijatelji, izleti, obiskovanje prireditev,...) je zadovoljnih oziroma zelo zadovoljnih kar 41 (64%) vprašanih; za 14 (22%) anketirancev niso niti dobre niti slabe; za vse ostale pa so slabe oziroma ne bi mogle biti slabše. Če sedanje stanje primerjajo s stanjem, preden so bili vključeni v program, jih slaba polovica (30 oseb - 48%) meni, da je stanje malo oziroma veliko boljše; za 26 (41%) vprašanih je ostalo nespremenjeno; za ostale pa se je poslabšalo.

Največ anketiranih (23 oseb - 35%) se ne ukvarja z nobenim **hobijem**; od tistih, ki pa ima vsaj enega, je 21 oseb (32%) za prvi hobi izbralo šport; na drugem mestu so branje, križanke, televizija in računalništvo (9 oseb - 14%); sledijo pa ročna dela in narava, živali (po 6 oseb - 9%). Kot drugi hobi prevladujejo branje, križanke, televizija in računalništvo (5 oseb - 14%); sledijo šport (4 osebe - 11%); ročna dela (2 osebi - 6%) ter glasba, narava in živali (po 1 oseba - 3%).

Velika večina (50 oseb - 81%) ni včlanjenih v nobeno **društvo ali drugo organizacijo**; sicer pa jih je največ vključenih v društva invalidov (7 oseb - 11%); sledi društvo Šent (4 osebe - 7%) in športni klubi (1 oseba - 2%).

Veliko več tistih, ki so že zaključili program (predvsem zaposleni), je v zadnjih 14ih dneh šlo gledat ali igrat kakšen šport, se udeležili kakšne kulturne prireditve, več so nakupovali

in tudi izven službe oziroma programa so se peljali večkrat kot tisti, ki so še v programu. Tudi zadovoljstvo z opravili zunaj doma (druženje s prijatelji, izleti, prireditve,...) je v primerjavi s stanjem pred vključitvijo, večje pri osebah, ki so že zaključile program.

Vprašanje o hobijih pokaže, da se z ročnimi deli ukvarja več tistih, ki so še v programu, kar je povezano tudi s samo vsebino programa. Osebe, ki so že zaključile program pa več berejo, rešujejo križanke, gledajo televizijo in hodijo na sprehode.

Psihično stanje vpliva tudi na zadovoljstvo z opravili doma in zunaj doma. Vsem, ki se je psihično stanje, po vključitvi v program, izboljšalo, so tudi bolj zadovoljni z opravili doma in z aktivnostmi zunaj doma.

V zadnjih 14ih dneh je več moških šlo gledat ali igrat kakšen šport; več žensk je nakupovalo in se peljalo z avtobusom, avtom ali vlakom izven službe ter obiskalo kulturno prireditev. Prav tako so ženske tiste, ki bi si želele več prostočasnih aktivnosti.

Za prvi hobi si je več žensk izbralo šport in ročna dela; moški pa branje, križanke, gledanje televizije ter naravo in živali.

Po vključitvi v program, so najmanj in najbolj izobraženi, najbolj zadovoljni, s tistim, kar počnejo zunaj doma.

Starost nima pomembnega vpliva.

6.7.2 Družabni stiki

Stiki - druženje je pri vračanju v samostojno življenje pomemben dejavnik, kajti ljudje smo družbena bitja, ki ob sebi potrebujemo sočloveka. Ko gre za prisotnost bolezni, stigme, je to še toliko bolj pomembno, kajti osebe s težavo v duševnem zdravju ostajajo v večini primerov osamljene, odrinjene, manj zanimive, ljudje se jih sramujejo.

Večina vprašanih (39 oseb - 63%) zase trdi, da ne zmore brez prijateljev in velika večina (46 oseb - 74%) tudi ima najboljšega prijatelja ter prijatelja, h kateremu se lahko kadarkoli obrnejo po pomoč (42 oseb - 68%). 39 vprašanih (65%) se je v preteklem tednu tudi obiskalo s prijateljem. Samo 12 oseb (20%) ima prijatelje, ki so hkrati tudi uporabniki ali delavci organizacije, kjer so vključeni v program oziroma zaposleni.

Z načinom, kako se razumejo z drugimi ljudmi je zadovoljnih kar 51 (78%) vprašanih; 5 (8%) je nezadovoljnih; za ostalih 9 (14%) pa način razumevanja z drugimi ni ne dober ne slab. V primerjavi z obdobjem pred vključitvijo je sedaj za slabo polovico vprašanih boljše (30 oseb - 48%) in za prav toliko se ni nič spremenilo. Ostali trije (5%) menijo, da se je stanje poslabšalo.

Tudi **s številom prijateljev** je zadovoljnih kar 40 (63%) vprašanih; 15 (23%) je neodločenih; ostalih 9 (14%) pa je nezadovoljnih. Če primerjajo z obdobjem pred vključitvijo, je sedaj stanje za slabo polovico ostalo nespremenjeno (30 oseb - 48%); za 28 (44%) se je izboljšalo in za 5 oseb (8%) poslabšalo.

Večina je zadovoljna tudi **s številom prijateljev izven programa oziroma organizacije**, kjer so zaposleni (36 oseb - 58%); za ostale ni ne dobro ne slabo (15 oseb - 24%); 11 oseb (18%) pa je nezadovoljnih. Stanje se za dobro polovico ni nič spremenilo (32 oseb - 53%); za 23 (38%) se je izboljšalo in za ostalih 6 (10%) poslabšalo.

Tudi z načinom, kako se razumejo z drugimi ljudmi ter s številom prijateljev, ki jih imajo, so najbolj zadovoljni tisti, ki so program že zaključili; starejši od 30 let; tisti, ki se jim je izboljšalo psihično stanje; imajo visoko izobrazbo.

V povprečju več žensk navaja, da nima najboljšega prijatelja oziroma prijateljice niti prijatelja, h kateremu se lahko obrnejo po pomoč, kadar jo potrebujejo.

Rezultati kažejo, da se je pri moških zadovoljstvo z načinom, kako se razumejo z drugimi, po vključitvi v program, izboljšalo v večji meri kot pri ženskah.

Manj brezposelnih in vključenih v socialno vključenost ima prijatelja, na katerega se lahko kadarkoli obrnejo na pomoč.

Kot kažejo tudi rezultati raziskave Jožice Razpet (2008), »osebe z motnjami v duševnem zdravju potrebujejo podporo družine, partnerja, sorodnikov, prijateljev, sodelavcev, kajti pogosto se stiki po vrnitvi iz psihiatrične bolnišnice zmanjšajo, velikokrat prekinejo.

Partner pogosto zapusti osebo, ki ima težave v duševnem zdravju, pogosta je razveza zakona, razpad družine, odvzem otrok, slabi družinski odnosi. Samopodoba je zato pri omenjenih osebah tako še bolj nizka, osamljenost, zapuščenost, odrinjenost in nesprejetost še povečata stigmo.« (Razpet 2008: 127)

Za slabih 60% vprašanih se je izboljšalo zadovoljstvo, s tistim kar počnejo doma; za slabih 50% pa z aktivnostmi zunaj doma. Za slabo polovico se je izboljšalo tudi zadovoljstvo z načinom, kako se razumejo z drugimi ljudmi in s številom prijateljev, ki jih imajo.

Z navedenimi rezultati raziskave lahko potrdimo tudi tretjo hipotezo, da zaposlitvena rehabilitacija vpliva na večjo socialno vključenost rehabilitantov z motnjami v duševnem zdravju.

7 SKLEPNE UGOTOVITVE

Z raziskavo sva torej potrdili vse tri zastavljene hipoteze: zaposlitvena rehabilitacija zadovoljuje potrebe, vpliva na izboljšanje kvalitete življenja in vpliva na večjo socialno vključenost rehabilitantov z motnjami v duševnem zdravju.

Raziskovani vzorec populacije je potrdil nekatera ostala dejstva, ki jih potrjujejo tudi različne raziskave in praksa:

- v zaposlitveno rehabilitacijo je vključenih približno polovica žensk in polovica moških;
- vključeni so stari od 20 do 50 let;
- imajo nižjo raven izobraženosti;
- so brez delovne dobe oziroma je ta zelo kratka;
- večino je v program napotil Zavod RS za zaposlovanje;
- večina je v program vključenih 1 leto in več;
- od vseh, ki so program že zaključili, je največ zaposlenih v zaposlitvenem centru oziroma so brezposelni in aktivno iščejo zaposlitev.

Potrebe vprašanih oziroma njihova pričakovanja, so prav tako potrdila cilje, ki si jih zastavlja sam program in kar kažejo izkušnje iz prakse: največ si jih želi izboljšati svojo zaposljivost; pridobiti nova znanja in spretnosti; biti aktivni in spoznati nove ljudi; dobiti zaposlitev.

Kajti prav zaposljivost je pogoj za zaposlenost. Zaposljivost je sposobnost (kompetentnost) ljudi, da jim med delovno kariero in v novih razmerah, kjer je čedalje manj takšnih usodnih, vseživljenjskih varnih zaposlitev, kakršnih smo bili priča še v bližnji preteklosti, uspe brez večjih težav pridobiti novo delo za lastno preživljanje. Problem zaposljivosti analogno pomeni, da ima to sposobnost veliko ljudi slabše razvito in da je na vse bolj tveganih trgih dela navzoča vrsta ranljivih skupin, ki imajo s tem največje težave. Med njimi so zlasti mladi, delovno še neizkušeni iskalci prve zaposlitve,

starejši, nižje izobraženi, preozko kvalificirani, samohranilci, invalidi itn. (Korver in Oeij v Ignjatovič in drugi 2007).

Fagin in Little (Haralambos 2001) trdita, da zaposlitev daje ljudem občutek identitete o tem, kdo so in kakšna je njihova vloga v družbi. Nezaposlenost pa praviloma zmanjšuje družbene stike. Služba zagotovi tudi obvezno aktivnost. Vidik, ki ga osebe izgubljajo z nezaposlenostjo, je zmožnost strukturiranja psihološkega časa. Delo daje možnosti za razvijanje spretnosti in ustvarjalnosti ter daje občutek smisla, ki se z nezaposlenostjo izgublja. Dohodek od dela nudi svobodo in nadzor zunaj dela, zlasti ustvarja možnosti za vključevanje v prostočasne aktivnosti.

Kako pomembno je delo in zaposlitev potrjujejo tudi rezultati raziskave, ki zelo jasno kažejo, da so tisti, ki so že zaključili program zaposlitvene rehabilitacije in so sedaj že zaposleni, veliko bolj kot ostali anketiranci zadovoljni: s samim programom; s pomočjo programa pri zadovoljevanju potreb in pri življenjskih spremembah; s splošnim počutjem; s finančnim stanjem; z življenjem kot celoto; s stanovanjskimi razmerami; družinskimi odnosi; s svojim splošnim zdravstvenim in psihičnim stanjem; z domačimi aktivnostmi in aktivnostmi zunaj doma; z načinom, kako se razumejo z drugimi ljudmi in s številom prijateljev, ki jih imajo.

Na večje zadovoljstvo pri vseh zgoraj omenjenih področjih pa v veliki meri vpliva tudi večje zadovoljstvo s samim programom, višja izobrazba in izboljšano psihično počutje.

Višje izobraženi so se tudi v večji meri sami odločili za vključitev v program in so s samim programom tudi bolj zadovoljni. Anketiranci z nižjo izobrazbo manj obiskujejo zdravnika in manj jemljejo zdravila zaradi duševnih bolezni. Najmanj in najbolj izobraženim se je najbolj izboljšalo psihično stanje in najbolj so zadovoljni z aktivnostmi zunaj doma. Za boljše življenje je največ oseb z OŠ je na prvo mesto postavilo delo in zaposlitev; s poklicno in srednjo šolo osamosvojitve, razumevanje in spoštovanje; z visoko pa zdravje ter delo in zaposlitev.

Spol vpliva predvsem na naslednje spremenljivke. Več žensk kot moških je vključenih v starostni skupini od 41 do 52 leta; ima samo osnovno šolo ali manj; je zaposlenih; poročenih in so dlje časa vključene v program. Po vključitvi v program se jim je bolj izboljšalo splošno počutje; bolj so zadovoljne s samim programom; zaposlitvijo in s stanjem po zaposlitvi; bolj so se jim izboljšali tudi stanovanjski pogoji ter si želijo več prostočasnih aktivnosti. V povprečju več žensk navaja, da nima najboljšega prijatelja oziroma prijateljice niti prijatelja, h kateremu se lahko obrnejo po pomoč, kadar jo potrebujejo. Za boljše življenje bi ženske na prvem mestu potrebovale zdravje, denar, prijatelje ali pa pravijo, da ne potrebujejo ničesar.

Več moških se je v program vključilo zaradi lastne odločitve; bolj so zadovoljni z zadovoljitvijo potreb in pričakovanj; finančnim stanjem po vključitvi; s svojim psihičnim stanjem in z načinom, kako se razumejo z drugimi. Več jih je bilo hospitaliziranih zaradi duševne bolezni in več jih živi pri starših. Za boljše življenje pa moški na prvo mesto postavljajo delo in zaposlitev; osamosvojitev, razumevanje in spoštovanje; izobrazbo ter partnerja.

Vpliv starosti se kaže na naslednjih področjih: največ zaposlenih v običajnem delovnem okolju, invalidskem podjetju ali zaposlitvenem centru je starih od 26 do 40 let; psihično stanje se je najbolj izboljšalo osebam starim od 33 do 41 let. Mlajši anketiranci dopuščajo več možnosti, da jim bo program pomagal rešiti probleme, zaradi katerih so se vanj vključili; bolj so zadovoljni s finančnim stanjem; manj obiskujejo zdravnika in manj jemljejo zdravil zaradi duševnih bolezni. Starejši so se v večji meri sami odločili za vključitev v program; finančno stanje se jim je po vključitvi izboljšalo; so bolj zadovoljni z življenjem kot celoto; z načinom, kako se razumejo z drugimi ljudmi ter s številom prijateljev, ki jih imajo.

Rezultati raziskave so pokazali, da obdobje vključenosti v program samo po sebi v veliki meri ne vpliva na posamezne spremenljivke. Najbolj optimalno obdobje vključenosti se izkaže od 2 mesecev do 1 leta. Kar potrjuje tudi praksa.

Posledice in vpliv programa pa se v veliki meri pokaže šele po končanem programu, ko si osebe že na novo uredijo življenje, delo, družino, stanovanje, socialno mrežo, pojmovanje samega sebe....

Da bi bilo življenje kakovostnejše in boljše bi večina na prvem mestu potrebovala delo in zaposlitev ter osamosvojitve, razumevanje in spoštovanje.

Rehabilitacija mora torej preseči samo »zaposlitvene« cilje in izgraditi ter povrniti polno, zadovoljno življenje izven meja, ki jih postavljajo pred osebo s težavo v duševnem zdravju družbene norme izključevanja. Pogled moramo razširiti preko tega, da vzamemo v obzir simptome duševnih motenj in omejitev, ki jih te prinašajo, ampak stremimo predvsem k pozitivnim aspektom – kaj so te osebe zmožne doseči, da cenimo njihove, sposobnosti, zmožnosti in sanje. Namen rehabilitacije naj bo okrevanje oseb z motnjami v duševnem zdravju, s ponovno izgradnjo smiselnega in vrednega življenja, ki človeku omogoči vrnitev v običajno življenje v okviru družbene vključenosti. In je primarni cilj, družba, v kateri bodo vse hendikepirane osebe, tako s psihičnimi kot fizičnimi omejitvami, polno in enakopravno sodelovale v družbenem življenju.

ZAKLJUČEK

Potrditev zastavljenih hipotez skozi nalogo dokazuje pomembnost zaposlitvene rehabilitacije in zaposlitve za osebe z motnjami v duševnem zdravju: **zadovoljuje njihove potrebe, izboljša kakovost življenja in poveča socialno vključenost.**

Povečanje zaposljivosti in zaposlitev sta največkrat izraženi potrebi in pričakovanji programa. Po končanem programu zaposlitvene rehabilitacije so zaposleni najbolj zadovoljni na vseh področjih življenja, so najbolj srečni.

To dokazuje, da je delo bistvena in središčna točka socialnega obstoja posameznika in predpogoj za samorealizacijo in vzdrževanje stabilne, v resničnost usmerjene osebnosti. Zato rehabilitanti doživljajo **zaposlitev in delovno terapijo** kot smisel in pomemben del vzdrževanja svojega duševnega ravnovesja. Večina raziskav dokazuje, da zaposlitev **izboljša kakovost življenja oseb** z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju. Ker se hude duševne motnje pojavljajo večinoma v zgodnjem odraslem življenjskem obdobju, je zaposlitvena rehabilitacija za njih ključni del skrbi, predvsem zato, ker jih **varuje pred zdrsom v socialno bedo in umikom.**

Psihiatrični pacienti, ki so bili v raziskavi Holzerja in sodelavcev leta 1998 vključeni v zaposlitveno rehabilitacijske programe, so v primerjavi s kontrolno skupino izražali zadovoljstvo s tem, da delajo, da imajo dohodke in boljše telesne zmogljivosti. **Bolj zadovoljni so bili tudi s svojo samostojnostjo, sprejemanjem in podporo okolice, s svojimi socialnimi odnosi zunaj družine in načinom življenja v prostem času. Ugoden učinek zaposlitve se je torej generaliziral in zajel tudi druga življenjska področja.** (Holzner, Kemmler, Meise 1998)

Vendar imajo invalidi in predvsem osebe z motnjami v duševnem zdravju na poti do svoje zaposlitve še vedno ogromno ovir, ki pa jih sami ne morejo premagovati.

Prvi pogoj za spremembo ravnanj na področju zaposlovanja invalidov je **prepoznavanje njihovih potreb in sposobnosti**, torej ne le tistega, kar invalidi potrebujejo za **enakopravno vključevanje v delo in življenje**, ampak tudi predvsem tistega, kar

invalidi s svojim delom lahko ponudijo sebi, svoji družini in širšemu družbenemu okolju. **Sposobnosti in volja** invalidov bi torej morali določati neodvisno življenje ter njihovo aktivno in produktivno vlogo v družbi.

Povečanje zaposljivosti je prvi korak k spodbujanju enakopravnega zaposlovanja invalidov. Torej potrebno je razvijati dejavnosti, ki pospešujejo pridobivanje spretnosti in znanj invalidov. Izključenost invalidov s trga dela je namreč neločljivo povezana tudi s **problematiko odnosa in pomanjkanja informacij o invalidnosti**, zato je treba povečati razumevanje družbe o pravicah, potrebah in zmožnostih invalidov in med cilje vključiti tudi pospeševanje **boljšega razumevanja socialne izključenosti**.

Vključevanje invalidov na različna delovna mesta in opravljanje vsakovrstnih del pa bo postala tudi nujnost, kajti gospodarska rast in socialna kohezija se v sodobni družbi prepletata. Za večjo gospodarsko uspešnost zato postaja vse bolj pomembno oblikovanje družbe, v kateri je manj izključenosti.

Reševanje invalidske problematike je ena bistvenih razsežnosti razumevanja in uresničevanja človekovih pravic. Teh pa ne uveljavljajo samo napisana pravila, temveč predvsem osveščeni ljudje, ki ta pravila razumejo in udejanjajo. **Ni največja ovira invalidnost, ampak odnos do invalidnosti, ki še vedno preveč sloni na paternalizmu ali pa celo na diskriminaciji.** "Vsi ljudje naj se rodijo svobodni in naj imajo enako dostojanstvo in enake pravice", je zapisano v prvem odstavku Splošne deklaracije človekovih pravic. Generalni sekretar OZN je ob neki priložnosti dejal: "Moramo se zavedati, da svet ni monoliten in da je invalidnost le ena od manifestacij različnosti". **Imeti različne in drugačne sposobnosti in biti različen, je torej človekova pravica in naj bo tudi njegova priložnost.** Vsakomur gre pravica, da v svojem življenju uresniči svoje talente, uveljavi svoje sposobnosti in z lastnim delom poskrbi zase in za svoje. Prav tako invalidi.

Rehabilitanti, ki so sodelovali v najini raziskavi so s samim programom zaposlitvene rehabilitacije, zadovoljni (skoraj 80%). Vendar najina raziskava je samo na splošno

pokazala vplive programa na različna področja posameznikovega življenja. Da bi zares preverili **učinkovitost in kvaliteto programa**, je potrebna **sprotna evalvacija** samega procesa in izhodov programa. Te zahtevne naloge so se že lotili izvajalci zaposlitvene rehabilitacije, skupaj z razvojnim centrom.

Seveda pa sam program zaposlitvene rehabilitacije ne more zadovoljiti vseh potreb in pričakovanj, ki jih imajo osebe z motnjami v duševnem zdravju. Prav tako ni sam odgovoren za večjo socialno vključenost in boljšo kakovost življenja. Ravno zato je tako zelo pomembna **skupnostna skrb in mreža javnih in zasebnih organizacij, ki delujejo na področju zdravja, duševnega zdravja, sociale, invalidskega varstva in zaposlovanja**.

»Pred tridesetimi leti smo ljudi, ki so izpadli iz trga dela zaradi psihofizičnih sposobnosti in bolezni, imenovali invalidi. Ko so jih namestili v zavode, so bili varovanci, oskrbovanci. Ko je bila povečana psihološka in defektološka obravnava, so postali ljudje z različnimi motnjami. Imeli so tudi nalepke, ki so se nanašale na njihovo zdravstveno diagnozo. Vsa ta poimenovanja so odraz vrednot in pričakovanj družbe do te skupine ljudi. Pričakovanja družbe so bila, da so to ljudje, ki so nesposobni za delo, nesposobni za zaposlitev, za samostojno življenje, zaradi česar jim je potrebno zagotoviti skrb države. V zadnjih dvajsetih letih se je ta tipičen medicinski pristop spremenil, ko so tudi v Slovenijo vstopili **koncepti skupnostne skrbi**« (Škerjanc 2005: 13).

Sistem zdravljenja in podpora ljudem s psihiatričnimi prizadetostmi ali manjzmožnostmi ali invalidnostjo naj bi zagotovil, da bi dobili učinkovito **pomoč pravočasno in nepretrgano**, kar lahko zagotovi usposobljeno osebje, ki sledi ciljem rehabilitacije. Seveda velja tudi obratno: socialni, zdravstveni in zaposlitveni sistem naj bi podprl učinkovito delovanje osebja in služb.

V obdobju, ko psihiatrične in socialne institucije prevzemajo vse manj skrbi za osebe z duševnimi motnjami in se teža skrbi preveša k **skupnostnim** (pri nas na nevladne organizacije in v osnovno zdravstveno varstvo), je potrebno predvsem zagotoviti čim

boljšo koordinacijo med temi službami. Fragmentacija skrbi, ki je nastala po obdobjih deinstitutionalizacije, je eden izmed glavnih razlogov za slabo kakovost skrbi. Na pomanjkljivo koordinacijo so v tujini odgovorili s **sistemi načrtovanja skrbi** (case management, care management), ki imajo že dolgo tradicijo, predvsem v ZDA in Veliki Britaniji. Načrtovanje skrbi, ki je pravzaprav povezovanje med službami in storitvami, poteka na individualnem nivoju, torej za posameznika v obliki razdeljevanja sredstev in načrtovanja zdravljenja in podpore. Načrtovanje skrbi pa je tudi sistemsko opravilo, ki se tiče načrtovanja, ustanavljanja in **evaluacije služb za duševno zdravje, ki naj bi odgovorile na potrebe prizadetih**. Osnova za sistemsko načrtovanje, je ocena potreb populacije. (Švab 2004)

Samo z oblikovanjem programov »**od spodaj navzgor**« lahko zagotovimo kakovost, uspešnost in učinkovitost programov. Poznati moramo potrebe oseb, katerim je program namenjen in sproti preverjati, evalvirati ali program še sledi svojemu poslanstvu ali dosega zastavljene cilje. Od vsega pa je seveda najbolj pomemben posameznik, ki mora imeti v vsej zgodbi glavno in najbolj aktivno vlogo. Naloga sistema služb in strokovnih delavcev je, da mu ponudijo možnosti, da posameznik lahko izbira. Pri tem mu lahko svetujejo, ga usmerjajo in mu stojijo ob strani. Najbolj pomemben pogoj za uspešnost programa, rehabilitacije pa je **aktivnost, motivacija in volja rehabilitanta**.

Ko posameznik zaključi z zaposlitveno rehabilitacijo mora imeti na voljo možne izhode, ki jih predvideva zakonodaja. Sistem vseh pristojnih služb in skupnosti naj bi zagotovil »**sklenitev kroga**« **rehabilitacije**. Namreč vse prevečkrat se zgodi, da osebe po končani rehabilitaciji, z odločbami o zaščiteni, podporni, ipd. zaposlitvi, teh zaposlitev ne morejo dobiti. Sistem je tisti, ki ni zagotovil dovolj zaposlitvenih centrov, invalidskih podjetij, podpornih zaposlitev. Sistem je tisti, ki je pretrgal krog. Na tak način pa rehabilitacija nikakor ne more biti niti uspešna niti učinkovita.

Celoten sistem skrbi je odgovoren za pravočasno odkrivanje in zdravljenje duševnih motenj, krizne intervencije, somatsko zdravljenje ljudi z duševnimi motnjami, urejanje njihovega bivanja, finančno podporo, organizacijo samopomoči, podporo družinam,

zagovorništvo in zaščito pacientov. Njegov rehabilitacijski del pa je tisti, ki omogoča okrevanje: torej **učenje in ponovno učenje spretnosti za samostojno bivanje, zaposlovanje, opogumljanje pacientov ter prilagajanje okolja na način, ki omogoča višjo podporo in strpnost.** (Švab 2004)

Torej, če sklenemo misli in ugotovitve najine naloge, lahko rečemo, da je v zadnjih letih prišlo do **velikih premikov v rehabilitacijskih obravnavah, do novega razumevanja invalidnosti**, ki naj ne pomeni nezmožnosti za delo, ampak, ob podpori, možnost za enakovredno vključevanje v socialno in delovno okolje; do **novih pristopov na področju zaposlovanja** invalidov. Rehabilitacija postaja bolj usmerjena k uporabniku, v zaposlitev, več je zahtev po merjenju njene učinkovitosti. Rehabilitacija se iz rehabilitacijskih institucij, v katerih so se invalidi usposabljali v izoliranem, nenaravnem okolju, seli v konkretna delovna in življenjska okolja invalidov, zato rehabilitacijske centre zamenjujejo rehabilitacijski in podporni strokovni timi, ki se prilagajajo potrebam invalida in ne obratno. Povečuje se tudi **informiranost in osveščenost** širše javnosti, predvsem pa delodajalcev, o pomenu duševnega zdravja, o pomenu zmožnosti in sposobnosti in ne pomanjkljivosti in ovir.

Ne gre za zaposlovanje slepih, gluhih, duševno bolnih,... gre za zaposlovanje, vključitev v delo, sprejetje medse, v družbo, posameznike, enkratne s svojimi sposobnostmi, zmožnostmi, znanji, interesi in željami.

Duševno zdravje ni nekaj statičnega, temveč je dinamična kategorija, saj se vsi ljudje gibljemo v kontinuumu dobrega, boljšega, slabšega in slabega duševnega zdravja. Na to, kje v tem kontinuumu se bo človek za krajši ali daljši čas zaustavil, vplivajo vsakdanji dogodki, otroške travme, pomanjkanja vseh vrst in različne telesne posebnosti ter specifična telesna ranljivost za duševne stiske.« (Zaviršek 2004: 8)

Zato ne moremo govoriti, da je cilj rehabilitacije oseb z motnjami v duševnem zdravju »popolna ozdravitev«, ki ljudi že v naprej diskriminira in deli na tiste, ki jim je uspelo in na tiste, ki jim ni. **Namen rehabilitacije je, da posameznik pridobiva nova znanja in socialne spretnosti, več refleksije za lastna ravnanja in več avtonomije za to, da čim**

bolj poveča nadzor nad svojim življenjem. V tem procesu je vprašanje, ali je človek »ozdravljen« ali ne, nepomembno. Pomembnejše postane ugotavljanje, v kolikšni meri se je povečala kakovost njenega ali njegovega življenja na različnih ravneh: delovni, v medosebnih odnosih, življenjskem stilu, izbiraх itd. »Ta koncept dopušča, da se človek vrača v obdobja duševnega trpljenja, kriterij dobre psihosocialne pomoči pa je, koliko časa oseba ohranja dobro duševno zdravje med eno in drugo duševno krizo in kako kvalitetno je njeno vsakdanje življenje. Koncept okrevanja zavrača individualistično perspektivo, da si mora človek pomagati sam in da je od osebne sposobnosti in zdravja odvisno, kako bo živel.« (Zaviršek 2004: 9)

LITERATURA

1. Antončič, Vojko; Boh, Katja (1991): Premise za raziskovanje kvalitete življenja. Družboslovne razprave, št. 12. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
2. Anthony, W.A., Blanch A. (1987): Supported employment for persons who are physically disabled: an historical and conceptual perspective. Psychosocial Rehabilitation J., 11, 5-23.
3. Beard, J.H., Propst, R.N., Malamud, T.J. (1982): The Fountain House model of rehabilitation. Psychosocial Rehabilitation J., 5, 47-53.
4. Becker, D.R., Drake, R.E. (1984): Individual placement and support: a community mental health center approach to vocational rehabilitation. Community Mental Health J., 45, 487-489.
5. Bilban, Marjan (1997): Ocenjevanje delazmožnosti. V Zbornik: Duševne motnje in zmožnost za delo. Begunje, 24., 25. oktober 1997. Psihiatrična bolnišnica Begunje (1998), str. 17-37.
6. Bond, G.R., Drake, R.E., Becker, D.R. (1999): Effectiveness of psychiatric rehabilitation approaches for employment of people with severe mental illness. J Disab Policy Studies, 10, 18-52.
7. Braček, A. (2004): Naj »nevidni« v sferi plačanega postanejo spet »vidni«. Ljubljana: Šent.
8. Brooker, Charlie; Repper, Julie (1998): Serious Mental Health Problems in the Community: Policy, Practice & Research. Edinburgh: Balliere Tindall.
9. Carotta, Anamarija; Kurež, Mateja (2007): Promocija duševnega zdravja med študenti univerze v Ljubljani. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
10. Crowther, R., Marshall, M., Bond, G.R., Huxley, P. (1998): Vocational rehabilitation for people with severe mental disorders (Cochrane Review). In the Cochrane Library, Issue 1. Oxford: Update Software Ltd..
11. Daft L., Richard; Marcic, Dorothy (2000): Understanding Management. London: Thomson Learning,

12. Danley, K.S., Anthony, W.A. (1987): The choose-get-keep model: serving psychiatrically disabled people. *Am Rehabilitation*, 13, 27-29.
13. Dernovšek, Mojca Zvezdana (2002): Ocena potreb za rehabilitacijo oseb s hudimi duševnimi motnjami. Konferenca o psihosocialni rehabilitaciji z mednarodno udeležbo, 18. Ljubljana: Šent – Slovensko združenje za duševno zdravje in Urad vlade RS za invalide.
14. Destovnik, Karl; mag. Uršič, Cveto; Kalčič, Miran (2007): Zaposlitvena rehabilitacija in zaposlovanje invalidov, Zbirka predpisov s področja invalidskega varstva z uvodnimi pojasnili. Centerkontura, Ljubljana
15. Doler Tošič, Marjetka; Mramor Petra (2007): Invalidi v Sloveniji – pravni status, pravice in zaposlovanje. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
16. Drobnič, Janez (2006): Pravni vidiki usposabljanja in zaposlovanja duševno obolelih oseb.pdf. Dostopno na: <http://www.pb-begunje.si/Osnova/stran.php?tid=272> (27.08.2008).
17. Drobnič, Sonja (1995): Metodološki vidiki proučevanja kvalitete življenja. Tršinar, Irena in Ograjenšek, Irena (ur.): Statistika dela, delovnih in življenjskih pogojev, 321. Ljubljana: Statistični urad RS.
18. Društvo center za pomoč mladim (2007): Program Za nove možnosti. Dostopno na: http://www.cpm-drustvo.si/index.php?sv_path=626,14532&PHPSESSID=52c93ce4311493cbf6ac13630cb8a9a2 (15.4.2008)
19. Duffy, Katherine (1998): Opportunity and Risk: Trends of Social Exclusion in Europe. Strasbourg : Council of Europe.
20. Etični kodeks strokovnih delavcev na področju zaposlitvene in poklicne rehabilitacije ter zaposlovanja in socialne vključenosti invalidov
21. EUROPA, portal Evropske unije (2008): Duševno zdravje v Evropi v središču pozornosti. Dostopno na: <http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/08/933&format=HTML&aged=0&language=SL&guiLanguage=en> (20.07.2008)
22. EU (1997): Amsterdamska pogodba, OJ C 340/01, 2.10.1997. Dostopno na: <http://eur-lex.europa.eu/en/treaties/dat/11997D/htm/11997D.html> (25.8.2008)

23. EU (1999): Resolucija o enakih možnostih na področju zaposlovanja invalidov (Council Resolution of 17 June 1999)
24. EU (2000): Direktiva o enaki obravnavi pri zaposlovanju in poklicih (Council Directive 2000/78/EC of 27 November 2000)
25. EU (2000): Lizbonska strategija. Dostopno na: http://ec.europa.eu/growthandjobs/key/index_en.htm (27.08.2008)
26. EU (2003): Resolucija o dostopnosti invalidov do kulturne infrastrukture in kulturnih dejavnosti (Council Resolution of 6 May 2003)
27. EU (2003): Resolucija o enakih možnostih za dijake in študente invalide do izobraževanja in rehabilitacije (Council Resolution of 5 May 2003)
28. EU (2003): Resolucija o vzpodbujanju zaposlovanja in socialne integracije invalidov (Council Resolution of 15 July 2003)
29. EU (2005): European Commission Green Paper on Mental Health. Dostopno na: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/sl/com/2005/com2005_0484sl01.pdf (27.08.2008)
30. Evropska agencija za javno zdravje (2007): Javno zdravje in EU: pregled. Dostopno na: http://www.eph.org/IMG/pdf/publichealth_text_SLO-2.pdf (27.08.2008)
31. Evropska komisija (2005): Zelena knjiga. Izboljšanje duševnega zdravja prebivalstva. Pot k strategiji na področju duševnega zdravja za Evropsko unijo. Bruselj: Evropska komisija.
32. Evropska socialna listina. Uradni list RS (10.4.1999) - MP, št. 7/99, št. 24/1999.
33. Fatur-Videtič, Andrejka (2002): Christy Lynch: podporno zaposlovanje. Rehabilitacija 1-2, 62-65.
34. Filipović, Maša (2005): Analiza koncepta družbena kohezija skozi prizmo ločitve vsakdanjega sveta in sistema, Družboslovne razprave, XXI (2005), 48: 159-175. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
35. Flaker, Vito; Čačinovič-Vogrinčič Gabi; Mesec, Blaž; Urek, Mojca; Kastelic, Andrej; Švab, Vesna; Lamovec, Tanja; Lešnik, Bogdan; Turnšek, Nada; Rode, Nino (1995a): Načrtovanje razvoja psihosocialnih služb na podlagi potreb ljudi z

- dolgotrajnimi psihosocialnimi stiskami na področju R Slovenije: raziskovalno poročilo. Visoka šola za socialno delo, Ljubljana:
36. Flaker, Vito; Rode, Nino (1995b): Katalog potreb ljudi s psihosocialnimi stiskami. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
 37. Flaker, Vito (1996): Rojstvo totalne ustanove in racionalizacija dobrodelnosti v dobi razuma, *Socialno delo*, 35, 3: 185-196.
 38. Flaker, Vito (1998): Odpiranje norosti. Vzpon in padec totalnih ustanov. Ljubljana: Oranžna zbirka.
 39. Flaker, Vito s sodelavci (1999): Oblike bivanja za odrasle ljudi, ki potrebujejo organizirano skrb in podporo: analiza in predlog ukrepov : raziskovalno poročilo. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
 40. Furlani, M. (2006): Pregled zaposlovanja invalidov v Sloveniji. Zavod RS za zaposlovanje.
 41. Grove, Bob; Secker, Jenny; Seeböhm, Patience (2005): *New Thinking about Mental Health and Employment*. Abingdon, Oxon: Radcliffe Publishing.
 42. Halla, Klaus; Heikkilä, Matti. (1998), *Poverty and Social Exclusion in Finland in the 1990s*. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health.
 43. Hameršak, Petra (2005): Preselitve iz institucionalnih v skupnostne oblike skrbi. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
 44. Hanžek, Matjaž (2000): Poročilo o človekovem razvoju Slovenije 1999, Ljubljana: Urad RS za makroekonomske analize in razvoj.
 45. Haralambos, Michael (2001): *Sociologija: Teme in pogledi*. Ljubljana: DZS.
 46. Herzberg, Frederick: One more time: How do you motivate employees? *Harvard Business Review*, January-February 1968, str. 53-62.
 47. Holzner B; Kemmler; Meise U. (1998): The impact of work – related rehabilitation on the quality of life of patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*.
 48. Ignjatović, Miroljub; Kramberger, Anton; Pavlin, Samo; Svetličič, Marjan; Štarkl, Darja; Trbanc, Martina (2007): Zaposljivost v Sloveniji – analiza prehoda iz šol v zaposlitve: stanje, napovedi, primerjave. V Kramberger, Pavlin (ur.). Ljubljana: Založba FDV, Knjižna zbirka Profesija.

49. Istinič Ferlan, Marjeta (2003): Skrb za osebe s težavami v duševnem zdravju v okviru socialnega varstva. Zbornik predavanj projekta Skupnostna skrb za uporabnike psihiatričnih služb na Krasu. Ljubljana: ŠENT.
50. Istworld (2004): Quality of life of social groups - Kakovost življenja družbenih skupin 2004. Dostopno na: <http://www.ist-world.org/ProjectDetails.aspx?ProjectId=ebe326f8539b45f1accd848a1654e6b5> (29.06.2008)
51. Jahoda, Marie (1982): Employment and Unemployment: A socialpsychological Analysis. Cambridge University Press.
52. Javnozdravstveni portal Evropske unije (2008): Duševno zdravje. Dostopno na: http://ec.europa.eu/health-eu/health_problems/mental_health/index_sl.htm (29.06.2008)
53. Javornik, Srečko (2003): Duševno zdravje in delo v skupnosti. Zbornik predavanj projekta Skupnostna skrb za uporabnike psihiatričnih služb na Krasu. Ljubljana: ŠENT.
54. Jeriček, Helena; Lavtar, Darja; Pokrajac, Tatjana (2007): Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju: HBSC 2006. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.
55. Jerman, Tadeja (2005): Analiza zaposlovanja invalidov v Slovenski Istri. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
56. Kalčič, Miran (1996): Socialna varnost: zbirka predpisov z uvodnimi pojasnili; Zavod RS za varstvo pri delu, Ljubljana
57. Kamin, Tanja (2006): Zdravje na barikadah. Knjižna zbirka Psihologija vsakdanjega življenja. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
58. Kanjuo Mrčela, Aleksandra, (2002): Sodobna rekonceptualizacija dela: delo med racionalnim in emocionalnim. Teorija in praksa, let. 39, 1/2002, str. 30-4. Ljubljana, Fakulteta za družbene vede.
59. Kavar Vidmar, Andreja (2006): Brezposelnost in upokojitev, Socialno delo, 45, 1-2: 9-16.
60. Kavčič, Bogdan (1987): Sociologija dela, Ljubljana: Delavska enotnost.

61. Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa (2008): Ali ste vedeli. Dostopno na: <http://www.cilizadelo.si/> (13.7.2008)
62. Klinkon, Loredana in Fuhrer, Fanika (2006): Usposabljanje in zaposlovanje hendikepiranih oseb s poudarkom na izvajanju zaposlitvene rehabilitacije. Ljubljana: specialistično delo, Fakulteta za socialno delo.
63. Kobal, Barbara (2005): Osebe s težavami v duševnem zdravju – ena izmed najbolj ranljivih skupin na trgu dela v Sloveniji? Revija Šent, št.3/2005, str.4 – 11, Ljubljana.
64. Kobal, Barbara; Žakelj, Tjaša; Smolej, Simona (2004): Neodvisno življenje invalidov v izbranih državah Evropske Unije. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo,
65. Kolarič, Zinka (1985): Koncept kvalitete življenja in proučevanje ter usmerjanje družbenega razvoja. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
66. Konvencija o varstvu človekovih pravic in temeljnih svoboščin Sveta Evrope. Uradni list RS (28. 2. 1994)-MP, št. 3-20/1994 (RS 11/1994).
67. Kovač, Nace (2006): Neprofitno volonterske organizacije kot izvajalke skrbi v skupnosti na področju duševnega zdravja. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
68. Kraševac Ravnik, Erna (1996): Varovanje zdravja posebnih družbenih skupin v Sloveniji, Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, Slovenska fondacija.
69. Lamovec, Tanja (1993): Provizorično bivanje: doživetje totalne institucije, Socialno delo, 32, 3-4: 17-24.
70. Lamovec, Tanja; Flaker, Vito (1993): Kaj je duševna bolezen? Socialno delo, 32, 3-4: 87-92.
71. Lamovec, Tanja (1995): Ko rešitev postane problem in zdravilo postane strup. Ljubljana: Lumi.
72. Lamovec, Tanja (1996): Duševno zdravje v skupnosti skozi oči uporabnikov, Socialno delo, 36, 3: 197-216.
73. Lamovec, Tanja (1998): Psihosocialna pomoč v duševni stiski. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
74. Lamovec, Tanja (2003): Vpliv izključenosti z dela na kvaliteto življenja uporabnikov psihiatrije, Socialno delo, 42, 4-5: 231-234.

75. Lamovec, Tanja (2006): Razdvojene duše in strta srca, *Socialno delo*, 45, 1-2: 69-72.
76. Lehman AF, Rossidente S, HawkerF. (1986): The quality of life of chronic patients in a state hospital and in community residences. *Hosp Community Psychiatry*
77. Lewis, Alan; Webley, Pau;, Furnham, Adrian Frank (1995): *New Economic Mind – The Social Psychology of Economic Behaviour*. New York: Harroster Wheatsheaf.
78. Lipičnik, Bogdan (1998): *Ravnanje z ljudmi pri delu*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
79. Lipovec, Filip (1978): *Razvita teorija organizacije*. Maribor: Založba Obzorja.
80. Listina o temeljnih pravicah v Evropski uniji UL C 364, 18.12.2000
81. Madridska deklaracija sprejeta in razglašena z resolucijo Generalne skupščine A/RES//24/158, 23.3.2002.
82. Malnar, Brina; Bernik, Ivan (2004): *S Slovenkami in Slovenci na štiri oči*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, IDV – CJMMK.
83. Mandič, Srna (2005): Kakovost življenja: med novimi blaginjskimi koncepti in družbenimi izzivi. *Družboslovne razprave*, XXI (2005), 48: 111-131. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
84. Marušič, Andrej (2004): Med-kulturno izobraževanje na področju duševnega zdravja. *Izobraževanje za spremembo*, zbornik konference, str. 129- 132. Ljubljana: ŠENT.
85. Marušič, Andrej (2007): Ob svetovnem dnevu preprečevanja samomora. *Časopis Delo*, Sobotna priloga (8.9.2007).
86. McClelland C., David; Steel S., Robert (1973): *Human motivation: a book of readings*, Morristown: General Learning press.
87. Merljak, Sonja (2007): Zdravje je popularno in se dobro prodaja. Intervju o promociji zdravja s Tanjo Kamin. Ljubljana: Sobotna priloga Dela (08.09.2007)
88. Miner B., John (1980): *Theories of Organizational Behavior*. Hinsdale: The Dryden Press,.

89. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve (2008): Mednarodna organizacija dela. Dostopno na: http://www.mddsz.gov.si/si/delovna_podrocja/mednarodno_sodelovanje_in_evropske_zadeve/mednarodne_organizacije/mednarodna_organizacija_dela/#c7839 (25.08.2008)
90. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve: Standardi storitev zaposlitvene rehabilitacije. Dostopno na: http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/standardi_storitev_zr.pdf (25.6.2008)
91. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve (2008): Socialno varstvene storitve. Dostopno na: http://www.mddsz.gov.si/si/delovna_podrocja/sociala/socialno_varstvene_storitve/ (27.08.2008)
92. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve (2003): Malaška deklaracija o invalidih. Dostopno na http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/malaga_deklaracija.pdf (27.08.2008)
93. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve: Evalvacija izvajanja zaposlitvene rehabilitacije v letu 2006. Dostopno na: http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/evalvacija_zap_rehab06.pdf (25.6.2008)
94. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve: Akcijski program za invalide 2007 – 2013. Dostopno na: http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/api_07_13.pdf (25.6.2008)
95. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve: Ocena izvajanja akcijskega programa za invalide (2007): http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/api_07_13_poroc07.pdf (25.6.2008)
96. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve (2000): Program boja proti revščini in socialni izključenosti. Dostopno na: http://zakonodaja.gov.si/rpsi/r06/predpis_DRUG46.html (2.6.2008)

97. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve (2006): Nacionalno poročilo o strategijah socialne zaščite in socialnega vključevanja za obdobje 2006 – 2008
98. Ministrstvo za zdravje (2008): EU konferenca na visoki ravni »Skupaj za duševno zdravje in blagostanje« 13.6.2008. Dostopno na: <http://www.mz.gov.si/index.php?id=12076> (29.06.2008)
99. Morrow, Lou; Verins, Irene; Willis, Eileen (2002): Mental Health and Work: Issues and Perspectives. Adelaide, Auseinet: The Australian Network for Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health.
100. Možina, Stane (1994a): Osnove vodenja. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
101. Možina, Stane; Kavčič, Bogdan; Tavčar, Mitja; Pučko, Danijel; Ivanko, Štefan; Lipičnik, Bogdan; Gričar, Jože; Repovž, Leon; Vizjak, Andrej; Vahčič, Aleš; Rus, Veljko; Bohinc, Rado (1994b): Management, Radovljica: Didakta.
102. Mueser, K.T., Drake, R.E., Bond, G.R. (1997): Recent advances in psychiatric rehabilitation for patients with severe mental illness. *Harvard Review of Psychiatry*, 5(3), 123-137.
103. Novak, Mojca (1994): Dober dan, revščina. Zbirka Socialni izzivi. Ljubljana: Socialna zbornica Slovenije.
104. Novak, Mojca, Cvetko, Aleksej (2005): Socialna varnost, Maribor: Univerza v Mariboru, Pravna fakulteta.
105. Oliver JPJ, Huxley PJ, Priebe S, Kaiser W. (1997): Measuring the quality of life of severely mentally ill people using the Lancashire Quality of Life Profile. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*
106. OZN (1948): Splošna deklaracija o človekovih pravicah, resolucija št. 217 A (III), 10.12.1948
107. OZN (1975): Deklaracija o pravicah invalidov, resolucija. št. 3447 (XXX), 9. 12. 1975.
108. OZN (1982): Svetovni program delovanja v korist invalidov, resolucija št. 37/52, 3.12.1982
109. OZN (1993): Standardna pravila za izenačevanje možnosti invalidov, resolucija št. 48/96, 20.12.1993

110. Pavel, Igor (2003): Reševanje brezposelnosti invalidov v EU in Sloveniji. Zbornik predavanj projekta Skupnostna skrb za uporabnike psihiatričnih služb na Krasu. Ljubljana: ŠENT.
111. Phillips, David (2006): Quality of life: concept, policy and practice. London, New York: Routledge.
112. Porenta, Katja (2007): Stigma duševne bolezni. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
113. Pravilnik o invalidskih podjetjih (Uradni list RS, št. 117/2005).
114. Pravilnik o izvajanju ukrepov aktivne politike zaposlovanja (Uradni list RS, št. 5/07)
115. Pravilnik o zaposlitvenih centrih (Uradni list RS, št. 117/2005).
116. Pravilnik o merilih in postopku za pridobitev statusa invalida, za priznanje pravice do zaposlitvene rehabilitacije in za ocenjevanje zaposlitvenih možnosti invalidov ter o delu rehabilitacijskih komisij (Uradni list RS, št. 117/2005).
117. Pravilnik o merilih in postopku za določitev višine subvencij plače za invalide (Uradni list RS, št. 117/2005).
118. Razpet, Jožica (2008): Analiza potreb in ovir pri zaposlovanju oseb s težavo v duševnem zdravju. Magistrsko delo. Fakulteta za družbene vede.
119. Repper, Julie; Perkins, Rachel (2003): Social Inclusion and Recovery: A Model for Mental Health Practice. Edinburgh: Bailliere Tindall.
120. Resolucija o enakih možnostih za invalide, OJ C 12/01/97, 20.12. 1996
121. Rifel, Janez (2006): Splošni večdimenzijski vprašalniki za merjenje kakovosti življenja. Medicinski razgledi 3, 285-292.
122. Rihter, Liljana (2005): Challenges in assessing needs: Slovenian case. Social needs, global solutions. Recife – Brazil: International Symposium IUCISD.
123. Rihter, Lilijana (2004): Evalvacije na področju socialnega varstva in njihov pomen za prilagajanje sodobnih držav blaginje na izzive globalizacije. Ljubljana, doktorska dizertacija, Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.
124. Robertson T., Ivan; Smith, Mike; Cooper, Dominic (1994): Motivation. London: Institute of Personnel and Development.

125. Rode, Nino; Rihter, Liljana; Kobal, Barbara (2006): Evalvacija programov v socialnem varstvu: model in postopek izvedbe. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo, Inštitut RS za socialno varstvo.
126. Rozman, Rudi (1993): Management. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
127. Sklep o ustanovitvi Sveta za duševno zdravje pri Vladi Republike Slovenije (Uradni list RS, št. 39/2003)
128. Smonker, Tea (2002): Perspektiva moči uporabnikov na področju duševnega zdravja v skupnosti. Lokalno – globalno – socialno / 1. kongres socialnega dela, 174. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
129. Svet Evrope (1992): Priporočilo št. R (92) 6 Ministrskega komiteja o usklajeni politiki rehabilitacije invalidov (Rec(92)6E / 09 April 1992)
130. Svet Evrope (2004): Revidirana Strategija socialne kohezije. Dostopno na: www.coe.si/res/dokument/download.php?id=res/dokument/10368-_1.pdf&url=/...revidirana_strategija_socialne_kohezije.pdf (2.6.2008)
131. Svet Evropske unije (2007): »Evropski svet v Bruslju 8. in 9. marca 2007, sklepi predsedstva«. Dostopno na: http://www.consilium.europa.eu/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/SL/ec/93154.pdf (21.09.2008)
132. Svetlik, Ivan (1991): Delo in kakovost življenja. Družboslovne razprave 8 (12), 19-34.
133. Svetlik, Ivan (1996): Kakovost življenja v Sloveniji. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
134. Svetlik, Ivan; Glazer, Jože; Kajzer, Alenka; Trbanc, Martina (2002): Politika zaposlovanja. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede. Knjižna zbirka Politični procesi in inštitucije.
135. Stergar, Eva (2008): Promocija zdravja pri delu. Dostopno na: <http://www2.izd.si/default-40110,72.html> (13.7.2008)
136. Škerjanc, Jelka (2004): Individualizacija socialno varstvenih storitev in njen vpliv na kakovost življenja uporabnikov. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

137. Škerjanc, Jelka (2005): Poimenovanje ima političen pomen: Uporabnik psihiatričnih storitev – invalid (Okrogla miza 23.3.2005). Zbornik ob zaključku projekta Zakonodaja Evropske skupnosti in področje manjzmožnosti, str.13-14.
138. Škerjanc, Jelka (2006): Kakovost življenja, participacija in vpliv: Recenzija, Socialno delo, 45, 6: 363-368.
139. Švab, Vesna (1996): Duševna bolezen v skupnosti. Ljubljana/Radovljica: ŠENT – Slovensko združenje za duševno zdravje.
140. Švab, Vesna (2000): Vpliv psihosocialne rehabilitacije na kakovost življenja duševno bolnih. Ljubljana: Medicinska fakulteta.
141. Švab, Vesna; Tomori, Martina; Zalar, Bojan; Dernovšek, Mojca Zvezdana; Tavčar, Rok; Kobal, Miloš (2000): Vpliv psihosocialne rehabilitacije na kakovost življenja bolnikov s kroničnimi psihotičnimi motnjami. Viceversa 30, 49-58.
142. Švab, Vesna (2002): Živeti normalno z duševno motnjo: nova filozofija razumevanja duševne bolezni. Revija Naša žena 11, 12-14. Ljubljana.
143. Švab, Vesna (2004): Psihosocialna rehabilitacija. Ljubljana: Šent.
144. Tabaj, Aleksandra; Dolinšek, Tatjana (2004): Podporno zaposlovanje. V Uršič C. (ur.): Pravica do enakih možnosti in enake obravnave. Usposabljanje in zaposlovanje invalidov v Evropski uniji in Sloveniji, marec 2004, 123-149. Ljubljana: Inštitut RS za rehabilitacijo in Zveza delovnih invalidov Slovenije.
145. Tomori, Martina (2006): Lažje je tistim, ki imajo ljubečo družino in prijatelje. Časopis Delo (23.10.2006).
146. Trbanc, Martina; Boškić, Ružica; Kobal, Barbara; Rihter, Liljana (2003): Socialna in ekonomska vključenost ranljivih skupin v Sloveniji – možni ukrepi za dvig zaposljivosti najbolj ranljivih kategorij težje zaposljivih in neaktivnih oseb: raziskovalno poročilo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
147. Trstenjak, Anton (1979): Psihologija dela in organizacije, Ljubljana: Dopolna delavska univerza Univerzum.
148. Tutta, Stanka (2003): Invalidi – enakopravni državljani. Dostopno na: www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti_pdf/word/socialno_vkljucevanje.doc (25.08.2008)

149. Ule, Mirjana (2004): Družbene konstrukcije zdravja in bolezni: Zakaj bolniki obtožujejo sami sebe? Izobraževanje za spremembo, zbornik konference. Ljubljana: ŠENT.
150. Uredba o določitvi kvote za zaposlovanje invalidov (Uradni list RS št. 32/2007).
151. Ustava RS (Uradni list RS, št. 69/2004)
152. Ustavni zakon o spremembi 14. člena Ustave RS (UZ 14) (Uradni list RS, št. 69/2004)
153. Uršič, Cveto (1996): Ekonomski in socialni položaj brezposelnih invalidov: raziskovalna naloga. Ljubljana: Inštitut RS za rehabilitacijo.
154. Uršič, Cveto (2004): Pravica do enakih možnosti in enake obravnave: usposabljanje in zaposlovanje invalidov v Evropski uniji in Sloveniji, Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, Zveza delovnih invalidov.
155. Uršič, Cveto (2006): Razvijanje zaposljivosti in zaposlitvenih možnosti invalidov. Delo + varnost 5, 57-59.
156. Uršič, Cveto (2007): Zaposlovanje invalidov – pred in po letu 2006. Zbornik projekta »Vključitev težje zaposljivih oseb na trg dela«. Ljubljana/Radovljica: ŠENT – Slovensko združenje za duševno zdravje, str. 36.
157. Vertot, Petronela (2007): Invalidi, starejši in druge osebe s posebnimi potrebami v Sloveniji. Ljubljana: Statistični urad RS.
158. Vidmar, Janez (2004): Odnos delodajalcev do zaposlovanja invalidov. V Uršič C. (ur.): Pravica do enakih možnosti in enake obravnave. Usposabljanje in zaposlovanje invalidov v Evropski uniji in Sloveniji, marec 2004, 163-189. Ljubljana: Inštitut RS za rehabilitacijo in Zveza delovnih invalidov Slovenije.
159. WHO/EURO (2005): Declaration and Action Plan on Mental Health: Facing the Challenge. Dostopno na: <http://www.euro.who.int/document/mnh/edoc07.pdf> (27.08.2008)
160. Wilken, Pierre Jean (2004): Izzivi v izobraževanju na področju duševnega zdravja – trenutna vprašanja v zahodni in vzhodni Evropi. Izobraževanje za spremembo, zbornik konference. Ljubljana: ŠENT.
161. Woolfolk, Anita (2002): Pedagoška psihologija. Ljubljana: Educy.

162. Zakon o delovnih razmerjih (Uradni list RS, št. 42/2002, 103/2007) - neuradno prečiščeno besedilo
163. Zakon o duševnem zdravju (Uradni list RS, št. 77/2008)
164. Zakon o posebnih pravicah žrtev v vojni za Slovenijo 1991 (Uradni list RS, št. 49/1997)
165. Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (Uradni list RS, št. 109/06-UPB4 – ZPIZ-1)
166. Zakon o ratifikaciji Konvencije o pravicah invalidov in Izbirnega protokola h Konvenciji o pravicah invalidov (Uradni list RS, št. 37/2008)
167. Zakon o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov (ZZRZI-UPB-2). Uradni list RS, št. 16/2007.
168. Zakon o zaposlovanju in zavarovanju za primer brezposelnosti (Uradni list RS, št. 5/1991 do št. 79/2006)
169. Zakon o vojnih invalidih (Uradni list RS, št. 63/1995)
170. Zaviršek, Darja (1993): Ženske in duševno zdravje, Socialno delo, 32, 1-2: 113-132.
171. Zaviršek Darja (2000): Hendikep kot kulturna travma – Historizacija podob, teles in vsakdanjih praks prizadetih ljudi. Ljubljana: Založba /*cf.
172. Zaviršek, Darja; Škerjanc, Jelka (2000): Analiza položaja izključenih družbenih skupin v Sloveniji in predlogi za zmanjšanje njihove izključenosti v sistemu socialnega varstva: poročilo o raziskavi, Socialno delo, 39, 6: 387-417.
173. Završnik, Jana (2004):Pravni vidik zaposlovanja in delovnopравни položaj invalidov. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
174. Zrim Martinjak, Nataša (2006): Koncept socialnega kapitala. Sodobna pedagogika, letnik/vol. 57/123. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
175. Zupančič, Lea (2004): Vloga slovenskih invalidskih organizacij pri socialnem vključevanju invalidov. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

PRILOGE

PRILOGA A: Vprašalnik

1. OSEBNI PODATKI

STAROST: _____

SPOL: moški ženska

STATUS INVALIDNE OSEBE

- a) nimam še statusa invalidne osebe
- b) status invalida po ZZRZI (Zakon o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov)
- c) status invalida po ZPIZ (Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju)

2. SPLOŠNO POČUTJE

2.1. Če danes pogledate svoje življenje kot celoto kako bi ga ocenili?

tako slabo, da ne bi moglo biti slabše	zelo slabo	slabo	ne slabo, ne dobro	dobro	zelo dobro	tako dobro, da ne bi moglo biti boljše
1	2	3	4	5	6	7

Če primerjate sedanje stanje s stanjem, preden ste bili vključeni v program ZR (zaposlitvene rehabilitacije), bi lahko rekli, da je sedaj:

veliko slabše	slabše	malo slabše	enako	malo boljše	boljše	veliko boljše
1	2	3	4	5	6	7

3. DELO IN IZOBRAŽEVANJE

3.1. Dokončana stopnja rednega izobraževanja

- a) OŠ ali manj
- b) poklicna
- c) srednja
- d) višja
- e) visoka ali več

3.2. Delovna doba

- a) nisem še bil/a zaposlen/a
- b) imam _____ let delovne dobe

4. VKLJUČITEV V PROGRAM ZAPOSLOTVENE REHABILITACIJE

4.1. Kdo vas je napotil v program ZR?

- a) ZRSZ (Zavod RS za zaposlovanje)
- b) ZPIZ (Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje)
- c) delodajalec

4.2. Ali ste program ZR že zaključili?

a) DA; program sem že zaključil/a, bil/a sem vključen/a:

- a) manj kot 2 meseca
- b) 2 meseca do manj kot 6 mesecev
- c) 6 mesecev do manj kot 1 leto
- d) 1 leto in več

b) NE; v program ZR sem vključen/a:

- a) manj kot 2 meseca
- b) 2 meseca do manj kot 6 mesecev
- c) 6 mesecev do manj kot 1 leto
- d) 1 leto in več

odgovarjajo samo tisti, ki so že zaključili program ZR

4.3. Če ste že zaključili program, ste trenutno:

a) brezposelni in aktivno iščete zaposlitev	b) brezposelni in ne iščete zaposlitve
c) čakate na invalidsko upokožitev (po ZPIZ)	d) ste invalidsko upokoženi (po ZPIZ)
e) zaposleni v običajnem delovnem okolju za določen čas	f) zaposleni v običajnem delovnem okolju za nedoločen čas
g) zaposleni v podporni zaposlitvi	h) zaposleni v invalidskem podjetju
i) zaposleni v zaposlitvenem centru	j) vključeni v program socialne vključenosti
k) nezaposljivi (odločba po ZZRZI), vendar niste vključeni v program socialne vključenosti	l) se izobražujete (hodite v šolo, študirate)
m) drugo:	

4.4. Zakaj ste se vključili v program ZR?

- a) tako so zahtevali moji starši oziroma moj partner
- b) tako so zahtevali na ZRSZ (Zavodu RS za zaposlovanje)
- c) tako so zahtevali na ZPIZ (Zavodu za pokojninsko in invalidsko zavarovanje)
- d) tako je zahteval moj delodajalec
- e) to je bila moja lastna odločitev
- f) drugo:

4.5. Kakšne so vaše potrebe in kaj pričakujete / ste pričakovali od programa?

	DA	NE	NE VEM
a) pridobiti status invalida	1	2	3
b) izboljšati svojo zaposljivost	1	2	3
c) ugotoviti kakšne so moje sposobnosti in zmožnosti	1	2	3
d) pridobiti nova znanja in spretnosti	1	2	3
e) biti aktiven in spoznati nove ljudi	1	2	3
f) izboljšati svoje zdravstveno stanje	1	2	3
g) izboljšati komunikacijo in odnose z ljudmi	1	2	3
h) Izboljšati možnosti za nadaljevanje šolanja	1	2	3
i) dobiti zaposlitev	1	2	3
j) se upokojiti	1	2	3
k) urediti stanovanjski problem	1	2	3
l) urediti družinske probleme	1	2	3
m) drugo:			

4.5.1. Ali je program ZR zadovoljil vaše potrebe in pričakovanja?

	DA	NE	NE VEM
a) pridobiti status invalida	1	2	3
b) izboljšati svojo zaposljivost	1	2	3
c) ugotoviti kakšne so moje sposobnosti in zmožnosti	1	2	3
d) pridobiti nova znanja in spretnosti	1	2	3
e) biti aktiven in spoznati nove ljudi	1	2	3
f) izboljšati svoje zdravstveno stanje	1	2	3
g) izboljšati komunikacijo in odnose z ljudmi	1	2	3
h) Izboljšati možnosti za nadaljevanje šolanja	1	2	3
i) dobiti zaposlitev	1	2	3
j) se upokojiti	1	2	3
k) urediti stanovanjski problem	1	2	3
l) urediti družinske probleme	1	2	3
m) drugo:			

4.5.2. V kolikšni meri vam je program ZR na splošno zadovoljil vaše potrebe in pričakovanja?

popolnoma nič	skoraj nič	zelo malo	malo	srednje	veliko	zelo veliko
1	2	3	4	5	6	7

4.5.3. Imate občutek, da vam program ZR pomaga reševati probleme, zaradi katerih ste se vključili vanj?

popolnoma nič	skoraj nič	zelo malo	malo	srednje	veliko	zelo veliko
1	2	3	4	5	6	7

4.5.4. Menite, da boste s pomočjo tega programa rešili probleme, zaradi katerih ste se vključili vanj?

močno dvomim	dvomim	rahlo dvomim	neodločen	dopuščam možnost	zelo verjetno se mi zdi	popolnoma sem prepričan
1	2	3	4	5	6	7

4.6. Kako zadovoljni ste / ste bili:

4.6.1. s programom ZR?

tako slabo, da ne bi moglo biti slabše	zelo slabo	slabo	ne slabo, ne dobro	dobro	zelo dobro	tako dobro, da ne bi moglo biti boljše
1	2	3	4	5	6	7

4.6.2. s prejemkom, ki ga dobivate / ste ga dobivali v času vključitve v program ZR?

tako slabo, da ne bi moglo biti slabše	zelo slabo	slabo	ne slabo, ne dobro	dobro	zelo dobro	tako dobro, da ne bi moglo biti boljše
1	2	3	4	5	6	7

Če primerjate sedanje finančno stanje s stanjem, preden ste bili vključeni v program ZR, bi rekli, da je zdaj:

veliko slabše	slabše	malo slabše	enako	malo boljše	boljše	veliko boljše
1	2	3	4	5	6	7

Na vprašanja 4.7.1. in 4.7.2. odgovarjajo samo tisti, ki so zaposleni (običajno delovno okolje, podporni zaposlitevi, invalidsko podjetje, zaposlitveni center)

4.7. Kako zadovoljni ste:

4.7.1. s trenutno zaposlitvijo?

tako slabo, da ne bi moglo biti slabše	zelo slabo	slabo	ne slabo, ne dobro	dobro	zelo dobro	tako dobro, da ne bi moglo biti boljše
1	2	3	4	5	6	7

Če primerjate sedanje stanje s stanjem, preden ste bili zaposleni, bi rekli, da je zdaj:

veliko slabše	slabše	malo slabše	enako	malo boljše	boljše	veliko boljše
1	2	3	4	5	6	7

4.7.2 s plačo?

tako slabo, da ne bi moglo biti slabše	zelo slabo	slabo	ne slabo, ne dobro	dobro	zelo dobro	tako dobro, da ne bi moglo biti boljše
1	2	3	4	5	6	7

Če primerjate sedanje finančno stanje s stanjem, preden ste bili zaposleni, bi rekli, da je zdaj:

veliko slabše	slabše	malo slabše	enako	malo boljše	boljše	veliko boljše
1	2	3	4	5	6	7

Na vprašanja 4.8.1. in 4.8.2. odgovarjajo samo tisti, ki so nezaposljivi (invalidsko upokojeni, brezposelni, nezaposljivi, vključeni v socialno vključenost)

4.8. Kako zadovoljni ste:

4.8.1. s trenutnim statusom?

tako slabo, da ne bi moglo biti slabše	zelo slabo	slabo	ne slabo, ne dobro	dobro	zelo dobro	tako dobro, da ne bi moglo biti boljše
1	2	3	4	5	6	7

Če primerjate sedanje stanje s stanjem, preden ste pridobili ta status, bi rekli, da je zdaj:

veliko slabše	slabše	malo slabše	enako	malo boljše	boljše	veliko boljše
1	2	3	4	5	6	7

4.8.2. s prejemkom, ki ga dobivate?

tako slabo, da ne bi moglo biti slabše	zelo slabo	slabo	ne slabo, ne dobro	dobro	zelo dobro	tako dobro, da ne bi moglo biti boljše
1	2	3	4	5	6	7

Če primerjate sedanje finančno stanje s stanjem, preden ste pridobili ta status, bi rekli, da je zdaj:

veliko slabše	slabše	malo slabše	enako	malo boljše	boljše	veliko boljše
1	2	3	4	5	6	7

5. PROSTI ČAS / PARTICIPACIJA

Ste v zadnjih 14ih dneh:	DA	NE	NE VEM
5.1. šli gledat ali igrat kakšen šport?	1	2	3
5.2. šli nakupovat?	1	2	3
5.3. se peljali z avtobusom, avtom ali vlakom, če ne upoštevamo prevoza v službo ali na program?	1	2	3
5.4. gledali televizijo ali poslušali radio?	1	2	3
5.5. se udeležili kakšne kulturne prireditve?			
5.6. se je v zadnjem letu zgodilo, da bi si želeli več prostočasnih aktivnosti?	1	2	3

5.6. Koliko zadovoljstva vam prinaša:

5.6.1. Tisto, kar počnete doma (npr. razna opravila)?

tako slabo, da ne bi moglo biti slabše	zelo slabo	slabo	ne slabo, ne dobro	dobro	zelo dobro	tako dobro, da ne bi moglo biti boljše
1	2	3	4	5	6	7

Če primerjate sedanje stanje s stanjem, preden ste bili vključeni v program ZR, bi rekli, da je zdaj:

veliko slabše	slabše	malo slabše	enako	malo boljše	boljše	veliko boljše
1	2	3	4	5	6	7

5.6.2. Tisto, kar počnete zunaj doma (npr. druženje s prijatelji, izleti, obiskovanje prireditev,...)?

tako slabo, da ne bi moglo biti slabše	zelo slabo	slabo	ne slabo, ne dobro	dobro	zelo dobro	tako dobro, da ne bi moglo biti boljše
1	2	3	4	5	6	7

Če primerjate sedanje stanje s stanjem, preden ste bili vključeni v program ZR, bi rekli, da je zdaj:

veliko slabše	slabše	malo slabše	enako	malo boljše	boljše	veliko boljše
1	2	3	4	5	6	7

5.7. Se ukvarjate s kakšnim hobijem?

a) DA

naštejte

prosim: _____

b) NE

5.8. Ste včlanjeni v kakšno društvo ali drugo organizacijo?

a) DA

naštejte

prosim: _____

b) NE

6. FINANCE

6.1. Kakšen je vaš celotni mesečni prihodek?

a) manj kot 100 EUR	b) od 100 EUR do 300 EUR
c) več kot 300 EUR do 500 EUR	d) več kot 500 EUR do 700 EUR
e) več kot 700 EUR do 1000 EUR	f) več kot 1000 EUR

6.2. Katero denarno pomoč oziroma nadomestilo prejimate?

a) iz ZRSZ (Zavod za zaposlovanje)

b) iz ZPIZ (Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje)

c) iz CSD (Center za socialno delo)

d) nobene

6.3. Približno koliko več denarja na mesec bi potrebovali, da bi lahko živeli tako, kot si želite?

Prosim navedite znesek: _____

6.4. Vam je v zadnjem letu kdaj zmanjkalo denarja za stvari, ki jih nujno potrebujete?

a) DA

b) NE

c) NE VEM

6.5. Vam je v zadnjem letu kdaj zmanjkalo denarja, da bi si privoščili vsakdanje užitke (npr. izleti, letovanja, šport,...)?

a) DA

b) NE

c) NE VEM

6.6. Kako zadovoljni ste:

6.6.1. S svojim finančnim stanjem?

tako slabo, da ne bi moglo biti slabše	zelo slabo	slabo	ne slabo, ne dobro	dobro	zelo dobro	tako dobro, da ne bi moglo biti boljše
1	2	3	4	5	6	7

Če primerjate sedanje stanje s stanjem, preden ste bili vključeni v program ZR, bi rekli, da je zdaj:

veliko slabše	slabše	malo slabše	enako	malo boljše	boljše	veliko boljše
1	2	3	4	5	6	7

6.6.2. S količino denarja, ki ga lahko potrošite za vsakdanje užitke?

tako slabo, da ne bi moglo biti slabše	zelo slabo	slabo	ne slabo, ne dobro	dobro	zelo dobro	tako dobro, da ne bi moglo biti boljše
1	2	3	4	5	6	7

Če primerjate sedanje stanje s stanjem, preden ste bili vključeni v program ZR, bi rekli, da je zdaj:

veliko slabše	slabše	malo slabše	enako	malo boljše	boljše	veliko boljše
1	2	3	4	5	6	7

7. STANOVANJSKE RAZMERE

7.1. Kje stanujete?

a) v lastni hiši ali stanovanju	b) v najemniškem stanovanju
c) pri starših	d) v stanovanjski skupini
e) drugo:	

7.2. Kraj bivanja:

- a) mesto
- b) podeželje

7.3. Koliko časa že živite tukaj?

7.4. Kdo še živi z vami?

7.5. Ste se v zadnjem letu želeli preseliti ali izboljšati svoje stanovanjske razmere, pa tega niste mogli storiti?

- a) DA
- b) NE
- c) NE VEM

7.6. Kako zadovoljni ste:

7.6.1. S stanovanjskimi pogoji, kjer živite:

tako slabo, da ne bi moglo biti slabše	zelo slabo	slabo	ne slabo, ne dobro	dobro	zelo dobro	tako dobro, da ne bi moglo biti boljše
1	2	3	4	5	6	7

Če primerjate sedanje stanje s stanjem, preden ste bili vključeni v program ZR, bi rekli, da je zdaj:

veliko slabše	slabše	malo slabše	enako	malo boljše	boljše	veliko boljše
1	2	3	4	5	6	7

8. DRUŽINSKI ODNOSI

8.1. Kakšen je vaš zakonski stan?

a) poročeni	d) ovdoveli
b) v izvenzakonski zvezi	e) razvezani
c) samski	f) drugo:

8.2. Koliko otrok imate?

8.3. Kako pogosto imate stike s sorodniki?

a) vsak dan	e) manj kot enkrat letno
b) vsaj enkrat tedensko	f) nikoli
c) vsaj enkrat mesečno	g) nimam sorodnikov
d) vsaj enkrat letno	h) ne vem

8.4. Ste bili v zadnjem času v večjih konfliktih s katerim od članov od družine?

- a) DA
- b) NE
- c) NE VEM

8.5. Kako zadovoljni ste:

8.5.1. s svojo družino na splošno?

tako slabo, da ne bi moglo biti slabše	zelo slabo	slabo	ne slabo, ne dobro	dobro	zelo dobro	tako dobro, da ne bi moglo biti boljše
1	2	3	4	5	6	7

Če primerjate sedanje stanje s stanjem, preden ste bili vključeni v program ZR, bi rekli, da je zdaj:

veliko slabše	slabše	malo slabše	enako	malo boljše	boljše	veliko boljše
1	2	3	4	5	6	7

8.5.2. s količino kontaktov, ki jih imate s sorodniki?

tako slabo, da ne bi moglo biti slabše	zelo slabo	slabo	ne slabo, ne dobro	dobro	zelo dobro	tako dobro, da ne bi moglo biti boljše
1	2	3	4	5	6	7

Če primerjate sedanje stanje s stanjem, preden ste bili vključeni v program ZR, bi rekli, da je zdaj:

veliko slabše	slabše	malo slabše	enako	malo boljše	boljše	veliko boljše
1	2	3	4	5	6	7

8.5.3. s svojim zakonskim življenjem (za vse, ki imajo stalno partnersko razmerje)?

tako slabo, da ne bi moglo biti slabše	zelo slabo	slabo	ne slabo, ne dobro	dobro	zelo dobro	tako dobro, da ne bi moglo biti boljše
1	2	3	4	5	6	7

Če primerjate sedanje stanje s stanjem, preden ste bili vključeni v program ZR, bi rekli, da je zdaj:

veliko slabše	slabše	malo slabše	enako	malo boljše	boljše	veliko boljše
1	2	3	4	5	6	7

9. DRUŽABNI STIKI

Ljudje se razlikujemo po tem, koliko prijateljev potrebujemo.

	DA	NE	NE VEM
9.1. Bi lahko zase trdili, da ste oseba, ki zmore brez prijateljev?	1	2	3
9.2. Ali imate »najboljšega prijatelja / prijateljico? (To je nekdo, ki vas zelo dobro pozna.)	1	2	3
9.3. Imate prijatelja / prijateljico, h kateremu / kateri se lahko obrnete po pomoč, kadar jo potrebujete?	1	2	3
9.4. Ste se v preteklem tednu obiskali s prijateljem / prijateljico?	1	2	3
9.5. Je kdo od zgoraj naštetih prijateljev / prijateljic uporabnik ali delavec organizacije, kjer ste vključeni v program oziroma, kjer ste zaposleni?	1	2	3

9.6. Kako zadovoljni ste:

9.6.1. Z načinom, kako se razumete z drugimi ljudmi?

tako slabo, da ne bi moglo biti slabše	zelo slabo	slabo	ne slabo, ne dobro	dobro	zelo dobro	tako dobro, da ne bi moglo biti boljše
1	2	3	4	5	6	7

Če primerjate sedanje stanje s stanjem, preden ste bili vključeni v program ZR, bi rekli, da je zdaj:

veliko slabše	slabše	malo slabše	enako	malo boljše	boljše	veliko boljše
1	2	3	4	5	6	7

9.6.2. S številom prijateljev, ki jih imate?

tako slabo, da ne bi moglo biti slabše	zelo slabo	slabo	ne slabo, ne dobro	dobro	zelo dobro	tako dobro, da ne bi moglo biti boljše
1	2	3	4	5	6	7

Če primerjate sedanje stanje s stanjem, preden ste bili vključeni v program ZR, bi rekli, da je zdaj:

veliko slabše	slabše	malo slabše	enako	malo boljše	boljše	veliko boljše
1	2	3	4	5	6	7

9.6.3. S številom prijateljev, ki jih imate izven organizacije, kjer ste vključeni v program oziroma, kjer ste zaposleni?

tako slabo, da ne bi moglo biti slabše	zelo slabo	slabo	ne slabo, ne dobro	dobro	zelo dobro	tako dobro, da ne bi moglo biti boljše
1	2	3	4	5	6	7

Če primerjate sedanje stanje s stanjem, preden ste bili vključeni v program ZR, bi rekli, da je zdaj:

veliko slabše	slabše	malo slabše	enako	malo boljše	boljše	veliko boljše
1	2	3	4	5	6	7

10. ZDRAVJE

Ste v preteklem letu:	DA	NE	NE VEM
10.1. bili pri zdravniku zaradi telesne bolezni?	1	2	3
10.2. bili v bolnišnici zaradi telesne bolezni?	1	2	3
10.3. jemali zdravila za telesne bolezni?	1	2	3
10.4. bili pri zdravniku zaradi duševne bolezni?	1	2	3
10.5. bili v bolnišnici zaradi duševne bolezni?	1	2	3
10.6. jemali zdravila zaradi duševne bolezni?	1	2	3
10.7. ali imate kakšno telesno težavo, ki vas ovira pri gibanju?	1	2	3

10.8. Se je v preteklem letu zgodilo, da ste želeli pomoč zdravnika ali drugega strokovnjaka, pa je niste mogli dobiti?

- a) DA
- b) NE
- c) NE VEM

10.9. Kako zadovoljni ste:

10.9.1. S svojim splošnim zdravstvenim stanjem?

tako slabo, da ne bi moglo biti slabše	zelo slabo	slabo	ne slabo, ne dobro	dobro	zelo dobro	tako dobro, da ne bi moglo biti boljše
1	2	3	4	5	6	7

Če primerjate sedanje stanje s stanjem, preden ste bili vključeni v program ZR, bi rekli, da je zdaj:

veliko slabše	slabše	malo slabše	enako	malo boljše	boljše	veliko boljše
1	2	3	4	5	6	7

10.9.2. S tem, kako pogosto morate k zdravniku?

tako slabo, da ne bi moglo biti slabše	zelo slabo	slabo	ne slabo, ne dobro	dobro	zelo dobro	tako dobro, da ne bi moglo biti boljše
1	2	3	4	5	6	7

Če primerjate sedanje stanje s stanjem, preden ste bili vključeni v program ZR, bi rekli, da je zdaj:

veliko slabše	slabše	malo slabše	enako	malo boljše	boljše	veliko boljše
1	2	3	4	5	6	7

10.9.3. S svojim psihičnim stanjem?

tako slabo, da ne bi moglo biti slabše	zelo slabo	slabo	ne slabo, ne dobro	dobro	zelo dobro	tako dobro, da ne bi moglo biti boljše
1	2	3	4	5	6	7

Če primerjate sedanje stanje s stanjem, preden ste bili vključeni v program ZR, bi rekli, da je zdaj:

veliko slabše	slabše	malo slabše	enako	malo boljše	boljše	veliko boljše
1	2	3	4	5	6	7

11. POJMOVANJE SEBE

11.1. Kako ZR vpliva / je vplivala na vas? Kaj ste pridobili z vključitvijo v ZR? Pomislite kaj ste pri sebi opazili, da se je, odkar ste vključeni oziroma ste bili vključeni v ZR spremenilo?

	slabše kot pred vključitvijo v ZR	enako kot pred vključitvijo v ZR	boljše kot pred vključitvijo v ZR
11.1.1. Čutim da imam svojo vrednost, vsaj tako kot drugi.	1	2	3
11.1.2. Čutim, da imam vrsto dobrih lastnosti.	1	2	3
11.1.3. Stvari lahko opravim enako dobro kot večina drugih ljudi.	1	2	3
11.1.4. Čutim, da sem lahko ponosen/a na veliko stvari.	1	2	3
11.1.5. Do sebe imam pozitivno stališče.	1	2	3
11.1.6. Na splošno sem zadovoljen/a sam/a s seboj.	1	2	3
11.1.7. Spoštujem se.	1	2	3
11.1.8. Vem, kako si lahko pomagam.	1	2	3
11.1.9. Imam informacije o tem, kaj mi nudijo v okolju.	1	2	3
11.1.10. Prišel/a sem do konkretnega načrta, kako lahko rešim svoj zaposlitveni problem.	1	2	3
11.1.11. Postavil/a sem si nove cilje.	1	2	3
11.1.12. Odkril/a sem nove interese.	1	2	3
11.1.13. Pridobil/a sem nova znanja.	1	2	3
11.1.14. Sem optimističen/a glede prihodnosti.	1	2	3
11.1.15. Čutim zadovoljstvo, da sem nekaj dobro opravil/a.	1	2	3
11.1.16. Počutim se samostojnega/o.	1	2	3
11.1.17. Lahko navezujem stike z drugimi ljudmi.	1	2	3
11.1.18. Počutim se koristnega/o.	1	2	3
11.1.19. Počutim se sposobnega/o.	1	2	3
11.1.20. Sem samozavesten/a.	1	2	3
11.1.21. Sem sproščen/a.	1	2	3
11.1.22. Svoje probleme rešujem uspešno.	1	2	3
11.1.23. Pri delu sem zbran/a.	1	2	3
11.1.24. Zavedam se svojih resničnih potreb.	1	2	3
11.1.25. Zavedam se svojih odgovornosti.	1	2	3
11.1.26. Obvladujem svoja čustva.	1	2	3
11.1.27. Sposoben/a sem se spoprijemati s stresnimi situacijami.	1	2	3
11.1.28. Razumem in sprejemam svojo invalidnost.	1	2	3
11.1.29. Čutim, da lahko nadzorujem svoje življenje.	1	2	3
11.1.30. Zadovoljen/a sem s svojo zmožnostjo koncentracije in pozornosti.	1	2	3
11.1.31. Zadovoljen/a sem s svojo sposobnostjo učenja.	1	2	3
11.1.32. Zadovoljen/a sem s svojim spominom.	1	2	3
11.1.33. Zaupam si in verjamem vase.	1	2	3
11.1.34. Moje razpoloženje je stabilno.	1	2	3

11.1.35. Sposoben/a sem se spoprijemati s svojimi težavami.	1	2	3
11.1.36. Nimam težav s sprejemanjem sprememb v svojem življenju.	1	2	3

11.2. Če razmislite o spremembah, ki so se vam zgodile, odkar ste vključeni v program ZR, bi lahko ocenili, koliko vam je ta program do sedaj pomagal?

popolnoma nič	skoraj nič	zelo malo	malo	srednje	veliko	zelo veliko
1	2	3	4	5	6	7

12. SPLOŠNO POČUTJE

V vprašalniku ste odgovarjali o mnogih razmerah vašega življenja in kako se počutite v zvezi s tem. Poskusite jih zdaj povzeti.

12.1. Kako občutite svoje življenje kot celoto?

tako slabo, da ne bi moglo biti slabše	zelo slabo	slabo	ne slabo, ne dobro	dobro	zelo dobro	tako dobro, da ne bi moglo biti boljše
1	2	3	4	5	6	7

Če primerjate sedanje stanje s stanjem, preden ste bili vključeni v program ZR, bi rekli, da je zdaj:

veliko slabše	slabše	malo slabše	enako	malo boljše	boljše	veliko boljše
1	2	3	4	5	6	7

12.2. To sta dve lestvi. Predstavljajte si, da dno lestve pomeni najslabše možno stanje, ki bi ga lahko pričakovali v življenju. Vrh pomeni najboljše možno stanje, ki bi ga lahko pričakovali. Prosim označite z X, kam na tej lestvi (na kateri klin) bi postavili svoje življenje, na levi lestvi v času neposredno pred vključitvijo v program ZR, na desni lestvi pa v tem trenutku.

pred vključitvijo

NAJBOLJŠE MOŽNO STANJE

sedaj

NAJSLABŠE MOŽNO STANJE

12.3. Kako srečno je vaše življenje v celoti?

- a) zelo srečno
- b) še kar srečno
- c) ni srečno
- d) ne vem

12.4. Kako srečno je bilo vaše življenje pred vključitvijo v program?

- a) zelo srečno
- b) še kar srečno
- c) ni bilo srečno
- d) ne vem

12.5. Kaj bi vam pomagalo, da bi bilo vaše življenje kakovostnejše, boljše?

1. _____

2. _____

3. _____