

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

ZAKLJUČNA NALOGA

ZAKLJUČNA NALOGA
ZAPOSLOVANJE OSEB Z DUŠEVNO MOTNJO

EMINA GLAVAŠ

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

Zaključna naloga

Zaposlovanje oseb z duševno motnjo

(Employment of persons with mental illness)

Ime in priimek: Emina Glavaš

Študijski program: Biopsihologija

Mentor: doc. dr. Aleksander Zadel

Koper, avgust 2013

Ključna dokumentacijska informacija

Ime in PRIIMEK: Emina GLAVAŠ

Naslov zaključne naloge: Zaposlovanje oseb z duševno motnjo

Kraj: Koper

Leto: 2013

Število listov: 61 Število slik: 2 Število tabel: 4

Število prilog: 0 Št. strani prilog: 0

Število referenc: 97

Mentor: doc. dr. Aleksander Zadel

UDK:

Ključne besede: zaposlovanje, duševna motnja, rehabilitacija, delovno okolje, zakonska ureditev, socialno podjetništvo

Izvleček: Osebe z duševno motnjo v veliki večini izrazijo željo po pridobivanju zaposlitve. Slednja prinaša tako družbene, kot tudi individualne koristi. Vendarle pa je sama stopnja zaposlovanja teh posameznikov zelo nizka, kar se odraža v finančnih izgubah in slabšemu okrevanju posameznikov. Zaposlitev jim omogoča rehabilitacijo in hitrejšo integracijo v družbo. Vpliva na njihovo samozavest, organizacijo življenja in zmanjšanje simptomov. Na drugi strani pa se tako iz državne blagajne izgubi veliko manj denarja. Ne glede na številne koristi, pa se osebe z težavami v duševnem zdravju na poti do zaposlitve soočajo s številnimi ovirami, kot so same karakteristike posameznika, značilnosti bolezni ter diskriminacijo in stigmo. Z namenom, da bi vsaj nekoliko olajšali vstopanje na trg dela, se zato programi delovnih rehabilitacij, med katerimi sta najbolj poznana IPS model (individual placement support) in tradicionalni delovno-rehabilitacijski model. Bistvena razlika med njima je, da prvi skuša posameznika čim prej postaviti v realno delovno okolje, medtem ko drugi zagovarja, da posameznik najprej potrebuje določeno mero usposabljanja. Hkrati pa je ključno izpostaviti, da moramo na delovnem mestu nujno vzpostaviti zdravo delovno okolje, saj se le na tak način lahko izognemo, da bi se zaposlitev iz ozdravitvenega dejavnika bolezni spremenila v sprožilnega. Navsezadnje pa je ključen korak, ki ga moramo storiti ta, da najprej prepričamo delodajalce v smiselnost zaposlovanja. Ob sami destigmatizaciji je nujno, da jim osmislimo tako dejanje tudi s finančnega vidika. To pa lahko preko različnih ukrepov, kot so socialno podjetništvo, javna dela, subvencije in nagrade. Najprej pa je v Sloveniji treba vzpostaviti zakonsko ureditev, pri čemer zelo dober zgled predstavlja Zakon o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov.

Key words documentation

Name and surname: Emina Glavaš

Title of the final project paper: Zaposlovanje oseb z duševno motnjo

Place: Koper

Year: 2013

Number of pages: 61 Number of figures: 2 Number of tables: 4

Number of appendix: 0 Number of appendix pages: 0

Number of references: 97

Mentor: assist. prof. Aleksander Zadel PhD

UDK:

Key words: employment, mental disorder, rehabilitation, working environment, legal regulation, social entrepreneurship.

Abstract: The majority of persons with mental disorders express a desire to obtain employment. Employment brings social as well as individual benefits. However, the level of employment of these individuals is very low, resulting in financial losses and slow recovery for such individual. Employment enables them faster rehabilitation and integration into society. It impacts self-confidence, organization of life and reduction in symptoms. Additionally, the government loses a lot less money. Despite numerous benefits, persons with mental disorders face many obstacles finding employment, such as: characteristics of an individual, disease and discrimination, and stigma. Therefore, with the aim to facilitate entry into the labour market, working rehabilitation programs are set up, among which the most famous ones are the IPS model (individual placement support model) and the traditional working-rehabilitation model. The major difference between the two is, that the first attempts to place the individual into a real work environment as soon as possible, while the second advocates that the individual first requires a certain amount of training. At the same time, it is essential to also provide a healthy working environment, since only this way it can be avoided, for employment to change from curable disorder factor into a triggering one. After all, the crucial step to accomplish is to convince employers that persons with mental disorders can provide meaningful employment. Along with de-stigmatization it is imperative that they find reasons for doing so from a financial perspective. This can be done through a variety of measures in terms of social entrepreneurship, public works, grants and awards. First, in Slovenia there needs to be established proper legal regulation, a very good example is the Law on Vocational Rehabilitation and Employment of Persons with Disabilities.

ZAHVALA

Zahvaljujem se predvsem svojemu mentorju doc dr. Aleksandru Zadelu za napotke in sodelovanje pri zaključni nalogi. Hkrati pa se zahvaljujem tudi delovno-terapevtskemu centru Barčica, ki mi je omogočil, da v teorijo vnesem tudi nekaj prakse.

ACKNOWLEDGMENTS

I would like to thank especially to my mentor doc. dr. Alexander Zadel for guidance and participation in my final thesis. At the same time I would like to thank to the daily work-therapy center Barčiča that enabled me to integrate the practice and theory.

KAZALO VSEBINE

1	UVOD	1
2	EKONOMSKA PROBLEMATIKA, KI JO PRINAŠA NEZAPOSLOVANJE OSEB Z DUŠEVNO MOTNJO NA RAVNI SKUPNOSTI	4
2.1	EKONOMSKA PROBLEMATIKA DEPRESIJE	5
2.2	EKONOMSKO BREME SHIZOFRENJE	6
2.3	EKONOMSKO BREME ANKSIOZNIH MOTENJ	6
2.4	EKONOMSKO BREME ODVISNOSTI OD ALKOHOLA	7
3	POMEMBNOST ZAPOSLOVANJA OSEB Z DUŠEVNO MOTNJO NA INDIVIDUALNI RAVNI	10
3.1	KAKŠEN DOPRINOS IMA DELO ZA POSAMEZNIKA Z DUŠEVNO MOTNJO?	10
3.2	POMEN DELA ZA REHABILITACIJO POSAMEZNIKA	14
3.2.1	<i>Primer na populaciji bolnikov, ki se soočajo s shizofrenijo</i>	15
3.3	PREDIKTORJI ZAPOSLOVANJA	16
4	OVIRE, NA KATERE NALETIJO OSEBE Z DUŠEVNO MOTNJO PRI ISKANJU ZAPOSLOTITVE	19
4.1	KARAKTERISTIKE BOLEZNI	19
4.2	KARAKTERISTIKE POSAMEZNIKA	20
4.3	DISKRIMINACIJA IN STIGMA	22
5	TRADICIONALNA DELOVNA REHABILITACIJA	25
6	IPS-MODEL (INDIVIDUAL PLACEMENT SUPPORT)	28
7	KAKŠNO NAJ BO DELOVNO OKOLJE, DA PREDSTAVLJA OZDRAVITVENI FAKTOR, NE PA SPROŽILNEGA?	31
8	PERSPEKTIVA ZAPOSLOVANJA OSEB Z DUŠEVNO MOTNJO	35
8.1	DEJANSKO STANJE V SLOVENIJI	35
8.2	JAVNA DELA	36
8.3	SOCIALNO PODJETNIŠTVO	37
8.4	KAJ LAHKO NAREDIMO, DA BOMO DELODAJALCE PREPRIČALI V SMISELNOST ZAPOSLOVANJA OSEB Z DUŠEVNO MOTNJO?	38
9	SKLEP	42
10	VIRI IN LITERATURA	45

ii. KAZALO PREGLEDNIC

Tabela 2.01. Število in odstotek primerov ter dni začasne odsotnosti z dela zaradi vzrokov, ki jih lahko neposredno pripišemo alkoholu ter povprečno trajanje ene odsotnosti (Kovše in Nadrag, 2008).....	8
Tabela 3.01. Štiri glavne teme in podteme, ki kažejo na pomembnost dela za posameznika (Leufstadius, Eklund in Erlandsson, 2009).....	11
Tabela 5.01. Kriterij za merjenje uspešnega opravljanja delovno-rehabilitacijskega programa (Distefano in Pryer, 1970)	27
Tabela 8.01. Miti in dejstva v povezavi z zaposljivostjo oseb z duševno motnjo (Duncan, 2000).....	39

iii. KAZALO SLIK IN GRAFIKONOV

Slika 2.01. Razlogi prezgodnje upokojitve v Nemčiji (Povzeto po German Federal Health Monitoring, 2007	5
Slika 2.02. Skupni stroški depresije v Evropski Uniji (povzeto po Sobocki, Jönsson, Angst in Rehnberg, 2006).....	6

1 UVOD

Kakor navajata Marušič in Temnikova (2009) ima približno vsak sedmi prebivalec vsaj blago duševno motnjo, medtem ko bo le-ta prej ali slej v življenju doletela vsako tretjo osebo. Na podlagi meta-analize sta Jacobi in Wittchen (2005) ocenila, da je kar 27 % (82, 7 milijonov) odrasle populacije med 18. in 65. letom v zadnjih 12 mesecih imelo vsaj eno duševno motnjo. Duševne motnje, kot so depresija, shizofrenija, anksiozne motnje in odvisnost od psihoaktivnih substanc, na eni strani predstavljajo javno zdravstveni problem, ki se tiče države, na drugi strani pa individualno prizadenejo številna področja človekovega delovanja, od komuniciranja, čustvovanja, vedenja, do samega zaposlovanja. Zaposlovanje oseb z duševno motnjo predstavlja globalen problem tako za družbeno, kot za individualno funkcioniranje in korist. Raziskave nakazujejo, da je zaposljivost te ranljive skupine okrog 20–30 % (Marwaha idr., 2007), čeprav jih, kar 70–90 % izrazi željo po integraciji na delovno mesto (Secker, Grove in Patience Seebom, 2001). Posledica, ki sledi ne vključenosti teh oseb na trg dela, so ogromne denarne izgube, ki ne štejejo v tisočih, ampak v milijardah evrov (Greener in Guest, 2005; Greenberg, Kessler, Birnbaum, Leong, Lowe, Berglund in Corey-Lisle, 2003; Sobocki, Jönsson, Angst in Rehnberg, 2006; Ministrstvo za zdravje, 2007; Percudani, Barbui in Tansella, 2004). Kar polovica teh stroškov pa je posledica zmanjšane produktivnosti na področju dela. (Knapp, McDaid, Medeiros in MHEEN Group, 2008; Sobocki, Jönsson, Angst in Rehnberg, 2006).

Ogromno je dokazov, ki zavračajo tezo, da so osebe z duševno motnjo nesposobne za delo, in predlagajo, da zaposlovanje lahko pomembno prispeva k okrevanju (Crowther, Marshall, Bond, in Huxley, 2001; Burns idr., 2007 in Bond in Drake, 2008). Dunn je s sodelavci (Wewiorski in Rogers, 2008) v svoji raziskavi pokazal, da ima plačano delovno razmerje pomembne pozitivne izide za posameznika, pri čemer posebej izpostavlja dva: pomen na osebni ravni in pomen za rehabilitacijo. Prek teh dveh konceptov nato razširja njihov pomen za posameznika: od povečanja samospoštovanja, ponosa in kompetenc, do soočanja s psihiatričnimi simptomi in strukturiranja vsakodnevnega življenja. Leufstadius, Eklund in Erlandsson (2009) so v svoji raziskavi ugotovili štiri glavna področja oz. teme, kakor jih imenujejo oni, ki nakazujejo na pomen in pomembnost dela za posameznika:

- delo kot tako ima določene karakteristike;
- udejstvovanje v različnih kontekstih posamezniku nudi občutek normalnosti, sprejetja, pripadanja, zadovoljevanja norm in vrednot;
- nudi strukturo, energijo in uravnoteženo vsakodnevno življenje; ter
- izboljša dobro počutje in krepi identiteto.

Delo naj bi dejansko normaliziralo posameznikovo življenje, mu omogočilo neko delovno ravnotežje, primeren dnevni ritem ter občutek, da so del normalnega življenja (Gahnström-Strandqvist, Liukko in Tham, 2003). Zelo pomembno je, da na področju zaposlovanja oseb

z duševno motnjo razvijajo modele in različne pristope, s katerimi lahko ne samo olajšamo dostop in način iskanja služb, ampak tudi samo bivanje in vztrajanje na delovnem mestu. Tradicionalni pristop delovne rehabilitacije strmi k povečanju participacije v družbi, pri čemer pomembno vlogo pripisujejo reintegraciji v delovno okolje, kar dosega preko treniranja delovnih veščin in nato postavljanja posameznika v delovno okolje glede na njegove individualne kapacitete (Watzke, Galvao in Brieger, 2009). Zelo pomemben doprinos k izboljševanju zaposlovanja oseb z duševno motnjo pa predstavlja IPS-model (individual placement support), ki temelji na sedmih glavnih principih: cilj je kompetitivna zaposlitev, želja za delom, pozornost na potrebe uporabnika, čimprejšnji pričetek iskanja službe, individualizirana podpora, tesno sodelovanje s servisi delovne rehabilitacije in zdravstvom ter sistematično svetovanje o prednostih zaposlovanja (Nygren, Markstro, Svensson, Hansson in Sandlund, 2011).

Kljub vsem pričajočim koristim za posameznika in učinkovitostjo zgoraj opisanih modelov pa ne moremo doseči ničesar, če nam ne uspe v zaposlovanje prepričati delodajalcev. V današnjih časih sama korist za posameznika z duševno motnjo najverjetneje ne odtehta odločitve. Zato nujno potrebujemo ukrepe, s katerimi bi spodbudili delodajalce v smiselnost takega ravnanja. Prvi korak, ki ga moramo storiti, je destigmatizacija, saj številni avtorji poročajo o stigmati in diskriminaciji, ki je prisotna s strani nadrejenih (Krupa, Kirsh, Cockburn in Gewurtz, 2009; Stromwall, 2002; Diksa in Rogers, 1996). Nato pa sledijo nadaljnji ukrepi, ki se nanašajo predvsem na finančni del. Slovenija je naredila korak naprej z zakonsko ureditvijo socialnega podjetništva, katerega namen je zaposlovanje t. i. ciljnih ranljivih skupin (Warner in Mandiberg, 2006). Na drugi strani možno rešitev lahko morda predstavlja subvencioniranje, različne olajšave in nagrade, ki bi omogočale zaposlovanje oseb z duševno motnjo že obstoječim podjetnikom brez, da bi za to potrebovali notranjo reorganizacijo v smislu socialnega podjetništva. Črpamo pa lahko tudi iz že uveljavljene prakse javnih del, ki trenutno omogočajo kratkotrajno zaposlitev določenim skupinam posameznikov (Zavod za zaposlovanje Republike Slovenije, 2013). Vendar pa bi bilo nujno v slednji koncept posebej vključiti skupino oseb z duševno motnjo, to pa zato, ker je zakonska ureditev zelo šibka. Dober vzor bi pri tem predstavljal Zakon o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov.

Pri pisanju zaključnega dela sem se najprej osredotočila na globalno ekonomsko problematiko, ki jo prinaša nezaposlovanje oseb z duševno motnjo. Temu sledi osrednji del, ki opisuje pomembnost zaposlovanja na ravni posameznika, v smislu njegove rehabilitacije, integracije v vsakodnevno življenje ter problematiko, s katero se sooča ta specifična skupina populacije ob iskanju dela in na delovnem mestu. Sledi še opis in kritično ovrednotenje dveh pomembnih modelov, ki so jih avtorji razvili, da bi olajšali reintegracijo na delovno mesto, ter perspektiva zaposlovanja oseb z duševno zdravstvenimi problemi prek socialnega podjetništva in javnih del. Samo opozarjanje na finančne izgube,

pomembnost na ravni posameznika z duševno motnjo in ustvarjanje programov za podporo pa ni dovolj. Zato sem se navsezadnje osredotočila tudi na možnosti, ki jih lahko ponudimo delodajalcem, da bi jim osmislili tako dejanje. Metoda, ki sem jo pri tem uporabila, je pregled različnih strokovnih, znanstvenih in preglednih člankov ter ostale literature, ki sem jih pridobili preko raznovrstnih baz podatkov. Poleg znanstvene literature bom skušala aplicirati tudi svoje osebne izkušnje, ki sem jih pridobila kot prostovoljka v dnevno-terapevtskem centru Barčica. Prav tako bom primerjala teoretske rešitve, kritično ovrednotila teoretske koncepte z vidika uporabnosti v našem okolju ter podala osebno kratko razlago aplikacije teoretskih izhodišč v centru Barčica. Namen teoretične zaključne naloge je podrobno zajeti in predstaviti pomembna področja, ki se nanašajo na zaposlovanje oseb s težavami v duševnem zdravju. Glavni cilj je opisati pomen zaposlovanja za osebe z duševno motnjo in za družbo, aplicirati to v delovno okolje in opozoriti na problematiko, s katero se soočajo posamezniki, ko se skušajo znova integrirati na trg dela.

Cilji, ki sem si jih zastavila, so:

- Prikazati pomen zaposlovanja na družbeni ravni.
- Prikazati pomen zaposlovanja na individualni ravni.
- Opozoriti na ovire, s katerimi se soočajo osebe z duševno motnjo v procesu zaposlovanja in delovnem okolju.
- Opisati in kritično ovrednotiti dva pomembna modela na področju vpeljevanja oseb v delovna razmerja, in sicer: IPS-model ter tradicionalno delovno rehabilitacijo.
- Opisati pomen delovnega okolja kot ozdravitvenega faktorja v nasprotju z nefunkcionalnim delovnim okoljem, ki lahko predstavlja sprožilni faktor duševne motnje.
- Opisati perspektivno zaposlovanje oseb z duševno motnjo skozi prizmo socialnega podjetništva in javnih del.
- Prikazati možne rešitve, ki bi delodajalcem osmislile in omogočile lažje odločanje za vključevanje posameznikov z duševno zdravstvenimi problemi v svoja podjetja.

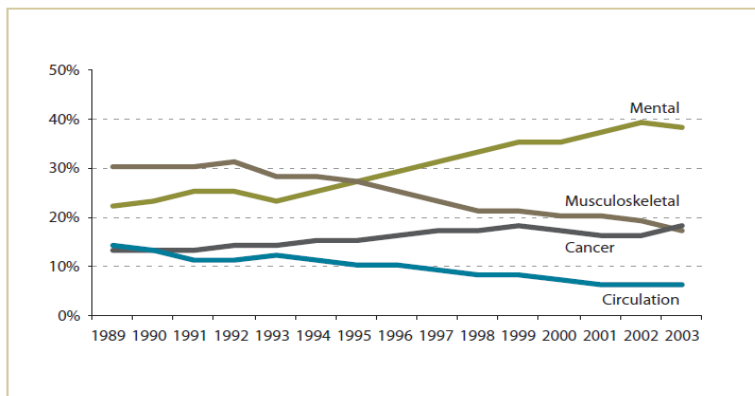
2 EKONOMSKA PROBLEMATIKA, KI JO PRINAŠA NEZAPOSLOVANJE OSEB Z DUŠEVNO MOTNJO NA RAVNI SKUPNOSTI

Težko, bi oporekali, da je duševna motnja majhen problem, da jo družba lahko zanemari in da se ji ni treba ukvarjati z njo. Še težje pa lahko trdimo, da je duševna motnja stvar le posameznika, namreč posledice le-te zaobjamejo celotno družbo, državno politiko in blagajno. Stroški, predvsem na področju gospodarstva oz. širše ekonomije, so lahko razdeljeni na: nezmožnost oseb oz. njihovo zmanjšano učinkovitost zaradi duševne motnje, absentizem, prezentizem ter prezgodnjo invalidnost (Marušič in Temnik, 2009).

MHEEN (Mental health economics European network) je glede na število Evropejcev, ki trpijo za duševno zdravstvenimi problemi (132 milijonov), izračunal, da je na račun tega povprečen strošek evropskega gospodinjstva nekje 2.200 evrov letno, pri čemer gre velik delež na račun izgube produktivnosti za delo (Knapp, McDaid, Medeiros in MHEEN Group, 2008). Torej kritični problem je izguba produktivnosti, ki s seboj potem prinaša najrazličnejše izgube, ne le na ravni posameznika in njegovih najbližjih, ampak tudi širše, tj. na ravni države in družbe.

Za kratek oris težav na ekonomski in globalni ravni, ki jih prinaša nezaposlenost oseb z duševno motnjo, si lahko pogledamo številke v procentih, tisočih, milijonih in bilijonih, ki pričajo, kako ogromen je dejansko ta problem. Na Švedskem je bilo leta 2002 kar 28 % prezgodnjih upokojitev na račun težav z mentalnim zdravjem (Švedska agencija za socialno zavarovanje, 2007). Prav tako MHEEN trdi, da prihaja do povečevanja absentizma in zgodnje upokojitve zaradi mentalnih motenj (še posebej pa depresije), tako pri moških kot pri ženskah (Knapp, McDaid, Medeiros in MHEEN Group, 2008).

Slika 2.01. prikazuje trend poviševanja zgodnje upokojitve v Nemčiji. Opazimo lahko, da je zelo očiten porast tega fenomena prisoten zaradi težav v mentalnem zdravju v nasprotju z rakom, mišično-skeletnimi in žilno-krvnimi boleznimi.

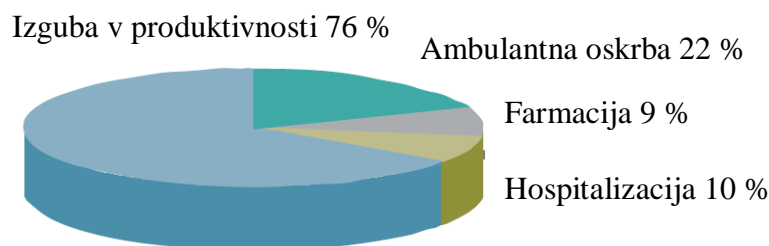


Slika 2.01. Razlogi prezgodnje upokojitve v Nemčiji (Povzeto po German Federal Health Monitoring, 2007).

Hkrati je zelo malo študij oz. spremljanja statistike, ki se ukvarja s tem kolikšen delež oseb z duševno motnjo je dejansko vključen na trg dela. Večina držav, ki pa to stanje spremljajo, poroča o 20 do 30 % zaposlenosti te skupine populacije (Marwaha idr., 2007). GUS (2005, v Knapp, McDaid, Medeiros in MHEEN Group, 2008) pa prikazuje, da je stanje v državah centralne in vzhodne Evrope še bolj alarmantno, saj je na primer na Poljskem procent zaposlenosti oseb z duševno motnjo le 10,3 % v primerjavi z splošno populacijo, kjer znaša ta procent nekoliko manj kot 50 %. To lahko morda povežemo tudi s tem, da je ena izmed raziskav v Angliji pokazala, da imajo osebe z mentalnimi zdravstvenimi problemi 40 % manjšo možnost, da bodo obdržale zaposlitev, v primerjavi z ostalimi ranljivimi skupinami (Berthoud, 2006 v Knapp, McDaid, Medeiros in MHEEN Group, 2008).

2.1 Ekonomska problematika depresije

Na žalost podatkov o finančnem bremenu depresije, ki je najpogostejša duševna motnja v Sloveniji (Marušič in Temnikova, 2009), nimamo. Podatki iz Anglije, sicer zbrani leta 1992, pa so pokazali, da je ta motnja iz angleškega proračuna izčrpala okrog 384 milijonov evrov (Greener in Guest, 2005), v ZDA pa je ta številka kar 40 bilijonov evrov (Greenberg, Kessler, Birnbaum, Leong, Lowe, Berglund in Corey-Lisle, 2003). Stroški absentizma in zmanjšane učinkovitosti na delu predstavljajo 18 bilijonov evrov, torej okrog polovico celotnega stroška (Greenberg, Stiglin, Finkelstein, in Berndt, 1993). Torej že z zmanjšanjem absentizma na delovnem mestu bi lahko ogromno prispevali k zniževanju teh enormnih števil.



Slika 2.02. Skupni stroški depresije v Evropski uniji (povzeto po: Sobocki, Jönsson, Angst in Rehnberg, 2006).

Iz slike 1.02. lahko razberemo, da v Evropski uniji celoten strošek depresije skupaj z izgubami zaradi produktivnosti znaša 77 bilijonov evrov, pri čemer izguba v produktivnosti prispeva največ, medtem ko so zdravila tista, ki prispevajo najmanj. Na drugi strani pa je študija v šestih evropskih državah pokazala, da je povprečna odsotnost z dela znašala 12,7 dni za osebe, ki trpijo za veliko depresijo, 10,2 za osebe z blago depresijo, 4,1 za osebe, ki se soočajo z depresivnimi simptomi, ter 2,9 dni za osebe, ki ne trpijo za nikakršno obliko depresije (Lépine, Gastpar, Mendlewicz in Tylee, 1997). Kot vidimo, so številke visoke in predstavljajo ogromne izgube. Prav tako se morda 10 ali 4 dni odsotnosti z dela ne zdi veliko, vendar ob primerjavi z ostalo populacijo, ki ne trpi za tovrstno motnjo, opazimo, da se že ob depresivnih simptomih številka podvoji.

2.2 Ekonomsko breme shizofrenije

Shizofrenija je psihiatrična bolezen, ki naj bi prizadela le okrog 1 % prebivalstva vendar v ZDA izčrpa kar 2,5 % celotnega zdravstvenega denarnega sklada, kar predstavlja veliko finančno izgubo (Lindström, Eberhard, Neovius in Levander, 2007). V letu 1990 je bilo finančno breme shizofrenije v ZDA ocenjeno na 12,7 bilijonov evrov. V Angliji le 20 % oseb, diagnosticiranih s shizofrenijo, opravlja plačano delo, kar posledično prinaša 3,3 bilijone evrov izgube (Percudani, Barbui in Tansella, 2004). Enako, kot pri ostalih duševnih motnjah, naj bi bilo največ finančne izgube prav zaradi izgube v produktivnosti (Knapp, McDaid, Medeiros in MHEEN Group, 2008).

2.3 Ekonomsko breme anksioznih motenj

Anksiozne motnje so bile označene kot faktor, ki prav tako, kot ostale duševne motnje, pomembno prispeva k finančnim izgubam v družbi zaradi stroškov, povezanih z zdravstvom, zmanjšanjem delovne oz. produktivne kapacitete in prezgodnjo upokojitvijo (Rice in Miller, 1998). Številne ameriške študije so pokazale, da je bilo celotno finančno breme skupine teh motenj ocenjeno na 31,6 do 35,4 bilijone evrov (DuPont, Rice, Miller, Shiraki, Rowland in Harwood, 1996; Rice in Miller, 1998; Greenberg s sodelavci, 1999).

Nekateri avtorji, pa nakazujejo, da bi bila ta številka lahko še večja in da k temu prispevata dva ključna vzroka: dolgoročni stroški zaradi nezaposlenosti in komorbidnost te motnje (Kessler in Greenberg, 2002). Kljub tako visoki številki, ki jo prikazuje ameriška literatura, je bilo na evropskih tleh na to temo opravljenih zelo malo študij. Andlin-Sobocki in Wittchen (2005) v Evropi omenjata le tri študije (dve na področju generalizirane anksiozne motnje in eno študijo na področju panične motnje), ki pa sta po njunem mnenju metodološko zelo pomanjkljivi in prikazujeta le stroške, ki jih prinaša zdravljenje z zdravili. S tako pomanjkljivimi rezultati pa zelo težko ozaveščamo javnost in vplivamo na državno politiko, saj ne moremo zadostno argumentirati naših tez.

2.4 Ekonomsko breme odvisnosti od alkohola

Alkohol, kot ena izmed najbolj uporabljenih in zlorabljenih psihoaktivnih substanc, ki ni mednarodno regulirana, predstavlja v svetu šesti najpomembnejši vzrok za prezgodnjo umrljivost in obolevnost (Ministrstvo za zdravje, 2007). Ekonomsko breme alkohola je bilo na globalni ravni v 12-ih izbranih državah (Avstralija, Kanada, Anglija in Wales, Francija, Nemčija, Japonska, Nizozemska, Nova Zelandija, Portugalska, Škotska, Švedska, Tajska in ZDA) ocenjeno na približno 0,45–5,44 % BDP-ja (Montarat, Jomkwan, Lertpitakpong in Chaikledkaew, 2009). V Evropi lahko kar 8 %, kar znese približno 125 milijard evrov oz. 1,3 % bruto nacionalnega (domačega) produkta (BDP-ja), pripišemo bremenu alkohola (Ministrstvo za zdravje, 2007).

Zelo pozitivno pa je, da govorimo o področju, ki ga slovenski raziskovalni prostor v povezavi s produktivnostjo na delu in zaposlovanjem dokaj dobro pokriva. Glede na povprečno bruto plačo, so bili stroškičasne odsotnosti dela v letu 2004 izračunani na približno 3,5 milijona evrov, medtem ko je bila izračunana izguba prihodnjega zaslužka zaradi prezgodaj umrlih oseb zaradi alkohola v istem letu kar 58,8 milijona evrov (Ministrstvo za zdravje, 2007). Lahko bi trdili, da imamo glede na ostale duševne motnje največ zanesljivih podatkov prav iz tega področja. Le-ti pa so zelo pomembni, saj alkohol predstavlja enega izmed ključnih javnozdravstvenih problemov v Sloveniji (Marušič in Temnik, 2009).

Tabela 2.01.

Število in odstotek primerov ter dni začasne odsotnosti z dela zaradi vzrokov, ki jih lahko neposredno pripišemo alkoholu ter povprečno trajanje ene odsotnosti (Kovše in Nadrag, 2008)

Leto	Primeri Število	% *	Dnevi število	% **	Povprečno trajanje odsotnosti z dela dnevi
1997	2089	0,266	94256	0,67	45,12
1998	2182	0,285	100045	0,68	45,85
1999	2256	0,287	85814	0,61	38,04
2000	2225	0,295	90474	0,67	40,66
2001	2144	0,289	84688	0,64	39,50
2002	2137	0,292	84151	0,62	39,38
2003	1980	0,263	85885	0,62	43,38
2004	1744	0,255	95920	0,66	49,34
2005	1587	0,201	89509	0,63	56,40
2006	1466	0,211	76348	0,59	52,08

Opombe: * računano glede na vse primere bolniškega staleža za zaključeno diagnozo v letu 2006

** računano glede na vse izgubljene koledarske dni za primere bolniškega staleža za zaključeno diagnozo v letu 2006

Iz Tabele 2.01. lahko v Sloveniji opazimo trend naraščanja povprečnega trajanja odsotnosti z dela, saj je iz okrog 45 dni leta 1997 številka poskočila na kar 52 dni v letu 2006. Hkrati pa lahko opazimo, da se je število primerov začasne odsotnosti z dela zaradi alkohola neposredno pripisljivih razlogov (bolezni, poškodbe in zastrupitve) zmanjšalo.

Velikokrat je zelo težko prepričati države, da spremenijo svojo politiko, ustvarjajo in financirajo programe, ki bi pripomogli k reševanju različnih problemov, saj se ne zavedajo, da se določene stvari zelo močno odražajo ne le na individualni ravni, ampak tudi na lokalni, državni in globalni ravni. Zgoraj opisana situacija na področju duševnih motenj in gospodarstva, kar kriči po ukrepih za izboljšanje situacije. Opazimo lahko, da so denarne izgube ogromne in predstavljajo nepotreben strošek državi, ki bi ga lahko z ustreznimi ukrepi zelo omilili.

Če skušamo izluščiti skupne iztočnice zgoraj opisane problematike, so to predvsem: izguba produktivnosti, nezaposlenost, prezgodnja upokojitvev in odsotnost dela. Finančne izgube držav, ki niso štete v tisočih, ampak v milijonih in bilijonih, so alarmantne in nujno kličejo

k nadaljnjemu ukrepanju na tem področju. Če pa se nekoliko odmaknemo od ekonomske pomembnosti in državne koristi, je hkrati nujno, da se osredotočimo tudi na pomen, ki ga ima zaposlovanje oseb z duševno motnjo na individualni ravni. Saj ob povezavi individualne in širše globalne ekonomije zanesljivo upravičimo vso energijo in sredstva, ki jih usmerimo v reševanje tega problema.

3 POMEMBOST ZAPOSLOVANJA OSEB Z DUŠEVNO MOTNJO NA INDIVIDUALNI RAVNI

Ogromno je dokazov, ki zavračajo tezo, da so osebe z duševno motnjo nesposobne za delo in predlagajo, da zaposlovanje lahko pomembno prispeva k okrevanju (Crowther, Marshall, Bond, in Huxley, 2001; Burns idr., 2007; Bond in Drake 2008). Zaposlovanje te specifične skupine ne smemo več dojemati, kot nemogoče, ampak ga moramo spodbujati. Različne raziskave so pokazale, da ti posamezniki sami pogosto izrazijo željo, da bi ponovno pričeli delati ali pa se vrniti na staro delovno mesto, ker delo zaznavajo kot zelo pomembno (Heartl in Minato, 2006; Honey, 2004; Kennedy-Jones, Cooper in Fossey, 2005 in Kirsh, 2002). Še več, kar 70 – 90 % oseb z težavami duševnega zdravja trdi, da bi želeli delati (Secker, Grove in Patience Seebohm, 2001).

Dunn je s sodelavci (Wewiorski in Rogers, 2008) v svoji raziskavi pokazal, da ima plačano delovno razmerje zelo pomembne pozitivne izide za posameznika pri čemer posebej izpostavlja dva: pomen na osebni ravni in prispevek k rehabilitaciji. Zaposlitev pomembno vpliva na socialni status posameznika in njegovo identiteto, namreč nudi mu možnost za socialne povezave in normalno življenje (Noble, 1998). Marwaha in Johnson (2004) sta med drugim pokazala, da imajo osebe z duševno motnjo, ki so v plačanem delovnem razmerju veliko večjo verjetnost, da bodo socialno integrirane, poročene in živele v samostojnem gospodinjstvu. Leufstadius, Eklund in Erlandsson (2009) so poleg teh faktorjev izpostavili tudi pomembnost samospoštovanja in samozavesti, ki občutno porastejo. Na klinični ravni prispeva k znižanju sprejemov v bolnišnico, uporabi zdravil, relapsov in na sploh psihiatričnih simptomov (Grove, 2001). In navsezadnje so osebe, ki imajo izkušnjo duševne bolezni pogosto zaposlene v zdravstvenem sektorju, saj z svojo pripovedjo pomagajo ostalim, ki se soočajo s podobnimi težavami in tako hkrati pridobivajo občutek, da tudi one nekaj prispveajo k skupnosti (Duncan in Peterson, 2007).

3.1 Kakšen doprinos ima delo za posameznika z duševno motnjo?

Leufstadius, Eklund in Erlandsson (2009) so v svoji raziskavi ugotovili štiri glavna področja oz. teme kakor jih oni imenujejo, ki nakazujejo na pomen in pomembnost dela za posameznika (Tabela 2). Delo naj dejansko normaliziralo posameznikovo življenje, jim dalo neko delovno ravnotežje in primeren dnevni ritem ter občutek, da so del normalnega življenja (Gahnström-Strandqvist, Liukko in Tham, 2003). Sklepamo lahko, da je doprinos za posameznika ogromen in da ga ne gre zanemariti.

Tabela 3.01.

Štiri glavne teme in podteme, ki kažejo na pomembnost dela za posameznika (Leufstadius, Eklund in Erlandsson, 2009)

Glavne teme	Podteme
Delo kot tako ima določene karakteristike.	Opravljanje dejanskega dela: počutijo se koristni, potrebovani in da imajo določeno funkcijo. Imeti plačilo in plačan dopust. Sodelovati v delovnem procesu in biti del skupine sodelavcev.
Udejstvovanje v različnih kontekstih nudi posamezniku občutek normalnosti, sprejetja, pripadanja in zadovoljevanja norm in vrednot.	Občutek normalnosti. Sodelovanje in prispevanje k skupnosti kot delavec. Zadovoljevanje norm in vrednot poda občutek sprejetosti in vrednosti. Pripadanje, zadovoljstvo in prijateljstvo s sodelavci.
Delo nudi strukturo, energijo in uravnoteženo vsakodnevno življenje	Strukturiran dan in normalni biološki ritem omogoča občutek uravnoteženosti. Energija in želja, da bi opravljali še več aktivnosti. Ravnopravšnji izziv in občutek kompetentnosti.
Delo izboljša dobro počutje in krepi identiteto.	Dobro počutje, boljše zdravje in uživanje v življenju. Poveča samospoštovanje in krepi identiteto.

Iz tabele 3.01. lahko vidimo, da gre za zajetje različnih področjih posameznikovega počutja in funkcioniranja. Zajema socialni del, ki vključuje sodelavce, razvijanje koncepta prijateljstva, sprejemanja, sodelovanja in sploh komuniciranja s sodelavci. To je lahko za

posameznika, ki trpi za duševno motnjo, zelo oteženo. Trdimo lahko, da je socialna izolacija, ki jo prinašajo številne duševne motnje, težko premostljiva ovira. Zdravo delovno okolje pa je tisto, ki jim to omogoča. Zaključujem, da je pomembno, da te osebe izgubijo strah pred drugimi ljudmi, da se ne bojijo biti vključeni v določeno skupino ljudi in predvsem, da se ne počutijo kot črna ovca. To je pa razlog, zaradi katerega je nujno, da bi čim več ljudi ozavestili in izobrazili na tem področju. Predvsem socialni del ni odvisen le od posameznika, ampak tudi od oseb, ki ga obkrožajo, le-te pa morajo imeti možnost, da lahko sploh razvijajo socialni čut. Trdim, da je nujno, da ga obravnavajo kot enakopravnega člana z ustreznimi kompetencami in ga ne obravnavajo kot različnega in manj sposobnega od njih. Saj bi tako okolje za posameznika z duševno motnjo le destruktivno in prav nič stimulatивно v smislu njegovega okrevanja.

Poleg socialnega dela zajema pomemben del tudi struktura dneva, saj je to nekaj, česar te osebe niso navajene. Veliko oseb z duševno motnjo nima reda, nima strukturiranega dneva. Sama sem, kot prostovoljka v dnevno-terapevtskem centru Barčica, to opazovala iz dneva v dan. Treba jih opominjati, kdaj je kosilo, kdaj je čas, da vzamejo zdravila, kdaj se pomiva posoda in še veliko drugih stvari. Sklepam, da to posledično tudi olajša posamezniku življenje. Ni mu več treba poslušati neprestanih opozoril, kdaj naj kaj počne, ni mu treba biti odvisen od drugih in tako tudi preko te strukture razvije občutek samozadostnosti in nekako razbije to odvisnost od drugih, ki predstavlja neprestan opomnik njegove duševne motnje in nesposobnosti skrbeti sam zase. S skrbjo zase pa se povezuje tudi finančni del. Avtorji (Leufstadius, Eklund in Erlandsson, 2009) trdijo, da prejemanje plačila, plačan dopust, občutek koristnosti in dejansko opravljanje določene funkcije pogosto vodi v povečanje samospoštovanja, samozavesti in neodvisnosti. Torej je treba poudariti, da se denarni prilivi ne povezujejo samo z materialnimi dobrinami, ampak so faktor, ki vpliva tudi na osebni oz. psihološki ravni.

Zelo zanimiva je tudi raziskava Larsona in njegoih sodelavcev (Barr, Corrigan, Kuwabara, Boyle in Glenn, 2007), kjer so prek intervjujev povpraševali osebe z duševno motnjo o doprinosih in stroških (ne le v smislu ekonomije), ki bi bili povezani s pridobitvijo službe. Avtorji so izluščili pet glavnih področij, in sicer: finančno, čustveno, kognitivno, vedenjsko in interpersonalno. Osebe so na finančnem področju poročale o povečanju denarnega prihodka, izboljšanju situacije v gospodinjstvu, prevozu, odplačilu dolgov in učenju strategij spoprijemanja z denarjem. Stroški, ki so jih povezovali s tem področjem, pa so bili predvsem izguba različnih socialnih, zdravstvenih in finančnih olajšav ter izguba denarja na račun zdravil. Na čustvenem področju so poudarjali predvsem povečanje ponosa, samospoštovanja, izboljšanje mentalnega zdravja ter zmanjšanje stresa in depresije. Hkrati pa so se bali izgube službe, ponovitve simptomatike, povečanega stresa, povečanja splošne tesnobe. Pojavil se je tudi strah pred spremembami zaradi zdravil in nezadovoljstvo s prejšnjim delovnim mestom. Na kognitivni ravni naj bi jim delo

pripomoglo k izogibanju razmišljanja o mentalnih zdravstvenih problemih, povečanju zmožnosti reševanja problema in izboljšanju spomina. Na tem področju nato kot negativne faktorje navajajo skrivanje revne delovne zgodovine, jemanje zdravil med delovnim časom, povečanje odgovornosti, strah pred poškodbami na delovnem mestu in doživljanje stigme. Na zadnjem, tj. interpersonalnem področju, pa kot prednosti naštevajo razvoj pravega prijateljstva, pomoč družinskim članom, pomoč sodelavcem, zaznavanje sebe kot dela družbe in pogovarjanje z drugimi o službi. Slabosti, ki jih omenjajo na tej ravni, pa se nanašajo na odsvetovanje dela s strani odvetnikov, družinskih članov in prijateljev. Opozarjajo, da so jim tudi zdravniki zagotavljali, da bodo na delovnem mestu doživljali še večji stres. Omenjali pa so tudi povečanje potrebe po interakciji z ljudmi.

Nujno se je zavedati vseh pozitivnih stvari, ki jih prinaša zaposlovanje oseb z duševno motnjo, hkrati pa se moramo zavedati tudi strahov, s katerimi se soočajo te osebe, kljub temu, da se morda zavedajo vseh pozitivnih doprinosov, ki jih to prinaša. Prav zato je raziskava Larsona (Barr, Corrigan, Kuwabara, Boyle in Glenn, 2007) zelo pomembna. Zelo me preseneča dejstvo, da se osebe z duševno motnjo ne soočajo s stigmo le na ravni prijateljev in družine, ampak tudi na področju stroke (pravniki in zdravniki). Nedopustno je, da so zdravniki tisti, ki pacientom odsvetujejo ponovno vpetost v delovno okolje, čeprav številne raziskave (Dunn, Wewiorski in Rogers, 2008; Gahnström-Strandqvist, Liukko in Tham, 2003; Leufstadius, Eklund in Erlandsson, 2009) pričajo o ogromnem pomenu, ki ga to ima za posameznika. Ključno je torej da ozaveščamo in izobražujemo ne le laično javnost, ampak tudi strokovno javnost. Osebe z duševno motnjo so skupina posameznikov, ki se sooča s številnimi psihiatričnimi simptomi in potrebuje z druge strani podporo in spodbujanje. Bistveno je, da to sprva doživijo s strani strokovnjakov, ki z njimi sodelujejo. Posameznike s težavami v javno duševnem zdravju je treba poučiti o nesmiselnosti določenih njihovih strahov oz. o konstruktivnem soočanju z njimi. Trdim, da je ključno, da posamezniki ne glede na prepreke še nadaljnje vztrajajo pri iskanju zaposlitve. Hkrati je ključno, da jih izobrazimo na področju stigme in diskriminacije in jim tako omogočimo, da ne doživljajo negativnih čustev, npr. ko ob določeni uri jemljejo zdravila. To lahko morda dosežemo z ozaveščanjem o telesnih boleznih (težave s krvnim tlakom, sladkorna bolezen), ki prav tako zahtevajo redno vsakodnevno jemanje zdravil, tudi med delovnim časom. S tem poudarimo, da se njihova duševna bolezen ne ločuje od ostalih telesnih bolezni. In navsezadnje je treba vključiti tudi socialne delavce, ki bodo tem posameznikom razložili, katere vse dohodke s strani države bodo izgubili, vendar jim hkrati tudi prikazali, kaj oz. koliko bodo s službo sami pridobili. Zaključimo lahko, da je tukaj ključno, da jim poleg finančnih dohodkov razložimo tudi pomen na osebni ravni. To pa zato, ker bi se lahko komu zdelo lažje pridobivati različne socialne pomoči, kot pa opravljati kakšno delo. S takim načinom pa bi najverjetneje njegovo duševno zdravje ostalo mnogo slabše, kot sicer.

3.2 Pomen dela za rehabilitacijo posameznika

Lahko trdimo, da gre za dva zelo pomembna aspekta, ki se med seboj tudi prepletata. Če ima delo za posameznika dejanski pomen in v njem vidi smisel, potem je seveda neobhodno, da s tem promovira tudi boljšo in hitrejšo rehabilitacijo. V nasprotnem primeru, če bi posameznik videl delo na osebni ravni kot nekaj nekoristnega zanj in vsiljenega, potem bi lahko sklepali, da je s tem ovirana tudi njegova rehabilitacija. Osebe z duševno motnjo pa naj bi v večini primerov videle delo kot osrednji del njihovega okrevanja (Killeen, in O'Day, 2004; Krupa, 2004; Provencher, Gregg, Mead in Mueser, 2002). Delo kot tako pomemben dejavnik, je nujno, da ga vsi, ki se ukvarjajo z zdravljenjem oseb z duševno motnjo, tudi upoštevajo in ob načrtovanju obravnav vključijo.

Subjektivna poročanja oseb z duševno motnjo nakazujejo, da delo k rehabilitaciji prispeva na naslednje načine (Dunn, Wewiorski in Rogers, 2008):

- poveča samospoštovanje, saj se osebe počutijo kot potrebovane, vredne in spoštovane;
- skozi proces pridobivanja službe in njenega uspešnega opravljanja se utrdi posameznikov ponos in kompetence;
- delo dojemajo kot dnevno rutino, ki jim omogoča red in stabilizacijo, kar je še posebej pomembno v začetnem procesu okrevanja;
- pomaga se jim soočati s psihiatričnimi simptomi;
- nekateri posamezniki poročajo, da jih delo zamoti in tako niso preokupirani s svojo duševno motnjo; ter
- finančna nagrada, ki jim omogoča neodvisnost, boljše pogoje za življenje, odplačilo dolgov in na sploh poveča njihovo kvaliteto življenja.

Torej vključevanje teh oseb v samo delo, poleg kliničnega dela seveda, pomembno vpliva na celotno psihosocialno rehabilitacijo.

Vse to omogoča posamezniku, da se bolje in z večjo mero samozavesti sooča s svojo duševno motnjo. Omogoča jim, da si zgradijo na novo svojo identiteto in kreirajo način življenja. Vse zgoraj opisane točke so enako pomembne. Lahko pa bi jih še razdelili na dva pola, in sicer na tiste, ki jih lahko direktno pripišemo posamezniku, in na tiste, ki jih določi zunanje okolje. Povečanje samospoštovanja, rutina, stabilizacija, soočanje s psihiatričnimi motnjami in okupacija z delom so na ravni posameznika. Medtem ko je finančna nagrada odvisna od delodajalca. Slednji se mora močno zavedati, zakaj je potrebno, da so osebe z duševno motnjo v plačanem delovnem razmerju. Opozoriti pa je treba na tiste posameznike, katerim plačano delo prinaša prevelik stres oz. je prezahtevno glede na njihove psihosocialne sposobnosti in se raje vključujejo v dnevno-terapevtske centre ali različne dejavnosti doma (Kennedy-Jones, Cooper in Fossey, 2005 in Kirsh, 2000). V

dnevno-terapevtskem centru Barčica smo imeli primer, ko je posameznik v centru opravljal lažja dela, za katera je prejemal simbolično plačilo. V nekem trenutku se je pojavila priložnost za zaposlitev, ki jo je slednji tudi sprejel. Že po dveh dneh je opustil službo in se vrnil nazaj v center. Trdil je, da je bilo delo preveč stresno in da se ni počutil v redu. Torej ne glede na plačilo se je vrnil v okolje, ki mu je bilo bolj domače in v katerem se je počutil dobro. Trdim, da do takih primerov prihaja predvsem zaradi dveh glavnih težav: pomanjkanja dobro zastavljenih programov za integracijo posameznikov v delovno okolje in ne vključevanja zaposlovanja v proces rehabilitacije že s strani psihiatrov in delovnih terapevtov.

Provencher, Gregg, Mead in Mueser (2002) so glede na povezavo med delom in tem, kako osebe z duševno motnjo zaznavajo rehabilitacijo, predlagali tri različne profile oseb:

PROFIL 1; OKREVANJE KOT NEGOTOVO: delo je za te osebe, ki se zaznavajo kot ranljive, imajo slab občutek opolnomočenja, ki so pridobile redke socialne kontakte z drugimi in ki imajo malo upanja glede svoje delovne prihodnosti, le preživljanje časa. Zato vidijo njihov celoten proces rehabilitacije kot negotov.

PROFIL 2; OKREVANJE KOT IZKUŠNJA OPOLNOMOČENJA IN KREPITVE: gre za osebe, ki na novo rekonstruirajo svoj koncept sebe, verjamejo v možnost krepitve in opolnomočenja. Imajo pozitiven pogled na svojo prihodnost v smislu dela in zaposlitve in pri tem iščejo koristi, ki jim jih lahko ponudi družba. Te osebe gradijo na novo svojo funkcionalnost v vsakodnevem življenju skozi uspešno osebno kontrolo bolezni, ponos, ki ga doživijo ob opravljanju starih ali novih nalog v delovnem okolju, in skozi zadovoljstvo, ki ga doživijo ob komuniciranju z drugimi.

PROFIL 3; OKREVANJE KOT IZZIV: delo zaznavajo v smislu samoaktualizacije, imajo multidimenzionalen občutek sebe, počutijo se opolnomočene, imajo zadostne in recipročne odnose z drugimi ter vidijo proces rehabilitacije kot zelo obetajoč.

Skozi te tri profile lahko sklepamo, da je zelo koristno ob načrtovanju zaposlitve posameznikov z duševno motnjo upoštevati, kako oni zaznavajo delo, in jim nato temu primerno skušamo najti ustrezno delovno okolje. Zavedati se moramo, da obstajajo tudi posamezniki, katerim delo sprva lahko povzroča velik stres in potrebujejo večjo mero opolnomočenja in vpeljevanja v delovno okolje, zato, da bi se lahko nato pokazali pozitivni učinki zaposlovanja. Nujno je, da se ga vsaj dotaknemo pri vsakemu pacientu na poti njegove ozdravitve.

3.2.1 Primer na populaciji bolnikov, ki se soočajo s shizofrenijo

Stopnja zaposlenosti oseb s shizofrenijo je daleč nižja, kot pri osebah z drugimi diagnozami ali s splošno populacijo (Cook idr., 2008). Evropske študije poročajo, da je

zaposlenost oseb, ki trpijo za shizofrenijo, 15–20 odstotna (Marwaha idr., 2007), medtem ko raziskave v Ameriki poročajo okrog 17 %-ni zaposljivosti oseb s shizofrenijo, blodnjavo ali paranoidno motnjo v primerjavi z drugimi diagnozami, kjer ta podatek znaša 33 % (Cook idr., 2008).

Marušič in Temnikova (2009; Tomori in Zihlerl, 1999) simptome shizofrenije razdelita na pet področij: formalne motnje mišljenja, vsebinske motnje mišljenja, motnje zaznavanja, motnje čustvovanja, motnje hotenja in katatonske motnje, pri čemer se pri vsakem posamezniku ta klinična slika razlikuje. Najbolj očitna ovira, s katero se soočajo osebe s shizofrenijo, so predvsem negativni in kognitivni simptomi v smislu težav v medosebnih odnosih, težave z izvršitvenimi funkcijami ter kognitivni deficiti (predvsem procesiranje in učenje novih nalog) (Bevan, Gulliford, Steadman, Taskila, Thomas in Moise, 2013). Marwaha in Johnson (2004) prav tako trdita, da so negativni simptomi tisti, ki korelirajo z nezaposlenostjo, medtem ko med pozitivnimi simptomi in zaposlitvenimi vzorci ni povezave.

Kljub tem težavam je splošno sprejeto, da ima za to specifično populacijo delo številne pozitivne doprinose – od finančnih pridobitev do zmanjševanja socialne izključenosti in izboljšanja zdravja ter počutja (Marwaha in Johnson, 2004). Cook (idr., 2008) je v svoji raziskavi izpostavil: izboljšanje socialnih veščin, razvoj prijateljstva, učenje novih veščin, finančna nagrada, stabilizacija stanja, povečanje samospoštovanja in vzpostavljanje strukture dneva. Hkrati je bistveno več ponovitev epizod shizofrenije pri osebah, ki so nezaposlene (Chabungbam, Avasthi in Sharan, 2007). Tisti, ki so vključeni v delovno razmerje, imajo manj simptomov, boljše funkcioniranje ter daljše remisije (Üçök, Gorwood in Karaday, 2011). Še več, raziskovalci so pokazali, da imajo tiste osebe, ki so v plačanem delovnem razmerju, kar petkrat večjo možnost, da dosežejo funkcionalno remisijo, v primerjavi s tistimi, ki so nezaposleni oz. v neplačanem delovnem razmerju (Cook idr., 2008).

Ne glede na zapleteno klinično sliko in številne težke simptome, ki prizadenejo vsa področja človekovega funkcioniranja, največje razočaranje predstavlja to, da za nizko zaposlitveno stopnjo ni kriva specifično bolezen kot sama, ampak da večjo težo nosi interakcija med socialnimi in ekonomskimi pritiski, s katerimi se soočajo posamezniki, trg dela in fiziološke ter socialne ovire, vključno s stigmo (Marwaha in Johnson, 2004).

3.3 Prediktorji zaposlovanja

Ko govorimo o zaposlovanju oseb z duševno motnjo, lahko izpostavimo različne prediktorje, med katerimi so nekateri bolj, drugi pa nekoliko manj pomembni.

Demografski faktorji, predvsem spol, so zelo redko izpostavljeni kot bistveni (Michon, Weeghel, Kroon in Schene, 2005). Nekatere študije pa so med demografskimi spremenljivkami kot pomembne izpostavile starost in etnične skupine, saj naj bi mlajši posamezniki in tisti, ki ne pripadajo etničnim manjšinam, imeli boljše zaposlitvene izide (Cook in Rosenberg, 1994; Cook in Razzano, 1995). V tem kontekstu pa predstavlja zelo pomemben prediktor, kdaj nastopi duševna motnja. Osebe, ki izkusijo duševno motnjo v svoji mladosti, namreč z manjšo verjetnostjo pridobijo službo kasneje v življenju in imajo hkrati tudi več bolniških odsotnosti (Östman, 1991). Zaradi tega je nujno, da razvijamo tudi intervencije, ki se bazirajo predvsem na delu z mladimi ljudmi, ki so del skupine z duševno-zdravstvenimi problemi.

Kakovostnejši zaposlitveni izidi pa naj bi bili močno povezani s preteklim socialnim funkcioniranjem (Marwaha in Johnson, 2004) ter delom, ki so ga osebe opravljale pred boleznijo (Marwaha in Johnson, 2004; Cook in Razzano 2000). Sklepamo torej lahko, da osebe, ki so imele bogato socialno mrežo, ustrezne socialne odnose in vsaj nekaj delovnih izkušenj, veliko lažje in uspešnejše iščejo zaposlitev in jo nato tudi obdržijo. Morda bi lahko trdili, da posamezniku ta socialni del nudi podporo in nadaljnje treniranje socialnih veščin, pretekle izkušnje pa mu lahko služijo kot opora in spodbuda, saj ve, da je nekoč bil sposoben opravljati delo.

Na drugi strani študije, ki raziskujejo psihiatrično diagnozo, ugotavljajo, da le-ta ni pomemben prediktor (Drake, McHugo, Becker, idr., 1996; Jones, Perkins in Born, 2001). Sklepamo lahko torej, da so vse osebe ne glede, ali je njihova postavljena diagnoza shizofrenija, depresija, anksioznost ali katerakoli druga motnja, bolj ali manj enako sposobne za delo. Razmišljamo lahko tudi v smeri, da gre za osebe, ki navadno vstopajo v delovno razmerje za tem, ko so bile že zdravljene ali pa še nadaljnje jemljejo zdravila in je zato njihova psihiatrična simptomatika blažja ali popolnoma odsotna. Resnost simptomov pa se na drugi strani povezuje s slabšimi zaposlitvenimi izidi (Hoffmann, Kupper in Kunz, 2000; Rogers, Anthony, Cohen, idr., 1997). To lahko povežemo tudi z dnevi odsotnosti z dela, ki smo jih opisali v prejšnjem poglavju. Resnejši, kot so simptomi oz. hujša, kot je oblika depresije, večje je število dni odsotnosti z dela (Lépine, Gastpar, Mendlewicz in Tylee, 1997). Vendar avtorji poudarjajo, da resnost simptomov veliko manj prispeva k izidu zaposljivosti, kot pa delovne veščine, ki jih posamezniki pridobijo v preteklosti in skozi različne delovno-rehabilitacijske programe (Michon, Weeghel, Kroon in Schene, 2005).

Bolton (1983) je razkril pomembno korelacijo med pripisovanjem problema okolju in zaposlitvenimi izidi. Pokazal je, da so tisti, ki so težave in vse prepreke, s katerimi so se soočali pri iskanju služb, pripisovali okolju, z večjo verjetnostjo vztrajali in bili uspešni pri tem, kot pa tisti, ki so te težave pripisovali svoji duševni motnji. Trdim, da je ta zelo

pomembna, saj lahko prek nje še najlažje pomagamo osebam z duševno motnjo, in sicer na način, da jih izobražujemo in osveščamo o trgu dela. Statistično jim lahko pokažemo, da nezaposlenost raste, da imajo težave s pridobivanjem službe tudi zdravi posamezniki, vseh starosti in vseh možnih stopenj izobrazbe. Na tak način jim pokažemo, da njihova duševna motnja ni krive, oz. lahko vsaj omilimo pogled na duševno motnjo kot oviro pri zaposlovanju. Drugi pomemben prispevek Boltona (1983) je prikaz povezanosti med optimizmom glede zaposlitvene prihodnosti in dejansko kasnejšo zaposlitvijo. Predvsem je poudaril, da je ta optimizem povezan z zadovoljstvom v službi, vztrajanjem na delovnem mestu, iskanjem službe in dejansko kasnejšo zaposlitveno produktivnostjo. Foreman in Murphy (1996, v: Saunders, Leahy, McGlynn in Estrada-Hernandez, 2006) pa omenjata, da je pričakovanje glede verjetnosti vrnitve na delovno mesto pomembno in pozitivno povezano z dejansko vrnitvijo.

Kot bistven prediktor pa je treba omeniti še delovno-rehabilitacijske centre in IPS-model, o katerih bo govora v nadaljevanju zaključne naloge, saj naj bi posamezniki, ki niso vključeni v te programe, imeli večje težave pri vstopanju na trg dela, kot pa tisti, ki v njih sodelujejo (Biegel, Stevenson, Beimers, Ronis in Boyle, 2010).

Trdim, da so prediktorji zaposlovanja ena izmed stvari, na katere lahko najlažje vplivamo, in je zato ključno, da jih poznamo. To pa zato, ker nam omogočajo razvijanje različnih vprašalnikov in testov, s katerimi jih lahko pri posameznikih preverjamo in rezultate nato uporabimo v njihovo prid. Dober primer so zgoraj opisani izsledki intervjujev Larsona in njegovih sodelavcev (Barr, Corrigan, Kuwabara, Boyle in Gleen, 2007). Sklepamo lahko, da preko razvoja takih vprašalnikov ali morda polstrukturiranih intervjujev, ki se nanašajo na optimizem, pričakovanje, socialne mreže in osebne lastnosti, lahko tej specifični populaciji omogočamo boljše načrtovanje rehabilitacijskih programov in jim s tem omogočimo uspešnejšo in lažjo integracijo v okolje. Še več, zaključujem, da bi lahko za tem, ko so bili psihiatrični simptomi odstranjeni preko različnih psihoterapij (morda bi v tem primeru bila zelo koristna kognitivno-vedenjska terapija ali EMDR) in psihoedukacije, ojačali prediktorje, ki pozitivno vplivajo na zaposlitvene izide.

4 OVIRE, NA KATERE NALETIJO OSEBE Z DUŠEVNO MOTNJO PRI ISKANJU ZAPOSLOTITVE

V zadnjih nekaj letih je nezaposlenost vedno večji problem v večini držav. Tudi zdravi posamezniki, tisti z visoko izobrazbo in tisti, ki imajo delovne izkušnje, pri iskanju službe naletijo na številne ovire. Še posebej težko je mladim, ki iščejo rešitev v podaljševanju študija zaradi omogočenega dela preko študentskih servisov. Nato pa trčimo še ob skupino posameznikov z duševno motnjo, ki se poleg svoje duševne motnje soočajo s še večjimi ovirami, kot ostala populacija. Te osebe so v slabšem položaju zaradi karakteristik bolezni in karakteristik posameznika ter na žalost tudi diskriminacije in stigme (McAlpine in Warner, 2002). Zatrjujem, da slednja predstavlja največjo oviro, hkrati pa bi z zmanjšanjem le-te lahko imeli številčnejše in lažje intervencije na področju zaposlovanja oseb z duševno-zdravstvenimi problemi.

4.1 Karakteristike bolezni

Omenjeno je bilo že, da različne diagnoze v primerjavi med seboj ne vplivajo na zaposlitvene izide (Drake, McHugo, Becker, idr., 1996; Jones, Perkins in Born, 2001). Vendarle pa se karakteristike bolezni in simptomi med seboj razlikujejo in lahko na številne načine vplivajo na posameznika. To pa zato, ker lahko sklepamo, da jih vsak posameznik dojema subjektivno, kar pomeni, da ne moremo nikoli imeti dve osebi, ki bi čisto enako doživljale svoje simptome. Diagnoza sama po sebi morda ne predstavlja težave, pa vendarle njena vsebina, torej simptomi, kot npr. socialna izključenost, motivacija, blodnje in panični napadi, so tisti, ki so lahko v določenem trenutku zaznani kot ovira. Sama bi morda pri karakteristikah glede na MKB-10 klasifikacijo (Tomori in Zihlerl, 1999) specifično poudarila socialno izključenost in blodnje pri shizofreniji ter zmanjšane interese ali zadovoljstvo pri skoraj vseh dejavnostih oz. izgubo motivacije pri depresiji. Socialno izključenost poudarjam zato, ker so bili socialni odnosi s strani raziskovalcev izpostavljeni kot pomemben negativen faktor (Marwaha in Johnson, 2004). Na drugi strani pa anhedonija in pomanjkanje motivacije zato, ker lahko trdimo, da je motivacija ključna za človekovo delovanje. Potrebujemo jo že za to, da zjutraj vstanemo iz postelje, zato lahko zaključimo, da je nujna tudi pri iskanju službe in obdržanju le-te. Sklepamo lahko, da se s tem povezuje tudi anhedonija, namreč če nam delo ne predstavlja več užitka in nismo več zainteresirani zanj, potem tudi ne bo nadaljnje motivacije.

Blodnje sem izpostavila, ker bi lahko v primeru paranoidnih blodenj, ki bi se nanašale na delovno mesto oz. sodelavce, posameznika popolnoma odvrnile od vrnitve na delovno mesto. Ne izključujem pa tudi težave, ki jih s seboj prinaša anksioznost, panični napadi in specifične fobije. McAlpine in Warner (2002) med drugim izpostavljata še težave s koncentracijo, utrujenost in socialne interakcije, ki predvsem otežujejo možnost ohranitve

službe za dalj časa. Na tem mestu je nujno poudariti, da se z enakimi težavami soočajo tudi zdravi posamezniki, sicer morda v nekoliko manjši meri, pa vendarle.

Pomembna razlika v verjetnosti zaposlovanja pa se pojavi med osebami, ki imajo diagnosticirano le eno duševno motnjo, in med osebami, ki imajo poleg nje pridruženo še odvisnost od različnih substanc, saj naj bi pri slednjih obstajala veliko manjša verjetnost zaposlitve (McAlpine in Warner, 2002). Hkrati naj bi bili tudi dalj časa odsotni z dela, na račun bolniških odsotnosti (Östman, 1991). Backer (Drake, Bond, Xie, Dain in Harrison, 1998) je med drugim skupaj s sodelavci pokazal, da se pri komorbidnosti poveča tudi verjetnost odpuščanj in prostovoljne odpovedi.

Peterson (Pere, Sheehan in Surgenor, 2004 v Duncan in Peterson, 2007) z vidika medikamentoznega zdravljenja poudarja, da ne smemo zanemariti stranskih učinkov zdravil, ki lahko predstavljajo ogromno oviro. Trdi, da ti nezaželeni učinki včasih povzročijo obdobja, ko se posameznik ne počuti v redu in se njegova produktivnost zmanjša. Navaja predvsem težave pri koncentraciji, vzorcih spanja, povečanju utrujenosti in psihomotorično upočasnjeno, ter sklepa, da lahko ti stranski učinki vodijo do izgube službe. Paradokсно pa so prav ta zdravila velikokrat tista, ki tem posameznikom sploh omogočijo, da se znebijo simptomov in se vključijo v delovno rehabilitacijo.

Res je torej, da karakteristike bolezni predstavljajo takšno in drugačno oviro, vendar je nujno omeniti, da naj bi le 29 % oseb z resno duševno motnjo bilo popolnoma nesposobnih za delo (Barker idr., 1992, v: McAlpine in Warner, 2002). Vsi ostali pa torej imajo kapaciteto, ki jim omogoča opravljati določeno delo. Morda ne vseh, vendar pomemben del ostalih lahko torej vključimo v delovni trg in pri tem izboljšamo njihovo psihično stanje ter zmanjšamo finančno breme v državnih blagajnah.

4.2 Karakteristike posameznika

Marwaha in Johnson (2004) sta ugotovila, da pri 95 % pacientov prevladuje mnenje, da jim bo njihova duševna motnja predstavljala oviro na poti do zaposlitve. Torej se problematika pojavi že na začetku, ko jim je sploh predstavljena možnost, da bi znova pridobili službo. Zaključimo lahko, da tako razmišljanje v celoti že samo po sebi predstavlja oviro. To pa zato, ker lahko sklepamo, da tako začne prevladovati negativizem, nezaupanje in nizka samozavest. Tak način razmišljanja pa lahko znatno zmanjša hitrost integracije v delovno okolje.

Pomembno značilnost predstavlja tudi starost, saj ima velika večina duševnih motenj, z izjemo demenc, nastanek zelo zgodaj, navadno v obdobju, ko se posamezniki še šolajo ali so šele na začetku svoje kariere, to pa posledično lahko vpliva na nadaljnjo zaposlovanje (Kessler, Foster, Saunders in Stang, 1995). Zaključimo lahko, da glavna problematika

nastane zaradi nedokončane izobrazbe in hkrati pomanjkanja delovnih izkušenj. Oboje pa, kot že omenjeno, pomembno vpliva na kakovost zaposlitvenih izidov (Marwaha in Johnson, 2004; Cook in Razzano 2000).

Kot naslednjo izmed ovir lahko izpostavimo prepričanje, ki ga imajo posamezniki z duševno motnjo o možnosti zaposlitve in sploh motivaciji, da pri iskanju službe poiščejo pomoč (McAlpine in Warner, 2002). Sklepamo lahko, da so nekateri posamezniki bolj optimistično naravnani, spet drugi nekoliko manj, optimizem pa je bil na področju vstopanja v delovna razmerja izpostavljen kot pomemben faktor (Bolton, 1983 Seligman, 2009). Problem pa po drugi strani predstavlja nesprejemanje te pomoči, saj le slaba polovica izmed 61 % oseb, ki izrazi željo po asistenci, slednjo tudi prejme (Uttaro in Mechanic, 1994, v McAlpine in Warner, 2002).

Kot naslednjo veliko težavo pa Druss (Marcus, Rosenheck, Olfson, Tanielian in Pincus, 2000) na ravni posameznika označuje materialno pomanjkanje. V njegovi raziskavi je kar 29 % oseb z duševno motnjo kot razlog, zakaj niso obdržale zaposlitve, navedlo problematiko transporta. Z materialno problematiko se povezuje tudi raziskava, kjer so ugotavljali, da je bil strah pred nizko plačanim delom ena izmed večjih ovir (McQuilken, Zahniser, Novak, Starks in Olmos, 2003).

Raziskovalci so ugotovili, da težavo lahko predstavljajo tudi predsodki in samospoštovanje na ravni posameznika, ki je diagnosticiran z duševno motnjo (Marwaha in Johnson, 2004; McQuilken, Zahnister, Novak, Starks in Olmos, 2003). Bolj kot je posameznik vpet v družbo, bolj se srečuje s stigmo, in najverjetneje tudi sam začne verjeti v ta nepreverjena dejstva. Sklepamo lahko, da sebe začne zaznavati kot nesposobnega. Lahko pride tudi do prevladovanja mnenja, da ni dovolj kompetenten in zmožen za opravljanje določenega dela. Glede na tako razmišljanje lahko predvidimo, da se zmanjša njegovo samospoštovanje, kar nadaljnje le še onemogoča hitro delovno rehabilitacijo. Honey (2003) na tem nivoju poudarja problematiko pomanjkanja samozavesti, saj naj bi slednja vodila v opuščanje zaposlitvenih ciljev in vodila v iskanje službe, ki zelo malo zahteva od takšnega posameznika. Laudet (Magura, Vogel in Knight, 2002) trdi, da je ta izguba samozavesti povezana s ponotranjenim sramom, ki je dejansko nekakšna self-stigma. Trdim, da je slednja navadno zelo destruktivna, saj vodi do različnih negativnih prepričanj o sebi, ki se lahko nato realizirajo. Oseba, ki zase meni in ponotranji, da je nezanesljiva, lahko dejansko tako vedenje nato kaže na delovnem mestu (Caltraux (2003).

Nujno pa je omeniti tudi nemotiviranost, ki ne predstavlja simptom duševne motnje, ampak posledico strahu pred neuspehom ter neurejeno predhodno zaposlovanje (Laudet, Magura, Vogel in Knight, 2002). Torej ne gre za posledico duševnih težav, ampak gre za pomanjkanje motivacije, s katero se lahko sooči vsak. Le da je slednja specifično vezana

na področje zaposlovanja in ima lahko izvor v nekih zgodnjih neuspehih, ki se kažejo skozi nedokončano izobrazbo in hitro menjavanje služb. Sklepam, da so te negativne izkušnje v določenih primerih tako trdovratne, da vodijo ne le v pomanjkanje motivacije, ampak tudi v fenomen naučene nemoči (Seligman, 2009). Lahko se pripeti, da dobi oseba odlično ponudbo, vendar ostane neodzivna zaradi preteklih ponavljajočih se negativnih izkušenj.

Kot zadnjo izmed karakteristik na ravni posameznika, bi sama izpostavila pomanjkanje edukacije s strani psihiatrov, socialnih in drugih strokovnih delavcev o pomembnosti zaposlitve in njenih doprinosih k rehabilitaciji. To pa zato, ker sem sama v dnevno-terapevtskem centru Barčica prek pogovorov opazala, da je bilo posameznike strah, da bi jim delo samo še poslabšalo stanje, saj bi bilo za njih zelo stresno. Z delom so povezovali različne strahove in neuspehe ter ga dojemali kot faktor, ki bi težka pripomogel k izboljšanju. Kar pa pomeni, da niso dobili dovolj informacij, ki bi jim pomagale razumeti, kako pomembno je zaposlovanje za telesno, duševno in socialno rehabilitacijo. Dejansko je njihova delovna rehabilitacija poleg self-stigme in stigme na ravni družbe onemogočena tudi s strani strokovnih delavcev.

4.3 Diskriminacija in stigma

Stigma je ena izmed največjih težav oseb z duševno motnjo, saj je ključen negativen dejavnik, ki vpliva na enakost in socialno vključenost (Marušič in Temnik, 2009). Osebe s psihiatričnimi težavami so zaradi svoje diagnoze označene kot neenake in posledično tudi diskriminirane na vseh področjih življenja, med katera spada tudi zaposlovanje. Nujno je, da te posameznike znova integriramo v družbo, a je stigma tista, ki jim to onemogoča (Krupa, Kirsh, Cockburn in Gewurtz, 2009). Zaključimo lahko, da so karakteristike posameznika in bolezni tiste, na katere lahko vplivamo z zdravlili in psihoterapijami. V največji meri so odvisne od posameznika in njegove želje, medtem ko stigma živi na ravni družbe in na njo zato veliko težje vplivamo. V eni izmed študij so raziskovali razloge za diskriminacijo na delovnem mestu in ugotovili, da je daleč največ oseb kot razlog navedlo psihiatrične težave (73,3 %), medtem ko so bile na drugem mestu ekonomske okoliščine (51,5 %) ter na zadnjem mestu država izvora (9,8 %) (Corrigan, Thompson, Lambert, Sangster, Noel in Campbell, 2003). Perlick (2001) pa je v svoji raziskavi pokazal, da predsodki in diskriminacija predstavljajo glavna oviro na poti rehabilitacije posameznika, ker onemogočajo obnovo posameznikovega samospoštovanja, občutka, da so na svetu z namenom, ter na sploh kvarijo kvaliteto življenja.

Prvi in osnovni predsodek je razmišljanje, da so osebe z duševno motnjo nesposobne opravljati kakršnokoli delo (Russinova, Griffin, Bloch, Wewiorski in Rosoklija, 2011). S takim načinom razmišljanja osebam že vnaprej onemogočimo začetek. Na njih ne gledamo kot na potencialne delavce. Še več, morda jih vidimo kot nekoga, ki nima možnosti, da bi

vstopil na trg dela. Krupa (Kirsh, Cockburn in Gewurtz, 2009) je s sodelavci raziskoval, kateri predsodki so tisti, ki jih ljudje povezujejo z zaposlovanjem te specifične skupine, in izpostavil slednje:

- pomanjkanje kompetenc, da bi bili zmožni opravljati delo in se spoprijeti z delovnimi nalogami, med katere uvrščajo tudi socialne odnose;
- nevarnost in nepredvidljivost teh oseb na delovnem mestu;
- duševna bolezen ni zakonita bolezen;
- delo ni zdravo za osebe z duševno motnjo;
- omogočanje zaposlitve tej specifični skupini populacije spada pod dobrodelnost.

Foster (2006) je raziskoval odnos nadrejenih do oseb s shizofrenijo. Prevladovalo je mnenje, da gre za osebe, ki so »znorele«, imajo razcepljeno osebnost in so zato nepredvidljive in nevarne. Trdim, da tako razmišljanje le nakazuje na pomanjkanje izobrazbe na področju duševnega zdravja in duševnih motenj. Prav tako je stigma močno povezana tudi z depresijo (sicer v manjši meri, kot s shizofrenijo, predvsem na področju nasilja), vendar je na tem mestu treba poudariti, da gre predvsem za self-stigmo, saj se osebe krivijo, ker so čustveno šibke in neproduktivne (Crisp, Gelder, Rix, Meltzer in Rowlands, 2000).

Poleg samih oseb z duševno motnjo in splošne populacije so tudi delodajalci tisti, ki menijo, da se ti posamezniki niso sposobni spoprijemati s stresom in bodo zato potrebovali veliko več dela odsotnih dni (Stromwall, 2002). Ko je v nekem trenutku tako mnenje zasidrano v glavah slednjih, lahko sklepamo, da je skoraj nemogoče, da bi bili pripravljeni ponuditi zaposlitev. Prav delodajalci pa so tisti, ki imajo moč, da izključijo te posameznike iz trga dela in s tem prispevajo k ogromnim izgubam tako na ravni skupnosti kot tudi na ravni posameznika (Warner in Mandiberg, 2003). Sama diskriminacija pa se lahko kaže na različne načine, kot npr. v sovražnosti ostalih sodelavcev in velik pritisk na razgovoru ali praksi, ki posamezniku povzroči tako velik stres, da pokaže zelo nizko sposobnost (McLaren, 2004, v Duncan in Peterson, 2007). Ena izmed najhujših možnosti pa je povzročanje takega stresa, da posameznik znova razvije simptomatiko duševne motnje in ima zato delodajalec razlog, da ga odpusti (Overell, 2001, v Duncan in Peterson, 2007). Delodajalci imajo predvsem skrbi, ki se nanašajo na zmožnost posameznika za delo (kvaliteta in kvantiteta, trajanje zaposlitve, abstintizem in nizka fleksibilnost), delovno osebnost (potreba po neprestanem nadzoru, težave pri sledenju navodil in nizka sposobnost socializacije) in simptome (Diksa in Rogers, 1996).

Glede na izsledke zgoraj opisanih raziskav lahko sklepamo, da morajo biti intervencije na področju stigmatizacije usmerjene tako na posameznika z duševno motnjo kot tudi na širšo družbo in specifično na delodajalce. Foster (2006) na tem mestu poudarja še

medije, saj naj bi ti bili po njegovem mnenju tisti, ki največ prispevajo k stigmatizaciji. Torej, če začnemo z mediji, bi lahko skušali zagotoviti strokovno poročanje o duševnih motnjah. Velikokrat se zgodi, da so članki v časopisih, ki so vezani na temo z duševnimi motnjami, navadno le negativni. Povezujejo se z umori, samomori in nasiljem. Če bi uspeli ozavestiti medije, bi s tem naredili velik korak tudi k izobraževanju širše javnosti. To je ključnega pomena, saj je veliko lažje dostopati in spreminjati stališča posameznikov, kot pa doseči neke velike spremembe na ravni družbe. Tu pa mediji odigrajo veliko vlogo. Zatrjujem, da so sredstvo za spreminjanje kolektivnega uma. Ko enkrat spremenimo ali vsaj omilimo stigmo na ravni družbe, se lahko specifično lotimo delodajalcev. To bi lahko počeli preko različnih strokovnih delavnic in seminarjev. Preko projektov bi lahko spodbujali njihovo vključevanje v delovno-rehabilitacijske programe, kjer bi se sami prepričali o zmožnostih oseb z duševno motnjo. Sicer jim lahko teoretično razlagamo in prikazujemo dejstva, vendar je veliko bolj učinkovito, če se prepričajo na lastne oči. In navsezadnje je na vrsti še destigmatizacija posameznika. Trdim, da lahko s psihoedukacijo naredimo veliko, še preden se ti posamezniki sploh vključijo v dnevno-terapevtske ali delovno-rehabilitacijske centre. Priučimo jim pomen, ki jih ima zaposlovanje za njih, jim razbijemo strah, vlijemo voljo, in morda najpomembnejše, omogočimo, da razvijejo motivacijo. Že tukaj lahko počasi dosežemo, da se self-stigma zmanjša. Kasneje, ko se pridružijo različnim programom, ki strmijo k zaposlovanju oseb z duševno motnjo, pa v praksi doživijo občutke samozadostnosti, samospoštovanja in sposobnosti za delo ter socialne interakcije (Boardman, 2003). To jim omogoča, da se otresejo vseh neutemeljenih prepričanj, ki so jih imeli glede sebe, trga dela in na sploh zaposlovanja.

5 TRADICIONALNA DELOVNA REHABILITACIJA

Tradicionalna delovna rehabilitacija oz. »predpoklicno treniranje« je pripravljanje posameznikov za vstop na kompetitivni trg dela, kjer bodo pridobili dolgotrajno stalno zaposlitev in ustrezno enakopravno plačilo v primerjavi z ostalimi sodelavci (Boardman, Grove, Perkins in Shepherd, 2003). Zagovarja, da je nujno, da obstaja določeno obdobje priprave (Gournellis, Triantafillou, Madianos, Tsinia, Ploumpidis in Tomaras, 2010).

Preden se dejansko začne osrednji del delovne rehabilitacije, potekajo ocenjevanja, prek katerih se ugotavlja, ali je posameznik zmožen dokončati »poklicni trening« in kasneje uspešno opravljati svoj poklic (Stein, 1894). Nekateri bi morda trdili, da je pri takem pristopu problem, da tisti, ki ne opravijo tega testa, ne morejo vstopiti v program. Treba pa je upoštevati, da bi vstop v tak program za posameznika, ki ni še pripravljen, lahko predstavljal ogromen stres in morda celo poslabšanje simptomov. Lahko bi prišlo do povečanega občutka sramu in nesposobnosti, saj bi bil obkrožen z osebami, ki so vsaj na videz bolj kompetentne. To pa bi lahko nadaljnje vodilo v obup in negativizem glede dejanske zaposlitve. Seveda sklepam in poudarjam, da bi morala biti ob ne zadovoljivem rezultatu nujna nadaljnja intervencija, preko farmacevtskega zdravljenja, psihoterapije ali kombinacije obeh, ki bi nato omogočila vstop v program.

Boardman (2003) proces delovne rehabilitacije razčleni na štiri glavna področja: pridobivanje poklicnega znanja prek različnih delavnic, treniranje socialnih veščin, prehodna zaposlitev v službah, ki so navadno v lasti rehabilitacijskih agencij, in usposabljanje za delo v skupinah.

Delavnice so zastavljene tako, da predstavljajo realno delovno okolje, stimulirajo podjetja ali tovarne, kjer »zaposleni« opravljajo različne delovne naloge in tako postopoma v netekmovalnem okolju razvijajo zmožnost za delo (Stein, 1984). Trdimo lahko, da je netekmovalno okolje pomemben faktor, saj lahko privede do tega, da so posamezniki bolj sproščeni, manjši je občutek sramu in manjši je pritisk, ki ga občutijo. Posameznik se znajde v skupini posameznikov, ki imajo prav tako duševno-zdravstvene težave, to mu morda omogoča, da se počuti bolj integriranega, manj drugačnega in vsaj enako sposobnega, kot ostali. Kot trdi Stein (1984), morajo biti delavnice zastavljene tako, da omogočajo doseganje naslednjih ciljev:

- uspešne delovne izkušnje, ki nevtralizirajo posameznikovo nizko samospoštovanje in strah pred neuspehom;
- testiranje realnosti, ki preprečuje tesnobo, povezano z opravljanjem dejanskih nalog, ki jih poda delodajalec;
- prilagajanje na kompetitivne zahteve dela;

- sposobnost živeti s psihiatričnimi simptomi oz. kvalitetno živeti z duševno motnjo;
- povezavo z delovnimi servisi, ki lahko omogočijo nadaljnjo zaposlitev.

Sklepamo lahko, da so posamezniki, ko enkrat opravijo usposabljanje prek delavnic, pripravljeni za prehodno delo. Slednje lahko predstavlja tudi krajše prostovoljno delo, vendar je nujen člen tako zastavljenega modela, saj lahko potencialno vodi tudi do službe s plačilom (McManus, 1982, v: Stein, 1984). Poleg tega, da posameznik dejansko pridobiva praktična znanja, mu to omogoča, da se predstavi v celoti z vsemi svojimi kompetencami, brez kakršnekoli obveze delodajalca, da bi ga nato zaposlil. V veliki prednosti je, kot če bi si moral najprej sam poiskati dejansko plačano službo, saj bi ga pri tem najverjetneje močno ovirala stigma in diskriminacija. Hkrati pa ima tak pristop tudi pomembno psihološko funkcijo, saj na nek način pomaga posamezniku preprečevati psihološko regresijo in ohranja večšine (od kognitivnih do psihomotornih) v času, ko so osebe nezaposlene, saj nujno potrebujejo priznanje in socialno odobravanje (Stein, 1984). Vse to pa v najboljšem primeru vodi do plačanega delovnega mesta. Zaključimo lahko, da to prehodno obdobje omogoča tudi to, da se posameznik zave pomembnosti in vseh prednosti, ki jih prinaša zaposlovanje, saj to izkusi na svoji lastni koži. To mu nato najverjetneje tudi omogoča željo, voljo in vztrajnost, da si začne iskati pravo zaposlitev.

Iz tabele 5.01. lahko razberemo merljive karakteristike, ki sta jih avtorja Distefano in Pryer opredelila kot nujne pri ocenjevanju uspešnosti posameznika v delovno-rehabilitacijskem programu. Z vidika celote gre za lastnosti, ki bi jih lahko testirali tudi pri zdravih posameznikih, saj gre za pomembne vidike na področju zaposlovanja. Vendar kljub možni posplošitvi na vso populacijo, je taka razčlenitev uporabna, saj bi lahko z njeno pomočjo omogočili pridobivanje take službe, ki jim trenutno najbolj ustreza. Npr. če opazimo, da oseba ni zelo pozorna na detajle, nam bo to smernica, da tako osebo ne bomo postavili v okolje, ki zahteva preciznost in perfekcionizem. Tako mu lahko olajšamo vsaj začetek. Če bi še nekoliko bolj dovršili test in ga še bolj poklicno usmerili glede na lastnosti, ki so ključne za določena delovna področja, bi s tem lahko naredili velik korak za uspešno integracijo na delovno mesto.

Tabela 5.01.

*Kriterij za merjenje uspešnega opravljanja delovno-rehabilitacijskega programa
 (Distefano in Pryer, 1970).*

Delovne navade in veščine	Interpersonalne veščine	Matematično in verbalno razumevanje	Splošne karakteristike
Dokončanje nalog	Sodelovanje	Razumevanje napisanih navodil	Videz
Prilagajanje na spremembe na delu	Sprejemanje avtoritete	Zmožnost reševanja preprostih matematičnih problemov	Vodenje
Organizacija dela	Odnosi z drugimi		Skrb za orodja
Iniciativa	Zmožnost spoznavanja drugih ljudi Zmožnost sodelovanja pri skupinskih razpravah		Upoštevanje varnostnih postopkov
Učinkovitost pri strukturiranem delu			
Učinkovitost pri nestrukturiranem delu	Verbalno izražanje		
Razumevanje ustnih navodil			
Spretnost pri finih gibih			
Spretnost pri velikih gibih			
Urejenost na delu			
Delo brez supervizije			
Pozornost na detajle			

Ko posamezniki z duševno motnjo preidejo vse te faze, nastopi na vrsto iskanje službe, za katero bodo plačani. Pri tem pomembno vlogo odigrajo t. i. prezaposlitvene svetovalne službe, katerih poslanstvo je, da individualno obravnavajo in nudijo pomoč glede vseh vprašanj in birokracije (kot so npr. prošnje), s katerimi se posameznik sooča, ko dejansko vstopa na trg dela (Stein, 1894). Dejansko torej lahko omenjene svetovalne službe predstavljajo neko podporno skupino in posamezniku nudijo občutek varnosti. Sam model je sicer zelo dobro zastavljen, vendar ga novejši modeli, predvsem IPS, izpodrivajo, saj naj bi bil ta v primerjavi s slednjim veliko manj učinkovit (Grove, 2001; Tsang, 2011).

6 IPS-MODEL (INDIVIDUAL PLACEMENT SUPPORT)

Servis za zaposlovanje s podporo ali t. i. »supported employment service« je storitev, ki osebam z duševno motnjo nudi pomoč pri čimprejšnji integraciji v kompetitivno delovno okolje, brez da bi pred tem bile opravljene predhodne delovno-rehabilitacijske delavnice (Crowther, Marshall, Bond in Huxley, 2001). Grove (2001) trdi, da je IPS izmed vseh modelov najbolj učinkovit, saj izsledki kažejo, da osebe, ki so del tega programa v večji verjetnosti pridobijo in obdržijo službo, za katero nato prejemajo tudi plačilo. Tak način dela je močno olajšal in pospešil pot do pridobivanja prve zaposlitve po okrevanju (Marwaha in Johnson, 2004).

Kikuko, Bond in Drake (2009) pri zastavitvi modela izpostavljata predvsem:

- osredotočenost na kompetitivno zaposlitev,
- dostopnost podpore vsem, ki želijo delati,
- hitro iskanje službe,
- pozornost na pacientove želje glede servisov in iskanja dela,
- individualizirana in dolgotrajna podpora,
- sodelovanje zaposlitvenih strokovnjakov skupaj z rehabilitacijsko ekipo, in
- osebno svetovanje o vseh prednostih zaposlovanja.

Podobne iztočnice izpostavljajo tudi drugi avtorji (Nygren, Markstro, Svensson, Hansson in Sandlund, 2011; Tsang, 2011; Crowther, Marshall, Bond in Huxley, 2001). Bond (1989) opisuje, da je pri kompetitivni zaposlitvi bistveno to, da agencije, ki se ukvarjajo s tako vrsto podpore, usmerjajo svoja sredstva v razvoj rehabilitacijskih storitev in v omogočanje ohranjanja zaposlitve bolj, kot na same dnevne aktivnosti, s katerimi se ukvarjajo v različnih centrih in poklicnih delavnicah. Iz tega lahko sklepamo, da se ne osredotočajo toliko na sam proces rehabilitacije, v smislu grajenja na posameznikovi samozavesti, samospoštovanju, izobraževanju in izpopolnjevanju delovnih veščin, ampak je primarni cilj čim hitrejša pridobitev službe. Hkrati Bond poudarja, da je lahko v program sprejet vsak posameznik ne glede na simptomatiko, izkušnjo in preteklo delovno zgodovino, bistveno je le, da izrazi željo do dela. Trdi, da posamezniku same izkušnje lahko sicer pomagajo pri hitrejšem iskanju primerne zaposlitve, vendar se delo išče glede na preference posameznika, ne pa glede na ostale spremenljivke. Sklepamo torej lahko, da agencije veliko delajo na tem, da posameznika ne postavijo v prvo službo, ki se pojavi, ampak da močno sledijo željam, ki jih oseba izrazi.

V primerjavi s klasičnim modelom delovne rehabilitacije je IPS-model bolj učinkovit na področju zaposlitvenih izidov v smislu višje stopnje zaposlitve, boljše poklicne uspešnosti, dlje časa trajajoči zaposlitvi in višjih zaslužkih (Grove, 2001). Osebe, ki se soočajo s

psihiatričnimi simptomi, naj bi se s pomočjo ustrezne podpore v 58 % redno zaposlile (Crowther, Marshall, Bond in Huxley, 2001). Tsang (2011) je v svoji raziskavi ugotovil, da je 61,5 % oseb, ki so sodelovale v IPS-u, uspešno obdržale zaposlitev, medtem ko je bilo le 6,1 % tistih, ki jim je to uspelo s pomočjo udeležbe v tradicionalnem delovno-rehabilitacijskem programu. Primerjavo med tema dvema pristopoma je opravil tudi Kikuko (Bond in Drake, 2009) in ugotovil podobno. Skupina, ki je bila del IPS-a, se je kot veliko boljša izkazala na treh področjih: pridobivanju službe, trajanju delovnega razmerja in številu delovnih dni, pri tem pa na razlike niso vplivali spol, starost in rasa. Še posebej je pomembno poudariti število delovnih dni, saj so delodajalci navadno v strahu, da bodo te osebe imele visoko stopnjo abstintizma. Seveda nam ta številka ne pove nič v primerjavi z zdravo populacijo, vendar lahko iz nje sklepamo, da lahko z ustrezno intervencijo vsaj v neki meri na to vplivamo, sicer se rezultati najverjetneje ne bi razlikovali.

Na drugi strani pa naj bi bil razlog za odpovedi ali odpuščanja, kljub sodelovanju v IPS-programu, večinoma na račun resnih deficitov v medosebnih odnosih in socialnem funkcioniranju (Corrigan, Schade in Liberman, 1992, v: Tsang, Fung, Leung, Li in Cheung, 2010). Tukaj bi tudi sama izpostavila pomanjkljivost, ki jo vidim pri tem modelu. Osebe so postavljene v delovno okolje brez nekkih priprav. Morda je res, da same poklicne večšine lahko razvijejo skozi poklic, vendar je učenje socialnih veščin v takem okolju najverjetneje zelo oteženo. Vzrok za to je, ker se morajo sprva skoncentrirati na delovne izide, hkrati pa so obkroženi z večinoma zdravimi posamezniki, ki so utečeni v svoje delo in imajo različne pristope v smislu interakcije z osebo, ki je diagnosticirana z duševno motnjo. Tako je dejansko neomogočeno kvalitetno razvijanje socialnih veščin, saj se predvideva, da so le-te že razvite in da se bo posameznik takoj vključil v to okolje.

Seveda pa ustanavljanje takih servisov ni zastonj, zato je treba vlagatelje (v večini primerov sklepam, da so to države) prepričati o koristnosti ustanavljanja. Grove (2001) je v ta namen ekonomsko preračunal, ali se bolj splača imeti osebe z duševno motnjo hospitalizirane oz. v dnevnikih centrih, ali pa vključene v IPS. Njegovi rezultati so pokazali, da je v slednjem primeru strošek, kljub intenzivni in dolgotrajni individualni podpori, ki jo ti posamezniki prejemajo, veliko manjši (Grove, 2001). S tem je izpostavil, da ima tudi država korist od tega. Zmanjšanje hospitalizacij pa se ne bi odražalo le v ceni, ampak najverjetneje tudi v čakalnih vrstah in učinkovitosti zdravstvene oskrbe.

Tako model tradicionalne rehabilitacije kot IPS-model sta torej pristopa, s katerimi pomembno vplivamo na zaposlovanje oseb z duševno motnjo. Ne glede na to, da se je IPS-model izkazal, kot bolj uspešen (Grove, 2001; Tsang, 2011), bi sama predlagala kombinacijo obeh. Tako bi zapolnili še ostale pomanjkljivosti. Kombinacijo teh dveh pristopov je predlagal tudi Tsang (2011), ki je razvil t. i. ISE-program (integrated supported employment). S takim pristopom zapolnjuje predvsem pomanjkanje razvoja

socialnih veččin pri IPS-modelu. V svoji študiji je ugotovil, da imajo osebe, ki so vključene v ISE-program veliko višje stopnje zaposlovanja in hkrati so slednje tudi dolgotrajnejše. Kljub temu pa je večina intervencij, predvsem v ZDA, še vedno baziranih na IPS-modelu (Burns, idr., 2007).

Po študiju relevantnega gradiva, iz katerega sta sledila zgoraj opisana modela, zaključujem, da bi bil idealen program sestavljen na sledeč način:

1. Sprva bi morali zagotoviti ustrezno interdisciplinirano ekipo, v kateri bi morali sodelovati psihiatri, psihologi, ekonomisti, socialni delavci, pravniki in delovni terapevti.
2. Sledilo bi sestavljanje možnih podjetij oz. delodajalcev, ki bi bili pripravljene sodelovati s temi servisi in omogočati zaposlovanje (seveda jih je treba najprej izobraziti in jim podati razloge, zakaj naj to sploh storijo).
3. Posameznik bi pred vstopom v program individualno opravil pogovor z zgoraj omenjeno ekipo, kjer bi izrazil svoje želje in pričakovanja. Hkrati bi bilo zelo koristno, če bi imeli razvite in standardizirane teste, s katerimi bi ugotavljali določene lastnosti, ki pomembno prispevajo k zaposlovanju (vendar pod nikakršnim pogojem ne bi nikogar iz programa zaradi rezultatov izločili).
4. Ob sprejemu v program bi posameznik sodeloval v delavnicah, v katerih bi razvijal tako socialne kot poklicne veščine.
5. Ves čas bi mu bila hkrati zagotovljena tudi individualna pomoč pri istočasnem iskanju službe.
6. Ko bi posameznik enkrat službo pridobil, bi seveda ta individualna podpora še vedno trajala, to pa zato, ker se dejansko delovno okolje razlikuje od tistega, ki ga doživijo prek delavnic (v smislu stopenj stresa, srečevanja s stigmo itd.).
7. Za tiste osebe, ki so že del plačanega delovnega razmerja, pa bi organizirala še dve obliki srečanj, in sicer: s tistimi, ki so prav tako pridobili službo, in s tistimi, ki šele vstopajo v ta program. Ta točka je pomembna, saj na tak način posamezniku omogočimo, da je v stiku z osebami, ki so v podobnem položaju, kot on. To jim omogoča razpravljanje, saj so vsi postavljeni v neko delovno okolje, kjer se srečujejo s pozitivnimi in negativnimi posledicami le-tega. Na drugi strani, pa lahko še bolj izboljšamo integracijo teh posameznikov v družbo in njihovo celotno rehabilitacijo s tem, ko jim damo občutek, da so lahko oni tisti, ki pomagajo drugim – torej v tem primeru tistim, ki šele vstopajo v program.

7 KAKŠNO NAJ BO DELOVNO OKOLJE, DA PREDSTAVLJA OZDRAVITVENI FAKTOR, NE PA SPROŽILNEGA?

Številni avtorji podpirajo tezo, da je zaposlovanje za osebe z duševno motnjo izjemno pomembno in da omogoča učinkovito integracijo v družbo (Crowther, Marshall, Bond in Huxley, 2001; Burns idr., 2007; Bond in Drake, 2008; Dunn, Wewiorski in Rogers, 2008). Trdim, da pri tem največjo vlogo odigra delovno okolje. Na to spremenljivko bi morali biti najbolj pozorni, saj bi se lahko hitro zgodilo, da se delovno okolje iz ozdravitvene spremenljivke spremeni v sprožilno. Ko Marušič in Temnikova (2009) opisujeta kazalce javnega duševnega zdravja, med njima izpostavita tudi stres na delovnem mestu, s katerim močno povezujeta abstentizem. Torej lahko sklepamo, da je stresno delovno okolje razlog za večkratne in daljše bolniške odsotnosti. Poleg abstentizma pa se zaradi stresa, ki je povezan z večjimi zahtevami delodajalcev in manjšo gotovostjo pri ohranjanju službe, povečuje verjetnost duševnih motenj, predvsem depresije (Tennant, 2001). Ostale težave, ki se lahko pojavljajo, pa vključujejo izgorevanje, zlorabo alkohola, psihosomatsko simptomatiko, kronično utrujenost, poškodbe (Hotopf in Wessely, 1997) in druge bolezni, pri čemer so predvsem izpostavljene srčno-žilne bolezni (Vahtera, Kivimäki, Pentti, in Theorell, 2000). Torej imamo na eni strani delovno okolje kot grožnjo zdravemu prebivalstvu, na drugi strani pa je to ena izmed velikih možnosti rehabilitacije na psihološkem, socialnem in simptomatskem nivoju. Iz tega lahko sklepamo, da je nujno, da smo posebej pazljivi, v kakšno okolje postavimo osebe, ki so se že soočale s psihiatričnimi motnjami. Skleпам, da bi nezdravo okolje le še pripomoglo h krajšim remisijam in povratku simptomov. Zato je ključno, da razvijamo in skrbimo, da imajo vsa podjetja oz. delovna mesta karakteristike, ki promovirajo in pozitivno vplivajo na duševno zdravje. Trdim, da je to osnovna pravica že po Ustavi Republike Slovenije.

Svetovna zdravstvena organizacija ali WHO (2007), izpostavlja štiri ključna področja, na katera lahko in moramo vplivati z namenom izboljševanja delovnega okolja. Ta področja pa so: fizično delovno okolje, psihosocialno delovno okolje, viri osebnega zdravja na delovnem mestu in vključevanje tako podjetij kot tudi njihovih delavcev v družbo. Torej gre dejansko za preplet štirih pomembnih dejavnikov, ki se med seboj ne izključujejo. Tako kot Marušič in Temnikova (2009) trdita, da ni duševnega zdravja brez telesnega zdravja in obratno, lahko zaključimo, da ni zdravega psihosocialnega okolja brez zdravega fizičnega okolja.

WHO (2007) pri fizičnem okolju izpostavlja predvsem strukturo, zrak, stroje, pohištvo, produkte, kemikalije, materiale in produkcijsko-proizvodne procese. Trdijo, da slednji lahko vplivajo tako na varnost kot na samo psihično zdravje. Kot največje grožnje navajajo: kemične (pesticidi, azbest, tobačni dim), fizične (hrup, obsevanje, vibracije, vročina), biološke (hepatitis B, malarija, virus HIV, tuberkuloza), ergonomske

(ponavljajoča dvigovanja težkih stvari, nenavadni telesni položaji), mehanske (nevarnosti, ki so povezane z dvigovanjem, viličarji in dvigali), energetske (elektrika, padci z višine) in mobilne (vožnja na ledu, v nevihtah). Izmed fizičnih bi lahko specifično pri osebah z duševno motnjo poudarili predvsem hrup zaradi odkrenljivosti in motenj pozornosti, ki se pojavljajo pri nekaterih duševnih motnjah (Tomori in Ziherl, 1999). Sklepamo lahko, da bi hrup predstavljal moteč dejavnik pri koncentraciji na poklicne naloge. Oseba bi svojo pozornost neprestano iz svojih delovnih obveznosti najverjetneje preusmerjala na hrup, posledično pa bi se lahko njena produktivnost in učinkovitost tako zmanjšala.

Med psihosocialne faktorje na drugi strani po WHO-ju (2010) vključujejo: organizacijsko kulturo, odnose, vrednote, prepričanja in vsakodnevno prakso oz. izkušnje na tem področju. Faktorje, ki lahko povzročijo čustveni ali mentalni stres, imenujejo *delovni strestorji*. Kot primere navajajo: revno delovno organizacijo (težave z delovnimi ukazi, časovni pritisk, zmožnost odločanja, nagrade in prepoznavanje, podpora s strani nadzornikov, jasnost delovnih nalog, sam načrt dela in revna komunikacija), organizacijsko kulturo (pomanjkanje politike in običajne prakse, povezane z dostojanstvom in spoštovanjem, spolna diskriminacija, stigmatizacija zaradi virusa HIV, netoleranca glede etične ali verske raznolikosti in pomanjkanje podpore za zdrav življenjski slog), načine kontrole in ukazovanja s strani managementa (nizka stopnja posvetovanj z delavci, nizka stopnja pogajanj, dvosmerne komunikacije, konstruktivnega feedbacka in spoštovanja), slabo podporo pri uravnovešenju poklicnega in zasebnega življenja, ter strah pred izgubo službe zaradi združitvev z drugimi podjetji, s prevzemom in reorganizacijo trga dela. Lee in Ashforth (1996) trdita, da lahko izide negativnega stresa pomembno zmanjšamo preko: podpornega socialnega okolja, ki vključuje sodelavce in nadzornike, kohezijo med vsemi zaposlenimi, avtonomijo, uporabo znanja, pohval in nagrad, ter s poudarkom na načrtovanju in učinkovitosti. Zatrjujem, da lahko ob upoštevanju teh determinant, ustvarimo ustrezno okolje za rehabilitacijo osebe z duševno-zdravstvenimi problemi. Če posamezniku nudimo ustrezno socialno podporo, je to ključnega pomena pri zmanjševanju socialne simptomatike, ki se pojavlja pri določenih boleznih. Podporno socialno okolje je morda celo ena izmed ključnih stvari. To pa sklepam zaradi same problematike stigme, ki vpliva predvsem na posameznikovo psiho. Če posameznik vstopi v okolje, kjer ga nadrejeni in sodelavci podpirajo, bo najverjetneje sprva razvil občutek pripadnosti, enakosti in motiviranosti za nadaljnje delo. To bi lahko bila pomembna iztočnica za nadaljnji korak v smislu dela in razvijanja poklicnih veščin. V nasprotnem primeru, torej v okolju, kjer se srečuje s stigmo in diskriminacijo s strani ostalih, pa se najverjetneje zelo zviša stopnja stresa, ki ga ob tem doživlja. Sklepamo lahko, da se mu s tem onemogoči razvoj samospoštovanja, samozavesti, motivacije ter zmožnosti za delo. Nadzorniki so nadaljnje pomembni zaradi same organizacije in strukture dela, pa vendarle je hkrati zelo pomembno, da je posameznik tudi avtonomen. Trdim, da avtonomija nudi posamezniku občutek učinkovitosti in uspešnosti. Če bi posamezniku z duševno motnjo ostali ves čas

ponujali pomoč in ga preverjali, bi lahko s tem povzročili subjektiven občutek odvisnosti od drugih, ki bi ga lahko povezoval z občutkom nesposobnosti, da sam opravi delo. Razmišljamo lahko v smeri, da je tako okolje le destruktivno in prav nič ne pripomore k sami rehabilitaciji in integraciji. Na drugi strani pa je pomembno, da te posameznike tudi pohvalimo in jih tako nagradimo, saj jim tako damo vedeti, da so nekaj storili tako, kot je treba. Morda je to lahko eden izmed načinov, s katerim jih še bolj motiviramo za nadaljnje delo. Ne nazadnje pa bi poudarila še pomen načrtovanja v smislu kratkoročnih in dolgoročnih ciljev, ki naj bi jih posameznik v nekem časovnem obdobju skušal doseči. To bi mu hkrati nudilo motivacijo, strukturo in organizacijo dela.

WHO (2010) nadaljnje opisuje tretji faktor, in sicer: vire osebnega zdravja na delovnem mestu. Trdi, da so zaposlitveni pogoji in pomanjkanje znanja tisto, kar onemogoča posamezniku, da sledi zdravemu življenjskemu slogu in tako vzdržuje svoje zdravje. Opisujejo predvsem problematiko fizične neaktivnosti (zaradi velikega števila delovnih ur, stroškov fitnesa ali druge opreme in pomanjkanje fleksibilnosti glede trajanja delovnih odmorov), nezdravega prehranjevanja (slab dostop do ustreznih obrokov, nezadostna količina časa za odmore in nezadostne kapacitete za shranjevanje zdrave hrane), kajenja (omogočeno in dovoljeno kajenje na delovnem mestu), nediagnosticiranih in nezdravljenih bolezni (onemogočen dostop do primarnega zdravstva) ter pomanjkanje znanja za preprečevanje virusa HIV in AIDS-a. Ukrepi, ki jih predlagajo, so omogočanje in spodbujanje telesnih aktivnosti, zdrava prehrana na delovnem mestu, fleksibilnost v času trajanja odmorov, uvajanje politike proti kajenju in omogočanje programov, ki spodbujajo prenehanje kajenja, ter dostopnost zaupnih zdravstvenih servisov.

Na tem mestu vidim pomanjkanje opisovanja problematike duševnega zdravja. Večinoma se osredotočajo na preprečevanja AIDS-a in dostopa do primarne zdravstvene oskrbe. Trdim, da bi se na tem mestu morali osredotočiti še na presejalne teste za duševne motnje, ki bi omogočili, da na hiter način dovolj zgodaj ugotovimo simptomatiko psihiatričnih bolezni. Hkrati bi morali na tem mestu izpostaviti tudi preventivo in ozaveščanje glede duševnih motenj in dostop na primarni ravni vsaj do psihologov. Zelo pomembno pa je, da izpostavljajo fleksibilnost in trajanje odmorov; to je ena izmed večjih prednosti za osebe z duševno motnjo, saj jim to olajša jemanje zdravil, v kolikor jih še vedno jemljejo. Sami bi si lahko odredili, kdaj bodo imeli odmor, kar bi jim omogočalo mirno in točno jemanje.

In navsezadnje organizacija WHO opisuje vključevanje podjetij in njihovih delavcev v družbo. S tem misli predvsem na aktivnosti, ki se tičejo nadzora onesnaževanja (izpusti plinov, produkcija, voda), podpiranje presejalnih testov in zdravljenja HIV infekcij, tuberkuloze in drugih bolezni z visoko prevalenco, razširjanje brezplačne ali subvencionirane primarne zdravstvene oskrbe za delavce in njihove družine, ustanavljanje politike enakopravnosti spolov (za zaščito žensk oz. drugih ranljivih skupin, tudi ko to

zakon ne zahteva), omogočanje brezplačne ali vsaj privoščljive edukacije, zagotavljanje vodstva in strokovnega znanja, povezanega z zdravjem in varnostjo, zmanjševanje spustov dušikovega oksida, razširitev dostopa do cepiv za družinske člane delavcev, delo z lokalnimi načrtovalci različnih kolesarskih in sprehajalnih poti ter subvencioniranje javnih transportnih sredstev in koles. Še posebej pomembno je poudariti zadnjo točko, saj je bilo že omenjeno, da veliko posameznikov z duševno motnjo kot glavno težavo za ohranitev delovnega mesta navaja problematiko transporta (Druss, Marcus, Rosenheck, Olfson, Tanielian in Pincus, 2000).

McDonald-Wilson (Rogers, Massaro, Lyass in Crean, 2002) pa specifično za osebe z duševno motnjo poudarja, da je nujno, da jim omogočimo fleksibilen delovnik v smislu števila ur in samega pričetka dela. Saj se na tak način izognemo, da bi ljudje npr. zamujali v službo zaradi zaspanosti, ki je stranski učinek nekaterih zdravil. Hkrati trdi, da je to nujno, saj na tak način omogočimo nadaljnjo terapijo, če je slednja potrebna. Zaključujem, da je to odlična rešitev, ki prispeva k dobrobiti tako delodajalca kot tudi osebe z duševno motnjo. Za slednje je to koristno, saj jim je omogočena nadaljnja rehabilitacija ter se hkrati ne srečuje s povečanim stresom zaradi vstajanja, zamujanja v službo in zaspanosti. P drugi strani pa se tako delodajalec nekako zavaruje, da bi se produktivnost na delu zmanjšala zaradi zamujanja in slabše učinkovitosti.

8 PERSPEKTIVA ZAPOSLOVANJA OSEB Z DUŠEVNO MOTNJO

Ne glede na to, da ima zaposlovanje oseb z duševno motnjo tako na družbeni kot tudi globalni ravni številne prednosti, pa je dejansko treba prepričati države v razvoj ustrezne politike na tem področju in navsezadnje prepričati tudi delodajalce. V današnjem času se soočamo s problematiko nezaposlovanja celotne populacije, dela na črno, dela preko tujih študentskih napotnic in zaposlitev za določen čas. Na eni strani moramo ustvariti ustrezne intervencije s strani države v smislu socialnega podjetništva, servisov in agencij ter javnih del. Na drugi strani pa moramo delodajalcem osmisliti zaposlitev osebe z duševno-zdravstvenimi problemi, pri čemer morda poudarjanje koristnosti in rehabilitacije posameznika z duševno motnjo ni povsem dovolj.

8.1 Dejansko stanje v Sloveniji

Evropska komisija (2012) v svojem poročilu opisuje stanje zaposlovanja ranljivih skupin v Sloveniji. V teh skupinah je bilo v Sloveniji leta 2008 registriranih 170.000 oseb, med katerimi jih je bilo 33.891 v delovnem razmerju. Trdijo, da je zaposlovanje za te osebe (še posebej za osebe z motnjami v intelektualnem razvoju in z duševnimi motnjami) izjemno omejeno. Zaposlovanje s podporo oz. »supported employment« obstaja le na papirju in se v praksi ne izvaja. Zagotavljajo, da še tisti nekateri posamezniki, ki imajo službo, nimajo dejanskih delovnih pogodb. Opozarjajo na to, da v Sloveniji ni prav veliko poudarka na povečevanju možnosti zaposlovanja za te ranljive skupine. Problematiko vidijo predvsem v zakonski ureditvi, saj naj bi vse prednosti, ki jih posameznik pridobiva na podlagi svoje mentalne ali telesne invalidnosti, temeljile na zakonskih ureditvah, ne pa na dejanskih individualnih potrebah. Odgovornost polagajo na ramena:

- Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti,
- Zavoda za zaposlovanje Republike Slovenije,
- Oddelka za pokojninsko in invalidno zavarovanje,
- Inštituta Republike Slovenije za rehabilitacijo, ter
- Društva za teorijo in kulturo hendikepa.

Sama bi morda specifično za osebe z duševno motnjo dodala še različne nevladne organizacije, kot je Šent, dnevno-terapevtske centre, ki delujejo v sklopu Centrov za socialno delo (CSD), in pa Zbornico delovnih terapevtov Slovenije.

Stanje, kot vidimo, ni bleščeče. Nujno bi potrebovali agencije in servise, ki se ukvarjajo specifično z delovno-rehabilitacijskimi programi (IPS, ISE, tradicionalna delovna rehabilitacija). Oni bi bili tisti, ki bi nato ustvarili nadaljnjo mrežo z delodajalci. To ni lahek cilj in morda trenutno še na videz neuresničljiv. Vendar trdim, da je Slovenija

naredila velik korak naprej že s promoviranjem in spodbujanjem socialnega podjetništva. Po drugi strani pa možnost vidim tudi v javnih delih. Potrebovali bi le nekaj manjših korekcij, a s pomočjo le-teh bi ustvarili izjemno priložnost za osebe z duševno motnjo.

8.2 Javna dela

Zavod za zaposlovanje Republike Slovenije oz ZRSZ (2013) označuje programe javnih del kot omogočanje zaposlitve na področjih socialnega varstva, izobraževanja, kulture, varstva narave, komunale, kmetijstva in sorodnih področij, ki jih izvajajo neprofitni delodajalci. Izvajalcem so sofinancirani stroški zaposlitve posameznika, pri čemer pa morajo upoštevati posebne predpise o delovnih razmerjih, omogočiti letni dopust in regres. Trdijo, da javna dela omogočajo zaposlitev, višjo socialno varnost, nova znanja in delovne izkušnje, ki povečajo zaposlitvene možnosti, vključenost v delovno okolje in širjenje socialne mreže. Hkrati pa so v večini primerov omejena na eno leto. Morda lahko v teh iztočnicah vidimo podobnosti s prehodno zaposlitvijo pri delovno-rehabilitacijskem modelu. To pa zato, ker je cilj tranzitivne zaposlitve izobraževanje ter pridobivanje delovnih in socialnih veščin v nekem krajšem prehodnem obdobju (Boardman, 2003). Pomembno je omeniti, da ZRSZ (2013) pod upravičence vstopa v program navaja pripadnike romske skupnosti, starše invalidnih in dolgotrajno bolnih otrok in osebe po prestani zaporniški kazni. Trdim, da gre za skupine, ki se na vsakodnevni ravni soočajo z diskriminacijo, stigmo in posledično tudi s težavami pri zaposlovanju. Prav zato zaključujem, da bi bilo v tem kontekstu popolnoma upravičeno navesti tudi osebe z duševno motnjo, ker imajo tudi slednji kot t. i. ciljna ranljiva skupina pravico, da se jih uvrsti v ta seznam. Samo perspektivo pa v javnih delih vidim zato, ker ne glede na visoko stopnjo nezaposljivosti na celotni ravni populacije, so to poklici oz. dela, ki jih država potrebuje za svojo produktivnost in razvoj. Na eni strani tako omogoča koristnost na ravni države, na drugi pa naredi velik korak pri vključevanju ranljivih skupin v družbo in si tako zmanjša stroške, med katerimi velik del prispeva tudi nezaposlovanje oseb z duševno motnjo (Greener in Guest, 2005; Greenberg, Kessler, Birnbaum, Leong, Lowe, Berglund in Corey-Lisle, 2003; Sobocki, Jönsson, Angst in Rehnberg, 2006; Ministrstvo za zdravje, 2007; Percudani, Barbui in Tansella, 2004).

Ne le to, če se ozremo na zgoraj opisana področja, na katera se javna dela usmerjajo, lahko opazimo, da v veliki meri omogočajo ustvarjalnost. Ne gre za dela, kjer posamezniki le sedijo za tekočim trakom ali zlagajo in sestavljajo neke produkte, ampak gre za poklice, kjer lahko razvijajo svojo umetniško razmišljanje, so kreativni in inovativni. Lahko sklepamo, da se prek takih delovnih mest intelektualno in osebno razvijajo. Sama kreativnost pa po drugi strani ni nujno bistven del delovnika socialnih podjetij. Pri slednjih namreč storitve predstavljata tudi zlaganje in sestavljanje polproduktov, čeprav trdim, da je

take vrste podjetništva ena izmed najbolj perspektivnih možnosti zaposlovanja oseb z duševno motnjo v Sloveniji.

8.3 Socialno podjetništvo

Socialno podjetništvo predstavljajo podjetja, ki so ustvarjena z namenom zaposlovanja ranljivih skupin, ponujanja izdelkov ali storitev, ki jih skupnost potrebuje, ter vlaganja dobička v razvoj (Warner in Mandiberg, 2006). Sklepamo lahko, da predstavljajo odlično možnost za osebe z duševno motnjo. V socialnih podjetjih mora biti znatno število zaposlenih oseb, ki pripadajo t. i. ranljivim skupinam in za to prejemajo plačilo, na katero vpliva stanje na trgu, ali pa plačo, primerno glede na delo, ki ga opravijo (Ducci, Stentella in Vulterini, 2002). Coleman (1999, v Svanberg, Gumley in Wilson, 2010) pa v tem sklopu poudarja etiko teh podjetij, ki naj bi se usmerjala v povečanje samospoštovanja, samozavesti in sprejetja samega sebe prek samozavedanja in rasti. To pa je bistven cilj, ki ga želimo in ga lahko dosežemo pri rehabilitaciji posameznikov z duševno motnjo (Leufstadius, Eklund in Erlandsson, 2009). Zato lahko socialno podjetništvo predstavlja pomemben model rehabilitacijsko usmerjenih servisov (Svanberg, Gumley in Wilson, 2010).

V Sloveniji je leta 2012 začel delovati Zakon o socialnem podjetništvu, ki definira socialna podjetja, merila za pridobitev in ohranitev statusa, načine spremljanja, poročanja in spodbujanja socialnega podjetništva (Bera, 2012). Torej zakonska podlaga, s katero je zaposlovanje oseb z duševno motnjo vsaj na nek način zaščiteno in spodbujeno, sedaj obstaja tudi pri nas. Kljub temu pa imamo še vedno veliko nezaposlenih oseb, ki so zakonsko registrirane kot del ranljivih skupin (Evropska komisija, 2012). Obstajajo dve vrste socialnih podjetij: socialna podjetja tipa A in socialna podjetja tipa B, pri čemer se prva ustanovijo za trajno opravljanje dejavnosti socialnega podjetništva na način, da bodo dolgoročno zaposlovala najmanj enega delavca v prvem letu in najmanj dva delavca v naslednjih letih, druga pa se ustanovijo za zaposlovanje najbolj ranljivih ljudi na trgu dela, pri čemer mora biti delež slednjih v podjetju vsaj ena tretjina (Bera, 2012). Zaključimo lahko, da so za osebe z duševno motnjo bistvena predvsem socialna podjetja tipa B. Sklepamo lahko tudi, da bi ob ustreznem številu socialnih podjetij tipa B v velikem obsegu rešili problematiko nezaposlovanja oseb z duševno motnjo. Dejansko govorimo o obstoju nekega kvotnega sistema. Utopično bi bilo verjeti, da bi ga lahko uvedli v vsa podjetja, pa vendarle smo po mojem mnenju z njegovim uveljavljanjem vsaj v socialnih podjetjih naredili velik korak naprej.

Na žalost pa je raziskava v Sloveniji pokazala, da so organizacije, ki se ukvarjajo s tovrstnim podjetništvom, najbolj pripravljene zaposlovati iskalce prve zaposlitve in dolgotrajno brezposelne osebe, najmanj pa nekdanje zasvojenca z drogami, odvisnike od

alkohola ter nekdanje kaznjence (Bera, 2012). Na podlagi tega lahko sklepamo, da se v tem boju proti stigmati in diskriminaciji ranljivih skupin v nasprotju z ostalo populacijo dejansko pojavi diskriminacija znotraj različnih opredeljenih ranljivih skupin. Kar pa vodi v to, da znova večinoma zaposlujeemo zdrave posameznike (npr. prve iskalce, dolgotrajno nezaposlene), tiste z duševno motnjo ali invalidnostjo pa ne. Dejansko bi morda morali govoriti o popolnoma ločeni ranljivi skupini.

Ključno problematiko torej znova odigra prepričevanje delodajalcev, da zaposlijo osebo z duševno motnjo.

8.4 Kaj lahko naredimo, da bomo delodajalce prepričali v smiselnost zaposlovanja oseb z duševno motnjo?

Ne glede o pričajočih koristih za posameznika mora biti tudi delodajalec tisti, ki ima od tega vsaj nekakšno korist. Eden izmed načinov je destigmatizacija, za katero trdim, da je prvi korak, ki ga moramo storiti, preden sploh začnemo uveljavljati koncepte socialnega podjetništva, spodbujanja javnih del in različnih delovno-rehabilitacijskih centrov in agencij.

Iz tabele 8.01 lahko vidimo, da so bili vsi miti izpodbiti z dejstvi, ki dokazujejo nasprotno. Delodajalcem tako lahko zatrdimo, da se osebe z duševno motnjo ne razlikujejo od ostale populacije v stresu, ki ga doživljajo, produktivnosti, točnosti, motivaciji, kvaliteti, prisotnosti in agresivnosti. S tem jim pokažemo, da ni potrebe po razlikovanju in precej drugačnem obravnavanju. Seveda je koristno, če obstajajo določene prilagoditve, kot je fleksibilnost urnika zaradi jemanja zdravil (McDonald-Wilson, Rogers, Massaro, Lyass in Crean, 2002), vendar s takimi prilagoditvami sami ne izgubijo nič. Dejansko lahko le pridobijo, saj ohranijo posameznikovo produktivnost, motivacijo in željo za delo. Seveda to lahko dosežemo le preko spremembe v medijskem poročanju in pa delavnic, ki bi morale biti financirane ali pa vsaj sofinancirane s strani države. Taki projekti bi morda lahko vodili v veliko nanovo zgrajenih konceptov in razmišljanj v prid zaposlovanju z duševno motnjo.

Tabela 8.01.

Miti in dejstva v povezavi z zaposljivostjo oseb z duševno motnjo (Duncan, 2000).

MIT	DEJSTVO
Duševna bolezen je duševna zaostalost.	Gre za dve popolnoma ločeni motnji. Pri duševni zaostalosti gre za osebe, ki imajo intelektualne deficite in težave z vsakodnevnimi običajnimi veščinami. Pri osebah z duševno motnjo se intelektualni primanjkljaj zelo razlikuje, tako pa je tudi pri celotni ostali populaciji.
Okrevanje po duševni motnji ni mogoče.	Številne študije so pokazale, da večina posameznikov z duševno motnjo kaže izjemna izboljšanja in imajo stabilna in produktivna življenja.
Duševno bolni in tisti, ki zdravijo duševno motnjo, so drugorazredni delavci.	Delodajalci, ki so zaposlili osebe z duševno motnjo, poročajo, da so glede točnosti, prisotnosti, motivacije in kvalitete dela vsaj tako dobri ali celo boljši, kot ostali zaposleni.
Osebe z duševno motnjo ne morejo tolerirati stresa na delovnem mestu.	Posamezniki z različnimi zdravstvenimi težavami lahko dojemajo svoje simptome kot zelo stresne. Vendar pa se stres na delovnem mestu razlikuje med posamezniki. Nekateri lahko doživljajo nestrukturiran urnik kot zelo stresen, spet drugi se s tem zelo dobro soočajo. Po drugi strani pa vsaka služba za vsakega posameznika prinaša določeno stopnjo stresa. Produktivnost pa se maksimizira glede na potrebe posameznika in delovne pogoje, ne glede na to, ali ima posameznik duševno motnjo ali ne.
Duševno bolni in tisti, ki zdravijo duševno motnjo, so nepredvidljivi, nasilni in nevarni.	Večina teh posameznikov ni nevarnih ali nasilnih. Krivdo za tako razmišljanje lahko predvsem zvalimo na medije, ki tako sliko vsakodnevno vsiljujejo v glave posameznikov.

Kljub temu pa sama destigmatizacija najverjetneje ni dovolj. V današnjem času je treba delodajalcem nekaj v zameno tudi ponuditi. V večini primerov lahko trdimo, da govorimo o materialnih, če ne finančnih, doprinosih oz. olajšavah. Trdimo lahko, da je finančni del nujna sestavina, brez katere v današnjih časih ne gre zaradi same globalne problematike nezaposlovanja. Podjetja so v težavah, kar posledično najverjetneje vodi v to, da bi raje zaposlili zdravo osebo. Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (2012) je zato spodbujanje razvoja socialnega podjetništva videlo tudi skozi prizmo javnih razpisov, ki se sofinancirajo iz sredstev Evropskega socialnega sklada. Do sedaj sta bila objavljena dva javna razpisa, pri čemer je bil drugi objavljen predvsem na račun dobre prakse, ki se je izkazala pri prvem. Leta 2009 je bilo v ta namen zagotovljenih 2 milijona evrov, ki sta bila namenjena najbolj obetajočim se projektom, ki so vse skupaj zaposlili 30 oseb iz ranljivih ciljnih skupin (Predstavitev rezultatov javnega razpisa za spodbujanje socialnega podjetništva, 2012). S takim načinom lahko spodbudimo delodajalce, da se sploh odločijo za takšne vrste projektov.

Po drugi strani bi bila morda dobra rešitev subvencioniranje zaposlovanja oseb z duševno motnjo. To pa na način, da ne bi bilo nujno ustanavljanje socialnih podjetij, ampak da bi lahko delodajalci v svojih že obstoječih podjetjih za vsako novo zaposleno osebo, ki ima diagnosticirano duševno motnjo, pridobivali neke vrste subvencije, podobno, kot je to praksa pri javnih delih. Morda bi lahko uveljavili tudi kakšne vrste olajšav, ki jih prakticiramo na področju zaposlovanja invalidnih oseb. Pozitivno pa bi lahko morda vplivale tudi nagrade, katerih bi bila deležna podjetja, ki izvajajo dobro prakso zaposlovanja oseb z duševno-zdravstvenimi težavami. Ob destigmatizaciji in finančni podpori bi lahko razvili široko mrežo podjetij, ki bi omogočali poklicni razvoj.

Zavod za zaposlovanje Republike Slovenije (2013) poroča o zelo dobri praksi davčnih olajšav na področju zaposlovanja invalidov. Ob zaposlitvi osebe s statusom invalida, posameznika s 100 %-no telesno okvaro ali gluhe osebe, se zanje lahko uveljavlja olajšava znižanja davčne osnove. Znižanje davčne osnove znaša 50 % plače zaposlene osebe s statusom invalida oz. 70 %, če je zaposlitev invalidov po Zakonu o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov (ZZRZI) nad prepisano kvoto in njihova invalidnost ni posledica poškodbe pri delu ali poklicne bolezni pri delodajalcu. Prav tako je 70 %-no znižanje davčne osnove določeno za gluhoneme in osebe s 100 %-no telesno okvaro. Po drugi strani pa so te osebe zakonsko zaščitene z zgoraj omenjenim zakonom, katerega namen je povečati zaposljivost invalidov in vzpostaviti pogoje za njihovo enakovredno udeležbo na trgu dela z odstranjevanjem ovir in ustvarjanjem enakih možnosti (ZPIZ-1, 2. člen). Hkrati ZZRZI prepoveduje kakršnokoli diskriminacijo (5. člen) in morda najpomembnejše – opredeljuje pravico do zaposlitvene rehabilitacije (13. člen). Pod storitve slednje 15. člen navaja:

- svetovanje, vzpodbujanje in motiviranje invalidov k aktivni vlogi;
- priprava mnenja o ravni delovnih sposobnosti, znanj, delovnih navad in poklicnih interesov;
- pomoči pri sprejemanju lastne invalidnosti in seznanjanje o možnostih;
- vključevanja v usposabljanje in delo;
- pomoči pri izboru ustreznih poklicnih ciljev;
- razvijanja socialnih spretnosti in veščin;
- pomoč pri iskanju ustreznega dela oz. zaposlitve;
- analiza konkretnega delovnega mesta in delovnega okolja invalida;
- izdelava načrta prilagoditve delovnega mesta in delovnega okolja invalida;
- izdelava načrta potrebne opreme in sredstev za delo;
- usposabljanje na konkretnem delovnem mestu oz. v izbranem poklicu;
- spremljanje in strokovna pomoč pri usposabljanju in izobraževanju; in
- spremljanje invalida na delovnem mestu po zaposlitvi.

Zaključimo lahko, da celotni slovenski sistem deluje tako, da je nujno uveljaviti tak zakon tudi na področju oseb z duševno motnjo. Prav zaradi same diskriminacije, ki se dogaja pri zaposlovanju znotraj različnih ciljnih ranljivih skupin. S tem bi zakonsko uredili tako delovno rehabilitacijo kot tudi sam vstop na trg dela, kar bi skupaj s strokovnimi delavnicami s ciljem zmanjševanja stigme, različnimi davčnimi olajšavami, subvencijami in nagradami, lahko z vidika delodajalcev predstavljalo glavni vidik njihove odločitve. Ko bi prepričali delodajalce, imeli utečene delovno-rehabilitacijske modele in strokovnjake ter izobraženo celotno populacijo, je edino, kar je še potrebno, volja posameznikov z duševno motnjo, da vstopijo na trg dela.

9 SKLEP

Zaključimo lahko, da je problematika zaposlovanja oseb z duševno motnjo velika. Številne raziskave poročajo o ogromnih ekonomskih stroških, pri čemer jih kar polovica odraža izgube v produktivnosti (Knapp, McDaid, Medeiros in MHEEN Group, 2008). Statistika je na tem področju zelo šibka, namreč zelo redke so države, ki dejansko spremljajo delež zaposlenih oseb z duševno motnjo (Marwaha, idr., 2007). Trdim, da so zato sprva nujni ukrepi, ki bodo ozavestili politične vrhove o samih izgubah, ki jih utrpi državna blagajna zaradi takšnega stanja, kakršno je, in hkrati promovirali zaposlovanje oseb z duševno motnjo v čim večjem številu. To pa seveda lahko storimo, saj je sama matematika, ki stoji v ozadju izračuna stroškov, zelo jasna. Povzamemo jo lahko v enem s tremi besedami: bilijoni evrov izgube, ki se nikakor ne morejo primerjati s denarnimi sredstvi, ki bi jih država morala vložiti za to, da bi izpeljala ustrezne projekte, ustvarila ustrezne institucije in programe. S tem vložkom bi bistveno izboljšala finančno stanje na eni ravni in psihološko zdravje individualnih posameznikov.

Neizogibno je trditi, da prinaša zaposlitev za posameznika z duševno-zdravstvenimi težavami številne prednosti. Avtorji opisujejo različne pozitivne koristi, ki so vezane na socialni status, identiteto (Noble, 1998), socialno integracijo, partnersko življenje, samostojnost (Marwaha in Johnson, 2004), samospoštovanje in samozavest (Leufstadius, Eklund in Erlandsson, 2009). Sklepamo lahko, da kot tako pomembno vpliva na rehabilitacijo posameznika. Vendar je nujno, da posameznika izobrazimo o vseh prednostih, ki mu jih to prinaša. Na ramenih strokovnjakov, kot so psihiatri, socialni delavci, psihologi, pravniki in delovni terapevti, je, da združijo moči in del svojega dela namenijo tudi temu. Trdim, da je to prvi korak, ki ga moramo narediti. Torej poleg ukrepov s strani države je nujno tudi ukrepati na ravni posameznika z duševno motnjo. Šele za tem, ko je polno ozaveščen, lahko nadaljujemo z delovno-rehabilitacijskimi programi.

Po drugi strani pa je nujno, da izobrazimo laično javnost, pa tudi strokovnjake. To pa zato, ker se te osebe poleg individualnih in karakteristik bolezni, soočajo z ogromno diskriminacijo in stigmo (McAlpine in Warner, 2002). Zaključimo lahko, da je stigma s strani delodajalcev tista, ki najbolj onemogoča zaposlovanje te ranljive skupine. Poleg najbolj splošnega predsodka, da so osebe z duševno motnjo nesposobne (Russinova, Griffin, Bloch, Wewiorski in Roskolija, 2001), prevladujejo še popolnoma neutemeljeni predsodki o pomanjkanju kompetenc, agresiji in nepredvidljivosti (Krupa, Cockburn in Gewurtz, 2009). S takim načinom razmišljanja ne moremo storiti za te posameznike ničesar. Niti razvoj ustreznih delovno-rehabilitacijskih programov, kot so IPS (individual placement support) in tradicionalne delovne rehabilitacije, nam nič ne pomaga, če je najbolj bistven korak, tj. plačano delovno razmerje, onemogočen s strani delodajalcev.

Ob učinkoviti destigmatizaciji pa je delovanje zgoraj omenjenih programov ključnega pomena. Posamezniku omogoča hitrejšo in bolj učinkovito integracijo v delovno okolje. Dejansko gre za psihoedukacijo, ki je sestavljena tako iz teorije kot prakse. Sama predlagam kombinacijo obeh modelov, pri kateri je sprva nujna vzpostavitev interdisciplinarne ekipe. Program bi bil sestavljen iz kombinacije intervjujev pred vstopom v program in delovne delavnice, ki so sestavni del tradicionalnega delovno-rehabilitacijskega modela, in pa čim hitrejšega vstopa na trg dela ter dolgotrajne individualne podpore tudi na delovnem mestu, ki sestavlja IPS-model (individual placement suport). Navsezadnje pa bi še kot dodatek organizirali srečanja skupin posameznikov, ki so že pridobili službo, in hkrati srečanja slednjih tudi z osebami, ki šele vstopajo v program. Poleg tega pa pri sami učinkoviti integraciji največjo vlogo odigra delovno okolje. Nujno je preprečiti, da se iz ozdravitvene spremenljivke spremeni v sprožilno. Pozorni moramo biti na vsa štiri ključna področja, ki jih izpostavlja Svetovna zdravstvena organizacija (WHO; 2007), in sicer: fizično delovno okolje, psihosocialno delovno okolje, viri osebnega zdravja na delovnem mestu ter vključevanje tako podjetij kot njihovih delavcev v družbo. Zaključimo lahko, da je integracija vseh štirih področij ključnega pomena za ne le kvalitetno, ampak tudi učinkovito delovno rehabilitacijo.

Da pa lahko sploh omogočimo integracijo na delovno mesto, je nujno, da država vложи in omogoči razvoj v tej smeri. Evropska komisija ali European commission (2012) poroča, da je zaposlovanje v Republiki Sloveniji za osebe, ki pripadajo t. i. ranljivim skupinam, zelo omejeno. Vendar lahko zaključimo, da je slovenska vlada naredila velik korak k izboljšanjem z uzakonjenjem socialnega podjetništva. Cilj slednjih je zaposlovanje ranljivih skupin, ponujanje izdelkov oz. storitev, ki jih skupnost potrebuje, in vlaganje dobička v razvoj (Warner in Mandiberg, 2006). Take vrste podjetništva predstavlja odlično rešitev. Vendarle je treba poskrbeti, da ne prihaja do diskriminacije znotraj ranljivih skupin, saj so izsledki raziskave, ki je bila narejena na slovenski populaciji, pokazala, da so delodajalci oz. organizacije še vedno najbolj pripravljene zaposlovati iskalce prve zaposlitve in dolgotrajno brezposelne osebe, torej gre v večini primerov za zdrave posameznike (Bera, 2012). Prav zato je nujno v Sloveniji uveljaviti ustrezno zakonodajo, ki bi se osredotočala le na zaposlitveno rehabilitacijo in zaposlovanje posameznikov z duševno motnjo. Pri tem lahko odličen zgled predstavlja Zakon o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov. Rešitev lahko z nekaj popravki v zakonskih določilih predstavljajo tudi javna dela. Trdim, da imajo osebe z duševno motnjo pravico, da se jih uvrsti na seznam upravičencev javnih del.

Za spodbujanje delodajalcev pa predlagam ukrepe, kot so: davčne olajšave, subvencioniranje zaposlovanja oseb z duševno motnjo in nagrajevanje podjetij, ki uveljavljajo dobro prakso na tem področju. Tako bi se izognili prestrukturiranju podjetij v socialna podjetja ter omogočali vsakemu podjetju oz. organizaciji, da izvaja to prakso.

Prednost tega pa predstavlja tudi to, da bi bila odločitev o številu oseb na strani delodajalcev. Namreč za socialna podjetja je nujno, da je delež zaposlenih, ki pripadajo t. i. ciljnim ranljivim skupinam, vsaj ena tretjina (Bera, 2012).

Zaključujem, da je potrebno nadaljnje raziskovanje usmeriti še v:

- verodostojno in zanesljivo statistično zbiranje podatkov o deležu zaposlenih oseb z duševno motnjo;
- raziskovanje bremena anksioznih motenj v Evropi;
- določevanja, katere so najbolj učinkovite in potrebne prilagoditve v delovnem okolju glede na specifične duševne motnje;
- razvijanja najbolj učinkovitih programov destigmatizacije; ter
- uveljavljanja in izvajanja ustreznih ukrepov, med katere nujno spada tudi sprejetje ustrezne zakonodaje na področju zaposlovanja oseb z duševno motnjo v Republiki Sloveniji.

10 VIRI IN LITERATURA

Andlin-Sobocki, P. in Wittchen, H. U. (2005). Cost of anxiety disorders in Europe. *European Journal of Neurology*, 12 (s1), 39–44.

Australian Human Rights Commission. (2010) *Workers with Mental Illness: A practical guide for Managers*. Dostopno na:
http://www.humanrights.gov.au/sites/default/files/document/publication/workers_mental_illness_guide_0.pdf (28.7.2013).

Becker, D. R.; Drake, R. E.; Bond, G. R.; Xie, H.; Dain, B. J. in Harrison, K. (1998). Job terminations among persons with severe mental illness participating in supported employment. *Community Mental Health Journal*, 34 (1), 71–82.

Bera S. (2012). Socialno podjetništvo, kot priložnost za inovativno zaposlovanje ranljivih skupin na trgu dela. V: Zbornik 9. festivala raziskovanja ekonomije in managementa. (251–57). Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management, Koper.

Bevan, S.; Gulliford, J.; Steadman, K.; Taskila, T.; Thomas, R. in Moise, A. (2013). Working with Schizophrenia: Pathways to Employment, Recovery & Inclusion. The work foundation part of Lancaster University.

Biegel, D. E.; Stevenson, L. D.; Beimers, D.; Ronis, R. J. in Boyle, P. (2010). Predictors of competitive employment among consumers with co-occurring mental and substance use disorders. *Research on Social Work Practice*, 20 (2), 191–201.

Boardman, J. (2003). Work, employment and psychiatric disability. *Advances in Psychiatric Treatment*, 9 (5), 327–34.

Boardman, J.; Grove, B.; Perkins, R. in Shepherd, G. (2003). Work and employment for people with psychiatric disabilities. *The British Journal of Psychiatry*, 182 (6), 467–68.

Bolton, B. (1983). Psychosocial factors affecting the employment of former vocational rehabilitation clients. *Rehabilitation Psychology*, 28 (1), 35.

Bond, G. R. (1998). Principles of the individual placement and support model: empirical support. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22 (1), 11.

Bond, G. R. in Drake, R. E. (2008). Predictors of competitive employment among patients with schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 21 (4), 362–69.

Burns, T.; Catty, J.; Becker, T.; Drake, R. E.; Fioritti, A.; Knapp, M. ... Wiersma, D. (2007). The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 370 (9593), 1146–152.

Caltaux, D. (2003). Internalized stigma: a barrier to employment for people with mental illness. *International journal of therapy and rehabilitation*, 10 (12), 539–44.

Chabungbam, G.; Avasthi, A. in Sharan, P. (2007). Sociodemographic and clinical factors associated with relapse in schizophrenia. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 61 (6), 587–93.

Cook, J. A. in Razzano, L. (2000). Vocational rehabilitation for persons with schizophrenia: recent research and implications for practice. *Schizophrenia Bulletin*, 26 (1), 87.

Cook, J. A. in Rosenberg, H. (1994). Predicting community employment among persons with psychiatric disability: A logistic regression analysis. *Journal of Rehabilitation Administration*.

Cook, J. A.; Blyler, C. R.; Burke-Miller, J. K.; McFarlane, W. R.; Leff, H. S.; Mueser, K. T. ... Kaufmann, C. (2008). Effectiveness of supported employment for individuals with schizophrenia: results of a multi-site, randomized trial. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 2 (1), 37–46.

Corrigan, P.; Thompson, V.; Lambert, D.; Sangster, Y.; Noel, J. G. in Campbell, J. (2003). Perceptions of discrimination among persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 54 (8), 1105–110.

Crisp, A. H.; Gelder, M. G.; Rix, S.; Meltzer, H. I. in Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *The British Journal of Psychiatry*, 177 (1), 4–7.

Crowther, R. E.; Marshall, M.; Bond, G. R. Huxley, P. (2001). Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review. *British Medical Journal*, 322 (7280), 204–08.

Diksa, E. in Rogers, E. S. (1996). Employer concerns about hiring persons with psychiatric disability: Results of the Employer Attitude Questionnaire. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 40 (1).

Distefano Jr., M. K. in Pryer, M. W. (1970). Vocational evaluation and successful placement of psychiatric clients in a vocational rehabilitation program. *American Journal of Occupational Therapy*.

Drake, R. E.; McHugo, G. J.; Bebout, R. R.; Becker, D. R.; Harris, M.; Bond, G. R. in Quimby, E. (1999). A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental disorders. *Archives of general psychiatry*, 56 (7), 627.

Druss, B. G.; Marcus, S. C.; Rosenheck, R. A.; Olfson, M.; Tanielian, T. in Pincus, H. A. (2000). Understanding disability in mental and general medical conditions. *American Journal of Psychiatry*, 157 (9), 1485–491.

Ducci, G.; Stentella, C. in Vulterini, P. (2002). The social enterprise in Europe: the state of the art. *International Journal of Mental Health*, 31 (3), 76–91.

Duncan B. *The media and mental illness*. March 2000. Dostopno na: www.disabilityworld.org (8. 8. 2013).

Dunn, E. C.; Wewiorski, N. J. in Rogers, E. S. (2008). The meaning and importance of employment to people in recovery from serious mental illness: results of a qualitative study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32 (1), 59–62.

DuPont, R. L.; Rice, D. P.; Miller, L. S.; Shiraki, S. S.; Rowland, C. R. in Harwood, H. J. (1996). Economic costs of anxiety disorders. *Anxiety*, 2 (4), 167–72.

European comission. (2012). *Supported Employment for people with disabilities in the EU and EFTA-EEA good practices and recommendations in support of a flexicurity approac*. Luxembourg: Publications Office of the European Unio.

Foster, J. L. (2006). Media presentation of the mental health bill and representations of mental health problems. *Journal of community & applied social psychology*, 16 (4), 285–300.

Gahnström-Strandqvist, K., Liukko, A., & Tham, K. (2003). The meaning of the working cooperative for persons with long-term mental illness: A phenomenological study. *The American journal of occupational therapy*, 57 (3), 262–72.

German Federal Health Monitoring (2007). Dostopno na: http://www.gbe-bund.de/gbe10/pkg_isgbe5.prc_isgbe?p_uid=gastd&p_aid=84805282&p_sprache=E (25.07.2013)

Gournellis, R. J.; Triantafillou, E. S.; Madianos, M. G.; Tsinia, N. N.; Ploumpidis, D. N. in Tomaras, V. D. (2010). Diachronic trends of employment outcome of prevocational training in psychiatric rehabilitation. *Annals of general psychiatry*, 9 (1), 2.

Greenberg, P. E.; Kessler, R. C.; Birnbaum, H. G.; Leong, S. A.; Lowe, S. W.; Berglund, P. A. in Corey-Lisle, P. K. (2003). The economic burden of depression in the United States: how did it change between 1990 and 2000?. *Journal of clinical psychiatry*, 64 (12), 1465–475.

Greenberg, P. E.; Sisitsky, T.; Kessler, R. C.; Finkelstein, S. N.; Berndt, E. R.; Davidson, J. R. ... Fyer, A. J. (1999). The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. *Journal of Clinical Psychiatry*.

Greenberg, P. E.; Stiglin, L. E.; Finkelstein, S. N. in Berndt, E. R. (1993). The economic burden of depression in 1990. *Journal of Clinical Psychiatry*.

Greener, M. J. in Guest, J. F. (2005). Do antidepressants reduce the burden imposed by depression on employers?. *CNS drugs*, 19 (3), 253–64.

Grove, B. (2001). Making work schemes work. *Psychiatric Bulletin*, 25 (11), 446–48.

Haertl, K. in Minato, M. (2006). Daily occupations of persons with mental illness: themes from Japan and America. *Occupational Therapy in Mental Health*, 22 (1), 19–32.

Hoffmann, H.; Kupper, Z. in Kunz, B. (2000). Hopelessness and its impact on rehabilitation outcome in schizophrenia—an exploratory study. *Schizophrenia Research*, 43 (2), 147–58.

Honey, A. (2003). The impact of mental illness on employment: consumers' perspectives. *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*, 20 (3), 267–76.

Honey, A. (2004). Benefits and drawbacks of employment: perspectives of people with mental illness. *Qualitative Health Research*, 14 (3), 381–95.

Hotopf, M. in Wessely, S. (1997). Stress in the workplace: unfinished business. *Journal of psychosomatic research*, 43 (1), 1.

Jones, C. J.; Perkins, D. V. in Born, D. L. (2001). Predicting work outcomes and service use in supported employment services for persons with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25 (1), 53.

Kennedy-Jones, M.; Cooper, J. in Fossey, E. (2005). Developing a worker role: Stories of four people with mental illness. *Australian Occupational Therapy Journal*, 52 (2), 116–26.

Kessler, R. C. in Greenberg, P. E. (2002). The economic burden of anxiety and stress disorders. *Neuropsychopharmacology: The Fifth Generation of Progress*. Baltimore, MD: Lippincott Williams and Wilkins, 981–92.

Kessler, R. C.; Foster, C. L.; Saunders, W. B. in Stang, P. E. (1995). Social consequences of psychiatric disorders, I: Educational attainment. *American journal of psychiatry*, 152 (7), 1026–32.

Killeen, M. B. in O'Day, B. L. (2004). Challenging Expectations: How Individuals with Psychiatric Disabilities Find and Keep Work. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28 (2), 157.

Kirsh, B. (2002). Work, workers, and workplaces: A qualitative analysis of narratives of mental health consumers. *The Journal of Rehabilitation*, 66 (4), 24–30.

Kovše, K. in Nadrag, P. (2008). Poraba alkohola in kazalci škodljive uporabe alkohola v Sloveniji v letu 2006. Inštitut za varovanje zdravje RS. Dostopno na: http://www.ivz.si/odvisnost?pi=5&_5_FileName=449.pdf&_5_MediaId=449&_5_AutoResize=false&pl=40-5.3 (10. 8. 2013).

Krupa, T. (2004). Employment, recovery, and schizophrenia: integrating health and disorder at work. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28 (1), 8–15.

Krupa, T.; Kirsh, B.; Cockburn, L. in Gewurtz, R. (2009). Understanding the stigma of mental illness in employment. *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*, 33 (4), 413–42.

Larson, J. E.; Barr, L. K.; Corrigan, P. W.; Kuwabara, S. A.; Boyle, M. G. in Glenn, T. L. (2007). Perspectives on benefits and costs of work from individuals with psychiatric disabilities. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 26 (2), 71–77.

Laudet, A. B.; Magura, S.; Vogel, H. S. in Knight, E. L. (2002). Interest in and obstacles to pursuing work among unemployed dually diagnosed individuals. *Substance use & misuse*, 37 (2), 145–70.

Lee, R. T. in Ashforth, B. E. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of applied Psychology*, 81 (2), 123.

Lépine, J. P.; Gastpar, M.; Mendlewicz, J. in Tylee, A. (1997). Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *International clinical psychopharmacology*.

Leufstadius, C.; Eklund, M. in Erlandsson, L. K. (2009). Meaningfulness in work—Experiences among employed individuals with persistent mental illness. *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*, 34 (1), 21–32.

Lindström, E.; Eberhard, J.; Neovius, M. in Levander, S. (2007). Costs of schizophrenia during 5 years. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116 (s435), 33–40.

Lundstrom, T.; Pugliese, G.; Bartley, J.; Cox, J. in Guither, C. (2002). Organizational and environmental factors that affect worker health and safety and patient outcomes. *American journal of infection control*, 30 (2), 93–106.

MacDonald-Wilson, K. L.; Rogers, E. S.; Massaro, J. M.; Lyass, A. in Crean, T. (2002). An investigation of reasonable workplace accommodations for people with psychiatric disabilities: Quantitative findings from a multi-site study. *Community Mental Health Journal*, 38 (1), 35–50.

Marušič, A. in Temnik S., (2009). *Javno duševno zdravje*. Celjska Mohorjeva družba: Celje.

Marwaha, S. in Johnson, S. (2004). Schizophrenia and employment. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 39 (5), 337–49.

Marwaha, S.; Johnson, S.; Bebbington, P.; Stafford, M.; Angermeyer, M. C.; Brugha, T. ... Toumi, M. (2007). Rates and correlates of employment in people with schizophrenia in the UK, France and Germany. *The British Journal of Psychiatry*, 191 (1), 30–37.

McAlpine, D. D. in Warner, L. (2002). Barriers to employment among persons with mental illness: A review of the literature. *Center for Research on the Organization and Financing of Care for the Severely Mentally Ill, Institute for Health, Health Care Policy and Aging Research, Rutgers University*.

McDaid, D.; Knapp, M.; Medeiros, H. in MHEEN GROUP (2008). Employment and mental health: Assessing the economic impact and the case for intervention. Personal Social Services Research Unit, London. Dostopno na: [http://eprints.lse.ac.uk/4236/1/MHEEN_policy_briefs_5_Employment\(LSERO\).pdf](http://eprints.lse.ac.uk/4236/1/MHEEN_policy_briefs_5_Employment(LSERO).pdf) (29. 7. 2013).

McQuilken, M.; Zahniser, J. H.; Novak, J.; Starks, R. D.; Olmos, A. in Bond, G. R. (2003). The work project survey: Consumer perspectives on work. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 18 (1), 59–68.

Mental Health Foundation of New Zealand; Duncan, C. in Peterson, D. (LETO). The employment experiences of people with experience of mental illness: Literature Review.

Michon, H. W.; van Weeghel, J.; Kroon, H. in Schene, A. H. (2005). Person-related predictors of employment outcomes after participation in psychiatric vocational rehabilitation programmes. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 40 (5), 408–16.

Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (2012). Dostopno na: http://www.mdds.gov.si/si/medijsko_sredisce/novica/article/1939/7189/71679b34fea9361b2735f278f96adaa1/ (10. 8. 2013).

Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (23. 8. 2012). Predstavitev rezultatov javnega razpisa za spodbujanje socialnega podjetništva. Dostopno na: http://www.mdds.gov.si/si/medijsko_sredisce/novica/browse/1/article/4/6969/4990af7ccc0b72ad649bf66918e572a6/ (12. 8. 2013).

Ministrstvo za zdravje (2007). Alkohol in alkoholna politika v Sloveniji in Evropi.

Dostopno na:

http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/mz_dokumenti_2007/prepovedane_droge_in_alkohol/alkohol_in_alkoholna_politika_v_Sloveniji_in_EU.pdf (5. 8. 2013).

Montarat, T.; Yot, T.; Jomkwan, Y.; Lertpitakpong, C. in Chaikledkaew, U. (2009). The economic impact of alcohol consumption: a systematic review. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 4.

Noble, J. H. (1998). Policy reform dilemmas in promoting employment of persons with severe mental illnesses. *Psychiatric Services*, 49 (6), 775–81.

Östman, O. (1991). Child and adolescent psychiatric patients in adulthood. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84 (1), 40–45.

Percudani, M.; Barbui, C. in Tansella, M. (2004). Effect of second-generation antipsychotics on employment and productivity in individuals with schizophrenia. *Pharmacoeconomics*, 22 (11), 701–18.

Perlick, D. A. (2001). Special section on stigma as a barrier to recovery: Introduction. *Psychiatric Services*, 52 (12), 1613–614.

Provencher, H. L.; Gregg, R.; Mead, S. in Mueser, K. T. (2002). The role of work in the recovery of persons with psychiatric disabilities. *Psychiatric rehabilitation journal*, 26 (2), 132–44.

Rice, D. P. in Miller, L. S. (1998). Health economics and cost implications of anxiety and other mental disorders in the United States. *The British Journal of Psychiatry*.

Roberts, L. J.; Salem, D.; Rappaport, J.; Toro, P. A.; Luke, D. A. in Seidman, E. (1999). Giving and receiving help: Interpersonal transactions in mutual-help meetings and psychosocial adjustment of members. *American Journal of Community Psychology*, 27 (6), 841–68.

Rogers, E. S.; Anthony, W. A.; Cohen, M. in Davies, R. R. (1997). Prediction of vocational outcome based on clinical and demographic indicators among vocationally ready clients. *Community Mental Health Journal*, 33 (2), 99–112.

Russinova, Z.; Griffin, S.; Bloch, P.; Wewiorski, N. J. in Rosoklija, I. (2011). Workplace prejudice and discrimination toward individuals with mental illnesses. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 35 (3), 227–41.

Saunders J.L.; Leahy M. J.; McGlynn, C. in Estrada-Hernandez, N. (2006). Predictors of employment outcomes for persons with disabilities: An integrative review of potential evidenced-based factors. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 37 (2).

Secker, J.; Grove B. in Seebohm, P. (2001). Challenging barriers to employment, training and education for mental health service users: The service user's perspective. *Journal of Mental Health*, 10 (4), 395–404.

Seligman M. (2009). *Naučimo se optimizma*. Ljubljana: Mladinska knjiga

Sobocki, P.; Jönsson, B.; Angst, J. in Rehnberg, C. (2006). Cost of depression in Europe. *The journal of mental health policy and economics*, 9 (2), 87–98.

Stein, F. (1984). Prevocational exploration and vocational rehabilitation of the psychiatric client. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 51 (3), 113–20.

Stromwall, L. K. (2002). Is social work's door open to people recovering from psychiatric disabilities? *Social work*, 47 (1), 75–83.

Svanberg, J.; Gumley, A. in Wilson, A. (2010). How do social firms contribute to recovery from mental illness? A qualitative study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17 (6), 482–96.

Swedish Social Insurance Agency. Dostopno na: <http://statistik.forsakringskassan.se> (08.07.2013).

Tennant, C. (2001). Work-related stress and depressive disorders. *Journal of psychosomatic research*, 51 (5), 697–704.

Thomas, R. in Moise, A. (2013). *Working with Schizophrenia: Pathways to Employment, Recovery & Inclusio*. The work foundation part of Lancaster University

Tomori, M. in Zihelr, S . (1999). *Psihijatrija*. Ljubljana: Litterapicta: Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani.

Tsang, H. W.; Fung, K. M.; Leung, A. Y.; Li, S. M. in Cheung, W. M. (2010). Three year follow-up study of an integrated supported employment for individuals with severe mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44 (1), 49–58.

Üçok, A.; Gorwood, P. in Karadayı, G. (2012). Employment and its relationship with functionality and quality of life in patients with schizophrenia: EGOFOR Study. *European Psychiatry*, 27 (6), 422–25.

Vahtera, J.; Kivimäki, M.; Pentti, J. in Theorell, T. (2000). Effect of change in the psychosocial work environment on sickness absence: a seven year follow up of initially healthy employees. *Journal of epidemiology and community health*, 54 (7), 484–93.

Zavod za zaposlovanje Republike Slovenije (2013). Dostopno na: http://www.ess.gov.si/delodajalci/financne_spodbude/ugodnosti_pri_zaposlovanju/davcne_olajsave_za_zaposlovanje_invalidov (18. 8. 2013).

Zakon o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov (ZZRZI). Ur. l. RS, št. 63/2004.

Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (ZPIZ-1). Ur. l. RS, št. 109/2006.

Warner, R. in Mandiberg, J. (2003). Changing the environment of schizophrenia at the community level. *Australasian Psychiatry*, 11 (s1), S58–S64.

Warner, R. in Mandiberg, J. (2006). An update on affirmative businesses or social firms for people with mental illness. *Psychiatric Services*, 57 (10), 1488–492.

Wittchen, H. U. in Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies. *European neuropsychopharmacology*, 15 (4), 357–76.

World Health Organization. (2010). Healthy Workplaces: A Model for Action: For Employers, Workers, Policy Makers and Practitioners. *WHO, Geneva, pp.* Dostopno na: www.public-health.uiowa.edu/hwce/employer/healthy_workplaces_model-WHO.pdf (13. 8. 2012).