

Socijalna isključenost osoba s duševnim smetnjama

Knežević, Vana

Undergraduate thesis / Završni rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Law / Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:199:232318>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-09-22**



Repository / Repozitorij:

[Repository Faculty of Law University of Zagreb](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
PRAVNI FAKULTET
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

VANA KNEŽEVIĆ

SOCIJALNA ISKLJUČENOST OSOBA S DUŠEVNIM
SMETNJAMA
ZAVRŠNI RAD

prof. dr. sc. Zoran Šućur

Zagreb, 2020.

Sadržaj

1. Uvod.....	1
2. Ekonomski trošak i politika mentalnog zdravlja u Hrvatskoj.....	3
2. 1. Izostanak hrvatske politike mentalnog zdravlja.....	5
3. Nesudjelovanje na tržištu rada kao dimenzija socijalne isključenosti	6
3.1. Rad i osobe s duševnim smetnjama	8
3. 2. Oblici zapošljavanja osoba s duševnim smetnjama	10
3.3. Perspektiva poslodavaca i zaposlenika	14
4. Socijalna dimenzija socijalne isključenosti osoba s duševnim smetnjama.....	16
4.1. Deinstitutionalizacija osoba s duševnim smetnjama u Hrvatskoj	18
4. 2. Trenutačno stanje procesa deinstitutionalizacije i pokazatelji uspješnosti....	21
4. 3. Institut skrbništva i lišenje poslovne sposobnosti	22
5. Zaključak	23
6. Literatura.....	26

Socijalna isključenost osoba s duševnim smetnjama

Socijalna isključenost koncept je koji se temelji na otežanoj mogućnosti prilikom ostvarivanja vrijednih resursa poput zdravlja, obrazovanja, zaposlenja, sadržaja u zajednici ili socijalnog i političkog života. Resursi ili socijalni sustavi, međusobno se isprepliću u stvarnosti te istovremeno utječu jedni na druge. Osobe s duševnim smetnjama, a osobito one s težim duševnim smetnjama, pripadaju najisključenijim skupinama u društvu. U završnom radu bit će prikazan njihov položaj na tržištu rada, kao i učinak radnog statusa na financijske resurse, socijalne mreže, zdravlje i proces rehabilitacije. Prikazani su različiti modeli zapošljavanja osoba s duševnim smetnjama, kao i potencijalne strategije u načinu rada s osobama s duševnim smetnjama te održavanja mentalnog zdravlja na radnom mjestu. Osim tržišta rada, rad se osvrće i na pravo života u zajednici, kao temelja stvaranja zadovoljavajućih odnosa, ali i zadržavanja neovisnosti, poštivanja prava izbora i dostojanstva, te kako institucionalizacija i institut skrbništva usporavaju proces ostvarivanja tih prava. Psihički i neurološki poremećaji predstavljaju sveprisutan i rastući zdravstveni, ali i financijski teret, kako u svijetu, tako i u Europi. Narušeno mentalno zdravlje predstavlja značajan problem, kako na individualnoj razini, tako i na društvenoj.

Ključne riječi: socijalna isključenost, duševne smetnje, tržište rada, deinstitutionalizacija

Social exclusion of people with mental disabilities

Social exclusion is a concept based on the difficulty of achieving valuable resources such as health, education, employment, community content or social and political life. Resources or social systems, in reality intertwine and influence each other. People with mental disorders and especially those with severe mental disorders, belong to the most excluded groups in society. This final paper will present their position on the labor market, as well as the impact of employment status on financial resources, social networks, health and the rehabilitation process. Different models of employment of people with mental disabilities are presented, as well as potential strategies for working with people with mental disabilities and maintaining mental health in the workplace. In addition to the labor market, this paper takes on the right to live in the community as a basis for creating satisfactory relationships, but also maintaining independence, respect for the right to choose and dignity, and how institutionalization and the institution of guardianship slow down the exercise of these rights. Mental and neurological disorders represent an ubiquitous and growing health and financial burden, both in the world and in Europe. Impaired mental health is a significant problem, both on an individual and social level.

Key words: social exclusion, mental disabilities, labor market, deinstitutionalization

Izjava o autorstvu rada

Ovime potvrđujem da sam osobno napisala rad: **Socijalna isključenost osoba s duševnim smetnjama**

i da sam njegova autorica.

Svi dijelovi rada, nalazi ili ideje koje su u radu citirane ili se temelje na drugim izvorima (bilo da su u pitanju mrežni izvori, udžbenici, knjige, znanstveni, stručni ili popularni članci) u radu su jasno označeni kao takvi te adekvatno navedeni u popisu literature.

Ime i prezime: **Vana Knežević**

Datum: 26. kolovoza 2020.

1. Uvod

Eurostat Task Force definira socijalnu isključenost kao „...dinamički proces, najbolje opisan kao kretanje prema nižim razinama: određene nepovoljne okolnosti vode prema isključenosti, koja zatim stvara još veći broj nepovoljnih okolnosti i sve veću isključenost...Pojedinci, kućanstva i geografska područja mogu biti isključeni iz pristupa vrijednim resursima kao što su zaposlenje, zdravlje, obrazovanje, socijalni i politički život“ (ETS, 1998., prema: Šućur, 2004.:2). Socijalna isključenost se također može objasniti kao neuspjeh u jednom ili više socijetalnih sustava – demokratsko-pravnom, radno-tržišnom, sustavu socijalne dobrobiti ili pak u obiteljskom sustavu i sustavu lokalne zajednice. „Neuspjeh“ u jednom od ovih sustava, ne predstavlja nužno socijalnu isključenost, ali su u stvarnosti sustavi međusobno komplementarni i isprepliću se, radi čega se u nezavidnoj situaciji nalaze oni koji su neuspješni u više značajnih sustava. Osobito ako je ta isključenost obilježena određenom vremenskom dimenzijom (Šućur, 2004.), kao što je dugotrajna nezaposlenost ili dugotrajni institucionalni smještaj. Nemogućnost uživanja u pravima ili uslugama, neodstatni prihodi za dostojanstven život, kao i otuđenost od aktivnog sudjelovanja u životu zajednice, predstavlja značajan teret za mentalno zdravlje svake osobe, a pogotovo one s određenim predispozicijama. Uzmemo li u obzir da su osobe s težim duševnim smetnjama među isključenijima u društvu – samo 15% njih radne dobi sudjeluje na tržištu rada, visoke su stope nezaposlenosti, a karakteristična je i slabo razvijena socijalna mreža, popraćena diskriminacijom i stigmom (Sayce, 2001.), nije teško uočiti „začarani“ krug između socijalne isključenosti i mentalnog zdravlja.

Iz medicinske perspektive, pokazatelj uspješne rehabilitacije osobe s psihičkim poremećajem nije samo nestanak simptoma, „već i omogućavanje nastavka normalnog života bolesnika te pokušaj da oboljeli, kao i svaka druga osoba pridonosi društvenom kapitalu zajednice...“ (Gruber, 2012.:351). Upravo su oporavak i socijalna inkluzija povezane, kroz pružanje mogućnosti za sudjelovanjem u zajednici i stjecanjem osjećaja kontrole. Pokazatelji uspjeha oporavka i socijalne uključenosti zapravo se preklapaju – zadržavanje radnog mjesta, uspješno studiranje, samostalno stanovanje, kvalitetni interpersonalni odnosi, preuzimanje cijenjenih i vrijednih socijalnih uloga te uključenost u politički život. Usluge i prakse, usmjerene

prema osobama s duševnim smetnjama, mogu doprinijeti uspješnijoj socijalnoj uključenosti (Boardman, 2011.), dok pomoć u nalaženju adekvatnog zaposlenja može rezultirati većim zadovoljstvom i manjim osjećajem diskriminacije (McQuilken i sur., 2003., prema: Gruber, 2012.).

Obzirom na različite termine koji se koriste, bitno je razjasniti koji se sve nazivi koriste pri osvrtanju na osobe s duševnim smetnjama. „Osobe s duševnim smetnjama nazivaju se i osobe s psihičkim bolestima, osobe s mentalnim poremećajima, osobe s mentalnim oštećenjima, osobe s mentalnim smetnjama, osobe s duševnim poremećajima, ili pak osobe s psihosocijalnim invaliditetom“ (Buljevac i Leutar, 2020.:95.), a nerijetko radi prijevoda s engleskog, nailazimo i na pojam osobe s mentalnim invaliditetom. Duševni illi mentalni poremećaj predstavlja odstupanje u jednom ili manjem broju psihičkih funkcija, koji u odnosu na bolest, manje utječe na funkcionalnost osobe te ona u cijelosti ili djelomice može ocijeniti realnost. Duševna bolest ili drugim nazivom - psihoze, onemogućuju raspoznavanje realiteta, što može rezultirati značajnim poteškoćama na svim područjima funkcioniranja, radi čega je nerijetko potrebna pomoć različitih službi. Također, bitno je za naglasiti kako osoba može imati duševne smetnje, što nužno ne znači da se radi o osobi s invaliditetom – „tek onda kada duševne smetnje traju dovoljno dugo i utječu na svakodnevno funkcioniranje i kvalitetu života pojedinca...one mogu postati temeljem invaliditeta pojedinca“ (Buljevac i Leutar, 2020.:95). Duševna smetnja predstavlja „kišobran“ koncept, koji obuhvaća sve osobe, neovisno o intezitetu i dugotrajnosti smetnji, radi čega je najprikladnije u ovome kontekstu koristiti upravo ovaj pojam.

Hall naglašava određene indikatore koji upućuju na uspješnu uključenost u zajednicu, poput postojanja recipročnih socijalnih odnosa, uključenosti u život zajednice, zaposlenja i primanja formalne i neformalne podrške (Hall, 2015., prema: Leutar i Buljevac, 2020.). Teško je stvoriti jasne granice između navedenih primjera, no ovaj rad obuhvatit će tržište rada kao jednog od izvora socijalne isključenosti, kao i socijalnu dimenziju, odnosno sudjelovanje u životu zajednice, kao temelja uspostavljanja recipročnih socijalnih odnosa i primanja različitih oblika podrške. Naravno, prvo je bitno upozoriti na rastući ekonomski i socijalni problem koji predstavljaju duševne smetnje, kao i izostanak akcije na političkom planu.

2. Ekonomski trošak i politika mentalnog zdravlja u Hrvatskoj

Psihički i neurološki poremećaji predstavljaju veliki zdravstveni teret u Europi, ne samo za neposredno pogođene pojedince, već i za pružatelje usluga te društvo u cjelini. Ukupni se ekonomski trošak proučava kroz posredne i neposredne zdravstvene troškove, druge socijalne troškove, ali i smanjenu produktivnost (Wykes i sur., 2015.). U Europskoj Uniji, oko 165 milijuna ljudi, svake je godine pogođeno nekom vrstom duševne smetnje, a najčešće se radi o poremećajima anksioznosti, raspoloženja ili ovisnosti (Kessler i sur., 2012., prema: Trautmann, Rehm i Wittchen, 2016.). Procjenjuje se, da će preko 50% opće populacije u srednje razvijenim i visokorazvijenim zemljama, doživjeti barem jedan psihički poremećaj u nekom trenutku života. Dakle, oni ne pogađaju samo uži dio genetski predispozicionirane populacije, već predstavljaju značajan izazov za sustav javnog zdravstva, a može rezultirati nepoželjnim posljedicama na obiteljski, socijalni i radni život osobe. U 2010. godini, psihički poremećaji i poremećaji ovisnosti, sačinjavali su 10.4% ukupnih svjetskih zdravstvenih uzroka oboljenja, predstavljajući time vodeće uzročnike dugogodišnjeg života s invaliditetom (Trautmann, Rehm i Wittchen, 2016.).

Očiti troškovi poput lijekova, posjeta klinikama ili pak hospitalizacije, čine samo površinu ukupnih troškova. Zapravo „prikriveni“ troškovi (hidden costs) i njihovi učinci na gospodarski rast i razvoj, čine veći udio (Trautmann, Rehm i Wittchen, 2016.). Indirektan trošak odnosi se na gubitke prihoda vezanih uz stope mortaliteta, invaliditeta, potrebe za njegom i skrbi, kao i na smanjenu produktivnost zbog privremene nesposobnosti za rad ili pak prijevremene mirovine. (Bloom i sur., 2011., prema: Trautmann, Rehm i Wittchen, 2016.). Osobe s duševnim smetnjama bilježe kraći životni vijek, u odnosu na opću populaciju, do čak 20 godina. Osim toga, prema statističkim podacima u Europi, na godišnjoj razini oko 1.5 milijuna osoba pokuša učiniti samoubojstvo, a oko 100 000 ih i poćini (Wykes i sur., 2015.). Na razini Europske Unije procjenjuju se ukupni troškovi, iznosa od čak 798 milijardi eura (Gusstavson i sur., 2010., prema: Trautmann, Rehm i Wittchen, 2016.). Predviđa se dvostruki rast u posrednim i neposrednim troškovima duševnih poremećaja do 2030., premašujući tako troškove vezane uz kardiovaskularne bolesti, kronične bolesti dišnog sustava, dijabetes i karcinom. Utjecaj troškova duševnih

poremećaja na gospodarski rast može biti procijenjen samo kroz indirektno pokazatelje, odnosno kroz smanjeni kapital i niže stope zaposlenja. Globalni kumulativni ekonomski gubitak između 2011. i 2030., procjenjuje se na 16.3 milijardi američkih dolara (Trautmann, Rehm i Wittchen, 2016.). Unatoč visokim troškovima vezanim za duševne poremećaje, osvještavanje o problematici ostaje slabije vidljivo u javnosti, barem u odnosu na inicijative koje potiču rano otkrivanje i liječenje kardiovaskularnih bolesti i karcinoma. Čak i tu, Hrvatska se nalazi značajno ispod prosjeka Europske Unije (Zrinščak, 2019).

Financiranje istraživanja o poremećajima mentalnog zdravlja, pokazuje se značajnom investicijom. Prema podacima iz Velike Britanije, za svaku uloženu britansku funtu, godišnji povrat iznosi 0,37 britanskih funti, slično kao i kod studija vezanih za kardiovaskularne bolesti i karcinome (Wykes i sur., 2015.). Obzirom na spomenuta ulaganja u istraživanja, rezultat su unaprijeđeni tretmani za kardiovaskularne bolesti i karcinome, kvalitetnije prakse zdravstvenih stručnjaka, ali se također veći naglasak stavlja na prehranu i stil života. Radi navedenoga, u razdoblju od 1993. do 2013. došlo je do pada mortaliteta uzrokovanog karcinomima od 20% (Siegel, Naishadham i Jemal, 2013., prema: Wykes i sur., 2015.). Radi slabijeg ulaganja u istraživanja i programe preventivnih mjera, a značajnog utjecaja mentalnih poremećaja na EU, Europski parlament i Europska komisija potiču promjene (Wykes i sur., 2015.). Zajednička akcija za mentalno zdravlje i dobrobit pokrenuta je od Europske unije 2013. godine. Cilj je uspostaviti politički okvir, a usredotočena je na pet područja djelovanja – mentalno zdravlje na radnom mjestu, mentalno zdravlje u školama, spriječavanje depresije i samoubojstva, razvoj skrbi u pogledu mentalnog zdravlja temeljene na zajednici i socijalnoj uključenosti za osobe s ozbiljnim mentalnim poremećajima i integracija mentalnog zdravlja u svim politikama. Nova zajednička akcija donesena je za razdoblje od 2013. do 2020. godine. Zajednička akcija za mentalno zdravlje nastavak je djelovanja Europske komisije na ovom području - sve od donošenja Zelene knjige o poboljšanju mentalnog zdravlja 2005. pa do Europskog pakta o mentalnom zdravlju iz 2008. i 2009. godine. Nacionalna strategija za zaštitu mentalnog zdravlja (2011.-2016.), temeljila se na 6 ciljeva za javnu politiku, kao što su - unaprijeđenje kvalitete života osoba s mentalnim poremećajima ili invaliditetom kroz socijalnu inkluziju te zaštita

njihovih prava i dostojanstva (Ministarstvo zdravstva RH). Trenutno, Hrvatska nema Nacionalnu strategiju zaštite mentalnog zdravlja, bez obzira na značaj i višestruke implikacije ove problematike, ali i članstvo u Europskoj Uniji koja prepoznaje značaj ove teme.

2. 1. Izostanak hrvatske politike mentalnog zdravlja

Politika mentalnog zdravlja predstavlja temelj za planiranje i koordiniranje usluga, aktivnosti i mjera. Ako je politika učinkovita, rezultira dobrim populacijskim ishodima, organizacijskim poboljšanjima, boljom pristupačnošću skrbi, radu za opće dobro, ali i većoj uključenosti osoba s duševnim smetnjama u zajednici. Uzimajući u obzir da na mentalno zdravlje utječe niz čimbenika, moderna politika mentalnog zdravlja mora biti holistička i multisektorska, zahvaćujući područje gospodarskog, zdravstvenog i društvenog razvoja, ali i pitanje pravednosti (Novak i Petek, 2018.). Moderna politika mentalnog zdravlja obuhvaća čak pet područja – skrb o mentalnom zdravlju i tretman mentalnih poremećaja, aktivnosti javnog zdravstva i prevencija mentalnih poremećaja, pozitivno mentalno zdravlje za sve i promocija mentalnog zdravlja, socijalna politika za jednakost ljudi s mentalnim poremećajima kao i njihovih obitelji, te borba protiv stigmatizacije i diskriminacije sa svrhom dostojanstva i ljudskih prava osoba s mentalnim poremećajima (Novak i Petek, 2017., prema: Petek i Novak, 2018.).

Razvoj hrvatske politike mentalnog zdravlja nije baš transparentno niti jasno opisan u literaturi, službenim dokumentima ili na web-stranici Ministarstva zdravstva (Novak i Petek, 2018.: 346). Temelji se na prethodno spomenutoj Nacionalnoj strategiji zaštite mentalnog zdravlja, koja više i nije na snazi. Iako su u strategiji ciljevi jasno precizirani, „nisu slijedili akcijski planovi ili javni izvještaji o njezinoj učinkovitosti“ (Novak i Petek, 2018.: 346). Prema prethodnim istraživanjima Petek i Novak (2015., 2018.) pokazuje se kako se u Hrvatskoj i dalje ne očituje holistički pristup mentalnom zdravlju te da ono ne predstavlja politički prioritet. U jednom od istraživanja (2018.) uključili su zaposlenike psihijatrijskih bolnica, regionalnih i nacionalnih instituta javnog zdravstva, nevladinih organizacija, privatnih praksi, savjetodavnih i obiteljskih centara, Klinike za zaštitu djece grada Zagreba, osnovnih škola i vrtića – dakle one stručnjake koji predstavljaju multisektorski i holistički

pristup u provođenju politike mentalnog zdravlja, ali koji bi trebali i sudjelovati u njenom kreiranju. Kao razloge nezadovoljavajućeg razvoja politike mentalnog zdravlja u Hrvatskoj, ponajviše navode nezainteresiranost političke elite, političara u strankama i političkim institucijama za pitanja mentalnog zdravlja, kao i usko te zastarjelo shvaćanje mentalnog zdravlja. Nešto manji broj navodi i nedostatke financijske resurse, odnosno premale investicije u mentalno zdravlje, interesni monopol pojedine profesije i stigmatizaciju pitanja mentalnog zdravlja u javnosti. Sudionici također iskazuju slabe mogućnosti za utjecaj na razvoj hrvatske politike mentalnog zdravlja, a smatraju da ona ipak pretežito pripada u nadležnost zdravstvenog sektora. S Obzirom na to, predlažu višu razinu upotrebe interdisciplinskog znanja, sudjelovanje različitih dionika, utemeljenost na dokazima i upotrebu soft instrumenata utemeljenih na informacijama – dakle, u skladu s međunarodnim smjernicama. Na temelju dobivenih rezultata stručnjaka iz područja mentalnog zdravlja, autorice navode određene preporuke. Prva se odnosi na izravnu uključenost stručne zajednice u kreiranje politika i zagovaranje sveobuhvatne političke važnosti mentalnog zdravlja. Uočava se potreba za kreiranjem inovativnog načina umrežavanja stručnih zajednica i organizacija s područja mentalnog zdravlja, a radi lakšeg stvaranja zagovaračkih koalicija, kojim se otvara mogućnost stvaranja pritiska na političku elitu. Zadnja preporuka, odnosi se na suradnju između donositelja odluka, vladinih tijela i raznovrsnih stručnjaka u svim fazama stvaranja politike mentalnog zdravlja, podrazumijevajući time čvršći odnos donositelja politika s istraživačkom i stručnom zajednicom.

3. Nesudjelovanje na tržištu rada kao dimenzija socijalne isključenosti

Većina osoba koja se nalazi u radnoj dobi svoju egzistenciju i egzistenciju svojih obitelji osigurava vlastitim radom. Rad je za mnoge, jedna od važnijih komponenta u njihovim životima. Na temelju rada ostvaruje se dohodak kojim se podmiruju materijalne potrebe. No, postoje i „latentni“ doprinosi rada, koji nisu financijske prirode – socijalni identitet i status, socijalni kontakti i podrška, kao i pružanje strukture u organiziranju svakodnevnog života (Boardman i sur., 2003.). No što kada je pristup tržištu rada otežan, ili kada je osoba zbog doživljene stigmatizacije na radnom mjestu, ili privremeno smanjene radne sposobnosti, a kao posljedica suočavanja s duševnom smetnjom, u većem riziku od nezaposlenosti?

Nezaposlenost u suvremenom društvu predstavlja značajni socijalni rizik te se na njemu temelji specifičan sustav socijalne politike (Puljiz, 2005.a, prema: Matković, 2019.). Prema Hrvatskom časopisu za javno zdravstvo, čak 20% odrasle populacije u Europi u bilo kojem trenutku pati od nekog problema mentalnog zdravlja ili duševnog poremećaja (Silobrčić Radić, 2011.). Bitno je naglasiti, kako se ovi podaci odnose na 2011. godinu i ranije, dok se procjenjuje da će samo depresija do 2020. godine u ukupnoj populaciji biti drugi vodeći uzrok globalnog opterećenja bolestima, odmah nakon ishemijskih bolesti srca (Gruber, 2012.).

Ukupni troškovi vezani uz duševne poremećaje iznose u prosjeku oko 3-4% bruto nacionalnog dohotka zemalja, što dovodi do golemog ekonomskog opterećenja društva. U te troškove, naravno, ulaze i neizravni troškovi, poput smanjene produktivnosti, bolovanja i invalidnosti oboljelih, što može nadmašiti i same izravne troškove vezane uz korištenje zdravstvenih službi (Silobrčić Radić, 2011). Dakle, duševne smetnje nisu izolirani problem pojedinaca, već cjeloukupne zajednice. Zdravstveni problemi vezani uz mentalno zdravlje, povezani s poteškoćama koji proizlaze iz njih, poput nezaposlenosti, invalidnosti, smanjene produktivnosti, češćeg korištenja bolovanja – uvelike utječe na najveće sustave socijalne sigurnosti, koji osiguravaju egzistenciju cjeloukupnog društva. Jednom kada osobe s duševnim smetnjama „ispadnu“ iz jedne mreže socijalne sigurnosti, ovisi o sustavu socijalne pomoći i skrbi. Novčane naknade, poput ZMN-a, nedostatna je za ostvarivanje minimalnog standarda (Šućur, 2019.), što osobe stavlja u rizik od siromaštva, ali i smanjuje šanse ponovnog zaposlenja. Također, siromaštvo i stigma povećavaju viktimizaciju oboljelih (Perese, 2007., prema: Gruber, 2012.), dok stigma povezana sa siromaštvom i psihičkim poremećajima pokreće i održava začarni krug siromaštva i psihičkog poremećaja (Ssebunnya i sur., 2009., prema: Gruber, 2012.). Obzirom na sveprisutan i rastući problem vezan uz mentalno zdravlje, a čija rehabilitacija uvelike ovisi o integraciji na tržištu rada, u nastavku će biti predstavljena diskriminacija osoba s duševnim smetnjama prilikom zapošljavanja ili zadržavanja radnoga mjesta, utemeljena na stereotipnim uvjerenjima i negativnim stavovima. Također, bit će prikazana i osobna iskustva iz perspektive poslodavaca i (potencijalnih) zaposlenika, kao i strategije koje bi mogle doprinijeti ublažavanju sveprisutnog problema.

Osobe s duševnim smetnjama izložene su nepoželjnim učincima nezaposlenosti, kao što je gubitak strukture, svrhe i identiteta, koje ono donosi (Rowland i Perkins, 1988, prema: Boardman i sur., 2003.). Rad je pozitivno povezan sa socijalnom inkluzijom, te omogućava osobama s teškoćama mentalnog zdravlja sudjelovanje u društvu, u ulozi aktivnih građana. Također, zapolenost je ključna u održavanju stabilnosti mentalnog zdravlja, te pospješuje rehabilitaciju. Omogućavanje zaposlenja ili održavanja radnog mjesta uzrokuje brojne pozitivne učinke na više životnih područja osoba s duševnim smetnjama, nego li gotovo bilo koje druge medicinske ili socijalne intervencije (Boardman i sur, 2003.) Niti jedna aktivnost ne doprinosi osjećaju samopoštovanja i socijalnog identiteta kao posao, a isključenost iz sfere plaćenog rada rezultira materijalnom deprivacijom, snižava samopouzdanje, te stvara osjećaj izoliranosti i marginaliziranosti (Milačić Vidojević i sur., 2011.). Same te činjenice dostatne su za narušavanje mentalnog zdravlja općenito, što samo može dodatno destabilizirati već narušeno zdravlje osoba s duševnim smetnjama. Upravo radno mjesto osigurava strukturu dana, koja je temelj za postizanje ciljeva značajnih za osobu, što u konačnici djeluje pozitivno na samopoštovanje i samopouzdanje. Sasvim je jasno da se stjecanjem redovitog dohotka smanjuje rizik od siromaštva, ali ključno je za naglasiti kako je radno mjesto mnogima prilika za sklapanje prijateljstava i primanja podrške (Milačić Vidojević i sur., 2011.). Kvalitetna socijalna mreža i socijalna podrška od velike su važnosti za kvalitetu života, ali su i resurs na kojeg se pojedinci mogu osloniti u teškim životnim situacijama, poput bolesti ili gubitka. Upravo slabo razvijena socijalna mreža predstavlja još jednu dimenziju socijalne isključenosti, koja će biti kasnije detaljnije razrađena. Čak i kada su osobe s duševnim smetnjama zaposlene, nerijetko se suočavaju i sa stigmatizacijom iz svoje okoline, a „*stigmatizacija se odnosi na proces negativnog obilježavanja osobe, dodavanja negativnih obilježja na temelju jedne karakteristike koju posjeduje*” (Zagrebačko psihološko društvo, 2019.). Dakle, funkcija stigme jest da se osobu obilježi manje vrijednom, a da ju se potom nevidljivim nitima, odvoji i „gurne“ na rubove društva.

3.1. Rad i osobe s duševnim smetnjama

Iako osobe s duševnim smetnjama većinom izražavaju želju za radom, stopa nezaposlenosti ipak je nešto veća od opće populacije, i to tri do pet puta veća (Sturm i

sur., 1990., prema: Cook i sur., 2005.). Ipak, stopa se zaposlenosti razlikuje obzirom na dijagnostičke kategorije – nezaposlenost kod osoba s dijagnozom shizofrenije iznosi čak 80-90% (Bond i sur., 2008., prema: Milačić Vidojević i sur., 2011.), dok je kod osoba s afektivnim poremećajima i anksioznim poremećajima, stopa ipak niža. Ovi podaci ukazuju na veću isključenost osoba s težim psihičkim poremećajima u sferi plaćenog rada, poput – bipolarno afektivnog poremećaja, shizofrenije ili depresije s psihotičnim simptomima. Osim toga, pojedina istraživanja ukazuju na to da nezaposlenost povećava rizik od obolijevanja od shizofrenije i obrnuto (Agerbo i sur., 2004, prema: Gruber, 2012.), ali i da je rizik od relapsa shizofrenije povezan s nezaposlenošću (Chabungbam i sur., 2007., prema: Gruber, 2012.). U istraživanju Milačić Vidojević i suradnika (2011.), bilo je uključeno 50 ispitanika s utemeljenom dijagnozom shizofrenije, liječenih u Klinici za psihijatriju KC Srbije i u Psihijatrijskoj bolnici „Laza Lazarević“. Na temelju odgovora mogli su se izvući sljedeći zaključci – od svih sudionika, čak ih je 76% nezaposleno, a od tih istih pronaći posao želi 37%. Nadalje, ukupno 62% ispitanika izjavljuje da su doživjeli diskriminaciju vezanu uz zaposlenje – 28% prilikom prijavljivanja na radno mjesto, a 34% prilikom zadržavanja posla. Osim doživljene diskriminacije iz okoline, u istraživanju se ispitala i manja spremnost na rad ili prijavu na intervju, a radi očekivane diskriminacije od poslodavaca ili kolega. Zanimljivo je to, da se čak više od pola ispitanika (54%) ne prijavljuje za posao radi očekivanja diskriminatornog postupanja. Postavlja se pitanje, postupaju li ti pojedinci na temelju doživljenog iskustva, ili je pak samopouzdanje i vjera u vlastite sposobnosti utoliko narušena kao posljedica bolesti, da osoba jednostavno ne želi ni pokušavati. Upravo istraživanje Gruber (2012.) ukazuje na to da zaposleni i fakultetski obrazovani ispitanici imaju više razine samopouzdanja, a da su snižena samoefikasnost i demoraliziranost povezane s nemogućnošću zapošljavanja ili samostalnog života i promašenih prilika za uspjeh (Link, 1982., prema: Gruber, 2012.).

Čak 8% osoba s dugotrajnim teškoćama mentalnog zdravlja iz Velike Britanije, navode upravo zdravstvene teškoće kao glavni problem u domeni plaćenog rada. Od te iste populacije, samo ih je 18% bilo zaposleno prema podacima iz 2000. S druge strane, osobe koje se nose s kroničnim bolestima, ali koje ne uključuju probleme mentalnog zdravlja, bilježe veće stope zaposlenosti, čak štoviše – u istoj

godini 52% (Boardman i sur, 2003), što je gotovo tri puta veća stopa. Iako se korisnici usluga vezanih uz mentalno zdravlje ne razlikuju previše od ostalih osoba koje koriste učestalo zdravstvene usluge, gdje radi učestalosti postoji mogućnost internalizacije uloge „bolesnika“ ili „pacijenta“ tijekom svoga života (Boardman i sur., 2003.), što potencijalno može utjecati na produktivnost – brojevi ipak ukazuju na značajnu razliku. Barijere pri zaposlenju najčešće su povezane sa stigmom, predrasudama i diskriminacijom (Boardman i sur, 2003.), što neizbježno utječe i na same poslodavce. Ono što možda više zabrinjava jest upravo to da kod stručnjaka za mentalno zdravlje i drugih povezanih profesija, postoji tendencija da podcjenjuju mogućnosti i vještine vlastitih korisnika, kao što i uvećavaju mogućnosti rizika poslodavaca (Boardman i sur., 2003.). Ovo je ključan podatak, jer upravo ti stručnjaci trebaju usmjeriti sva svoja znanja, mogućnosti i sposobnosti da olakšaju osobi s duševnim smetnjama povratak na radno mjesto. Ono što se također često zamjera zdravstvenim djelatnicima, jest upravo dominacija medicinskog modela u praksi. Medicinski model osobe s duševnim smetnjama promatra kao patološke, problemom zaokupljene žrtve koje se moraju prepustiti autoritetima – poput liječnika (Goodley, 2011., prema: Buljevac i Leutar, 2020.).

3. 2. Oblici zapošljavanja osoba s duševnim smetnjama

Oblici zaposlenja za osobe s duševnim smetnjama povijesno su bili povezani s velikim psihijatrijskim bolnicima u obliku „zaštićenih“, odnosno nadziranih radnih radionica. U posljednja tri desetljeća došlo je do ekspanzije inicijativa za uključivanje osoba s duševnim smetnjama na tržište rada. Razlikuju se tri raširene kategorije (O’Flynn & Craig, 2001., prema: Boardman i sur., 2003.) - zaštitno zapošljavanje (sheltered employment), „otvoreno“ podržavajuće zapošljavanje („open“ supported employment) i socijalna poduzeća (social firms) – poduzeća orijentirana na tržište sa socijalnom misijom stvaranja radnih mjesta za osobe s invaliditetom (Grove i Drurie, 1999., prema: Boardman i sur., 2003.). Prema podacima iz Velike Britanije, procjenjuje se da postoji 135 organizacije koje nude zaštićeno zaposlenje, 77 koje nude otvoreno zaposlenje, te oko 50 socijalnih poduzeća (Crowther i sur., 2001., prema: Boardman i sur., 2003.). Grove (2015.) pak navodi četiri glavne kategorije oblika zapošljavanja osoba s duševnim smetnjama – zaštitno zapošljavanje (sheltered work), stručno osposobljavanje (vocational

training), prijelazno zapošljavanje ili prijelazno radno iskustvo (transitional employment or work experince), te podržavajuće zapošljavanje (supported employment). Boardman (2003.) napominje kako su navedeni oblici zapošljavanja prisutni u različitim kulturama i ekonomijama, iako najčešće u slabije razvijenim zemljama, izostaju podjele u literaturi. Nerijetko se i volontiranje navodi kao zasebna kategorija, u smislu aktivnosti koja pridonosi većoj zapošljivosti.

Zaštitno zaposlenje podrazumijeva rad u specifično stvorenim zaštićenim uvjetima. Takav oblik doživljava postepen izlaz iz modernih usluga usmjerenih na mentalno zdravlje diljem svijeta, skupa s ostalim oblicima institucionalne skrbi. Razlozi tomu su višestruki, od promijenjenih aspiracija osoba s duševnim smetnjama, loših uvjeta rada, jednoličnih ponavljajućih aktivnosti koji čine rad, a koji su slabo plaćeni ili uopće nisu. Osim toga, rad u ovakvim uvjetima karakterizira segregaciju od tržišta rada, a i niske su stope prelaska iz ovog oblika na otvoreno tržište. Troškovi koji proizlaze iz ovakve organizacije rada su neodrživi, za razliku od socijalnih poduzeća koje su uspjele umanjiti brojne mane zaštitnog zaposlenja, odnosno zaštitnih radionica (workshop). Socijalna poduzeća zapošljavaju osobe s invaliditetom, ili općenito osobe koje se nalaze u ranjivijem položaju, te takva poduzeća konkuriraju ostalim poduzećima na otvorenom tržištu rada. Radnici su plaćeni bolje, pruženi su bolji uvjeti rada, ali se ostvaruje i viši stupanj participacije radnika. Socijalna poduzeća raširena su u zemljama s visokim stopama nezaposlenosti i stigme prema osobama s duševnim smetnjama. Grčka je putem reformi uvela socijalna poduzeća kao ključni dio razvoja usluga mentalnog zdravlja. Najveća i ekonomski najuspješnija socijalna poduzeća nalaze se u Italiji i u Njemačkoj, dok u Velikoj Britaniji i Sjevernoj Americi ima dobrih primjera u praksi. Izazov otvorenog tržišta, dijele sa svim ostalim poduzećima koji sudjeluju u „utakmici“ (Grove, 2015.).

Stručno osposobljavanje omogućava pripremu za rad, pružajući stručne vještine tijekom određenog vremena. U praksi, ovakav oblik nerijetko ne ispunjava zamišljenu svrhu – pronalazak plaćenog posla. Često problem proizlazi iz toga što usvajane vještine ne odgovaraju trenutačnim potrebama tržišta. Moguće rješenje leži u podržavajućim oblicima, a da se na temelju uspješnog ispunjenja uvjeta, pruži

pomoć i podrška pri pronalasku posla. Samo 5% poslodavaca u Velikoj Britaniji nudi stručno osposobljavanje bilo koje vrste, dok ih u Njemačkoj, Austriji i Australiji nudi čak četvrtina (Grove, 2015.). Prijelazno zapošljavanje ili prijelazno radno iskustvo, temelji se na ideji psihološke i socijalne pripreme za plaćeni rad, koja se stječe kroz privremeni posao. Rezultat privremenog rada bi trebao biti samopouzdanje i disciplina, koju treba primijeniti za dugoročna radna mjesta. Ovakav oblik zapošljavanja temelji se na posredovanju treće stranke – organizacije koja poslodavcu osigurava da će zadatak biti ispunjen, bez obzira tko ga ispunjava. Najčešće se provodi na lokalnoj razini, a posrednik nudi svome članu, u ovom slučaju osobi s duševnom smetnjom, rad na određeno vrijeme, koje najčešće varira od šest do devet mjeseci, temeljem kojeg je plaćen. U slučaju nemogućnosti rada pojedinca, drugi član organizacije popunjava mjesto, a kako bi se ispunile obveze ugovora. Učestalost promjene radnog okruženja neki pružaju kao kritiku, dok drugi u tome vide prednost. Ovakvih organizacija, koje igraju ulogu posrednika između poslodavca i privremenog zaposlenika, postoji preko 300, raširenih u 28 zemalja svijeta, a pretežito u Sjedinjenim Američkim Državama. Također, raširene su i u Kanadi, Južnoj Koreji, Kini i Finskoj, a nešto slabije u Švedskoj, Danskoj i Japanu (Grove, 2015.).

Podržavajuće zapošljavanje nastalo je kao ideja s ciljem pružanja podrške pri zapošljavanju osobama s intelektualnim teškoćama. Danas, ovo je najistraživaniji model zapošljavanja osoba u području duševnog zdravlja. Prema istraživanjima Bonda i sur. (2008.), studiji EQOLISE (2008.), provedenoj u šest europskih zemalja, te pregledu Crowthera i sur. (2001.) – ovakav oblik zapošljavanja uspješniji je u odnosu na alternativne metode, uključujući i prethodno navedene (Grove, 2015.). EQOLISE studija (2008.), punog naziva „The European trial to improve Quality of Life in severe mental illness with Supported Employment” trial, bila je usmjerena na dva ključna pitanja. Prvo pitanje odnosilo se na prihvatljivost i efektivnost podržavajućeg zapošljavanja u Europi, u odnosu na SAD. Drugo pitanje bilo je usmjereno na to, utječu li širi socijalni faktori, kao nezaposlenost i prava iz sustava socijalne sigurnosti, na njihovu implementaciju. U studiji su bili uključeni pojedinci s psihičkim poremećajima koji su značajno utjecali na njihovu funkcionalnost, u trajanju od barem dvije godine. Također, uvjet je bila i nezaposlenost, u namjanim

periodu od godine dana, kao i kontakt sa stručnjakom za mentalno zdravlje, u trajanju od minimalno šest mjeseci. Cilj je bio obuhvatiti šest europskih zemalja, a koje se razlikuju obzirom na obilježja socijalne države svake od zemalja. Stoga su studijom obuhvaćena Velika Britanija, Njemačka, Italija, Švicarska, Nizozemska i Bugarska. Uzorak se sastojao od 60% muškaraca, prosječne dobi 38 godina. Shizofrenija je bila dijagnosticirana kod 80% sudionika, dok je ostatak većinom bolovao od bipolarno afektivnog poremećaja. Dakle, studijom je obuhvaćena grupa osoba s težim psihičkim poremećajima. Rezultati su pokazali, da je podržavajuće zapošljavanje, u odnosu na programe stručnih osposobljavanja, dvostruko učinkovitije u integraciji na otvoreno tržište rada. Osim toga, osobe su dulje zadržavale svoje radno mjesto te je rizik od hospitalizacije bio značajno manji. Studija je potvrdila da se ovakav model zapošljavanja osoba s duševnim smetnjama, itekako prilagođava europskom kontekstu, a ne samo američkom, bez obzira na razlike u sigurnosti radnoga mjesta i naknada u slučaju nezaposlenosti. Također, stope lokalne nezaposlenosti, odnosno širi socijalni faktori, nisu utjecali na implementaciju ovog modela (Burns i Catty, 2008.).

Grove (2015.) navodi brojne prednosti ovog modela – kompetitivnost sudionika na tržištu rada, otvorenost prema svima koji imaju želju raditi, uspješnost u usklađivanju radnih preferenci sudionika s radnim mjestom, vremensku učinkovitost, usku povezanost sa stručnjacima na području rada i zapošljavanja, razvijanje odnosa tih istih stručnjaka s potencijalnim poslodavcima, vremenski neograničena i individualizirana podrška sudioniku i poslodavcu, kao i prednosti savjetovanja. Cijeli program temelji se na konzistentnoj evaluaciji i učenju. Dakako, ovaj program uključivanja osoba s duševnim smetnjama na tržište rada nije idealan i bez mana. Ovisno o uvjetima lokalne zajednice, vještinama praktičara i usmjerenosti na zadanosti ovakvog programa, stope zaposlenosti kreću se od 40% do 80% (Grove, 2015.). Modini i sur. (2016.) naglašavaju da, obzirom na otkrivene učinke ovakvih programa, donositelji javnih politika, ali i stručnjaci s područja mentalnog zdravlja, trebaju utjecati na provođenje programa podržavajućeg zapošljavanja, koje bi bilo dostupno svim osobama s težim psihičkim poremećajima, neovisno o tome gdje žive ili kakvi su prevladavajući ekonomski uvjeti. Za pojedince koji ne boluju od težih psihičkih poremećaja, a integrirani su u tržište rada, treba razvijati različite

intervencije na radnom mjestu, prilagodbe, savjetovanje ili grupe podrške, a sve u svrhu zadržavanja zaposlenja (Shankar i sur., 2014.).

3.3. Perspektiva poslodavaca i zaposlenika

Pacijenti nerijetko od svojih psihijatara traže savjet o tome kako odgovoriti na pitanje o vlastitom zdravlju tijekom intervjua za posao, a u želji da budu iskreni i da se u obzir uzimaju samo njihove sposobnosti (Manning i White, 1995.). Istraživanje Shankar i sur. (2014.) o stajalištu upravitelja različitih kompanija prilikom zapošljavanja osoba s duševnim smetnjama, provedeno je u Kanadi. Radilo se o poslodavcima koji su većinom imali prethodnog iskustva u radu s osobama s psihičkim poremećajima – kroz organiziranje povratka radnika ili kroz omogućavanje stručnog osposobljavanja u njihovim poduzećima. Mnoga iskustva su bila pozitivna te poslodavci nisu imali problema sa zapošljavanjem osoba s duševnim smetnjama, a bili su i spremni na nužne prilagodbe. Štoviše, pojedini poslodavci su zaposlili pojedince, nakon uspješnog stručnog osposobljavanja. Objašnjavaju da im je upravo ovakav model integracije osoba s duševnim smetnjama dao priliku da steknu sigurnost za zapošljavanje tih istih osoba. Poslodavci manjih poduzeća, čiji resursi nisu bili dostatni da osiguraju supervizore tijekom stručnog osposobljavanja, iskazuju negativna iskustva. Neki su to pripisali manjku radnog iskustva, dok drugi psihičkim smetnjama. Unatoč tome, većina njih bi dala priliku i drugim osobama s duševnim smetnjama, te su spremni na prilagodbe na radnom mjestu, ali samo ako osoba pokaže predanost i sposobnost pri obavljanju zadataka. Prilagodbe mogu uključivati nepuno radno vrijeme, fleksibilne sate rada, dodatni pozitivni osvrti na rad, češće pauze tokom radnog vremena, slobodno vrijeme za zakazane tretmane sa stručnjakom i sl. usluge, te edukacije kolega i supervizora o mitovima i diskriminaciji vezanim za duševne bolesti (Behney, Hall i Keller, 1997., prema: Banks i sur., 2001.). Navode da je nedostatak ljudskih resursa, koji bi bili usmjereni na rješavanje teškoća kod osoba s duševnim smetnjama, jedan od značajnijih problema. Istraživanje pokazuje da prethodno pozitivno iskustvo suradnje s osobom s duševnim smetnjama, kao i iskustvo iz privatnog života (bliska osoba ili sam poslodavac) s duševnom smetnjom, uvećava vjerojatnosti za zapošljavanjem tih osoba. Jednom kada zaposle osobu, očekuju mogućnost individualne potpore radnika od strane supervizora, edukaciju o mentalnom zdravlju i osvještavanje o

predrasudama i diskriminaciji, kvalitetnu kordinaciju između pružatelja usluga (psihologa, socijalnih radnika, doktora) i njih, kao i podršku usmjerenu prema njima – poslodavcima.

Prema istraživanju Dunn i sur. (2008.), osobe su se na temelju radnoga statusa osjećale kao da su potrebne drugima, da su cijenjene te da takve osjećaje nije lako ostvariti na drugim životnim područjima. Mnogi od njih pronalaze dnevnu rutinu radnoga mjesta stabilizirajućim faktorom, osobito u ranim fazama rehabilitacije i reintegracije u svakodnevni život i zajednicu. Drugima pak, posao služi kao sredstvo odmicanja od realnosti i teškoća koju duševne smetnje sa sobom donose. Mjesečni prihodi također su pozitivno utjecali na oporavak. Plaćeni rad osigurao je mnogima financijsku nezavisnost od obitelji, otplaćivanje kamata koje su se nakupile za vrijeme akutne faze bolesti, ali je naravno osigurao i bolju kvalitetu života općenito, kroz otvaranja mogućnosti dodatne edukacije, liječenja i dr. Osim prestanka ovisnosti o obitelji, pojedinci iskazuju ponos i uspjeh, prestankom korištenja novčanih naknada koje pruža država. Istraživanje Banksa i sur. (2001.) obuhvatilo je 238 osoba, koji su pohađali deset različitih programa stručnog osposobljavanja diljem Sjedinjenih Američkih Država. Cilj je bio ispitati, kako podrška na radnom mjestu i prihvaćenost, utječu na osobe s duševnim smetnjama. Rezultati su pokazali da su simptomi bili prisutni za vrijeme rada kod 63% sudionika, naravno različitih inteziteta. Također, simptomi su utjecali i na prilagodbu radnim normama i standardima, kao i na osobnu prezentaciju (osobna higijena, urednost i sl.), socijalne vještine, te interpersonalne odnose s kolegama. Dokazana je korelacija između visine prihoda i stupnja interakcije s drugim osobama. Pojedinci koji su imali redovite i kontinuirane interakcije s osobama bez duševnih smetnji na radnome mjestu, zarađivali su više, i obrnuto. Dakle, što su osobe bolje integrirane u kulturu radnoga mjesta te uspostavljaju kvalitetne recipročne odnose s kolegama, pozitivniji je učinak na visinu prihoda i zadovoljstvo osoba, bez obzira na pojavu simptoma.

4. Socijalna dimenzija socijalne isključenosti osoba s duševnim smetnjama

Svaki pojedinac trebao bi imati omogućene uvjete za uspostavljanje zadovoljavajućih recipročnih odnosa unutar lokalnih zajednica i šire. Upravo se socijalna uključenost definira kao uključenost osobe u aktivnosti zajednice koje osiguravaju socijalne interakcije (Levasseur i sur., 2011., prema: Leutar i Buljevac, 2020.). Osiguravanjem jednakih mogućnosti i razvijanjem inovativnih usluga unutar zajednica, država doprinosi socijalnoj uključenosti osoba s duševnim smetnjama. Upravo se proces deinstitutionalizacije i transformacije domova socijalne skrbi temelji na ostvarivanju prava života u vlastitim obiteljima i zajednicama, bolje kvalitete života kroz različite usluge, ali i aktivnosti koje pospješuju neovisnost i integraciju osobe.

Institucijska skrb se prema namijeni može podijeliti u tri različite dobne kategorije – za djecu i mladež (bez roditeljske skrbi, s problemima u ponašanju, s tjelesnim i mentalnim oštećenjima ili žrtvama obiteljskog nasilja), odraslim osobama s mentalnim, tjelesnim ili psihičkim oštećenjima te starijim osobama (Bežovan i sur., 2019.). Deinstitutionalizacija skrbi za osobe s psihičkim poremećajima zahtijeva kompleksan niz promjena, od prestrukturiranja društvenih stavova, do promjene regulacije zdravstvenog i socijalnog osiguranja i reforme psihijatrijske službe (Babić i Molnar, 2002., prema: Gruber, 2012.). U Hrvatskoj se većina osoba s duševnim poremećajima liječi u sustavu bolničke psihijatrije, što predstavlja najskuplji način liječenja (apsorbira čak preko 90% svih sredstava izdvojenih za mentalno zdravlje) te ne pruža nužno učinkovite rezultate, a karakterističan je model za slabije razvijene europske zemlje (Atlas, 2005., prema: Gruber, 2012.). Na taj način, mnoge su se psihijatrijske bolničke ustanove djelomice pretvorile u socijalne ustanove, zbrinjavajući dio pripadnika socijalno ranjivih skupina, koje ne moraju nužno biti smještene na psihijatrijskim odjelima, što opterećuje kapacitete i već nezavidnu financijsku situaciju zdravstvenog sustava (Babić i Molnar, 2002., prema: Gruber, 2012.). Čak i jednom kada osoba bude otpuštena iz bolnice, nerijetko nakon toga slijedi njihov smještaj u domove za odrasle osobe s duševnim smetnjama, čime nailazimo na tzv. efekt reinstitucionalizacije (Priebe i sur., 2005., prema: Gruber,

2012.). Ideja deinstitucionalizacije leži u ostvarivanju rehabilitacije u okruženju, u kojem se očekuje od osobe da će nastaviti živjeti kao aktivni član zajednice. Prema članku 19. Konvencije o pravima osoba s invaliditetom, „države stranke priznaju jednako pravo svim osobama s invaliditetom na život u zajednici, s pravom izbora jednakim kao i za druge osobe, te će poduzeti djelotvorne i odgovarajuće mjere kako bi olakšale osobama s invaliditetom puno uživanje ovoga prava i punog uključenja i sudjelovanja u zajednici“, što uključuje pravo osobe na odabir mjesta boravka, gdje i s kim će živjeti, pravo na pristup širokom rasponu usluga koje se pružaju u domu ili ustanovama za smještaj, pravo na osobnu asistenciju potrebnu za potporu življenju i za uključenje u zajednicu, kao i za sprečavanje izolacije i segregacije iz zajednice, kao i pravo na ravnopravni pristup uslugama, objektima, prostorima koje su namijenjene i općoj populaciji.

Case management samo je jedna od metoda kojoj je cilj ostvariti uspješnu rehabilitaciju i resocijalizaciju osoba s duševnim smetnjama u vlastitu zajednicu, te se upravo „vođenje slučaja“ u Hrvatskoj pretežito razvijalo prema psihijatrijskim bolesnicima. Na čelu case managementa nalazi se voditelj slučaja, a njegova uloga je određivanje programa i ciljeva korisnika, procjenjivanje njegovih potreba, te da mu pruži pomoć i podršku u snalaženju u slabo koordiniranom sustavu različitih sadržaja (Gruber, 2007., prema: Ajduković i Urbanc, 2009.), ali da procjeni i potrebe članova obitelji korisnika (Gruber, 2006., prema: Ajduković i Urbanc, 2009.). Iz perspektive socijalnog rada, odnosno socijalnog modela i modela ljudskih prava, kod case managementa se preveliki naglasak stavlja na voditelja slučaja, a ne i na položaj samog korisnika, u ovom slučaju „bolesnika“ ili „pacijenta“. U zadnjih nekoliko godina, a pogotovo u većim hrvatskim gradovima, važnu ulogu u resocijalizaciji osoba s duševnim smetnjama imaju udruge. Tako „Udruga Svitanje“ svojim korisnicima nudi različite radionice, dnevni klub, savjetovalište, grupe samopomoći za osobe narušenog mentalnog zdravlja, pomažu u procesu socijalizacije i adaptacije, te organiziraju radno okupacijske terapije. Osim izravnog rada s korisnicima, udruga također predlaže, organizira i provodi programe, a s ciljem ostvarivanja prava osoba s duševnim smetnjama, na području rada, stanovanja i sl. Osim toga, djelovanjem različitih udruga, senzibilizira se zajednica o izazovima i stigmama na koje nailaze osobe s duševnim smetnjama.

4.1. Deinstitutionalizacija osoba s duševnim smetnjama u Hrvatskoj

Usluge razvijene u zajednicama i podržavajući oblici stanovanja gotovo univerzalno pružaju bolju kvalitetu života za osobe s intelektualnim ili mentalnim invaliditetom nego institucije, djelomično jer se time omogućava socijalna uključenost osoba. Iako je Hrvatska bila jedna od prvih država u svijetu koja je ratificirala Konvenciju o pravima osoba s invaliditetom, koja jamči i pravo osobe na život u zajednici, a 2006. obećala Europskoj Uniji ostvariti pomak u deinstitutionalizaciji, ostvarivanje tih ciljeva naišlo je na teškoće. Važno je napomenuti, da je prema istraživanju naručenog od strane Europske unije, koje je obuhvaćalo tadašnje zemlje članice i Tursku (2003.- 2007.), dokazano kako programi podrške utemeljeni u zajednici nisu skuplji od institucionalne skrbi usporedive kvalitete, a da i kad one to jesu, ispadaju više ili jednako isplative obzirom na povećanu kvalitetu života korisnika (Mansell i sur., 2007.).

Human Right Watch (HRW) nevladina je, neovisna organizacija koja se zauzima za zaštitu i promicanje ljudskih prava, a 2010. objavila je izvješće naziva „Once You Enter, You Never Leave“ („Kad jednom uđeš, više nikad ne izideš“), upravo na temu deinstitutionalizacije osoba s intelektualnim ili mentalnim invaliditetom u Hrvatskoj. Kao prepreka deinstitutionalizaciji, često se navode troškovi. Iako skrb u zajednici, dugoročno jest financijski isplativija, kratkoročni troškovi istodobnog upravljanja ustanovama i programima u zajednici zaista mogu biti visoki. Osim ekonomskog aspekta, kao pozadinski razlog usporavanja deinstitutionalizacije jest upravo i stigma vezana uz mentalni invaliditet, što otežava proces integracije i prihvaćanja osoba u život zajednice. Kao jedno od rješenja navode poticanje susreta između šire javnosti i osoba s duševnim smetnjama, što institucionalizacija otežava. Kao treći razlog, navode upravo osoblje ustanova i zajednica u kojima se one nalaze. Zbog svoje veličine, ustanove se nerijetko nalaze u izdvojenim mjestima, imaju veliki broj zaposlenih, a nerijetko predstavljaju i važnu sastavnicu lokalnog gospodarstva u kojem se nalaze. Upravo zato, navode da otpor osoblja i lokalnih stanovnika, može biti jedan od prepreka prema uspješnoj deinstitutionalizaciji, a predlažu da se osoblje zadrži u radnom odnosu, u svrhu pružanja skrbi u zajednici. U svrhu ovog izvješća, institucionalizacija podrazumijeva četiri različita oblika smještaja – domovi socijalne skrbi, obiteljski domovi,

psihijatrijske bolnice i udomiteljske obitelji za osobe s invaliditetom (smatraju se ustanovama kada su osobe smještene bez pristanka, kada su zatvorene za ljude izvana ili kada ograničavaju komunikaciju između štićenika i zajednice). Iako su obiteljski domovi manji obzirom na broj korisnika (6-20 osoba), često ondje osobe borave nedobrovoljno, nerijetko su odvojeni za ljude izvan doma, a i ponekad se ograničava komunikacija između štićenika i zajednice. Obzirom na provedene intervjue u domovima socijalne skrbi za odrasle osobe s mentalnim invaliditetom, štićenici izjavljuju kako je raspored svakoga dana isti – obroci, radna terapija, higijena i spavanje. Naravno, nekima se sviđa kontrola i organiziranost, dok se drugima ne sviđaju strogi rasporedi koji su suprotni njihovoj volji. Osim toga, štićenici upozoravaju na nedostatak privatnosti, odnosno da se pravilnici o prostornim uvjetima za domove socijalne skrbi rijetko poštuju. Prema članku 22. Konvencije o pravima osoba s invaliditetom, „nijedna osoba s invaliditetom, bez obzira na prebivalište ili odabrani način života, neće biti izložena proizvoljnom arbitrarnom ili nezakonitom narušavanju svoje privatnosti“, dok je Human Rights Watch u jednom domu za odrasle osobe s invaliditetom pronašao dvanaest osoba u istoj sobi te po deset u dva druga doma – što svakako otežava provođenje ovog prava. Nerijetko, velik broj štićenika koristi istu kupaonicu, radi čega jedni drugima moraju „čuvati straže“ i snalaziti se na različite načine. Osim toga, u Psihijatrijskoj bolnici Lopača, za vrijeme građevinskih radova, štićenici su bili privremeno premješteni u sobe za izolaciju, unatoč tome što nije bila dijagnosticirana potreba za izolacijom, a nadzirani su bili putem kamera u sobama te nisu imali omogućenu nikakvu privatnost. Često im je ograničeno i kretanje unutar zajednice, a osobito ako se radi o ustanovama ili domovima koji se nalaze u zabačenim dijelovima – negdje uopće nema organiziranog javnog prijevoza, a jedina opcija koja ostaje su osobni automobili.

Human Rights Watch ističe neinstitucionalne alternative kao one od ključne važnosti za pružanje mogućnosti izbora i samostalnosti osoba s invaliditetom, ali i za promicanje njihovog uključivanja u zajednicu. Ratifikacijom Konvencije o pravima osoba s invaliditetom i potpisivanjem Zajedničkog memoranduma o socijalnom uključivanju s Europskom Unijom, Hrvatska se obvezala na proces iseljavanja osoba iz ustanova. Uz proces deinstitutionalizacije, potrebno je osigurati i široki raspon

alternativa za smještaj i skrb koje su utemeljene u zajednicu. Upravo radi nedostatka alternativa, proces deinstitutionalizacije je izazovan. Radi nedostatka opcija, ravnatelji ustanova često se okreću prema obiteljskim domovima i udomiteljskim obiteljima, za koje HRW naglašava da mogu biti institucionalni po karakteru – smješteni bez vlastitog pristanka ili mogućnosti odlaska. Za razliku od ostalih oblika smještaja, štićenici psihijatrijskih bolnica, imaju stalan pristup psihijatrima, dok izostanak kontinuirane psihijatrijske skrbi osobama s duševnim smetnjama otežava deinstitutionalizaciju. Prema podacima iz izvješća na temelju osam ustanova, u 2009. godini samo je jedna osoba počela živjeti u zajednici, a godinu ranije samo tri osobe – povatak u obitelj, smještaj u udomiteljskoj obitelji i ostvarivanje samostalnog stanovanja uz podršku. U razdoblju od 2006. do 2009. godine, za ukupno devet ustanova uključenih u ovo istraživanje, a koje uključuje osobe s mentalnim, ali i intelektualnim invaliditetom, od otprilike 1500 pojedinaca, samo se 40 osoba uspješno preselilo u zajednicu. Dakako, oblici izvaninstitucionalne skrbi i usluga se razvijaju, ali ne dovoljno obzirom na potrebe. Izostanak napretka u deinstitutionalizaciji osobito naglašavaju za osobe s mentalnim invaliditetom. Prema tadašnjim podacima, u ustanovama i udomiteljskim obiteljima živjelo je najmanje 4357 odraslih osoba s mentalnim teškoćama, a još veći broj čine osobe dugotrajno zbrinute u psihijatrijskim bolnicama, dok se broj slobodnih mjesta u kategoriji tzv. organiziranog smještaja ili u programima za samostalno stanovanje uz podršku odraslim osobama s mentalnim teškoćama kretao oko tri do sedam. Dnevni centri s druge strane, najčešće su puni i imaju duge liste čekanja. Obzirom na strukturu financiranja ustanova i alternativnih oblika skrbi, nedostaje dostatan interes za razvijanje različitih programa u zajednici. Zanimljiv podatak, ukazuje na to da je država za zbrinjavanje jedne osobe s mentalnim invaliditetom mjesečno izdvajala otprilike 7100 kuna, dok je Udruga za promicanje inkluzije od nadležnog ministarstva mjesečno primala samo 5400 kuna po štićeniku.

Kao glavni razlog spore deinstitutionalizacije, a na temelju istraživanja, HRW navodi nedostatak vodstva, popraćeno s nepostojanjem plana za zatvaranje ustanova i stvaranje alternativa utemeljenih u zajednici. Također, nedostatak financijskih sredstava, ali i političke volje za mobiliziranjem kako financijskih, tako i drugih resursa te izostanak učinkovite akcije za rješavanje prepreka u praksi. Neke od

preporuka usmjerene prema Vladi odnose se na usklađivanje propisa s međunarodnim pravom, donošenje pravovremenih izvješća UN-ovom Povjerenstvu za prava osoba s invaliditetom koja bi uključivala i same osobe s invaliditetom u proces, kao i obučavanje sudaca i odvjetnika za bolju primjenu Konvencije o pravima osoba s invaliditetom u svom radu. Osim toga, uputili su i na reformu socijalne skrbi i reformu zakona o poslovnoj sposobnosti. Osim Vladi RH, preporuke su bile usmjerene i prema tadašnjem Ministarstvu zdravlja i socijalne skrbi, Ministarstvu obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti, Pravobraniteljici za osobe s invaliditetom, pa čak i prema Svjetskoj Banci – da se novac ne usmjerava prema gradnji ustanova ili za velike projekte obnove u postojećim, već da se namijene za stvaranje usluga podrške u zajednici za osobe s intelektualnim ili mentalnim invaliditetom.

4. 2. Trenutačno stanje procesa deinstitucionalizacije i pokazatelji uspješnosti

Naravno, prethodni podaci odnose se na razdoblje do 2010. godine, stoga je potrebno ukazati na postignute promjene do danas. Plan deinstitucionalizacije i transformacije domova socijalne skrbi u RH 2011.-2016., predvidio je da se za 20% smanji broj korisnika stalnog smještaja u domovima za psihički bolesne odrasle osobe do 2018., ali se rezultati ostvaruju sporije od očekivanog (Šućur, 2019.). Prema podacima Ministarstva za demografiju, obitelj, mlade i socijalnu politiku, a na temelju provedbe Operativnog plana deinstitucionalizacije i transformacije domova socijalne skrbi i drugih pravnih osoba koje obavljaju djelatnost socijalne skrbi u RH za razdoblje 2014.-2016., ukupno se devet domova nalazilo u procesu intenzivne deinstitucionalizacije. Za njih je bila u tijeku izrada Individualnih planova transformacije i deinstitucionalizacije, ali i priprema projekata za prijavu na natječaj za EU fonodove, a uz podršku konzultanata Svjetske banke, što je bila i sama preporuka HRW-a. U prosincu 2018., donesen je Plan deinstitucionalizacije, transformacije te prevencije institucionalizacije 2018. – 2020. Opći cilj provedbe procesa koji se odnosi na odrasle osobe s invaliditetom, obuhvaća osiguravanje mjera za život osoba s invaliditetom u zajednici. Posebni ciljevi odnose se na: jačanje kapaciteta centara za socijalnu skrb radi ranog prepoznavanja potreba i pravovremenog priznavanja potrebnih socijalnih usluga; poboljšanje kvalitete, dostupnosti i usklađenosti socijalnih usluga za odrasle osobe s invaliditetom obzirom

na njihove potrebe u svim županijama radi formiranja regionalnih centara/pružatelja usluga koji pružaju najširi spektar izvaninstitucionalnih socijalnih usluga u skladu s utvrđenim prioritetima i potrebama na lokalnoj razini (psihosocijalna podrška, boravak, pomoć u kući, organizirano stanovanje i dr.) ; razvijanje izvaninstitucijskih socijalnih usluga za korisnike koji ne mogu ostati u vlastitoj obitelji, a nije im potrebna dugotrajna intenzivna skrb (udomiteljstvo, obiteljski domovi i dr.). Dakle, ciljevi se odnose na razvijanje usluga krojenim prema potrebama korisnika, unutar zajednice ili domova, putem uspostavljanja koordinativnih tijela, koji bi bili zaduženi za osiguravanje usluga neovisno o mjestu boravišta. U istom dokumentu, prikazano je kretanje broja korisnika institucijskog oblika smještaja u odnosu na korisnike izvaninstitucijskog smještaja od 2010. do 2017. za osobe s mentalnim oštećenjem. U početnoj godini omjer je iznosio 81% : 19%, a sedam godina kasnije 70% : 30%. Uočljiv je pomak, no obzirom na postavljeni cilj smanjenja od 20%, vidljivo je da ostvareni rezultat iznosi nešto više od polovice.

Unatoč rezultatima izraženim u brojkama, u listopadu 2018. pet organizacija za osobe s invaliditetom i ljudska prava uputilo je pismo predsjedniku vlade Andreju Plenkoviću, radi okončanja smještaja djece i odraslih u ustanove socijalne skrbi. Spomenute organizacije su Inclusion Europe, the European Network on Independent Living, Centar za mirovne studije, Kuća ljudskih prava Zagreb i Human Rights Watch, a upozoravaju na to da je Vlada trebala ispuniti svoje obećanje u ostvarivanju prava na samostalno življenje i donošenje vlastitih odluka za sve osobe s invaliditetom. Kritike se odnose i na smještanje osobe u udomiteljske obitelji bez njegovog pristanka, kao i nepoznat broj osoba dugotrajno smještenih u psihijatrijske bolnice bez vlastitog pristanka koje također nisu obuhvaćene procesom.

4. 3. Institut skrbništva i lišenje poslovne sposobnosti

Obzirom na prethodne kritike spomenutih organizacija u vezi smještavanja osoba s mentalnim teškoćama u udomiteljske obitelji ili ustanove socijalne skrbi, bez njihova pristanka, ali i dugotrajne hospitalizacije u psihijatrijskim bolnicama pod istim uvjetima, bitno je razjasniti institut skrbništva i lišenje poslovne sposobnosti. U lipnju 2014. donesen je novi Obiteljski zakon, na temelju kojeg se ukida mogućnost

potpunog lišenja poslovne sposobnosti. Osim toga, nameće se obaveza i sudovima da revidiraju dotadašnje odluke o lišavanju poslovne sposobnosti, a s ciljem vraćanja djelomične ili potpune poslovne sposobnosti. Prema Majstorović i Šimović (2018.) javljaju se barem dva izazova pri praktičnoj primjeni zakonodavnih novina – ne postojanje mogućnosti potpunog lišenja poslovne sposobnosti što otvara brojna teorijska i praktična pitanja, ali i izazov nužnosti zaštite osobe u odnosu na koju je pokrenut postupak. Obzirom da je za zaštitu prava i interesa osoba u postupku zadužen Centar za posebno skrbništvo, odnosno njeni zaposlenici, problem proizlazi iz nedostatnih financijskih sredstava, a samim time i nedostatnog broja zaposlenika. Ukidanjem mogućnosti potpunog lišenja poslovne sposobnosti, Hrvatska se udaljava od praksi brojnih drugih zemalja, gdje ta opcija i dalje postoji, no ona se primjenjuje kao iznimka, a ne pravilo, što u hrvatskoj praksi unatoč namjeri zakonodavca, do 2015. godine nije bio slučaj. Prema podacima, udio osoba koje su bile djelomice lišene poslovne sposobnosti, za razdoblje od 2007. do 2015. iznosi tek oko 12%. U tom istom razdoblju, odluke o vraćanju poslovne sposobnosti, donesene su u manje od pola posto slučajeva (Majstorović i Šimović, 2018.). Prema pismu koje je upućeno premijeru u 2018. godini od pet organizacija koje zagovaraju prava osoba s invaliditetom, revidirana su samo 1179 predmeta, a vraćena je potpuna poslovna sposobnost samo za 95 osoba. Vraćanjem djelomične poslovne sposobnosti, sud određuje koje odluke osoba može donositi samostalno, a koje će i dalje donositi skrbnik, što obuhvaća i odluku za smještaj ili zdravstvenu skrb.

5. Zaključak

Znatna učestalost duševnih smetnji i nerijetko kronični tijekom duševnih poremećaja, koji često započinju u adolescenciji ili mlađoj odrasloj dobi, rezultiraju znatnim ekonomskim opterećenjem društva. Ukupni troškovi, koji ne ubrajaju samo neposredne, znaju iznositi od 3-4% BDP-a zemalja. Naravno, sami indirektni troškovi, nadmašuju one neposredne, poput smanjene produktivnosti, češćih korištenja bolovanja, invalidnosti i sl. (Silobrčić Radić, 2011.). Prema procjenama WHO za 2012. godinu, Hrvatska se ne razlikuje od ostatka Europe – mentalni

poremećaji i poremećaji ponašanja nalaze se na 3. mjestu ukupnih opterećenja bolestima, iza kardiovaskularnih i malignih oboljenja (Silobrić Radić, 2016.). Stoga upravo ne začuđuju napori EU u cjelini, a osobito Europske komisije, a radi suočavanja s rastućim problemom koje predstavlja mentalno zdravlje, osobito za zdravstveni sustav, tržište rada i sustav socijalne skrbi. Pod utjecajem EU, Hrvatska za razdoblje od 2011. do 2016. godine, donosi Nacionalnu strategiju za zaštitu mentalnog zdravlja. Unatoč daljnjim djelovanjima EU na ovome području, Hrvatska se povlači i ne donosi novu strategiju za nadolazeće godine, dok je prema Novak i Petek (2018.) razvoj hrvatske politike mentalnog zdravlja netransparentan i slabo opisan u službenim dokumentima, literaturi ili pak na web-stranici Ministarstva zdravstva - ciljevi jasno definirani no bez popraćenih akcijskih planova i evaluacija. Osim toga, prema autoricama (2015., 2018.) očituje se izostanak holističkog pristupa mentalnom zdravlju te prema njima, ono ne predstavlja politički prioritet, dok se ovo područje i dalje smatra isključivo područjem zdravstvenog sektora, unatoč brojnim implikacijama koje ima i za druge sustave.

Radi prethodno spomenute smanjene produktivnosti, invalidnosti, češćeg korištenja bolovanja, ali i stigmatizacije koja postoji u društvu prema osobama s duševnim smetnjama, nerijetko ono rezultira nezaposlenošću istih osoba. Nezaposlenost u suvremenom društvu predstavlja značajan socijalni rizik (Bežovan i sur., 2019.), što stavlja osobe u drugi rizik – siromaštva. Siromaštvo i stigma povećavaju viktimizaciju oboljelih (Perese, 2007., prema: Gruber, 2012.), dok stigma povezana sa siromaštvom i psihičkim poremećajem pokreće i održava začarani krug siromaštva i psihičkog poremećaja (Ssebunnya i sur., 2009., prema: Gruber, 2012.) Dakle, potrebno je razvijati različite oblike podrške prilikom zapošljavanja osoba s duševnim smetnjama, ali i mogućnosti održavanja te napredovanja u profesionalnom planu. Ti različiti oblici obuhvaćaju zaštitno zapošljavanje, stručno osposobljavanje, prijelazno ili pak podržavajuće zapošljavanje (Grove, 2015). Prema istraživanjima Bonda (2008.), pregledu Crowthera (2001.) te studiji EQOLISE (2008.) upravo se podržavajuće zapošljavanje pokazuje najboljim izborom prilikom zapošljavanja osoba s invaliditetom – doprinosi većoj učinkovitosti prilikom integracije na otvoreno tržište rada, pojedinci dulje zadržavaju radno mjesto, a rizik od hospitalizacije značajno je manji. Prema poslodavcima, značajnu podršku u

zapošljavanju osoba s duševnim smetnjama predstavlja mogućnost individualne potpore radnika od strane supervizora, sustavna edukacija, osvježavanje o predrasudama i koordinacija s pružateljima usluga, a prethodno pozitivno iskustvo suradnje s osobama s duševnom smetnjom ili iskustvo iz vlastitog privatnog života poslodavaca, uvećava vjerojatnost zapošljavanja istih (Shankar i sur., 2014.). Jednom, kada se osobe s duševnim smetnjama zaposle, osjećaju se cijenjenima i željenima, a rad predstavlja stabilizirajući faktor kako u ranim fazama rehabilitacije, tako i prilikom reintegracije u svakodnevni život i u zajednicu (Dunn i sur., 2008.).

Pravo na sudjelovanje u zajednici kao njen aktivni član, leži u samoj ideji deinstitucionalizacije i transformacije domova socijalne skrbi, a jamči se na temelju članka 19. Konvencije o pravima osoba s invaliditetom. Za slabije razvijene europske zemlje, gdje pripada i Hrvatska, karakteristično je bolničko liječenje duševnih poremećaja, koje je najskuplje (Atlas, 2005., prema: Gruber, 2011.), ali i dugotrajno manje učinkovito, ako nije popraćeno rehabilitacijskim i integracijskim postupcima u zajednici. Nažalost, nerijetko nailazimo i na tzv. efekt reinstitucionalizacije, odnosno da osoba nakon otpusta iz bolnice, biva premještena u domove za odrasle osobe s duševnim smetnjama (Priebe i sur., 2005., prema: Gruber, 2011.). Upravo usluge razvijene u zajednicama i podržavajući oblici stanovanja gotovo uvijek omogućavaju bolju kvalitetu života za osobe s intelektualnim ili mentalnim invaliditetom nego institucije, a prema istraživanju naručenom od EU, dokazano je kako programi podrške utemeljeni u zajednici nisu skuplji od institucionalne skrbi usporedive kvalitete, a kada i jesu, ispadaju jednako ili više isplative obzirom na osiguranu kvalitetu života (Mensell i sur., 2007.). Unatoč tim podacima, prema izvješću HRW-a, oblici izvaninstitucionalne skrbi i usluga se razvijaju, no ne i u skladu s potrebama, a izostanak napretka osobito se ističe za osobe s mentalnim invaliditetom. Kasnije je donesen Plan deinstitucionalizacije i transformacije domova socijalne skrbi u RH 2011.-2016., a iako je pomak vidljiv na temelju postavljenih ciljeva, željeni omjer između korisnika izvaninstitucijskog i institucijskog smještaja, nije postignut (Ministarstvo za demografiju, obitelj, mlade i socijalnu politiku). Uz problem institucionalizacije, često se javlja i pitanje instituta skrbištva. Unatoč zadnjim izmjenama Obiteljskog zakona iz 2014. godine, a time i obveze koja se nameće sudovima u pogledu revizije dotadašnjih odluka, s ciljem vraćanja potpune

ili djelomične sposobnosti, ono se u realnosti odvija neželjeno sporo. Iako je namjera instituta skrbništva zaštititi pravo i dobrobit osoba koje to ne mogu činiti samostalno, u praksi se pokazalo da se lišenje potpune poslovne sposobnosti primjenjuje kao pravilo, a ne kao iznimka te da se rijetko revidiraju sudski postupci, unatoč mogućoj promjeni zdravstvenog stanja (Majstorović i Šimović, 2018.). Podijeljena su mišljenja u vezi ove problematike, a prema predsjedniku Inclusion Europe-a, Jyrkiju Pinoomaau, institut skrbništva nedosljedan je hrvatskim obvezama prema ljudskim pravima te bi umjesto toga, vlast trebala uspostaviti sustav pomoći i podrške pri donošenju odluka osoba, koji poštuje samostalnost, volju i želju osoba s invaliditetom. Time se opet vraćamo na pravo izbora, koncept neovisnog življenja, normalizacije i izjednačavanja mogućnosti, a to su sve koncepti usko vezani uz socijalnu uključenost (Leutar i Buljevac, 2020.).

6. Literatura

1. Ajduković, M. i Urbanc, K. (2009). Integrirajući pristup u socijalnom radu kao kontekst razumijevanja individualnog plana skrbi. *Ljetopis socijalnog rada*, 16 (3), 505-535.
2. Banks, B., Charleston, S., Grossi, T., i Mank, D. (2001). *Workplace supports, job performance, and integration outcomes for people with psychiatric disabilities*. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(4), 389–396.
3. Boardman, J. (2011). Social exclusion and mental health—how people with mental health problems are disadvantaged: an overview. *Mental Health and Social Inclusion*.
4. Boardman, J. E. D., Grove, B., Perkins, R., i Shepherd, G. (2003). Work and employment for people with psychiatric disabilities. *The British Journal of Psychiatry*, 182(6), 467-468.
5. Bond, G. R., Drake, R. E., i Becker, D. R. (2008). An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatric rehabilitation journal*, 31(4), 280.
6. Burns, T., i Catty, J. (2008). IPS in Europe: the EQOLISE trial. *Psychiatric rehabilitation journal*, 31(4), 313.

7. Cook, J. A., Leff, H. S., Blyler, C. R., Gold, P. B., Goldberg, R. W., Mueser, K. T., i Dudek, K. (2005). Results of a multisite randomized trial of supported employment interventions for individuals with severe mental illness. *Archives of general psychiatry*, 62(5), 505-512.
8. Crowther, R., Marshall, M., Bond, G. R., i Huxley, P. (2001). Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane database of systematic reviews*, (2).
9. Dunn, E. C., Wewiorski, N. J., i 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.
10. Grove, B. (2015). International employment schemes for people with mental health problems. *BJPsych international*, 12(4), 97-99.
11. Gruber, E. N. (2012). Moguće intervencije u sustavu skrbi o mentalnom zdravlju as ciljem inkluzije osoba s psihičkim poremećajima u društvo. *Ljetopis socijalnog rada*, 19(1), 73-94.
12. Gruber, E. N. (2012). Utjecaj radnog statusa, stupnja obrazovanja i socijalnog kontakta na samoosnaživanje osoba s psihičkim poremećajem. *Sigurnost: časopis za sigurnost u radnoj i životnoj okolini*, 54(4), 349-363.
13. Leutar, Z. i Buljevac, M. (2020). Osobe s invaliditetom u društvu. Zagreb: Udžbenici Sveučilišta u Zagrebu.
14. Majstorović, I., i Šimović, I. (2018). Opseg lišenja poslovne sposobnosti kao pretpostavka zaštite prava i dostojanstva osoba s invaliditetom. *Ljetopis Socijalnog Rada*, 25(1).
15. Manning, C., i White, P. D. (1995). Attitudes of employers to the mentally ill. *Psychiatric Bulletin*, 19(9), 541-543.
16. Mansell, J., Knapp, M., Beadle-Brown, J., i Beecham, J. (2007). *Deinstitutionalisation and community living—outcomes and costs: report of a European Study. Volume 2: Main Report*. University of Kent.
17. Matković, T. (2019). Politika zapošljavanja i nezaposlenost. U Bežovan, G., Puljiz, V., Šućur, Z., Babić, Z., Dobrotić, I., Matković, T. i Zrinščak, S., *Socijalna politika Hrvatske (195-285)*. Zagreb: Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu.

18. Milačić-Vidojević, I., i Dragojević, N. (2011). Stigma i diskriminacija prema osobama s mentalnom bolešću i članovima njihovih porodica. *Specijalna edukacija i rehabilitacija*, 10(2), 319-337.
19. Modini, M., Tan, L., Brinchmann, B., Wang, M. J., Killackey, E., Glozier, N., i Harvey, S. B. (2016). Supported employment for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis of the international evidence. *The British Journal of Psychiatry*, 209(1), 14-22.
20. Nacionalna strategija zaštite mentalnog zdravlja za razdoblje od 2011. do 2016. godine (2010). Zagreb: Vlada Republike Hrvatske, Ministarstvo zdravstva.
21. Novak, M., i Petek, A. (2015). Mentalno zdravlje kao politički problem u Hrvatskoj. *Ljetopis socijalnog rada*, 22(2), 191-221.
22. Novak, M., i Petek, A. (2018). Ekspertiza i razvoj hrvatske politike mentalnog zdravlja: percepcija stručnjaka iz područja mentalnog zdravlja. *Socijalna psihijatrija*, 46(4), 343-371.
23. Plan deinstitucionalizacije, transformacije te prevencije institucionalizacije od 2018. do 2020. godine (2018). Zagreb: Vlada Republike Hrvatske, Ministarstvo za demografiju, obitelj, mlade i socijalnu politiku.
24. Sayce, L. (2001). Social inclusion and mental health. *Psychiatric Bulletin*, 25(4), 121-123.
25. Shankar, J., Liu, L., Nicholas, D., Warren, S., Lai, D., Tan, S., i Sears, A. (2014). Employers' perspectives on hiring and accommodating workers with mental illness. *Sage Open*, 4(3), 1-13.
26. Silobrčić-Radić, M. (2011). Mentalno zdravlje. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*, 7 (28).
27. Silobrčić-Radić, M. (2016). Usporedba vodećih javnozdravstvenih pokazatelja u Republici Hrvatskoj i Europskoj uniji. Mentalni poremećaji. Publikacija Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo.
28. Šućur, Z. (2004). Socijalna isključenost: pojam, pristupi i operacionalizacija. *Revija za sociologiju*, 35(1-2), 45-60.
29. Šućur, Z. (2019). Socijalna pomoć i usluge socijalne skrbi. U Bežovan, G., Puljiz, V., Šućur, Z., Babić, Z., Dobrotić, I., Matković, T. i Zrinščak, S.,

- Socijalna politika Hrvatske (287-335). Zagreb: Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
30. Trautmann, S., Rehm, J., i Wittchen, H. U. (2016). The economic costs of mental disorders: Do our societies react appropriately to the burden of mental disorders?. *EMBO reports*, 17(9), 1245-1249.
 31. Wykes, T., Haro, J. M., Belli, S. R., Obradors-Tarragó, C., Arango, C., Ayuso-Mateos, J. L., i Elfeddali, I. (2015). Mental health research priorities for Europe. *The Lancet Psychiatry*, 2(11), 1036-1042.
 32. Zajednički memorandum o socijalnom uključivanju Republike Hrvatske (2007.) Zagreb: Vlada Republike Hrvatske, Ministarstvo za demografiju, obitelj, mlade i socijalnu politiku.
 33. Primjer 11: Zakon o socijalnoj skrbi. Narodne novine, br. 73/1997, 27/2001, 59/2001, 82/2001, 103/2003, 44/2006, 79/2007.
 34. Zakon o potvrđivanju Konvencije o pravima osoba s invaliditetom i Fakultativnog protokola uz Konvenciju o pravima osoba s invaliditetom. Narodne novine, br. 6/2007.
 35. Zrinščak, S. (2019). Zdravstvena politika. U Bežovan, G., Puljiz, V., Šućur, Z., Babić, Z., Dobrotić, I., Matković, T. i Zrinščak, S., Socijalna politika Hrvatske (159-194). Zagreb: Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
 36. "Once You Enter, You Never Leave". Deinstitutionalization of Persons with Intellectual or Mental Disabilities in Croatia (2010). Human Rights Watch. Posjećeno 18.5.2020. na stranici HRW-a: <https://www.hrw.org/report/2010/09/23/once-you-enter-you-never-leave/deinstitutionalization-persons-intellectual-or>
 37. Domovi za osobe s mentalnim oštećenjima. Vlada Republike Hrvatske. Posjećeno 3.5.2020. na stranici Ministarstva za demografiju, obitelj, mlade i socijalnu politiku: <https://mdomsp.gov.hr/osobe-s-invaliditetom-i-starije-i-nemocne-osobe/osobe-s-invaliditetom-1740/proces-transformacije-i-deinstitucionalizacije-1708/postignuti-rezultati-u-procesu/domovi-za-osobe-s-mentalnim-ostecenjima/1833>

38. Hrvatska: Zaustavite segregaciju osoba s invaliditetom. Osiguravanje prava na život u zajednici, kvalitetne usluge podrške (2018). Posjećeno 18.5.2020. na stranici HRW-a: <https://www.hrw.org/hr/news/2018/10/10/323232>
39. Operativni plan deinstitucionalizacije i transformacije domova socijalne skrbi i drugih pravnih osoba koje obavljaju djelatnost socijalne skrbi u Republici Hrvatskoj 2014. – 2016. Vlada Republike Hrvatske. Posjećeno 3.5. 2020. na stranici Ministarstva za demografiju, obitelj, mlade i socijalnu politiku: <https://mdomsp.gov.hr/operativni-plan-deinstitucionalizacije-i-transformacije-domova-socijalne-skrbi-i-drugih-pravnih-osoba-koje-obavljaju-djelatnost-socijalne-skrbi-u-republici-hrvatskoj-2014-2016/1773>
40. Stigmatizacija. Hrvatsko psihološko društvo. Posjećeno 17.4.2020. na mrežnoj stranici Hrvatskog psihološkog društva: <https://zgpd.hr/2019/05/28/stigmatizacija/>
41. The European Mental Health Action Plan od 2013 do 2020. godine (2013). Svjetska zdravstvena organizacija. Regionalni ured za Europu. Posjećeno 15.5.2020. na mrežnoj stranici Svjetske zdravstvene organizacije: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/publications/2013/the-european-mental-health-action-plan-20132020>
42. Udruga Svitanje. Posjećeno 26.4.2020. na mrežnoj stanici Udruge Svitanje: <http://www.udruga-svitanje.hr/index.php/o-nama>
43. Zajednička akcija za mentalno zdravlje i dobrobit od 2013. do 2016. godine (2013). Vlada Republike Hrvatske, Ministarstvo zdravstva. Posjećeno 15.5.2020. na mrežnoj stranici Ministarstva zdravstva: <https://zdravlje.gov.hr/programi-i-projekti/medjunarodni-projekti-i-eu-fondovi/eu-projekti/treci-program-djelovanja-unije-u-podrucju-zdravlja-2014-2020/zajednicka-akcija-za-mentalno-zdravlje-i-dobrobit-2013-2016/2806>
44. Zajedničko pismo Predsjedniku Vlade Republike Hrvatske o segregaciji osoba s invaliditetom (2018). Posjećeno 18.5.2020. na stranici HRW-a: <https://www.hrw.org/hr/news/2018/10/09/323250>

