



„Szociológia Doktori Iskola”

TÉZISGYŰJTEMÉNY

„Borbála Bányai”

„Intézmények a munkaerőpiaci rehabilitáció területén”

„Pszichiátriai betegek diagnosztizáltak a munkaerőpiacon”

című Ph.D. értekezéshez

Témavezetők:

„Neményi Máris Dsc.”

„Dr. Izsák Éva”

Budapest, 2013

Tartalomjegyzék

I.	Kutatási előzmények és a téma indoklása	4
I.1.	A témaválasztás és a referenciacsoport indoklása	6
I.2.	Elméleti háttér és a dolgozat felépítése	8
II.	Felhasznált módszerek.....	12
III.	Az értekezés eredményei	15
	Főbb hivatkozások.....	26

I. Kutatási előzmények és a téma indoklása

Az 1990-es évek óta egyre inkább a figyelem középpontjába és ezzel együtt újragondolásra kerül a krónikus betegek és a fogyatékosok egészségügyi, szociális, pénzügyi ellátása, életminősége, jogállása, és általában társadalmi integrációja, különösképpen a munka világába való integráció. A fogyatékkal, krónikus betegséggel élőkkel kapcsolatos egyik meghatározó diskurzus a szakirodalomban a szegénység és társadalmi kirekesztés problémája köré tematizálódott.

A Eurofound elemzése szerint az összehangolt európai uniós stratégiák kidolgozását¹ követően sem változott meg lényegesen a krónikus betegek és a fogyatékosok megítélése, helyzetük a legtöbb európai országban továbbra is marginális (Grammenos 2003), stigmatizáltak, és sok esetben a társas és társadalmi élettől elszigetelődnek, a munka világából kirekesztődnek. Mindez annak ellenére sem változott, hogy egyre nagyobb teret nyer az a szemlélet, mely az akadályozottságot nem orvosi problémaként, inkább társadalmi, esélyegyenlőségi és szociális kérdésként kezeli. Létrejött a „fogyatékoságtudomány”² (disability studies), melynek központi gondolata a „Semmit rólunk – nélkülünk!”.

Alapvető kérdés, hogy mit lehet tenni azért, hogy a fogyatékkal és krónikus betegséggel élő inaktívak a munkaerőpiac aktív tagjai legyenek? A megoldások keresésekor a szabályozás és a gyakorlat szintjén is komoly problémák, ellentmondások vetődnek fel, mint például: segélyezés kontra

¹ Pontos és teljes címe: „Lisszaboni Szerződés az Európai Unióról szóló szerződés és az Európai Közösséget létrehozó szerződés módosításáról”, Lisszabon, 2007. A Szerződéssel együtt érvényét nyert Alapjogi Charta is, mely rögzíti a fogyatékos emberek számára a teljes értékű élethez szükséges jogokat.

² A diszciplína Magyarországon való meghonosítása Könczei György és munkatársai nevéhez köthető.

munkavállalási ösztönzés, szociális ellátórendszer kontra társadalmi integráció, humanizált szociális-egészségügyi felügyelet kontra egyénre szabott támogató, rehabilitációs rendszerek. A kirekesztődés okai nem vezethetők egyértelműen vissza a társadalom, az ellátórendszer és a gazdaság diszfunkcióra, vagy az egyéni felelősség, motiváció, képesség hiányára. Az egyének felől közelítve a kérdést a fogyatékkal, krónikus betegséggel való együttélés a legtöbb esetben hátrányt, akadályozottságot jelent. Ez a munkaerőpiacon is megjelenik, többségük korlátozottan produktív, magyar szakkifejezéssel megváltozott munkaképességű. Ezeket a nehézségeket, a munkáltató vagy a munkatársak általában nehezen tudják kezelni. Egészségi állapotuk, munkaerőpiaci lehetőségeik és a befogadókészség hiánya inkább a biztos bevételt jelentő segélyek, nyugdíjazás felé tereli őket. Az inaktivitás azonban nem csak alacsony jövedelmet és hosszú távon a szegénységet jelentheti, hanem társas, társadalmi elszigetelődést is (Jahoda 1981), „sajátos kirekesztett osztályhelyzetet” (Krémer et al., 2010 p. 12), „másodrendű állampolgárságot” (Szalai 2007).

Disszertációm során abból az alapfeltevésből indulok ki, hogy a fogyatékkal, krónikus betegséggel élők inaktivitása nem csak a fogyatékkal élők magánkérdése, hanem - a gazdaságot is meghatározó - közösségi probléma is (az ellátásra fordított kiadások csökkennek, aktivitásuk hozzájárulhat a nemzeti össztermék előállításához). A fogyatékos emberek munkaerőpiaci megjelenése, valamint az, hogy milyen formában és mértékben vesznek részt a munka világában, egyben vissza is tükrözi a fogyatékosokról a többségi társadalomban élő képet, azt tehát, hogy a többség mennyire érzi a társadalomhoz tartozónak, a társadalom tagjainak a munkavégzésben akadályoztatott embereket³. A fogyatékkal élők társadalomba való beilleszkedésének egyik fontos

³ A fogyatékosok munkaerőpiaci megjelenésének vizsgálatakor nem lehet eltekinteni az egyéni adottságoktól, képességeiktől, és attól hogy egy adott országban milyen a foglalkoztatottság mértéke, a munkanélküliek és az inaktívak aránya, a munkaerőpiac általános helyzete.

eleme, hogy társadalmilag „hasznos, elismert” tevékenységet végezzenek. (Verdes-Scharle-Váradai 2012, Harangozó et al. 2001).

A fentiekkel összefüggésben kutatásom célkitűzése, hogy feltárjam a fogyatékkal élők munkaerőpiaci helyzetét befolyásoló intézmények sajátosságait Magyarországon.

1.1. A témaválasztás és a referenciacsoport indoklása

A munkaerőpiaci helyzetkép bemutatásához egy speciális csoportot a pszichiátriai betegeknek⁴ diagnosztizáltakat választottam, mert példájukon keresztül jól illusztrálható a társadalmi befogadás mértéke és minősége, a munkaerőpiaci fogadtatás és az egészségügyi, a társadalombiztosítási és a szabályozási intézmények kirekesztést fenntartó működési mechanizmusai. Választásomat az is indokolta, hogy a pszichiátriai diagnózissal élőkkel foglalkozó nem medikális szakirodalom igen csekély Magyarországon (Bugarszky Zsolt 2003, 2009; Szilágyi Gyula 2005, Légmán Anna 2011), pedig nem csak egy orvosi kategória, hanem társadalmi jelenségek tömege kapcsolódik hozzá. A témaválasztás aktualitását igazolja, hogy 2012-ben az OECD a mentális és pszichés problémákkal élők foglalkoztatásáról, illetve nagyon korai életszakaszban inaktívvá válásáról és ennek okairól külön kiadványt jelentetett meg. Tapasztalataik szerint a mentális problémákkal élők jóval fiatalabban válnak inaktívvá, mint más fogyatékkal élők, melynek egyik oka, hogy sok esetben már az oktatási rendszerből is hamar kiesnek, így alacsonyabb iskolai végzettségük. Másik meghatározó oka inaktívvá válásuknak, hogy szemben más fogyatékkal élőkkel, „betegségük” nem állandó, jobb és rosszabb állapotok váltják egymást, és ezt a fajta bizonytalanságot nehezen

⁴ Disszertációmban azokat tekintem pszichiátriai betegnek, akiknek erről van hivatalos diagnózisuk. A továbbiakban a pszichiátriai betegnek diagnosztizált kifejezést használom.

tolerálják a munkaerőpiacon. Az állandó munkakeresésbe, új munkahelyhez való alkalmazkodásba pedig „belefáradnak” maguk az érintettek is (OECD 2012).

Disszertációmban tehát a pszichiátriai betegséggel élő embereket és élethelyzetüket nem orvosi, hanem szociológiai szempontból mutatom be. A pszichiátriai diagnózissal élők munkaerőpiaci integrációjának szociológiai megközelítése annak ellenére sem vált kutatott témává, hogy az így diagnosztizált betegek prevalenciája az 1980-as évektől megsokszorozódott a megváltozott munkaképességűek között. A 2008-as Társadalmi jellemzők kutatási jelentése szerint az újonnan megállapított megváltozott munkaképességűek között a harmadik leggyakoribb okként a mentális és viselkedési zavarok fordulnak elő, de a 39 évesnél fiatalabbak esetében ez a vezető rokkantosítási indok. (Lakatos - Tokaji 2009, p. 72) Ez az adat is igazolhatja disszertációm másik alapfeltevését, hogy munka világában a hivatalos diagnózis megalkotását követően az érintettek hosszabb-rövidebb idő után többnyire legálisan válnak a társadalom inaktív tagjaivá, akik a későbbiekben közösségi ellátásra szorulnak.

Úgy vélem, ha jobban megérthetővé válik a több évtizedes hagyományokon alapuló intézmények és gyakorlatok működési módja, az intézmények és egyéb szereplők egymáshoz való viszonya, akkor fontos megállapítások tehetők a fogyatékkal élőkről kialakult szociális konstrukciókról és ezek befolyásáról munkaerőpiaci fogadtatásukra. Elemzésemmel ehhez szeretnék hozzájárulni. Ezen túlmenően kísérletet teszek arra vonatkozóan is, hogy az intézménytelenítés, integráció, normalizáció területén bekövetkező esetleges változások kulcsszereplőit és tevékenységét bemutassam, azaz megvizsgáljam, hogyan lehetséges be- vagy visszaintegrálni a pszichiátriai diagnózissal élőket a munkaerőpiacra és az aktívabb közösségi életbe.

1.2. Elméleti háttér és a dolgozat felépítése

A fogyatékkal, krónikus betegséggel élők kirekesztettségének vizsgálata a stigmatizáció és ezzel rokon elméletek segítségével ragadható meg legadekvátabb módon, mert ezek egyidejűleg reflektálnak az egyéni, a közösségi és a személyközi szempontokra is. Dolgozatom első részében áttekintem az ehhez kapcsolódó főbb szociológiai elméleteket és kitérek a pszichiátriai betegek megítélésének történeti hagyományaira is. Ehhez a Könczei-Hernádi (2011) szerzőpáros által azonosított négy modellt használom vezérfonalként. Az *orvosi modell* értelmezésében betegek a fogyatékos emberek és a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak is. betegek. A XXI. századi egészségfelfogás abba az irányba mutat, hogy az egészség és a betegség nem egyértelműen ellentétpárok és az egészség fogalma (akárcsak a normális fogalma) társadalmi kérdés. Ez a kritikus szemlélet egyre nagyobb teret nyert az egészségszociológiában és az érdekvédő mozgalmak tevékenységében is (Barnes. Barnes, C. - Mercer, G. - Shakespeare, T. (1999): *Exploring Disability: A Sociological*

Introduction. Cambridge, Polity 1999). Azonban Magyarországon meglátásom szerint az ellátórendszerben még mindig ez a domináns szemlélet.

A *morális modell* alapja a fogyatékosokkal kapcsolatos stigmatizáló (akár sajnáló, akár megvető) attitűd (Hernádi-Könczei 2011 p. 10), melynek értelmében a fogyatékkal élő személy sajnálatra méltó vagy megvetendő, de semmiképpen nem egyenrangú. Ennek a modellnek nyújt háttérrel a stigma (Goffmann 1981), labelling, kognitív diszsonancia-redukció (Festinger 2000), szimbolikus interakcionalizmus elméletek.

A fogyatékkal élők *szociális modellje* a társadalmi kirekesztés folyamataiból vezethető le (Johnstone idézi Lisznyai 2010 p. 18), melynek fókuszában a társadalmi folyamatok, a gazdasági, a társadalmi

struktúrák, a kulturális kontextus stb. áll. Ebből a nézőpontból a fogyatékkal élő azért válik fogyatékosná, mert a társadalom akadályokat gördít elé, nem képes őt befogadni.

Az emberi jogi modellel együtt tárgyalom a fogyatékkal, krónikus betegséggel, pszichiátriai diagnózissal élők munkaerőpiaci megjelenését meghatározó fogalmakat (fogyatékos, rokkant, megváltozott munkaképességű személy, és a pszichiátriai beteg) is tisztázom. Ezek ugyan törvényi úton meghatározott fogalmak, ám használatuk nem egységes sem a különböző szakpolitikai területeken, sem a köznyelvben, valamint e fogalmak tartalmához szociálpolitikai elvek és társadalmi attitűdök is kapcsolódnak (Mabbett 2002). Ebben a fejezetben ismertetem a WHO (Kullmann 2000) és az ILO (ILO, 1997: 280 idézi Horváth Mező 2004) fogalmi, szemléletbeli ajánlásait is.

A társadalomtudományi szakirodalom jelentős része a fogyatékkal élőkkel kapcsolatosan a kirekesztettséget és ennek megjelenéseit vizsgálja. Sen (2013) definícióját és szemléletét ismertetem, amennyiben a kirekesztettség megértéséhez mind a passzív (pl. a foglalkoztatás központi finanszírozása), mind az aktív (pl. elutasító attitűd) folyamatok figyelembevétele szükséges.

Ezeket a modelleket fogtam egységes keretbe a szociális konstrukció elméletén keresztül, mely Schneider és Ingram (1993) szerint kategóriák, sztereotípiák összessége, amelyeket egy adott társadalom (vagy politika, vallás stb.) a történeti hagyományaitól nem függetlenül egy adott embercsoporttal kapcsolatosan kialakít. Ezek a konstrukciók a fogyatékkal élőkről kialakított szóhasználatban (köznyelvben és a jogi terminusokban is), valamint a társadalmi intézményekben és folyamatokban objektiválódnak. (Mabbett 2002, Horváth –Mező 2004, Szőlősi 2003, Grammenos 2003).

Ebben a fejezetben hosszabban kitérek a „normálisak” és a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak közötti kapcsolat történeti gyökereire, nagy mértékben támaszkodva Lafferton (2004) magyarországi és Porter (2003) és Foucault (2000) nemzetközi kutatásaira.

Alkalmas elméleti keretet nyújt a munkaerőpiaci helyzet állandósulásának és változásának megértéséhez, az elemzési szintek (strukturális, szociális konstrukció, egyéni) együttes vizsgálatához (mikro-mezo és makro szintek) az institucionalista megközelítés, melynek ide vonatkozó főbb megállapításait a második fejezetben tárgyalom. Intézménynek tekintetem a konkrét gyakorlatokat (pl. célszervezeti foglalkoztatás) és az absztrakt képződményeket is (attitűd), és ennek alapján dolgozatomat a middle-age institucionalizmushoz sorolom (Gronning 2008). North szerint (1990 idézi Fiori 2011 p. 188) az intézményeket szükséges hosszabb időn keresztül megfigyelni, hogy megértsük a társadalmat és annak változását, és ez azért is szükséges, mert North (1990) szerint az intézmények inkább szervesen és hosszú ideig, semmint gyorsan és megszakítottság révén alakulnak át. Az intézményváltozást formális és informális szabályozók mentén érdemes vizsgálni (North 1990), azonban Fiori (2011) a változások vizsgálatában az informális korlátok jellegére helyezi a hangsúlyt, melyben az egyének (és szervezetek) percepciói és a mentális konstrukciói is megjelennek, mint a változások előidézői. Az institucionalista megközelítéssel tehát a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak és a fogyatékkal élők foglalkoztatásának vizsgálatakor a strukturális tényezők és a mentális konstrukciók összekapcsolhatóak, és megragadhatóak az intézményi változások is, ezért véleményem szerint a mertoni (Merton 2002) középszintű elmélet metodológiai és teoretikus előnye is jellemezi ezt az elméletet.

A változások mozgatórugóinak a civil/nonprofit szervezeteket és azok működtetőit jelöltem meg. Seibel szerint: „a nonprofit szervezetek nem

szabadon úsznak a társadalmi térben, hanem szorosan beágyazottak a társadalmi és gazdasági struktúrákba” (Seibel 1991, idézi Bartal 2005 p. 102), így a civil/nonprofit szervezetek, mint a struktúra, a formális szabályok ismerői fokozatosan, a személyi kapcsolatokon, vagy szervezeti határterületeken graduális változást idézhetnek elő.

A harmadik fejezetben a foglalkoztatást meghatározó három jelentős intézmény (egészségügy, nyugdíjazás, foglalkoztatás) működési mechanizmusait és hazai megvalósulását ismertetem, lehetőség szerint bemutatva annak hagyományait is. Az állam összetett szerepére (finanszírozó, munkáltató, munkaerőpiaci dinamikát befolyásoló, szolgáltató) és ezek működésére külön kitértem. Az egészségügyi rendszer és a központi foglalkoztatási támogatás diszfunkcionalitása (Orosz 2001, Pulay 2009, Szalai 1986), a rokkantosítási érdek kialakulása jól dokumentált (Major 1977, Monostori 2009). A leíró adatok elemzése után hasonló megállapításokra jutottam, mint Szalai (2007) vagy Scharle (2011), azaz a jelenlegi szakpolitikák célja diszfunkcionális és a kirekesztettséget erősíti. A szabályozás és egyes intézmények működésének egy része megváltozott, azonban ezek a még mindig nem az integráció felé terelnek, sokkal inkább a „beillesztés kedvezőtlen természetével” (Sen 2004) jellemezhetőek.

Disszertációm első három fejezetének végeredménye, hogy bemutatom a munkaerőpiaci kirekesztés és stigmatizálás mechanizmusait, és esetleges változásának lehetőségeit az intézményi megközelítés által összekapcsoltan, az adott társadalomba és gazdaságba beágyazottan, történeti folyamatként ismertetem.

Az általános elméleti keret felállítása és a fogyatékkal élők munkaerőpiaci kirekesztődésének és ennek megváltoztatásával kapcsolatos tézisek áttekintése után ismertetem kutatásomat.

II. Felhasznált módszerek

Kutatásom során az alapvető kérdés az volt, hogyan jelennek meg a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak a munkaerőpiacon, melyek azok a mechanizmusok, amelyek a munkaerőpiaci kirekesztettséget fenntartják, erősítik, illetve amelyek visszafelé vonzzák az egészségkárosodottakat. Kutatásom két pilléren támaszkodik, egy többségében leíró és részben feltáró kvantitatív, és egy feltáró, megismerő jellegű kvalitatív pilléren.

Az egészségkárosodottság operacionalizálása

Az esettanulmányok elkészítésekor és az adatok bemutatásakor az alapvető kérdés, hogy kit tekintünk fogyatékosnak, mi ennek a tartalma. A makrostatisztikai adatok és az esettanulmányok összevethetősége miatt azokat vizsgáltam, akik pszichiátriai betegek diagnosztizáltak, tehát akiknek van hivatalos orvosi diagnózisa és - az akkor még - Országos Orvosszakértői Intézettől fogyatékos minősítése, tehát a társadalom „fogyatékosként” kezeli őket (ugyan a szabályozás szerint nem fogyatékosok).

Kvantitatív adatok

A leíró elemzés adatai két forrásból származnak. Az témához tartozó nemzetközi adatok összehasonlításhoz az ESS online adatbázisát használtam.

A fogyatékkal élők magyarországi helyzetének bemutatásához és a tipikus életutak felvázolásához A TÁRKI Zrt. és a Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet megrendelésére az akadályozott/megváltozott munkaképességűek körében készült adatbázist alkalmaztam. A területi rétegzést az Országos Nyugdíjfolyósító Intézet 2008. évi adatait adatai alapján végezték, amihez a korhatár alatti rokkantsági nyugdíjban részesülők és a megváltozott munkaképességűek számának összegét használták. „2045 kérdőív készült a 18-62 éves, magánháztartásban lakó népességből a szűrőszempontok szerint kiválasztott válaszadók körében” (Gábos- Tátrai 2011 p.5). Az adatfelvétel 2010 év végén készült. Ennek a felvételnek a demográfiai, a fogyatékos minősítéssel, a pénzügyi ellátásokkal és a munkaerőpiaci helyzetükkel kapcsolatos kérdésblokkjait elemeztem.

Kvalitatív adatok

Az egyes szereplők motivációinak, bevett gyakorlatainak, egymáshoz való viszonyainak megértéséhez, a munkaerőpiaci kirekesztődés mechanizmusainak és a mindezek mögött álló szociális konstrukciók feltárásához indokoltan találtam esettanulmányok készítését.

Kutatásom során a magyar viszonyok szerint tipikus, illetve egy kivételesnek mondható esetet igyekeztem keresni, azonban számtalan intézményi összefonódással találkoztam (pl. célszervezet és pszichiátriai szociális otthon). Ily módon az általam bemutatott „esetek” nem csak munkaerőpiaci foglalkoztatási formát, hanem egy komplex rendszert mutatnak be, mely mindig az adott kontextusban és időben érvényes.

Dolgozatomban három esetet mutatok be:

1. célszervezeti foglalkoztatás bentlakásos szociális intézeti kereten belül;
2. szociális foglalkoztatás önkormányzati nappali ellátást biztosító szervezeti háttérrel;

3. nyílt foglalkoztatás alapítványi közösségi ellátást biztosító szervezeti háttérrel.

Kutatásom során igyekeztem az adott szituációt minden résztvevő szempontjából megfigyelni. Ehhez egy-egy terepre többször is visszamentem, illetve a vidéki intézetnek otthont adó városban több napot eltöltöttem. Az egyes esetek elkészítésekor interjúkat készítettem és közben megfigyelő szerepben voltam. A kutatás során betekintést nyerhettem számos dokumentumba (könyvelés, szervezeti működési szabályzat, felvételi adatlapok), azonban ezek alátámasztották interjúalanyaim állításait, ezért külön nem elemzem őket.

Az interjúk felépítése eltérő. A pszichiátriai betegek diagnosztizáltakkal strukturálatlan életút interjút készítettem, melyeket nem a biográfiai technikákkal, hanem tematizációk (pl. iskolai karrier, első munkahely stb.) beazonosításával és csoportosításával végeztem.

A többi szereplővel (szociális otthon igazgatója, mentálhigiénés nővére, főnővére, célszervezeti műhelyvezető és igazgató, az egyik ápoló gondnoka, önkormányzati szakreferens, szociális foglalkoztató igazgatója, civil/nonprofit szervezet szakmai vezetője, pszichiátere, foglalkoztatási tanácsadója). strukturált, vagy félig strukturált interjút készítettem.

Ezen kívül több szakértői interjút (hivatásos érdekvédő, gyógyszergyár pszichotikus készítményeket gyártó részlegének vezetője, olyan cégek vezetői, melyek nem foglalkoztatnak pszichiátriai betegek diagnosztizáltakat, munkarehabilitációs szaktanácsadót, más civil szervezetek munkarehabilitációs referensei) is készítettem a témával kapcsolatban, így összesen 37 interjút készítettem és használtam fel az elemzés során.

A munkaerőpiaci kirekesztés egyik alapvető kérdése, hogy miért nem foglalkoztatnak pszichiátriai betegek diagnosztizáltakat. Ezzel kapcsolatban több cégvezetővel, vagy cégek ezzel kapcsolatos illetékes képviselőjével interjúztam. Úgy gondolom ebben az esetben ilyen

információra kizárólag interjúkészítés során tehet szert a kutató, ugyanis a diszkriminatív munkáltatói magatartás büntetőjogi következményeket von maga után.

III. Az értekezés eredményei

Disszertációmban a fogyatékkal és a pszichiátriai betegek diagnosztizáltakkal élők munkaerőpiaci helyzetével foglalkoztam. 1989 előtt a teljes foglalkoztatottság jegyében és a forgóajtós egészségügyi ellátórendszer adta lehetőség keretében a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak számára itt-ott jutott valamilyen állás, nem csak célszervezeteknél. Azonban a rendszerváltást követően ezeknek a nyílt munkaerőpiaci munkahelyeknek a többsége megszűnt, a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak többségét inkább rokkantosították, és ennek következtében a társadalom margójára kerültek, elszegényedtek, társas kapcsolataik részben leépültek.

1. .A fogyatékkal és a pszichiátriai diagnózissal élők jóval kevesebb aktív időt töltenek a munkaerőpiacon, mint az egész-séges lakosság.

A fogyatékkal vagy pszichiátriai diagnózissal élők átlagosan 50 éves koruk körül inaktívvá válnak rokkantsági nyugdíjasként. Az adatelemzéshez használt mintába a 18-62 év közöttiek kerültek, akik közül a mentális vagy idegrendszeri problémákkal élők 88%-a (504 fő), míg az egyéb egészségkárosodással élők 84%-a (1233 fő) az adatfelvétel idején inaktív státuszban volt. Főként rokkantsági nyugdíjasok, vagy járadékosok, fő bevételi forrásként ezt jelölte meg 73% illetve 72%-uk. A mintába bekerült mentális sérültek az adtafelvételkor átlagosan 51 évesek, 21 évet dolgoztak és átlagosan 48 évesen mentek nyugdíjba,

tehát inaktív státuszul hamarabb megkezdődött, mint az öregségi nyugdíjkorhatár.

2. *A pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak munkaerőpiaci karrierje többféle lehet, a diagnózis felállítása után többségük viszonylag hamar inaktív státuszba kerül.*

A kvalitatív elemzés eredményei szerint a hivatalos diagnózis felállítása után megtörik a munkaerőpiaci karrier, a „beteg” munkavállaló munkahelyi státusza általában csökken, majd megszűnik. A diagnózis felállításának életútbeli helye lehet eltérő, de az az általános tapasztalat, hogy mire orvoshoz fordulnak (vagy kerülnek) az emberek, addigra „belefáradnak” az időszakos állapotromlásokba, ennek elfogadtatásába, esetleges negatív munkáltatói viszonyulásokba, és inkább felvállalva az elszegényedést és kirekesztődést, az inaktív státuszba menekülnek. A kvantitatív adatok szerint a mentális sérültek 28%-ának 31-40 éves kora közötti időszakról, átlagosan 35 éves koruktól datálható a „betegség” kezdete. Ami adatok szerint azt jelenti, hogy egy teljesen lineáris karrier esetében a „betegség” kezdetéhez képest az átlagos válaszadó hamar, mintegy 5 éven belül elveszíti állását. A munkaerőpiaci karrier pontosabb megismeréséhez klaszterelemzés segítségével négy csoportot azonosítottam:

- Fiatalkorban kezdődő problémák, gyors munkaerőpiaci kirekesztődés, azaz 30 éves koruk körül inaktívvá válnak.
- Fiatalkorban kezdődő problémák, lassabb munkaerőpiaci kirekesztődés, azaz 43 éves korukig aktívak.
- Középkorban kezdődő problémák, gyors, szinte azonnali munkaerőpiaci kirekesztődés, körülbelül 40-45 éves korban.
- Középkorban kezdődő problémák, lassú munkaerőpiaci kirekesztődés, azaz 50 éves koruk felett válnak inaktívvá, vagy még mindig aktívak.

3. A pszichiátriai betegek diagnosztizáltakal kapcsolatos szociális konstrukció még mindig elutasító és ez megjelenik munkaerőpiaci fogadtatásukban is. A pszichiátriai diagnózissal élők főképp félig nyílt/félig zárt, vagy zárt munkahelyeken dolgoznak.

A fogyatékkal élők, de különösen a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak állandó kezelést igénylő önállóan betegstátusza régóta jelen van Magyarországon, ami köré intézményrendszerek épültek ki, úgy mint az egészségügyben a forgóajtós rendszer intézménye. Úgy tűnik ez a hozzáállás és az intézmények rögzültek, és ennek megváltoztatása sok szereplő (főképp egészségügyi, szociális dolgozók, célszervezetek igazgatói) érdekeivel ütközik. A pszichiátriai betegek diagnosztizáltakat elutasítóan fogadják a nyílt munkaerőpiacon, nem szívesen foglalkoztatják őket. Ha nem tudnak vagy képesek eredeti munkahelyükön tovább dolgozni, főként ismerősökön keresztül találnak új munkahelyet, melyek többségében félig-zárt célszervezetek, szociális foglalkoztatók, vagy azok utódintézményei, esetleg rehabilitációs céllal létrejött vállalatok. A munkaerőpiaci kirekesztettségüket igazolja, hogy több éves kutatómunkám során alig találtam olyan nyílt munkaerőpiaci szervezetet, mely tartósan foglalkoztatott volna pszichiátriai diagnózissal élő munkavállalót.

4. A fogyatékkal, pszichiátriai diagnózissal élőkkel kapcsolatos kirekesztő munkaerőpiaci attitűd és az egészségügyi-szociális, foglalkoztatási és társadalombiztosítási rendszerek megváltoztatása nem összehangolt, ezért nem az integráció felé tereli az érintetteket. A megváltozott munkaképességűekre vonatkozó törvényi szabályozás és annak részleges megváltoztatása továbbra is az inaktivitás, vagy a félig-zárt munkaerőpiac felé terel.

A szabályozásban és az állami finanszírozásban egyszerre megtalálható a kirekesztő és az integráló szemléletet, ezért ezeknek többféle megvalósulása lehetséges. Lehetségessé válik egy fizikailag,

közösségileg zárt intézeten belül működő zárt és védett célszervezeti foglalkoztatás. Ezzel párhuzamosan az integráló hatású közösségi ellátás és a magán munkaerő közvetítő iroda működtetése is törvénybe iktatott és államilag részben finanszírozott. Ugyan a magán munkaközvetítő iroda fenntartása pályázati forrásból történik, tehát ennek létezése korántsem végleges. A törvénykezésben, az érdekegyeztetésben és pályáztatásban megjelenő kettős célok, az egyes intézmények (egészségügyi, szociális, társadalombiztosítás) inkonzisztens működése inkább az inaktív státusz felé terelik a pszichiátriai diagnózissal élőket.

A munkaerőpiaci integráció irányában történő változást a fenntarthatatlan nyugellátási rendszer is sürgeti. Azonban a kvantitatív elemzés adatai a mentális betegek idejekorán történő leszázalékolásáról tanúskodnak. Ennek okai tapasztalataim szerint az intézményeket alakító informális korlátokban keresendők, melyek a társadalomban beágyazottak és melyek átalakulása sok időt igényel (North 1990). Azaz a nyugdíjrendszer átalakítása önmagában nem elegendő a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak nyílt munkaerőpiaci munkavállalásának elősegítésében, mert informális korlátokba ütköznek, a fogyatékosági eljárást végzők, az egészségügyi dolgozók és a munkaerőpiaci szereplők többségének elutasító attitűdje miatt.

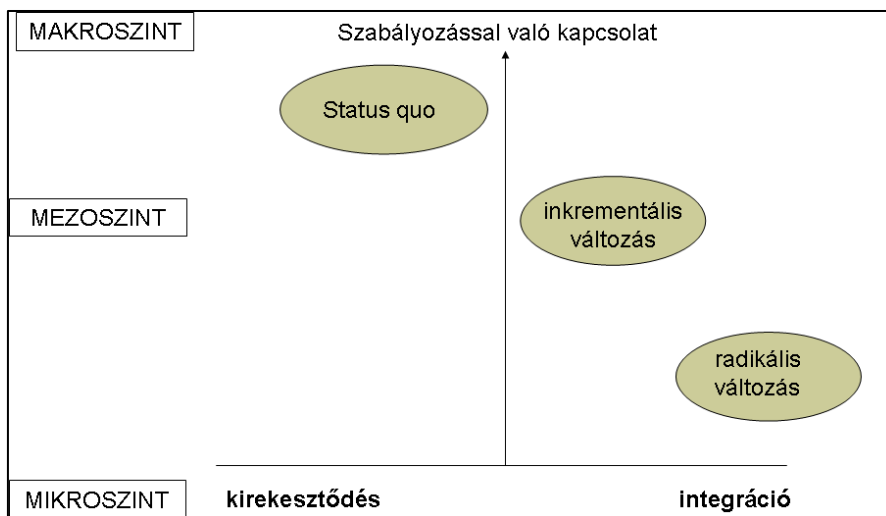
5. *A pszichiátriai betegek nyilvánítottak integrált foglalkoztatása mint célkitűzés, maguk az érintettek és a velük foglalkozó szakemberek szerint sem egyértelmű.*

Az általam megkérdezett szakemberek véleménye szerint ezeknek az embereknek a foglalkoztatása ideáltipikus esetben akkor lehetne elérhető cél, ha a munkáltatók és a munkavállalók fogadtatása nem stigmatizáló, ha általában a gazdasági, munkaerőpiaci helyzet nem feszült, és ha a pszichiátriai diagnózissal élő képesnek érzi magát munkavállalásra. Az ideáltipikus eset azonban nem létezik, a magyarországi munkaerőpiaci helyzet nem kiegyensúlyozott és toleráns, tehát a munkaerőpiac

kirekesztő mechanizmusai jellemzőek. Az általam megszólaltatott vállalatok képviselői szinte mind elutasítóan beszéltek a pszichiátriai betegek diagnosztizáltakról. Erre a témakörre az interjúalanyaim jelentős része kitért, aminek tanúsága, hogy az integrált foglalkoztatás mint elérendő cél, az érintettek és a velük dolgozó szakemberek számára sem egyértelmű.

6. A pszichiátriai betegek diagnosztizáltak munkaerőpiaci reintegrációjának kialakult intézményes gyakorlata van. A társadalmi szereplők (ellátórendszer, törvényhozók) továbbra is a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak munkaerőpiaci kirekesztésének, az eddig kialakult status quo fenntartásában érdekeltek, azonban megjelennek az integrációt elősegítő újító szemléletű szereplők.

1. ábra A munkaerőpiaci változás és állandóság lehetőségei



6.1. A status quo fenntartását, a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak kirekesztődést életben tartó szociális bentlakásos otthonok keretein belül működő célszervezeti, zárt foglalkoztatás jelenti. A megváltozott munkaképességűek számára a védett foglalkoztatás még mindig a domináns foglalkoztatás Magyarországon, melynek egyik oka az állami bértámogatás diszfunkciójában és az intézményeket működtetők érdekeiben rejlik.

A célszervezeti munkahelyek és a bentlakásos otthonok izoláltak, zártak (térben, közösségileg és a piaccgazdaságtól is), az érintettek munkaerőpiaci rehabilitációjára tényleges lehetőség nincs. A szabályozás adta lehetőségek (külső legitimáció) közül az üzemeltetők azokat használhatják ki, melyek maximálisan biztosítják működésüket, úgy hogy a környezeti tényezők megváltozásának hatására (pl. EU-s direktívák) az intézmény némileg módosul (pl. foglalkoztatást átminősítik szociális rehabilitációs tevékenységgé, és ezáltal számos kötelezettség alól mentesülnek). A szabályozásban (makro) és az állami finanszírozásban nem történtek rájuk nézve radikális változások, ebből következően nem is történt lényegi változás. Ebben az esetben az egészségügyi, a szociális és a foglalkoztatási szabályozás és a működtetők érdeke egyértelműen az integráció ellen hat, és a status quo fennmaradását szolgálja. Mindez intézményesült is a Védett Szervezetek Országos Szövetségének keretein belül, mely szervezetek a mai napig az állami támogatás jelentős részének célzottjai, így nem áll érdekükben megváltoztatni a kialakult gyakorlatot. Továbbá a status quo fenntartását igazolja a bentlakásos Intézet végleges működési engedélye is, melynek fennmaradása az azt működtetők (egészségügyi, szociális alkalmazottak) érdeke is. Mikroszinten a kirekesztő szociális konstrukció konzerválódik, azaz az ápoltak elzárása a „normális” élettől, a nyílt munkaerőpiactól. Az szociális otthonban élő, célszervezetnél dolgozó ápoltaknak nincs lehetőségük és esélyük sem a nyílt, félig nyílt munkaerőpiacra és az önálló életre, a közösségi és az egyéni rehabilitáció helyett az életfogytiglani vegetálás osztályrészük.

6.2. Az integráció felé terelő változások kulcsa az egyes intézmények működtetőinek újító attitűdje, azaz a pszichiátriai diagnózissal élőkre vonatkozó normalizáló szociális konstrukció kialakítása. Ennek következtében intézményi átalakulások és az integráció felé terelő mechanizmusok is megvalósulhatnak.

Az *inkrementális változást* az általam bemutatott pszichiátriai nappali gondozó és azon belül működő alapítvány testesíti meg. Ezek igazodnak a szabályozás megváltozásához, amennyiben az érdekeiknek megfelel (önálló életvitel és nyílt munkaerőpiaci foglalkoztatás elősegítése), azaz az intézményi működés az alapítvány működtetőinek újító mentális konstrukcióit tükrözi. A gondozó és az alapítvány szakemberei a kialakult és a szabályozás adta keret „rendszerén” belül változtatnak, ami egy graduális adaptációval jellemezhető, azáltal, hogy mikroszinten (az egyének konstrukciói) bekövetkezett változás hatására részben megújulnak az intézményi megállapodások és szokások, illetve korlátozódnak a korábban meghatározó szabályok (Ebbinghaus 2005). Az integráció elősegítésének érdekében az intézmény átalakul - egy intézményből (gondozó) kettő lesz (alapítványt hoznak létre) – és lesz lehetőségük klienseik számára a nyílt, félig-nyílt munkaerőpiaci foglalkoztatást támogatni.

6.3. Az inkrementális változás a foglalkoztatásban is megjelenik, melyet a félig-nyílt szociális foglalkoztató testesíti meg. Ez a foglalkoztatási forma az érintettekre nézve inkább integráló hatású, azonban működése bizonytalan és nem gazdaságos.

A szociális foglalkoztatóban az adminisztratív munkatársakon kívül csak megváltozott munkaképességűek dolgoznak, számukra kialakított munkaterületen, igényeikhez, károsodásukhoz igazodva és szociális, anyagi, családi körülményeikre odafigyelve. Ez a szervezet tehát jobban koncentrál az egyén élethelyzetére, képességeire, igyekszik elősegíteni az eredeti közösségben való megmaradást és az önálló életvitelt. A szociális foglalkoztató inkább helyi igényeket elégít ki, a nyílt piacon gazdaságtalan és működésképtelen lenne és fennmaradása korántsem végleges, a támogató önkormányzatoktól függ, és gazdasági értelemben félig-nyílt munkavállalást jelent.

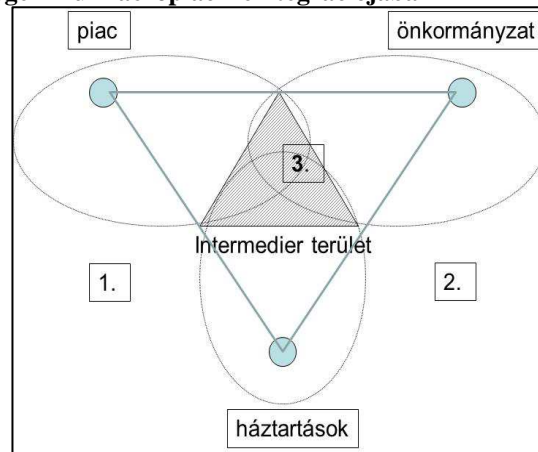
6.4. Az integráció felé terelő változásokat képviselő újíto szemléletű személyek tevékenységüket intézményesítik, önálló civil/nonprofit szervezeteket hoznak létre.

Ezt a tevékenységet *radikális változásnak* tekintem, melynek megtestesítője az az alapítvány, mely igyekszik magát függetleníteni az állam adta keretektől és lehetőségektől, a betegstátusz megszüntetését, a munkaerőpiaci, közösségi reintegrációt szolgálva, és ezzel mintegy teljesen új nézőpontot hozva a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak életében és megítélésében. Ez az eset tipikus példája a mikroszintű változások kezdeményezésének, mind a mikro kapcsolatokban (kliensekre való hatás), mind mezo kapcsolatokban (új típusú szervezetek meghonosítása), mind makro kapcsolatokban (érdekegyeztető tevékenység, antistigma program). Természetesen, amennyiben céljaikkal megegyezik, kihasználják az állami kedvezményeket, lehetőségeket.

7. A változások eredményességének egyik kulcsa az intézmények közötti kapcsolat, network hatás, mely sok esetben személyi átfedéseknek köszönhető, melynek sajátos megvalósulása tapasztalható Magyarországon.

Az újíto szemlélet, és az esetleges változások bemutatására Adalbert Evers (1995) jólétmix koncepcióját alkalmazom, ahol a civil/nonprofit szféra az állam, a piac, és a háztartások közti viszonyrendszer köztes területeként jelenik meg. Az Evers-i jólétmix ábrát továbbgondolva illusztrálok a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak munkaerőpiaci rehabilitációjában megjelenő sokféleséget, melynek mentén megragadhatóak az integrációt elősegítő változások is.

2. ábra: Az önkormányzati, piaci, magán és a civil/nonprofit szféra kapcsolatai a pszichiátriai betegek munkaerőpiaci reintegrációjában



Magyarországon 1989 után számos területen, köztük a szociális szférában is elindult az úgynevezett államtalanítás, azaz a decentralizáció. Ennek egyik módja a központi feladatok helyi közösségbe, azaz az önkormányzatokba történő átcsoportosítása, kihelyezése.

Az eredeti ábrán a piac és a háztartások mellett az állam szerepelt, én ezt kicseréltem az önkormányzatra. Az intermedier terület a civil-nonprofit szférát jelenti, melyet akaratlagosan nem tüntettem fel, mert a bemutatásra kerülő szervezetek korántsem biztos, hogy függetlenek és tartósak. Mindez azért szükséges, mert a személyes viszonyok mentén átalakuló intézmények a helyi önkormányzatok esetében aktívabbak. Valamint az eredeti ábrán nem szerepelt halmazábra, mely esetemben a sajátos magyar civil-nonprofit szféra fejlődését, és az államtalanításban való szerepét, valamint az integrációt elősegítő tényezők megjelenését is illusztrálja.

7.1. A magán munkaközvetítő irodát üzemeltető alapítványt egy érintett család hozta létre, saját vállalatuk tőkéjét biztosítva ehhez. Ebben az esetben tehát a háztartási humántőke és a vállalati pénzügyi tőke, valamint a "lelkes szakmai" gárda egymásra találása hívta életre az alapítványt és üzemelteti azóta is. Az alapítvány ugyan szerződésben áll önkormányzattal – tehát az államtalanítási folyamatokba is bekapcsolódott -, de az alapítvány ettől a szerződéstől függetlenül is

életképes. Itt tehát az piaci, a szakmai és a magánszféra találkozás működteti az intermedier területet megtestesítő alapítványt.

7.2. Önkormányzati gondozóban szintén létrejött egy munkaközvetítő iroda, és egy alapítvány. Ezt az alapítványt az önkormányzati dolgozók és néhány szakember hozta létre. Az alapítvány működése erősen összekötődik a gondozóéval, sok esetben az alapítvány munkatársai is ellátják a gondozóbeli feladatokat és fordítva, a munkavégzés helye értelemszerűen ugyanaz.

7.3. Az önkormányzat, civil/nonprofit és a piaci szféra kapcsolatát a szociális foglalkoztató testesíti meg. Az szociális foglalkoztatót egy egyesület üzemelteti, melyet 1996-ban a helyi polgármester hívott életre, de a kerületben élők közül kerül ki mindig a kuratóriumi elnök és a felügyelőbizottság is. Az egyesület ingatlanai önkormányzati tulajdonban vannak, de az egyesület nem fizet értük bérleti díjat, csak a költségeket (közüzemek, közös költség). Az egyesületnek beszámolóí kötelezettsége van az önkormányzat felé.

A szociális foglalkoztató megrendelése a piaci szférából vannak, de működtetése nem nyereséges, ezért az önkormányzatok egészítik ki költségeit. A foglalkoztató fenntartásának célja, tehát nem a nyereség, hanem inkább helyi munkaerőpiaci feszültségeket levezetése.

A foglalkoztató nem csak munkát ad megváltozott munkaképességű dolgozóinak, azaz a háztartásoknak, hanem gondoskodik is róluk (támogatások, ételmezerellátás, ruhaosztás), támogatva ezzel az önálló életvitelüket, és megakadályozzák a teljes elszegényedést.

Ezeknek a kapcsolatoknak azért van jelentősége, mert az általam bemutatott alapítványok a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak munkaerőpiaci integrációját segítik elő. Tehát az egyes személyi

átfedések szervezeti kapcsolatokká alakulnak, azaz az informális viszonyok formálissá válnak, melyeken keresztül megvalósulhatnak az integrációt előteremtő intézmények.

Főbb hivatkozások

- Barnes, C. - Mercer, G. - Shakespeare, T. (1999): Exploring Disability: A Sociological Introduction. Cambridge, Polity
- Bartal, A. M. (2005) Nonprofit elméletek, modellek, trendek, Századvég Kiadó, Budapest
- Bugarszki, Zs. (2003): A szociális munka új lehetőségei a pszichiátriai betegek ellátásában Esély 2003/1. Hilscher Rezső Alapítvány.
- Bugarszki, Zs. (2009): Van-e ma intézménytelenítés Magyarországon az elmeegészségügy területén? (Doktori disszertáció, Kézirat
- Ebbinghaus B. (2005) Can Path Dependence Explain Institutional Change? Two Approaches Applied to Welfare State Reform, MPIfG Discussion Paper 05/2, Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung Köln
- Evers, A. (1995): *Eltolódások a jólétmixben* In Andorka R. – Hradil, S. – Peschar, J. (szerk.): Társadalmi rétegződés Budapest: Aula 605-632
- Festinger L. (2000): A kognitív disszonancia elmélete Budapest , Osiris Kiadó
- Fiori S. (2002): Alternative Visions of Change in Douglass North's New Institutionalism. Journal of Economic Issues 36 (4): 1025–1043. Association for Evolutionary Economics (magyarul: A változás alternatív víziói Douglass North új institucionalizmusában in: Replika 2011/1 74., Budapest, Replika Alapítvány, 97-119)
- Foucault, M. (2000): Elmebetegség és pszichológia Corvina Kiadó
- Gábos A. Tátrai A. (2011): Az egészségkárosodott népesség helyzete Magyarországon, TÁRKI Zrt., Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet
- Goffman E. (1981): A hétköznapi élet szociálpszichológiája, Gondolat Kiadó, Budapest
- Grammenos, S (2003): Illness, disability and social inclusion, Luxembourg Office for Official Publications of the European Communities (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions)
- Grønning Terje (2008): Institutions and innovation systems: the meanings and roles of the institution concept within systems of innovation approaches, Paper to be presented at the 25th Celebration Conference 2008 Copenhagen, CBS,

Harangozó J., Tringer L. Gordos E. Kristóf R. Werring R. Slezák A. Lőrincz Zs. Varga A. Bulyáki T. (2001): Paradigmaváltás a pszichiátriában. *Lege artis medicinae: Orvostudományi továbbképző folyóirat* 11. évf. 8/9. sz. Literatura medica Kiadó Budapest. 573-586, Letölthető: <http://www.lam.hu/folyoiratok/lam/0108/9.htm> (letöltés ideje: 2008.09.20.)

Horváth E. Dr, Mező T. (2004): A Helyzetelemzés a Rehabilitációs Partnerség Program számára, Foglalkoztatáspolitikai és Munkaügyi Minisztérium, Pomáz http://books.google.hu/books?printsec=frontcover&vid=LCCN93049370&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

Jahoda, M. (1981). Work, employment, and unemployment. Values, theories, and approaches in social research. *American Psychologist*, 36, 184-191

Kelemen G. - Csákiné Király L. (2004): Pszichiátriai és szenvedélybetegék szociális ellátása: segédanyag a szociális szakvizsgához, Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest

Könczei Gy.- Hernádi I. (2011): A fogyatékoságtudomány főfogalma és annak változásai, in: *Az akadályozott és az egészségkárosodott emberek élethelyzete Magyarországon*, szerk. Nagy Z. É., Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet TÁMOP-5.4.1-08/1-2009-0002 Budapest p. 7-29

Krémer Balázs, Bói Krisztina, Kurucz Erika, Mód Péter, Ottucsák Melinda, Pál Zsolt (2010): Issue-paper: A társadalmi kirekesztés által különösen veszélyeztetett csoportok (romák, megváltozott munka-képességűek) empirikus kutatása elé

Kullmann L. (2000): A rehabilitáció korszerű szemlélete, „A funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása” (FNO), mint a holisztikus látásmód nemzetközileg elfogadott szabálya

Lafferton Emese (2004) A magántérbolydától az egyetemi klinikáig. In: Békés Vera (szerk.): *A kreativitás mintázatai*. Áron Kiadó, Budapest Letöltés: <http://www.phil-inst.hu/recepcio/htm/3/303.htm>

Lakatos Judit, Tokaji Károlyné (szerk): *Társadalmi jellemzők és ellátórendszerek*, 2008, Központi Statisztikai Hivatal Budapest, 2009

Légmán A. (2011): *Az örület és az örültek helye a társadalomban -A magyar pszichiátriai ellátórendszer és az egyén viszonya*, Doktori disszertáció, Pécs (kézirat)

Lisznyai S. (2010): *Mi az intervenciónk alapja? A fogyatékoság modelljei* in: Juhász Márta (szerk.) *A foglalkozási rehabilitáció támogatása pszichológiai eszközökkel*, Typotex p. 17-37. Letöltés:

<http://www.interkonyv.hu/konyvek/A%20foglalkoz%C3%A1si%20rehabilit%C3%A1ci%C3%B3%20t%C3%A1mogat%C3%A1sa%20pszichol%C3%B3giai%20eszk%C3%B6z%C3%B6kkel>

Mabbett D. (2002): A fogyatékoság definíciói Európában, Összehasonlító elemzés A Brunel Egyetem által készített tanulmány, Európai Bizottság Foglalkoztatási és Szociális Ügyek Főigazgatósága, Brüsszel,

Major M. (1977): Vissza a társadalomba : a csökkent munkaképességűek és a rehabilitáció, In.: Szociológia 6. évf. 3. sz. (1977), p. 391-409.

letöltés:<http://www.szmm.gov.hu/main.php?folderID=13238&articleID=21240&tag=articlelist&iid=1>

Merton, R. K. (2002): Társadalomelmélet és társadalmi struktúra, Budapest : Osiris

Monostori, Judit (2009a) Aktív korúak nyugdíjban. A korai nyugdíjazás jelensége és okai a rendszerváltás utáni évek Magyarországon. Doktori (PhD) értekezés, Budapesti Corvinus Egyetem

North Douglass C. (1990): Institutions, Institutional Change, and Economic Performance Cambridge University Press

OECD (2012), Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work, Mental Health and Work, OECD Publishing. Letöltés: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264124523-en>

Orosz É. (2001): Félúton vagy tévúton, Egészséges Magyarorszáért Egyesület, Budapest

Parsons T.: (1951): The Social System. The Free Press, Glencoe, Illinois, letöltés: http://lakatos.free.fr/Tanitas/Szociologia/2felev/files/page31_9.htm

Porter, R. (2003) A téboly, Budapest, Magyar Világ Kiadó

Pulay Gy. (2009): A megváltozott munkaképességű személyek támogatási rendszere társadalmi+gazdasági hatékonyságának vizsgálata, Állami Számvevőszék Kutató Intézete, Budapest

Scarle Á. (2011): Foglalkoztatási rehabilitációs jó gyakorlatok Magyarországon, Budapest Szakpolitikai Elemző Intézet, forrás: http://www.budapestinstitute.eu/uploads/rehab_jelentes_110410.pdf

Schneider, A. L. és Ingram H. (1993): 'Social Construction of Target Populations: implications for politics and policy', American Political Science Review 87(2), 334–347

Sen A. (2003): Társadalmi kirekesztés: Fogalom, alkalmazás és vizsgálat I.*2003/2
Hilscher Rezső Alapítvány.

letöltés:http://www.esely.org/kiadvanyok/2003_6/SEN.pdf

Sen A. (2004): Társadalmi kirekesztés: Fogalom, alkalmazás és vizsgálat II.1,
Esély 2004/1 Hilscher Rezső Alapítvány. 7-23

http://www.esely.org/kiadvanyok/2004_1/SEN.pdf

Szalai J. (1986): Az egészségügy betegségei. Budapest: Közgazdasági és Jogi
Könyvkiadó

Szalai J. (2007): Nincs két ország...? : társadalmi küzdelmek az állami
(túl)elosztásért a rendszerváltás utáni Magyarországon, Budapest: Osiris

Szilágy Gy. (2005): Nincs kilincs : ó, jaj, az út lélektől tébolyig... Budapest:
Mérték Kiadó

Szöllősi G. (2003): A gyermekvédelmi probléma mint társadalmi konstrukció
Esély 2003/2 Hilscher Rezső Alapítvány

Verdes T. Scharle Á. Váradi B. (2012): Intézet helyett. A fogyatékos személyeket
támogató szociálpolitika megújításának lehetséges irányairól. Budapest Intézet –
Társaság a Szabadságjogokért, Budapest, 2012.