

Vera Grebenc

UPORABNOST EVROPSKIH SMERNIC PROMISE ZA IZOBRAŽEVANJE V SOCIALNEM DELU

UVOD

Spodbujanje in krepitev duševnega zdravja sta kompleksna cilja. V dokumentih Svetovne zdravstvene organizacije (2002, 2004) je zapisano, da je za zmanjševanje bremen, ki jih ljudem in družbi povzročajo duševne težave, treba promocijo duševnega zdravja nujno vključiti v izboljšanje splošnega zdravja in dobrega počutja ljudi. To vključuje ukvarjanje s socialnimi, ekološkimi in ekonomskimi dejavniki zdravja. Sem sodi izboljšanje družbene povezanosti in socialne vključenosti, boj proti diskriminaciji in nasilju, prilagoditev fizičnega okolja, urejanje življenjskih razmer in ustrezne infrastrukture, urejanje transporta in prometa, možnost šolanja in izobrazbe ipd. Organizacija tudi poziva k prepoznavanju in razširjanju učinkovitih in trajnostnih intervencij promocije duševnega zdravja ter opozarja, da je medsektorski pristop še bolj kot na drugih področjih zdravja pomemben pri spodbujanju duševnega zdravja.

Tudi v Evropskem dogovoru o duševnem zdravju in dobrem počutju (Evropska komisija 2008) je zapisano, da je promocija duševnega zdravja možna le s sodelovanjem različnih partnerjev, med katerimi so poleg strokovnjakov, ki delujejo na področjih zdravstvenega in socialnega varstva, pomembni tudi drugi družbeni akterji, od strokovnjakov različnih sektorjev do organizacij civilne družbe in organizacij uporabnikov, oskrbovalcev in negovalcev (*ibid.*).

Vse to kaže na razsežnost in prepletenost dejavnikov spodbujanja duševnega zdravja in nujnost vključevanja in sodelovanja vseh družbenih akterjev zdravja, hkrati pa zbudi vtis, da se lahko s promocijo zdravja ukvarja

prav vsakdo in da za to ni potrebno posebno znanje. Zaznavanje obsežnosti problematike, pomanjkljivosti in nedoslednosti v razumevanju ciljev spodbujanja duševnega zdravja pa tudi nekritičnosti do prenašanja promocijskih strategij na področje zdravja ter predvsem vrzeli v izobraževanju za področje promocije duševnega zdravja je botrovalo nastanku projekta PROMISE. Poglavitni namen projekta je bil, da se na področje izobraževanja za izvajalce promocije na področju duševnega zdravja vne-sejo vsaj temeljni standardi ter določijo merila ključnih znanj in smernice za učne strategije. S tem naj bi spodbudili boljše razumevanje samega koncepta promocije in tudi bolj kakovostno in smiselno uporabo tega koncepta v praksi.

METODOLOŠKO IN KONCEPTUALNO OZADJE PROJEKTA

Cilj projekta PROMISE (*Promoting Mental Health Minimising Mental Illness and Integrating through Education*) je bil oblikovanje splošnih smernic za izobraževanje strokovnjakov na področju promocije duševnega zdravja. Smernice so nastale na podlagi pregleda dokumentov Svetovne zdravstvene organizacije, različnih političnih in zakonodajnih dokumentov Evropske unije ter analize primerov dobrih praks uveljavljanja standardov promocije na področju duševnega zdravja¹. Na podlagi raziskovalnega dela smo opredelili

¹ Podrobneje se je o vsebini projekta mogoče seznaniti na spletnih straneh projekta <http://promise-mental-health.com> (8. 10. 2012).

posebna merila za usposabljanje, pomembna za področje promocije duševnega zdravja, in oblikovali tako splošne evropske smernice kot tudi posebne evropske smernice za usposabljanja strokovnjakov v psihologiji, psihiatriji, zdravstveni negi in socialnem delu.

Pri oblikovanju posebnih smernic smo splošne smernice uporabili kot podlago in jih prilagodili merilom kakovosti za usposabljanje za posamezno stroko. Slovenski tim se je v sodelovanju z angleškim ukvarjal z oblikovanjem posebnih smernic za usposabljanje socialnih delavcev in delavk, ki že delujejo ali še bodo delovali na področju promocije duševnega zdravja. Za ta namen smo v okviru projekta PROMISE komentirali prepoznana merila kakovosti smernic za izobraževanje in se vprašali, kako lahko posamezna merila razumemo iz perspektive socialnega dela.

Ključni koncept projekta je bil promocija duševnega zdravja. Kot meni Tilford (2006), jo je treba razumeti kot spodbujanje in poudarjanje pozitivnih lastnosti posameznika in pozitivnih značilnosti družbe, in dodaja, da je cilj promocije več kot le odsotnost bolezni. V nadaljevanju piše (*ibid.*: 224):

... pri delovanju je treba najti ravnovesje med promocijo pozitivnega zdravja,² uporabo nediskriminatorških in participacijskih praks, krepitve moči uporabnikov, načinov dela z različnimi ciljnimi skupinami in odločenostjo, da se odpravijo neenakosti na področju duševnega zdravja na državni in globalni ravni.

To smo pri oblikovanju smernic tudi upoštevali.

Že v Ottawski listini (1986) in Deklaraciji iz Džakarte (Svetovna zdravstvena organizacija

² V večini tekstov, ki se ukvarjajo s promocijo zdravja, se pri pojasnjevanju poglobljene značilnosti promocije najpogosteje uporablja argument pozitivnega zdravja (*positive health*) kot cilja promocije. Tako v slovenščini kot v angleščini ta besedna zveza deluje nesmiselno, saj je zdravje že samo po sebi pozitivno. Utemeljitev, ki jih navajajo avtorji ob uporabi predznaka pozitivno, pa zajemajo poudarek, da je dobro duševno zdravje rezultat kombinacije različnih pozitivnih dejavnikov (dobrega telesnega zdravja, dohodka, zaposlitve, urejenih bivalnih razmer, izobrazbe ...) (Svetovna zdravstvena organizacija 2004, gl. tudi Friedli 2009).

1997) je promocija zdravja visoko na lestvici prioritete, ki bi jih morale upoštevati države in njihove vlade. Kot temeljni dokument pa lahko predvsem Ottawsko listino razumemo tudi kot razglas vrednot in etičnih zavez, s posebnim poudarkom na miru, socialni pravičnosti in enakopravnosti kot prvih pogojih za omogočanja zdravja (Sindall 2002). Pri tem ne smemo pozabiti, da koncept promocije izhaja iz trženjskega pristopa in da je promocija kot koncept dela z javnostjo na področje družbenega vstopila kot element socialnega marketinga. Socialni marketing, ki ga lahko širše opredelimo kot načrtovano vplivanje na družbene spremembe, pomeni, da naj bi s skrbno zastavljenimi akcijami vplivali na stališča in vrednote ciljnih skupin z namenom, da spremeni določene vedenjske vzorce (Demšar Peček 2004). V teoriji socialni marketing razlagajo kot načrtovano spodbujanje in pospeševanje sprememb v družbi. Izhaja iz predpostavke, da je družbene spremembe mogoče doseči le s poglobljenim razumevanjem potreb, zahtev in percepcij ciljnega občinstva ob skrbnem načrtovanju in učinkoviti izvedbi strategij (*ibid.*).

Avtorstvo besedne zveze socialni marketing pripisujejo Kotlerju in Zaltmanu (1971). Prvič sta jo uporabila na začetku sedemdesetih let 20. stoletja za opisovanje uporabe marketinških načel in tehnik pri reševanju družbenih problemov in pospeševanju sprejemanja novih socialnih idej. Zamisli o pospeševanju sprememb v družbi pa še zdaleč niso izviren domislek modernega časa, vendar pa smo pravi invaziji ideje, da je možno z uporabo trženjskih načel delovati na spremembe v družbi, priče šele v zadnjih treh desetletjih, ko je postal socialni marketing samostojna in jasno opredeljena disciplina.

V najožjem pomenu besede je promocija kot del socialnega marketinga sporočanje informacij o produktu (npr. ključne ugodnosti, storitve ali spremembe vedenja), ceni (npr. višini prihranka, če se odpovemo tveganemu vedenju ali prakticiramo bolj zdrav način) in prostoru (npr. priložnosti in dostopnosti prakticiranja novih vedenj) ciljnim skupinam (Kotler *et al.* 2002). Socialni marketing pa je proces, ki uporablja marketinška načela in tehnike za ustvarjanje in sporočanje vrednot z namenom

vplivanja na vedenje ciljnih javnosti v korist družbi (javno zdravje, varnost, okolje in skupnosti) kot tudi ciljne javnosti (Kotler, Lee 2008). Temeljna ideja socialnega marketinga je torej, da se spremembe v družbi dogajajo s pomočjo pospeševanja in uveljavljanja novih ali drugačnih stališč (Kotler, Roberto 1989). Strategije, ki se pri tem uporabljajo, Andreasen (1995) razdeli na izobraževalne, prepričevalne, na pristope družbenega pritiska in na pristope preoblikovanja vedenj ljudi.

Tanja Kamin (2006) meni, da se opredelitev pojma socialnega marketinga v letih uporabe ni spremenila, sta se pa povečali izčrpnost osnovne definicije in kompleksnost tehnologij, ki jih uporablja. Ugotavlja namreč, da socialni marketing črpa iz različnih alternativnih pristopov vplivanja na vedenje ljudi, a teh pristopov ne uporablja ločeno, ampak kombinira iz vsakega od njih tisto, kar omogoča delovanje glede na specifično situacijo. Takole je zapisala (*ibid.*: 103).

Vse to počne lahko samo v enem primeru, kar je bistvo socialnega marketinga, in sicer, da je usmerjen k posamezniku, njegovim vrednotam, stališčem, navadam, življenjski situaciji itd.

Promocija kot element socialnega marketinga je postala pomemben pristop pri nagovarjanju javnosti prav na področju javnega zdravja in predvsem v preventivi (npr. programi za pospeševanja zdravja, za preprečevanje zlorabe drog in alkohola, pred okužbo virusa HIV, za načrtovanje družine). Tudi v socialnem varstvu je v zadnjih tridesetih letih postala uporaba trženjske logike kot načina nagovarjanja ciljnih skupin ena od pogosto uporabljenih tehnik (pogledamo lahko samo sporočila na različnih letakih, ki jih uporabniki storitev lahko jemljejo v čakalnicah ustanov).

Hkrati lahko opazimo, da prav preplet socialnih in zdravstvenih tematik pogosto povzroči, da so v sporočilih javnosti v ospredju zdravstveni vidiki določenega pojava. Kot tema je tako promocija duševnega zdravja vključena med druge teme javnega zdravja. Toda prav z vsebinami, ki so usmerjene v spodbujanje zdravega življenjskega sloga in zdravja nasploh,

lahko pri tistih, ki jih z vsebinami nagovarjamo, zelo hitro izklopimo proces premisleka in vrednotenja sporočil.

Promocija zdravja dobro izkorišča samoumevnost govora o zdravju kot o nečem neproblematičnem (Callahan, Jennings 2002). Na področju javnega zdravja je razprava o etiki precej skromna. Kot opozori Sindall (2002), javnozdravstveni delavci jemljejo delo na področju promocije zdravja kot etično neproblematično in moralno vedno upravičeno. Nosilci promocije zdravja pogosto ne prepoznajo etičnih dilem, ki jih z dejavnostmi izzovejo, zato je še toliko pomembnejše, da različne laične in strokovne javnosti pa tudi lokalne skupnosti, mediji in tudi vlade sprožajo vprašanja etičnih stališč in vrednot. Pri tem je predvsem treba opozarjati na pasti nekritičnega prenašanja modelov promocije. Kažejo se lahko v pokroviteljskem odnosu do uporabnikov programov, v nekakšnem tehničnem »socialnem inženirstvu« ali pa v pretirani skrbi nosilcev promocije zdravja.

Kritiki promocije zdravja opozarjajo tudi na druge vidike dilem in etičnih vprašanj, kot so vprašanja zasebnosti ter interference s pravicami in svoboščinami in vloga promocije zdravja pri večanju razlik med bogatimi in revnimi, na nevarnosti »obtoževanja žrtev« pa tudi na pomanjkljivosti in nedoslednosti, ko gre za vpliv na družbene dejavnike zdravja. Kot meni Sindall (*ibid.*), precej tistih, ki se ukvarjajo z bioetiko kot izhodiščem razmišljanja pri ukvarjanju s problemom, uporabi znano analitično stališče, ki temelji na načelih avtonomije (spoštovanje osebnih in človekovih pravic), koristnosti (delati dobro, optimizirati koristi glede na bremena), neškodovanja in upoštevanja pravičnosti (to naj bi pomenilo oblikovanje norm za enako porazdelitev koristi, tveganj in stroškov) (Beaucamp, Childress 1994).

Skrb, da danes postane uporaba določenih tehnik in pristopov samoumevna, še posebej, ko gre za cilje, utemeljene na retoriki zdravja, pa ni odveč. Kot zapiše Sindall (2002), se danes pogosto zdi, da strokovnjaki ne pomišljajo več o upravičenosti uporabe različnih metod dela in tehnik. Razvoj nam omogoča več, kot smo sposobni doumeti glede mogočih posledic za življenje nasploh. Kot strokovnjaki

smo se dolžni opredeliti do uporabe določenih postopkov pri našem delu. In da smernice izobraževanj ne bi bile še eden od številnih tehničnih dokumentov, smo v okviru projekta PROMISE posamezne indikatorje komentirali vsi potencialni uporabniki teh smernic, torej tisti, ki bi smernice uporabili kot orientacijo pri oblikovanju programov usposabljanja, in tudi ciljna skupina, ki naj bi sprejemala oblikovana sporočila. Med potencialnimi uporabniki teh smernic smo bili tako predstavniki različnih strok (socialno delo, zdravstvena nega, psihologija, psihiatrija) kot tudi skupina ljudi, ki imajo izkušnjo s težavami z duševnim zdravjem, uporabniki storitev duševnega zdravja. V projektu so omenjene skupine sestavljale tudi strokovni odbor, katerega naloga je bila nenehno spremljanje in ocenjevanje nastalega dela.

REZULTATI

Smernice za izobraževanje socialnih delavcev in delavk PROMISE so nabor meril kakovosti oziroma priporočil, ki naj bi jih pri načrtovanju in izvajanju izobraževanj upoštevali vsi, ki izobražujejo na področju promocije duševnega zdravja. Nastale so kot rezultat pregleda literature in komentarja splošnih smernic, ki so bile podlaga za oblikovanje vseh drugih specifičnih smernic. To pomeni, da smo se pri vsakem od desetih meril splošnih smernic vprašali, kako relevantno je – poleg relevantnosti za druge stroke (psihologijo, psihiatrijo, zdravstveno nego) – tudi za usposabljanje socialnih delavcev in delavk na področju promocije duševnega zdravja. Spraševali smo se, kakšen je pomen in smisel določenega merila za usposabljanje za socialno delo, kako ga v socialnem delu lahko razumemo in uporabimo, ter katera znanja naj bi strokovnjaki s področja socialnega dela prejeli, da bi lahko kompetentno izvajali projekte promocije. Izdelane smernice tako niso niti seznam kompetenc niti program izobraževanja sam po sebi, temveč so nabor načel, ki naj bi jih upošteval vsak, ki oblikuje in izvaja usposabljanje za socialno delo na področju promocije duševnega zdravja.

Smernice naj bi omogočale orientacijo pri oblikovanju programov izobraževanj za socialne

delavce in delavke, ko naj bi ti pridobili znanja s področja promocije duševnega zdravja.

So ključna izhodišča tako za oblikovanje programov izobraževanj za socialno delo na vseh stopnjah študija (dodiplomski in podiplomski) kakor tudi dodatnih in dopolnilnih usposabljanj za tiste, ki že delajo v praksi. S smernicami bi si lahko pomagali tudi različni izvajalci projektov promocije zdravja v lokalni skupnosti, ko je treba za udeležene v projektu pripraviti usposabljanja, smiselno pa je smernice uporabiti tudi za ocenjevanje in vrednotenje že obstoječih programov promocije zdravja.

Promocijo duševnega zdravja obravnava veliko literature in dokumentov, vendar se vsebina teh besedil večinoma osredotoča na ocenjevanje projektov promocije duševnega zdravja glede upoštevanja osnovnih elementov koncepta promocije, na prikaze dobrih praks in ključnih načel in konceptov, ki podpirajo to prakso, ali pa gre za literaturo o promociji zdravja na splošno (Barry, Jenkins 2007, Svetovna zdravstvena organizacija 2004, Hermann *et al.* 2005, Jané-Llopis *et al.* 2005, Jané-Llopis, Anderson 2006, Friedli, Parsonage 2007). Malo ali nič pa iz obstoječe literature izvemo o izobraževanju in ključnem znanju, ki je potrebno, da promocijo razumemo, se do nje znamo tudi kritično opredeliti in delovati. Tako kritiki kot zagovorniki promocije poudarjajo pomanjkljivosti na področju izobraževanj, nihče namreč ne podaja smernic za oblikovanje izobraževalnih programov in ne določi meril, kaj bi morali strokovnjaki na področju promocije duševnega zdravja znati.

Smernice so tako namenjene oblikovalcem in izvajalcem izobraževanj, saj z upoštevanjem meril kakovosti in ključnih priporočil lahko izdelajo takšne programe usposabljanja, ki bodo upoštevali značilnosti konkretne situacije, v kateri bo potekala promocija, hkrati pa upoštevajo tudi potrebe po znanju in izkušnjah udeležencev usposabljanja. Na primer, če potrebujemo izobraževanja za socialne delavce in delavke, ki delajo na področju promocije duševnega zdravja in dobrega počutja na delovnem mestu, saj zaznavamo več težav, povezanih z zasvojenostjo/samomori/stresom, je treba usposabljanje zastaviti tako, da bo

učenje namenjeno razumevanju fenomena, s katerim se srečujemo, in potreb posameznikov in skupin, ki bodo vključeni v promocijo, pa tudi pridobivanju znanj in spretnosti, ki jih socialni delavci in delavke potrebujejo, da bodo pri svojem delu lahko uspešni. Z drugimi besedami, skupina, za katero se usposabljanje pripravlja, mora biti vključena v nastajanje programa. Lahko pa bi tudi rekli, da je idealen cilj usposabljanja po merilih PROMISE učenje za konkretne situacije dela.

DESET MERIL ZA USPOSABLJANJE NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA IN RELEVANTNOST ZA SOCIALNO DELO

Smernice, ki so nastale, so torej prvi poskus bolj sistematičnega pristopa k določanju ključnih meril za načrtovanje izobraževanj za dobro delo na področju promocije duševnega zdravja. Zajemajo deset indikatorjev kakovosti, ki upoštevajo vse elemente promocije duševnega zdravja in določajo merila izobraževanja. Ta merila so: upoštevanje načela promocije, vključevanje skupnosti in krepitev moči uporabnikov, interdisciplinarni in medsektorski pristop, vključevanje uporabnikov, zagovorništvo, uporaba znanja, celostni pristop, prepoznavanje tveganj, uporaba medijev in evalvacija. S temi desetimi merili smo poudarili posebnost posameznega vidika in opravili nabor pomembnih načel promocije, ki jih je treba upoštevati v programu usposabljanja. Hkrati pa je treba to skupino meril videti tudi kot povezano celoto, saj se posamezni vidiki prepletajo in dopolnjujejo, so medsebojno odvisni in nobenega ne smemo zanemariti.

Promocija in socialno delo

Prvo merilo – upoštevanje načela promocije – opozarja, da je promocija posebna strategija, ki poudarja pozitivne vidike zdravja, in da se promocija duševnega zdravja razlikuje od preventive duševnih bolezni ali zdravljenja. Duševno zdravje je vir, je vrednota in tudi temeljna človekova pravica, odločilna za družbeni in ekonomski razvoj (Svetovna

zdravstvena organizacija 1997). Promocijo duševnega zdravja je zato treba razumeti kot možnost vplivanja na različne dejavnike duševnega zdravja, da bi povečali pozitivne vidike duševnega zdravja in zmanjšali neenakosti (Svetovna zdravstvena organizacija 1986). V različnih definicijah in opredelitvah socialnega dela bomo našli zapisano, da so doseganje blaginje, zmanjševanje neenakosti, spoštovanje človekovih pravic in socialne pravičnosti temeljni cilji in hkrati načela socialnega dela (Adams *et al.* 1998, Milošević Arnold, Poštrak 2003). V *Globalnih standardih izobraževanja za socialno delo* (2005: 10) je zapisano, da se socialno delo v različnih delih sveta posveča razvojnim, zaščitnim, preventivnim oziroma terapevtskim nalogam in da je temeljni namen socialnega dela

spodbujanje vključevanja [...]; prepoznavanje in nasprotovanje oviram in neenakosti, ki obstajajo v družbi [...]; vzpostavljanje [...] delovnih odnosov [...] tako, da vzpodbudimo njihovo blaginjo in njihove zmožnosti za premagovanje problemov; [...] uvajati programe in politike, ki pripomorejo k človekovi blaginji [...]; spodbujanje stabilnih, usklajenih in medsebojno spoštljivih družb, ki ne kršijo človekovih pravic [...].

Socialno delo torej v svojem temeljnem poslanstvu lahko prepozna promocijsko vlogo, če promocijo razumemo kot spodbujanje, krepitev posameznikov in skupin, da lahko sodelujejo v vseh zanje pomembnih sferah življenja, in kot vplivanje na spreminjanje družbe za socialno pravičnost in družbeno stabilnost ter sporočanje teh vrednot različnim javnostim.

V večini držav Evropske unije imajo socialni delavci in delavke naloge in odgovornosti jasno opredeljene (javna pooblastila, pristojnosti, področja dela). Toda, ko se v praksi najdemo v nasprotujočih si vlogah nadzora, podpore, oskrbovanja in zaščite, se nam pogosto zdi, da nas izpolnjevanje določenih nalog in pooblastil ovira pri izpolnjevanju temeljnega poslanstva socialnega dela. Pogosto se nam tudi zdi, da intenzivno delo s posameznikom in skupnostjo dopušča le malo prostora za dejavnosti, ki se nanašajo na naloge promocije. Da si »resno«

socialno delo ne more privoščiti promocijskih dejavnosti in delovanja na tistih vidikih vsakdanjega življenja (tudi zdravja), pri katerih ne gre za reševanje eksistencialnih stisk in življenjsko nujnih situacij.

Preprečevanje socialne izključenosti, vključevanje uporabnikov, krepitev moči posameznikov in skupnosti, večanje blaginje, družbena solidarnost so načela socialnega dela, ki jih najpogosteje poudarjamo kot našo osnovno vodilo pri delu. Etika socialnega dela nam nalaga, da kot profesionalna skupina pomagamo ljudem, da si ustvarijo takšne življenjske razmere, v katerih bodo lahko poskrbeli za svojo blaginjo in svoje zdravje in tako udeleženi pavico do zdravja (ReNPSV 2006, NPZV 2008, *Kodeks etičnih načel v socialnem varstvu* 2002, *Kodeks etike socialnih delavk in delavcev Slovenije* 2010).

V konceptu promocije lahko prepoznamo tudi priložnost za utemeljevanje strategij socialne pravičnosti in zmanjševanja socialnih stisk in problemov. Pomembno pa je, da v socialnem delu promocijo zdravja razumemo ne le kot spreminjanje stališč in ravnanj/vedenja, ampak predvsem kot spreminjanje življenjskih razmer. Z idejo promocije duševnega zdravja se v socialnem delu lahko odmaknemo od administrativne vloge nadziranja k vlogi pospeševalcev pozitivnega duševnega zdravja in dobrega počutja. Ob upoštevanju specifičnih okoliščin, ki so pomembne za razumevanje vsakdanjega življenja ljudi, ki imajo težave z duševnim zdravjem, postane naloga socialnega dela prepoznavanje načinov, kako krepiti moč ljudi in skupnosti. Tako pozornost razširimo od ozkega ukvarjanja s problemom oziroma s posameznikom s problemom k bolj splošnim in tudi pozitivnim vidikom življenja, cilj dela pa postane zagotavljanje nujnih pogojev pozitivnega duševnega zdravja (Tilford *et al.* 1997, Hosman, Jané-Llopis 2005, Svetovna zdravstvena organizacija 2004).

Z vidika promocije duševnega zdravja je v tem okviru pomembno, da vsem, ki se izobražujejo za socialno delo, omogočimo: (1) razumevanje ključnih dejavnikov duševnega zdravja, kot so družbena vključenost, ekonomska participacija, varnost pred nasiljem in

diskriminacijami, (2) prepoznavanje prioritet posameznikov in skupin ter ključnih področij in vprašanj, ko gre za vzpostavljanje akcij in aktivnosti, in (3) predvidevanje (pričakovanje) koristi. Izobraževanje naj bi pomagalo razumeti, da imajo ljudje pravico do duševnega zdravja in da je naloga socialnih delavcev in delavk, da posameznikom in skupnostim pomagajo delovati na različne dejavnike in pogoje duševnega zdravja (Ottawska listina 1986). Glede na to, da promocija duševnega zdravja, kot jo opredeljuje dokument Svetovne zdravstvene organizacije (2004), vključuje delovanje na različnih področjih in sferah vsakdanjega življenja posameznikov in skupnosti (npr. na področju zaposlovanja, stanovanja in bivanja, prostega časa, vsakodnevnih rutin in opravil, družbenega in fizičnega okolja), ima lahko prav socialno delo, ki svoje delo opravlja na teh področjih vsakdanjega življenja, odločilno vlogo pri vzpostavljanju in uresničevanju programov promocije duševnega zdravja.

V izobraževanju naj bi socialne delavce in delavke spodbudili, da bi raziskovali različna področja, ki vplivajo na zdravje in počutje ljudi, in jim omogočili razpravo o tem, kako lahko primerjamo pravico do zdravja z drugimi človekovimi pravicami, kot so kulturne, socialne, ekonomske in politične pravice. Pri tem je pomembno opozoriti na še eno od vlog socialnega dela, in sicer na družbeni aktivizem in iz njega izhajajočo zagovorniško držo, ki socialne delavke/delavce obvezuje k prepoznavanju krivičnosti in pomanjkljivosti v družbi (npr. sistemske ovire, pomanjkljiva zakonodaja), ki preprečujejo, da bi ljudje zares imeli dostop do virov zdravja (Pape, Galipeault 2002, Ife 2002).

Vključevanje skupnosti

Brez učinkovitega vključevanja in krepitev skupnosti (drugo merilo) pa ciljev promocije sploh ni mogoče izvesti. To merilo temelji na predpostavki, da promocija brez dejavne participacije skupnosti sploh ni mogoča (Skinner 1997, Austen 2003). Socialno delo ima močno tradicijo delovanja v skupnosti in promocija (spodbujanje) je element skupnostnega

pristopa, v katerem se socialno delo dobro prepozna: skupnostne akcije, vključevanje uporabnikov storitev, razvoj služb in storitev skupnosti so v socialnem delu razviti pristopi in oblike dela (Žnidarec Demšar 2005, Milošević Arnold, Poštrak 2003, Zaviršek *et al.* 2002). Znanja, ki smo jih razvili v socialnem delu, na primer, kako delovati v skupnosti, kako vzpostaviti in vzdrževati široko povezanost posameznikov in različnih skupin in organizacij v skupnosti – od pomoči skupinam in organizacijam v skupnosti, da se organizirajo in vzpostavijo trdnejše strukture, do pomoči posameznikom in skupinam, da definirajo in dosežejo cilje, ki si jih zastavijo – nam kot socialnim delavcem pri promociji duševnega zdravja dajejo prednost pred drugimi strokami.

Z merilom vključenosti skupnosti postane usposabljanje priložnost, da se med pobudniki projektov promocije in uporabniki teh projektov (ciljnimi skupinami, posamezniki, skupnostmi) vzpostavi sodelovanje in dialog, ki bi omogočala prepoznavanje potrebnega znanja in spretnosti za poznejše delovanje. Skupnost bi tako že med usposabljanjem pridobila možnost vplivanja na vsebine, velja pa tudi obrnjeno, usposabljanje bi bil že prvi korak spoprijemanja z resničnostjo in potrebami v skupnosti.

Izobraževanje po merilu vključenosti skupnosti pa je tudi zaveza, da socialne delavke in delavci prevzamemo aktivno pobudo pri vključevanju lokalnega znanja in vednosti, ki je v skupnosti. Z raziskovanjem in sodelovanjem z akterji v skupnosti ustvarjamo skupno znanje, to pa naj bo dostopno vsem posameznikom in tako vir moči skupnosti (Grebenc 2006). Še več, z usposabljanjem, ki omogoča stik z nosilci različnih znanj in izkušenj, ustvarjamo situacije osebnoznega profesionalnega zorenja, saj znanje ni več le tehnično in posplošeno, ampak omogočimo socialnim delavkam in delavcem možnost perspektive, izkušnje, refleksijo o lastni strokovni vlogi na podlagi doživljanje drugih akterjev. Taka perspektiva je tudi pogoj za profesionalno etiko, ki ni etika prepričanosti (z utrjenimi nazorskimi pogledi, ki ne omogočajo premika v pogledu), ampak etika odgovornosti, saj se zavedamo svojega početja in prevzemamo odgovornost (Dragoš 1996).

Interdisciplinarnost

Prav umeščanje socialnega dela kot akterja projektov promocije duševnega zdravja v skupnosti pa sproži tudi vprašanje partnerstev v skupnosti in vprašanje sodelovanja z drugimi interesnimi skupinami. Tretje merilo je interdisciplinarni in intersektorski pristop. V socialnem delu to merilo razumemo kot priložnost za sodelovanja z drugimi disciplinami, ki delujejo na področju duševnega zdravja. V različnih kompleksnih življenjskih situacijah uporabnikov storitev (bolezen, stanovanje in bivanje, dohodek, vključenost v izobraževanje, delo in zaposlitev, socialne mreže in odnosi ...) nujno sodelujemo z drugimi strokami. Vloga socialnega dela je ne le "podpora" drugim strokam in drugim strokovnim pristopom (kakor nas pogosto dojemajo družbeno bolj uveljavljeni strokovni profili), ampak je najpomembnejše poslanstvo vseh sodelujočih partnerstvo v iskanju dogovorov za posameznike in skupnosti, s katerimi delamo. Izobraževanje naj bi tako omogočalo raziskovanje in vzpostavljanje intersektorskega in multidisciplinarnega sodelovanja na način, ki udeleženi omogoči odprt dialog in razpravo o pogosto delikatnih scenarijih vsakdanjega življenja. Z vidika promocije duševnega zdravja to pomeni, da nobenega vidika vsakdanjega življenja ni mogoče podrediti posamezni disciplini.

Tako kot za večino področij, ki se s hitrim razvojem znanosti in dogajanja v družbi nenehno spreminjajo, tudi za področje duševnega zdravja velja, da moramo strokovnjaki nenehno spremljati spremembe in se učiti ustrezno strokovno odzivati. Namen tega merila je tudi poudariti, da imajo vse interesne skupine in posamezniki, ki so vpeti v pripravljanje in izvajanje programa usposabljanja, kolektivno lastništvo tako izobraževalnega programa kakor tudi intervencij, ki so povezane s programom (Jané-Llopis *et al.* 2005). S poudarjanjem multidisciplinarnosti predpostavljamo, da program usposabljanja vključuje področja znanja in ekspertize različnih področij in različne strokovnjake kot nosilce tega znanja (npr. socialne delavke, psihologi, psihiatrinje, splošni zdravniki, medicinske sestre/tehniki, policisti, odvetnice, nutricionistke). Pri tem

promocijo duševnega zdravja razumemo tudi kot vzpostavljanje boljšega sodelovanja med strokami v prid dobre in koordinirane pomoči ljudem (Barry 2007). V vsakdanjem življenju namreč pogosto različni vidiki in problemi ljudi po navadi sodijo v pristojnosti različnih sektorjev in politik, obravnavajo jih različne stroke, na podlagi različnih zakonskih podlag in z različnimi administrativnimi postopki. Ta razdrobljenost strokovnih področij vnaša različnost strokovnih odzivov, ki ne le, da pogosto niso usklajeni, ampak so si celo v navzkrižju in navadno povzročijo, da so se ljudje prisiljeni pomikati po različnih sistemih, ter vodi v stalno kroženje med različnimi službami in strokovnjaki (Bah *et al.* 2011).

Hkrati pa se na tej točki usposabljanja zavemo, da tudi strokovnjaki potrebujemo varen prostor, v katerem bi lahko razpravljali in se spraševali o različnih idejah našega ravnanja, ki imajo lahko za ljudi, s katerimi delamo, resne in daljnosežne posledice za življenje. Izobraževanje mora biti priložnost, da lahko udeleženci spregovorijo tako o različnih vidikih vsakdanjih situacij, povezanih z vprašanji duševnega zdravja in dobrega počutja (uporabnikov in strokovnjakov), kot tudi o dilemah in etičnih vprašanjih odzivov strokovnjakov ter vprašanjih, kako lahko sistemi pomoči ne le podprejo, ampak tudi kršijo ali ovirajo posameznikove osebne projekte in scenarije življenja. Te naloge ne bomo zmogli brez dialoga z uporabniki.

Vloga ljudi s težavami z duševnim zdravjem in zagovorništvo

Četrto merilo je vključevanje ljudi s težavami z duševnim zdravjem. To pomeni, da so v oblikovanje in izvajanje programa izobraževanja vključeni ljudje z izkušnjo težav z duševnim zdravjem, ljudje z izkušnjo obravnave in tudi njihovi svojci. V kontekstu promocije ne smemo pozabiti, da so ljudje s težavami z duševnim zdravjem del splošne populacije, ki jih bomo nagovarjali s programi promocije. V socialnem delu že več desetletij poudarjamo pomembnost partnerstva z uporabniki služb in sodelovanja z ljudmi z izkušnjami in posebnimi vednostmi

vsakdanjega življenja (Flaker *et al.* 2008, Lamovec 2006).

Upoštevanje tega merila pomeni, da dojemamo uporabnike služb in ljudi s težavami z duševnim zdravjem kot ljudi, ki imajo posebno znanje in vednost, pridobljeno na podlagi osebne izkušnje. Njihov pogled pomembno pripomore k oblikovanju praks socialnega dela, ki upoštevajo vrednote in potrebe uporabnikov. Tako neposredno vplivamo tudi na posledice stigme, ki ljudi s težavami z duševnim zdravjem potisne na mesto drugorazrednih državljanov. Vendar pa moramo vedeti, da kljub jasno izraženi orientaciji k vključevanju uporabnikov na ravni vsakdanjega življenja obstajajo omejitve in ovire, ki preprečujejo resnično participacijo uporabnikov (Urek, Ramon 2010, Grebenc *et al.* 2010). Kljub spoznanju, da je v promocijo treba vključiti uporabnike, strokovnjaki niso imuni pred predsodki in stereotipi. Družbena vloga pacienta/bolnika ljudem s težavami z duševnim zdravjem prekrije vse druge pozitivne socialne vloge, v ospredje potisne pogled na uporabnike kot na pasivne in v smislu sodelavcev nezanesljive osebe. Programi usposabljanja pomagajo ugotoviti, kako resnično vključiti uporabnike kot sodelavce izobraževalnega programa (tudi plačilo za opravljeno delo), saj to lahko pomembno pripomore k normalizaciji odnosa do ljudi s težavami z duševnim zdravjem (McDaid 2008).

Socialno delo pozna strategije normalizacije. Posebej ko gre za marginalizirane skupine in posameznike je pomembna naloga socialnega dela oblikovanje in podpora zagovorniškimi mrežam (Lamovec 2001). Socialnemu delu je podeljen mandat, da deluje proti družbeni krivičnosti, ki (danes vedno večji) del ljudi odrine na družbeni rob. Kot je zapisano v dokumentih Mednarodne zveze socialnega dela (IFSW) in Mednarodnega združenja šol za socialno delo (IASSW), je temeljni cilj socialnega dela izboljšati življenjske razmere in pomagati ljudem pri zadovoljevanju osnovnih potreb, še posebej ljudem, ki živijo v revščini ali zatiranju. Socialno delo mora nenehno delovati v smeri socialne pravičnosti in si prizadevati proti diskriminaciji, zatiranju in revščini s koordiniranim delovanjem, ki vključuje tako

svetovanje, administracijo, zagovorništvo, socialne in politične akcije, razvoj politik, izobraževanje, raziskovanje in evalvacijo (*Etika v socialnem delu* 2004).

Peto merilo tako poudarja pomen zagovorništva in vlogo znanja pri promociji in prepoznavanju interesov posameznikov in skupin ter pri oblikovanju pozitivnih stališč do ljudi s težavami z duševnim zdravjem (Anderson *et al.* 2008). Vprašanje promocije je, kako predstaviti in zagovarjati stališča ljudi, ki morda nimajo ustreznih spretnosti ali dovolj družbene moči, da bi ubranili svoj položaj ali da bi delovali v politični areni za spremembo socialnih in zdravstvenih sistemov. Usposabljanje mora omogočati pridobivanje znanj in izkušenj, da lahko izvajalci programov promocije te naloge opravili. Na izobraževanju naj bi se tako udeleženci naučili, kako vključiti strategije zagovorništva v razvoj projektov promocije duševnega zdravja, še posebej na ravni skupnosti, za skupine in posameznike, ki imajo malo ali nič moči oziroma glasu v skupnosti ali pa se njihov pogled ne zdi relevanten (stari, otroci, etnične manjšine, migranti ...). Ker s promocijo duševnega zdravja ciljamo na socialni, ekonomski, okoljski in kulturni vidik dobrega počutja, lahko dojemamo zagovorništvo kot ključno strategijo promocije.

Zagovorništvo ni le metoda dela, ampak bi moralo biti vtakano v prakso socialnega dela nasploh (Lamovec 2001, D’Cruz, Jones 2004, Flaker *et al.* 2008, 2011). Naloga zagovorništva od izvajalcev socialnega dela zahteva jasen in konkreten premislek o lastnih postopkih in metodah dela. Pogosto v službah, ki delujejo na področju socialnega dela, tudi duševnega zdravja, utečeni procesi dela povzročijo, da na eni strani premalo upoštevamo potrebe posameznikov (na primer, potreba po intimnosti v domovih za stare), na drugi pa za druge potrebe “poskrbimo pretirano”, npr. prevzemanje gospodinjskih nalog, ki bi jih uporabniki lahko opravili sami (kuhanje, čiščenje ipd.). Zagovorništvo pomeni, da morajo socialne delavke in delavci preveriti načine dela na več ravneh, na ravni posameznika, z vprašanjem, kako so posamezniki obravnavani in kako se zagovarjajo njihove potrebe znotraj obstoječih

služb in storitev, in širše, kako na položaj uporabnikov vplivajo lokalni, nacionalni in mednarodni politični, ekonomski, kulturni in drugi družbeni vidiki in okoliščine. Če razmišljamo o zagovorništvu v kontekstu promocije, ne gre več le za »omogočiti glas« tistim, ki niso slišani, ampak za spremembo javnih podob, dojetanja njihovega položaja v razmerjih moči odločanja in za strukturne spremembe. Z vidika promocije duševnega zdravja pa ta pristop zahteva iskanje partnerstev z vsemi akterji v lokalnem okolju.

Baza znanja

Šesto merilo – uporaba baze znanja – pomeni upoštevanje aktualnih znanstvenih dosegov in informacij ter etnografskih podatkov, pridobljenih na podlagi različnih metod in z različnih področij (od epidemiologije do družbenih znanosti), s katerimi lahko prepoznamo možna področja delovanja (Lister-Sharp *et al.* 1999, Tilford *et al.* 1997, Barry 2007). Za socialno delo pa »baza znanja« ni le nabor informacij in opis realnosti, ampak pomeni tudi vedeti, kdaj in kje so odzivi socialnega dela potrebni in katere intervencije pri delu s posamezniki in skupinami so smiselne in učinkovite. Gre za to, da postanemo pozorni na različne tipe informacij – npr. kvantitativne podatke o družbenih problemih in potrebah, o dejavnikih dobrega zdravja in dobrega duševnega zdravja, da si pridobimo kvalitativne podatke, ki zajemajo analize in opise ter definicije problemov/potreb iz različnih virov, kot so pripovedi članov skupnosti, interesnih skupin, posameznikov z osebno izkušnjo in drugih ključnih sogovornikov.

Hkrati pa »baza znanja« pomeni tudi vključevanje uporabnikov v raziskovanje in upoštevanje ekspertize uporabnikov, pomeni bolj poglobljen dialog z različnimi akterji v skupnosti in ustvarjanje novega znanja. Udeleženci usposabljanja po tem merilu tudi nismo več anonimna in izolirana skupina »slušatelj« , ampak postanemo ustvarjalci znanja, odgovorni za znanje, ki se ga naučimo. Ko govorimo o empirični bazi znanja kot o merilu za usposabljanje, postane očitno, da se

vseh deset prepoznanih meril za usposabljanje prepleta in dopolnjuje in da je ustvarjanje znanja (učenje) vedno tudi ustvarjanje stališč, prepričanj. Znanje nikoli ni ideološko (ali vrednostno) nevtrarno (D'Cruz, Jones 2004) in socialne delavke in delavci se morajo zavedati lastnih izvorov vednosti in stališč, lastne baze znanja. To je prvi pogoj, da se odmaknemo od potencialno zatiralskih praks dela.

V *Globalnih standardih izobraževanja in usposabljanja za socialno delo* (2005: 9) je zapisano, da

so posebnega pomena za izobraževanje, usposabljanje in prakso socialnega dela ti teoretski/epistemološki okviri, ki morajo biti zajeti v kurikulum:

- potrditev in priznanje dostojanstva, vrednosti in enkratnosti vseh ljudi (na posameznika usmerjen pristop),
- znanje in razumevanje prepletenosti in povezanosti, ki obstaja med vsemi sistemi in znotraj posameznega sistema na mikro-, mezo- in makroravni (ekološki sistemski vidik),
- razvoj znanja in spretnosti za delo v različnih kontekstih, z različnimi skupinami uporabnikov in v različnih sistemih (holistični, splošni ali integrirani pristop),
- razvijanje spretnosti in krepitev moči posameznikov, družin, skupin, organizacij in skupnosti na podlagi na človeka usmerjenega razvojnega pristopa (perspektiva družbenega razvoja),
- v reševanje problema in pričakovanje pozitivnih rešitev usmerjeno razumevanje normativnega razvoja posameznika z vidika življenjskega cikla in pričakovanih življenjskih nalog in prelomnic (perspektiva življenjskih obdobj),
- predpostavljjanje, prepoznavanje in priznavanje moči in potencialov vsakega človeka (perspektiva moči),
- spoštovanje in cenjenje vseh razlik ne glede na raso, kulturo, religijo, etničnost, jezik, spol, spolno usmerjenost in različne spretnosti (spoštovanje različnosti).

Če te standarde izobraževanja vzamemo zares, pomeni, da je izobraževanje ustvarjalni proces preverjanja in dograjevanja obstoječega znanja, je aktiven proces refleksije o znanem

na podlagi različnih in tudi spreminjajočih se perspektiv in paradigem.

LOKALNI KONTEKST IN CELOSTNI PRISTOP

Kompleksno znanje omogoča, da lahko pri načrtovanju usposabljanja upoštevamo sedmo merilo, in sicer prilagajanje intervencij lokalnemu kontekstu in potrebam, upoštevanje celostnega, ekološkega pristopa k promociji. To merilo poudarja, da mora izobraževalni program promocije duševnega zdravja upoštevati perspektivo posameznikov, ki jih promocija nagovarja, in kontekst, v katerem ljudje živijo. Holistični in ekološki pogled na promocijo temelji na predpostavki, da je cilje promocije duševnega zdravja treba obravnavati na način, ki upošteva posebnosti skupnosti in fizičnega okolja, različne kulturne, družbenoekonomske situacije, starost, spol, spolno usmerjenost, zdravje in sposobnosti (Friedli *et al.* 2007). Upošteva to merilo naj bi izobraževanje za socialne delavke in delavce vključilo učenje o vseh metodah, s katerimi lahko pri svojem delu upoštevajo načela holistične in ekološke perspektive: individualno načrtovanje, zgovornišvo, posredništvo, metode delovanja v skupnosti in izvajanje skupnostnih akcij, ocena tveganja in druge.

Bistvo te perspektive na načrtovanje promocije je zavedanje, da na dokazih utemeljeni programi, ki se pokažejo kot smiselni in dobro sprejeti, z dobrimi rezultati v enem okolju, ne delujejo nujno tako uspešno v drugem, čeprav morda podobnem okolju. Z drugimi besedami, holistično in ekološko delujemo, ko vsako novo situacijo posebej preučimo in se odzivamo nanjo glede na ugotovljene razmere. V socialnem delu to pomeni raziskovanje potreb in načrtovanje dela tako, da s postopki interpretiranja resničnosti ne vzpostavljamo praks, po katerih vsakdanje situacije ljudi in njihove potrebe pojasnjujemo tako, da se prilegajo obstoječim storitvam in službam, ampak razvijamo odzive, ki upoštevajo potrebe ljudi glede na lokalni kontekst in osebne situacije, upoštevaje razpoložljive vire in priložnosti. Intervencije socialnega dela ne smejo voditi v

dotatno marginalizacijo, enako velja za cilje promocije. Včasih s pretirano specializiranimi strategijami pomoči sprožimo procese segregacije, ki določeno skupino ljudi ločijo od preostale skupnosti. Tudi v projektih promocije je to lahko past.

OBRAVNAVANJE TVEGANJ V PROMOCIJI

Osmo merilo, prepoznavanje in evalviranje tveganj, nas opozarja, da mora program usposabljanja upoštevati ne le pričakovane pozitivne rezultate programov promocije, ampak tudi možne negativne učinke in posledice promocije duševnega zdravja. Tveganje lahko definiramo kot

možnost koristnih ali škodljivih rezultatov in verjetnost, da se pojavijo v določenem obdobju. (Alberg *et al.* 1996: 9).

Tako za posameznike kot za skupnost lahko promocijske dejavnosti vključujejo določeno stopnjo tveganja za njihovo zdravje in varnost, zato jih je treba pripraviti na te učinke, oceniti skupaj z njimi, koliko tveganja so pripravljeni prevzeti, in delovati tudi na ravni preprečevanja teh tveganj za posameznike in skupnosti. Še posebej razdiralni učinki stigme so lahko veliko tveganje za morebitne udeležence dejavnosti in z usposabljanjem bi morali udeleženci dobiti znanje in spretnosti, kako zavarovati sodelavce, ko je to potrebno.

S promoviranjem zdravja lahko sprožimo konflikte v skupnosti. Posebej v okoljih, ki so zelo pod vplivi določene stroke, na primer v bolnišnicah, šolah, zaporih, domovih za stare, različnih zavodih in drugih ustanov, so lahko obstoječi koncepti dela ali politike ustanov v nasprotju s filozofijo in metodami dela pobudnikov promocije duševnega zdravja. To lahko povzroči zadržanost vodstev teh ustanov do sodelovanja ali pa lahko prinese hude negativne posledice za tiste, ki se odločijo sodelovati (npr. šikaniranje sodelavcev, prikrite oblike izključevanja iz skupnosti, izgorevanje).

Prav tako moramo pričakovati, da se lahko pojavijo učinki in posledice, ki jih ni mogoče nadzorovati (npr. posamezniki delujejo na

svojo pest, brez dogovarjanja). Socialne delavke in delavci se morajo med usposabljanjem dobro pripraviti in naučiti, kako predvideti in regulirati možne negativne okoliščine in učinke projektov. Odločanje v dogovoru z vsemi zainteresiranimi skupinami in sodelujočimi posamezniki mora postati del naučenih metod in postopkov.

Dejavnost, ki bi lahko vplivala na zasebnost in življenje udeleženih posameznikov in tudi na življenje skupnosti, je treba pretehtati z zornega kota možnih koristi in škode. Načrt delovanja naj tako ob upoštevanju zelenih izidov vključuje tudi taktike in strategije preprečevanja, zmanjševanja in popravljanja škode, če se zgodijo neželene posledice (Flaker 2003). Tak primer negativnih posledic se lahko zgodi na ravni sporočil, ko npr. posameznik sporočila promocije doživlja kot zahteve, ki omejujejo osebno svobodo ali osebne vrednote ali posegajo vanje.

Tveganja projekta (kateregakoli) so lahko strukturna, npr., ko nekatere skupine ostanejo izključene zaradi pomanjkanja in revščine. Prav tako se tveganja za projekt promocije pojavljajo na ravni vzdržnosti delovanja, npr. pri zagotavljanju zadostnih sredstev in drugih virov za izvajanje dejavnosti (npr. nezadostno financiranje, posamezniki, na katere smo računali, odstopijo od sodelovanja). Med usposabljanjem je udeležence izobraževanja treba opozoriti na pogosto pokroviteljsko in zaščitniško držo, ki jo imamo do uporabnikov, ocena tveganja pa omogoča normalizacijo odnosa do tveganja – ustvarjalno organizirani odzivi in taktike preprečevanja škode omogočajo vsem, ki se udeležijo programov promocije duševnega zdravja, da prevzamejo tveganja, na katera lahko računajo in ki jih je možno predvideti (*op. cit.*). Usposabljanje naj bi ponudilo učenje načrtovanja strategij in vsebin promocije glede na ocenjeno tveganje in ne na podlagi pretiravanj ali strahu.

UPORABA MEDIJEV

Promocija duševnega zdravja in spopadanje s stigmo duševne bolezni vključujeta uporabo medijev (deveto merilo) in komunikacijskih

strategij. To merilo za usposabljanje poudarja pomen dobre informiranosti, tako izvajalcev programov promocije kot javnosti. S tem merilom poudarimo pomen informacij, ki socialnim delavkam in delavcem omogočajo argumentirano razlago in pojasnjevanje resničnosti vsakdanjega sveta uporabnikov storitev kot tudi njihovo lastno delo. Gre tudi za to, da se tisto, kar želimo podati, čim bolj razširi oziroma doseže čim širše množice. Največja ovira, ki jo pri svojem delu in v stikih z mediji občutijo socialne delavke in delavci, je pogosto v javnosti navzoč negativen odnos tako do skupin, s katerimi delamo v praksi, kot tudi do našega dela. Področje duševnega zdravja je za medije privlačno, saj »se senzacija najbolje prodaja«.

Javno mnenje je o vprašanih duševnega zdravja še vedno obremenjeno s predsodki, strahom pred ljudmi, ki imajo težave z duševnim zdravjem, ignoriranjem in izključevanjem, posmehljivim ali vzvišenim odnosom tudi strokovnjakov (Lamovec 1998, 2006, Pritchard 2006, Flaker *et al.* 2008). Uporabo medijev moramo tako v kontekstu promocije razumeti predvsem kot možnost prevrednotenja položaja ljudi s težavami z duševnim zdravjem, kolektivno razpravo o teh temah v skupnosti, ozaveščanje, vzpostavljanje klime, v kateri lahko prekinemo prakse zatiranja in diskriminiranja. Usposabljanje mora omogočati spoprijemanje z lastnimi predsodki. Socialne delavke in delavci nismo imuni pred stigmatiziranjem in tudi ne pred stigmo, ki se »prilepi« na nas zaradi delovanja na tem področju. Te ovire lahko obidemo, če se naučimo sodelovati z mediji, poročati o situacijah dela in nastopiti. Pred mediji se nam ne bo treba umikati, če bomo pripravili kakovostne, konkretne informacije in jasna sporočila za splošno javnost, če bomo izbirali primerne informacije, ki ne škodujejo uporabnikom služb, zavarovali zasebnost in upoštevali zakonodajo s področja informacijskih praks.

EVALVACIJA

Deseto merilo poudarja pomen evalvacije tako samega usposabljanja kot tudi oceno rezultatov programov promocije na splošno.

Zadnje merilo nas torej opozori, da bi se morali strokovnjaki in vsi, ki s svojimi odločitvami kakorkoli vplivamo na življenja ljudi, nenehno spraševati, kaj delamo, kako delamo, s kakšnim namenom nekaj delamo, kakšne rezultate pričakujemo in kakšni so uresničeni rezultati našega dela. In da o rezultatih in učinkih promocije ne bomo govorili »na pamet«, s stereotipnimi parolami in zdravorazumsko retoriko, ampak da bomo lahko utemeljevali učinkovitost dela z zanesljivimi empiričnimi dokazi, se bo evalvacije tako kot vseh drugih devet meril za usposabljanje treba ne samo naučiti, ampak jo tudi uporabljati.

Zato je učenje o uporabi priročnih metod evalvacije in o vključevanju strategije evalvacije v sam proces načrtovanja in izvajanja projektov promocije, v razvoj politik, filozofije in konceptov dela pomemben vidik usposabljanja (Friedli, Parsonage 2007). To merilo nas opozarja, da mora usposabljanje vključevati učenje različnih metod raziskovanja sveta, metodologij, ki omogočajo oblikovanje in dograjevanje intervencij z novimi spoznanji, načrtovanje odzivov na ugotovitve evalvacije, določanja ciljev, kombiniranja raziskovanja in intervencij, sistematičnega zbiranja in dokumentiranja informacij o dejavnostih in o uporabnih tehnikah poročanja.

Zadržki do evalvacije so med praktiki pogosti. Raziskovanje, tudi evalvacijo, doživljajo kot dodatno delo, ki jemlje energijo in čas, ki bi ju morali namenjati delu z uporabniki. Evaluiranje bi morali razumeti kot optimiziranje svoje vloge, znanja in ravnanja, kot priložnost razvijanja znanja in prakse. Socialne delavke in delavci v praksi pa pogosto (Rode *et al.* 2006) evalvacijo doživljajo kot nadzor bodisi menedžmenta bodisi sponzorjev ali financerjev programa, redko pa kot strategijo za izboljšanje učinkovitosti dela in zmanjšanje negotovosti izidov.

SKLEP

Smernice usposabljanja na področju duševnega zdravja z desetimi merili kakovosti so prvi poskus izdelave vsaj osnovnih standardov, ki bi jih vsako izobraževanje za to vsebino

moralo upoštevati. Še zdaleč niso idealen rezultat, so pa pomemben pripomoček vsem izvajalcem pri oblikovanju programov usposabljanja. Hkrati pa so lahko tudi spodbuda vsem, ki se s tem področjem ukvarjajo, da kritično pogledajo te rezultate ter nadaljujejo in izboljšajo priporočila ustvarjalcem programov.

Po treh letih izvajanja projekta PROMISE, ko smo se sodelavci projekta tako rekoč vsak dan spraševali, kako naj razumemo promocijo v kontekstu socialnega dela, kako naj se do te strategije kot socialne delavke in delavci opredelimo, kako naj definiramo svojo vlogo v razmerjih do drugih akterjev promocije in kako naj jo umestimo v naše delo z ljudmi, lahko ugotovim, da tako kot velja za vse druge pristope, strategije, metode dela, velja tudi za promocijo, da vsak avtomatizem pri delu lahko resno ogrozi etičnost našega dela, in kakor smo opozarjali že uvodoma, prav promocija, ki uporablja moralni argument zdravja, lahko hitro zdrkne na raven dogmatizma.

Na področju promocije zdravja se pri delu z ljudmi prepletajo etike različnih strok in sektorjev. To včasih lahko pomeni, da se bomo strokovnjaki morda ujeli v nesporazumih in poskusih hierarhiziranja načel na račun močnejših strok. Zato socialne delavke in delavci, ki promocijo – če jo razumemo kot krepitev, spodbujanje, izboljšanje kakovosti življenja – kot pogoj za dobro duševno zdravje uporabljamo že zdaj kot del naših strokovnih praks in naše izkušnje dela ter znanje prav na tem področju so nepogrešljivi. Vendar pa je naloga vseh akterjev promocije, da smo pozorni na ideje, ki so v ozadju pobud, in na možne učinke teh idej, ki jih prenašamo v sporočila promocije. Ob premisleku o smernicah usposabljanja za promocijo duševnega zdravja, ki so namenjene socialnim delavcem in delavkam, moramo tako ugotoviti tudi to, da vsi postopki in oblike dela, ki jih strokovnjaki uporabljamo, lahko pomenijo večanje svobode, lahko pa vodijo tudi v nove prisile in zatiranje. Za vsako dejavnost, ki jo izvajamo, si je treba vzeti čas za premislek.

VIRI

- ADAMS, R., DOMINELLI, L., PAYNE, M. (ur.) (1998), *Social work, themes, issues and critical debates*. London: Macmillan.
- ALBERG, C., HATFIELD, B., HUXLEY, P. (ur.) (1996), *Learning materials on mental health: Risk assessment*. Manchester: University of Manchester, Department of Health.
- ANDERSON, P., GORDON, R., JANÉ-LLOPIS E. (2008), *Training manual on advocacy skills in mental health promotion and mental disorder prevention*. Barcelona: Department of Health of Government of Catalonia.
- ANDREASEN, A. R. (1995), *Marketing social change: Changing behaviour to promote health, social development, and the environment*. San Francisco: Jossey Bass Publishers.
- AUSTEN, P. (2003). *Community capacity building and mobilization in youth mental health promotion: The story of the community of West Carleton*. Dostopno na: <http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/mhp-psm/pub/community-communautaires/pdf/comm-cap-build-mobil-youth.pdf> (9. 10. 2012).
- BAH, B., CIGOJ-KUZMA, N., FLAKER, V., GREBENC, V., KVATERNIK, I., PODGORNİK, N., UREK, M. (2011), *Dual diagnosis training*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (priročnik).
- BARRY M., M. (2007), Generic principles of effective mental health promotion. *International Journal of Mental Health Promotion*, 9, 2: 4–16.
- BARRY, M. M., JENKINS, R. (2007), *Implementing mental health promotion*. Oxford: Churchill Livingstone, Elsevier.
- BEAUCAMP, T., CHILDRESS, B. (1994), *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press.
- CALLAHAN, D., JENNINGS, B. (2002), Ethics and public health: Forging a strong relationship. *American Journal of Public Health*, 92: 169–176.
- ČAČINOVIC VOGRINČIČ, G. (2003), Jezik socialnega dela. *Socialno delo*, 42, 4–5: 199–203.
- D'CRUZ, H., JONES, M. (2004), *Social work research: Ethical and political contexts*. London: Thousand Oaks; New Delhi: Sage Publications.
- DEMŠAR PEČAK, N. (2004), Socialni marketing – dejavnik družbenih sprememb. *Socialna pedagogika*, 8, 1: 29–64.
- DOMINELLI, L. (2002), *Anti-oppressive social work theory and practice*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

- DRAGOŠ, S. (1996), Socialna etika: Med prepričanjem in odgovornostjo. *Socialno delo*, 35, 3: 217–225.
- Etika v socialnem delu* (2004), *Ethics in social work: Statement of principles*. Dostopno na: <http://ethics.iit.edu/ecodes/node/3934>.
- Evropska komisija (2008), European pact on mental health and well-being. Dostopno na: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf (7. 10. 2012).
- FLAKER, V. (2003), *Oris metod socialnega dela: Uvod v katalog nalog centrov za socialno delo*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo, Skupnost centrov za socialno delo Slovenije.
- FLAKER, V., MALI, J., KODELE, T., GREBENC, V., ŠKERJANC, J., UREK, M. (2008) *Dolgotrajna oskrba: Očrt potreb in odgovorov nanje*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- FLAKER, V., NAGODE, M., RAFAELIČ, A., UDOVIČ, N. (2011), *Nastajanje dolgotrajne oskrbe: Ljudje in procesi – eksperiment in sistem*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- FRIEDLI, L. (2009), *Mental health, resilience and inequalities*. København: WHO Regional Office for Europe.
- FRIEDLI, L., OLIVER, C., TIDYMAN, M., WARD, G. (2007) *Mental health improvement: Evidence based messages to promote mental wellbeing*. Edinburgh: Health Scotland.
- FRIEDLI, L., PARSONAGE, M. (2007), *Building an economic case for mental health promotion*. Belfast: Northern Ireland Association for Mental Health.
- Globalni standardi izobraževanja in usposabljanja za socialno delo: Predlog etičnega kodeksa v socialnem delu* (2005). Ljubljana: Skupnost centrov za socialno delo, Fakulteta za socialno delo.
- GREBENC, V. (2006), Needs assessment in community: What communities can tell us. V: Flaker, V., Schmid, T. (ur.). *Von der Idee zur Forschungsarbeit: Forschen in Sozialarbeit und Sozialwissenschaft*. Dunaj: Böhlau Verlag (167–189).
- GREBENC, V., KVATERNIK, I., KODELE, T., RIHTER, L. (2010), *Pogovarjajmo se: Skupnostni pristop v šoli*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- HERMANN, H., SAXENA, S., MOODIE, R. (ur.) (2005), *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. Ženeva: Svetovna zdravstvena organizacija.
- HOSMAN, C., JANÉ-LLOPIS, E. (2005), The evidence of effective interventions for mental health promotion. V: Hermann, H., Saxena, S., Moodie, R. (ur.), *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. Ženeva: Svetovna zdravstvena organizacija.
- IFE, J. (2002), *Community development: Community based alternatives in an era of globalization*. French Forest, New South Wales: Pearson Education Australia (druga izdaja).
- JANÉ-LLOPIS, E., ANDERSON, P. (2006), *Mental health promotion and mental disorder prevention across European member states: A collection of country stories*. Luksemburg: European Communities. Dostopno na: http://www.gencat.net/salut/imhpa/Du32/html/en/dir1662/dd11714/country_stories.pdf (7. 10. 2012).
- JANÉ-LLOPIS, E., BARRY, M., HOSMAN, C., PATEL, V. (2005), The evidence of mental health promotion effectiveness: Strategies for action. *International Journal of Health*, priloga 2. Dostopno na: http://www.gencat.net/salut/imhpa/Du32/html/en/dir1663/Dd12975/iuhpe_special_edition_no2.pdf. (7. 10. 2012)
- KAMIN, T. (2006), *Zdravje na barikadah: Dileme promocije zdravja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Kodeks etičnih načel v socialnem varstvu* (2002). *Ur. l. RS*, št. 59/2002.
- Kodeks etike socialnih delavcev in delavcev Slovenije* (2010). Ljubljana: Društvo socialnih delavcev in delavcev.
- KOTLER, P., LEE, N. (2008), *Social marketing: Influencing behaviors for good*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- KOTLER, P., ROBERTO, N., LEE, N. (2002), *Social marketing: Improving the quality of life*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- KOTLER, P., ZALTMAN, G. (1971), Social marketing: An approach to planned social change. *Journal of Marketing*, 35, 3: 3–12.
- LAMOVEC, T. (1998), *Psihosocialna pomoč v duševni stiski*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- (2001), *Uporabniška iniciativa in država*. *Socialno delo*, 40, 1: 29–36.
- (2006), *Ko rešitev postane problem in zdravilo postane strup: Nove oblike skrbi za osebe v duševni krizi*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- LISTER-SHARP, D., CHAPMAN, S., STEWART-BROWN, S., SNOWDEN, A. (1999), Health promoting schools and health promotion in schools: Two systematic reviews. *Health Technology Assessment*, 22, 3: 1–207.

- MARMOT, M. (1999), The solid facts: The social determinants of health. *Health Promotion Journal of Australia*, 9, 2: 133–139.
- MCDAID, D. (2008), *Countering the stigmatisation and discrimination of people with mental health problems in Europe*. Dostopno na: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/stigma_paper_en.pdf (8. 10. 2012).
- MILOŠEVIČ ARNOLD, V., POŠTRAK, M. (2003), *Uvod v socialno delo*. Ljubljana: Študentska založba.
- Ottawska listina (1986), The Ottawa Charter for Health Promotion. *Health promotion international*, 1, 4: iii-v.
- PAPE, B., GALIPEAULT, J-P. (2002), Mental health promotion for people with mental illness: A discussion paper. Dostopno na: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/mh-sm/mhp02-psm02/index-eng.php> (7. 10. 2012).
- PRITCHARD, C. (2006), *Mental health social work: Evidence-based practice*. Abingdon, New York: Routledge.
- ReNPSV (2006), Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2006–2010. *Ur. l. RS*, št. 39/2006.
- NPZV (2008). Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013: Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev. *Ur. l. RS*, št. 72/2008.
- RODE, N., RIHTER, L., KOBAL TOMC, B. (2006), *Evalvacija programov v socialnem varstvu: Model in postopek izvedbe*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo, Inštitut RS za socialno varstvo.
- SINDALL, C. (2002), Does health promotion need a code of ethic?, *Health Promotion International*, 17, 3: 201–203.
- SKINNER, S. (1997), *Building community strengths: A resource book on capacity building*. London: Community Development Foundation.
- Svetovna zdravstvena organizacija (1997), *The Jakarta declaration on leading health promotion into the 21st century*. Ženeva: Svetovna zdravstvena organizacija.
- (2003), *The world health report 2003: Shaping the future*. Dostopno na: <http://www.who.int/whr/2003/en/index.html> (9. 10. 2012).
- (2004), *Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options*. Ženeva: Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht.
- TILFORD, S. (2006), *Mental health promotion: A lifespan approach*. Berkshire: Open University Press.
- TILFORD, S., DELANEY, F., VOGELS, M. (1997), *Effectiveness of mental health promotion interventions: A review*. London: Health Education Authority.
- UREK, M., RAMON, S. (2010), *Emilia: Empowerment of mental illness service users through lifelong learning integration and action. Final report on impact of mainstreaming gender and ethnicity*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- ZAVIRŠEK, D., ZORN, J., VIDEMŠEK, P. (2002), *Inovativne metode v socialnem delu: Opolnomočenje ljudi, ki potrebujejo podporo za samostojno življenje*. Ljubljana: Študentska založba, zbirka Scripta.
- ŽNIDAREC DEMŠAR, S. (2005), *Skupnostno socialno delo: Interno delovno študijsko gradivo za študente*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.