

Jane Shears, Shula Ramon

VRSTNIŠKE PODPORNE DELAVKE IN DELAVCI

KRITIČNA ANALIZA INOVACIJE V DUŠEVNEM ZDRAVJU

UVOD

Obstaja več kot ena sama soglasna opredelitev vrstniške podpore, vendar je vsem skupno dosledno pojmovanje tistih prvin, ki opredeljujejo koncept vrstniške podpore.

Te vključujejo vzajemnost, medsebojno pomoč, krepitev moči, samostojno obvladovanje stisk in okrevanje. Čeprav je vrstniška podpora precej raznovrstna, so si načini izvajanja podobni, denimo: podpora ena na ena bodisi z neposrednim osebnim svetovanjem bodisi s pomočjo tehnologije, vrstniške podporne skupine. Vrstniška podpora je lahko specifična glede na spol ali okoliščine, časovno omejena ali neomejena.

Dejavnosti vrstniške podpore so lahko osredinjene na samopomoč, vodeno ali spodbujano samopomoč, izobraževanje (strukturirano ali vzajemno podajanje znanja), socialno in čustveno podporo ter socialno vključevanje. Vrstniški podporniki so bodisi prostovoljci bodisi plačani delavci. Dejavnosti so v organizacijah, ki jih vodijo uporabniki, v organizacijah terciarnega sektorja ali v javnih službah. Dostopni so na spletu prek nadzorovane spletne strani z zunanjimi moderatorji ali preprosto prek lastne spletne strani. Zato ni presenetljivo, da različne opredelitve vrstniške podpore izražajo situacijski kontekst, v katerem poteka dejavnost.

V članku analiziramo koncept vrstniške podpore na področju zdravstvenega varstva, zlasti njen pomen na področju duševnega zdravja. Raziskuje napetosti, ki spremljajo inovativne vidike vrstniške podpore in vplivajo na oba akterja, osebo, ki prejema podporo, in vrstniškega pomočnika, hkrati pa spremlja

izzive vrstniške podpore v kontekstu neoliberalne ekonomije. Poleg tega se razprava osredotoča tudi na vprašanje položaja vrstniških pomočnikov kot plačanih delavcev.

VRSTNIŠKA PODPORA V SLUŽBAH DUŠEVNEGA ZDRAVJA

Vrstniška podpora kot pojem in dejavnost ima dolgo in pestro zgodovino. Prve primere takšne podpore zasledimo v službah za zdravljenje zasvojenosti, v izobraževanju, kazenskem pravosodju, zdravstveni oskrbi in v službah duševnega zdravja. White (2002) omenja društva za medsebojno pomoč pri okrevanju od zasvojenosti, ki segajo v 18. in 19. stoletje, in kot zgled navaja društva za okrevanje staroselskih Američanov, ki so temeljila na abstinenčnem gibanju. Leta 1845 je v Angliji kot vrstniška organizacija nastalo združenje za zagovorništvo Društvo prijateljev domnevnih blaznežev (*The Alleged Lunatics' Friend Society*); v njem je vsak član veljal za zagovornika tistih, ki naj bi bili blazni; člani združenja so bili nekdanji bolniki ali njihovi sorodniki (Hervey 1986). Leta 1935 je nastalo Društvo anonimnih alkoholikov kot podporna skupina pri okrevanju, ki je temeljila na vrstniški pomoči (White 2002). V Kanadi in ZDA se vrstniška podpora na področju izobraževanja razvija od šestdesetih let 20. stoletja in temelji na raziskavah, ki so pokazale, da se večina učencev opira na prijatelje kot vire pomoči (Carr 1978, Guerette 1981). Leta 1971 je nastalo Združenje psihiatričnih pacientov (*The Mental Patients Association*). Velja za

prvo službo v Kanadi, ki opravlja vrstniško podporo. V Združenem kraljestvu so leta 1981 ustanovili Združenje svojcev in skrbnikov (*The Association of Carers*), ki izvaja medsebojno podporo bodisi osebno, iz oči v oči, bodisi po telefonu ali prek spleta.

V zdravstvenem sektorju so Dennis *et al.* (2002) opravili naključno klinično raziskavo o učinkih vrstniške podpore na dojenje. Ugotovili so, da telefonsko svetovanje kot oblika vrstniške podpore skupaj s strokovnimi zdravstvenimi službami daje občutno boljše rezultate tako pri ohranjanju dojenja kot pri zadovoljstvu mater z izkušnjo dojenja. D'Souza in Garcia (2003) sta ugotovili, da je vrstniška podpora zlasti učinkovita pri ženskah iz družin z nižjimi dohodki, saj je povečala število doječih mater in podaljšala trajanje dojenja. Poleg tega so bile vrstniške prostovoljke koristne zlasti pri mediaciji med materami iz družin z nižjimi dohodki in zdravstvenim osebjem. Babigumira *et al.* (2006) so pregledali 48 raziskav o učinkih laičnih delavcev v zdravstvu na zdravje otrok in mater v tistih državah, ki imajo nižji ali srednji BDP. Ugotovili so, da je tam, kjer so zaposlovali laične delavce, precepljenost precej boljša, pa tudi manj otrok je umrlo zaradi najpogostejših bolezni.

Avstralska služba za podporo obolelim za rakom na dojki (*The Australian Breast Cancer Support Service – BCSS*) omogoča ženskam, ki so jim pred kratkim diagnosticirali bolezen, praktično in čustveno podporo vrstnic, ki okrevajo. Velika večina (85 %) žensk, ki je uporabila službo, bi jo zagotovo priporočila tudi drugim obolelim ženskam, 10 % pa jih meni, da bi jo verjetno priporočila (Dunn *et al.* 1999). Ugotovili so, da je bil za ženske takoj po operativnem posegu že kratek obisk vrstnice iz omenjene organizacije ključen, saj so takrat najbolj potrebovale informacije in podporo.

Smith *et al.* (2011) so raziskovali učinek vrstniške podpore pri ljudeh z diagnozo sladkorne bolezni tipa 2. Odkrili niso nobenih statistično pomembnih bioloških ali psihosocialnih razlik med bolniki, ki so imeli dostop do vrstniške podpore, in tistimi, ki ga niso imeli. Sklepali so, da si ljudje s slabšim nadzorom nad dejavniki tveganja morda pomagajo z alternativnimi modeli podpore.

Hildingh in Fridlund (2001) sta ugotovila, da ljudje s srčnim obolenjem, ki so obiskovali vrstniške podporne skupine, poročajo o večjem številu zdravstvenih težav v primerjavi s tistimi, ki jih niso obiskovali. Toda isti uporabniki vrstniške podpore hkrati poročajo tudi o manjši vpetosti v sisteme družbene podpore. Avtorja zato menita, da je socialni kontekst, v katerem poteka vrstniška podpora, lahko odločilen dejavnik pri dojemanju učinkov vrstniške podpore in da je podporna mreža prvi pogoj za dostop do vrstniške podpore. Nasprotno pa Helgeson *et al.* (2001) ugotavljajo, da ženskam z rakom na dojki, ki jim partnerji ne zagotavljajo čustvene podpore, bolj koristi vrstniška podporna skupina kot tistim, ki jih partnerji čustveno podpirajo. To pomeni, da vrstniške podporne skupine lahko odpravijo pomanjkljivosti neformalnih socialnih mrež.

Webel *et al.* (2010) so na področju z zdravjem povezanega vedanja pri odraslih preverili učinkovitost podpornih intervencij vrstnikov. Intervencije so opredelili kot

metodo poučevanja ali spodbujanja promocije zdravja, ki od ljudi zahteva, da članom svoje skupnosti prenašajo specifična sporočila o zdravju. (*Op. cit.*: 247.)

Ugotovili so pozitivno korelacijo med vrstniško podporo in promocijo vedanja, ki spodbuja zdravo življenje z večjo telesno dejavnostjo, zmanjševanjem kajenja in povečano uporabo kondomov. Kljub temu pa ugotovitve o učinkovitosti tovrstnih intervencij niso enopomenske na področju rednega jemanja predpisanih zdravil, zdravja žensk in dojenja. Sklepali so, da je »odmerek« (torej, model in čas trajanja) vrstniške intervencije morda tisti dejavnik, ki pripomore k spremembi vedenja.

Vrstniška podpora v službah duševnega zdravja ima v kvalitativnem pogledu drugačen izvor kot druge vrste vrstniške podpore. Ni posledica altruistične vzajemnosti, ki izvira iz dobrodelnega sektorja, temveč se je razvila kot nasprotje negativnim izkušnjam, med katere sodi tudi kršenje človekovih pravic v sistemu duševnega zdravja. Jedro vrstniške podpore v kontekstu duševnega zdravja je torej prav skupna negativna izkušnja.

V Združenem kraljestvu so leta 1986 ustanovili združenje *Survivors Speak Out* (Glas preživelih), da bi na državni ravni vzpostavili mrežo ljudi, ki menijo ne samo, da so bili deležni psihiatričnega zdravljenja, temveč da so sistem psihiatrične oskrbe pravzaprav *preživeli* (Walshe 2003). Uporabniki so bili kritični do služb duševnega zdravja in nezadovoljni z vidiki oskrbe, denimo s prisilnim zdravljenjem in poudarjanjem biomedicinskega modela obravnave duševne stiske (Wallcroft *et al.* 2003).

Združenje *Our Choices in Mental Health* (Naše izbire v duševnem zdravju) pa je ugotovilo, da številni uporabniki služb duševnega zdravja poročajo o negativnih izkušnjah s sistemom skupnostnih služb, v Združenem kraljestvu znanim pod krovnim imenom *Care programme approach*. Organizacijska kultura in strokovno nasprotovanje sta uporabnikom onemogočala celostno vključenost v lastno zdravljenje in obravnavo. Poročilo Urada za preprečevanje socialne izključenosti (ODPM 2004) je ugotovilo tudi, da pomembni vidiki življenja uporabnikov, ki sicer pripomorejo k dobremu počutju, denimo duhovnost, delovna terapija, prosti čas in izraževanje, zaradi nizkih pričakovanj zdravstvenega osebja do okrevanja uporabnikov niso bili vključeni v načrt obravnave zanje.

Kultura moči in represije v službah duševnega zdravja se je še naprej krepila s prevladujočima vlogama »strokovnjaka« in »pacienta«, pri tem pa je bila uporabniku »načeloma namenjena pasivna vloga prejemnika strokovnega znanja« (Morgan 2004: 98). Radikalnejši pristopi pa so poskušali dejavneje vključiti ljudi in jih zaradi izkušnje z duševno stisko priznati kot strokovnjake, ki lahko opredelijo lastno pot okrevanja (Repper, Perkins 2003). Poročilo z naslovom *The New Vision For Mental Health* (The Future Vision Coalition 2008) je začrtalo strategije razvojnega programa nacionalnih organizacij duševnega zdravja v Združenem kraljestvu in pokazalo, da je

nadzor nad podporo in intervencijo strokovnjakov in služb treba prenesti na posameznike, njihove družine in skupnosti. (*Ibid.*: 19).

Basset *et al.* (2010) z izrazom »strokovnjaki na podlagi osebne izkušnje« izražajo

prepričanje, da imajo uporabniki služb duševnega zdravja strokovno znanje in izkušnje, s katerimi lahko učinkovito pripomorejo k izboljšanju storitev na področju duševnega zdravja. Menijo, da je takšno znanje čedalje bolj sprejeto, kot kažejo tudi novejši primeri zaposlovanja vrstniških pomočnikov v službah duševnega zdravja. To pa osvetljuje nadaljnje vprašanje izvajanja vrstniške podpore v kontekstu duševnega zdravja, ki se razlikuje od siceršnje prakse vrstniške podpore v zdravstvenem sektorju. Vrstniška podpora v službah duševnega zdravja se namreč ne osredinja na bolezen ali diagnozo, temveč na medosebne odnose vrstnikov, ki lahko omogočijo lažje okrevanje v najširšem pomenu.

O'Hagan *et al.* (2010) menijo, da se vrstniška podpora v službah duševnega zdravja lahko osredini na praktične stvari, kot so nastanitev, hrana in prevoz. To pa ni mogoče v posebnih, od okoliščin odvisnih primerih vrstniške podpore. Prav to pa je model, ki bi ga lahko vključili tudi v porajajoče se modele javnega varstva duševnega zdravja s promocijo zdravja in dobrega počutja v širši skupnosti.

Kljub temu se večina vrstniških podpornih služb na področju duševnega zdravja osredinja na uporabnike specialističnih služb, denimo timov duševnega zdravja v skupnosti, psihiatrije, psihologije in bolnišničnih oddelkov. Vrstniški podporniki imajo vrsto vlog in nalog, ki krepijo vero in upanje: so vzorniki, mentorice, svetovalci za življenjski slog, učiteljice in zagovorniki. Vrstniški podporniki v nasprotju s pristopom, ki poudarja eno samo stvar in je sicer značilen za številne kvalificirane strokovnjake na področju duševnega zdravja, uporabljajo raznovrstno množico virov, znanj, spretnosti in izkušenj, ki so potrebni za sodelovanje in udeležbo v dejavnostih, ki spodbujajo okrevanje. Organizacija *Plan2Change* (Načrt za spremembo) iz *Craigmillarja* na Škotskem, denimo, omogoča vrstniško podporo ljudem, ki imajo hujše težave z duševnim zdravjem in s tem povezane probleme v življenju. Izvaja dejavnosti, ki so usmerjene k okrevanju, pri tem pa vrstniški podporniki z lastnimi izkušnjami drugim pomagajo pri okrevanju (McLean *et al.* 2008).

Hearing Voices (Slišimo glasove) je mreža s sedežem v Združenem kraljestvu in združuje

skupine za medsebojno pomoč. Glasove obravnava kot izraz težav v življenju in ne kot simptom, ki bi ga bilo treba odstraniti (www.hearing-voices.org). Izvirna raziskava in življenjsko delo Mariusa Romma in Sandre Escher (1993, Romme *et al.* 2011) ter prispevki številnih uporabnikov služb v več evropskih državah, tudi v Združenem kraljestvu (gl. Romme *et al.* 2011), imajo dva cilja: izboljšati razumevanje težav, ki jih izražajo glasovi, in podpirati strategije spopadanja s pogosto negativnimi sporočili glasov, ki osebo ovirajo v življenju. Organizacija je dober zgled tega, da je lahko vzajemna podporna mreža, ki v nasprotju s prevladujočimi koncepti v uveljavljeni psihiatriji temelji na alternativnem konceptualnem pristopu h glasovom, koristna in učinkovita.

NAČINI IZVAJANJA VRSTNIŠKE PODPORE V SLUŽBAH DUŠEVNEGA ZDRAVJA

Čeprav so v izvajanju vrstniške podpore precejšnje razlike, jo lahko razvrstimo v tri poglavitne tipe:

- samopomoč ali vzajemna pomoč,
- vrstniško vodene skupine in organizacije,
- vrstniška podpora ena na ena.

Skupine za samopomoč, denimo drop-in centri, bralni krožki, podporne skupine, skupna uporaba zelenih površin, npr. zelenjavnih vrtov, so najpogostejše oblike vrstniške podpore v službah duševnega zdravja. Faulkner in Basset (2010) med koristi skupin za samopomoč oz. medsebojno pomoč uvrščata tudi skupno identiteto in skupne spretnosti, premagovanje stigme in diskriminacije ter izboljšanje zdravja in dobrega počutja.

To trditev, ki ni omejena samo na področje duševnega zdravja, lahko razširimo na koncept časovne banke, ki je inovativen pristop v samopomoči in medsebojni pomoči.

Časovno bančništvo je inovativna oblika prostovoljstva, ki temelji na medsebojni podpori in je zelo učinkovit sistem spodbujanja aktivnega državljanstva, povečanja socialnega kapitala in socialne krepitve skupnosti. Časovne banke gradijo na sposobnosti ljudi in kažejo,

da vsak posameznik in vsaka posameznica v skupnosti lahko nekaj prispevata, tudi tisti, ki so morda prikrajšani zaradi zdravstvenih in socialnih dejavnikov.

Časovna banka meri in vrednoti vzajemno pomoč in spretnosti, ki jih ljudje lahko ponudijo drug drugemu. Ne gre za izmenjavo denarja – temeljni koncept namreč določa, da je čas vsakega posameznika enako ovrednoten: ena ura = 1 kreditna točka. Udeleženci se zavestno odločijo, da bodo postali člani časovnih bank. Svoj čas »naložijo« tako, da pomagajo in podpirajo druge ljudi, hkrati pa ga lahko »dvignejo«, ko sami potrebujejo pomoč. Ljudje si pomagajo z vsem mogočim, denimo z računalniškimi spretnostmi, popravili avtomobilov, obiski na domu, pri nakupovanju, prevozu in spremstvu na zdravstvene preglede, pri izpolnjevanju obrazcev, selitvi in premikanju pohištva.

Za časovno bančništvo so Knapp *et al.* (2010) ugotovili, da:

- priznava, da so ljudje bogastvo,
- drugače vrednoti smiselne dejavnosti,
- spodbuja vzajemnost,
- povečuje zaupanje, medsebojno spoštovanje,
- ustvarja socialne mreže in zmanjšuje izoliranost,
- povečuje socialni kapital,
- pozitivno vpliva na zdravje,
- omogoča socialno donosnost naložbe,
- ima ekonomske koristi – izračunana ekonomska vrednost znaša približno 1300 evrov na osebo.

Člani časovne banke poročajo o večjem občutku povezanosti in menijo, da pozitivno pripomorejo k socialni infrastrukturi skupnosti, ki ji pripadajo (Shears 2011). Na podlagi ocenjevalne lestvice kohezije (Antonovsky 1979) so imeli udeleženci občutek, da so bolj vključeni v svojo skupnost, in opazili so boljše zdravstvene rezultate.

Časovna banka je odlična, zbližuje skupnosti, ki si pomagajo, in ljudem omogoča, da opravijo delo.

Takšne, z empiričnimi dokazi podkrepljene evalvacije spodbudijo iniciative, kot so časovne banke, ki ne le pripomorejo k promociji duševnega zdravja in dobrega počutja z vidika javne

skrbi za zdravje, temveč tudi krepijo povezave med posameznikom in njegovo skupnostjo.

Uporabniško vodene organizacije in skupine so bolj formalne podpirne skupine za samopomoč. Munn-Giddings *et al.* (2009) predlagajo organizacijsko diferenciacijo med uporabniškimi in dobrodelnimi organizacijami, pri tem pa se zadnje ukvarjajo s človekoljubnim »dajanjem«, prve pa z medsebojno pomočjo, ki jo omogočajo skupne izkušnje. Basset *et al.* (2010: 14) menijo, da uporabniške skupine dajejo

občutek sprejetosti, solidarnosti, pripadnosti, prijateljstva, zmanjšujejo izoliranost, navdajajo z upanjem in navdihujejo, omogočajo učenje, povečujejo motivacijo in sposobnost za premagovanje problemov.

MacNeil in Mead (2005) menita, da je vrstniško učenje lahko ključna izkušnja pri okrevanju posameznika.

Novejša raziskava, ki jo je v Združenem kraljestvu izvedla Fundacija za duševno zdravje (Mental Health Foundation 2011), poroča o ugotovitvah skupnostnih tečajev za odrasle z blagimi ali zmernimi oblikami depresije in anksioznosti. Izvajalci tečajev so imeli sami izkušnjo duševne stiske.

Če je to doživel učitelj, se bolj odpreš, nihče te ne obsoja. Če obiščeš strokovnjake, se počutiš nekako: »Zaupam vam, saj ste strokovnjak, vendar ne veste, o čem govorite, saj tega niste doživeli.« To me je navdihovalo – če so zmogli oni, bom zmogel tudi jaz. (*Ibid.*: 37.)

Program Learn2b so zasnovali na treh osrednjih temah: dobro počutje, ustvarjalno izražanje in zdravo življenje. Ponudili so množico tečajev, denimo obvladovanje stresa (»Moja pot do dobrega počutja«), ustvarjalno pisanje (»Pisalo namesto tablet«) in jogo. Ljudje so se lahko v program vključili sami ali pa jih je napotilo primarno zdravstveno varstvo, denimo družinski zdravnik. Program so torej sestavljali elementi vrstniške samopomoči in bolj formalnega, organiziranega dostopa do vrstniškega učenja.

Fundacija za duševno zdravje (The Mental Health Foundation) je program samostojno

spremljala in ocenjevala v obdobju treh let. Podatke so zbirali pri ljudeh, ki so obiskovali tečaje Learn2b. Pri evalvaciji, ki je temeljila na kliničnih meritvah duševne stiske in poročilih o zadovoljstvu, je sodelovalo 256 ljudi. Udeleženci so se po koncu tečaja počutili bolje in so imeli blažje simptome depresije in anksioznosti kot pred začetkom.

Takšno izboljšanje so ohranili naslednjih 12 mesecev. Velika večina (94 %) udeležencev je dejala, da bi program priporočili svojemu prijatelju. Udeleženci so poročali tudi, da se po obiskovanju tečaja počutijo manj izolirane.

Najpomembneje je, da na tečaju začutiš, da nisi sam z določenim vedenjem in mislimi. To mi daje moč. (*Ibid.*: 33.)

Pridobili so nove spretnosti in te so jim pomagale pri okrevanju, zaradi neformalnega okolja skupnosti pa je bilo obiskovanje tečaja lažje. To je bila prednost v primerjavi z bolj formalnimi, kliničnimi okolji drugih služb. Nekateri udeleženci so se po koncu tečaja še naprej srečevali in tako razvili svoje lastne vrstniške podpirne skupine, temelječe na medsebojni pomoči.

Lepo je ohranjati stike z vsemi. Enkrat na mesec se dogovorimo za srečanje in se ga veselimo, saj lahko spremljamo razvoj, med seboj se spodbujamo. Ko vidiš, da se nekdo spreminja, te navda ponos. (*Ibid.*: 34.)

Fundacija za duševno zdravje je ocenila, da skupnostni učni programi za odrasle omogočajo preprosto in poceni pomoč pri zmanjševanju simptomov blagih in zmernih oblik depresije in anksioznosti. Takšno službo lahko pri nekaterih ljudeh uporabimo v primarnem zdravstvu kot alternativno obliko zdravljenja, namesto zdravil.

Oba primera kažeta, da se vrstniška podpora nenehno razvija in hkrati sproža vprašanja, ali vrstniški podporniki postajajo paraprofesionalno osebe. Pravzaprav obstaja vrsta izrazov za človeka z izkušnjo uporabnika služb, ki se zaposli v okviru sistema zdravstvenega ali socialnega varstva in izvaja vrstniško podporo. O'Hagan *et al.* (2010) takšne ljudi na podlagi strokovne literature poimenujejo:

- vrstniški podporni delavci,
- vrstniški oskrbovalci,
- potrošniki-oskrbovalci,
- vrstniški strokovnjaki.

Mead (2005) omenja izraz »namerna vrstniška podpora« (*intentional peer support*) za opis bolj formalne, plačljive vrstniške podpore v prevladujočih službah duševnega zdravja. Čeprav jezikoslovci in pooblaščenca služb na videz soglašajo z izrazom, pa je vprašanje plačanih vrstniških podpornikov v službah duševnega zdravja veliko bolj kočljivo. Še vedno namreč velja prepričanje, da mora njihova vloga zvesto slediti konceptom, prizadevanjem in vrednotam, ki so v samem jedru vrstniške podpore.

Mead in MacNeil (2004) opozarjata, da bi prizadevanja za zakonsko ureditev vrstniške podpore slednjo lahko oddaljila od njenih temeljnih vrednot. Menita, da funkcija vrstniškega podpornika, ki je zaposlen v sistemu duševnega zdravja, v katerem prevladuje medicinski model, povzroča napetosti, saj oporeka temeljnim načelom vrstniške podpore.

Basset *et al.* (2010: 12) pa menijo, da se načela vrstniške podpore

lahko izgubijo, če vrstniško podporo izvaja mainstreamovska/javna služba duševnega zdravja

in da mora vrstniška podpora ohranjati tesne povezave s prostovoljskim sektorjem in skupinami, ki jih vodijo uporabniki. Zato je razprava o organizacijskem izvajanju dejavnosti vrstniške podpore precej polarizirana med, na eni strani, najčistejšimi modeli samopomoči v terciarnem sektorju in, na drugi strani, zaposlenimi vrstniškimi podporniki v javnih službah duševnega zdravja.

Kljub temu pa v Združenem kraljestvu samo 10 odstotkov ljudi s težavami z duševnim zdravjem obravnavajo prevladujoče, javne službe duševnega zdravja. Drugih 90 odstotkov ljudi s težavami z duševnim zdravjem dostopa do oskrbe in zdravljenja prek družinskega zdravnika v primarnem zdravstvu. Svetovna zdravstvena organizacija (2008: 1) meni, da

je vključevanje služb duševnega zdravja v primarno zdravstvo najbolj smiseln način

zapiranja vrzeli v obravnavi, saj zagotavlja, da ljudje dobijo takšno oskrbo v duševnem zdravju, kot jo potrebujejo, [in da] celostna obravnava ne bo zagotovljena, dokler ne bo duševno zdravje del primarnega zdravstva.

V strokovni literaturi, ki ponuja in raziskuje koncept vrstniške podpore v službah primarnega zdravstvenega varstva za tiste ljudi, ki imajo izkušnjo s težavami z duševnim zdravjem, je vrzel. Prav to je sredina kontinuuma, ki je izhodišče za alternativno in inovativno možnost.

Tim za vrstniško podporo, ki deluje v nekem okraju v Angliji, ljudem omogoča, da spregovorijo o svojih izkušnjah, in jih podpira pri okrevanju. Služba sprejema uporabnike, ki jih napotijo posamezniki, prav tako pa tudi tiste, ki jih napotijo družinski zdravniki ali ljudje, ki delajo v primarnem zdravstvu. Anketa o zadovoljstvu (Berry 2011) je pokazala, da:

- 95 odstotkov ljudi, ki so imeli dostop do vrstniške podpore, meni, da se je njihov položaj izboljšal:

Bila je dobra in zaradi nje sem stvari, zaradi katerih sem bila anksiozna, zagledala v drugi luči. Čutim, da je pred mano prihodnost in prepričana sem, da bom napredovala.

- 97 odstotkov uporabnikov je bilo zadovoljnih z vrstniško podporo:

Resnično mi je koristilo, da sem se lahko pogovarjala z osebo, ki ima izkušnjo z anksioznostjo. Pomaga že dejstvo, da te nekdo popolnoma razume, da nisi sam in da lahko okrevaš.

- 99 odstotkov ljudi je menilo, da so z vrstniško podporo pridobili informacije o tem, kako naj izboljšajo svoj položaj:

Dobil sem goro informacij in jih odnesel domov, da bi jih prebral. Podpornik mi je vse pojasnil in mi pri tem pomagal. Dobil sem toliko podpore!

- 100 odstotkov ljudi je prepričanih, da jih je vrstniški podpornik poslušal:

Dobro je vedeti, da je nekdo pripravljen slišati, kako se počutiš, namesto da si samo deležen negativnih komentarjev družine in prijateljev.

Kljub različnim oblikam vrstniške podpore in interpretacijam, kaj jo sestavlja, strokovna literatura soglaša glede usposabljanja vrstniških pomočnikov, saj naj bi izvajali tisti model vrstniške podpore, ki so ga bili deležni tudi sami.

USPOSABLJANJE ZA VRSTNIŠKO PODORO

Usposabljanje ima pomembno vlogo pri pripravi ljudi z izkušnjo duševne bolezni ali stiske, ki še niso delali na področju duševnega zdravja.

Takšno usposabljanje se osredotoča na vrednote, odnos, znanje in spretnosti, ki spremljajo spremembo identitete od uporabnika služb do delavca in omogočajo sobivanje več identitet. Za nekatere ljudi je premik bolj postopen, za druge morda manj in zahteva več truda. Prav tako je pomemben čas, ki je pretekel od zadnje zaposlitve, saj določa, kako lahek oz. naporen bo proces spreminjanja, prav tako pa je pomembna tudi primerjava med tistim, kar so že naredili, in tistim, česar se bodo lotili. Pomembno je tudi, ali je posameznik prej že delal kot prostovoljec ali ne, saj vpliva na to, ali bo premik k plačanemu delu vrstniškega podpornika zanj velik korak ali ne.

Veliko služb v Združenem kraljestvu izvaja usposabljanje, ki ga je v obliki načrta razvila organizacija Recovery Innovations Inc. iz Phoenixa. Cambridgeshire and Peterborough Partnership Foundation Trust je celo povabil ameriške učitelje, da so izpeljali prva dva programa usposabljanja, ki sta vključevala usposabljanje manjše skupine ljudi.

Usposabljanje je dvakrat na teden v obdobju štirih mesecev izvajal uporabnik-trener, program pa je vključeval razmeroma malo teoretskega in veliko čustvenega dela, tega pa je dopolnjevala praksa v določeni ustanovi. Temu je sledila nekakšna pripravniška zaposlitev znotraj službe pod mentorstvom.

Med usposabljanjem so se ukvarjali z vprašanji:

- katere izkušnje jim pomagajo podpirati druge uporabnike, ki prav zdaj doživljajo krizo ali so jo pravkar doživeli,

- vrsta podpore, ki jo ljudje morda potrebujejo, in vrsta podpore, ki jo vrstniški podporniki lahko izvajajo, v primerjavi z delom, ki ga opravljajo strokovnjaki in neformalni skrbniki,
- poznavanje zakonodaje,
- struktura služb,
- kaj opravlja posamezna strokovna služba,
- poudarek na delu, ki ga bodo opravljali vrstniški podporni delavci.

Poglavitne metode poučevanja so bile interaktivne učne metode, denimo igranje vlog, pisanje krajših člankov in zapisov. Udeležence so spodbujali pri iskanju novih informacij, te pa so posredovali drugim sodelujočim na tečaju.

Prav tako so spoznavali, kako naj predstavijo svoje izkušnje, katerih vidikov naj ne poudarjajo, naj sebe ne prikazujejo za zgled, ki bi mu drugi morali slediti, in naj ne posegajo v psihiatrično zdravljenje.

Pri usposabljanju so bila najpomembnejša vprašanja, kako podpreti ljudi s podobno izkušnjo duševne bolezni in stiske (ki je pogosto negativna) in hkrati vzpostaviti enakovredno partnerstvo, kako jih zagovarjati pred izvajalci strokovnih služb, kako izkoristiti vzajemne prvine odnosa, kako tvegati v pozitivnem smislu in kako uporabljati jezik kot orodje za izražanje spoštovanja in demistifikacije.

Čeprav je Cambridge and Peterborough Partnership Foundation Trust edina britanska organizacija, ki sprejema trenerje podjetja Recovery Innovations, pa nekaj drugih izvajalcev služb na področju duševnega zdravja sledi temu pristopu in razvija svoje programe usposabljanja, ki temeljijo na enakih načelih (Nottingham, Hertfordshire, Fife). Drugod po Združenem kraljestvu se je usposabljanje vrstniških podpornikov razširilo na delo v službah primarnega zdravstvenega varstva in je namenjeno ljudem, ki imajo pogoste težave z duševnim zdravjem, kot so anksioznost, depresija in travma.

Mary Ellen Copeland (1997) je razvila pristop z imenom WRAP (kratica za *Wellness Recovery Action Plan* – Akcijski načrt za dobro počutje in okrevanje). Z njim usposablja ljudi, da njeno metodo uporabljajo v svojem življenju in pri izvajanju podpore. V Združenem kraljestvu se je tako usposobilo precej ljudi, nekatere službe

duševnega zdravja pa usposabljaajo uporabnike tudi za delo v ustanovi izvajalki programa in jih za te potrebe tudi zaposlujejo (Evans, Salut 2011) (Hampshire, Devon). Program WRAP je bolj specifičen kot delo, ki ga izvajajo vrstniški podporni delavci po modelu podjetja Recovery Innovations Inc., ki je sicer tesneje povezan z načrtovanjem skrbstva (*UK care programme approach*). V tem modelu je mogoče program WRAP uporabiti kot orodje za načrtovanje. Program WRAP usposablja posameznika za vodjo načrtovanja skrbi, čeprav je to sicer delno odvisno tudi od podpore, ki jo ima oziroma bi jo želel imeti, ponuja pa natančno premišljena orodja za uresničevanje in revizijo individualnega načrta. To lahko vključuje tudi vnaprejšnja navodila za primer krize, v katerih uporabniki določijo, kako želijo, da se obvladajo morebitne prihodnje krize ali ponovni izbruh bolezni.

Ley, Roberts in Willis (2010) so poročali o izkušnjah udeležencev usposabljanja za izvajanje načrtne vrstniške podpore. Ugotovili so, da je nenehna podpora po koncu usposabljanja ključni dejavnik, ki zagotavlja vzdržljivost modela. Shema iz Cambridgea in Peterborougha prav zdaj (november 2011) preverja zunanji raziskovalni tim. Osredotoča se na rezultate udeležencev usposabljanja in na rezultate uporabnikov tistih služb, s katerimi delajo. Za zdaj je uporaba v praksi edina evalvacija, ki jo imamo.

UČINKOVITOST VRSTNIŠKE PODPORE NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA

Z omenjenimi zgledi iz prakse smo sicer pokazali učinkovitost različnih vrst vrstniške podpore, vendar bo v zdajšnjem gospodarskem položaju treba premisliti, kako bomo z vrstniško podporo pokazali tudi ekonomski in socialni donos investicije.

Podjetje Recovery Innovations Inc. je občutno skrajšalo hospitalizacijo ljudi v duševni stiski, prav tako pa tudi zmanjšalo uporabo privezovanja, ko je večina delavcev postala vrstniških podpornih delavcev. To prepričljivo govori o učinkih represije, ki jo lahko doživljajo uporabniki običajnih služb duševnega zdravja, v katerih so zaposleni strokovnjaki.

Basset *et al.* (2010) so poročali o tem, da je vrstniška podpora, ki je bila usmerjena k zgodnejšim odpustom iz bolnišnice, prihranila 300 postelj v treh mesecih (Lawn *et al.* 2008) in da so bile ponovne hospitalizacije redkejšje pri tistih ljudeh, ki so bili deležni vrstniške podpore (Min *et al.* 2007).

V Združenem kraljestvu za zdaj ne načrtujejo tovrstnih sprememb, čeprav nameravajo precej povečati število vrstniških podpornih delavk in delavcev, ki bodo dejavni v organizacijah, ki so prevzele novi način dela. Izvajanje načrtov usmerja Center za duševno zdravje v Sainsburyju (*Sainsbury Centre for Mental Health*), dobrodelna organizacija, ki se je pri uveljavljanju politik okrevanja v britanski praksi duševnega zdravja ukvarjala tudi s politikami, usposabljanjem in raziskovanjem (Shepherd *et al.* 2008).

Treba je upoštevati razlike med sistemoma duševnega zdravja v ZDA in Združenem kraljestvu, da bi dobili jasen odgovor na vprašanje, kaj pričakovati od vrstniških podpornih delavk in delavcev v Združenem kraljestvu. Ameriška organizacija je zasebna profitna organizacija, ki v celoti obvladuje svojo politiko, tudi najemanje in odpuščanje osebja, v Združenem kraljestvu pa mora javno zdravstveno varstvo spoštovati veliko bolj zapleteno delovno zakonodajo in predpise.

Ni jasno, ali so v institucijah primarnega zdravstvenega varstva v Združenem kraljestvu premislili, kaj želijo doseči z zaposlovanjem vrstniških podpornih delavk in delavcev, če odmislimo, da želijo z vključevanjem uporabnikov spremeniti obstoječe službe in povečati zadovoljstvo uporabnikov, omogočati možnosti zaposlovanja nekaterim uporabnikom in preizkusiti, kaj lahko uporabniki izvajajo ob spremstvu kvalificiranih strokovnjakov, hkrati pa novo skupino zaposlenih plačujejo precej manj kot izvajalce strokovnih služb. Za zdaj ne kaže, da bi institucije duševnega zdravja, ki usposabljaajo vrstniške podporne delavke in delavce, želele bolj korenito poseči v obstoječi sistem in v sicer precejšnje opiranje na kvalificirane strokovnjake, njihovo znanje, spretnosti in vrednote.

Večina vrstniških pomočnikov v Združenem kraljestvu dela honorarno, po navadi do 18 ur

na teden, torej polovico ur, ki jih sicer opravlja večina osebja. Ta pogoj morda temelji na predpostavki, da gre za eksperimentalno shemo, na dejstvu, da so vrstniške podpirne delavke in delavci hkrati tudi pacientke in pacienti istega sistema in da je morda bolj priporočljiva začetna uveljavitev honorarne zaposlitve glede na omejene finančne vire britanskega sistema duševnega zdravja in drugih sekundarnih zdravstvenih podsistemov.

POSEBNE PRVINE VRSTNIŠKE PODPORE

Eden od temeljnih, ključnih elementov vrstniške podpore je koncept vzajemnosti. Načelo vzajemnosti v vrstniški podpori temelji na teoriji socialne primerjave. Teorija socialne primerjave podpira koncept vzajemne identifikacije in zagovarja, da občutek domačnosti in prepričanje v dobro poznavanje položaja skupaj s podobnimi skupnimi izkušnjami v odnosu vrstniške podpore vodijo k boljšemu skupnemu razumevanju izkušnje.

Ko sem govorila o tem, kaj me obremenjuje, me je poslušal nekdo, ki je vedel, o čem govorim, in me je razumel.

Dojenje je dober primer za to, da spol, demografski položaj in izkušnja poroda že sami po sebi zagotavljajo boljše razumevanje.

Na področju duševnega zdravja takšna podpora odgovarja na številna vprašanja, ki niso povezana z dojenjem. Izkušnjo duševne bolezni pogosto spremlja travma, saj oseba ne more nadzirati svojega sveta, izgubi sposobnost za pravilno presojo situacije, trpi in doživlja stigo. V takšnih okoliščinah sorodna izkušnja nekoga, ki je ne samo doživel podobne izkušnje, temveč je znova oblikoval svojo identiteto in življenje, pomeni žarek upanja, solidarnost in optimizem. Vrstniški podporniki so ne le rama, na katero se lahko naslonimo in na njej jokamo, temveč tudi ljudje, s katerim lahko preverimo naše lastne domneve in prepričanja.

[Vrstniška pomočnica] je zelo realistična in ob njej sem se počutila normalno, ne kot zmešanka, razumela je, kako se počutim, saj je sama doživela enako.

Mreža Hearing Voices je pokazala, kako pomembni so člani, ki drug pri drugem potrjujejo prepričanja o glasovih, ki jih slišijo (Romme *et al.* 2011).

Poleg tega pa zaradi strahov, ki se nanašajo na morebitna tveganja pri izkušnji duševne bolezni, denimo samopoškodovanje in poškodovanje drugih, usposabljanje ljudi z izkušnjo duševne stiske za delo v duševnem zdravju ob hkratni uporabi služb pomeni korenit odkmik od preteklosti.

VRSTNIŠKA PODPORA – ODPRTA VPRAŠANJA

V Združenem kraljestvu potekajo trije sočasni in vzporedni procesi, ki vplivajo na vrstniško podporo. Prvi je usmerjanje zdravstvene in socialne politike k službam, ki se osredinjajo na okrevanje. To bo na uporabnike služb preneslo več odgovornosti in možnosti izbire, da bodo lahko sami koordinirali svojo oskrbo in obravnavo. Podpora, ki jo usmerjajo uporabniki sami, in osebna zdravstvena sredstva sta pobudi, ki se uveljavljata v praksi.

Drugi proces je čedalje večje zavedanje o povečevanju pogostosti duševne stiske. Duševne motnje pomenijo 13 % bolezni na svetovni ravni, delež pa se bo do leta 2030 povečal na 15 %. Že samo depresija bo po pričakovanjih na drugem mestu bolezni, ki bodo pripomogle k povečanju bolezni na svetovni ravni (Svetovna zdravstvena organizacija 2009). Poleg tega pa se povečuje tudi zavest prevladujočih služb, da ljudje z izkušnjo duševne stiske bolje razumejo, kaj jim pomaga okrevati na individualni poti okrevanja.

Tretji proces pa je spreminjanje v bolj neoliberalno državo, v kateri pričakujemo, da bo imel britanski nacionalni sistem zdravstvenega varstva čedalje manj sredstev na voljo. Vrstniški podporni delavci in delavke zaslužijo manj kot kvalificirani strokovnjaki in strokovnjakinje na področju javnega duševnega zdravja, zato so privlačna možnost za obubožane institucije duševnega zdravja.

To povzroča veliko morebitnih dvoumnosti glede vloge plačanega vrstniškega podpornika, o kateri doslej nismo razpravljali. Prvo

vprašanje je vprašanje statusa. Vrstniški podporniki in podpornice namreč tvegajo, da jim bo dana manjša vloga v britanskem sistemu duševnega zdravja, ki bo glas uporabnika/uporabnice še naprej potiskal na obrobje.

Drugič, vrstniški podporniki/podpornice delajo nekje »vmes«, med uporabniki/uporabnicami in kvalificiranimi strokovnjaki/strokovnjakinjami. Koliko smejo in morajo reševati mejna vprašanja med sočutjem in podpornim pristopom v izkušnji, ki je skupna obema, vrstniški podpornici in uporabnici, medtem ko morajo hkrati izpolnjevati zahteve, ki jim jih nalaga njihov položaj zaposlenih v birokratskem organizacijskem okviru? Kako naj določajo meje v interakcijah s kvalificiranimi strokovnjaki(njami), ki so zvesti svojim strokovnim telesom, kakršnih vrstniški podporniki in podpornice nimajo?

Tretje vprašanje pa se nanaša na vzajemno izključevanje, pri katerem model vrstniške podpore ne upošteva dejstva, da so številni strokovnjaki/strokovnjakinje na področju duševnega zdravja bili in so še vedno tudi uporabniki/uporabnice služb. Strokovnjaki po navadi dobijo sporočilo, naj to dejstvo v interakciji z uporabniki odrinejo, namesto da bi ga izkoristili v svoj prid, kot to velja za vrstniške podpornike. To sporno in hinavsko pozicijo služb duševnega zdravja je treba razjasniti.

Četrtič, čeprav se vrstniške podporne delavke in delavci usposablajo za to, da bodo zavzeli jasno stališče, če bodo videli, da strokovnjaki v timu stigmatizirajo, pa se hkrati od njih pričakuje, da se bodo vzdržali intervencij, ki zadevajo psihiatrično zdravljenje. Glede na to, da ima takšno zdravljenje osrednjo vlogo, saj je najpogostejša vrsta intervencije, ta položaj sproža vprašanja o učinkovitosti vrstniških podpornikov in podpornic na višji ravni.

Ostaja torej veliko odprtih vprašanj: ali naj vrstniški podporni delavci in delavke postanejo dobrodelni pomočniki/pomočnice, zagovorniki/zagovornice in paraprofesionalno osebje, ki je slabše plačano in je kot intervencijska služba deležno manj spoštovanja v primerjavi z usposobljeni strokovnjaki, ali pa bodo postali nova delovna sila na področju duševnega zdravja, ki bo izvajala specialistično intervencijo?

Vsaka možnost ima svoje prednosti, pa tudi precejšnje pomanjkljivosti.

Upamo, da bomo z razvijanjem vrstniških podpornih delavk in delavcev kot stalnice služb duševnega zdravja lahko s službami, ki izvajajo vrstniško podporo, pomagali soustvarjati izhodišča, ki bodo vključevala tudi njihovo enkratno perspektivo. Morda je zasluga tega novega vpliva, da tudi drugi izvajalci služb začenjajo dvomiti o pretirani medikalizaciji izkušnje ljudi. Naj bo tako ali drugače, pomembno je, da v prizadevanjih za »zakonsko ureditev« vrstniške podpore ne izgubimo vpogleda v pravo vrstniško podporo.

Nova možnost torej ponuja veliko priložnosti v prihodnjem razvoju. Zasluži si ustrezno ovrednotenje, da bi se lahko vsi kaj naučili.

Prevedla: Mateja Petan

VIRI

- ANTONOVSKY, A. (1979), *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- BABIGUMIRA, L., BOSCH-CAPLANCH, X., AJA, G., VAN WYK, B., GLENTON, C., SCHEEL, I., ZWARENSTEIN, M., DANIELS, K. (2006), *Lay health workers in primary and community health care: A systematic review of trials*. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine. Dostopno na: http://www.who.int/rpc/meetings/LHW_review2.pdf (29. 2. 2012).
- BASSET, T., FAULKNER, A., REPPER, J., STAMOU, E. (2010), *Lived experience leading the way: Peer support in mental health*. Dostopno na: <http://www.together-org.uk> (9. 8. 2011).
- BERRY, A. (2011), *Peer Support in Primary Care*. Neobjavljeno (doktorska disertacija).
- CARR, R. (1978), *The state of school counselling in British Columbia*. Vancouver: Education Research Institute of British Columbia.
- COPELAND, M. E. (1997), *Wellness recovery action plan*. Dostopno na: <http://www.copelandcenter.com> (21. 11. 2011).
- DENNIS, C-L., HODNETT, E., GALLOP, R., CHALMERS, B. (2002), The effect of peer support on breast feeding duration among primiparous women – a randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal*, 166: 21–28.
- DUNN, J., STEGINGA, S. K., OCCHIPINTI, S., WILSON, K. (1999), Evaluation of peer support in breast

- cancer. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 9: 13–22.
- D'SOUZA, L., GARCIA, J. (2003), *Limiting the impact of poverty and disadvantage on the health and wellbeing of low-income pregnant women, new mothers and their babies: Results of a scoping exercise*. Dostopno na: http://www.npeu.ox.ac.uk/inequalities/inequalities_downloads/scoping_exercise_report_E.pdf (12. 9. 2011).
- EVANS, B., SALUT, K. (2011), Wellness recovery action plan. V: Ryan, P., Ramon, S., Greacen, T. (ur.), *Empowerment, lifelong learning and recovery in mental health*. Basingstoke: Palgrave MacMillan (33–38).
- FAULKNER, A., BASSET, T. (2010), *A helping hand: Consultations with service users about peer support*. Dostopno na: <http://www.together-uk.org> (6. 9. 2011).
- GUERETTE, J. L. (1981), Needs or more personal counseling in schools. Ottawa: Paper presented at the Seventh National Consultation on Vocational Counselling. V: The Mental Health Foundation (2002), *A guide to setting up a peer listening project in educational settings*. London: The Mental Health Foundation.
- HELGESON, V. S., COHEN, S., SCHULZ, R., YASKO, J. (2001), Long-term effects of educational and peer discussion group support interventions on adjustment to breast cancer. *Health Psychology*, 20: 387–392.
- HERVEY, N. (1986), Advocacy or folly: The Alleged Lunatics' Friend Society, 1845–63. *Med Hist.*, 30, 3: 245–275.
- HILDINGH, C., FRIDLUND, B. (2001), Patient participation in peer support groups after a cardiac event. *British Journal of Nursing*, 10 (8. nov. 2001): 1357–1363.
- KNAPP, M., BAUER, A., PERKINS, M., SNELL, T. (2010), Building community capacity: Making an economic case. Dostopno na: <http://www.pssru.ac.uk/pdf/dp2772.pdf> (5. 9. 2011).
- LAWN, S., SMITH, A., HUNTER, K. (2008), Mental health peer support for hospital avoidance and early discharge: An Australian example of consumer driven and operated service. *Journal of Mental Health*, 17, 5: 498–508.
- LEY, A., ROBERTS, G., WILLIS, D. (2010), How to support peer support: Evaluating the first steps in a healthcare community. *Journal of Public Mental Health*, 9, 1: 16–25.
- MACNEIL, C., MEAD, S. (2005), *Peer support: A systemic approach*. Dostopno na: www.mentalhealth-peers.com/pdfs/PeerSupportSystemicApproach.pdf (14. 8. 2011).
- MCLEAN, J., SCHINKEL, M., STEVENSON, R. (2008), *Plan2Change: Evaluation final report*. Edinburgh: Scottish Development Centre for Mental Health.
- MEAD, S. (2005), *Intentional peer support: An alternative approach*. Plainfield, NH: Sherry Mead Consulting.
- MEAD, S., MACNEIL, C. (2004), Peer support: What makes it unique? Dostopno na: <http://www.gmhcn.org/files/PerrSupportUnique.pdf> (8. 8. 2011).
- Mental Health Foundation (2011), *Learning for Life*. Dostopno na: <http://www.mentalhealth.org.uk/publications/learning-for-life> (6. 5. 2011).
- MIN, S., WHITECRAFT, J., ROTHBAND, A. B., SALZER, M. S. (2007), Peer support for persons with co-occurring disorders and community tenure: A survival analysis. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30, 3: 207–213.
- MORGAN, S. (2004), The foundations of creative collaboration. V: Ryan, P., Morgan, S. (2004), *Assertive outreach: A Strengths approach to policy and practice*. London: Churchill Livingstone.
- MUNN-GIDDINGS, C., BOYCE, M., SMITH, L., CAMPBELL, S. (2009), The innovative role for user-led organisations. *A Life in the Day*, 13, 3: 14–20.
- O'HAGAN, M., CYR, C., MCKEE, H., PRIEST, R. (2010), *The case for peer support: Report to the Commission of Canada Mental Health Peer Support Project Committee*. Dostopno na: <http://www.mentalhealthcommission.ca/SiteCollectionDocuments/Peer%20Support/Service%20Systems%20AC%20-%20Peer%20support%20report%20EN.pdf> (9. 8. 2011).
- ODPM (2004), Office of the deputy prime minister, *Mental Health and Social Exclusion* (poročilo Enote za preprečevanje socialne izključenosti).
- REPPER, J., PERKINS, R. (2003), *Social inclusion and recovery*. London: Balliere Tindall.
- ROMME, M., ESCHER, S. (1993), *Accepting voices*. London: Mind Publications.
- ROMME, M., ESCHER, S., DILLON, J., CORSTENS, D., MORRIS, M. (ur.) (2011), *Living with voices: 50 stories of recovery*. Roos-on-Wye: PCCC Books.
- SHEARS, J. (2011), Time banks: Social approaches to community cohesion. Predstavljeno na konferenci ENSACT v Bruslju 2011.
- SHEPHERD, G., BOARDMAN, J., SLADE, M. (2008), *Making recovery a reality*. London: Sainsbury Centre for Mental Health.

SMITH, S., PAUL, G., WHITFORD, D., O'SHEA, E., O'DOWD, T. (2011), Peer support for patients with type 2 diabetes: Cluster randomised controlled trial. Dostopno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3039437/> (9. 8. 2011).

Svetovna zdravstvena organizacija (2008), *Integrating mental health in primary care: A global perspective*. Dostopno na: http://www.who.int/mental_health/en (10. 10. 2011).

- (2009), *Improving health systems and services for mental health*. Dostopno na: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598774_eng.pdf (30. 10. 2011).

The Future Vision Coalition (2008), *A New Vision for Mental Health: A discussion paper*. The Future Vision Coalition. Dostopno na: <http://www.newvisionformentalhealth.org.uk/report.html> (20. 2. 2012).

WALLCROFT, J., READ, J., SWEENEY, A. (2003), *On our own terms*. London: The Sainsbury Centre for Mental Health.

WALSHE, K. (2003), *Inquiries: Learning from failure in the NHS?*. London: The Nuffield Trust.

WEBEL, A., OKONSKY, J., TROMPETA, J., HOLZEMER, W. (2010), A systematic review of the effectiveness of peer-based interventions on health-related behaviours in adults. *American Journal of Public Health*, 100, 2: 247-253.

WHITE, W. (2002), *An addiction recovery glossary: The languages of American communities of recovery*. Dostopno na: <http://www.bhrm.org> in <http://www.efavor.org> (12. 9. 2011).

na znanstvenike in laike. Kontakt: Cité des métiers de la Villette, 30 avenue Corentin Cariou, 75019 Paris, France.

Dr. Luigi Flora dela na področju izobraževanja v okviru zdravstvenega sistema in razvija programe za samooskrbo na Univerzi Pariz 8. Kontakt: Université Paris 8, 2 rue de la Liberté, 93526 Saint-Denis cedex, France.

Jane Shears, Shula Ramon

VRSTNIŠKE PODPORNE DELAVKE IN DELAVCI

KRITIČNA ANALIZA INOVACIJE V DUŠEVNEM ZDRAVJU

Pri vrstniški podpori v službah duševnega zdravja je pomembna skupna osebna izkušnja duševne stiske uporabnika/uporabnice in njegovega podpornika/njene podpornice. Gre za inovativen, nov način dela, ki na podlagi empiričnih dokazov postaja del služb zdravstvenega in socialnega varstva v Združenem kraljestvu. Avtorici obravnavata začetke vrstniške podpore v službah duševnega zdravja in na podlagi primerov pokazuje, kako se je začela razlikovati od splošnih služb zdravstvenega varstva. Opišeta načine in izvajanje vrstniške podpore ter pokazuje različne situacijske kontekste, v katerih poteka ta dejavnost. Poseben poudarek je na potrebi po usposabljanju vrstniških podpornikov in podpornic. Avtorici raziščeta obstoječe, a nezadostne podatke o intervencijah in ekonomičnosti. Članek sklence razprava o odprtih vprašanjih, ki jih sproža koncept vrstniške podpore.

KLJUČNE BESEDE: vrstniška podpora, medsebojna pomoč, samopomoč, vrstniško vodene skupine, usposabljanje za vrstniško podporo.

Dr. Jane Shears je socialna delavka na področju duševnega zdravja. Raziskuje razvijanje služb, socialno vključevanje in okrevanje. Kontakt: jane@changingmindsenterprisecic.co.uk.

Redna profesorica dr. Shula Ramon je klinična psihologinja in socialna delavka, uveljavljena strokovnjakinja na mednarodnem področju. Raziskuje in uvaja nove pristope dela v službah duševnega zdravja. Kontakt: s.ramon@herts.ac.uk.

Petra Videmšek

UPORABNIŠKO RAZISKOVANJE KOT PRODUKCIJA ZNANJA

Raziskovanje je bilo še pred kratkim rezervirano za strokovnjake, a ne za tiste, ki imajo znanje na podlagi osebnih izkušenj (na področju duševnega zdravja, hendikepirani ljudje, osebe iz etničnih manjšin ipd.), temveč predvsem za akademike, ki poznajo metodologijo raziskovanja in metode dela. Članek temelji na pregledu literature in raziskav na področju vključevanja ljudi z osebnimi izkušnjami duševne stiske v raziskovanje v vlogi raziskovalcev. Pokaže, da se z vključevanjem uporabnikov v raziskovanje v vlogi raziskovalcev v stroki socialnega dela sproži pomembno vprašanje konstrukcije vednosti, ki je bila vrsto let »last« tistih, ki so imeli moč odločanja. Glas pomembnih drugih (strokovnih delavcev, svojcev) je v nasprotju z resnico uporabnikov veljal za verodostojnega, vednost pomembnih drugih pa je veljala za resnico o doživljanju uporabnikov. Na to kažejo številna tuja in domača dela, ki odkrivajo znanja in izkušnje uporabnikov. Na podlagi vključevanja ljudi z osebnimi izkušnjami težav z duševnim zdravjem v vlogi raziskovalcev se socialno delo odmakne od zgolj izvrševalca dolžnosti k širšemu družbenemu okvirju, ki zajema strukturne in družbene mehanizme vključenosti. Brez tega bi ravnanje socialnih delavk še danes temeljilo na nestvarnih predpostavkah, ki so oddaljene od stvarnosti uporabnikov.

KLJUČNE BESEDE: izkustveno znanje, moč, socialna vključenost, duševno zdravje.

Dr. Petra Videmšek je asistentka na Fakulteti za socialno delo Univerze v Ljubljani. Poleg vključevanja ljudi z osebnimi izkušnjami v raziskovanje njeno raziskovalno delo posega tudi na področja hendikepa in nasilja. Kontakt: petra.videmsek@fsd.uni-lj.si.

of Nanterre (EA 1589) where he works on the issue of the effect of school-categorization between scientists and non-scientists. Contact: Cité des métiers de la Villette, 30 avenue Corentin Cariou, 75019 Paris, France.

Luigi Flora, PhD in education, works in the field of education within the health system and develops self-management programmes at Saint Denis University Paris 8. Contact: Université Paris 8, 2 rue de la Liberté, 93526 Saint-Denis cedex, France.

Jane Shears, Shula Ramon

PEER SUPPORT WORKERS

A CRITICAL ANALYSIS OF A UK INNOVATION IN MENTAL HEALTH

Peer support in mental health services – the reciprocal sharing of the experience of mental health distress – is an innovative new way of working which, through an emerging evidence base, is becoming gradually embedded into health and social care services in the UK. The article focuses on the genesis of peer support in mental health services, demonstrating a different pathway from examples given in general health services. It describes the modalities and delivery of peer support reflecting the different situational contexts in which the activity takes place. The emphasis on the need for training peer supporters to carry out this function is explored together with the existing, yet insufficient, evidence base in both intervention and cost effective terms. The article concludes with a discussion on the interrelationship between the unique and ambiguous components that the concept of peer support raises.

KEY WORDS: peer support, mutual aid, self-help, peer-run groups, training for peer support.

Dr. Jane Shears is a practicing mental health social worker whose research interests focus on service development, social inclusion and recovery. Contact: jane@changingmindsenterprisecic.co.uk.

Professor Shula Ramon is a clinical psychologist and social worker with extensive national and international expertise in researching and implementing innovative new ways of working in mental health services. Contact: s.ramon@herts.ac.uk.

Petra Videmšek

USER RESEARCH AS PRODUCTION OF KNOWLEDGE

Until recently, the research was reserved for experts rather than for those that have lived personal experience (mental health difficulties, handicap, ethnic minorities etc.). Only academics were entitled to be familiar with methodology and research methods. The article is based on literature and research overview in the field of inclusion of experts with personal experience with mental health difficulties into research in the role of researchers. It shows that inclusion of experts by experience into research raised an important question of knowledge construction in social work practice, which has been for a long time »owned« by those with more power. The voice of important others (professionals, relatives) was, in contrast with the voice of service users, deemed as valid and credible, and only important others were recognised as those knowing the truth about users' experience. That was pointed out by many foreign and Slovene national studies, emphasising the importance of knowledge and experience of users. By including experts by experience into research in the role of researchers, the social work practice stops being a mere obligation fulfilment and starts encompassing a wider social frame, taking account of structural and social mechanisms of inclusion. Without that, social work practice would still be based on imaginary presumptions that are far away from reality of users.

KEY WORDS: knowledge through experience, power, social inclusion, mental health.

Petra Videmšek is a PhD assistant at the Faculty of Social Work, University of Ljubljana. Her main research areas are: inclusion of experts by experience into research, handicap and domestic violence. Contact: petra.videmsek@fsd.uni-lj.si.