

Amra Šabić

KONCEPT PROMOCIJE DUŠEVNEGA ZDRAVJA KOT IZHODIŠČE PREVENTIVNIH AKCIJ NA PODROČJU ZASVOJENOSTI

Koncept promocije duševnega zdravja lahko v svetovnem političnem okviru zasledimo leta 1986. Takrat so Svetovna zdravstvena organizacija, Kanadsko zdravstveno in socialnovarstveno združenje in Kanadsko združenje za javno zdravstvo v Ottawa organizirali prvo mednarodno konferenco o promociji zdravja. Namen srečanja je bilo poenotenje pojmovanja koncepta, vendar pa na ravni prakse koncept še danes ni povsem jasno opredeljen. Takrat sprejeta Ottawska listina (1986) je opredelila temeljne cilje javnega zdravstva za promocijo zdravja in postala temeljna listina za razumevanje koncepta promocije. Listina promocijo zdravja opredeli kot proces, ki ljudem omogoča, da povečajo tako nadzor nad svojim zdravjem kot tudi izboljšajo svoje zdravje (*ibid.*). Poudarja pomen popolne telesne, duševne in socialne blaginje. Zdravje v tem okvirju pomeni vir za vsakdanje življenje in ne cilj življenja, kot je to pogosto interpretirano.

V Sloveniji lahko zasledimo dve interpretaciji koncepta. Politični dokumenti promocijo zdravja definirajo najširše, v skladu s smernicami Svetovne zdravstvene organizacije, zdravstvene avtoritete pa koncept pogosto interpretirajo ožje, nemalokrat samo kot komunikacijsko upravljanje z življenjskimi slogi prebivalstva (Kamin 2004). Pogosti so slogani, kot so: »Kajenje ubija!«, »Zdrav najstnik je srečen najstnik!«, »Telovadi!«, »Jej petkrat na dan!«. Pri tem gre za upravljanje s posameznikovim telesom, ki zbuja vtis možnosti lastne izbire. Posamezniku se torej svetujejo »pravilna« vedênja in tehnike discipliniranja telesa glede uživanja hrane in drog, telesne dejavnosti ipd.,

ki mu bodo omogočali zdravo in zato kakovostnejše življenje (Kamin 2006: 74).

Kot meni Szasz (1992: 1–59), lahko razloge iščemo v tem, da sodobna družba ne prenese, da njeni državljani zavračajo vrednote samodiscipline in osebne odgovornosti, pri tem pa zanemari posameznikovo pravico do svobodnega odločanja, tudi takrat, ko gre za upravljanje z lastnim telesom. Avtor meni, da je s tem, ko nam je podeljena pravica do svobode, hkrati podeljena pravica do odločitve za tisto, kar je opredeljeno kot »slabo«. V tem kontekstu bi lahko trdili, da vlade kot take nimajo politične legitimnosti za predpisovanje, kaj naj jemo ali pijemo, koliko naj se gibljemo ali kateri življenjski slog naj izberemo, in tako tudi nima pravice, da nas zaščiti pred nami samimi (*ibid.*). Prav pri vprašanju svobodnega državljana koncept promocije zdravja sproža etične in moralne dileme.

Po svetu si nekateri predstavljajo, da promocija zdravja zajema zdravstvene storitve, drugi jo razumejo kot sinonim za preprečevanje bolezni oziroma za zgodnje odkrivanje bolezni, tretji kot široko področje delovanja, katerega del je tudi preprečevanje bolezni (Terris 1992: 270–71). V slovenskem prostoru je zmeda še toliko večja zaradi različnega prevajanja izvirne pojmovne zveze *health promotion*. V političnih dokumentih jo prevajajo kot »krepitev zdravja« (pokriva področja prehrane, tobaka, alkohola in prepovedanih drog), v programih različnih organizacij pa kot »promocija zdravja« ali pa tudi kot »krepitev zdravja«. Razloge za to bi lahko pripisali različnemu razumevanju vsebine in namena ter tudi njegovi tesni

povezanosti s konceptom preventive. Gre za prekrivajoča se koncepta, ki izhajata drug iz drugega in med katerima težko določimo jasno ločnico (tudi njune dejavnosti se prikrivajo). Na podlagi analize programov promocije zdravja lahko zasledimo, da se pod okriljem in v imenu promocije zdravja večkrat izvajajo preventivne dejavnosti, ki se osredotočajo na vzroke in preprečevanje bolezni. V tem kontekstu se promocija zdravja včasih uporablja kot krovni pojem, ki zajema tudi bolj specifične dejavnosti preventive (Lehtinen *et al.* 1997).

Vsekakor zadeva postane še bolj zapletena, ko želimo koncept promocije zdravja uporabljati na področju zasvojenosti. Ta je v okviru medicinskega diskurza v izhodišču bolezni. Promocija, razumljena kot preventiva, sicer omogoča najrazličnejše preventivne dejavnosti, vendar pa se pri tem pojavi problem, da se govor o uporabi drog lahko razume kot promocijo uživanja, to pa ni cilj preventive. Če zasvojenost razumemo kot bolezen, postane možnost za izvajanje promocijskih dejavnosti problematična. Na primer, ali lahko zasvojenemu posamezniku promoviramo, kako naj se dobro/zdravo napije?

Če izhajamo iz ciljev Ottawske listine, bi promocija zdravja na področju zasvojenosti pomenila izvajanje različnih dejavnosti za ohranjanje in izboljšanje zdravja. Po mnenju Svetovne zdravstvene organizacije to pomeni predvsem zagotavljanje informacij oziroma izobraževanje za posameznike, družine in skupnost z namenom spodbujanja enotnosti družine ter zagovarjanje pripadnosti skupnosti in tradicionalnih vrednot, ki pozitivno vplivajo na zdravstveno stanje posameznikov (Leksikon izrazov s področja alkohola in drog, ki jih je objavila Svetovna zdravstvena organizacija – Svetovna zdravstvena organizacija 1994). Vključuje zagotavljanje informacij o zdravem načinu življenja za »bolne« ljudi in kako najbolje izkoristiti zdravstvene storitve z namenom zagotavljanja ozaveščenosti o dejavnikih, ki določajo zdravje v skupnosti, da se omogoči ljudem možnost prave izbire za njihovo zdravje (definicija preventive v priložniku – Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami 2010).

Promocija zdravja je v tem kontekstu usposabljanje in spodbujanje ljudi k prizadevanju za nadzorovanje dejavnikov zdravja in izboljšanje zdravja. Je proces, ki omogoča ljudem povečati nadzor nad zdravjem. To lahko razumemo kot širši pojem, ki na področju zasvojenosti vključuje dejavnosti zmanjševanja škode – politiko ali program, ki je usmerjen v zmanjševanje škodljivih zdravstvenih, socialnih in gospodarskih posledic, ki nastajajo zaradi uporabe drog¹, ne da bi zahteval abstinenco (čeprav je lahko abstinenca ena izmed strategij), pa tudi preventivno delo.

Slednje pomeni preprečitev nastanka določene nege pojava oziroma vedenja, ki je družbeno nezaželeno, pri čemer ni nujno, da se bo zgodilo (v našem primeru je to uživanje drog). (Hočevar 2005: 53.)

V okviru promocije zdravja je cilj preventive vsekakor onemogočiti nastanek zdravstvenega problema in s tem torej tistega, kar Hočevar prepozna v prevladujočih javnih predstavah kot »zlo« (*ibid.*). S tem opozori, da je nekaj, kar je pojmovano kot zdravstveni problem, že s tem označeno najmanj kot neprijetno, predvsem pa kot slabo (*ibid.*). Pri tem pa prav ravni delovanja (univerzalna, selektivna in indikativna preventiva²) določajo vrsto dejavnosti in populacijo.

»Okrevanje« poleg promocije in preventive ne nazadnje vključuje tudi zgodnje ukrepanje, zdravljenje, rehabilitacijo in zmanjševanje škode. Sodobna literatura pri tem naredi premik naprej in nadomesti izraz preventiva z izrazom preprečevanje oziroma zmanjševanje škode.

Koncept se osredotoča na tveganje in verjetnost dogodka preko ugotavljanja dejavnikov,

¹ S pojmom droge označujemo vse psihoaktivne substance ne glede na njihov status legalnosti ali ilegalnosti.

² Ameriški Medicinski inštitut je leta 1994 predlagal nov okvir razvrščanja preventive na univerzalno, selektivno in indikativna preventivo. Navedena razvrstitev nadomesti prejšnje razvrščanje na primarno, sekundarno in terciarno preventivo, ki je po mnenju Evropskega centra za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami za opis posegov na področju drog problematično (uporaba in neuporaba nista dobra izraza za napovedovanje težav z drogami). Vodilno načelo razvrščanja po mnenju Medicinskega inštituta je ciljna populacija, ne pa splošni cilji ali vsebina preventivne intervencije. (Mrzcek, Haggerty 1994.)

ki tveganje povečajo ali zmanjšajo, ter iskanjem smiselnih odgovorov nanje. (Flaker *et al.* 2002 a: 9.)

Bistvo koncepta je tako usmerjenost v zaznavanje, zmanjševanje in preprečevanje neželenih posledic, ki niso le zdravstvene. Ključna elementa pri ocenjevanju tveganja sta škoda in dobiček. Omogočata razumevanje in pojasnjevanje določenega ravnanja na podlagi opisovanja pozitivnih in negativnih posledic. Pri tem tveganje pomeni verjetnost posledic.

S stališča posameznika si le ta sicer želi, da se bodo uresničile le pozitivne posledice, toda tveganje je ravno v tem, da ne more napovedati izida in da ne more z gotovostjo trditi, da se bodo zgodile samo pozitivne posledice. (Grebenc *et al.* 2008: 5.)

Škoda je tako negativna in hkrati neželena posledica tveganja (Flaker *et al.* 2002 b). Tako v javnozdravstveni diskurz preprečevanja uživanja dovoljenih in tudi nedovoljenih drog nekateri avtorji vpeljejo socialni diskurz, ki se usmerja v sprejemanje uživanja drog in v katerem abstinenca ni nujni cilj. Usmerjen je v izvajanje pomoči za samopomoč pri eksistenčnih opravilih, ter spodbuja procese socialne integracije (Herwig-Lempp, Stover 1992). S tem preseže prevladujoči medicinski diskurz, v okviru katerega preventiva pomeni dolgoročno prizadevanje za odpravljanje ali pa tudi spreminjanje določenih okoliščin in tako zaježitev oziroma preprečevanje širjenja »zlorabe« drog.

V obstoječih politikah kljub zapisanemu še vedno prevladuje medicinska paradigma. Vedno znova poudarja razširjenost v uporabi (zdravstvene, socialne in družbene posledice, kriminal, ekonomske posledice) in stroške za državo, pri tem pa se sklicuje na dokaze o učinkovitosti preventive glede na omenjene dejavnike (Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami 2008). Pogosto zasledimo različna poročila in raziskave (Inštitut za varovanje zdravja, Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, Svetovna zdravstvena organizacija, v Sloveniji tudi različna ministrstva), s katerimi različne interesne skupine skušajo uresničevati in za-

govarjati svoja stališča. Na področju drog in alkohola sta referenčni organizaciji Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami in Svetovna zdravstvena organizacija, v Sloveniji pa Inštitut za varovanje zdravja.

Referenčna literatura so njihova letna poročila. V njih so predstavljeni rezultati zadnjih raziskav oziroma rezultati analiz zadnjih zbranih podatkov, za katere ni nujno, da pomenijo tudi aktualno realno stanje. Na primer, v poročilu Evropskega centra za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami v letu 2011 za območju Evropske Unije lahko zasledimo izsledke raziskav, ki so bile opravljene med leti 2001 in 2009/2010, večinoma v letih od 2004 do 2008³.

Podatki za različne države Evropske unije pokažejo, da se situacije v državah zelo razlikujejo. Na primer, razlike pri uživanju indijske konoplje kot najbolj razširjene droge⁴ se gibljejo med 0,4–15,2 %, kokaina 0,0–3,1 %, ekstazija 1,1–3,7 %, amfetaminov 0,9–1,7 %, za opiate in alkohol ni podatkov (Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami 2011). Pri tem pa je treba poudariti, da prav vse države upoštevajo isto strategijo in iste koncepte, sprejete na ravni Evropske unije. Tako se postavlja vprašanje, ali določena splošna, poenotena in dogovorjena načela, kot v našem primeru promocija zdravja, sploh lahko v različnih kulturnih, ekonomskih in družbenih kontekstih zagotovijo primerljive rezultate.

Politični diskurz informacije o razširjenosti uporabe logično vpleta v govor o posledicah. Posledice pogosto uporabljajo tudi kot del zdravstvenega diskurza, pri tem pa je referenčna organizacija Svetovna zdravstvena organizacija. Na primer, Svetovna zdravstvena organizacija (2004) navaja, da ima 76,3 milijonov ljudi po

³ Novejši podatki niso na voljo.

⁴ Po podatkih Evropskega centra za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami (2011) je indijsko konopljo uživalo kadarkoli v življenju 22,5 % odraslih Evropejcev, kokain 4,1 %, ekstazi 3,3 %, amfetamine 3,7 % in opioide 1,2 do 1,5 milijon ljudi. Po podatkih Inštituta za varovanje zdravja (2010) je v Sloveniji vseživljenjska uporaba prepovedanih psihoaktivnih snovi znašala 15,8 %. To kaže, da se je ta od leta 1994, ko so bili na voljo prvi podatki (4,3 %), do leta 2010 več kot potrojila.

vsem svetu diagnozo alkoholne motnje, vsaj 15,3 milijonov ljudi pa motnje zaradi uživanja drog. Več kot 1,8 milijona smrtnih primerov v letu 2000 je bilo posledica uživanja alkohola, 205.000 smrtnih primerov v letu 2000 pa je bilo posledica uporabe prepovedanih drog. Pri tem pa največje gospodarsko breme zlorabe drog nosijo država, odvisni od drog in njihove družine. Tako je bilo po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (2003) za vsak dolar⁵, vložen v zdravljenje odvisnosti od drog, prihranjenih sedem dolarjev za zdravstvene in socialne stroške zaradi posledic zasvojenosti.

Javnozdravstveni diskurz posledice, ki nastanejo, razdeli (v grobem) na zdravstvene, socialne (družinski odnosi, revščina, socialna izključenost, brezposelnost, marginalizacija ipd.), družbene (brezposelnost, nasilje, razveze, število ljudi, aretiranih in preganjanih zaradi trgovine s prepovedanimi drogami, število sodnih pregonov zaradi uporabe drog na javnem mestu, odsotnost v šoli in na delo) in ekonomske⁶. Vsi ti razlogi so argumenti v prid potrebi po preventivnih in kurativnih dejavnostih, ki utrjujejo pomen javnozdravstvenih pristopov.

Med indikatorji, s katerimi se javno prikazujejo posledice uživanja drog, se najpogosteje pojavljajo tudi argumenti kriminala. Treba je poudariti, da je večina kriminalnih dejanj povezana z uživanjem in posedovanjem prepovedanih drog. Iz poročil Evropskega centra za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami (2008) o kršitvah zakonov, ki jih storijo uživalci drog, vidimo, da so kazniva

dejanja v 60–85 % primerov⁷ povezana s posedovanjem in uživanjem drog^{8, 9}. Število kršitev zakonov, povezanih z uporabo drog, se je v Evropski uniji med letoma 2001 in 2006 povečalo za 51 % (*ibid.*). V dveh tretjinah držav opažajo trend povečevanja – izjema sta Slovenija in Norveška, saj se v teh državah v petih letih kaže trend zmanjševanja (*ibid.*). Število kaznivih dejanj, povezanih z dobavo drog, se je v enakem obdobju prav tako povečalo, vendar veliko počasneje (povprečno povečanje za Evropsko unijo je 12 %). V tem obdobju se je število kaznivih dejanj, povezanih s ponudbo prepovedanih drog, povečalo v več kot polovici držav poročevalk in zmanjšalo le v štirih (*ibid.*). Navedeni podatki jasno kažejo neučinkovitost prohibicijske javnozdravstvene politike, ki teži k popolni odpravi rabe drog, na podlagi ekonomske logike ponudbe in povpraševanja (zmanjšanje ponudbe pomeni

⁷ Izjema sta Češka (88,4 %) in Norveška (62,4 %); tam kazniva dejanja izhajajo iz preprodaje in trgovine z ljudmi (Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami 2008).

⁸ Podatki so iz leta 2006; podatkov za poznejša obdobja ni bilo moč najti (Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami 2008).

⁹ Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami (2008) poroča, da je v večini držav najpogosteje predmet prijavljenih zakonskih kršitev na področju drog indijska konoplja. V petletnem obdobju 2001–2006 se je število kršitev, ki vključujejo konopljo, povečalo ali ostalo stabilno v večini držav poročevalk. To je povzročilo skupno povprečno povečanje za 34 % na ravni Evropske unije. O trendih upadanja pa so poročale Bolgarija, Češka, Italija in Slovenija. Število s kokainom povezanih kaznivih dejanj se je povečalo v vseh evropskih državah, razen v Bolgariji, Nemčiji in na Slovaškem. Zakonske kršitve, povezane s heroinom, pa kažejo drugačno sliko. V povprečju se je njihovo število v EU zmanjšalo za 14 %, predvsem med letoma 2001 in 2003. Vendar pa so nacionalni trendi zakonskih kršitev, povezanih z uživanjem heroina, bili različni v obdobju 2001–2006, pri tem je tretjina držav poročala o trendih povečevanja. Pri amfetaminih in ekstaziju je bila najvišja raven uživanja na ravni Evropske unije dosežena leta 2004. Število kaznivih dejanj, povezanih z amfetamini, se je povečalo (povprečno povečanje za 41 % med letoma 2001 in 2006), število kaznivih dejanj, povezanih z ekstazijem, v enakem obdobju ne pozna velikega odstopanja v celotnem obdobju 2001–2006. V EU trendi kaznivih dejanj, povezanih z uporabo drog, kažejo, da je bilo največje povečanje pri uživanju kokaina.

⁵ Podatki v drugih valutah niso dostopni.

⁶ Stroški, povezani s prepovedanimi drogami v Sloveniji, so leta 2010 znašali 9.699.283,01 evrov. Od tega je bilo iz proračuna Republike Slovenije namenjenih skupaj 3.685.096,56 evrov: Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve je z javnim razpisom podelilo 2.713.129,37 evrov, Ministrstvo za zdravje 60.707,00 evrov, Ministrstvo za javno upravo 316.426,00 evrov, Ministrstvo za pravosodje 18.794,19 evrov in Ministrstvo za notranje zadeve 576.040,00 evrov. Preostala sredstva so namenili Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (za financiranje delovanja centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog – 5.746.000,00 evrov) in Fundacija invalidskih in humanitarnih organizacij (program s področja drog v nevladnih organizacijah – 268.186,45 evrov). (Inštitut za varovanje zdravja 2011.)

Preglednica 1: Primerjava ciljev množičnih medijev in javnega zdravstva.

Cilji množičnih medijev	Cilji javnega zdravstva
zabavati, prepričati, informirati	izobraževati, poučevati
ustvarjati dobiček	izboljšati zdravje populacije
refleksija o družbi	spreminjanje družbe
Prioriteta je osebna problematika.	Prioriteta so družbeni problemi.
poročanje o kratkoročnih dogodkih	izvajanje dolgoročnih kampanj
prenos najpomembnejših informacij	boljše razumevanje kompleksnih informacij

Vir: Atkin, Arkin 1990.

hkrati zmanjšanje povpraševanja). Posledica take politike je kriminalizacija in stigmatizacija samih uživalcev.

K utrjevanju podobe uživalcev drog dodatno pripomorejo mediji. O drogah po navadi poročajo površno in senzacionalistično, čeprav je to v kontekstu promocije zdravja neproduktivno (Drev *et al.* 2006). Atkin in Arkin (1990) opozorita, da se medijski in javnozdravstveni cilji izključujejo. Mediji upoštevajo svoje lastne cilje in od njih ne moremo pričakovati, da bodo spremenili način poročanja, čeprav z njim stigmatizirajo uporabnike.

Moralna panika¹⁰, k uprizoritvi katere pripomorejo množični mediji, postane tako način, s katerimi se opravičuje in promovira prohibicijske politike in prek njih kazenskopravni model kot ustrezna rešitev na vprašanje drog (MacDonald, Patterson 1991).

Pojma »uživanje drog« in »kriminalizacija« uživalcev se s prohibicijo neločljivo zvežeta, toda intenzivnost družbene podobe uživalca drog kot kriminalca je mogoča le z nenehnim oživiljanjem ustreznosti in upravičenosti teh podob. (Grebenc 2003: 1.)

V nasprotju s povedanim tako

večina socioloških teorij pojasnjuje prestopništvo s kriminogenim »deficitom«, npr. pomanjkanjem gmotnih dobrin, pomanjkljivo

vzgojo (socializacijo), pomanjkljivim (ne) formalnim družbenim nadzorstvom, pomanjkljivimi priložnostmi (za uresničevanje želja in zadovoljevanje potreb), pomanjkanjem delovnih mest (posledica strukturne brezposelnosti), relevantnimi prikrajšanji in pomanjkanjem trdnih/soglasnih moralnih temeljev družbenega življenja (z izrazom »kriza vrednot«). (Kanduč 1999: 166.)

Države se na posledice uživanja prepovedanih drog odzivajo zelo različno, po navadi s kombinacijo prohibicijskih, zdravstvenih in socialnih oblik pomoči. Zavedajo se prepletenosti in kompleksnosti pojava uživanja drog in iščejo načine celostnih pristopov. To vpliva na poskuse načrtovanja politik in celostnih pristopov, ki bi ublažili posledice neskladnih intervencij (na primer kriminalizacija nasproti zdravljenju). Pogoste so kombinacije ukrepov, med katere sodijo tudi zdravljenje zaradi drog, razdeljevanje sterilne opreme za vbrižgavanje in drugih pripomočkov, dejavnosti v skupnosti za zagotavljanje informacij, izobraževanja, testiranja in vedenjskih ukrepov (te pogosto izvajajo ekipe na terenu ali nizkopražne organizacije), ter tudi različni preventivni in promocijski programi.

Kljub različnim vrstam zdravljenja odvisnosti veliko odvisnikov ne poišče pomoči, saj odvisnost prinaša prej omenjeno stigmo, vstop v sistem zdravljenja ali druge obravnave pa pomeni razkritje stigme. Ta vpliva tako na same odvisnike kot tudi na njihove družine. Posledica je prikrivanje odvisnosti ali pa pretvarjanje, da je ni. Tako postane pomemben korak pri pomoči ljudem z odvisnostmi znebiti se

¹⁰ V skladu s konceptom »moralne panike« (Cohen 1980) sta javna skrb in strah posledica enkratnega dogodka, ki pa napoveduje možnost »kriminalnega vala« in s tem ogroženost celotne družbe. Med »moralno paniko« se vzpostavi jasne meje med »prav« in »narobe« ter zahteva se ukrepanje proti kršiteljem.

stigme. Eden od preprostih načinov je poimenovanje. Namesto da govorimo o »odvisnikih« ali »džankijih«, lahko govorimo o »ljudih s težavami z uživanjem drog«. Tako je poudarek na človeku, ne pa na njegovi težavi ali problemu. Posamezniku s težavo damo oporo in mu pokažemo razumevanje, ki ga potrebuje, to pa povečuje njegovo moč – prav krepitev moči je eden od ciljev promocije zdravja.

Vidimo, da je koncept krepitev moči uporabnikov širši od koncepta krepitev zdravja, ker krepitev moči pomeni proces, v katerem ljudje pridobivajo večji nadzor nad odločitvami in ukrepi, ki vplivajo tudi na njihovo zdravje (Nutbeam 1998). Veliko raziskav potrjuje, da ljudje, ki imajo več moči, lahko bolje nadzorujejo svoje življenje in imajo več možnosti odločanja o dejavnostih, ki izboljšujejo njihovo zdravje, in zato je tudi njihovo zdravstveno stanje boljše. Prav tako številne raziskave kažejo, da sta revščina in dohodkovna neenakost največja vzroka ali dejavnika zdravstvenega stanja.

Preprosto povedano to pomeni, na primer, da Kanadčani¹¹ z nizkimi prihodki pogosteje umirajo mlajši in imajo več bolezni kot Kanadčani z višjimi dohodki, in to ne glede na starost, spol, raso ali prebivališče (Drugo poročilo o zdravju Kanadčanov 1999). V skladu s tem praksa promocije zdravja kaže na zaskrbljenost za socialno pravičnost. Ta praksa skuša zagotoviti, da bi imel vsak enakopraven dostop do hrane, dohodka, zaposlenosti, zatočišča, izobraževanja in drugih dejavnikov, potrebnih za ohranjanje zdravja. S tem promocija zdravja spodbuja tudi socialno vključenost, saj si prizadeva zagotoviti, da bi imel vsak dostop do sredstev, potrebnih za vzdrževanje zdravja, kot tudi odločal o stvareh, ki vplivajo na njegovo zdravje.

V nasprotju s prejšnjimi programi za promocijo zdravja je Ottawska listina (1986) zato vpeljala koncept državljan, ki ima nadzor nad svojim življenjem¹² (angl. *empowered citizen*). Poudarja potrebo po usklajenem

multisektorskem in medresorskem delovanju (v Sloveniji je izrazito slabo). Listina omenja tudi

medije kot enega ključnih promotorjev zdravja in decentralizacijo promocije zdravja na način aktivnega vključevanja ljudi v izvajanje strategij za promocijo zdravja na lokalni ravni oziroma na ravni skupnosti. (Kamin 2006: 80.)

Skupnost tako dobi legitimnost za socialno vključevanje ljudi in za spodbujanje solidarnosti za zdravje in glede na to, da imajo mediji svojo agendo, ki se ne sklada nujno s cilji promocije zdravja, se kaže potreba po nujnosti iskanja načinov sodelovanja med vsemi ključnimi akterji. Tako Svetovna zdravstvena organizacija (2009) za promocijo zdravja v 21. stoletju določa pet prednostnih nalog:

- spodbujati družbeno odgovornost za zdravje,
- povečati naložbe v razvoj zdravja,
- razširiti partnerstva za promocijo zdravja,
- povečati zmogljivosti skupnosti in krepiti vlogo posameznikov,
- ustvariti infrastrukture za promocijo zdravja.

V tem širokem okviru pa se vendarle postavlja vprašanje, kako podrobne, konkretne in usmerjene so preventivne dejavnosti in kako trdno so se akterji zavezali, da bodo delovali v skladu s temeljnimi političnimi načeli promocije zdravja. Postavlja se vprašanje, koliko se njihovi rezultati skladajo z zastavljenimi cilji promocije zdravja. Ali so preventivni ukrepi na področju drog vključeni v širši okvir promocije zdravja in pri tem še vedno ohranimo vsebino in cilje promocije (kot je vedno bolj praksa v večini držav članic), ob predpostavki (brez neposrednih dokazov), da imajo okoliščine, kot so večja blaginja, varno učenje, dobra šolska klima ipd., pozitiven vpliv na socialne dejavnike tveganja in zaščite zaradi uživanja drog? Pomembno je namreč, ali promocijske in preventivne dejavnosti dosegajo cilje promocije. To je za Slovenijo težko oceniti.

Podatki za Slovenijo kažejo, da kljub velikemu številu preventivnih programov v Sloveniji nimamo nacionalne baze podatkov o vrsti, obsegu in učinkovitosti preventivnih programov. (Inštitut za varovanje zdravja 2011: 41.)

Pomembno je, da so preventivna prizadevanja usmerjena v uresničevanje zastavljenih

¹¹ Podatkov za Slovenijo nimamo.

¹² V slovenskem izrazoslovju ne najdemo ustreznega prevoda besedne zveze, ki bi vsebinsko ustrežal pomenu besedne zveze *empowered citizen*.

ciljev in načel, ki jih promocija zdravja določa. Promocija zdravja lahko torej,

če ni dobro premišljena, deluje tudi proti interesom družbe oziroma deluje bolj v interesu posameznih družbenih skupin, na primer tistih, ki so socialno in ekonomsko že privilegirani. (Kamin 2006: 140.)

Iz tega izhaja potreba po evalvaciji promocijskih in preventivnih programov, ki bi vključevala evalvacijo procesa (odgovorila na vprašanje, ali poteka dejavnost po zastavljenem načrtu) in končno evalvacijo izidov (odgovorila na vprašanje, ali so bili cilji doseženi). Izvajanje evalvacij zahteva opredelitev minimalnih standardov za preventivne programe, ki bodo strokovnjakom v podporo pri zagotavljanju dokazano učinkovite prakse na področju preventive. To bo uporabnikom omogočilo premostitev vrzeli med znanostjo, politiko in prakso (Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami 2010).

V Evropski uniji počasi, a vedno pogosteje potekajo pogovori o vzpostavitvi meril kakovosti, ki bi bila namenjena izvajalcem preventivnih dejavnosti (Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami 2010, Uchtenhagen, Schaub 2011). Pri tem se vedno bolj kaže tudi nujnost vzpostavitve meril glede nujnih znanj in usposobljenosti strokovnjakov. Prav cilj raziskave »Promocija duševnega zdravja, zmanjševanje duševnih težav in integracija ob pomoči izobraževanja« (ang. *Promoting mental health minimising mental illness and integrating through education*, krajše PROMISE) je bil določitev minimalnih standardov izobraževalnih programov na področju promocije zdravja in preventivnih dejavnosti. Tak pogled zagotavljajo indikatorji izobraževanja za področje promocije: vključevanje temeljnih načel promocije zdravja, interdisciplinarni in medsektorski pristop, vključevanje skupnosti/uporabnikov v vseh fazah načrtovanja in izvajanja preventivnega programa, zagovorništvo, uporaba obstoječega znanja in baz podatkov, skupnostni pristop in krepitev moči uporabnikov, holistični in ekološki pristop, ki zadovoljuje potrebe skupnosti, ocena tveganja, uporaba medijev in evalvacija preventivnih programov.

Te indikatorje smo razvili v okviru omenjenega projekta. Tako dobimo strokovnjake, ki zdajšnjim in prihodnjim izvajalcem promocijske dejavnosti dajejo smernice za ocenjevanje in tudi za oblikovanje promocijske dejavnosti, ki je v skladu s cilji in načeli promocije zdravja.

Promocije zdravja vsekakor ne smemo prepuščati trgu, saj bi ta izvajanje dejavnosti urejal po lastnih merilih. Potrebno je sistemsko urejanje, ki bo omogočalo izobraževanje in s tem zagotovilo strokovni kader, ki bo razumel širino koncepta in bil usposobljen tako za prenos znanja kot tudi za strokovno izvedbo dejavnosti. V tem kontekstu potrebujemo politike, ki bodo preprečevale zlorabo sistema (uveljavljanje prisilnosti v nasprotju s svobodo odločanja).

Tako ko govorimo o konceptu promocije zdravja in ko tudi sami izvajamo promocijo zdravja, moramo nujno ohranяти posameznikovo pravico do lastne izbire. Povedano drugače, potreben je celosten pogled, ki bo udejanjanje koncepta promocije zdravja obravnaval na mikro-, mezo- in makroravni, saj je zdravje opredeljeno kot vir (kot nekaj, kar naj bo dostopno vsem, in kot vir moči za udejanjanje posameznikovih potreb, interesov in želja) in ne kot cilj življenja (v tem primeru bi morali zdravju podrediti vse druge cilje).

VIRI

- ATKIN, C., ARKIN, E. B. (1990), Issues and initiatives in communicating health information to the public. V: Atkin, C., Wallack, L. (ur.), *Mass communication and public health: Complexities and conflicts*. London, New Delhi: Sage Publications (13–40).
- COHEN, S. (1980), *Folk devils and moral panics: The creation of the mods and rockers*. Oxford: Robertson.
- DREV, A., SEVER, M., KAMIN, T. (2006), The role of public health advocates in mediatization of illicit drugs and promotion of anti-drug related behaviour. V: Podnar, K., Jančič, Z. (ur.), *11th International conference on corporate and marketing communications. Contemporary issues in corporate and marketing communications: Towards a socially responsible future*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, Pristop.
- Drugo poročilo o zdravju Kanadčanov* (1999). *Toward a healthy future: Second report on the*

- health of Canadians*. Dostopno na: http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/report-rapport/toward/pdf/toward_a_healthy_english.PDF (16. 7. 2012).
- Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami (2008), *Statistical bulletin: Drug law offences*. Dostopno na: <http://www.emcdda.europa.eu/stats08/dlo> (16. 7. 2012).
- (2010), *Prevention and evaluation resources kit (PERK): A manual for prevention professionals*. Luksemburg: Publications office of the European Union.
- (2011), *Stanje na področju problematike drog v Evropi*. Luksemburg: Urad za publikacije Evropske unije.
- FLAKER, V., GREBENC, V., RODE, N., FOJAN, D., BELIN, J., KASTELIC, A., VODLAN, M., VAN DAM, T. (2002 a), *Skupnostni pristop k zmanjševanju škode povezane z uživanjem drog*. Ljubljana: Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve (končno poročilo).
- FLAKER, V., BELIN, J., FOJAN, D., GREBENC, V., KASTELIC, A. (2002 b), *Živeti s heroinom I: Družbena konstrukcija uživalca v Sloveniji*. Ljubljana: /*Cf.
- GREBENC, V. (2003), Droge in kriminal: Kritični razmislek o njuni zvezi. *Socialna pedagogika*, 7, 4: 407–430.
- GREBENC, V., ŠABIĆ, A., KVATERNIK, I. (2008), *Varna vožnja: Obvladovanje tveganja in nevarnih življenjskih slogov v prometu*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- HOČEVAR, A. (2005), *Preprečevanje rabe in zlorabe drog: Starši med stroko in ideologijo*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta, Znanstveni inštitut Filozofske fakultete.
- HERWIG-LEMPP, J., STOVER, H. (1992), Temelji socialnega dela, ki sprejema uživanje mamil. *Iskanja: Vzgoja, prevzgoja*, 9, 12: 73–96.
- Inštitut za varovanje zdravja (2010), *Nacionalno poročilo 2010 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- (2011), *Nacionalno poročilo 2011 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- KAMIN, T. (2004), *Promocija zdravja in mit opolnomočenega državljana*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede (doktorska disertacija).
- (2006), *Zdravje na barikadah: Dileme promocije zdravja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- KANDUČ, Z. (1999), *Kriminologija: (Stran)poti vede o (stran)poteh*. Ljubljana: Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti v Ljubljani.
- LEHTINEN, V., RIIKONEN, E., LAHTINEN, E. (1997), *Promotion of mental health on the European agenda*. Helsinki: Stakes, National research and development centre for welfare and health.
- MACDONALD, D., PATTERSON, V. (1991), *Drug training: Learning about drugs and working with drug users*. London: Routledge.
- MRAZEK, P. J., HAGGERTY, R. J. (1994), New directions in definitions. V: Mrazek, P. J., Haggerty, R. J. (ur.), *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington: Institute of Medicine, National Academy Press (19–29).
- NUTBEAM, D. (1998), *Health promotion glossary*. Dostopno na: <http://www.ais.up.ac.za/med/scm870/nutbeam.PDF> (16. 7. 2012).
- Ottawska listina (1986), *The Ottawa Charter for health promotion*. Dostopno na: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en> (16. 7. 2012).
- Svetovna zdravstvena organizacija (1994), *Lexicon of alcohol and drugs terms*. Ženeva: Svetovna zdravstvena organizacija. Dostopno na: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241544686.pdf> (16. 7. 2012).
- (2003), Investing in mental health. Ženeva: Svetovna zdravstvena organizacija. Dostopno na: http://www.who.int/mental_health/en/investing_in_mnh_final.pdf (16. 7. 2012).
- (2004), *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. Ženeva: Svetovna zdravstvena organizacija (poročilo).
- (2009), *Milestones in health promotion: Statements from global conferences*. Dostopno na: http://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf (16. 7. 2012).
- SZASZ, T. (1992), *Our right to drugs: The case for a freemarket*. London: Westport.
- TERRIS, M. (1992), Concepts of health promotion: Dualities in public health theory. *Journal of public health policy*, 13, 3: 267–276.
- UCHTENHAGEN, A., SCHAUB, M. (2011), *Minimum quality standards in drug demand reduction EQUUS*. Zürich: Research Institute for Public Health and Addiction (končno poročilo). Dostopno na: [http://www.isgf.ch/index.php?id=94&no_cache=1&tx_ttnews\[tt_news\]=29&tx_ttnews\[backPid\]=9&cHash=f015577795e111cdb60755bb14e79383](http://www.isgf.ch/index.php?id=94&no_cache=1&tx_ttnews[tt_news]=29&tx_ttnews[backPid]=9&cHash=f015577795e111cdb60755bb14e79383) (16. 7. 2012).