

Mojca Urek, Shulamit Ramon

UVELJAVLJANJE NAČELA ENAKOPRAVNOSTI ETNIČNOSTI IN SPOLOV V DUŠEVNEM ZDRAVJU

Namen pričujočega članka je predstaviti uveljavljanje načela enakosti spolov in etničnih in kulturnih manjšin (*gender, ethnicity and culture mainstreaming*) v okviru projekta duševnega zdravja »EMILIA«, ki poteka v več državah Evropske unije. Članek obravnava osnovna načela enakosti etničnih manjšin, kultur in spolov na področju duševnega zdravja, analizira potek prvih dveh stopenj projekta in predstavi izsledke. Prav tako zariše cilje, ki so si jih zastavile sodelujoče organizacije, in načine, kako jih doseči do zaključka projekta. Gre za ključna vprašanja v praksi socialnega dela na področju duševnega zdravja.

OSNOVNE INFORMACIJE O PROJEKTU

EMILIA je kratica za akcijski raziskovalni projekt (šesti okvirni program), ki ga financira Evropska unija in pomeni »krepitev moči uporabnikov storitev duševnega zdravja prek integracije in ukrepov vseživljenjskega učenja« (*Empowerment of Mental Illness Service Users Through Lifelong Learning Integration and Action*). Raziskuje uporabo vseživljenjskega učenja kot sredstva za pospeševanje socialne vključenosti ljudi z dolgotrajnimi duševnimi stiskami v učnih organizacijah, kot so izobraževalne institucije in organizacije duševnega zdravja, tako da uporabnikom duševnega zdravja omogoča dostop do izobraževanja in odpira možnosti zaposlitve. Pri projektu sodeluje skupno 17 partnerjev iz 12 evropskih držav, začel se je 1. septembra 2005 in bo trajal 54 mesecev. Sodelujoče organizacije so iz držav severne,

južne, vzhodne in zahodne Evrope. Projekt izvaja osem držav: Norveška, Poljska, Francija, Danska, Anglija, Grčija, Španija in Bosna in Hercegovina.¹ Organizacije, izvajalke projekta, dodatno podpirajo partnerji iz Velike Britanije, Danske, Finske, Slovenije, Litve, Švedske in Grčije.² Večina partnerjev je organizacij, ki ponujajo storitve duševnega zdravja (psihiatrične bolnišnice, nevladne organizacije, uporabniška skupina), ostali partnerji prihajajo z univerz.

SOCIALNA VKLJUČENOST IN VSEŽIVLJENJSKO UČENJE

Projekt opredeljujejo trije ključni pojmi: socialna izključenost in vključenost in vseživljenjsko učenje. Obstoječa literatura pokaže različne interpretacije teh pojme. Opredelitve, ki jih navajamo v nadaljevanju, izhajajo iz listin evropske socialne politike in so bistvene za uporabo ciljev in usmeritev projekta EMILIA.

¹ Nordland Hospital, Bodø (Norveška), Institute of Psychiatry and Neurology, Varšava, Hospital Maison Blanche, Parizu, Social- and Psychiatry Department, okraj Storstrom (Danska), Middlesex University, London, Scientific Association for Regional Development & Mental Health EPAPSY, Atene, Municipal Institute of Medical Research Foundation, Barcelona, HealthNet International, Sarajevo (v partnerstvu z uporabniškim zduženjem Fenix iz Tuzle, Bosna in Hercegovina).

² Middlesex University, London (koordinator projekta), Kings College, University of London, Skylark Project Consultants, London, Wealden Computing Services (Velika Britanija), Psychiatric Services Department Education, okraj Aarhus (Danska), University of Tampere (Finska), Fakulteta za socialno delo, Univerza v Ljubljani, Vilnius University, Karolinska Institutet, Stockholm, National and Capodestrian University of Athens.

Socialna izključenost zavira posameznikove možnosti, da bi si poiskal dobro službo, primerno stanovanje, ustrezno zdravstveno oskrbo, kvalitetno izobraževanje, varne in zanesljive življenjske razmere in obravnavo v okviru pravnega in kazenskega sistema (Emilia 2008). Zapleten problem socialne izključenosti je težji za posameznike, ki pripadajo več različnim izključenim skupinam. Podatki Evropske unije kažejo, da ljudje, ki doživljajo hude in dolgotrajne duševne stiske, sodijo med najrevnejše in najbolj socialno izključene evropske državljane tako po kriterijih dolgotrajne brezposelnosti, nizkih dohodkov, slabih pogojev dela, brezdomstva, slabega zdravstvenega stanja in imigracije, kot tudi glede na nizko izobrazbo in zgodnji izstop iz sistema šolanja. Po Sayce (2001: 122) bi lahko dopolnili ta seznam še z dejavniki, kot so pomanjkanje statusa, pomanjkanje možnosti, da si posameznik ustvari družino, ozke ali neobstoječe socialne mreže, rasne in druge oblike diskriminacije, ponavljajoče se zavrtnitve in posledično izguba upanja in pričakovanj. Ljudje, ki imajo težave z duševnim zdravjem so bili v večini držav Evropske unije doslej deležni šibke solidarnosti tako v formalnem kot v neformalnem smislu, zlasti zaradi nelagodja, ki ga zbuja duševno zdravje v očeh laične javnosti. Socialno vključenost – ki je, upajmo, nasprotje od socialne izključenosti – lahko opredelimo kot progresivno izboljšanje pravic, ki omogočajo dostop do družbenega in ekonomskega sveta, novih možnosti in ponovne pridobitve statusa in hkrati zmanjšujejo učinek oviranosti. Ključna vprašanja socialnega vključevanja tako naslavlajo celo vrsto možnosti, denimo podpora uporabnikom pri izobraževanju, delu, vključevanju v družbene, kulturne in religiozne skupine, sklepanje prijateljstev in partnerskih odnosov, osnovanje družine in sodelovanje v civilni družbi.

Socialna vključenost poteka vzajemno z načeli okrevanja. Kot pravi psihologinja in uporabnica Patricia Deegan (1997: 22):

[P]omembno je razumeti, da imamo opraviti z okrevanjem, vendar ne le z okrevanjem po duševni bolezni, temveč tudi z okrevanjem po

učinkih, ki jih povzročata oznaka duševne bolezni [...] po procesu ponotranjanja stigme [...], po učinkih diskriminacije, revščine in drugorazrednega državljanstva [...], brezposelnosti, slabše zdravstvene oskrbe [...].

Posameznikova pot okrevanja je torej tesno povezana s socialno vključenostjo in procesom krepitve moči.

Politiko vseživljenjskega učenja vodi prepričanje, da bi moral vsakdo imeti enak in odprt dostop do najkakovostnejših možnosti učenja. To zajema vse učne dejavnosti, s katerimi se ukvarjamo na poti skozi življenje, da bi izboljšali svoje znanje, in vse tiste spretnosti in sposobnosti, ki so povezane z osebnimi, civilno-družbenimi in zaposlitvenimi vidiki. Projekt EMILIA izhaja iz prepričanja, da vseživljenjski učni proces spodbuja in podpira okrevanje in socialno vključevanje ljudi z dolgotrajno duševno stisko. To zahteva korenito spremembo učnih sistemov, da bi bile kvalitetne možnosti učenja ves čas dostopne različnim profilom zaposlenih in uporabnikov v organizacijah duševnega zdravja. To prav tako zahteva postopno vključevanje učnih okolij formalnega izobraževanja, da bi jih naredili bolj dostopna in prožna. S projektom želimo okrepiti moč uporabnikov duševnega zdravja in spodbuditi organizacije duševnega zdravja in izobraževalne institucije, da bi kar najbolj pospešile vključevanje uporabnikov v usposabljanja in izvajale nove in inovativne storitve. Tako bi uporabnikom utrli nove poti zaposlovanja. Omogočamo akreditirano usposabljanje, da bi razvijali sposobnosti uporabnikov storitev na področju raziskovanja, revizij in ocenjevanja, izobraževanja, usposabljanja in izvajanja storitev (med tematskimi moduli so preprečevanje ponovitev oz. poslabšanja bolezni, okrevanje, podporne socialne mreže, uporabniško vodstvo, uporabniško raziskovanje, preprečevanje samomorov, dvojne diagnoze, vodenje primera, ki temelji na krepitvi moči, krizna intervencija, delo z družinami, obvladovanje stresa na delovnem mestu).

Upamo, da bodo uporabniki duševnega zdravja zaradi uvajanja vseživljenjskega učenja pridobili potrebno znanje in spretnosti za vstop na trg delovne sile.

UVELJAVLJANJE NAČELA ENAKOSTI SPOLOV IN ETNIČNIH MANJŠIN

Eden od ključnih ciljev projekta EMILIA je izboljšanje integracije načela enakosti spolov in etničnih manjšin v sodelujočih organizacijah, saj neobčutljivost do teh vprašanj prinaša dodatno oviro socialnemu vključevanju. Diskriminacija na podlagi spola in etnične pripadnosti je nepretrgan proces pri skrbi za duševno zdravje. Številne evropske in nacionalne listine razkrivajo značilnosti specifičnih diskriminacij in navajajo priporočila, kako naj se jim postavimo po robu. Na začetku smo pripravili obsežno poročilo o antidiskriminacijskih politikah in akcijah Evropske unije, da bi sodelujočim organizacijam omogočili splošen pregled nad situacijo (Evans Grace, Oris politik Evropske unije na področju enakosti in duševnega zdravja, Emilia 2008). Integracija enakosti se ukvarja z uresničevanjem načela enakih možnosti, politik, strategij in praks pri vsakdanjem delu v organizacijah duševnega zdravja in podobnih storitvah. Obsega dolgotrajno strategijo oblikovanja politik vsakdanjega življenja uporabnikov in zaposlenih ter spreminja organizacijsko kulturo in strukturo služb duševnega zdravja.

PROBLEMATIKA SPOLOV V DUŠEVNEM ZDRAVJU

Številne študije kažejo, da družbeno konstruirane razlike med ženskami in moškimi, ki zadevajo družbene vloge, status in moč, prispevajo k pojavu specifičnih težav z duševnim zdravjem, k različnim izrazom stisk pri ženskah in moških, in posledično sprožajo tudi različne odzive služb duševnega zdravja. Nismo se hoteli osredotočiti na potrebe zgolj enega spola in pri tem zanemariti drugega, temveč smo želeli zagotoviti enakost pri izvajanju storitev za vse. Zato smo se poskusili osredotočiti tako na ženske kot na moške, čeprav se zavedamo, da spolna neenakost obstaja. Spol ima prav toliko opraviti z ženskami kot z moškimi, vendar smo svoje delo na področju uveljavljanja načela enakosti spolov zastavili

na prepričanju, da igrajo službe duševnega zdravja pomembno vlogo pri odpravljanju diskriminacije žensk.

Znano je, da ženske doživljajo sistematično in zakoreninjeno diskriminacijo, ki se reproducira in kaže pri dostopanju žensk in moških do služb, denarnih sredstev in moči. Moški imajo pogosto prednost na področju gospodarstva, politike, izobraževanja, zdravstva in zdravstvene oskrbe (Recktenwald 2008). Spolna neenakost pogosto vodi k sistematičnemu razvrednotenju in zanemarjanju duševnega zdravja žensk. To lahko pripelje do tega, da zanemarimo specifična področja duševnega zdravja žensk. Te trditve temeljijo na številnih raziskavah o duševnem zdravju žensk in moških. Slovenski primer raziskave o duševnem zdravju žensk predstavlja terenska raziskava, ki so jo opravile Zaviršek, Urek in drugi na ženskem oddelku psihiatrične bolnišnice Ljubljana – Polje v letih 1992 in 1993 (Zaviršek 1994).

Študije, opravljene na vzorcu splošne populacije, pokažejo, da se najbolj opazne razlike med spoloma pojavijo pri specifičnih blažjih duševnih stiskah, kot so tesnoba, depresija, motnje hranjenja, ki so značilne za ženske, medtem ko so denimo uživanje drog in samomor bolj značilni za moške. Zdravniki lahko zaradi stereotipnih predstav in osebnih izkušenj, povezanih s spoli, pogosteje diagnosticirajo depresivnost pri ženskah in jim pogosteje predpisujejo psihotropna zdravila. Stereotipna stališča do spola lahko povzročijo tudi pomanjkljivo diagnosticiranje težav v duševnem zdravju moških (številne študije so pokazale, da pri moških z enakimi simptomi, kot jih imajo ženske, depresija pogosto ni prepoznavna). Duševno zdravje je povezano z različnimi dejavniki tveganja in varovalnimi dejavniki. Ti obsegajo socio-ekonomske (revščina, brezposelnost, pogoji zaposlovanja, delo v družini), fiziološke (telesna bolezen, »somatizacija« stiske) in psihološke dejavnike (izguba, socialna izolacija). Ženske so zaradi ekonomskih neenakosti med spoloma in pogostejše vloge skrbnic za otroke in ostarele ali bolne člane družine bolj nagnjene k revščini. Znano je, da

dve tretjini odraslih, ki živijo v najrevnejših gospodinjstvih, sestavljajo ženske; podoben je odstotek žensk med odraslimi, ki so odvisni od socialne podpore. Včasih je revščina povezana tudi s statusom samohranilstva in slabšo mobilnostjo (ženske so pogosteje odvisne od javnih prevoznih sredstev kot moški). Obstajajo pa tudi varovalni dejavniki za ženske, ki se kažejo v tem, da imajo ženske bolj razvite socialne mreže kot moški. Socialne mreže in zaupni odnosi lahko ublažijo socialno izolacijo in na splošno varujejo duševno zdravje. Razvezani ali ovdoveli moški zaradi pomanjkanja bližnjih odnosov včasih trpijo bolj kot ženske (Department of Health 2002: 12). Podobne študije, opravljene v industrializiranih državah, pokažejo, da se ženske v življenju pogosteje priučijo spretnosti za samostojno vzdrževanje gospodinjstva kot moški in si priskrbijo širšo socialno mrežo, ki jim omogoči samostojno življenje (WHO 2002). Toda statistični podatki pokažejo, da so ženske še vedno bolj ogrožene zaradi ponavljajoče se izkušnje nasilja in zlorabe. To velja tako za obdobje otroštva kot odraslosti. Obstaja precej raziskav, ki izkušnjo spolne zlorabe v otroštvu in nasilja v družini povezujejo z dolgotrajno duševno stisko, prav tako pa tudi s fizičnimi težavami in težavami v spolnosti. Nasilje nad ženskami, ki ga povzročajo njihovi intimni partnerji ali neznanci, je gotovo najbolj prevladujoč in najbolj značilen spolno opredeljen izvir depresije pri ženskah. Po drugi strani pa je moška družbena vloga delno opredeljena tudi s pričakovanji, da bodo moški močni in dominantni in da bodo znali obvladovati svoja čustva, zaradi česar redkeje prijavljajo zlorabe in poiščejo pomoč. Zato bi morale organizacije duševnega zdravja nameniti več pozornosti tudi zlorabi in nasilju nad moškimi. Vendar pa ne glede na spol velja, da v primeru, ko pomembni drugi (družinski člani, zaupni prijatelji, službe) ne prepoznajo zlorabe, to praviloma stopnjuje občutke nemoči pri žrtvah in poglablja njihovo stisko.

Da bi omogočili spolno občutljivost storitev, je v nekaterih primerih smiselno zagotoviti prostore ali storitve, namenjene posameznemu spolu. Razlogi za uvedbo prostorov, ki so

namenjeni samo ženskam, so na primer tile: želja žensk, da bi imele tako možnost izbire, specifične spolno, kulturno ali religiozno opredeljene potrebe in potreba po varnem okolju, ki je zlasti pomembna za ženske z izkušnjo nasilja ali zlorabe (Department of Health 2002: 10).

KULTURA IN ETNIČNOST KOT DEJAVNIKA TVEGANJA

Podobno velja, da so težave z dostopnostjo storitev duševnega zdravja in pogosto samoumevna kulturna (ne)občutljivost v organizacijah duševnega zdravja pomemben potencialni vir neenakosti pri delu z različnimi etničnimi in kulturnimi skupinami po Evropi, kar lahko vpliva na kvaliteto in izid obravnave. Tema svetovnega dneva duševnega zdravja v letu 2007 »Duševno zdravje v spreminjajočem se svetu: Vpliv kulture in raznolikosti« je usmerila pozornost k temu, da potreba po ugotavljanju, kako kultura vpliva na problematiko duševnega zdravja, v zadnjem desetletju v mnogih državah Evrope postaja čedalje pomembnejša, zlasti zaradi hitrih migracij in multikulturne delovne sile. Dosedanje izkušnje v Veliki Britaniji pokažejo, da imajo ljudje iz črnskih in drugih manjšinskih etničnih skupnosti in novi priselci za azil pogosto negativne izkušnje z uporabo storitev duševnega zdravja (Sathya-moorthy *et al.* 2001, Thomas *et al.* 2006). To lahko pojasnimo s številnimi dejavniki, kot so revščina, socialna izključenost in rasizem. Toda negativne izkušnje izvirajo tudi iz tega, da običajne službe duševnega zdravja pogosto ne razumejo potreb manjšinskih etničnih skupnosti in nanje ne znajo ustrezno odgovoriti.

Merjenje etnične in kulturne občutljivosti je torej pomembno za zagotavljanje kvalitetnih storitev. Pri spremljanju kulturne občutljivosti, ki jo je leta 2001 opravil center za duševno zdravje v Sainsburyju, je 34 % uporabnikov storitev iz mestnih četrti City in Hackney izrazilo prepričanje, da bi bili njihova obravnava in diagnoza drugačni, če bi z njimi delalo osebe, ki bi razumelo njihove izkušnje pripadnikov manjšinske etnične skupnosti. Več kot polovica vprašanih je menila, da so duhovna in

religiozna vprašanja zanje pomembna. Med njimi je bilo več kot polovica takih, ki o teh vprašanjih niso mogli govoriti z osebjem, zlasti zaradi bojazni, da bodo njihova prepričanja obravnavali kot psihiatrične simptome (Sathyamoorthy *et al.* 2001). Mnoge študije v preteklosti so pokazale, da je mogoče med pripadniki etničnih manjšin zaznati več duševnih stisk in da premalo uporabljajo psihiatrične storitve. Podrobnejša analiza je razkrila, da to ne velja za vse etnične manjšine, temveč le za nekatere, in da razlike med njimi niso povezane z rasno pripadnostjo ali barvo kože. Revnejši pripadniki etničnih manjšin imajo pogosteje težave z duševnim zdravjem kot tisti, ki niso revni (Kessler 1995, Meltzer *et al.* 2004, Nazaroo 1997).

Velja omeniti, da ženske in moški različnih etničnih pripadnosti niso homogena skupina. Oznaki, ki lahko spodbudita druge neenakosti, sta na primer prizadetost in spolna usmerjenost. Pri razvijanju instrumentov za spremljanje občutljivosti smo upoštevali tudi potrebe teh dveh podskupin.

CILJI IN PROCES UVELJAVLJANJA NAČELA ENAKOSTI

Merjenje etnične in kulturne občutljivosti in spolne neenakosti je torej pomembno, da bi zagotovili izboljšanje enakosti in kvalitete storitve. Poglavitni cilji uveljavljanja načela enakosti v okviru projekta Emilia so:

- zmanjšati spolne in etnične neenakosti v organizacijah, ki izvajajo projekt
- povečati občutljivost sodelujočih organizacij za osrednja vprašanja socialne vključenosti, kot sta spol in etničnost
- zagotoviti, da vsaka organizacija med zaposlenimi in uporabniki storitev zbere primerljive podatke o enakosti in neenakosti na področjih etničnosti in spolov
- usposobiti vse sodelujoče organizacije, da oblikujejo z empiričnimi izsledki podkrepjen akcijski načrt, ki bo praktičen in izvedljiv, usmerjen k povečanju občutljivosti za vprašanja etničnosti/kulture in spolov in bo temeljil na zanesljivih informacijah

- zagotoviti, da ženske, moški in pripadniki etničnih manjšin dobijo take storitve duševnega zdravja, ki bodo ustrezale njihovim potrebam.

V prvi fazi smo razvili instrumente za spremljanje občutljivosti. V prvem letu izvajanja projekta smo pripravili pilotski vprašalnik za osebje, ga preskusili v dveh izvajalskih organizacijah (eni iz zahodne in drugi iz vzhodne Evrope) in nato ponovno oblikovali instrumente spremljanja občutljivosti. Na pilotski stopnji izvajanja projekta smo obravnavali samo vprašalnike, ki so jih izpolnili zaposleni, saj so uporabnike v organizacijah vključili pozneje. Na prvi stopnji smo zbrali tudi osnovne informacije o problematiki spola, etničnosti in kulture v vseh sodelujočih organizacijah, ki smo jih pridobili neposredno od raziskovalk in raziskovalcev. Poleg tega smo pripravili podrobno poročilo o evropskih smernicah glede vprašanj spola, etničnosti in kulture. V prvi polovici drugega leta izvajanja projekta so tudi vse ostale organizacije izpolnile vprašalnik o spremljanju etnične oz. kulturne in spolne občutljivosti. Nato je vsaka organizacija pripravila svoj akcijski načrt z zastavljenimi cilji, ki naj bi jih dosegle v naslednjih dveh letih. Zaradi zamude pri vključevanju uporabnikov bodo ti podobne vprašalnike izpolnjevali pozneje. Nekaj organizacij je te podatke že pridobilo in ustrezno dopolnilo svoje akcijske načrte.

Za tak proces smo se odločili zato, da bi presegli zgolj faktične podatke in predvsem razumeli, kako si vprašanja enakosti spolov in etničnosti predstavljajo zaposleni in uporabniki ter kako nanje odgovarjajo.

OSNOVNE INFORMACIJE V SODELUJOČIH ORGANIZACIJAH

Na začetku smo prosili raziskovalke in raziskovalce za nekaj temeljnih informacij o problematiki spola, etničnosti in kulture v njihovih organizacijah in lokalnih skupnostih. Podatki so zajemali demografsko strukturo in poklicne kvalifikacije zaposlenih, značilnosti geografskega področja, ki ga pokriva služba, in obstoječe antidiskriminacijske politike

sodelujočih organizacij. Na podlagi zbranih podatkov smo pripravili prva priporočila za razvijanje občutljivosti do teh vprašanj in podali nekaj smernic za pripravo akcijskih načrtov.

Med zaposlenimi je v povprečju več žensk kot moških. Največja skupina zaposlenih v vseh organizacijah so medicinske sestre. Pri nadaljnjem usposabljanju na področju občutljivosti za spol, etničnost in kulturo jih bomo morali upoštevati kot ciljno skupino, saj so najpogosteje v neposrednem stiku z uporabniki. V eni od udeleženih držav so tretja največja skupina zaposlenih v neposrednem stiku z uporabniki zaposleni v sprejemnih pisarnah. Ta skupina je deležna manj usposabljanja v primerjavi z drugimi zaposlenimi.

V večini organizacij osebje pripada izključno ali skoraj izključno večinski etnični skupini. Pri zaposlovanju novega osebja smo tako priporočili večjo etnično in kulturno občutljivost.

Organizacije so navedle raznovrstne podatke glede starosti, socio-ekonomske deprivacije, prizadetosti, etničnosti in spola na geografskem področju, ki ga pokriva njihova služba, denimo visok odstotek enostarševskih družin, izključenost, imigracija, uporaba drog, HIV/AIDS, revščina, velika skupina prebivalcev s starostjo nad 65 let, nizek bruto domači proizvod in visoka stopnja brezposelnosti.

Polovica sodelujočih organizacij nima nobene posebne antidiskriminacijske politike. V treh organizacijah obstoječe napisane antidiskriminacijske politike zadevajo vprašanja, povezana s spolom, etničnostjo in kulturo, v eni pa splošne pravice hospitaliziranih pacientov. V treh od štirih organizacij, ki se jasno opredeljujejo do teh vprašanj, so zaposleni dobro seznanjeni z napisanimi smernicami. Te organizacije uporabljajo različno učinkovite mehanizme za zagotavljanje kvalitete, med njimi tudi možnost pritožbe nadzornemu svetu ali sindikatom, postopke evalvacije, poročanja in nadzorovanega spremljanja vprašanj enakih možnosti na timskih sestankih. Nekatere države morajo izboljšati dostop do storitev za prizadete uporabnike, zlasti za tiste z intelektualnimi in senzornimi ovirami.

INŠTRUMENTI SPREMLJANJA SPOLNE, ETNIČNE IN KULTURNE OBČUTLJIVOSTI

V vprašalniku za spremljanje etnične občutljivosti, ki so ga izpolnili zaposleni, smo člane osebja najprej povprašali o osnovnih značilnostih tistih uporabnikov storitev, ki pripadajo etničnim manjšinam, denimo, koliko jih je v primerjavi z drugimi uporabniki, katerim etničnim manjšinam pripadajo, ali so pri delu z njimi naleteli na kakšne jezikovne ovire itn. Naslednji niz vprašanj se je nanašal na komunikacijo, denimo, kdo prevaja in ali so na voljo pisne informacije v različnih jezikih. Zanimalo nas je, ali imajo za delo z uporabniki na voljo osebje različnih etničnih in kulturnih pripadnosti. Naslednje področje vprašalnika je zajemalo poznavanje antidiskriminacijskih načel in opredeljevanje do vprašanj, ki so povezana z etnično in kulturno problematiko (vprašanja so se nanašala na morebitne interne smernice, ki zavezujejo k antidiskriminacijski naravnosti, in na etnični in kulturni profil zaposlenih glede na prevladujočo populacijo na geografskem področju, ki ga pokriva služba). V nadaljevanju smo spraševali, ali imajo uporabniki, ki so pripadniki različnih etničnih in kulturnih skupin, na voljo tisto vrsto hrane, ki jo poznajo in ustreza njihovim prepričanjem ali religioznim zahtevam ter ali imajo dostop do duhovne oskrbe. V naslednjem nizu vprašanj so nas zanimali konkretni primeri diskriminacije, ali so zaposleni že bili deležni kakšnega usposabljanja glede etničnih in kulturnih vprašanj in kakšno usposabljanje bi potrebovali v prihodnje.

O spolni občutljivosti služb smo zastavili vprašanja, ki zahtevajo občutljivost pri vsakdanjem delu z uporabniki, kot so nasilje v družini, spolne zlorabe, skrb za majhne otroke ali onemogle člane družine, samohranilstvo in motnje hranjenja, prav tako pa smo zaposlene prosili, naj naš seznam dopolnijo in s primeri navedejo, kako se odzivajo na tovrstne situacije. Zaposlene smo vprašali, kaj predlagajo, da bi izboljšali svoje storitve na področju nasilja (v družini, osebja nad uporabniki, uporabnikov nad drugimi uporabniki, spolnega nadlegovanja).

Temu so sledila vprašanja osebju, kaj bi se moralo spremeniti pri njihovih storitvah na področju spolnosti, denimo, ali poznajo učinke homofobije na to spolno manjšino in ali imajo ustrezne spretnosti za delo z uporabniki, ki pripadajo spolnim manjšinam. Prav tako smo spraševali, ali imajo na voljo osebje, ki je istega spola kot uporabnik ali uporabnica, in ali imajo prostore, ki so namenjeni samo enemu spolu. Tako kot pri vprašalniku o etničnosti smo prosili zaposlene, naj navedejo konkretne primere diskriminacije na podlagi spola, in spraševali, ali v organizaciji obstaja politika enakosti spolov ter ali imajo na voljo kakšno usposabljanje glede vprašanj spolov.

POGLAVITNI IZSLEDKI

Poglavitna vprašanja, povezana z etničnostjo, s katerimi bi se morale po mnenju osebja njihove organizacije ukvarjati v prihodnje, so zadevala poznavanje kulture uporabnikov, ki so pripadniki etničnih manjšin, učinkovito podajanje informacij in zagotavljanje prevajanja in potrebe po večjem številu zaposlenih, ki pripadajo etničnim manjšinam. Večina organizacij ne daje pisnih informacij v različnih jezikih. Člani osebja nekaterih organizacij so za boljše komunikacijo z uporabniki predlagali prevod najpomembnejših administrativnih obrazcev in brošur z osnovnimi informacijami v jezike etničnih manjšin. Prav tako menijo, da je treba izvesti anketo o jezikih, ki jih govorijo uporabniki. Veliko zaposlenih so najmanj enkrat prosili, naj za potrebe uporabnika prevajajo iz enega jezika v drugega. Nihče ni prevajal samo enkrat, zato lahko sklepamo, da se take situacije ne dogajajo naključno, temveč sodijo k vsakdanjemu delu. Ti podatki se od države do države razlikujejo in so odvisni od etnične homogenosti oz. heterogenosti organizacije. Iz opisov primerov, v katerih je bilo prevajanje potrebno, lahko razberemo, da sta znanje in uporaba tujega jezika izjemnega pomena za osebje v neposrednem stiku z uporabniki. Zaposleni so navedli primere vsakodnevnih situacij na oddelku (»ko je treba pacientom pokazati, kaj naj storijo«, »ko jim je treba

povedati, naj gredo v kopalnico«) in krizne situacije (»prevajanje v sobi za osamitev«, »prevajanje za paciente, ki halucinirajo«). Veliko vprašanih je povedalo, da so se že znašli v situaciji, ko so morali prositi koga drugega, naj med pogovorom z uporabniki oz. njihovimi neformalnimi skrbniki prevaja zanje. Najpogosteje so bili v vlogi prevajalca zaposleni, sledijo člani uporabnikove družine, uporabnikovi prijatelji in drugi uporabniki. Poklicne tolmače uporabijo redko. Nekaj vprašanih je poročalo, da so se uporabniki do njih vedli diskriminatorno (denimo, ko pacient v deliriju ni dovolil, da bi ga obravnavala članica osebja, ki je bila drugačne polti), medtem ko je večina dejala, da nikoli niso izkusili nič takega. Nekateri so poročali, da so diskriminacijo na podlagi etnične pripadnosti doživeli na delovnem mestu od nadrejenih ali drugih zaposlenih.

Poglavitna vprašanja problematike spolov, s katerimi naj bi se sodelujoče organizacije po mnenju zaposlenih ukvarjale v prihodnje, so nasilje v družini, skrb za otroke in onemogle člane družine, samohranilstvo, motnje hranjenja in spolne manjšine. Glede nasilja v družini so zaposleni navedli primere: ženske, ki jih moške pretepajo, ko so pijani (ali zaradi zlorabe drog), doma jih ustrahujejo ipd. Omenili so, da se to v družinah dogaja skrivaj, v družinah, kjer moški veljajo za glavo družine, ali da je to posledica težav v intimnih odnosih. Predlagali so različne intervencije, ki so večinoma vključevale pogovorno terapijo, empatijo in sočutje. Številni zaposleni menijo, da imajo v primerih razkritja nasilja omejene možnosti pomoči in v odgovorih navajajo, da naredijo, kar zmorejo glede na omejene možnosti (večinoma menijo, da razen pogovora ne morejo ponuditi nobene druge oblike pomoči). Omenjajo tudi možnost posvetovanja z drugimi zaposlenimi in napotitev k psihiatru ali psihologu. Po drugi strani so spolne zlorabe sivo polje, ki jih nekatere organizacije prepoznajo bolje kot druge. Vprašani menijo, da imajo psihologi in psihiatri ključno vlogo pri delu z uporabniki s tako izkušnjo. Vse sodelujoče organizacije so navedle pomanjkanje ustreznega usposabljanja tako glede etnične in kulturne kot tudi spolne problematike.

NAJPOMEMBNEJŠI Poudarki AKCIJSKIH NAČRTOV

Odgovori so pokazali zglede uspešne in pomanjkljive prakse. Pri pripravi akcijskih načrtov so se v organizacijah posvetovali in soglasno opredelili cilje, ki jih morajo posamezne sodelujoče organizacije doseči v naslednjih 18 mesecih. Organizacije smo spodbudili, naj se posvetujejo z zaposlenimi, uporabniki in predstavniki pomembnih lokalnih organizacij. Drugi osnutek akcijskega načrta bodo organizacije pripravile takrat, ko bodo zbrale še podatke od uporabnikov. Najpogosteje zastavljeni cilji akcijskih načrtov, ki jih lahko razvrstimo v nekaj kategorij, so izboljšanje antidiskriminacijske politike, komunikacija z uporabniki storitev, uravnotežena zastopanost obeh spolov pri zaposlenih, povezovanje z lokalnimi organizacijami in skupinami in uvajanje usposabljanja na področjih spola in etničnosti. Sodelujoče organizacije so se odločile, da bodo izboljšale ozaveščenost osebja glede obstoječih politik, izboljšale razpoložljive informacije o pravicah in obveznostih uporabnikov in zaposlenih, ki zadevajo vprašanja enakosti pri dostopanju do storitev in dela v organizacijah duševnega zdravja, oblikovale in izvajale antidiskriminacijsko politiko, izboljšale storitve prevajanja, prevedle brošure z osnovnimi informacijami v različne jezike, domislile, kako vključiti več žensk v uporabniško skupino, ki jo v eni od organizacij sestavljajo večinoma moški (pred kratkim so ponudili dodatne dejavnosti, ki bodo morda bolj pritegnile uporabnice), v drugi sodelujoči organizaciji pa več moških (pri usposabljanju in pogovornih dejavnostih, kjer prevladujejo ženske), identificirale ustrezne lokalne službe, raziskovalne skupine, nevladne organizacije, organizacije za človekove pravice. Nekatere sodelujoče države so že razvile – ali lahko uporabljajo – inovativne storitve, ki so povezane z etničnimi vprašanji (na primer storitev kulturne mediacije v Barceloni) in vprašanji spola (povezovanje z lokalnimi ženskimi organizacijami).

USPOSABLJANJE

Vse sodelujoče organizacije so navedle številna vprašanja, povezana z etničnostjo in spolom, glede katerih bi se lahko usposobile. Predlagale so teme: homofobija in psihiatrija, preprečevanje nasilja med uporabniki, uporaba poklicnih prevajalcev pri sporazumevanju s tuje govorečimi uporabniki, nasilje v družini in duševno zdravje, osnovno poznavanje tujih izrazov v jezikih navzočih etničnih skupnosti in drugo. Spodbudili smo jih, naj bodo pozorni na siva polja (kot so spolne zlorabe v nekaterih državah) in na vprašanja, ki se jih zaposleni zavedajo, a jih težko rešujejo.

Vendar usposabljanje samo po sebi ne bo odpravilo socialne izključenosti na podlagi spola ali etnične pripadnosti. Večina uporabnikov pogosto doživlja zavračanje in stigmatizacijo, zato imajo slabo samopodobo. Programi usposabljanja tega pogosto ne upoštevajo, zato imajo slabe rezultate.

Obstaja veliko dokumentiranih podatkov o škodljivih učinkih diskriminacije na podlagi etničnosti in spola. Nepozornost na ta vprašanja pri obravnavi načeloma povečuje škodo in jo prenaša na naslednje generacije (na primer otroci zlorablajočih staršev ali staršev, ki so sami zlorabljeni, pogosteje zlorablajo ali so žrtve zlorab kakor drugi otroci). Toda ta podatek bo zaposlene zgolj prestrašil, če jim hkrati ne bomo ponudili instrumentov, s katerimi bodo lahko v taki situaciji naredili kaj pozitivnega.

Večina zaposlenih se zaveda diskriminacije in njenih družbenih razlogov, vendar meni, da je ne povzroča in je ne more preprečiti. To drži le delno, saj s tem le preložijo odgovornost, prav tako pa tudi občutke krivde, sramu, nemoči in obupa. Od strokovnjakov s področja duševnega zdravja se pričakuje, naj ne bi imeli predsodkov do nobenega uporabnika, vendar niso bili socializirani nič drugače kot drugi ljudje, predsodki pa nedvomno vplivajo na njihovo delo z uporabniki.

Če želimo spodbuditi uporabnike k izobraževanju in zaposlovanju, jih moramo najprej spoštovati. Spoštovanje v organizacijah duševnega zdravja pomeni, da moramo sprejeti boleče izkušnje uporabnikov, ki jih povzroča

diskriminacija na podlagi etničnosti in spola. Toda iskreno podoživljanje uporabnikove bolečine je boleče tudi za zaposlene. Živimo v družbi, ki se ne želi vsak dan ukvarjati z bolečino, zato jo pogosto raje prikritimo.

Pri projektu Emilia smo si torej zastavili, da bomo razvili program usposabljanja, ki bo zaposlenim omogočil, da bodo znali prisluhniti in živeti z bolečino, ki jo povzroča diskriminacija, namesto da se ji izogibajo, in da bodo znali narediti kaj pozitivnega. V naslednji fazi nameravamo najprej razviti dva programa usposabljanja na področju problematike spolov v duševnem zdravju (nasilje v družini in spolne manjšine). Potrebujemo strokovnjake, ki so sočutni, imajo dobre terapevtske spretnosti, željo po družbenih spremembah, čut za socialno pravičnost in sposobnost, da delujejo kot nosilci sprememb.

Socialno delo je v celoti zavezano antidiskriminacijski praksi. Menimo, da se težave, na katere so pokazale multidisciplinarne skupine zaposlenih v državah, ki sodelujejo pri projektu Emilia, nanašajo tudi na socialno delo na področju duševnega zdravja. Socialne delavke in delavci s področja duševnega zdravja pogosto delajo z ljudmi, ki so na robu krize, v krizi ali po preteku krize. Če se med njimi vzpostavi dober odnos, lahko uporabniki zaupajo socialni delavki ali delavcu; takrat vzniknejo tudi ključna vprašanja, povezana s spolom in etničnostjo. Če uporabniki začutijo, da se socialna delavka ali delavec boji teh vprašanj ali da je ali ga ne zanimajo, jim to ne bo le onemogočilo, da bi se razkrili, temveč jim bo potrdilo pretekle izkušnje diskriminacije. Včasih so razlogi, zakaj napotiti uporabnika k specialistu, upravičeni, toda ne prej, preden bi socialna delavka prisluhnila in uporabniku ponudila podporo, če ne želimo ponavljati nekdanjih neustreznih odzivov stroke socialnega dela.

Učiteljice in učitelji socialnega dela, raziskovalke in praktiki morajo vsekakor razmisliti, kako bodo premostili praznino med vrednostnim načelom enakosti in svojim vsakdanjim delom v organizacijah duševnega zdravja.

PRILOŽNOSTI IN OVIRE V PROCESU IZVAJANJA NAČELA ENAKOSTI

Sodelujoči uporabniki in zaposleni so bili zadovoljni, da je projekt Emilia postavil v ospredje vprašanje diskriminacije, etničnosti in spola. Strinjajo se, da je pomembno izboljšati sedanja položaja, vendar se hkrati sprašujejo, kako in ali je to mogoče. Menijo, da sami ne morejo storiti prav dosti glede diskriminacije, v nekaterih primerih celo, da diskriminacija ni problematična in da se pravzaprav ne dogaja.

Emilia je večkulturni projekt. Razlik v nacionalnih zakonodajah in politikah, terminologiji, občutljivosti, znanju in naravnosti do vprašanj spola in etničnosti in v tem, kako razumejo načelo enakosti spolov in etničnosti, se lotevamo s poudarkom na upoštevanju enkratnega položaja vsake sodelujoče države. Kulturno raznolikost smo opazili že na začetku izvajanja projekta, v fazi oblikovanja instrumentov za spremljanje občutljivosti, ki bi ustrezali vsem sodelujočim državam. Ta raznolikost se je odrazila tudi v različnih odzivih na vprašanja o etničnosti. V eni od sodelujočih držav nismo smeli zastaviti zaposlenim vprašanja o njihovi etnični pripadnosti. V drugi državi pa spremljanje izvajanja načela etnične enakosti ni bilo relevantno, ker imajo le nekaj pripadnikov etničnih manjšin, ki svojo etnično pripadnost skrivajo. Nekaterim zaposlenim so se vprašanja glede problematike spola zdela preveč osebna in vsiljiva. V nekaterih državah je največja ovira birokratsko pojmovanje integracije načela enakosti (»Saj gre samo za priporočilo Evropske unije – to je obrobna naloga v primerjavi z drugimi, bolj pomembnimi nalogami projekta«). Taka naravnost je deloma povezana z nezadostnimi finančnimi sredstvi in skopo odmerjenim časom za izvedbo tega dela projekta. Če odmislimo razloge in se osredotočimo na posledice, ugotovimo, da v večini sodelujočih držav ni potekalo zadovoljivo medsebojno sodelovanje pri oblikovanju akcijskega načrta. Tudi izvedba akcijskih načrtov poteka prepočasi. Kljub temu pričakujemo nekaj drobnih

pozitivnih sprememb, denimo, ozaveščenost o problematiki, usposabljanje zaposlenih za boljše ravnanje v primerih diskriminacije uporabnikov in spremembe antidiskriminacijske politike v nekaterih organizacijah.

Uveljavljanje načela enakosti je ena od razmeroma novih parol Evropske unije, ki lahko izgubijo svoj pravi pomen. Precej je odvisno od pomenov in dejanj, ki mu jih pripišemo. Včasih ga pojmujejo kot okostenelo, birokratsko zavezanost spoštovanju enakih kvot v sleherni kategoriji ali kot politično korektnost, namesto da bi poskrbeli za zmanjšanje diskriminacije in dejansko izboljšali enake možnosti. Uveljavljanje načela enakosti spola in etničnosti pri raziskovalnem delu je pogosto videti kot obvezen dodatek k »pravemu delu«, eno izmed opravil na seznamu, ki jih moramo opraviti. Toda tudi v najslabšem primeru, ko je uveljavljanje načela enakosti pojmovano zgolj birokratsko, so vodje projekta in raziskovalci prisiljeni vsaj prešteti, koliko moških in žensk je zaposlenih ali koliko etničnih manjšin je v organizacijah, in temu prilagoditi pripravo akcijskega načrta za izboljšanje enakopravnosti. Navsezadnje so v različnih evropskih raziskavah vendarle nastale številne inovacije in dobre prakse uveljavljanja načela enakosti. Žal pa v novem pozivu za zbiranje predlogov projektov sedmega okvirnega programa ta etična in raziskovalna razsežnost ni več obvezna, kar pomeni, da Evropska unija ne prevzema odgovornosti za socialno vključenost na področju znanstvenega raziskovanja, temveč jo preлага na nosilce raziskovalnih projektov in tako prepušča zgolj iniciativi posameznikov in njihovi ozaveščenosti.³

Prevedla Polona Mesec

VIRI

- DEEGAN E. P.** (1997), Recovery and empowerment for people with psychiatric disabilities. V: Aviram, U. (ur.), *Social Work in Mental Health: Trends & Issues*. New York, London: The Hayworth Press.
- Department of Health (2002), Women's mental health: into the mainstream: Strategic development of mental health care for women. http://www.dh.gov.uk/en/Consultations/Closedconsultations/DH_4075478?IdcService=GET_FILE&dID=4652&Rendition=Web (13. 5. 2008).
- Emilia (2008). [Http://www.emiliaproject.net](http://www.emiliaproject.net) (5. 5. 2008).
- KESSLER, R.C.** (1995), *The Epidemiology of Psychiatric Disorders*. Boston: Harvard University Press.
- MELTZER, D., FRYERS, T., JENKINS, R.** (2004), *Social Inequalities and the Distribution of the Common Mental Disorders*. Hove in New York: Psychology Press.
- NAZAROO, J.** (1997), Ethnicity and mental health: Findings from national community survey. London: Policy Studies Institute.
- RECKTENWALD, J.** (ur.) (2008), *The Life of the Women and Men in Europe: A Statistical Portrait*. Luxembourg: European Commission Office for Official Publications of the European Communities.
- SAYCE, L.** (2001), Social inclusion and mental health. *Psychiatric Bulletin*, 25, 121–123.
- SATHYAMOORTHY, G., et al.** (2001), *Cultural Sensitivity Audit Tool for Mental Health Services*. London: The Sainsbury Centre for Mental Health.
- THOMAS, P., SEEBOHM, P., HENDERSON, P., MUNN-GIDDINGS, P., YASMEEN, S** (2006), Tackling race inequalities: Community development, mental health and diversity. *Journal of Public Mental Health*, 5, 2: 13–19.
- ZAVIRŠEK, D.** (1994), Psihiatrični oddelek med boleznijo in njeno kulturno manifestacijo. Študija primera (I–V). *Socialno delo*, 33, 1: 39–51, 2: 99–107, 3: 217–227, 4: 301–309, 5: 407–415.

³ O tem smo bili obveščeni na delavnici akcijskega načrta na področju spolov (*Gender Action Plan Workshop*), ki ga je 2. aprila 2008 organiziral EC–DG Research, Directorate Science, Economy & Society – Scientific Culture & Gender Issues, Brussels.