



ZDRAVA SKUPNOST

NIJZ Nacionalni inštitut
za javno zdravje



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE



EVROPSKA UNIJA
EVROPSKI
SOCIALNI SKLAD
NALOŽBA V VAŠO PRIHODNOST

Priročnik za razvoj
skupnostnega pristopa
k zdravju

ZDRAVA SKUPNOST

Priročnik za razvoj skupnostnega pristopa k zdravju

Urednica:

Majda Pahor

Jezikovni pregled:

Ivanka Huber

Oblikovanje:

Ivanka Huber

Lea Peternel

Fotografija na naslovnici:

Lea Peternel

Izdajatelj:

Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva cesta 2, Ljubljana

Spletni naslov: www.nijz.si

Kraj in leto izdaje: Ljubljana, 2018

Priročnik je nastal v okviru operacije "Model skupnostnega pristopa za krepitev zdravja in zmanjševanja neenakosti v zdravju v lokalnih skupnostih". **Projekt se izvaja v okviru Operativnega programa za izvajanje kohezijske politike v programskem obdobju 2014-2020**, in sicer v okviru 9. prednostne osi "Socialna vključenost in zmanjševanje tveganja revščine". Projekt je sofinanciran s strani Evropskega socialnega sklada (80 %) in nacionalnega sofinanciranja (20 %). Za vsebino tega priročnika je odgovoren izključno Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Kataložni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani
COBISS.SI-ID=293601792
ISBN 978-961-7002-49-2 (pdf)

ZDRAVA SKUPNOST

Priročnik za razvoj skupnostnega pristopa k zdravju

Ljubljana, 2018

Zdrava skupnost je tista, ki omogoča ugodne družbene in fizične pogoje za zdravje. Temelji na povezanem delovanju različnih deležnikov (posameznikov, skupin in organizacij). Uporablja različne vire, od okoljskih do kulturnih, in različne oblike znanja, od vsakdanjega izkustvenega do strokovnega in znanstvenega. Pripadniki skupnosti so opolnomočeni in vključeni v procese odločanja, v katerih vse lokalne politike upoštevajo zdravje kot kriterij pri odločitvah. Skupnost sistematično zbira in analizira podatke o učinkih svojih dejavnosti na zdravje pripadnikov, da je zmožna stalnega prepoznavanja in vrednotenja svoje »politike zdravja«.

Na tej osnovi se razvija skupnost, ki je varna, ekonomsko učinkovita in okolju prijazna in kjer imajo pripadniki enak dostop do kakovostnega izobraževanja in zaposlitve, do prevoza in stanovanja in do vseh potrebnih zdravstvenih storitev. Skupnost omogoča in spodbuja zdrav življenjski slog svojih pripadnikov tudi z omogočanjem dostopa do zdrave prehrane in telesne dejavnosti (prirejeno po: What's healthy community 2013).

VSEBINA

ZDRAVA SKUPNOST KOT CILJ IN POT: UVOD K PRIROČNIKU ZA SKUPNOSTNI PRISTOP K

ZDRAVJU 10

SKUPNOST KOT ŽIVLJENJSKO OKOLJE LJUDI..... 13

Kaj je skupnost? 13

Skupnost kot oblika sobivanja in način povezovanja..... 13

Raznolikost skupnosti 14

Razvojna obdobja skupnosti 14

Oblika povezanosti na osnovi objektivnih in subjektivnih elementov 14

Skupnost kot dejavnik zdravja 16

Skrb za zdravje v okviru skupnosti 17

Premiki med skupnostjo in zdravstvenim sistemom v skrbi za zdravje..... 18

Skupnost v časovni perspektivi..... 18

Od tradicionalne do moderne družbe 18

Vloga skupnosti v zgodovini Slovencev..... 19

Povečanje vloge države..... 20

Skupnost v sedanjosti 20

Sistem vrednot in videnje vloge države pri njihovem zagotavljanju 22

Lokalna skupnost kot akter skrbi..... 28

Kako vidimo svet skozi leče etike skrbi/naklonjenega ravnanja?..... 28

Kaj sta ranljivost in neenakost v zdravju in kako ju zmanjšujemo?..... 30

Skupnost kot življenjsko okolje in dejavnik zdravja – ključni poudarki poglavja 35

SKUPNOSTNI PRISTOP K ZDRAVJU: IZHODIŠČA, NAČELA, PROCESI 40

Opredelitev pojmov: od pristopa zdravstva k skupnosti k pristopu skupnosti k zdravju 40

Zgodovinsko ozadje skupnostnega pristopa k zdravju 42

Skupnostni pristop k zdravju za 21. stoletje 45

Vloga zdravstvenih strokovnjakov v razvoju skupnostnega pristopa k zdravju	49
Kako udejaniti skupnostni pristop?	52
Usposabljanje za delo v skupnosti	54
Kako se učiti skupnostnega dela, kako pridobiti znanje, veščine in vrednote?.....	55
Pogosti problemi in težave pri razvoju skupnostnega pristopa.....	56
Skupnostni pristop k zdravju – ključni poudarki.....	56
UČINKOVITOST SKUPNOSTNEGA PRISTOPA K ZDRAVJU V SVETU IN PRIMERI V SLOVENIJI	59
Postopki oblikovanja pregleda literature	59
Učinkovitost skupnostnega pristopa k zdravju.....	60
Rezultati pregleda literature o učinkovitosti skupnostnega pristopa k zdravju	60
Ocenjevanje skupnostnega pristopa z vidika uporabnikov	65
Ocenjevanje stroškovne učinkovitosti	65
Prikaz posameznih intervencij, ki so se izkazale za učinkovite v svetu.....	66
Primeri vključevanja skupnosti v skrb za zdravje v Sloveniji	68
Kaj nam povedo izkušnje uvajanja skupnostnega pristopa k zdravju?	76
UVAJANJE SKUPNOSTNEGA PRISTOPA K ZDRAVJU NA LOKALNI RAVNI: PRAKTIČNI VIDIKI	82
Lokalna skupina za krepitev zdravja: ustanovitev, delovanje in vodenje	82
Zakaj ustanoviti lokalno skupino za krepitev zdravja?.....	82
Kako ustanoviti lokalno skupino za krepitev zdravja?	84
Članstvo v lokalni skupini za krepitev zdravja.....	86
Delovanje lokalne skupine za krepitev zdravja	87
Izzivi pri vzpostavljanju in delovanju lokalne skupine za krepitev zdravja	88
Vodenje lokalne skupine za krepitev zdravja.....	90
Zagotavljanje trajnosti lokalne skupine za krepitev zdravja	91
Od načrtovanja do izvajanja: strategija, akcija in rezultati.....	94
Strateški načrt zdravja skupnosti	94

Oblikovanje vizije	96
Skupnostno raziskovanje za oceno potreb, zmogljivosti in virov na področju zdravja	96
Oprelitev ciljev in ukrepov strategije ter njihova konkretizacija v akcijskem načrtu .	103
Priprava in izvajanje akcijskega načrta	104
Evalvacija strateškega načrta	108
STVARNO KAZALO	112

KAZALO TABEL

Tabela 1: Spremembe vrednot, vloge države in vloge skupnosti skozi čas	19
Tabela 2: Pogledi na zdravje in težave z zdravjem.....	50
Tabela 3: Glavni zdravstveni problemi glede na pristope.....	51
Tabela 4: Pregledni članki uvrščeni v osnovni pregled	80
Tabela 5: Opis metod skupnostnega raziskovanja	100

KAZALO SLIK

Slika 1: Determinante zdravja	17
Slika 2: Omrežja županov.	26
Slika 3: Stopnje participacije po Wilcoxu	47
Slika 4: Model skupnostnega pristopa v zdravju.....	48
Slika 5: Organizacijska struktura RAS Mura	93
Slika 6: Primer načrtovanja "spremembe", ki jo želimo videti.....	107
Slika 7: Evalvacijska vprašanja in merljivi kazalniki.	107

AVTORJI

Nika Berlic, univ. dipl. kom .

Peter Beznec, univ. dipl. ekon.

Špela Fistrič, univ. dipl. etn. in kult. antr.

dr. Ivanka Huber, prof. slov. in soc.

Milan Krek, dr. med., specialist javnega zdravja

mag. Silva Nemeš, univ. dipl. kom.

Denis Oprešnik, dipl. etn. in kult. antrop.

prof. dr. Majda Pahor, univ. dipl. soc.

mag. Lea Peternel, dipl. soc.

asist. Rok Poličnik, mag. diet., spec. klin. diet., višji predavatelj

Vesna Pucelj, prof. zdr. vzg.

Martin Ranfl, dr. dent. med., specialist javnega zdravja

Juš Škraban, dipl. etn. in kult. antrop.

SEZNAM KRATIC

CSD	center za socialno delo
CKZ	center za krepitev zdravja
CZR MS	Center za zdravje in razvoj Murska Sobota
EVS	European Values Study
EU	Evropska unija
ICER	Incremental Cost-Effectiveness Ratio
LSKZ	lokalna skupina za krepitev zdravja
NIJZ	Nacionalni inštitut za javno zdravje
OECD	Organizacije za gospodarsko sodelovanje in razvoj
OE NIJZ	Območna enota Nacionalnega inštituta za javno zdravje
OZZ	obvezno zdravstveno zavarovanje
RADM	referenčna ambulanta družinske medicine
RAS	Regionalna akcijska skupina
RRP	Regionalni razvojni program
RS	Republika Slovenija
SJM	Slovensko javno mnenje
SZO	Svetovna zdravstvena organizacija
UMAR	Urad za makroekonomske analize in razvoj
WHO	World Health Organization
WVS	World Values Survey
ZD	Zdravstveni dom
ZRSZ	Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje

Zdrava skupnost kot cilj in pot: uvod k priročniku za skupnostni pristop k zdravju

Majda Pahor

»Nikoli ne stopiš dvakrat v isto reko, nikoli ne govoriš dvakrat z istim človekom« je znani stavek grškega filozofa Heraklita, ki nas opozarja, da se vse okoli nas in v nas neprestano spreminja. Če reki, v katero smo stopili včeraj, lahko natančno sledimo in napovemo njeno gibanje, pa je z ljudmi težje. Kaj so vzroki sprememb pri ljudeh? Ali jih lahko razumemo in razložimo? Ali spremembe lahko usmerjamo v zaželene cilje? Ali sploh obstajajo zaželeni cilji?

Taka vprašanja se postavljajo tudi pred vse tiste, ki bi radi izboljšali zdravje ljudi. Če je že zdravje zmuzljiv, kompleksen in težko opredeljiv pojem, je izboljšanje ali krepitev zdravja, kjer gre za neke procese, poteke, spremembe, še toliko bolj. Da je **zdravje prebivalstva dejavnik gospodarskega in družbenega razvoja**, zlasti pa **kakovostnega življenja**, se več ali manj vsi strinjamo. Odgovori na vprašanje, **kako to doseči**, pa se močno razlikujejo. Je najbolje, da je za svoje zdravje odgovoren vsak sam? Kakšno vlogo naj ima država? Kako zagotoviti, da bo industrija dobičkonosna, hkrati pa ne bo slabšala pogojev življenja zaposlenih in okoliških prebivalcev?

Pristopi k zdravju slonijo na različnih paradigmah zdravja ter tudi družbe in odnosov med ljudmi. V sodobnih družbah prevladujejo institucionalizirani sistemi zdravstvenega varstva, temelječi na bio-medicinskem modelu zdravja in s prevladujočo vlogo kurative. Ti sistemi se praviloma aktivirajo šele takrat, ko se pojavi bolezen. Njihova vloga sicer obsega tudi dejavnosti preventive bolezni in krepitev zdravja, a če podrobneje pogledamo sistemske možnosti zanje – tako denarne kot kadrovske – lahko vidimo, da gre za bolj ali manj obrobne dejavnosti. Če zdravstveni sistem vidi svojo vlogo predvsem kot zdravljenje bolezni (kar je tudi popolnoma legitimna in zelo potrebna dejavnost) in namenja preventivi in promociji zdravja le manjši del svoje energije, kako potem te (enako legitimne in potrebne dejavnosti) okrepiti?

Eden od možnih odgovorov je **medsektorsko povezovanje vseh družbenih subjektov**, ki sooblikujejo pogoje življenja ljudi z namenom, da usklajeno podpirajo razvoj zdravju naklonjenega okolja. Ko govorimo o družbenih subjektih, mislimo tako na sistemske institucije (zdravstva, šolstva, sociale, gospodarstva, transporta in podobno) kot na lokalne skupnosti in združenja ter organizacije civilne družbe.

Povezano sodelovanje teh subjektov za boljše zdravje prebivalcev v okviru lokalne skupnosti imenujemo **skupnostni pristop k zdravju**.

Avtorji priročnika smo pojem skupnostnega pristopa k zdravju opredelili kot »**skupnost, ki pristopa k zdravju pripadnikov**«. To pomeni, da **skupnost identificira, zagotavlja in koordinira dejavnosti za krepitev zdravja svojih pripadnikov**. Njegov **nosilec je (lokalna) skupnost** skozi **povezano delovanje** njenih subjektov (tako posameznikov kot skupin), zainteresiranih za boljše zdravje vseh pripadnikov in okolja. Družbeni **systemi** (politični, izobraževalni, zdravstveni, pravosodni in drugi) zagotavljajo systemske okvire in **podpirajo nosilno vlogo skupnosti** v skrbi za zdravje in v odpravljanju neenakosti v zdravju njenih pripadnikov.

Vsi vključeni v razvoj skupnosti, tako lokalna samouprava, združenja civilne družbe, lokalno gospodarstvo kot predstavniki družbenih institucij na lokalni ravni (zdravstveni domovi, šole, socialni zavodi, izpostave zavoda za zaposlovanje, centri za socialno delo in drugo) z vključevanjem v lokalne strategije za razvoj zdravja prispevajo h krepitvi zdravja prebivalcev. **Krog bralcev in uporabnikov tega priročnika je zelo širok in vključuje vse skupine in posameznike, ki lahko prispevajo h krepitvi zdravja prebivalcev**. Nekoliko več pozornosti je v priročniku posvečeno vlogi zdravstvenih strokovnjakov v procesih krepitve zdravja skupnosti, saj imajo zaradi svojega specifičnega znanja in vloge ter ugleda v družbi lahko pogosteje kot drugi vlogo pobudnika razvoja zdravja kot pogoja za kakovostno življenje v skupnosti.

Priročnik želi prispevati k **skupnemu delovanju** vseh vključenih na področju krepitve zdravja v lokalnih okoljih v Sloveniji. Namenjen je **usposabljanju uporabnikov** za razumevanje okoliščin zdravja in za delovanje v smeri bolj zdrave skupnosti.

Ker pa je za praktično delo potrebno imeti nek skupni imenovalac, skupno razumevanje pojmov in procesov, **se priročnik prične z dvema bolj teoretičnima poglavjema**: o skupnosti kot življenjskem okolju ljudi in o tem, kako je razvoj pripeljal do specifične oblike skrbi za zdravje, to je skupnostnega pristopa k zdravju, ki je osrednji koncept priročnika.

V poglavju **Skupnost kot življenjsko okolje ljudi** je najprej **opredeljen pojem skupnosti**, ki ima v današnjem času več pomenov (lokalna, interesna, identitetna skupnost, fizična, virtualna). Na tem mestu bomo skupnost razumeli predvsem kot lokalno, ozemeljsko omejeno enoto, v Sloveniji večinoma opredeljeno kot občina. Seveda na zdravje poleg lokalne vplivajo tudi druge oblike skupnosti, vendar bomo tokrat ostali omejeni nanjo. V tem poglavju bomo pogledali na skupnost najprej v časovni perspektivi, kako so se njene funkcije spreminjale skozi čas in pripeljale do sedanje faze razvoja, kjer se v Sloveniji na lokalni ravni prepletajo elementi različnih vrednostnih sistemov, stopenj gospodarske razvitosti, stopenj medsebojne povezanosti – in različnega zdravja. Ker gre pri skupnostnem pristopu za aktivno lokalno politiko za krepitev zdravja, se v tem poglavju ukvarjamo tudi z vprašanjem, **kako lahko skupnost deluje kot akter skrbi**.

Poglavje **Skupnostni pristop k zdravju: izhodišča, načela, procesi** najprej podrobneje **opredeli ta osrednji pojem v priročniku**. V nadaljevanju se sprehodi po **zgodovinskem razvoju**, ki je pripeljal do novih oblik, zlasti močno uveljavljajočih se v 21. stoletju. Ta novi skupnostni pristop zahteva ponovno opredelitev vlog vseh udeležениh. Tu je posebej obravnavana **vloga zdravstvenih strokovnjakov** in vprašanje, kako zagotoviti skupno delovanje in udejaniti načela skupnostnega pristopa k zdravju.

Ali je ta oblika skrbi za zdravje sploh učinkovita? Ali krepi zdravje udeležencev? Kaj od tega že imamo v Sloveniji? Na ta vprašanja odgovarja poglavje z naslovom **Učinkovitost skupnostnega pristopa k zdravju v svetu in primeri v Sloveniji**. Pregledana literatura vsebuje **dokaze o zaželenih učinkih tega pristopa po svetu**, v Sloveniji pa so sicer že prisotne tovrstne dejavnosti, nimamo pa sistematičnih študij za merjenje njihovih učinkov

Zadnje poglavje z naslovom **Uvajanje skupnostnega pristopa k zdravju na lokalni ravni: praktični vidiki** je namenjeno **predstavitvi korakov, ki jih lahko skupnost in njeni subjekti opravijo pri razvijanju novega načina skrbi za zdravje**. V tem poglavju so predstavljeni koraki uvajanja skupnostnega pristopa v konkretnem okolju. Posamezna podpoglavja vodijo od začetnih aktivnosti za oblikovanje lokalne skupine za krepitev zdravja z vzpostavitvijo partnerstev v skupnosti, strateškega načrtovanja, s pomočjo katerega oblikujemo vizijo skupnosti, ter na osnovi ocene potreb skupnosti opredelimo skupne cilje, ukrepe in aktivnosti, do evalvacije, s pomočjo katere ovrednotimo svoje uspehe in se soočimo z novimi izzivi.

Če je **zdrava skupnost** hkrati cilj in pot, so zanj potrebni nekateri **miselni in akcijski obrati, spremembe paradigme in zornega kota gledanja**. Najprej ponotranjenje prepričanja, da je dobro življenje ljudi osrednja družbena vrednota, da ni razlogov za trpljenje, zatiranje in uničevanje. Drugič, da smo za skupno dobro odgovorni vsi, in s čisto vsakim svojim dejanjem. In tretjič, da moramo pri doseganju skupnega dobrega drug drugega podpirati in si pomagati.

To so seveda velike, zelo abstraktne besede, a praktično to pomeni, da na primer pri načrtovanju prostorskega razvoja občine skrbno pretehtamo, ali bolj potrebujemo otroško igrišče ali parkirni prostor za avtomobile, da razmislimo o demografskem profilu skupnosti in na tej osnovi gradimo podporne strukture ter da se zdravstveni strokovnjaki zavedajo pomena kulturnih in socialnih značilnosti skupnosti, za katere skrbijo, in jih upoštevajo pri svojem delu.

Avtorice in avtorji priročnika in njihovi podporniki v projektni skupini Nacionalnega inštituta za javno zdravje smo se trudili napisati **besedilo, ki bo utemeljeno na dokazih** in bo podpiralo konkretne dejavnosti za boljše zdravje skupnosti in njihovih pripadnikov. **Nekateri pojmi, ki jih uvajamo, so v slovenskem prostoru relativno novi**, zato smo se odločili, da jih osvetlimo z različnih zornih kotov, jih omenimo večkrat in opozorimo bralce nanje tudi z vprašanji za razmislek.

Skupnost kot življenjsko okolje ljudi

Majda Pahor, Milan Krek, Juš Škraban, Denis Oprešnik

Naša razprava o skupnosti je namenjena osvetlitvi njene vloge pri zagotavljanju zdravja ljudi. V ta namen bomo najprej **opredelili pojem skupnosti**, kot ga bomo uporabljali v tem priročniku, in nato spregovorili o skupnosti kot dejavniku zdravja njenih pripadnikov. V nadaljevanju bomo pogledali na **razvoj skupnosti skozi čas** (zgodovinsko) in v **sedanjosti** (med neoliberalnim/poznomodernim in postneoliberalnim modelom) ter se nazadnje vprašali, kako je lahko skupnost **akter podpore in skrbi** za zdravje ljudi.

Kaj je skupnost?

Skupnost kot oblika sobivanja in način povezovanja

To, kar danes razumemo kot skupnost, je rezultat **dolgotrajnega razvoja oblik sobivanja** in družbene organizacije življenja ljudi.

Vsak posameznik je enkraten in poseben, je popoln unikat s specifičnimi potrebami in željami. Svoje individualnosti pa ne more udeležati samostojno. Da sploh preživi, se mora nujno povezovati z drugimi.

Skozi zgodovino so ljudje reševali problem, kako vključiti posameznike in njihove partikularne interese v skupnost (Mlinar 1986). **Načini povezovanja** so različni; lahko jih razdelimo v dva tipa, pri prvem gre za povezovanje na osnovi podrejanja in nadrejanja (rečemo jim hierarhični), pri drugem pa za sodelovalno povezovanje enakopravnih subjektov. Drugače povedano, z drugimi ljudmi se lahko povezujemo na različne načine: ali tako, da se jim podrejamo, ali da smo jim nadrejeni; tretja možnost pa je, da smo med seboj v enakopravnih odnosih in do odločitev pridemo sporazumno, smo partnerji pri doseganju ciljev. Seveda so za mnoge situacije značilni **prepleti vseh treh tipov odnosov**. Tudi v sodelovalnem timu pri določeni nalogi začasno prevzame nadrejeno vlogo tisti član, ki je zanjo najbolj kompetenten.

Raznolikost skupnosti

Skupnosti, v katerih ljudje živijo, imajo ravno tako **raznolike značilnosti** kot posamezniki, ki jih sestavljajo, le da so te značilnosti pomnožene ne le s številom njenih pripadnikov, ampak tudi z njihovimi življenjskimi poteki in spremembami. Poznamo *mlade skupnosti*, kjer na vsakem koraku srečamo starše z dojenčki v vozičkih, pa tiste, kjer so zunaj le starejši, ki posedajo po klopcah. Poznamo take, ki so popisane z grafiti, kjer so smetnjaki večkrat prevrnjeni ali poškodovani in take z negovanimi zelenimi površinami. So *aktivne skupnosti*, ki se zganajo in sprožijo preventivne aktivnosti, ko v aplikaciji *Zdravje v občini* ugotovijo, da so pri njih nekateri zdravstveni problemi zaskrbljujoči; in so take, kjer nihče niti ne razmišlja o tem. Skupnosti se razlikujejo tudi po velikosti in tipu naselitve, kot so *mestne, primestne in podeželske* skupnosti, po *prometni povezanosti* in *infrastrukturni opremljenosti*. Nekatere skupnosti so bogate, druge so revne. Bogastvo je v različnih skupnostih različno porazdeljeno med pripadniki. Tako so nekateri lahko zelo bogati in drugi zelo revni.

Nekatere skupnosti razvijejo visoko stopnjo solidarnosti in z različnimi ukrepi zmanjšujejo neenakosti med člani skupnosti, druge jih povečujejo. Te neenakosti imajo potem za posledico tudi neenakosti v zdravju.

Razvojna obdobja skupnosti

Skupnosti imajo tudi svoja **razvojna obdobja**, obdobja rasti, vzpone in padce; tako kot posamezniki se rojevajo, rastejo, se razvijajo, obolevajo, razpadajo in preživijo ali pa odmirajo. Če še pri posamezniku težko razumemo spremembe v življenjskem poteku (ko nas recimo preseneti še včeraj prijazen otrok, ki postane nergav pubertetnik, ali ostareli, ki se kar naenkrat ne spomni ničesar in potrebuje vse več pomoči) je razumeti skupnost, kaj šele usmerjati njen razvoj v zeleno smer, veliko večji izziv.

Oblika povezanosti na osnovi objektivnih in subjektivnih elementov

Kljub vsej tej raznolikosti pa lahko najdemo nekatere **skupne značilnosti**, ki nam pomagajo razumeti ta pojav. **Skupnost je** vedno neka **oblika povezanosti** med ljudmi. Najpogosteje gre za ljudi, ki živijo na določenem omejenem ozemlju (to so lokalne skupnosti, od majhne vasi do mesta ali delov mest – sošeski ali četrti). Lahko pa gre za povezavo na osnovi skupne kulturne dediščine, jezika (recimo skupnosti izseljencev ali narodnih manjšin), lahko so to interesne skupnosti, na primer pripadnikov določene religije, ideologije, specifičnih interesov, starostne pripadnosti, spolne usmerjenosti, poklica in podobno. Skupnost je »nekaj srednjega«, je fizično in socialno vmesni člen med posameznikom z njegovim mikro okoljem (družina, najbližji prijatelji) in velikimi družbenimi sistemi.

Pogoj, da nekaj imenujemo skupnost, je torej določena (aktualna ali potencialna) **medsebojna povezanost**, ki na pozitiven način vpliva na identiteto posameznikov, imenovane »občutek skupnosti« (*community feeling*). Vsi smo pripadniki različnih skupnosti in se poistovetimo z nekaterimi bolj in z drugimi manj.

O skupnosti govorimo, kadar so oblike povezanosti do neke mere **formalizirane** in je vzpostavljena določena **struktura, ki omogoča potek procesov** za izvajanje funkcij oziroma interesov skupnosti.

Skupnost ima naslednje **dimenzije**:

- **prostor** – fizičen oziroma geografski ali virtualen;
 - **čas** – odvisno od stopnje razvoja družbe (v istem časovnem obdobju so lahko družbe v različnih fazah, tako glede demokratičnosti, ali gospodarske razvitosti, kot demografskega razvoja);
 - **ljudje** – njihove značilnosti, potrebe in viri;
 - **odnosi** – ki so lahko konvergentni (približevanje, podpora, pomoč) in divergentni (oddaljevanje, spori, spopadi);
 - **struktura** – formalizirane oblike povezanosti za upravljanje skupnosti;
 - **dejavnosti** – znotraj skupnosti potekajo proizvodnja in potrošnja, upravljanje, odločanje, socializacija, prosti čas;
 - **storitve** – zagotavljanje kakovostnega življenja;
 - **identiteta** – občutek pripadnosti, podpornosti;
 - **vir** – s katerimi viri razpolaga skupnost;
 - **razvoj** – skupnost se razvija in lahko tudi preneha delovati, njen razvoj je lahko počasen ali pa zelo hiter, lahko se tudi začasno ustavi;
 - **kultura, zgodovina** in **vzorci organizacije**, ki jim sledi s ciljem preživetja v prostoru in času.
-

Predmet naše obravnave bodo predvsem **lokalne skupnosti**, ki se od večjih družbenih sistemov (gospodarstvo, izobraževanje, zdravstvo, sodstvo in podobno) razlikujejo tudi po svoji vključevalnosti, saj povezujejo posredno ali neposredno vse subjekte, ki živijo in/ali delujejo na določenem ozemlju.

(Lokalna) skupnost pomeni prostorsko bližino in namerno omrežje socialnih odnosov, formalnih in neformalnih dejavnosti ter storitev, ki naj bi podpirale blaginjo ljudi v vseh fazah njihovega življenja. Lokalna skupnost je na eni strani **avtonomna**, po drugi pa **del kompleksnejših tvorb** – države, družbe in različnih sistemov (Bahovec 2005; Jeriček Klanšček 2004, v Zupančič, Kuhar, Pahor 2014). Vodenje lokalne skupnosti ne pomeni samo izpolnjevanje potrebnih nalog in zagotavljanja vrste lokalnih služb, pač pa tudi varovanje življenja in svobode prebivalcev ter pospeševanje rezultatov, ki bogatijo kakovost življenja (Haček 2012, v Zupančič, Kuhar, Pahor 2014).

Skupnost kot dejavnik zdravja

Čeprav je **zdravje na prvi pogled značilnost posameznika**, zlasti njegovega telesa, pa so raziskave pokazale na njegove širše razsežnosti, na socialne determinante zdravja. Vplivi socialnega okolja delujejo na makro ravni, kot so države, in na mezo ravni v regionalnih okoljih in lokalnih skupnostih.

Vemo, da v nekaterih državah ljudje v povprečju živijo dlje kot v drugih – ali imajo torej drugačna telesa? Kako sta v različnih družbah porazdeljena zdravje in bolezen?

V prvem letu življenja umre na Irskem dva otroka na 1000 živorojenih, v Mozambiku pa 120. Na Švedskem umre ob porodu 1 ženska na 17400 porodov, v Afganistanu pa na 8 porodov. Zdravstveno stanje ljudi, ki živijo v revščini, je bistveno slabše od tistih, ki živijo v ugodnih ekonomskih razmerah.

Družbeni pogoji življenja ljudi ali kot to imenuje Svetovna zdravstvena organizacija (SZO), **socialne determinante zdravja**, določajo, v kakšnem okolju se bodo ljudje rodili, živeli in delali (WHO 2008). To velja za države, za regije v isti državi, za različna mesta in celo za dele mest. Svetovna zdravstvena organizacija ocenjuje, da v evropski regiji vsako leto lahko pripišemo 20 % smrti vplivu okolja na človeka, zato je poznavanje in obvladovanje determinant okolja pomembna naloga v lokalni skupnosti (WHO 1978).



Slika 1: Determinante zdravja (Dahlgren, Whitehead, 2006)

Skrb za zdravje v okviru skupnosti

Prispevek k zdravju prebivalstva je prispevek k ciljem drugih sektorjev in splošnim družbenim ciljem. Zdravje prebivalstva je pomemben prispevek za gospodarstvo, produktivnost, socialno-ekonomski razvoj in blaginjo. Tako je **zdravje prebivalcev skupni cilj v različnih sektorjih vlade in drugih zainteresiranih strani**, vključno z zasebnim sektorjem in civilno družbo ter lokalno skupnostjo. Zato se mora pristop osredotočati na razvoj partnerstev za politiko "win-win", in vzpostavljanje koristi za družbo (WHO 2008).

Če hočemo zdravje ohranjati, krepiti ali vračati, je potrebno poznati okoliščine in dejavnike, ki ga oblikujejo. Zdravje je namreč kompleksen pojav s fizičnimi, psihičnimi, okoljskimi in socialnimi razsežnostmi. Zdravje je kot temeljna vrednota v vseh družbah in zgodovinskih obdobjih predmet pozorne razlage in obravnave. Značilnosti družbe odsevajo v boleznih in zdravstvenih problemih vsakega obdobja.

Kot odgovor na zdravstvene probleme določenega časa in prostora so se razvili sistemi zdravstvenega varstva v svojih različnih oblikah. **Razvoj oblik skrbi za zdravje** je potekal v dialektičnem zaporedju od laične k profesionalni in nato k povezani obravnavi v sodelovanju med laiki in strokovnjaki. Drug vidik razvoja zdravstva je prehajanje od ukvarjanja z duhovnimi vidiki zdravja preko redukcionistične paradigme (telo kot stroj) k celostni obravnavi v sedanjosti. Tretji pogled na ta razvoj pa ga vidi kot pot od proto-skupnostne k

institucionalni in nato k »neo-skupnostni« obliki, ki se v svetu uveljavlja od zadnje petine dvajsetega stoletja.

Premiki med skupnostjo in zdravstvenim sistemom v skrbi za zdravje

Če opazujemo premike v razmerju med zdravstvenim sistemom in skupnostjo glede na vlogo pri skrbi za zdravje vidimo, da že dobrih sto let prevladuje formalizirano, institucionalizirano zdravstveno varstvo pod bolj ali manj celovitim nadzorom države. V zadnjih desetletjih pa je prišlo do premikov lokusa nadzora nad pogoji za zagotavljanje zdravja v lokalno skupnost, ob hkratni povezanosti teh skupnosti z institucijami, ki so del družbenih sistemov (zdravstva, šolstva, gospodarstva, politike in drugega).

Deklaracija SZO iz Alme Alte (WHO 1978) poudarja **pravico prebivalcev do participacije pri planiranju in implementaciji varovanja zdravja na primarni ravni**. Priporoča, da **sodelovanje** med akterji na lokalni ravni poteka **na osnovi partnerstva**. Če naj torej skupnost prevzame aktivno in povezano vlogo pri zagotavljanju zdravja pripadnikov, je potrebno pojem skupnosti podrobneje osvetliti.

Skupnost v časovni perspektivi

Od tradicionalne do moderne družbe

Razvoj lokalne skupnosti (ljudi, ki povezano živijo na določenem območju) lahko **sledimo skozi zgodovino** od tradicionalne vaške skupnosti, ki je skrb za zdravje zagotavljala na osnovi laične ali polprofesionalne dejavnosti nekaterih pripadnikov. Na razvoj skupnosti so nato vplivali **procesi modernizacije** v zadnjih dvestopetdesetih letih, kot delitev dela, individualizacija, industrializacija, razvoj mest in institucionalizacija vseh glavnih področij življenja.

Za zdravstvo je to pomenilo selitev zdravljenja iz skupnosti v ustanove in prevlado kurativne paradigme kot ključne za zagotavljanje zdravja. Institucionalizacija zdravstva v moderni dobi je imela pozitiven vpliv na zdravje, saj je omogočila uveljavitev znanstvene paradigme in sistematičnosti pri zdravljenju bolezni. Sčasoma pa je pokazala svoje temne strani, na katere so opozorile raziskave v 50. in 60. letih (Goffman 1961), ki so bile eden od dejavnikov obrata k vzpostavitvi skupnosti kot prostora integracije »sveta življenja« in »sistema« (Habermas 1997).

Tabela 1: Spremembe vrednot, vloge države in vloge skupnosti skozi čas

	Vrednote	Vloga države	Vloga lokalne skupnosti
Tradicionalna družba	Zvestoba, pripadnost, nizka stopnja individualizma	Majhna	Velika
Moderna družba	Napredek, profit, porast individualizma	Velika	Se zmanjša
Postmoderna družba	Okoljsko zavedanje, empatija, družbena odgovornost	Se umika, preoblikuje	Ponovno uveljavljanje

Vloga skupnosti v zgodovini Slovencev

Če (s pomočjo Vesne Godina, 2014) pogledamo v **zgodovino Slovencev**, bomo ugotovili, da so **v preteklosti jedro družbene organizacije predstavljale majhne, visoko avtonomno preživetveno organizirane skupine**, ki so samostojno odločale o vseh bistvenih zadevah vsakodnevnega življenja. Svoji avtonomnosti so se odrekale le občasno, za doseganje jasno opredeljenih ciljev. Te prakse so bile povezane s prisotnostjo samouprave, avtonomije in neposredne demokracije. Med našimi predniki je prevladoval tisti tip proizvodnje dobrin, ki je zagotavljal preživetje skupnosti. Preživetveno-samooskrbna logika je torej skupaj z delom na zemlji, katerega bistveni cilj je bil zagotoviti lastno preživetje, kot logika in praksa preživela ne le uvedbo blagovno tržne ekonomske logike, ampak tudi vse kasnejše spremembe in se kot dominantna logika ekonomskega delovanja ohranila v socializmu. Zgodovinski podatki in slovenska literatura tudi govori, da je preživetje tako nad zakonom kot nad državo. Logika nadrejenosti preživetja drugim moralnim standardom se do neke mere ohranja še danes.

V slovenski zgodovini je ta praksa dobila značilno obliko »dajmo se zmenit«, ki ni bila le oblika tega, kako se v neformalnih mrežah urejajo tako rekoč vse bistvene zadeve, kajti vse bistvene zadeve so se vso slovensko zgodovino urejale v neformalnih mrežah, ampak je postala tudi kriterij socialnosti posameznika in skupin. **Samo posamezniki, ki so pripravljeni »se zmenit« so tako videni kot kooperativni, socialni in konstruktivni.**

Modelov zahodne družbe, recimo ideje o družbeni pogodbi in racionalni posredniški vlogi države, preprosto ni bilo mogoče kar prenesti v naše okolje. Razvoj družbe in ekonomije je odvisen od kulture in kulturnih vrednot, in to tistih, ki v določeni družbi že obstajajo, ki so časovno predhodno prisotne in ki tvorijo motivacijo za dosežek (Godina 2014).

Torej smo **Slovenci dobri v povezovanju v manjše lokalne skupnosti**, ki so skozi tisočletja omogočile preživetje rodov. To je del naše kulture in **povezovanje na lokalni ravni ob hkratni odprtosti do širših družbenih procesov bi lahko bila naša prednost.**

Povečanje vloge države

Vloga lokalne skupnosti v življenju ljudi se je spreminjala. V predindustrijski dobi je bila zelo pomembna, saj so mesta in celo vasi dosegale visoko stopnjo samozadostnosti in politične avtonomije. V industrijski družbi pa je delitev dela in moč centralne državne oblasti spodkopala njeno vlogo.

Vloga države se je povečala z urejanjem čedalje več področij življenja. Tekom 19. in 20. stoletja so se družbeni odnosi, ki so temeljili na osebnih vezeh zvestobe in podrejanja, postopoma spremenili v odnose, temelječe na formalnih in pravnih pogodbah. Do konca 20. stoletja so globalizacijski procesi, zlasti ekonomski, podrli nekoč jasno zarisane meje med skupnostmi. Večina političnih odločitev se sprejema visoko nad lokalno ravni, družinsko življenje je v primerjavi z nekoč sedaj bolj usmerjeno navznoter, prav tako pa je naraščajoča mobilnost (tako dnevna kot stalna) ošibila lokalne povezave in občutek pripadnosti določeni skupnosti.

Skupnost v sedanjosti

Slovenija deli glavne značilnosti svetovnega razvoja neoliberalizma z zmanjšanjem urejevalne vloge države in prevlado trga, ki se je začel uveljavljati v 80. letih 20. stoletja skozi delovanje vlad ameriškega predsednika Reagana in britanske premierke Thatcherjeve.

Neoliberalizem se pojavlja na več načinov: kot ideologija, kot način upravljanja in kot specifična skupina politik.

- Kot *ideologija* (to je specifično razumevanje, pogled na svet, ki odraža interese določene skupine) izraža interese globalne elite vodilnih nadnacionalnih korporacij, lobistov, nekaterih z njimi povezanih novinarjev in javnih osebnosti. Poudarja idealizirano podobo sveta globalnega potrošništva in prostega trga, ki jo širi preko medijev.
- Je tudi *način upravljanja*, ki je zasnovan na podjetniških vrednotah, kot so tekmovalnost, individualizem in decentralizacija. Povečuje pomen samostojnosti in moči posameznika ter zmanjševanje pomena centralne državne oblasti in njen prenos na manjše lokalizirane enote. Pri upravljanju družbe uporabljajo tehnike iz sveta podjetništva in trgovine, kot so razvoj »strategij« za »obvladovanje tveganj«, ustvarjanje »presežkov«, »izračuni učinkovitosti«, krčenje javnih služb in njihova privatizacija. Za vodenje zaposlenih je značilno postavljanje kompetitivnih ciljev in spremljanje rezultatov, individualni, na učinkovitosti zasnovani delovni načrti, ponotranjenje tržno usmerjenega vedenja in transformacije birokratskega načina

mišljenja v podjetniško. Državni uslužbenci sebe ne vidijo več v službi javnosti kot varuhe javnega dobrega, ampak delujejo v interesu institucije in države kot podjetja s predvsem monetarnimi cilji.

- Na področju *javnih politik* se neoliberalizem kaže z zmanjšano vlogo države kot deregulacija gospodarstva, liberalizacija trgovine in proizvodnje ter privatizacija državne lastnine. Davki se praviloma nižajo, zlasti za tiste z visokimi dohodki, posledično sledi zmanjšanje javnih služb in socialnih programov, zmanjšanje javnega sektorja, poudarjanje fleksibilnosti trga dela, predvsem na račun delojemalcev, odpravljanje omejitev za globalne gospodarske tokove in angažiranje intelektualcev za ideološko utemeljevanje paradigme neoliberalizma in njeno reprodukcijo (Steger, Roy 2010).

Modernizacijo, to je proces razvoja družbe v zadnjih 250 letih, spremlja uveljavljanje **individualizma**. Uveljavljanje pomena in osrednje vloge **človeka kot posameznika** v odnosu do družbenih okvirov, ki ga obdajajo, je velik razvojni dosežek, saj so v preteklosti praviloma prevladovali interesi in potrebe skupnosti. To se je kazalo tako na ravni družine, kjer so delovno in življenjsko usodo otrok določali starši, kot na ravni širše družbe, ko so vladarji lahko samovoljno odločali o skoraj vseh zadevah podanikov.

Na **negativne posledice individualizacije** v današnjem svetu pozne moderne je začel opozarjati eden izmed vodilnih nemških sociologov, Ulrich Beck, ki ugotavlja, da postaja posameznik vse bolj odvisen od samega sebe, od svoje lastne usode na trgu dela z vsemi tveganji, ki jih to prinaša. Tako je prisiljen sam sprejemati odločitve o svojem življenju, ki pa zaradi same narave družbe nikakor niso enoznačne in določene, temveč vse bolj tvegane. Ima sicer večje možnosti izbire tako o sebi kot o svoji lastni usodi na področju dela, izobraževanja in družine, vendar hkrati tudi večja tveganja, da bodo te izbire napačne.

Posameznik ostaja zmeden in negotov, zato Beck sodobno družbo imenuje **»družba tveganja«**. **Tveganja v sodobni družbi niso enakomerno porazdeljena med prebivalstvom posamezne države, med državami in v svetovnem merilu.** Obstaja povezava med skrajno revščino in skrajnimi tveganji. Materialna beda in slepota za tveganja spadata skupaj. Ljudje, ki živijo v revščini ali v obrobni skupinah prebivalstva, so tako izpostavljeni večjim tveganjem (Beck 2001).

V individualizirani družbi se mora vsak posameznik naučiti, da samega sebe dojema kot središče delovanja, svoje sposobnosti, usmeritve, partnerstva in podobno. Zahtevan je aktiven model delovanja v vsakdanjiku, ki ima *jaz* za središče, mu odpira možnosti za delovanje in na ta način dovoljuje, da človek možnosti oblikovanja in odločanja smiselno uporabi za lastno življenje. Za posameznika položaji, ki ga določajo, niso več samo dogodki in razmere, ki se usujejo nanj, temveč tudi posledice odločitev, ki jih je sam sprejel, ki jih mora videti kot take in jih kot take predelati. Iz tega izhaja, da postajamo družba, razdeljena na zgubarje in zmagovalce. **V družbi tveganja nas prepričujejo, da je vsak za zmago ali za zgubo**

odgovoren sam. Gre za individualizacijo odgovornosti (Beck 2001) in posledično naraščajoče neenakosti.

Tudi **vloga države** v pozno moderni se spreminja, **državljanom zagotavlja le osnovno socialno varnost, vse drugo pa prepušča lokalnim dejavnikom**, ki naj s fleksibilnejšim pristopom uresničujejo specifične programe, prilagojene potrebam posameznih prostorskih in/ali interesnih skupnosti. **Tako se prav na lokalni ravni ljudje neposredno srečujejo z uresničevanjem socialnih in zdravstvenih potreb in pravic.** Tu strokovne službe izvajajo storitve, poleg tega pa na ravni soseske in drugih oblik skupnostnega povezovanja potekajo tudi procesi samopomoči in prostovoljne pomoči drugim, ki jih Ramovš opredeljuje kot temeljne socialne imunske mehanizme (Ramovš 2015).

Na stičišču, kjer se mreže neformalne in formalno organizirane samopomoči ter dobrodelnosti prepletajo z delom strokovnih ustanov in služb, se vzpostavlja delo v skupnosti kot profesionalna aktivnost, usmerjena v urejanje problemov v življenjskem okolju. Delo v skupnosti načeloma podpira obstoječe in promovira nove skupine ter organizacije za samopomoč in prostovoljno pomoč drugim. Pri reševanju socialnih problemov, ki zahtevajo celostni pristop in koordinirano delovanje vseh sodelujočih, mobilizira ljudi, znanje in sredstva, potrebna za kolektivne akcije. V življenjskem okolju, tako v mestih, kot na podeželju, se kopičijo socialne težave posameznikov in skupin, ki jih obstoječe strokovne službe ne zmorejo zadovoljivo reševati, zato preraščajo v množične socialne probleme (Ramovš 2015).

Sistem vrednot in videnje vloge države pri njihovem zagotavljanju

Ravnanje ljudi, tako posameznikov kot skupin in skupnosti, v veliki meri usmerjajo njihove **vrednote in prepričanja**. Izhajajo iz ocene ljudi, kaj je »vredno«, pomembno, kaj je prioriteta. Temeljne so preživetvene vrednote, ki jih v bolj razvitih družbah dopolnijo vrednote samoizražanja, ustvarjalnosti, empatije in raznolikosti.

V Sloveniji so raziskave v obdobju 2010 do 2016 pokazale, da so izrazito prisotne vrednote varnosti in enakosti ob visokem vrednotenju družine in bolj nihajočem odnosu do dela ter drugih pravic in vrednot (Toš 2016).

Med Slovenci prevladuje razumevanje, da je država predvsem regulator socialnih nesorazmerij: država naj skrbi za zmanjševanje razlik med bogatimi in revnimi, za zagotavljanje dostopa do delovnih mest, za standard upokojencev in nadomestila za

brezposelne, za zagotavljanje zdravstvene oskrbe, za delovanje izobraževalnega sistema in podobno. **Država je torej porok varnosti**, razumljene predvsem kot socialne varnosti (z vidika človekovih pravic), hkrati pa tudi porok kulturne varnosti (z vidika zagotavljanja nacionalne identitete), mednarodne varnosti (z vidika zagotavljanja suverenosti ob vstopanju v meddržavna in mednarodna razmerja). Tako razumljena vrednota varnost ima v hierarhiji vrednot osrednje mesto.

Varnost, skupaj s svobodo in enakostjo, pomeni temelj vrednotnega sistema Slovencev in Evropejcev nasploh. Vanj so umeščene tudi druge pomembne, osrednje vrednote, kot so **družina, delo, pravice človeka posameznika, individualne libertarne vrednote**. Seveda pa te **vrednote v spreminjajočih se razmerah v družbeni strukturi in okolju spreminjajo svoje umestitve**. Tako je ob prvi meritvi slovenskega javnega mnenja (SJM 1992) poleg družine najvišje uvrščena vrednota delo; po dvajsetih letih (SJM 2015) pa se delo umešča bistveno nižje, pomen pa pridobita vrednoti prosti čas in prijatelji.

Zavzemanje za **dohodkovno enakost** je tudi v tem obdobju **osrednja in prevladujoča vrednotna orientacija**. Izraža se v težnji po zmanjševanju dohodkovnih razlik (Ule 2016), v odklanjanju vseh vidikov neenakosti pri dostopu do izobraževanja in zdravstvenih storitev na podlagi plačila, v zavzemanju za solidarnostni pokojninski sistem, v poudarjanju odgovornosti države za zagotavljanje znosnih razmer preživetja brezposelnih in socialno ogroženih ter njihovega dostopa do človeku primernih bivalnih razmer, v poudarjanju odgovornosti države za zagotovitev delovnih mest vsem delovno sposobnim in delavoljnim posameznikom. Zavzemanje za (dohodkovno) enakost je torej središčnica vrednotnega opredeljevanja v polju socialnoekonomskih razmerij; močno je poudarjena družbena (socialna) vloga države.

Strnitev vseh posamičnih opazovanj in analiz vrednotnega opredeljevanja **prebivalcev Slovenije** pokaže, da je njen temelj **zavzemanje za ohranitev solidarnosti in prvin socialne države**. To se še posebej izrazi tudi skozi zavzemanje za dohodkovno izenačevanje in solidarnost kot temelja odnosov med posamezniki, skupinami in sistemom. Torej so močno prisotne vrednote solidarnosti, dohodkovne enakosti in reguliranja odnosov med ljudmi.

Eden od pomembnih elementov skupnosti je medsebojno zaupanje pripadnikov. Zaupanje je rezultat izkušenj, ki smo jih imeli s posamezniki ali institucijami, z njihovim delovanjem v skladu z vrednotami in pravili, z njihovo kredibilnostjo in učinkovitostjo. Tu imamo **Slovenci problem zaradi slabih izkušenj v preteklosti**.

Raziskava o socialnem zaupanju, kjer so ugotavljali, do kolikšne mere se prebivalci sedmih evropskih držav strinjajo, da je ljudem na splošno mogoče zaupati, ali pa obratno menijo, da človek ni nikoli dovolj previden, je Slovenijo uvrstila na zadnje mesto. Samo 14 % anketirancev se je strinjalo s prvo trditvijo, v primerjavi s 43 % Švicarjev (Delhey, Newton 2003). Ljudje najbolj zaupajo gasilcem, šolam, zasebnemu zdravstvu, policiji in javnemu zdravstvu (Toš 2016).

Raziskava o splošni ravni zaupanja v Evropi (Olivera 2013) ugotavlja, da je evropsko povprečje na lestvici od 0 do 10 (10 = ljudem je v splošnem mogoče zaupati) 4,9. Slovenija je pod tem povprečjem z oceno 4,1. Najvišje je Danska z oceno 6,9, najnižje pa Bolgarija s 3,4. Ravno tako nizko uvrščenost Slovenije je pokazala raziskava na podatkih European Social Survey avtoric Beilman in Lilejoa (2015), kjer je Slovenija v skupini z vzhodno in južnoevropskimi državami. Podobno ugotavlja tudi raziskava World Values Survey, ki jo povzemata Almakaeva in Griesshaber (2014), da ima v Sloveniji visoko splošno zaupanje v ljudi 9 %, na Švedskem pa 69 % prebivalcev.

Urad za makroekonomske analize in razvoj (UMAR) v svojem **Poročilu o razvoju za leto 2017** povzema Eurobarometrovo raziskavo o zaupanju v institucije, ki sicer nikjer po Evropi ni zelo visoko, a je v Sloveniji izrazito nižje od evropskega povprečja. Slovenci od političnih subjektov še najbolj zaupajo lokalnim oblastem in sicer v 38 % (EU povprečje je 47 %).

Po svoje je protislovno, da **kljub zavzemanju za solidarnost in dohodkovno enakost v odnosu do institucij prevladuje in narašča nezaupanje in skrajna kritičnost**. Visoko nezaupanje v institucije sistema spremlja izjemno visoko nezaupanje na medosebni ravni. V slovenski družbi se torej srečujemo z nizko stopnjo sistemske in socialne integracije ter posledično z visoko ranljivostjo družbe na strese, ki prihajajo iz okolja (Toš, 2016).

Izzivi skupnosti v času neoliberalizma so povezani z umikajočo se vlogo države. Sredstva, ki jih za reševanje problemov daje država, so običajno premajhna, zato si prebivalci, strokovne službe in lokalne oblasti zastavljajo vprašanje, kako naj se takih problemov učinkoviteje lotevajo. Revščina, brezposelnost, pomanjkanje stanovanj in slabe stanovanjske razmere, nezadostna pomoč ostarelim, bolnim in hendikepiranim ter osebam z različnimi oblikami oviranosti, njihova osamljenost, težave pri varstvu in šolanju otrok, pomanjkanje prostora in priložnosti za druženje ter preživljanje prostega časa, problemi mladinskega prestopništva, družinskega nasilja, vzgojne težave v družinah, vključevanje priseljencev in drugih specifičnih skupin, ki so izpostavljene marginalizaciji in diskriminaciji, anonimnosti, dezintegraciji so značilni problemi, ki prizadevajo ljudi v neposrednem življenjskem okolju in jih postavljajo pred zahtevno nalogo, kako jih reševati z lastnimi močmi.

Kako zagotoviti, da bo **življenje v skupnosti hkrati omogočalo individualnost, samostojnost, avtonomijo posameznikov**, kar je nedvomen civilizacijski dosežek, in hkrati tudi zagotavljalo pogoje za **konstruktivno povezanost za medsebojno podporo in doseganje skupnih ciljev**?

Skupnost je namreč lahko bolj obremenitev kot varen pristan, saj v zameno za varnost zahteva odpoved izbiri in individualnosti. **Posameznik v moderni pa želi biti svoboden** pri izgradnji svoje identitete in pri upravljanju svojega življenja (Bauman, 2002). Temu se prilagajajo tudi sodobne skupnosti in postajajo fleksibilne, sprotne in neprestano konstruirane – to so simbolne skupnosti, ne na osnovi etike, ampak estetike. Tehnološke

spremembe, na primer internet, ustvarjajo nove oblike skupnosti – virtualne socialne mreže. Tudi lokalizirane skupnosti v fizičnem prostoru niso več tako toge in omejujoče kot v preteklosti. Vendar lokalna skupnost sama po sebi ni nekaj idealnega.

Zavedati se je treba, da se tudi **na lokalni ravni lahko vzpostavijo centri moči**, ki svoje lastne, partikularne interese prikazujejo kot skupne in jih skozi različne strategije in taktike uveljavljajo. Pomislimo samo na uničevanje okolja zaradi profitnih interesov industrije, ali speljevanje cest po strokovno neutemeljenih trasah. Kako take uzurpacije preprečiti, je veliko vprašanje, na katerega še ni splošno veljavnega odgovora. **Opolnomočenje državljanov za enakopravno delovanje v skupnosti in vzpostavitev transparentnih procedur odločanja** je gotovo njegov del.

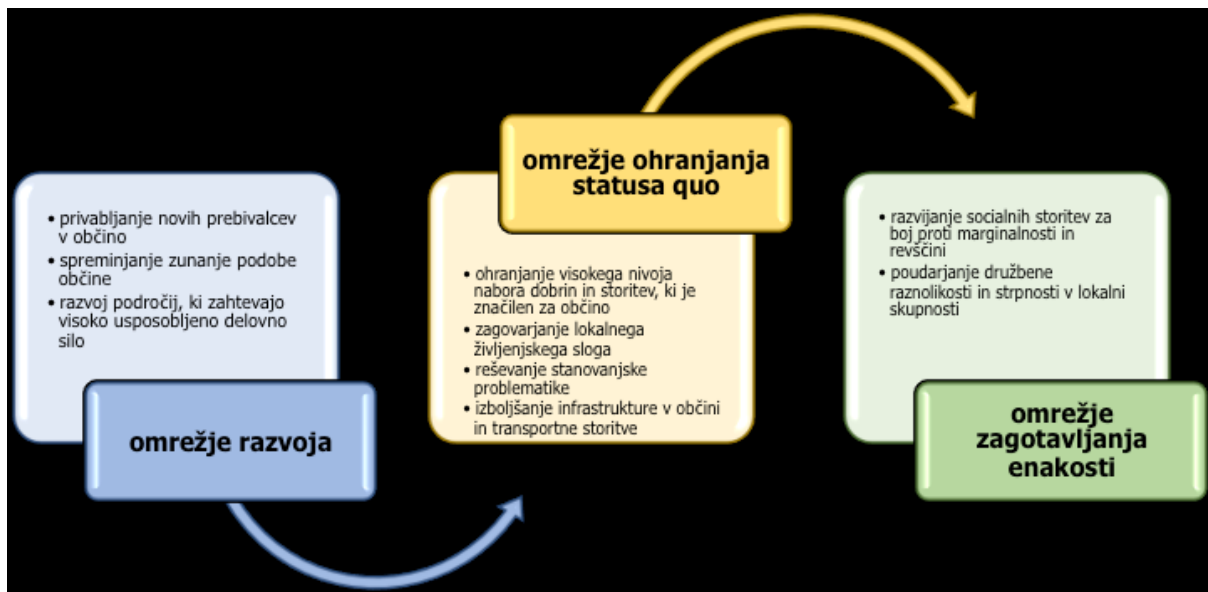
Delitev moči in odgovornosti med državo in lokalno skupnostjo

Centralna oblast sama zaradi svoje oddaljenosti od lokalnih problemov ne zmore učinkovito upravljati z družbenimi odnosi, viri in javnim dobrim. **Lokalna samouprava se je tako razvila (ali bolje ostala) prav na predpostavki, da se morajo družbeni odnosi upravljati z ravni, ki najbolj pozna te odnose.**

Tudi Ustava Republike Slovenije določa, da **prebivalci Slovenije uresničujejo lokalno samoupravo v občinah in drugih lokalnih skupnostih**. Ustava določa pristojnosti občine, ki jih občina lahko opravlja samostojno in ki zadevajo samo prebivalce občine. Občina kot oblika lokalne skupnosti v okviru ustave in zakonov samostojno ureja in opravlja zadeve in izvršuje naloge, ki so nanjo prenesene z zakoni. Občine v Sloveniji samostojno opravljajo lokalne zadeve javnega pomena, ki jih določi s splošnim aktom občine ali so določene z zakonom (upravlja premoženje, omogoča pogoje za gospodarski razvoj občine, načrtuje prostorski razvoj, ustvarja pogoje za gradnjo stanovanj, skrbi za lokalne javne službe in društva (nevladne organizacije), skrbi za izobraževanje prebivalcev, pospešuje vzgojno, kulturno, izobraževalno in športno dejavnost, podeljuje koncesije za posamezne naloge, ustanavlja javne zavode in javna (Kukovič 2015).

Politično vodenje igra pomembno vlogo pri delovanju lokalne oblasti, tudi zagotavljanje politike zdravja. Pri tem so pomembne tudi osebnostne lastnosti vodij. Analiza osebnostnih lastnosti slovenskih županov je merila štiri značilnosti: percepcije županov o njihovih vlogah in nalogah, interakcije in mreženja županov, glavnih motivov za kandidaturo za župansko funkcijo ter stališč županov do področij, na katerih imajo občine (pre)malo pristojnosti. S pomočjo analize empiričnih podatkov je avtorica ugotovila, da so slovenski župani nosilci sprememb in gonilo razvoja občin (Kukovič 2015), da pa se med seboj razlikujejo po tipu ključnega omrežja. Zelo verjetno bo odnos županov do krepitev zdravja prebivalcev povezan

z njihovimi siceršnjimi preferencami, kar je pomembno vedeti pri uvajanju skupnostnega pristopa k zdravju.



Slika 2: Omrežja županov (Kukovič, 2015).

Lokalna skupnost kot blažilec turbulenc sodobnega sveta in dejavnik razvoja

Lokalna organiziranost je v slovenskem prostoru zgodovinsko pogojena oblika, ki je pomagala preživeti ljudem tudi v najhujših obdobjih zgodovine. Z lokalno organiziranostjo in skrbjo za osnovne pogoje preživetja imamo v Sloveniji veliko izkušenj, zato je to prednost tudi za izvajanje programov skupnostnega pristopa k zdravju. Lokalna organiziranost je tudi oblika organiziranosti, ki lahko omili nekatere negativne posledice neoliberalizma in globalizma.

Samoorganiziranost lokalne skupnosti lahko vpliva na pogoje življenja in zdravja v skupnosti in ima **pomembno vlogo pri zagotavljanju pogojev za zdrav razvoj družbe in njenih članov**. Preživetvena strategija, ki je tisočletja spremljala naše prednike, je lahko pomemben vir za oblikovanje skupnostnega pristopa k problemom, vendar z upoštevanjem novih razmerij in značilnosti 21. stoletja.

Vsaka **ekonomska kriza in povečevanje socialnih neenakosti je povezano s številnimi javno zdravstvenimi težavami**. Mednje bi lahko prištevali slabo prehrano, brezdomstvo in skromna bivališča, nezaposlenost, uporabo drog in povečano število duševnih motenj, povečano umrljivost, poslabšanje življenjskega standarda otrok, nasilje, poslabšanje okolja in okolja na delovnem mestu, socialno nepravilnost in kršenje človekovih pravic, zmanjšano dostopnost

do zdravstvenih programov. Hkrati pa ravno te krizne razmere omogočajo, da se vzpostavljajo novi načini njihovega premagovanja. **Za sprejemanje ustreznih odločitev in vzpostavljanje pravih programov je nujno spremljanje in dokumentiranje ter raziskovanje stanja in potreb ljudi (ocena potreb).**

Izkušnje iz držav, ki so že šle skozi neoliberalno v post neoliberalno okolje, kot je na primer Nova Zelandija, nas učijo, da so se te skupnosti, ko so zapustile neoliberalne tokove, vrnile k sodelovanju, zaupanju in partnerstvu pri reševanju javno zdravstvenih problemov. **Partnerstvo, temelječe na zaupanju in sodelovanju**, je ključno pri uravnoveženem razvoju, ki ga nekateri vidijo kot izhod iz prevlade tržnega mehanizma, glavne značilnosti neoliberalizma. Pomembni so ljudje, ki so sposobni delovati kot koordinatorji teh partnerstev, ki morajo poleg običajnega akademskega znanja imeti tudi posebne človeške kvalitete, da so povezovalci v skupnosti (Wendy Lerner, David Craig. 2005). **Na ravni lokalne skupnosti so torej potenciali za vzpostavitev pogojev za kakovostno življenje njenih prebivalcev** in za vzpostavitev zdrave skupnosti. Opredelitev zdrave skupnosti je široka, saj pokriva vse pogoje življenja, katerih vpliv se kaže v fizičnih, psihičnih in socialnih dimenzijah zdravja njenih pripadnikov. Primer take definicije je naslednji opis:

Zdrava skupnost je tista, ki omogoča ugodne družbene in fizične pogoje za zdravje. Temelji na povezanem delovanju različnih deležnikov (posameznikov, skupin in organizacij). Uporablja različne vire, od okoljskih do kulturnih, in različne oblike znanja, od vsakdanjega izkustvenega do strokovnega in znanstvenega. Pripadniki skupnosti so opolnomočeni in vključeni v procese odločanja, v katerih vse lokalne politike upoštevajo zdravje kot kriterij pri odločitvah. Skupnost sistematično zbira in analizira podatke o učinkih svojih dejavnosti na zdravje pripadnikov, da je zmožna stalnega prepoznavanja in vrednotenja svoje »politike zdravja«.

Na tej osnovi se razvija skupnost, ki je varna, ekonomsko učinkovita in okolju prijazna in kjer imajo pripadniki enak dostop do kakovostnega izobraževanja in zaposlitve, do prevoza in stanovanja in do vseh potrebnih zdravstvenih storitev. Skupnost omogoča in spodbuja zdrav življenjski slog svojih pripadnikov tudi z omogočanjem dostopa do zdrave prehrane in telesne dejavnosti (prirejeno po: What's healthy community 2013).

V razmislek

Kako bi vi opisali zdravo skupnost?

Katere so njene ključne značilnosti?

Od koga ali od česa je odvisno, da se neka skupnost razvije v zdravo skupnost?

Kaj bi vi osebno lahko naredili, da bi bila vaša skupnost bolj zdrava?

Lokalna skupnost kot akter skrbi

Eden od pogojev za **kakovostno življenje njenih prebivalcev** je vzpostavitev pogleda na pojave v skupnosti, ki **temelji na etiki skrbi**. Ta pogled presega dilemo, ali naj imajo največji vpliv individualizirani posamezniki ali naj bo to močna skupnost. Predpostavlja, da je mogoča hkratna visoka samostojnost ob visoki povezanosti (Mlinar 1986).

Kako vidimo svet skozi leče etike skrbi/naklonjenega ravnanja?

Izhodiščna točka je ugotovitev, da je **nedokončanost, odvisnost in ranljivost temeljna značilnost ljudi kot posameznikov in skupin ter njihovega okolja**. Kako ravnamo v odnosu do te temeljne ranljivosti v sebi, pri drugih ljudeh in v okolju? Imamo dve možnosti: prvo, da to ranljivost izkoristimo za neko prevlado, dobiček, manipulacijo; in drugo, da jo blažimo.

Etično je tisto ravnanje, ki to ranljivost blaži, zmanjšuje, odpravlja. Rečemo mu naklonjeno ravnanje (latinski izraz je *caritas* – naklonjenost, ki jo izražamo z dejanji, najbližja slovenska beseda je *skrb*, čeprav je potrebno opozoriti, da ta ne pomeni le dejavnosti za odpravljanje težave, ampak tudi težavo samo).

Iz tega lahko izpeljemo sklep, da je **osnova dobrega, naklonjenega ravnanja prepoznavanje ranljivosti** (sebe in drugih). Skrb je dejavnost človeške vrste, ki vključuje vse, kar delamo, da ohranjamo, nadaljujemo in popravljamo naš svet tako, da lahko kar najbolje živimo – jaz, drugi in okolje (Tronto, 1993).

Skrb zagotavlja preživetje družbe, zato mora postati element državljanstva, politična kategorija. S spremembami poznomoderne družbe se vrednote na novo centrirajo, **demokratizacija omogoča uveljavljanje potreb večine prebivalstva, vlada postaja bolj izvršna oblast ljudstva**. Vlada in oblikovalci politik imajo vlogo, da se odzivajo na ideje ljudi o za življenje pomembnih stvareh. Kraj odločanja postaja torej prostor, kjer aktivni državljani pripovedujejo o tem, kaj je pomembno za njihovo življenje in na tej osnovi izoblikujejo skupne pomene, ki so temelji dolgotrajnih oblik soobstoja, skozi leče skrbi.

Vprašanje pa je, **kako udejaniti etiko skrbi, kako lahko ljudje uskladimo skrb zase, za druge in za svet**. Tipičen primer neuskkljenosti je izgorevanje zdravstvenih delavcev, ki je marsikje že resignirano sprejeto kot »normalno« ali celo nujno pri tem delu. Kajti vsi smo ranljivi, nedokončani – moramo se prepustiti drugim, ne moremo se skriti pod oklep – zato je zaupanje med ljudmi temeljno za družbeno kohezivnost oziroma povezanost.

Ni etično katerokoli ravnanje, ki izhaja iz dobrih namenov. Po Sevenhuijsen (2003) je potrebno upoštevati **različne dimenzije naklonjenega ravnanja, organizirane v 4 elemente:**

- Pozornost, kar pomeni *spodobnost prepoznati potrebo* po skrbi,
- Odgovornost, to je *pripravljenost in sposobnost za ustrezno ukrepanje*,
- Kompetentnost ali *posedovanje virov in znanja* za zadovoljevanje konkretnih potreb,
- Odzivnost, to je *vzajemno občutljivost*, sposobnost interakcije in sprejemanja skrbi.

Za **naklonjeno ravnanje** je torej potrebno spremljati značilnosti in potrebe pripadnikov skupnosti in njihovega okolja, potrebno je zagotavljati strukture in vire za podporo, pridobivati ustrezna znanja in razvijati odzivnost na stiske in probleme. (Če se le da, še preden nastanejo!)

Skrb pomeni odzivnost na stisko in zagotavljanje pomoči, ko je ta potrebna. To je mogoče le v okoliščinah

- **kohezivne (povezovalne) družbe**, ki obvladuje probleme dezintegracije in izključenosti skozi mehanizme solidarnosti in z zagotavljanjem
- relacijske moči (**moč za pomoč**), ki pa ima namen samoukinitve skozi procese opolnomočenja - krepitev moči prejemnikov pomoči (Sevenhuijsen1998).

Kaj to praktično pomeni? **Kohezivna (povezovalna) je tista družba**, ki na primer priseljence iz drugih kulturnih okolij s sistematično politiko vključevanja integrira v imigrantsko okolje. Relacijska moč kot **moč za pomoč** je npr. razlika v obvladovanju zdravstvenih težav – v odnos stopita zdravstveni strokovnjak kot tisti, ki ima večjo moč/znanje/vire, uporabnik pa kot šibkejši, z manj znanja/moči/virov za obvladovanje svojih težav. Skozi proces interakcije se moč zdravstvenega strokovnjaka relativno zmanjša, za uporabnika ni več neobhoden, moč uporabnika pa se poveča, svoje težave v veliki meri ali popolnoma lahko obvladuje sam.

Krepitev moči je pridobitev nadzora nad procesi in dogodki, ki vplivajo na življenje in zdravje. Zahteva nenehne spremembe v razmerjih moči med posamezniki in družbenimi skupinami. **Skupnostna skrb je več kot le skrb v skupnosti, zahteva višjo stopnjo solidarnosti in podružbljenosti skrbi.**

In kako to doseči?

Potrebne so **odločitve in dejanja**. Za **odločitve potrebujemo znanje, za delovanje potrebujemo moč**. Osnova za ukrepanje je znanje o tem, od kod izhajajo ranljivosti, kaj jih povzroča. Znanje izhaja iz sistematičnega proučevanja pojavov na način, ki omogoča zanesljive, veljavne in objektivne odgovore. Potrebno pa je vključevanje tudi tihega,

izkustvenega in intuitivnega znanja. Moč izhaja iz razporeditve položajev posameznikov in skupin v družbi.

Kako skupnost deluje kot akter skrbi (v smislu odzivnosti na stisko), je možno razumeti skozi **odnose med ljudmi in opremljenost skupnosti s storitvami za pomoč** (Hlebec in dr. 2012). Vse to razvije **občutek skupnosti**, ki »poudari skupnostni duh, medsebojno izmenjavo ter način vpliva skupnosti na člana in obratno ter izpolnjevanje določenih potreb člana skupnosti«. Vpliva na vsakdanje življenje ljudi – pri občutenju sprejetosti, domačnosti in varnosti v poznanem okolju s »stalno prisotnostjo vsaj manjše praktične pomoči« (Henning in Lieberg 1996; Hlebec in dr. 2012, Filipović 2007).

Krepitev moči pripadnikov skupnosti omogoča, da razmeroma nemočni ljudje delajo skupaj za povečanje nadzora nad dogodki, ki določajo njihovo življenje in zdravje. **Krepitev moči v skupnosti označujejo nenehne spremembe v razmerjih moči med različnimi posamezniki in družbenimi skupinami**. Pri tem se osebi povečata individualna pristojnost in dojetanje osebnega nadzora, s čimer ima neposreden vpliv na svoje zdravje (Laverack 2006). Družbena opora in stabilno družbeno okolje povečuje odpornost ljudi do bolezni (Jones, 1994, Lund et al. 2014).

Če naj ustrezno **načrtujemo skupnostno skrb**, je izjemno pomembno, da izdelamo **socialni zemljevid določene skupnosti**, značilnosti socialnih mrež, socialnih skupin in slojev. Zlasti je pomembno, da identificiramo ranljive skupine, za katere je zaradi neenakega položaja v družbi značilno tudi slabše zdravje.

Kaj sta ranljivost in neenakost v zdravju in kako ju zmanjšujemo?

Enoznačna opredelitev ranljivosti je vselej problematična, saj gre za izrazito dinamičen pojav. Družba se namreč nenehno spreminja, s tem pa tudi pojavne oblike ranljivosti njenih pripadnikov.

Ranljivost različni avtorji pogosto opisujejo kot **proces, v katerem je posamezniku zaradi mnogoterih dejavnikov oteženo sprejemanje osebnih življenjskih odločitev in izbir, vzdrževanje neodvisnosti ter samoodločanje** (glej Moore in Miller po Liamputtong 2007). V skladu s to perspektivo je ranljivost torej zaznamovana z **zmanjšano stopnjo posameznikove avtonomije**.

Nanjo vplivajo številne okoliščine, ki jih lahko razvrstimo vzdolž dveh virov ranljivosti. Prvič: **oblike ranljivosti**, ki so povezane z našo **vtelešenostjo**, našo umeščenostjo v svet kot bioloških bitij. Vsi smo na primer podvrženi ranljivosti za smrt in poškodbe ter psihološkim težavam, kot je morebitna prisotnost občutka osamljenosti ali pomanjkanje samospoštovanja. Prav tako pri vseh ljudeh obstaja nevarnost lakote, če ne izpolnimo naših potreb po zaužitju hrane.

Na drugi strani se nahajajo **situacijske oblike ranljivosti**, ki se oblikujejo v **specifičnih političnih, ekonomskih in družbenih okoliščinah**.

Posameznikova ranljivost je tozadevno odraz neugodnih družbenih pojavov – nepravičnosti in stigmatizacije na podlagi posameznikovih osebnih značilnosti ali okoliščin, represije, revščine in podobnega (glej Rogers in Meek Lange 2013).

Temeljni vzroki za našete pojave se pretežno nahajajo na makro sistemski ravni, ob tem pa je ranljivost posameznika v lokalnem okolju pogosto zaznamovana z odsotnostjo socialnega kapitala. Ta se nanaša na **oblike medsebojne povezanosti v skupnosti**, ki posamezniku nudijo podporo ter omogočajo večji nadzor nad lastnim življenjem in procesi v skupnosti (glej Kavčič in Pahor 2016). **Situacijske oblike ranljivosti so tiste, ki pomembno zaznamujejo tudi inherentne oblike ranljivosti**, saj se lahko slednje v določenih družbenih okoliščinah bodisi okrepijo bodisi omilijo (glej Rogers in Meek Lange 2013).

Zadnja večja **raziskava ranljivosti v zdravju v Sloveniji** je identificirala najbolj pogoste skupine, ki so potisnjene na rob družbe: migranti, brezdomni, starejši prebivalci, uporabniki nedovoljenih drog, brezposelni, osebe s težavami v duševnem zdravju, Romi, samozaposleni, ljudje z negotovimi (prekarnimi) zaposlitvami, osebe z različnimi oblikami oviranosti. Ob tem so avtorice še posebej izpostavile, da razlogov ranljivosti ne kaže obravnavati znotraj posamezne ranljive skupine, temveč se velja poglobljeno posvečati družbenim vzrokom ranljivosti, ki lahko prečijo mnogotere družbene skupine (glej Lipovec Čebren, Keršič Svetel in Pistotnik 2016).

Ranljivost je bolj kot lastnost določenih skupin ali njihovega okolja značilnost dinamike v odnosu med temi skupinami in širšim družbenim, kulturnim in ekonomskim okoljem (Phillips po Rogers 1997). Ali, drugače rečeno, **kdorkoli lahko postane kadarkoli »ranljiv«, če se spremenijo značilnosti vtelešenosti** (na primer omejena gibljivost po možganski kapi) **ali politične, ekonomske ali družbene okoliščine** (na primer izguba dela).

Koncept ranljivosti lahko v kontekstu javnega zdravja umestimo na področje biopsihosocialnega modela zdravja in ga razumemo kot **indikator družbene neenakosti**, ki se kaže tudi v zdravju (Nichiata et al. 2008).

Neenakosti v zdravju se kažejo v **razlikah v zdravju oziroma zdravstvenih izidih** med družbenimi skupinami (SZO po Buzeti et al. 2011), do njih pa prihaja zaradi seštevanja družbene neenakosti (v osnovnih socialnih in ekonomskih razmerah) ter neenakosti v dostopnosti do sistema zdravstvenega varstva (Zaletel-Kragelj, Eržen in Premik 2007).

Raziskave neenakosti v zdravju v Sloveniji kažejo, da socialno-ekonomski položaj bistveno vpliva na življenjske navade prebivalcev. **Nižji socialno-ekonomski položaj in nižja izobrazba** vplivata na

- manj pogosto telesno dejavnost in nezadostno uživanje sadja in zelenjave pri otrokih;
- večji delež prekomerno hranjenih in debelih odraslih;
- večjo pojavnost kajenja, ki je pogosteje prisotno pri ljudeh s poklicno, osnovno ali nižjo izobrazbo.

Nižji socio-ekonomski položaj in nižja izobrazba sta **povezana tudi z višjo obolevnostjo za nekatere bolezni** (arterijska hipertenzija, depresija, skeletno-mišične težave). Podobno se družbene neenakosti odlikavajo na umrljivosti (Buzeti et al. 2011; glej Hočevar Grom 2017). Nižji socio-ekonomski položaj je povezan tudi s **slabšo samooceno zdravja**. Podatki namreč kažejo, da je samoocena zdravja pri tistih z nižjo izobrazbo in nižjimi dohodki bistveno slabša kot pri osebah z višjo izobrazbo in dohodki. Slovenija se glede na samooceno zdravja oseb z osnovnošolsko izobrazbo uvršča na dno evropskih držav, medtem ko se visoko izobraženi nahajajo na vrhu lestvice (Pibernik in Tomšič 2017). Iz tovrstnih podatkov je razvidno, da je **potrebna integracija politik, ki spodbujajo visoko socialno kohezijo in posredno ali neposredno krepijo zdravje populacije** (ibid.).

Z neenakostjo v zdravju in dostopu do zdravstva se soočajo predvsem deli prebivalstva, ki imajo neenak dostop tudi do drugih družbenih virov (Lipovec Čebren, Keršič Svetel in Pistotnik 2016). Med prepoznanimi **ovirami v dostopu do zdravstvenega varstva** so bile najpogosteje izpostavljene geografska oddaljenost od zdravstvenih ustanov, neprilagojenost zdravstvenih ustanov za potrebe oseb z različnimi oblikami oviranosti, dolge čakalne vrste, predraga doplačila za zdravstvene storitve in zdravila (v primeru obveznega zdravstvenega zavarovanja (OZZ)), težja dostopnost do OZZ zaradi vezanosti na upravičenost do prejemanja denarne socialne pomoči (Lipovec Čebren, Keršič Svetel in Pistotnik 2016).

Najpogostejše **ovire**, s katerimi se soočajo marginalizirani deli prebivalstva **znotraj samih zdravstvenih ustanov** pretežno vključujejo oviran dostop do nujnega zdravljenja, pomanjkanje strokovnega zdravstvenega kadra, neinformiranost zdravstvenega kadra o

potrebah ranljivih skupin in posledično neenako obravnavo teh skupin, ter kulturne in jezikovne nesporazume (Lipovec Čebren, Keršič Svetel in Pistotnik 2016).

Ranljive skupine prebivalstva se srečujejo z vrsto ovir, ki pogosto onemogočajo zadovoljevanje najbolj osnovnih oziroma nujnih zdravstvenih potreb. To največkrat pomeni tudi slabše vključevanje v preventivne programe. S tem je povezanih več razlogov, ki so bili analizirani v projektu *Skupaj za zdravje* (več o projektu Skupaj za zdravje glej <http://www.skupajzazdravje.si/projekt/>).

Kot najpomembnejše so bile izpostavljene že zgoraj navedene posledice družbene izključenosti, ki se odražajo v ranljivosti v zdravstvu in s tem vplivajo na slabše vključevanje v preventivne programe. Hkrati je opaziti neprilagojenost preventivnih programov za potrebe različnih ranljivih skupin, kot na primer preventiva v duševnem zdravju (Lipovec Čebren, Keršič Svetel in Pistotnik 2016). Obravnavane ranljive osebe so kot najpogostejše ovire v dostopu do preventivnih programov navajale neinformiranost (67,0 %); prisotnost zdravstvenih težav (35,8 %) in nemotiviranost (30,3 %) (Huber in Farkaš Lainščak 2016).

Družbene neenakosti obstajajo, vendar obstajajo tudi **učinkoviti pristopi za njihovo zmanjševanje**. Iz analize neenakosti v zdravju v Sloveniji sledi, da je potrebno razvijati politike in programe, ki na različnih področjih spodbujajo enakost v zdravju. Hkrati je potrebno razvijati konkretne ciljne ukrepe za ranljive skupine (Vrbovšek in Lainščak 2017).

Glede na to, da sta ranljivost in neenakost kompleksna in dinamična družbena pojava, je pomembno, da ju obravnavamo na lokalni ravni s pomočjo medsektorskega povezovanja (z drugimi besedami s skupnostnim pristopom). S tem se krepí povezanost lokalnih akterjev, povečujeta se njihov socialni kapital in participacija v družbenem življenju, vse to pa pozitivno vpliva na zdravje skupnosti (glej Kavčič in Pahor 2016).

Skupnostni pristop lahko naslovi ranljivost in neenakosti v zdravju na vsaj dva načina:

- 1) *Zagotovi lahko kontinuirano terensko spremljanje teh pojavov v lokalni skupnosti*. Le tako lahko prepozna in sintetizira lokalno znanje o potrebah ljudi, ki se znajdejo v ranljivem položaju.
- 2) *S pomočjo podatkov iz lokalnega okolja lahko ključne akterje na področju zdravja spodbudi k učinkovitemu odgovarjanju na prepoznane lokalne potrebe*. Pri tem bo izhajanje iz lokalnih specifik dodatno utemeljilo načrtovane ukrepe.

O premagovanju ranljivosti

V zvezi z ranljivostjo je potrebno opozoriti na nevarnost, da se skrb za ranljive osebe in skupine spremeni v obliko pokroviteljskega dobrodelništva, kjer se daje drobtinice z bogatinove mize in se zanje pričakuje neizmerno hvaležnost. Pojav je v literaturi večkrat opisan, pri nas na primer v delih Ivana Cankarja.

Ranljivost je mogoče in potrebno preprečevati, ne le odpravljati, ko se že pojavi; tudi z razvojem značilnosti posameznikov in skupin, ki ji v angleščini rečemo *resilience*, v slovenščini pa opisujemo z različnimi izrazi, kot so odpornost, prožnost, trdoživost – skratka, gre za sposobnost pomagati si tudi v težkih situacijah na neškodljiv in konstruktiven način, ki ohranja samostojnost in občutek samospoštovanja. To sposobnost je mogoče krepiti in razvijati tako na mikro ravni posameznikov in družin kot na mezo ravni skupin, organizacij in skupnosti, ključna pa je vloga makro družbenih struktur, ki določajo poteke temeljnih družbenih procesov v smer solidarnosti in odgovornosti, ali pa – obratno – v smer koncentracije moči (ne pa odgovornosti!) v rokah manjšine. Družbene strukture in procesi na makro ravni naj omogočajo takšno razporeditev družbenih položajev, ki usmerijo posameznike in skupine v avtonomno in odgovorno ravnanje.

Te temeljne strukturne značilnosti družbe so osnovne determinante zdravja, neenakosti v zdravju in ranljivosti. Zdravstveni strokovnjaki so odgovorni, da nanje opozorijo in ni dovolj, da ostanejo na ravni blaženja njihovih posledic.

Skupnost kot življenjsko okolje in dejavnik zdravja – ključni poudarki poglavja

Pojem skupnosti ima različne pomene, ki se lahko pokrivajo (skupnost kraja bivanja, skupnost identitet, skupnost interesov). Posameznik lahko pripada več skupnostim. Naš priročnik se nanaša na lokalno skupnost, kot jo opredelimo v nadaljevanju.

(Lokalna) skupnost je oblika sobivanja ljudi na določenem območju in rezultat dolgotrajnega razvoja, ki je deloma spontan, deloma pa načrtovan in usmerjan v zaželene značilnosti. Skupnosti so raznolike glede na naravne danosti, prebivalstvo, ekonomsko razvitost, medsebojno povezanost, kulturo in podobno. Njihov razvoj poteka skozi različne faze, od mladih do starih skupnosti, od revnih do premožnih, od zanemarjenih do urejenih, od konfliktnih do sodelovalnih.

Za vse skupnosti velja, da so **oblike povezanosti** na osnovi objektivnih (prostor, jezik, kulturna dediščina, interesi, identitete, zakonodaja) in subjektivnih dejavnikov (občutek pripadnosti, povezanosti). Lokalne strukture (občinska uprava, organizacije, ustanove, združenja) so okvir za procese in dejavnosti, ki potekajo v skupnosti – od stanovanja, šolanja, dela, prostočasovnih aktivnosti, skrbi za zdravje, kulturnih dejavnosti do urejanja okolja, medsebojnih odnosov in sodelovanja. Lokalne strukture aktivno spodbujajo zaželene procese in omejujejo nezaželene, o čemer mora obstajati soglasje v skupnosti in navezanost na temeljne človeške vrednote.

Skupnost je življenjsko okolje in s tem **dejavnik zdravja** njenih pripadnikov. Spreminjala se je od tradicionalne zaprte in samozadostne skupnosti v predmodernej dobi v odprto in manj povezano obliko bivanja v moderni dobi, ko mnoge funkcije skupnosti prevzame država, tudi na področju skrbi za zdravje. Pozno 20. stoletje pa je prineslo neoliberalni umik države (ali zmanjšanje njene vloge) s področja zagotavljanja družbene blaginje ter s tem izzive skupnosti za zagotavljanje blaginje pripadnikov. V Sloveniji se sistemi socialne države (šolstvo, zdravstvo, sociala) na srečo še ohranjajo, njihova učinkovitost pa se bo lahko povečala s povezanim delovanjem s subjekti lokalne skupnosti. Tako bo lahko skupnost delovala kot akter skrbi s pozornim spremljanjem potreb pripadnikov, odgovornim načrtovanjem razvoja z upoštevanjem vplivov na zdravje, z razvojem kompetenc za naklonjeno ravnanje in odzivnostjo na stiske, ranljivosti in neenakosti.

Razvoj skupnosti je načrtovan proces, ki je dolgotrajen in kompleksen, povezuje različne vidike in akterje. Ni mogoče na hitro odstraniti težav v skupnosti. Pri razvoju je potrebno vključiti vse vire – ljudi, denar, infrastrukturo, okolje. Osrednja pozornost je namenjena vzdržnosti in izboljšanju kakovosti življenja. Za identifikacijo in uporabo virov so potrebne posebne spretnosti, ki jih morajo udeleženci pridobiti oziroma razviti.

V razmislek

Skupnost je oblika povezanosti. Opišite, kaj povezuje pripadnike lokalne skupnosti.

Kaj je tisto v lokalni skupnosti, kar lahko krepi zdravje? Poiščite vsaj tri primere.

Primerjajte skupnost iz predmoderne, na primer takšno, v kakršni je živela Hudobivnikova Meta (Prežihov Voranc: Samorastniki) z lokalno skupnostjo današnjega časa, ki vam je znana.

Kakšna je vaša ocena značilnosti slovenske družbe – koliko so prisotni tradicionalni elementi (konzervativnost, socialna kontrola, patriarhalnost, a tudi medsebojna podpora, občutek pripadnosti), koliko neoliberalizem (individualizem, tekmovalnost kot način razmišljanja, upravljanja in vodenja razvoja, a tudi osebna avtonomija, odprtost do novosti, enakopravnost) ali postneoliberalizem (z več participativnosti in skupnostne orientacije)?

Ocenite potencialne lokalnih skupnosti, ki so vam znane, glede zmožnosti za naklonjeno ravnanje do pripadnikov (po dimenzijah pozornosti, odgovornosti, kompetentnosti in odzivnosti).

LITERATURA IN VIRI

1. Almakaeva, A., Griesshaber, N. (2014). *Disentangling Trust and Perceived Trustworthiness, World Values Survey Global Conference*. Qatar, Doha, april 28–29.
2. Bauman, Z. (2002). *Tekoča moderna*. Ljubljana: Založba cf.
3. Beck, U. (2001). *Družba tveganja. Na poti v neko drugo moderno*. Ljubljana: Krtina.
4. Beilmann, M., Lilleoja, L. (2015). *Social trust and value similarity: the relationship between social trust and human values in Europe*. In: *Studies of Transition States and Societies* 7, 2, pp. 19–30. Dostopno na: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-455248> [20. 11. 2017].
5. Berger, P., Luckmann T. (1999). *Modernost, pluralnost in kriza smisla*. Nova revija.
6. Buzeti, T., Gabrijelčič Blenkuš, M., Gruntar Činč, M., Ivanuša, M., Pečar, J., Tomšič, S., Truden Dobrin, P., Vrabič Kek, B. (ur.) (2011). *Neenakosti v zdravju v Sloveniji*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
7. Dahlgreen G., Whitehead, M. (2006). *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2*. Copenhagen, WHO Regional office for Europe.
8. *Defining Healthy Communities* (2013). Dostopno na <https://hria.org/wp-content/uploads/2016/10/defininghealthycommunities.original.pdf> [20. 11. 2017].
9. Delhey J., Newton K. (2003). *Who trusts? The origins of social trust in seven societies*. *European Societies* Vol. 5 No 2: 93–138.
10. Durkheim, E. (2013). *The division of labour in society*. Basingstoke: Palgrave-Macmillan.
11. Filipovič Hrast, M. (2007). *Družbena kohezija in soheska v pozni moderni*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
12. Godina Vuk, V. (2014). *Zablode postsocializma*. Ljubljana: Beletrina.
13. Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York, Doubleday.
14. Government of SouthAustralia, WHO (2017). *Progressing the Sustainable Development Goals through Health in All Policies: Case studies from around the world*. Adelaide: Government of SouthAustralia.
15. Habermas J. (1997). *The theory of communicative action*. PolityPress, Cambridge.
16. Henning, C., Lieberg, M. (1996). Strong ties or weak ties? Neighbourhood networks in a new perspective. *Scandinavian Housing and Planning Research*. Vol. 13, Iss. 1.
17. Hlebec, V., Filipovič Hrast, M., Kump, S., Jelenc Krašovec, S., Pahor, M., Domajnko, B. (2012). *Medgeneracijska solidarnost v Sloveniji*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
18. Hočevar Grom, A., Kofol Bric, T., Lesnik, T., Zaletel M., Gabrijelčič Blenkuš M. (ur.) (2017). *Neenakosti v zdravju v Sloveniji v času ekonomske krize*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, v pripravi.
19. Jones, L. (1994). *The social context of health and health work*. London: The Macmillan Press.
20. Jazbinšek, S., Pistotnik, S. (2016). *Evalvacija pilotnega uvajanja medkulturne mediatorke za albansko govorečo skupnost v Centru za krepitev zdravja (CKZ) ZD Celje in v referenčni ambulanti ZD Vojnik*. Interno gradivo projekta Skupaj za zdravje. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
21. Kavčič, M., Pahor, M. (2016). Medosebni odnosi in zdravje v okviru soheske. *Teorija in praksa* 53 (2): 488–502.
22. *Komu zaupamo? Najbolj zaupamo gasilcem in šolam, najmanj pa državnemu zboru, vladi ter medijem*. (2016). Dostopno na <http://www.gfkorange.si/2016/04/18/komu-zaupamo-najbolj-zaupamo-gasilcem-in-solam-najmanj-pa-drzavnemu-zboru-vladi-ter-medijem/> [14. 9. 2017].
23. Kukovič, S. (2017). *Lokalno politično vodenje: slovenski župani kot nosilci sprememb in gonilo razvoja*. V: Cerkvnik, S. (ur.), Rojnik, E. (ur.). 1. kongres slovenskih občin, 16.–17. maj 2017, Podčetrtek, Kongresni center Olimia. Ljubljana: Inštitut za javne službe; Maribor: Skupnost občin Slovenije; Koper: Združenje mestnih občin Slovenije: 33–48.

24. Larner W., Craig D. (2005). *After neoliberalism? Community activism and local partnerships in Aotearoa New Zealand*. Editorial Board of Antipode. Blackwellpublishing.
25. Laverack, G. (2006). Improving health outcomes through community empowerment: A review of the literature. *Journal of health population nutrition* 24 (1): 113–123. Dostopno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16796158> [14. 9. 2017]
26. Liamputtong, P. (2007). *Researching the Vulnerable: A Guide to Sensitive Research Methods*. London, Thousand Oaks and New Delhi: SAGE Publications.
27. Lipovec Čebren, U., Keršič Svetel, M., Pistotnik, S. (2016). Zdravstveno marginalizirane – »ranljive« skupine: ovire v dostopu do sistema zdravstvenega varstva in v njem. V: Jerneja Farkaš Lainščak (ur.), *Ocena potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle. Ključni izsledki kvalitativnih raziskav in stališča strokovnih delovnih skupin*. 14–25.
28. Lund, R., Christensen, U., Juul Nillson, C., Kriegbaum, M., Hulvey Rod, N. (2014). Stressful social relations and mortality: a prospective cohort study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 68 (8): 720–727.
29. MacBride Stewart S., Gong Y. , Antell J. (2016). Exploring the interconnections between gender, health and nature. *Public health*. 141.
30. Mlinar, Z. (1986). *Protislovja družbenega razvoja. Osamosvajanje in podružbljane: od izključnosti k vzajemnosti*. Ljubljana: Delavska enotnost.
31. Nichiata L. Y. I., Bertolozzi M. R., Takahashi R. F., Fracolli L. A. (2008). The use of the "vulnerability" concept in the nursing area. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 16 (5): 923–928.
32. Oliviera J. (2013). *On changes in general trust in Europe*. AIAS, GINI Discussion Paper 80.
33. Pibernik, T., Tomšič, S. (2017). Samoocena zdravja. V: Hočevar Grom, A., Kofol Bric, T., Lesnik, T., Zaletel, M., Gabrijelčič Blenkuš, M. (ur.), *Neenakosti v zdravju v Sloveniji v času ekonomske krize*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. 53–56, v pripravi.
34. Ramovš, J. (2015). Deinstitutionalizacija dolgotrajne oskrbe. *Kakovostna starost* let 18, št 3, 3–25.
35. Rogers, A. C. (1997). Vulnerability, health and healthcare. *Journal of Advanced Nursing* 26: 65–72.
36. Rogers, Wendy and, M., Meek L. (2013). Rethinking the Vulnerability of Minority Populations in Research. *American Journal of Public Health* 103 (12), 2141–2144.
37. Sevenhuijsen, S. (1998). *Citizenship and the ethics of care*. London and New York: Routledge.
38. Sevenhuijsen, S. (2003). Prostor za skrb. Pomen etike skrbi za socialno politiko. V: Sevenhuijsen, S., Švab, A., (ur). *Labirinti skrbi*. Ljubljana: Mirovni inštitut.
39. Sterger, B. Manfred, Ravi K., R. (2010). *Neoliberalism*. Oxford: Oxford University Press.
40. Toš, N. (2016). *Vrednote v prehodu X. Slovensko javno mnenje 2010–2016*. Ljubljana: Center za raziskovanje javnega mnenja.
41. Tronto, J., C. (1993). *Moral Boundaries. A political argument for the ethics of care*. London and New York, Routledge.
42. Tönnies, F. (1999). *Skupnost in družba: temeljni pojmi čiste sociologije*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
43. Ule, M. (2016). Identitetni izzivi v času tranzicije: ambivalentnost v sodobni socialni/nacionalni identiteti Slovencev in Slovenk. *Teorija in praksa : revija za družbena vprašanja*, letn. 53, posebna št., str. 112-128, 253,
44. UMAR (2017). *Poročilo o razvoju 2017*. Ljubljana: UMAR.
45. Vrbovšek, S., Farkaš Lainščak, J. (2017). Vključevanje ranljivih oseb v preventivni program Skupaj za zdravje. V: Hočevar Grom, A., Kofol Bric, T., Lesnik, T., Zaletel, M., Gabrijelčič Blenkuš, M., (ur.), *Neenakosti v zdravju v Sloveniji v času ekonomske krize*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 115–119, v pripravi.

46. Zaletel Kragelj, L., Eržen, I., Premik, M. (2007). *Uvod v javno zdravje*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje.
47. Zupančič, V., Kuhar, D., Pahor, M. (2014). Lokalne skupnosti in skupnostna skrb na področju duševnega zdravja : perspektiva upravnih subjektov, izvajalcev in uporabnikov. *Družboslovne razprave*, 30, (77), 27–48
48. WHO (1978). *Declaration of Alma-Ata*. Dostopno na: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/113877/E93944.pdf, [17. 11. 2017].
49. WHO (2008). *Social determinants of health*. Dostopno na: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/, [17. 11. 2017].
50. WHO (2017). Environment and health. Dostopno na: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health>, [17. 11. 2017].

Skupnostni pristop k zdravju: izhodišča, načela, procesi

Milan Krek, Majda Pahor, Martin Ranfl, Ivanka Huber

Opredelitev pojmov: od pristopa zdravstva k skupnosti k pristopu skupnosti k zdravju

Pojem skupnostni pristop se uporablja v različnih pomenih. V zdravstvenih krogih je prisotna opredelitev, da to pomeni **»pristop zdravstva k zdravju skupnosti«**. Torej **delovanje zdravstvenih institucij »na terenu«, v okoljih, kjer ljudje živijo in delajo**. Pomeni, da strokovnjaki identificirajo zdravstvene značilnosti določene skupnosti in nato delujejo na osnovi svojih strokovnih usmeritev. Pobudnik in koordinator aktivnosti je zdravstvena institucija, ponavadi gre za vključevanje ljudi v zdravstvene programe, ki jih izvajajo zdravstvene institucije, predvsem preventive in promocije zdravja. Zdravstvene institucije spodbujajo nastajanje omrežij in partnerstev za podporo svojim dejavnostim, spremljajo in evalvirajo izide. **Vse te dejavnosti imajo dobrodejen vpliv na zdravje prebivalcev, niso pa (vsaj prvenstveno ne) usmerjene v opolnomočenje in usposabljanje skupnosti za vodenje lastne politike zdravja.**

Model »pristop zdravstva k zdravju skupnosti« se pogosto pojavi ob reševanju znanega problema s strani strokovnjakov. To so na primer ovire v dostopu ranljivih oseb do preventivnih programov in neenakosti v zdravju v lokalnih okoljih. Za večji dostop tudi ranljivih uporabnikov strokovnjaki vzpostavijo sodelovanje in povezovanje različnih partnerjev. To so lahko institucije iz zdravstvenega in socialnega resorja (zdravstveni dom, območna enota Nacionalnega inštituta za javno zdravje, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, centri za socialno delo, območne službe Zavoda Republike Slovenije za zaposlovanje/uradi za delo), občine, policija, različne nevladne organizacije ter morebitni drugi partnerji, pomembni v lokalnem okolju. Partnerji med sabo komunicirajo in se informirajo ter nudijo podporo in so pripravljeni za sodelovanje. Centri za krepitev zdravja so po tem modelu pomemben povezovalni in izvajalski partner na področju krepitev zdravja, preventive in zmanjševanja neenakosti v zdravju v lokalni skupnosti in znotraj zdravstvenega doma.

Za optimalnejše udejanjanje svojega delovanja v skupnosti zdravstvene institucije vzpostavijo informacijsko podporo. Opredeljena je vloga partnerjev (protokoli sodelovanja med zdravstvenimi in nezdravstvenimi partnerji) ter zagotovljena sistemska podpora (strateški dokumenti in ustrezne zakonodajne podlage).

Model »pristopa zdravstva k skupnosti« omogoča odzivanje na potrebe lokalnega prebivalstva, boljši dostop do storitev in obravnav, razvoj podpornih mrež in skupin za samopomoč ter upošteva formalne in neformalne oblike pomoči. Od partnerjev v lokalnem okolju zahteva usklajeno in povezano premoščanje ovir ter razvoj kompetenc, veščin in načinov ukrepanj, ki presegajo klasične institucionalne oblike delovanja. Tak pristop lahko vpliva na in mobilizira številne lokalne strukture in partnerje, ki z usklajevanjem na osnovi prvotno dogovorjenih vrednot vzpostavljajo pogoje za boljše zdravje, s čimer se zelo **približa drugemu modelu, ko skupnost pristopa k zdravju. Ne gre pa za enaka modela.**

Če je cilj pristopa k zdravju zagotoviti pogoje, ki zdravje krepijo, potem intervencija zdravstvenih institucij v skupnost ne zadostuje, kar kažejo tudi izkušnje po svetu (glej poglavje Učinkovitost skupnostnega pristopa k zdravju v svetu in Sloveniji).

Skupnost sama se mora ozavestiti, da vodi take politike, ki zdravje ohranjajo, krepijo in vračajo ter zmanjšujejo neenakosti, ki so posledica različnih pogojev življenja. Glavni dejavnik zdravja je avtonomija, opolnomočenost, sposobnost usmerjanja svoje lastne usode (tako posameznika kot skupin in skupnosti). To pa je možno le z razvojem sodelovalne kulture, medsebojne podpore in partnerstva.

Zdravstveni strokovnjaki so v prizadevanjih za krepitev zdravja dragocen zaveznik, saj imajo zaloge znanja (ki jih morajo neprestano osveževati s sprotnim študijem in raziskovanjem), ki pripadnikom skupnosti lahko pomagajo postavljati prava vprašanja in razumeti nekatere vidike njihovih odločitev. Na ravni posameznikov je to do neke mere že doseženo, na ravni skupnosti pa manj.

To pojmovanje skupnostnega pristopa bi lahko opredelili kot dejavnost, ko **»skupnost pristopa k zdravju pripadnikov«**. To pomeni, da **skupnost identificira, zagotavlja in koordinira dejavnosti za krepitev zdravja svojih pripadnikov**. Ob tem ohranja kreativnost posameznikov, njihovo svobodno odločitev za aktivnosti za krepitev zdravja ter – za razliko od tradicionalne skupnosti - uporablja vse dosežke znanstvenega, tehnološkega in institucionalnega razvoja.

Skupnostni pristop k zdravju, kot ga razumemo v tem priročniku, pomeni torej pristop, katerega **nosilec je (lokalna) skupnost skozi povezano delovanje** njenih subjektov (tako posameznikov kot skupin), zainteresiranih za boljše zdravje vseh pripadnikov in okolja. Družbeni **systemi** (politični, izobraževalni, zdravstveni, pravosodni zagotavljajo sistemske okvire in **podpirajo nosilno vlogo skupnosti** v skrbi za zdravje in v odpravljanju neenakosti v zdravju njenih pripadnikov.

V nadaljevanju bomo predstavili procese, ki so pripeljali do sodobnega pojmovanja skupnostnega pristopa k zdravju.

Zgodovinsko ozadje skupnostnega pristopa k zdravju

Skrb za zdravje je bila v družbi vedno prisotna, spreminjale so se le njene oblike in učinkovitost. Danes prevladujoče **institucije zdravstvenega varstva** (bolnišnice, zdravstveni zavodi, klinike in podobno) so se razvile dokaj pozno, večinoma v 19. stoletju. Skrb za zdravje je bila v večini človeške zgodovine »skupnostna« - potekala je v okolju, kjer so ljudje živeli, temeljila je na izkustvu, ni imela znanstvene podlage in je bila le delno učinkovita. Ali to, da zdaj poskušamo ponovno uvajati skupnostno skrb in zmanjševati vpliv institucij pomeni korak nazaj v razvoju?

Poglejmo podrobneje, **kako je prišlo do institucionalizacije zdravstvenega varstva** in kako se izoblikuje odnos med zdravstvom kot institucijo in skupnostjo, ki je pred tem tudi skrbela za zdravje pripadnikov.

Institucionalizacija zdravstvenega varstva pomeni, da se ljudje v zvezi s svojimi zdravstvenimi problemi obračajo (ali naj bi se obračali) na uradne institucije, ki so dobile pooblastilo za svoje delovanje od države. Pričela se je v zgodnjem obdobju moderne, ko je laično in polprofesionalno zdravstveno varstvo skupnosti za svoje pripadnike postalo nezadostno v luči splošnega razvoja – stari nasveti o oskrbi ran, negi dojenčkov, prehrani in podobnem so se umikali znanstvenim napredkom. Hkrati pa se je **povečala moč države** in so se razvili družbeni sistemi, ki so prevzeli monopol nad zdravljenjem s pomočjo zakonodaje.

Ta prevzem nadzora je imel mnoge **pozitivne posledice**, saj so sistemi posedovali več virov – opremo, zaposlene strokovnjake, znanstveno znanje in dobre namene (praviloma). Pomislimo samo na padec umrljivosti porodnic in novorojenčkov, zmanjšanje nalezljivih bolezni, izboljšanje ustnega zdravja in tako naprej. Seveda zdravstveni sistem ni edini razlog za te izboljšave, je pa k njim pomembno prispeval.

Institucije so se razvile tudi na področju oskrbe ljudi s kroničnimi obolenji in različnimi oblikami oviranosti, vključno za ljudi z duševnimi motnjami. Predpostavljali so, da združitev ljudi v te institucije, v katerih delajo posebej usposobljeni strokovnjaki, naredi največ za njihove uporabnike. Pomemben pa je bil tudi ekonomski razlog, saj so predpostavljali, da je namestitev večjega števila oseb v institucijo najbolj poceni rešitev.

Prisotna je bila tudi želja, da izolirajo te osebe in preprečijo, da bi delale težave okolici, zato so te institucije delovale kot oblika družbenega nadzora. Ustanavljanje zdravstvenih institucij, to je bolnišnic, zavodov, azilov in podobnega je bilo del »velikega pospravljanja«

moderne dobe, ki je poslala delavce v tovarne, otroke v šole, kriminalce v zapore in bolnike v bolnišnice.

Potrebe ljudi naj bi zadovoljevali veliki družbeni sistemi, izvzeti iz lokalnih okvirjev in centralno državno vodeni. Kot je Marija Terezija utemeljevala uvedbo obveznega šolanja za vse otroke: Otroka je treba iztrgati zaprtemu svetu zasebnih interesov družine in ozkega okolja ter ga narediti za državljana! Tako se otrok spremeni v predmet dela šolskih ustanov, bolni človek v instituciji pa v pacienta s točno določenim seznamom dovoljenih in prepovedanih ravnanj.

A ob tem, ko so se znotraj zdravstvenih institucij razvijali postopki zdravstvene obravnave bolnih ljudi, le-te niso ostajale samo za svojimi zidovi. Svoje storitve, metode in način razmišljanja so prinašale v okolje. **Za pozno 19. in zgodnje 20. stoletje je značilen pričetek vstopa zdravstvenega sistema v skupnost, skozi mrežo dispanzerjev, posvetovalnic, ambulant. Zdravstvo pristopa k zdravju skupnosti skozi delovanje zdravstvenih institucij »na terenu«, v okoljih, kjer ljudje živijo in delajo.** Zdravstveni strokovnjaki identificirajo zdravstvene značilnosti določene skupnosti in nato delujejo na osnovi svojih strokovnih usmeritev. To delovanje ima značilnosti prosvetiteljskega, pokroviteljskega odnosa sistema do njegovih uporabnikov - posameznikov in skupin.

Prosvetiteljska funkcija zdravstva pa je sčasoma naletela na svoje meje s tem, ko je svoje poslanstvo izpolnila. Dokler je bila razlika v znanju, moči in sposobnostih med uporabniki zdravstvenih storitev in zdravstvenimi strokovnjaki velika in dokler je take hierarhične odnose podpiral tudi politični sistem, so bili uporabniki poslušni in za vse hvaležni, zdravstveni strokovnjaki pa zadovoljni.

Družbeni razvoj je zlasti od sredine 20. stoletja dalje prinesel velike **spremembe v odnosih**, v političnem smislu demokratizacijo in povečano vlogo države pri zagotavljanju socialne blaginje, višanje izobrazbene ravni, vključevanje žensk v javno življenje, spremenjene odnose v družinah in med generacijami.

Problem pri delovanju institucij, ki naj bi zadovoljevale temeljne potrebe ljudi – po znanju, po zdravju, po varnosti, po urejenem okolju - je, da velikokrat izgubljajo svoj pomen in vlogo v zapletenih pravilih in administrativnih labirintih (od omejenih urnikov do zahtevnih postopkov). Poleg tega so **institucije osredotočene predvsem na svoje storitve in pogosto spregledajo celostnega človeka, ki je potreboval pomoč.** Šele počasi prihaja spoznanje, da morajo javne službe predvsem slediti potrebam ljudi in ne obratno, da mora organizacija služb slediti potrebam ljudi in okolja ter da je ob skupnem nastopu javnih služb in nevladnih organizacij storitev običajno veliko boljša in približana potrebam posameznikov (Gajič 2009).

Prepričanje o ustreznosti prevlade institucij za zagotavljanje zdravja so omajale tudi raziskovalne ugotovitve v 1960 letih. **Pobudo za spremembe** so sprožila družbena gibanja v

tem obdobju – emancipatorna prizadevanja deprivilegiranih družbenih skupin, kot so ženske, mladina, etnične skupine in tudi uporabniki zdravstvenih institucij. Na te zahteve je reagirala politika s spremembami v zakonodaji. V evropskih državah se tako že od sredine 60 let 20. stoletja trudijo preseči institucionalni model zdravstvenega varstva. Vendar je ob ukinjanju ali omejevanju dela institucij potrebno vzpostaviti nadomestne podporne mreže v skupnosti.

Ključni izziv je zagotoviti, da se proces deinstitutionalizacijskih procesov in prehoda v skupnostni pristop izvaja na način, ki spoštuje potrebe in pravice uporabniških skupin, zmanjšuje tveganje za škodo in zagotavlja rezultate za vse vpletene posameznike. Postopek mora zagotoviti, da **novi sistemi skrbi in podpore spoštujejo pravice, dostojanstvo, potrebe in želje vsakega posameznika in družine** (WHO 2010).

Zmanjševanje vloge institucij in proces razvijanja skupnostnih služb, vključno s preventivnimi, imenujemo **deinstitutionalizacija**. Njen namen je, da se zmanjša potreba po institucionalnem varstvu. Je tudi »celosten proces načrtovanja preoblikovanja ustanov, zmanjšanja njihovih kapacitet in/ali njihovega ukinjanja, s sočasnim vzpostavljanjem služb v skupnosti, ki temeljijo na človekovih pravicah in standardih učinkovitosti.« **Proces deinstitutionalizacije moramo razumeti tudi kot spremembo odnosov med strokovnjaki in uporabniki**, prevzemanje novih družbenih vlog in vključevanje uporabnikov, premik moči od strokovnjakov in institucij k uporabnikom in kot spremembo razumevanja dolgotrajnih stisk (Rcinharz, Lesage, Contand 2000).

V državah, ki so šle v razvoj skupnostne skrbi, imajo pozitivne izkušnje. Tovrstna pomoč je primernejša in bližje uporabnikom. Izkušnje iz mnogih evropskih držav kažejo, da **skupnostni programi veliko bolje kot institucije zagotavljajo dolgotrajno skrb in pomoč za posameznika**. Gledano z ekonomskega vidika pa skupnostni program ni dražji kot institucionalni (Medeiros, McDaid, Knapp 2007).

Skupnostni pristop je eden od odgovorov na **ključne dileme** sodobnega časa. Če je moderna sprostita pritisk tradicionalne skupnosti na posameznika in sprožila vzpon individualizma, se v pozni moderni pričnejo kazati temne plati tega procesa. Pojavlja se namreč nelagodje ob stopnjevanju individualizma na strani potreb in institucionalizacijo na strani njihovega zadovoljevanja, kar sčasoma spreminja vse odnose v kupoprodajne.

Čeprav nas lahko kritičen odnos do sedanjosti zapelje v povečevanje dobrih starih časov in nostalgijo po preteklosti, se je potrebno zavedati, da **ponovno rojstvo starega skupnostnega modela življenja ni več možno, niti ne bi bilo zaželeno**. Ljudje so seveda od nekdaj reševali probleme v lokalni skupnosti, drugo vprašanje pa je, kako so jih rešili – za koga ugodneje, kdo pa je bil na izgubi. Pomislimo samo na odločitve o tem, kje bo tekla cesta, kakšen bo odnos do priseljencev, kako vzpostaviti pravila obnašanja v skupnosti, kako ravnati s tistimi,

ki jih ne upoštevajo. Tradicionalna skupnost ni bila idiličen kraj, prevlado v njej so vedno imeli tisti, ki so svoj položaj utemeljevali na svetnem ali svetem bogastvu.

Predstava o povezani in solidarni vaški skupnosti v preteklosti je enostranska. So pa seveda **skupnosti vedno tudi iskale različne sprejemljive rešitve, kako narediti tako, da bodo prebivalci zadovoljni**, da bodo storitve hitro dosegljive in kvalitetne ter da bodo imele primerno ceno. Poleg plačljivih storitev pa v lokalni skupnosti obstaja veliko aktivnosti, ki niso plačljive, a vseeno zelo izboljšajo kvaliteto vsakodnevnega življenja posameznika in so že od nekdaj prisotne v družbi. Mednje prištevamo medsosedske pomoči, medgeneracijsko pomoč, skratka podporo sorodstvenih, sosedskih in prijateljskih socialnih omrežij. Te oblike pomoči so vedno obstajale, a niso bile dovolj videne (Ramovš 2015).

V zadnjih desetletjih je prišlo do pomembne preusmeritve iz samo institucionalnih oblik pomoči v skupnostne oblike pomoči ob ohranjanju dosežkov iz institucionalne faze razvoja zdravstva. Pri tem ima veliko vlogo lokalna skupnost, ki lahko prepozna prednosti skupnostnega pristopa in ga prične uvajati kot vsakodnevno prakso življenja v lokalni skupnosti. Ta sprememba paradigme pa je zelo zahtevna, ker postane človek subjekt v procesu obravnave. Namesto institucionaliziranih, vnaprej določenih programov, ki so se jim morali uporabniki prilagajati, se pričnejo na osnovi njihovih potreb razvijati med seboj dopolnjujoče podpirne dejavnosti.

Skupnostni pristop k zdravju za 21. stoletje

Sodobno razumevanje, da »skupnost pristopa k zdravju pripadnikov« pomeni, da **skupnost identificira, zagotavlja in koordinira dejavnosti za ohranjanje in krepitev zdravja ter zmanjševanje neenakosti v zdravju svojih pripadnikov.**

Skupnostni pristop k zdravju pomeni pristop, katerega nosilec je skupnost skozi **povezano delovanje njenih subjektov, zainteresiranih za boljše zdravje vseh pripadnikov in okolja.** Družbeni **sistemi** (politični, izobraževalni, zdravstveni, pravosodni) zagotavljajo sistemske okvire in **podpirajo nosilno vlogo skupnosti** v skrbi za zdravje. Sodelovalni pristop k zdravju temelji na strokovnih (evidence-based) osnovah. Skupnost pa ima aktivno in vodilno vlogo. **Torej je sodobni skupnostni pristop k zdravju sinteza predhodnih oblik in hkrati družbena inovacija.**

To pojmovanje skupnostnega pristopa je **nadgradnja prejšnjega**, ki razume skupnostni pristop samo kot intervencije institucij v skupnosti. Vloga zdravstva se tu spremeni, iz dominantne vloge postane sestavni del procesa odločanja in izvajanja skrbi za zdravje prebivalcev. Ne gre več le za delovanje zdravstva v skupnosti, ampak za sodelovalno skupno skrb za zdravje, kjer posamezni subjekti prevzemajo različne vloge: lahko so izmenoma iniciatorji, izvajalci, pobudniki, koordinatorji, informatorji, prejemniki storitev. Ključno koordinativno vlogo pa ima občina kot trajni legalni okvir lokalne skupnosti. Pomembno je, da so prejemniki storitev soudeleženi pri kreiranju pristopa/skrbi. Vloga zdravstvenih strokovnjakov, zaposlenih v osnovnem zdravstvenem varstvu (zdravstvenih domovih) in na področju javnega zdravja je v povezanem delovanju z drugimi akterji v skupnosti, pri čemer imajo lahko zdravstveni strokovnjaki in organizacije vlogo pobudnikov in iniciatorjev aktivnosti za zdravje, lahko pa se priključujejo in podpirajo pobude drugih akterjev.

Zdravje je tudi politična izbira. Politične odločitve lahko vplivajo na gospodarsko in socialno neenakost, tudi skozi politike, ki dovoljujejo nezdravo bivalno in delovno okolje (WHO 2010).

Uvajanje skupnostnega pristopa k zdravju **kot povezave med sistemsko, institucionalno ravni**jo na eni strani in **vsakodnevnim življenjskim svetom ljudi** na drugi je značilno za poznomoderni razvoj in na nov način **povezuje značilnosti tradicionalne skrbi za zdravje, omejene na lokalno skupnost in izkustveno znanje ter dosežkov moderne, kot so znanstveno-tehnološki razvoj, razmah institucij in socialna država**. Je socialna inovacija, udejanjanje skrbi za zdravje v tistem okolju, kjer ljudje živijo, delajo, se šolajo, s hkratno oporo na sisteme in institucije. Pomeni vključenost posameznikov, skupin, organizacij in institucij v procese ocenjevanja zdravstvenih značilnosti, načrtovanja skrbi za zdravje – tako promocije zdravja, preventive kot kurative in koprodukcijo zdravja skozi konkretne odločitve in ukrepe.

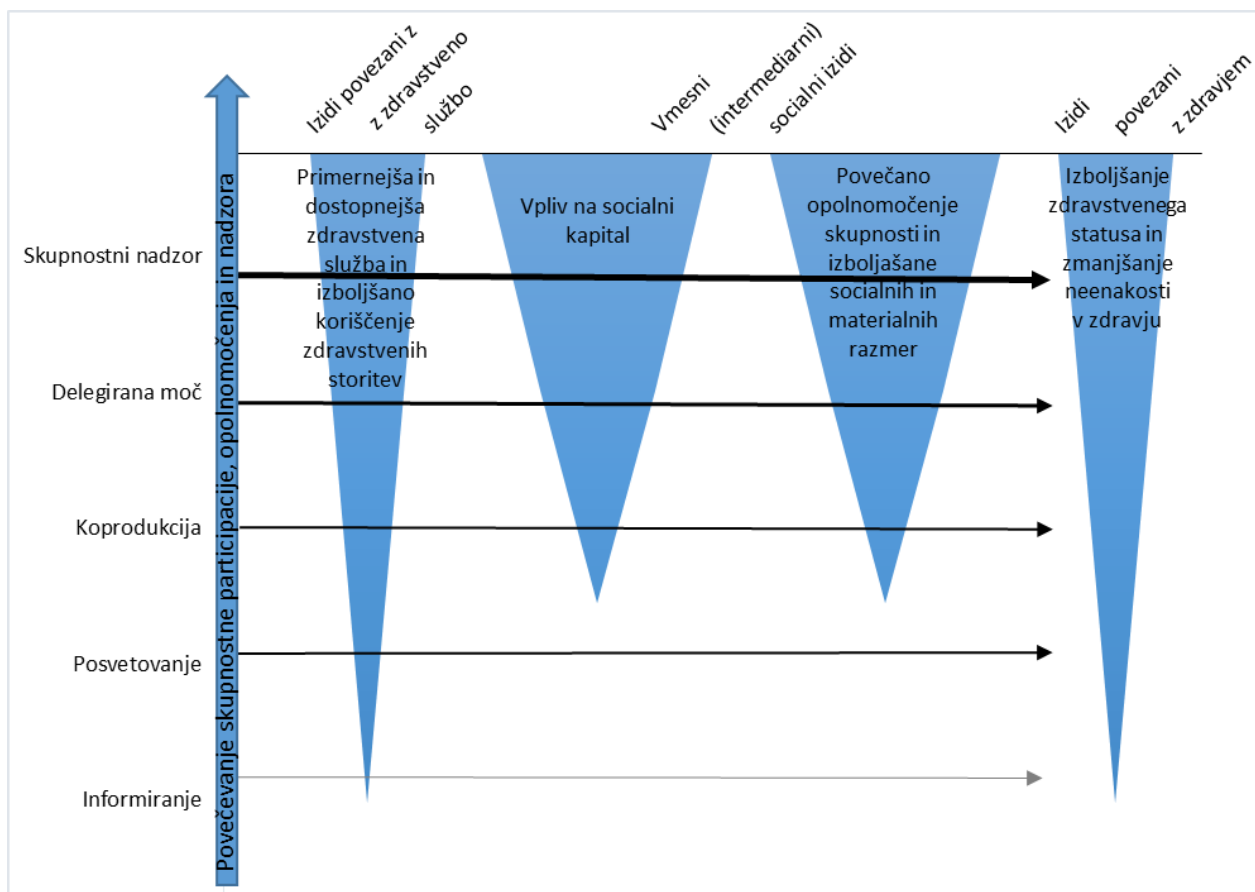
Svetovna zdravstvena organizacija z namenom **zmanjševanja neenakosti v zdravju** priporoča **medsektorsko planiranje in izvajanje politik** na področju neenakosti v zdravju. Brez tega pristopa bodo neenakosti še naprej obstajale in zdravstveno stanje prebivalstva bo utrpelo škodo.

Posamezniki so preko vključenosti skupnosti v aktivnosti, ki se dotikajo njihovega življenja, zdravja in dobrega počutja **vključeni tudi sami**. Participacijo posameznika v procesih ocenjujemo glede na jakosti njegove vpletenosti, ki se razlikujejo po številu stopenj, ki jih obravnavajo. Med omenjene lestvice spada tudi **lestvica participacije po Wilcoxu**. Posamezna višja stopnja sodelovanja sicer ni nujno tudi boljša, na samo participacijo je namreč potrebno gledati v kontekstu primernosti in interesov (Wilcox 1994).

Podpiranje	znatna	Nudnje podpore drugim pri doseganju njihovih ciljev z nasveti, podporo, subvencioniranjem
Skupno delovanje		Poleg sodelovanja pri odločanju, poteka tudi sodelovanje pri izvedbi
Soodločanje	participacija	Spodbujanja drugih k predlaganju dodatnih idej, možnosti in skupno odločanje
Posvetovanje		Posredovanje informacij in sprejemanje odziva
Informiranje	nizka	Posredovanje informacij ljudem

Slika 3: Stopnje participacije po Wilcoxu (1994)

Podobno razdelitev zasledimo tudi v spodnjem modelu, ki **obravna skupnostni pristop k zdravju in prikazuje njegovo povezavo do izboljšanega zdravja in zmanjšanja neenakosti v zdravju**. Na omenjeno povezanost vplivajo spremembe v učinkovitosti intervencij, napredek v socialnih in materialnih okoliščinah ter povečan nadzor in samoučinkovitost. **Povezanost med skupnostnim pristopom in zdravstvenimi izidi** lahko poteka preko izboljšane pretoka informacij s skupnostjo, zagovorništva skupnostnega pristopa, razvoja socialnega kapitala in preko nadzora in opolnomočenja. Uporaba skupnostnega pristopa v izboljšanju učinkovitosti zdravstvene službe se kaže z upoštevanjem kulturnih značilnosti in stališč ciljne populacije, s hkratnim upoštevanjem morebitnih ovir. Izboljšani pretok informacij prispeva k natančnejšemu prepoznavanju potreb in ovir, kar omogoča oblikovanje primernejšega in dostopnejšega zdravstvenega varstva in intervencij (Popay 2010).



Slika 4: Model skupnostnega pristopa v zdravju (Popay 2010).

Vključenost različnih subjektov skupnostnega pristopa sega od zgolj informiranosti o pojavu do skupnega delovanja, podpiranja in nadzora. Med subjekte skupnostnega pristopa spadajo tako pripadniki skupnosti kot posamezniki – vsi, ki tam živijo in/ali delajo, skupine in združenja – interesne skupine, društva (športna, kulturna, upokojenska, turistična, civilne iniciative), gospodarski subjekti – podjetja, obrtniki, javni sektor – šole, vrtci, zdravstveni dom, centri za socialno delo (CSD), Zavod RS za zaposlovanje (ZRSZ), kulturne ustanove, občina. Predpostavka (in posledica) razvoja skupnostnega pristopa k zdravju je demokratična in pravična družba, ki skozi delovanje socialne države in drugih oblik povezovanja ljudi zagotavlja pogoje za doseganje zdravja in kakovostnega življenja.

Vloga zdravstvenih strokovnjakov v razvoju skupnostnega pristopa k zdravju

Kako se **zdravstveni sistem** vključuje v skupnostni pristop k zdravju? Zdravstvo je institucija; je del večjega sistema, državno regulirano, utemeljeno na formalnih pravilih. Ima različne ravni, pri čemer je njegova primarna raven najbolj odprta v skupnost in z njo najmočnejše povezana (tudi formalno, saj zdravstvene domove ustanavljajo občine). **V lokalno okolje lahko prinaša zaklade znanja o zdravju in boleznih** in kot taka pomaga skupnosti krepiti zdravje prebivalstva.

Kako naj zdravstveni strokovnjaki to dosežejo? Kako so lahko pri tem čim bolj učinkoviti? Kakšna je vloga drugih akterjev v lokalni skupnosti? Kako naj s skupnim delovanjem zagotovijo skupnostim, v katerih živijo in delajo, pogoje za čimbolj zdravo življenje? Skupnostni pristop pomeni prizadevanje, da udeleženi subjekti, predvsem uporabniki storitev, »iz pasivnih prejemnikov storitev prevzamejo vlogo aktivnih iskalcev rešitev« (Videmšek 2011).

Uvajanje skupnostnega pristopa k zdravju pomeni preusmeritev zdravstvenega sistema ali vsaj njegovega dela v smeri od »sistema za bolezen« k »sistemu za zdravje«. Ena od strategij za izboljšanje zdravja prebivalstva je **spodbujanje razvoja socialnega kapitala**. Socialni kapital (Bourdieu 1986) je, kot vsak kapital, vrednost, ki prinaša presežno vrednost. Za razliko od proizvodnega kapitala, ki prinaša profit, in kulturnega kapitala, ki prinaša znanje, pomeni socialni kapital vrednost zaradi specifičnih povezav z drugimi ljudmi. Na koncu se v kapitalistični družbi večina oblik presežne vrednosti sicer (lahko) izrazi v denarju, ne pa vse. Zdravje in dobro počutje je bogastvo, ki ga dostikrat ne moremo kupiti.

Socialni kapital je vrednost, ki se povečuje skozi dejavne povezave med ljudmi in medsebojno podporo. Mogoče ga je **razvijati s pomočjo partnerstev in različnih oblik sodelovanja** pri reševanju problemov. Iz ločenega pristopa (po sektorjih, po strokah) prehajamo v skupno reševanje problemov, kjer je izhodišče problem ali potreba ljudi in ne, kot se dogaja, ekspertiza tistih, ki intervenirajo. **Poudarek je na skupnem, sinergičnem učinku, na »mi« in ne na »jaz«.** Seveda se je potrebno zavedati omejitev svojega osebnega ali profesionalnega pogleda na pojav in napraviti prostor za druge relevantne uvide. Paradigma (način gledanja na pojave) je umeščena v oči tistega, ki gleda. Zato posamezniki isti pojav vidijo zelo različno.

Če želimo vzpostaviti **dejanska partnerstva v skupnostnem delovanju**, potem morajo vsi vključeni (sektorji, strokovnjaki, institucije, združenja, posamezniki) **priznati enakovrednost znanja in izkušenj z vseh področij**. To zahteva od vseh strokovnjakov upoštevanje različnih perspektiv in dimenzij problema. Tak pristop je izziv zlasti za strokovnjake, ki so bili izobraženi v »trdih« naravoslovnih vedah z redukcionističnim pristopom in nadzorom izoliranih zunanjih dejavnikov pojava. Ta vrsta znanja je seveda pomembna, a ima omejeno sposobnost razumevanja sočasnega delovanja različnih dejavnikov. Lahko prepreči, da bi ljudje uvideli medsebojne vplive različnih dejavnikov in tako ostajajo znotraj paradigem svojih ločenih strok.

Preseganje te ločenosti pomeni vzpostavljanje »zavezništva za zdravje« (Pahor 2014). Pogoj za to pa je **uvid, da ni samo ene »pravilne« opredelitve zdravja**, ampak da ima ta pojav različne dimenzije, ki jih sicer lahko obravnavamo ločeno (in smo pri tem nemalokrat uspešni), ali pa jih povežemo v integriran, celostni pristop, ko na primer medicinske intervencije povežemo s spodbujanjem zdravega življenjskega sloga in s podporo procesom opolnomočenja. V Tabeli 1 prikazujemo odgovore na **štiri ključna vprašanja o zdravju z vidika različnih pogledov**.

Tabela 2: Pogledi na zdravje in težave z zdravjem

Pogledi na zdravje in težave z zdravjem	Medicinski	Vedenjski	Socialno-okoljski
Kaj je zdravje?	Odsotnost bolezni	Individualno dobro počutje	Povezanost, sposobnost delovanja
Kaj povzroča težave z zdravjem?	Bolezni, fiziološki dejavniki tveganja	Tvegana vedenja	Osamljenost, revščina
Kako jih odpravljamo?	Medicinske intervencije	Spodbujanje zdravega življenjskega sloga	Opolnomočenje, podpora skupinam, skupnostim, politična akcija
Kdo ukrepa pri težavah?	Strokovnjaki	Strokovnjaki v sodelovanju s posamezniki in skupnostmi	Skupnost s podporo strokovnjakov in institucij

Tudi **razumevanje zdravstvenih problemov** je med strokovnjaki različno. Kjer, na primer, zdravnik vidi diagnozo in zdravljenje, bo javnozdravstvenik videl tvegana vedenja, socialni delavec pa družbeno pogojenost razporeditve zdravja in bolezni.

Da bi prikazal **paradigmatsko določenost v zdravstvu**, je Ronald Labonte analiziral odgovore na vprašanje **Kateri so glavni zdravstveni problemi vaše skupnosti?** Njegove ugotovitve prikazuje Tabela 3.

Tabela 3: Glavni zdravstveni problemi glede na pristope (Labonte 1993, v Norheim 1999)

Medicinski pristop	Vedenjski pristop	Socialno-okoljski pristop
<ul style="list-style-type: none"> • SŽB • Rak • AIDS • Diabetes • Debelost • Duševne bolezni • Hipertenzija 	<ul style="list-style-type: none"> • kajenje • slabe prehrambne navade • slaba kondicija • zloraba drog • zloraba alkohola • neobvladovanje stresa • pomanjkanje življenjskih veščin 	<ul style="list-style-type: none"> • revščina • brezposelnost • nemoč • izoliranost, osamljenost • onesnaženje • "stres" • tvegani življenjski in delovni pogoji

Če je bila večina zdravstvenih strokovnjakov socializirana v medicinski (bio-patološki) paradigmi, je vprašanje, **kako zagotoviti tako delovanje, zlasti pa vodenje in upravljanje v zdravstvu, da bo odgovorilo na kompleksne, bio-psiho-socialne probleme sodobne družbe.** Za učinkovito delovanje zdravstva je potrebna **prilagoditev sodobnim odnosom in procesom.** Gre za **reorientacijo vertikalnega vodenja k horizontalnemu koordiniranju in usklajevanju.** Evropski javni sektor s svojimi sistemi in organizacijami je večinoma nastal v 19. stoletju in odseva značilnosti tistega časa, kot sta redukcionistični pristop in izrazita hierarhičnost, kjer vodenje poteka skozi ukazovanje in nadzorovanje znotraj ločenih področij. Sodobnih problemov ne moremo reševati na tak način, praviloma zahtevajo horizontalno akcijo skozi različne sektorje. Potrebna je virtualna sodelovalna povezava znotraj in med sistemi ter sektorji, inovativno reševanje problemov in upravljanje, ki omogoča mreženje in zaupanje namesto ukazovanja in nadzora.

V okviru **skupnostnega pristopa k zdravju** delujejo zdravstveni strokovnjaki v skladu s skupnostnimi potrebami in metodami, ki so blizu ljudem, njim razumljive in sprejemljive ter v skladu z njihovo kulturo. Za skupnost so značilni pokrajinske danosti (gore, reke), vreme, javni transport, telekomunikacije, gospodarski razvoj, demografski razvoj, zgodovina skupnosti, formalni in neformalni skupnostni voditelji, formalna in neformalna kultura, različne skupine prebivalstva, obstoječe institucije in vodenje skupnosti. Da bi zdravstveni strokovnjaki uspešno delovali v skupnosti, potrebujejo določena znanja o vseh naštetih področjih. Še posebej pa so **potrebna znanja o potrebah skupnosti, ki so razkorak med tem, kar je skupnost že dosegla in med tistim, kar bi želeli ljudje v skupnosti doseči.** Za doseg ciljev pa je potrebno poznati sredstva in načine, s katerimi bomo dosegli cilje. Za doseg ciljev potrebujemo načrt.

Kako udejaniti skupnostni pristop?

Skupno delovanje naj bi bilo usmerjeno v razvoj skupnosti, ki sprejema le odločitve, ki pozitivno vplivajo na zdravje pripadnikov (ali ki mu vsaj ne škodijo). Prizadeva si za preseganje sektorskih meja pri obravnavi problemov, enakopravno sodelovanje med strokovnjaki in prebivalci, vzpostavljanje etike skrbi kot temelja vrednostnega sistema in podlage za odpravljanje neenakosti v zdravju in zagotavljanje dobre kakovosti življenja. Vse to so velike ideje, ki se mogoče zdijo težko dosegljive. A vedeti je treba, da so mnoge resničnosti in dosežki sedanosti bili še včeraj utopija. Pri načrtovanju vrednih ciljev pa je potreben racionalen in pretehtan pristop.

Konkretnim napotkom za uvajanje skupnostnega pristopa je namenjeno poglavje Uvajanje skupnostnega pristopa k zdravju na lokalni ravni - praktični vidiki. Tukaj bomo le **orisali korake in predvsem opozorili na kontekst okolja, v katerem poteka.**

Osnovni korak, ki sledi odločitvi o tem pristopu k zdravju, je **ustanovitev lokalne skupine** za krepitev zdravja, ki je hrbtenica dejavnosti in spodbuja nadaljnje poteke.

Sledi oblikovanje **vizije skupnosti** in iz nje izhajajoča ocena stanja in potreb po spremembah. V proces izbiranja problemov in ciljev, ki jih želi doseči skupnost, **je potrebno vključevati številne akterje iz skupnosti** in doseči, da bodo njihovi predlogi upoštevani, da lahko tudi oni prispevajo k identifikaciji svojih potreb in potreb drugih in da morajo tudi oni vložiti trud v skupna prizadevanja, da bi dosegli skupne cilje.

Preko različnih oblik participatornega raziskovanja se zbira probleme, ki jih vidi skupnost in se hkrati tudi **išče rešitve** za te probleme s pomočjo svobodne, argumentirane razprave. Nekatere ponudijo ljudje sami, druge skušajo oblikovati strokovnjaki s širšim konsenzom s prebivalci lokalne skupnosti. Pri tem so v veliko pomoč tudi **fokusne skupine in študije potreb** prebivalstva. Ker se lahko v toku raziskovanja nabere veliko problemov, potrebujemo **posvetovalna srečanja**, demokratične forume, kjer na podlagi najširšega konsenza prebivalci skupaj določijo najpomembnejše probleme.

Temu sledi izdelava strateških in akcijskih načrtov, ki bodo usmerjali **spremembe politike v lokalni skupnosti in uvedbo novih aktivnosti** za realizacijo zastavljenih ciljev. Spremembe vedenja dosežemo na različne načine, z dodatnim izobraževanjem, organizacijskimi in vsebinskimi spremembami, pa tudi s spremembo zakonov na lokalni in nacionalni ravni (od spremembe davčne politike do spremembe odnosa do škodljivih produktov in podobno).

Ves proces je potrebno **skrbno ovrednotiti in spremljati**. Spremljanje izvaja lokalna skupina za krepitev zdravja skupaj s partnerji, s katerimi smo programe postavili. Zajete morajo biti organizacije, ki so vključene v proces, zaposleni in prejemniki storitev. Vzporedno pa lahko poteka še raziskava o implementaciji programa. Potrebno je delati v skladu z interesi odločevalcev (to so pripadniki skupnosti oziroma njihovi zastopniki) in jim poročati. **Program mora biti dolgoročen, usklajen s partnerji, odločevalci in financerji programov.**

Izvajanje skupnostnega pristopa kot vsakodnevne prakse je zahtevno skupinsko delo, ki je zelo odvisno od koordinatorjev in predvsem soglasnega sprejemanja vizije, ciljev in strategije za doseg teh ciljev na nacionalnem, regionalnem in lokalnem nivoju. Tu ne gre za vodenje, ampak za koordiniranje različnih programov in pristopov, gre za veliko tolerantnost do različnosti in za upoštevanje predvsem želja uporabnikov programa.

Skupnostni pristop vključuje različne uporabnike v skupnosti, kot na primer na področju poboljnišnične oskrbe, obravnave tako otrok kot starejših ljudi. Gre za univerzalni pristop, ki omogoča kvalitetnejše delo in večje zadovoljstvo uporabnikov storitev. **Zagotavlja sinergijo med posameznimi programi**, s tem pa se skrajšajo poti odločanja in ukrepanja in privarčujejo finančna sredstva. **Omogoča pa tudi organizacijo skupnosti v smeri večje dostopnosti programov skupinam prebivalstva, ki te programe potrebujejo.** Hitreje in bolj celostno se ukrepa pri posamezni težavi, s tem pa se skrajša čas trajanja bolezni in čas oviranosti.

Še enkrat opozarjamo, da se **izraz skupnostni pristop k zdravju** uporablja v večih pomenih, ki odsevajo različna razumevanja vloge skupnosti in zdravja. Kot v obsežni pregledni študiji ugotavljata Merzel in D'Afflitti (2003), je skupnost lahko videna kot *okolje intervencij*, kot *cilj*, kot *vir* ali kot **akter intervencij za krepitev zdravja**. Pojmovanje skupnosti kot akterja krepitve zdravja – v tem smislu jo uporabljamo avtorji tega priročnika - je v javnem zdravju še malo prisotno. Njegov poudarek pa je na **spoštovanju in krepitvi razvojnih sposobnosti skupnosti**. Viri za razvoj skupnosti zajemajo vse, ki jih skupnost vključuje: prebivalce, neformalna socialna omrežja, soseske, šole, delovne organizacije, podjetja, prostovoljce, upravne in politične strukture. Pomembno je prepoznati vlogo in moč socialnega kapitala samoorganiziranih ljudi v združenjih, iniciativah, društvih, ki omogočajo glas tudi najšibkejšim pripadnikom. V okviru ozaveščene skupnosti, ki zna prepoznati svoje probleme in svoje vire, je mogoče organizirati intervencije na različnih ravneh, kot so družine, socialna omrežja, soseske, na ravni organizacijskih aktivnosti (na primer ukinitve prodaje zdravju škodljive hrane), skupnostne dejavnosti (na primer rekreacijske površine), fizičnega okolja (na primer pogozditev) in kulturnega življenja, vse to ob upoštevanju prepletenosti mikro, mezo in makro ravni družbe (Merzel, D'Afflitti 2003).

Razvoj sposobnosti skupnosti za identifikacijo in obvladovanje problemov pa ne poteka sam od sebe. Potrebno je pridobiti znanja in veščine ter jasno formulirati vrednote, ki podpirajo skupnostne aktivnosti.

Usposabljanje za delo v skupnosti

Delo v skupnosti je v taki obliki, kot je tu opisana, relativno nov način dela na presečišču formalnih in neformalnih omrežij, med različnimi sektorji, skupinami in organizacijami. Glavnina tega dela je **koordiniranje, komuniciranje, podpiranje in omogočanje takih okoliščin, ki zagotavljajo zdravje**. Za uspešno delo v skupnosti je potrebno posedovati specifičen nabor znanja, veščin ter stališč in vrednot. Poglejmo nekatere! (Frank in Smith, 1999).

Za delo v skupnosti je potrebno široko **znanje**, ki je kombinacija **podatkov** in **informacij** ter **teorij**, ki te podatke osmišljujejo in povezujejo. Vsaka skupina za razvoj skupnosti potrebuje **znanja o**

- skupnosti, v kateri deluje (demografija, naravne in kulturne danosti, organiziranost);
- socialnem, ekonomskem in okoljskem razvoju (gospodarska razvitost, stopnja zaposlenosti, revščina, ogroženost okolja);
- partnerstvih (aktualne in potencialne povezave med akterji);
- skupinskih procesih in dinamiki (interesi posameznih skupin, politične povezave, privilegiji);
- delovanju timov (in njihovim razvojnim fazam: od spoznavanja, oblikovanja in določanja pravil preko razreševanja konfliktov do učinkovitega delovanja/*knowing, forming, norming, storming, performing*);
- procesih reševanja problemov in sprejemanja odločitev (algoritmi odločanja);
- projektnem menedžmentu (kako zastaviti in voditi projekt);
- finančnem menedžmentu in pridobivanju sredstev na razpisih;
- metodah usposabljanja in treninga veščin (kako prenašati svoje veščine na druge, »znaš, nauči drugega«) (Ibid.).

Veščine nam pomagajo **preiti od teorije in znanja k dejanjem**. Pomenijo sposobnost izvedbe intelektualnih ali fizičnih nalog. Veščin se je mogoče naučiti. Biti večč nečesa, pomeni kompetentno kadarkoli opraviti neko nalogo. **Veščine**, potrebne za delo v skupnosti, so raznolike, lahko jih povežemo v **sklope**, in sicer:

- veščine komuniciranja, facilitacije in timskega dela (poslušanje, jasno sporočanje, omogočanje in spodbujanje aktivnosti drugih, sodelovanje, skupno odločanje in izvajanje);
- veščine za raziskovanje, načrtovanje in evalviranje (procesno razmišljanje);
- veščine reševanja problemov in razreševanja sporov;
- veščine vodenja in upravljanja (določanje ciljev, delitev dela, koordiniranje izvedbe) (Ibid.).

Osebna **prepričanja, stališča in vrednote** se pri posameznikih **spreminjajo počasi** in so ponavadi globoko zakoreninjena v strukturi osebnosti in življenjskih izkušnjah. Vsekakor pa je mogoče s pomočjo samorefleksije ugotoviti, ali so nam blizu stališča, vrednote in prepričanja, ki so **nujna za uspešno delo v skupnosti, kot so**:

- spoštovanje posameznikov, skupin in skupnosti,
- močan občutek odgovornosti in zavezanosti,
- empatija (razumevanje zornega kota drugih)
- odprtost do alternativnih rešitev, novih možnosti in načinov delovanja,
- potrpežljivost, vztrajnost in vzdržljivost,
- ustvarjalnost, inovativnost in intuitivnost,
- pripravljenost sodelovati tudi brez vodilnega položaja,
- zaupanje v druge,
- poznavanje svojih omejitev in svojih sposobnosti. (Ibid.)

Kako se učiti dela v skupnosti, kako pridobiti znanje, veščine in vrednote?

Znanje in veščine lahko **pridobimo skozi različne oblike učenja**. Pričnemo lahko z **individualnim učenjem**, to je z branjem literature v tiskani in e-obliki, uporabo spletnih virov, video predavanj, udeležbo na spletnih forumih, vključenostjo v tematska socialna omrežja in podobno. Različni **tečaji in delavnice** so bolj interaktivne oblike učenja. Lahko potekajo v fizičnem ali virtualnem okolju, v vsakem primeru pa omogočajo izmenjave med učitelji oziroma facilitatorji ter udeleženci in nam pomagajo bolj temeljito in kritično osvojiti potrebna znanja. Vsak proces učenja vključuje tudi **razmislek o vrednotah**, ki podpirajo osebe in izide procesa. Pomembna so vprašanja, kot: za kaj in za koga je to, kar počnemo, dobro? Bi lahko komu škodovalo? Bo prineslo več spoštovanja v medsebojne odnose? Več

zaupanja? Ko pridobivamo znanja in veščine, je vrednostni vidik pogosto v ozadju in nerefektiran. Ker pa gre pri skupnostnem pristopu za podloženost z določenimi vrednotami (enakost, solidarnost, zaupanje, spoštovanje, dostojanstvo), so nujna oblika usposabljanja tudi **skupinske razprave** za pridobivanje soglasja o vrednotah in prepričanjih.

Pogosti problemi in težave pri razvoju skupnostnega pristopa

Kot kažejo izkušnje iz tujine, gre pri **skupnostnem pristopu za kompleksno in prepleteno dejavnost, kjer je potrebna usklajenost številnih akterjev**. Zato je skupnostni razvoj proces nenehnega učenja, pogajanj in iskanja soglasja. **Najpogostejše začetne težave**, ki so jih zaznali, so bile, kako preiti od načrta k dejanjem in kako zagotoviti sredstva za delovanje. **Med potekom dela** se lahko pojavlja borba za prevlado, nejasnosti glede vlog posameznih akterjev, pa tudi nerazrešeni konflikti. Prisotna je lahko neučinkovita uporaba orodij in tehnik in neopravljena ali pomanjkljiva evalvacija.

Skupnostni pristop k zdravju – ključni poudarki

Skupnostni pristop k zdravju pomeni, da »**skupnost pristopa k zdravju pripadnikov**«. To pomeni, da **skupnost identificira, zagotavlja in koordinira dejavnosti za krepitev zdravja svojih pripadnikov**. Ob tem ohranja kreativnost posameznikov, njihovo svobodno odločitev za aktivnosti za krepitev zdravja, ter – za razliko od tradicionalne skupnosti - uporablja vse dosežke znanstvenega, tehnološkega in institucionalnega razvoja. Njegov **nosilec je (lokalna) skupnost** skozi **povezano delovanje** svojih subjektov (tako posameznikov kot skupin), zainteresiranih za boljše zdravje vseh pripadnikov in okolja. Družbeni **systemi** (politični, izobraževalni, zdravstveni, pravosodni) zagotavljajo sistemske okvire in **podpirajo nosilno vlogo skupnosti** v skrbi za zdravje in v odpravljanju neenakosti v zdravju njenih pripadnikov.

Skrb za zdravje je bila v družbah vedno prisotna, razlikujejo se le njene oblike. Zgodovinsko gledano je za predmoderno obdobje značilna skrb za zdravje v okviru družin in lokalnih skupnosti na laični ali polpoklicni osnovi, podprta s tradicionalnim izkustvenim znanjem. **Procesi modernizacije**, kot so urbanizacija, industrializacija, razvoj znanosti in tehnologije, so privedli do vzpona institucij za zadovoljevanje družbenih potreb in državnega nadzora nad njimi. **Tudi na področju skrbi za zdravje se vzpostavijo zdravstvene institucije, ki povezujejo strokovnjake in kopičijo znanje, sredstva in moč za nadzorovanje bolezni in bolnikov**. Njihovo delovanje je prineslo velike uspehe v zdravljenju bolezni, zlasti v zgodnjem obdobju moderne, tudi zaradi močne opore na znanost in tehnologijo.

Sčasoma pa zdravstvene institucije zaradi spremenjenih družbenih razmer ne morejo več dosegati svojih ciljev, na nekaterih področjih postajajo celo kontraproduktivne. **V zadnji četrtini 20. stoletja začne tako oživljati ideja o skupnostnem pristopu k zdravju**, ki pa se razlikuje od tradicionalnega v tem, da ohranja povezave z institucionalnim zdravstvom in njegove dosežke, spremeni pa se vloga zdravstvenega sistema v odnosu do skupnosti iz pokroviteljske v zavezniško. Vloga zdravstvenih strokovnjakov v razvoju skupnostnega pristopa k zdravju je izjemno pomembna, saj razpolagajo z zalogami znanja o zdravju in boleznih in so lahko pomembni zavezniki pripadnikov skupnosti pri njihovi izgradnji zdrave skupnosti. **Gre za načrtovano, dolgoročno dejavnost z določenimi okvirnimi koraki, za katero se je potrebno usposabljanje in učiti novih znanj in veščin.**

V razmislek

Pojasnite različna razumevanja pojma skupnostni pristop k zdravju. Kaj mislite, zakaj se ta pojmovanja spreminjajo?

Kaj je pripeljalo do institucionalizacije zdravstva? Kateri so njeni pozitivni ter negativni učinki?

V čem je sodobni skupnostni pristop k zdravju drugačen od tistega v predmoderni družbi?

Kako se spremeni vloga zdravstvenih strokovnjakov v skupnostnem pristopu k zdravju glede na institucionalni pristop?

Kako politika (lokalna, regionalna, nacionalna, nadnacionalna, globalna) vpliva na zdravje prebivalcev? Kako lahko vi vplivate na politične odločitve?

LITERATURA IN VIRI

1. Blas, E., Roebbel, N., Rajan, D., Valentine, N. (2016). *Intersectoral planning for health and health equity*. Dostopno na: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250221/3/9789241549745-chapter12-eng.pdf?ua=1>, [28. 11. 2017].
2. Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. V: Richardson, J. (ur.) *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. New York: Greenwood. 241–258.
3. Davies, M., Ziglio, E. (2010). *Health assets in a global context: theory, methods, action*. Springer, 183–195.
4. European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care (2012). Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care (Guidance on implementing and supporting a sustained transition from institutional care to familybased and community-based alternatives for children, persons with disabilities, persons with mental health problems and older persons in Europe). Brussels. Dostopno na: <http://deinstitutionalisationguide.eu/wpcontent/uploads/Common-European-Guidelines-on-the-Transition-from-Institutional-to-Communitybased-Care-English.pdf>, [14. 9. 2017].
5. Flaker, V., et al. (2015). *Izhodišča deinstitucionalizacije*. Dostopno na: http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/sociala/izhodisca_dezinstitucionalizacije_maj_slo_povzetek_03.pdf, [14. 9. 2017].
6. Frank, F., Smith, A. (1999). *The community development handbook: a tool to build community capacity*. (elektronska knjiga). Minister of Public Works and Government Services Canada. Dostopno na: <https://ccednet-rdec.ca/en/toolbox/community-development-handbook-tool-build-community-capacity> [28. 11. 2017].
7. Gajič, A. (2009). *Skupnostni pristop v centrih za Socialno delo - ovire in možnosti*. Magistrsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.
8. Goodman R. A., et al. (2014). What is community health. Examining the meaning of an evolving field in public health. *Preventive Medicine*. Volume 67, Supplement 1, 58–61.
9. Kleisiaris, C. F., Sfakianakis, C., Papathanasiou, I. V. (2014). Health care practices in ancient Greece: The Hippocratic ideal. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 7: 6.
10. Medeiros, H., McDaid, D., Knapp M. (2007). *Shifting care from hospital to the community in Europe: Economic challenges and opportunities*. Personal Social Services Research Unit London School of Economics and Political Science Houghton Street. London.
11. Merzel, C., D'Affliti, J. (2003). Reconsidering community-based health promotion: promise, performance and potential. *American Journal of Public Health*, 93: 557–574.
12. Norheim, L. (1999). *Community Development for Health - A resource guide for health workers*. Lancaster University Public Health and Health Professional Development Unit and the North West Lancashire Health Promotion Unit. Dostopno na: www.lancaster.ac.uk/users/phdu/download/manual.doc [26. 9. 2017].
13. Oreški, S., et al. (2015). Zbornik prispevkov izobraževanja Mreže za deinstitucionalizacijo MDI. Ljubljana: YHD, Društvo za teorijo in kulturo hendikepa. Dostopno na: <http://www.za-mdi.si/files/aktivnosti/zbornik-prispevkov-izobrazevanja-mdi.pdf>, [15. 10. 2017]
14. Popay, J. (2010). Community empowerment and health improvement: the English experience. *Health Assets in a Global Context* pp 183-195.
15. Reinharz, D., Lesage, A. D., Contandriopoulos A. P. (2000). II. Cost-Effectiveness Analysis of Psychiatric Deinstitutionalization. *The Canadian Journal of Psychiatry*, Vol 45. No 6.
16. Švab, V., (ur.) (2015). *Obravnava v skupnosti*. Ljubljana: Šent, Slovensko združenje za duševno zdravje.
17. Wilcox, D. (1994). *The guide to effective participation*. Brighton: Partnership Books.
18. WHO (2010). *Adelaide Statement on Health in All Policies*. Adelaide: Government of South Australia. Dostopno na: http://www.who.int/social_determinants/hiap_statement_who_sa_final.pdf, [15. 10. 2017]

Učinkovitost skupnostnega pristopa k zdravju v svetu in primeri v Sloveniji

Martin Ranfl, Denis Oprešnik, Juš Škraban, Špela Fištrič, Vesna Pucelj

Skupnostni pristop je lahko eden od načinov zagotavljanja zdravstvenih storitev, njihovega načrtovanja, vrednotenja in raziskovanja. Ko izbiramo in se odločamo med različnimi pristopi, je eden izmed najpomembnejših podatkov ravno tisti o učinkovitosti določene metode. Skupnostni pristop **deluje šele, ko prepriča posameznike in skupine, da ga ponotranjijo in vzamejo za svojega.** Avtorji verjamemo, da bo to veliko lažje s prikazom podatkov o učinkovitosti skupnostnega pristopa in osvetlitvijo, da lahko elemente skupnostnega pristopa prepoznamo v več aktivnostih, ki so se ali pa se še odvijajo v našem prostoru. **V prvem delu tega poglavja zato prikazujemo podatke o več vidikih učinkovitosti skupnostnega pristopa na področju zdravja; v drugem delu pa prikazujemo primere.**

V odsotnosti študij učinkovitosti skupnostnega pristopa v Sloveniji je bilo vodilo zbiranja primerov skupnostnega pristopa predvsem pokazati na raznolikost načinov grajenja skupnostnega pristopa. Zato predstavljamo nekatere (zagotovo pa ne vse) primere v Sloveniji, ki delujejo po skupnostnih načelih. Namen tega dela besedila je torej **osredotočiti se na primere, ki so lahko spodbudni za nadaljnja prizadevanja v oblikovanju partnerstev v zdravju na lokalni ravni tudi v bodoče.** Prvini skupnostnega pristopa, ki sta skupni zbranim primerom, sta predvsem dve:

1. vključevanje predstavnikov skupnosti v naslavljanje lokalnih potreb in
2. medsektorsko povezovanje različnih deležnikov pri premagovanju ovir, (ne)posredno povezanih z zdravjem v lokalnem okolju.

Navedeni primeri imajo skupno tudi osredotočenost na neenakosti v zdravju in na ranljive skupine – vendar pa vsak na svoj način odgovarjajo na potrebe različnih ranljivih skupin skozi skupnostni pristop.

Postopki oblikovanja pregleda literature

Postopek pridobivanja literature o učinkovitosti skupnostnega pristopa v svetu je potekal z uporabo podatkovne baze Pubmed v času 1. 6–7. 6. 2016. Z iskanjem objav, ki vsebujejo enega od izrazov "community engagement", "community collaboration", "community approach", "community based", "community approaches" v naslovih je bilo najdeno 12472 objav. Zadetke smo nato omejili na pregledne in sistematične pregledne članke, objavljene v angleščini, po letu 1990, ki so dostopni v polnem besedilu ter s temi omejitvami dobili 304 zadetke. Naslove omenjenih objav smo nato natančneje pregledali in iz nadaljnje obravnave izločili tiste, ki so se izrecno nanašali na obvladovanje nalezljivih bolezni, financiranje

zdravstvenih sistemov, protokole raziskav, reproduktivno zdravje ter preprečevanje poškodb in tako pridobili 49 objav. Izvlečke omenjenih objav smo nato pregledali in poleg prej omenjenih kriterijev izločili tudi objave, ki vsebinsko niso obravnavale učinkovitosti skupnostnega pristopa ter tako **pridobili 18 objav, od tega 16 prosto dostopnih. Teh 16 smo nato pridobili v celotnem besedilu in v končno analizo uvrstili 10 člankov (Tabela 5), katerih najpomembnejše ugotovitve navajamo v nadaljevanju besedila.**

Kot dopolnitev preglednih in sistematičnih pregledov literature, ki so obravnavali učinkovitost skupnostnega pristopa **prikazujemo tudi kratke opise z rezultati raziskav, ki so na podlagi prej zbrane literature pomembno vplivali na razvoj skupnostnega pristopa** oziroma lahko njihove ugotovitve po našem mnenju pomembno prispevajo k uporabi in učinkovitosti skupnostnega pristopa.

Učinkovitost skupnostnega pristopa k zdravju

Rezultati pregleda literature o učinkovitosti skupnostnega pristopa k zdravju

Dokazi o učinkovitosti skupnostnega pristopa v izboljšanju zdravja so opisani v številnih objavah. V sistematičnem pregledu literature, ki smo ga opravili, pa po obsegu in uporabljenih metodah izstopa raziskava, ki jo je opravila O'Mara-Eves s sodelavci (2013) in ki se je osredotočala na študije opravljene po letu 1990 v državah OECD (Organizacije za gospodarsko sodelovanje in razvoj). V končno meta-analizo je bilo vključenih 131 študij. Večina jih je bilo opravljenih v Združenih državah Amerike (113), po pet pa jih je bilo opravljenih v Kanadi in Združenem kraljestvu. Usmerjene so bile v etnične manjšine (n = 56; 42,7 %), v skupine s slabšim socialno ekonomski položajem (n = 34; 26 %) ali pa so bile usmerjene v več ciljnih skupin hkrati. **Opisane intervencije so obravnavale raznolika področja** kot so bolezni srca in žilja, debelost, zlorabo drog in opuščanje kajenja, promocijo zdravja, in podobno.

Glede na intervencijske strategije skupnostnega pristopa so bile najpogosteje uporabljene izobraževalne metode (izobraževanja, svetovanja, tečaji), skupnostne aktivnosti (sejmi) in spreminjanje okolja. Neposredni izvajalci so bili najpogosteje predstavniki skupnosti, vrstniki in zdravstveni delavci. Rezultate obsežne meta-analize so avtorji raziskave združili v posamezna **tematska področja na: vedenja, povezana z zdravjem** (zdrava prehrana, telesna dejavnost, uživanje alkohola, kajenje, dojenje in podobno), **zdravstvene posledice** (zdravstvena stanja in fiziološke posledice: hipertenzija, prekomerna telesna teža in debelost, bolezni srca in žilja in podobno), **samoučinkovitost udeležencev, vezana na z zdravjem povezan vedenjski slog in socialno oporo.**

Ocenjen učinek je za vedenja, povezana z zdravjem znašal $d = 0,33$ (95 % interval zaupanja (IZ) = 0,26; 0,40) ($p < 0,001$), za posledice na zdravju $d = 0,16$ (95 % IZ = 0,06; 0,27) ($p < 0,05$), samoučinkovitost udeležencev $d = 0,41$ (95 % IZ = 0,16; 0,65) ($p < 0,05$) in za socialno oporo udeležencev $d = 0,44$ (95 % IZ = 0,23; 0,65) ($p < 0,001$). **Pozitivna vrednost d pove, da so se preiskovanci iz intervencijske skupine odrezali bolje v primerjavi s kontrolno skupino, absolutna vrednost d pa, koliko standardnih odklonov znaša razlika.** Vrednost Cohen » d « tako predstavlja mero velikosti učinka, kjer vrednost $d = 0,2$ predstavlja majhen učinek, $d = 0,5$ predstavlja srednje velik učinek in vrednost $d = 0,8$ velik učinek (Cohen, 1988).

Glede na posamezna področja so avtorji ugotovili, da je na področju zdravega načina prehranjevanja $d = 0,47$ (95 % IZ = 0,33; 0,60, število objav) $p < 0,01$ in na področju telesne dejavnosti $d = 0,23$ (95 % IZ = 0,08; 0,38) $p < 0,001$ (O'Mara-Eves, et. al., 2013).

V omenjeni raziskavi gre za eno najbolj poglobljenih analiz skupnostnega pristopa, saj so učinkovitost primerjali tudi glede na različne modele skupnostnega pristopa (na podlagi teorij spremembe) pri spremembah vedenj povezanih z zdravjem. Rezultati so pokazali, da je bil učinek, kadar je bila **potreba prepoznana v skupnosti** $d = 0,31$; (95 % IZ = 0,14; 0,48); $p < 0,001$), **vklučenost skupnosti v načrtovanje s sodelovanjem** $d = 0,32$; (95 % IZ = 0,13; 0,51); $p < 0,01$), **vklučenost v načrtovanje s posvetovanjem** $d = 0,25$; (95 % IZ = 0,12; 0,38); $p < 0,01$, in **vklučenost skupnosti v izvajanje** $d = 0,47$; (95 % IZ = 0,34; 0,60); $p < 0,001$). Ugotovimo, da so učinki posameznih oblik podobni, **nekoliko pa izstopajo aktivnosti, v katerih je bila skupnost aktivno vključena v samo izvajanje.**

Večina raziskav je imela rezultate ovrednotene neposredno po zaključkih intervencij in pilotov. Le redke pa so opravile vrednotenje s spremljanjem učinkovitosti po daljšem času. Nakazuje se trend, da se učinki lahko začnejo kazati počasi tudi po daljšem časovnem obdobju (na primer 1 leto) (O'Mara-Eves, et. al., 2013).

Skupnostni pristop so v omenjeni analizi proučevali tudi z vidika zmanjševanja neenakosti v zdravju. Intervencije so avtorji razdelili glede na socialne determinante, povezane z neenakostmi v zdravju oziroma prioriteta področja (Marmot Review Team, 2010). Ta so obsegala spremenljive dejavnike tveganja (uživanje alkohola, kajenje), zdrav začetek življenja (dojenje, cepljenja) in preprečevanje slabega zdravja (preprečevanje poškodb, preprečevanje raka). Ugotovljeni učinek v sklopu z zdravjem povezanih vedenj je za intervencije, usmerjene v spremenljive dejavnike tveganja znašal $d = 0,24$ (95 % IZ = 0,11; 0,37), ($p < 0,001$); za aktivnosti, usmerjene v dober začetek življenja $d = 0,38$ (95 % IZ = 0,19; 0,56), ($p < 0,001$) in za aktivnosti usmerjene v preprečevanje slabega zdravja $d = 0,38$ (95 % IZ = 0,28; 0,48), ($p < 0,001$). **Na zdravstvene posledice so imele statistično značilen učinek le intervencije usmerjene v spremenljive dejavnike tveganja** $d = 0,23$, $p < 0,01$ (O'Mara-Eves, et. al., 2013).

V sistematičnem preglednem članku so se Kim in sodelavci (2016) osredotočali na **učinkovitost obravnav kroničnih nenalezljivih bolezni s strani zdravstvenih delavcev v skupnosti (community-based health workers) med ranljivimi skupinami prebivalcev**. V analizo so vključili 61 objav, od tega jih je bilo 39 ocenjenih za visoko kakovostne študije. **Intervencije so obsegale izobraževanja, svetovalne delavnice in individualno usmerjanje**. Odvijale so se v lokalnih zdravstvenih ustanovah, na domovih, v verskih ustanovah in drugih lokalnih organizacijah. **Intervencije so prispevale k povečani uporabi mamografije (v 9 od 16 objav so ugotovili povečanje za 6 % do 33 %), brisov materničnega vratu (v 9 od 16 objav so ugotovili povečanje za 7 % do 29 %) in povečanje udeležbe v presejanju za raka debelega črevesa in danke (1 študija od 3, 27 % v intervencijski in 12 % v kontrolni skupini, $p < 0,001$)** (Kim, et. al., 2016).

Skupnostne promocijske aktivnosti, namenjene vključevanju v presejanje za raka debelega črevesa in danke so bile predmet posebnega pregleda literature (Martini, et. al., 2016). Na podlagi 18 v pregled vključenih objav so avtorji sicer **potrdili učinkovitost skupnostnih intervencij, vendar pri tem niso dokazali učinka posamezne vrste intervencije** (Martini, et. al., 2016).

V prej omenjenem pregledu Kima in sodelavcev (2016) so v proučevanju obvladovanja kroničnih nenalezljivih bolezni pozornost usmerili tudi v **intervencije, usmerjene v dejavnike tveganja za bolezni srca in žilja**. Analiza je pokazala **pomemben napredek pri njihovem zmanjševanju (pomemben učinek v 16 od 26 objav)**. Ti učinki so obsegali izboljšanje lipidnega profila, znižanje krvnega tlaka, nivoja glikoziliranega hemoglobina (Hb1AC) in povečanje v samoporočani telesni dejavnosti (Kim, et al., 2016).

Bolezni srca in žilja so pomemben javnozdravstveni problem v razvitem svetu, njihovo obvladovanje pa pomemben izziv sodobne družbe. Področje je tako zelo zanimivo za ugotavljanje učinkovitosti različnih intervencij, tudi takih z elementi skupnostnega pristopa. V sistematični pregled, ki se je osredotočal izključno na skupnostne intervencije, povezane z boleznimi srca in žilja (Walton-Moss, et. al., 2014), so vključili 32 objav, intervencije pa so največkrat obsegale izobraževanja in svetovanja ter podporo. Po pregledu literature **največ obetajo intervencije, usmerjene v znižanje krvnega tlaka, največji izziv pa predstavljajo tiste, usmerjene v spremembe vedenja** (Walton-Moss, et. al., 2014).

Vedenja, povezana z zdravjem, so pomembna determinanta zdravja. Posamezni najdeni pregledni članki so se tako nanašali izključno v njihovo obvladovanje oziroma spreminjanje, predvsem v povečanje telesne dejavnosti in zdravo prehranjevanje. V sistematični pregledni raziskavi (Bock, et. al., 2014) je bila **pozornost avtorjev usmerjena v učinkovitost skupnostnega pristopa v promociji telesne dejavnosti**.

Posamezne študije so razvrstili po kvaliteti njihove zasnove, in sicer glede na izpolnjevanje izbranih kriterijev (randomizacija, reprezentativnost, velikost vzorca, ustrezna zasnova za

preprečevanje »kontaminacije« kontrolne skupine, primerljivost skupin in med drugim tudi uporabo validiranih instrumentov za merjenje). V pregled literature je bilo uvrščenih 55 objav, objavljenih med letoma 2001 in 2012. Intervencije so morale opisovati aktivnosti namenjene odrasli populaciji, biti izvedene v skupnosti z ustrezno zasnovo (randomizirane kontrolirane študije, kvazi-eksperimentalne študije s kontrolno skupino), vsaj en izid pa je moral biti povezan s telesno dejavnostjo. V skupno 16 visokokvalitetnih študijah so **potrdili učinkovitost skupnostnega pristopa**, saj je **NetPercentChange (NPC) znašal 16,2 %, (95 % IZ = 4,4%; 28,0%; p = 0.010)**. NPC predstavlja razliko spremembe med intervencijsko in kontrolno skupino, merjeno v odstotnih točkah in je bila izračunana po enačbi $((I_{po}-I_{pred})/I_{pred})-((K_{po}-K_{pred})/K_{pred}) \times 100 \%$, kjer I pomeni intervencijsko skupino, K pa kontrolno skupino). NPC je ob neupoštevanju kvalitete posameznih študij znašala 0,159 in ni bila statistično značilna. NPC se je prav tako razlikovala glede na uporabljene oblike skupnostnega pristopa (osebna svetovanja, javne kampanje, pohodi) in glede na regijo izvedbe ter ciljno populacijo. **Študije, ki so se osredotočale izključno na žensko populacijo, takih je bilo 20, so se izkazale kot nekoliko učinkovitejše**, saj je znašal **NPC = 27,2 % (95 % IZ = 9,3 %; 46,1 %; p = 0.005)** (Bock, et. al., 2014).

Avtorji so zaključili, da je **skupnostni pristop sicer učinkovita metoda v promociji telesne dejavnosti**, ki pa je **učinkovitejša, kadar je uporabljen neposredni osebni stik in če je aktivnost prilagojena ciljni populaciji** (Bock, et. al., 2014).

Učinkovitost skupnostnih aktivnosti, povezanih s **promocijo telesne dejavnosti med ženskami** so delno potrdili tudi v raziskavi. V sistematični pregledni raziskavi so preučili 9 raziskav (randomizirane in nerandomizirane kontrolirane študije) v angleškem jeziku objavljenih med letoma 2000 in 2013, namenjenih ženskam med 18. in 65. letom starosti (Fahrani, et. al., 2015). V sedmih (77,7 %) študijah so poročali o **pozitivnem učinku, od tega je bil ta v štirih študijah tudi statistično značilen**. Izidi so segali **od povečanja aerobne vadbe za 2,07 dneva na teden pa do 10,4 % povečanja redne telesne vadbe** (30 minut zmerne vadbe 5-krat tedensko ali 20 minut intenzivne vadbe vsaj 3-krat tedensko). Avtorji so kot omejitev izpostavili majhno število najdenih objav, heterogenost študij, ki je onemogočala izvedbo meta-analize, hkrati pa so nekatere študije navajale zgolj pozitivne rezultate in zaključili, da rezultati o učinkovitosti niso zadostni (Fahrani, et. al., 2015). **Rezultati omenjenih dveh študij se kljub skupnemu področju raziskovanja delno razlikujejo, kar nakazuje na previdnost pri vrednotenju skupnostnega pristopa**.

Njegova uporaba v okviru **promocije telesne dejavnosti** je bila predmet raziskovanja v še enem pregledu literature, ki pa je **poleg tega obravnaval zdrav način prehranjevanja** (Brand, et al., 2014). V pregled preglednih člankov so vključili pregledne članke in meta-analize, ki so obravnavale učinkovitost intervencij v skupnosti s področja promocije telesne dejavnosti in/ali zdravega prehranjevanja, objavljene med leti 2007 in 2014, ki so vključevale randomizirane kontrolirane študije in druge kvaziekperimentalne zasnove. **Med intervencijami, namenjenimi otrokom in mladostnikom niso ugotovili pomembnih učinkov**

z vidika zdravega prehranjevanja ali telesne dejavnosti, so pa odkrili opisane zmerne dokaze o koristnih učinkih intervencij na spremembo telesne teže, vendar zgolj med osnovnošolci (Brand, et. al., 2014).

Glede odrasle populacije so avtorji opisali raznolike rezultate glede učinkovitosti skupnostnega pristopa v promociji telesne dejavnosti, saj so nekateri pregledni članki opisovali zmerno učinkovitost, nekateri pa so poročali o nezadostnih dokazih o učinkovitosti.

Avtorji so zaključili, da je sicer **uporaba skupnostnega pristopa** v zdravstveno promocijskih in preventivnih aktivnostih pomembna z javnozdravstvenega vidika, **pomemben izziv** pa da predstavljajo metodološki izzivi pri evalvaciji intervencij in posledično tudi ocenjevanje učinkovitosti (Brand, et. al., 2014).

Nezadostne dokaze o učinkovitosti skupnostnih intervencij v promociji zdravega prehranjevanja in telesne dejavnosti so ugotovili tudi nekateri drugi avtorji (Everson-Hock, et. al., 2013). V preglednem članku so proučevali primarne kvantitativne in kvalitativne študije, namenjene odraslim med 18. in 74. letom starosti, ki pripadajo **nizkim socio-ekonomskim skupinam** in ki so obravnavale intervencije z omenjenega področja. V **posameznih objavah** se je **statistično značilno povečala poraba sadja in zelenjave, povečala samoporočana telesna dejavnost in izboljšala samoocena zdravja**, medtem ko v **drugih objavah niso odkrili značilnih sprememb** ali pa so bili rezultati mešani (na primer povečana poraba sadja in nespremenjena poraba zelenjave).

V nobeni od vključenih študij pa niso poročali o negativnih učinkih. Podobno je bilo tudi na področju telesne dejavnosti in porabe maščob, vendar pa v nobeni raziskavi niso opisali negativnega učinka na zdravje (Everson-Hock, et. al., 2013). Pomembna ugotovitev kvalitativnega dela raziskave je, da **ključne osebe, ki zagotavljajo posamezno intervencijo, potrebujejo poglobljeno znanje in razumevanje skupnosti** oziroma so sami njeni člani (Everson-Hock, et. al., 2013).

V še enem sistematičnem preglednem članku (Cyrill, et. al., 2015), ki je preiskoval **vpliv skupnostnega pristopa med prikrajšanimi skupinami prebivalcev**, so ugotovili **pozitivne učinke pri večini v analizo vključenih intervencij (21 od 24)**. Ti učinki so obsegali **pozitivne vplive na vedenja, povezana z zdravjem** (zdravo prehranjevanje, ukvarjanje s telesno dejavnostjo), **na dostopnost zdravstvenega varstva, na javnozdravstveno načrtovanje, zdravstveno pismenost** in tudi **na vrsto zdravstvenih izidov** (telesna teža, obseg pasu, duševno zdravje) (Cyrill, et. al., 2015). V intervencijah, kjer je bila vključenost skupnosti na nižjih ravneh participacije (izmenjava informacij) se je pokazala slabša učinkovitost, na drugi strani pa so **intervencije z večjo participacijo (sodelovanje in partnerstvo) vodile do bolj pozitivnih vplivov** (Cyrill, et. al., 2015).

Ocenjevanje skupnostnega pristopa z vidika uporabnikov

Čeprav je **merjenje zadovoljstva uporabnikov** ena izmed komponent evalvacij aktivnosti, pa ta ni bila pogosto del objavljene literature. V analizi študij, ki so vsebovale informacije o subjektivnih izkušnjah posameznikov z vključevanjem skupnosti, je **večina vključenih posameznikov zaznala dobrobiti za svoje fizično in psihično zdravje, samozavest, samospoštovanje, občutek opolnomočenja in socialne odnose** (Attree, et al., 2011). Poleg več pozitivnih učinkov skupnostnega pristopa pa ima ta lahko **tudi nekatere neželene učinke**. Med temi so raziskovalci ugotovili **utrujenost in stres**, saj je zaradi vključenosti v nekaterih primerih prišlo do energijskega, časovnega in finančnega izčrpanja (Attree, et al., 2011).

Ocenjevanje stroškovne učinkovitosti

Za celovito vrednotenje učinkovitosti je pomembno upoštevati, kolikšne stroške glede na učinke in koristi zahteva intervencija. Obseg objavljene literature, ki je obsegal tudi stroškovno analizo skupnostnega pristopa, ni zelo obširen. To je verjetno povezano tudi z zahtevnostjo takega procesa in zastavljenimi prioritetami, ki so bolj usmerjene v samo izvajanje aktivnosti.

V analizi stroškovne učinkovitosti se pogosto uporablja **količnik povečane stroškovne učinkovitosti, ki predstavlja razmerje med prirastom (spremembo) stroškov in prirastom (spremembo) učinkovitosti**. V angleškem jeziku se imenuje ICER - Incremental Cost-Effectiveness Ratio. Je mera dodatnih stroškov zdravljenja, ki so potrebni za dodaten učinek in se izračuna po enačbi $ICER = \frac{\Delta \text{Stroškov}}{\Delta \text{Učinkov}} = \frac{S_1 - S_0}{U_1 - U_0}$, kjer S_0 in U_0 predstavlja stroške in učinke kontrolne (osnovne) intervencije, S_1 in U_1 pa stroške in učinke proučevane (nove) intervencije. Analiza je sicer pokazala stroškovno učinkovitost skupnostnega pristopa. To je pomenilo ICER znotraj dogovorjenih okvirjev oziroma dovolj nizki stroški za 1 pridobljen QUALY. Ta vrednost je v Združenem kraljestvu arbitrarno določena na < £ 20.000. (O'Mara-Eves, et. al. 2013).

Pri ocenjevanju stroškovne učinkovitosti je potrebno omeniti, da tozadevna literatura ni obsežna, izziv pa predstavlja tudi ustrezno vrednotenje skupnostnega pristopa. Težko je namreč ločiti stroške intervencije, ki so neposredno posledica skupnostnega pristopa, ustrezno ovrednotiti neplačano delo posameznikov, seveda pa izziv predstavlja tudi ustrezno vrednotenje vseh učinkov, ki lahko presegajo področje zdravja (O'Mara-Eves, et. al. 2013).

Stroškovna učinkovitost je bila predmet proučevanja tudi v sistematičnem pregledu literature o intervencijah, ki jih izvajajo izvajalci zdravstvene dejavnosti v skupnosti (Kim, et. al., 2016). Ta je bila opisana le v 13 % analiziranih študij, vendar so **avtorji zaključili, da omenjena oblika predstavlja stroškovno učinkovit pristop** (Kim, et. al., 2016).

Problem pri ocenjevanju učinkovitosti lahko predstavlja dolžina časa do izražanja končnih učinkov in njihovo ocenjevanje na podlagi drugih vmesnih kazalnikov (Lindholm, et. al., 1996). **Pri vrednotenju učinkov je pomembno dosledno zajemanje podatkov o učinkih.** Povsem učinkovito intervencijo namreč lahko presodimo kot nezadostno, ravno zaradi nezadostnega zajetja vseh njenih učinkov (South in Phillips 2014).

Skupnostni pristop namreč poleg neposrednega vpliva na zdravje **prispeva tudi k širšim spremembam v okolju** in s tem tudi k spremembam socialnih determinant zdravja. Vključitev skupnosti tako ni zgolj ena od oblik javnozdravstvenega ukrepanja, ampak pomeni skupnost osnovni gradnik javnega zdravstvenega sistema (South in Phillips 2014).

Prikaz posameznih intervencij, ki so se izkazale za učinkovite v svetu

Skupnostni pristop ni posebno novo odkritje. Njegove **elemente je mogoče prepoznati že v projektu Severna Karelija**, ki se je pričel izvajati leta **1972** in je verjetno eden prvih takih programov (Jousilahti, et. al., 2016). Z vključevanjem in organiziranjem skupnosti v številne preventivne aktivnosti in aktivnosti promocije zdravja so **uspešno vplivali na zmanjševanje dejavnikov tveganja bolezni srca in žilja (BSŽ)** (kajenje, serumski holesterol in sistolični krvni tlak). Umrljivost zaradi BSŽ se je do leta 2012 med delazmožnimi moškimi zmanjšala za 82 % in med ženskami za 84 % (Jousilahti, et. al., 2016).

Prav tako **na Finskem** so na podlagi pozitivnih izkušenj s skupnostnim pristopom, geografske variabilnosti v umrljivostnih stopnjah in razširjenosti dejavnikov tveganja pripravili **program »Zdrave vasi«**, ki se je osredotočal predvsem na pozitivno zdravje, sodelovanje prebivalstva in medsektorsko sodelovanje, usmerjen pa je bil v odraslo prebivalstvo (20–64 let) (Kumpasalo, et. al., 1996). Lokalna skupnost je bila vključena v pripravo in izvedbo številnih aktivnosti, program pa se je izkazal za **učinkovitega pri spreminjanju z zdravjem povezanega življenjskega sloga in pri izboljšanju nekaterih kazalnikov zdravja** (sistolični krvni tlak, plazemska koncentracija vitamina C, HDL holesterola) (Kumpasalo, et. al., 1996).

Tudi v nekaterih drugih skandinavskih državah je obstajalo razumevanje za preventivne in zdravstveno promocijske programe z elementi skupnostnega pristopa. **Na Norveškem** so v začetku 90. let v **okrožju Finnmark** (Lupton et al., 2002), ob visoki umrljivosti povezani z BSŽ in umrljivosti, povezani z nesrečami pri delu, pripravili posebno (kohortno) intervencijo z elementi skupnostnega pristopa, **namenjeno ribiškim skupnostim**. Intervencija se je izkazala kot **učinkovita pri izboljšanju dejavnikov tveganja za srčno-žilne bolezni** (plazemski holesterol, indeks telesne mase, kajenje) in **izboljšanju z zdravjem povezanega življenjskega sloga** (Lupton, et. al., 2002).

Elemente skupnostnega pristopa so uporabili tudi **na Švedskem**, kjer so v **okrožju Norsjoe** pripravili **lokalni program promocije zdravja**, ki je povezal zdravstvene delavce, lokalne oblasti, šole, delikatese in javnost v aktivnosti pa so povabili osebe, stare 30, 40, 50 in 60 let. Program je zaznamovala **visoka odzivnost** v individualne aktivnosti presejanja in svetovanja (> 90 %), **sistem označevanje hrane pa je iz lokalnega okolja prerasel v nacionalni sistem** (»Varuje srce in ožilje«) (Weinhall, et. al., 2001a). Po desetih letih programa se je za 36 % **zmanjšala napovedana umrljivost zaradi bolezni srca in žilja**, izkazalo pa se je tudi, da so s preventivnim programom **največ pridobile socialno prikrajšane skupine prebivalcev** ((Weinhall, et. al., 2001b).

V **nizozemskem skupnostnem programu promocije zdravja in preprečevanja bolezni srca in žilja »Hartslag Limburg«**, so želeli izboljšati z zdravjem povezan življenjski slog prebivalcev (telesna dejavnost, prehrana, kajenje). Ciljno populacijo so predstavljali vsi prebivalci med 25. in 70. letom starosti, še posebej tisti z nizkim socialno ekonomskim položajem, hkrati pa so posebne aktivnosti namenili prebivalcem z visokim tveganjem za bolezni srca in žilja. V projekt so bile vključene lokalne oblasti, ustanove zdravstvenega in socialnega varstva. Prilagojena (na starost, kajenje) **razlika spremembe povprečja med intervencijskim in kontrolnim območjem je bila statistično značilna** ($p < 0,05$) in je znašala pri **indeksu telesne mase** (-0,36 kg/m² za moške in -0,25 kg/m² za ženske), **obsegu pasu** (-2,9cm za moške in -2,1 cm za ženske) in **sistoličnem krvnem tlaku** (-7,8 mmHG za moške in -5,5 mmHG za ženske) (Schuit, et. al., 2006). Izboljšanje so pripisali predvsem delom programa, ki so se nanašali na prehrano in telesno dejavnost (Schuit, et. al., 2006).

V izboljšanju telesne dejavnosti se je skupnostni pristop izkazal tudi v **angleški intervenciji v Sheffieldu (»Burngrave in action«)** (Cochrane in Davey, 2008), kjer **so pomembno izboljšali odnos do telesne dejavnosti v urbanem okolju**, ki samo po sebi lahko predstavlja oviro za zadostno telesno dejavnost. Intervencija je bila namenjena prebivalcem, starim 16 let ali več, učinkovitost pa so primerjali z nekoliko manjšim okrožjem, ki je imelo podoben socio-ekonomski profil. **Prebivalci intervencijskega območja so bili telesno dejavnejši v primerjavi z letom poprej, izkazovali večjo pripravljenost za telesno dejavnost in poročali o izboljšanju zdravja v zadnjem letu v primerjavi s prebivalci primerjalnega območja** ($p < 0,001$)(Cochrane in Davey, 2008). Glede na osebe, ki so ostale enako telesno aktivne, so prebivalci eksperimentalnega območja verjetneje poročali o povečanju telesne dejavnosti (RO =1,786; 95 % IZ = 1,377-2,318; P = < 0,001) (Cochrane in Davey, 2008). **Teoretično ozadje je predstavljala stopenjska teorija spremembe vedenja**, kjer se je s pomočjo intervencijskih aktivnosti, ki so vključevale tudi vplive in podporo vrstnikov ter skupnosti, dosegel premik posameznikov predvsem iz prekontemplacijske v eno od naslednjih faz. V prekontemplacijski fazi posameznik nima namena spremeniti vedenja, potem ko preide v fazo kontemplacije, se že zaveda težav, vendar kratkoročno ne načrtuje spremembe. V naslednji fazi priprave začne posameznik razmišljati o spremembi vedenja, ki jo v fazi spremembe izvede in, kadar je uspešen, tudi vzdržuje (Prochaska in Diclemente, 1992).

V kanadskem programu za preprečevanje bolezni srca in žilja, ki je bil namenjen prebivalcem mestne soseske z izredno nizkimi dohodki, visoko stopnjo kriminala, alkoholizma in brezposelnosti ter visoko prevalenco dejavnikov tveganja, se je pokazala izredno nizka odzivnost v aktivnostih programa (O'Loughlin, et. al., 1999). Programi, pripravljeni za nekoliko bolj privilegirane skupnosti, tako niso nujno primerni za prikrajšane skupnosti, saj prihaja do razhajanj v vrednotah in razlik v skrbih, ki v luči vsakodnevnega preživetja pestijo določeno skupino prebivalstva (O'Loughlin, et. al., 1999).

Našteti je bilo več uspešnih programov in intervencij, ki pa so bili uspešni zaradi upoštevanja osnovnih načel skupnostnega pristopa. Pri načrtovanju in oblikovanju aktivnosti je tako potrebno skrbno proučiti vse vidike posameznih skupnosti.

Primeri vključevanja skupnosti v skrb za zdravje v Sloveniji

Zaradi pomanjkanja enovite definicije in sistematične implementacije skupnostnega pristopa v slovenskem prostoru se **v nadaljevanju besedila osredotočamo predvsem na prvine skupnostnega pristopa, ki se izražajo v predstavljenih primerih.** Te se na različne načine umeščajo v pahljačo med ne vključevanjem in popolnim vključevanjem skupnosti v načrtovanje ter izvajanje aktivnosti v skrbi za zdravje v lokalnem okolju.

Ob tem velja **opozoriti tudi na razliko med vstopanjem zdravstva v skupnost in skupnostnim pristopom k zdravju.** Pri prvem gre za vzpostavljanje sodelovanja s skupnostjo z namenom podpore izvajanju že obstoječih zdravstvenih programov oziroma dejavnosti, pogosto usmerjenih v promocijo zdravja v skupnosti. Skupnostni pristop k zdravju, ki je predmet pričujočega priročnika, pa na drugi strani sodelovanje skupnosti zastavlja bolj inkluzivno, saj so lahko njeni predstavniki vključeni v celoten proces – od načrtovanja aktivnosti, do njihovega izvajanja in spremljanja. **V praksi med njima ni vselej strogih ločnic in tudi navedeni primeri pogosto utelešajo oba vidika.** Pri branju zatorej velja pozornost usmeriti predvsem na to, kako se posamezna praksa umešča v polje med skupnostnim pristopom k zdravju in vstopanjem zdravstva v skupnost.

Ker je v omejenem času, ki je bil na voljo za pripravo pričujočega priročnika, nemogoče zbrati in opisati vse primere, **smo na tem mestu opisali le nekatere, ki tako ali drugače vključujejo skupnost in imajo prvine skupnostnega pristopa, z zavedanjem, da jih je v slovenskem prostoru še veliko, o katerih tukaj ne govorimo.**

Skupaj za zdravje: vključevanje ranljivih oseb v preventivni program s skupnostnim pristopom in skupnostni pristop za krepitev zdravja in zmanjševanje neenakosti v zdravju

Projekt »Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju« (s krajšim imenom »Skupaj za zdravje«) je med letoma 2013 in 2016 potekal pod okriljem Nacionalnega inštituta za javno zdravje. Cilj projekta je bila nadgradnja in krepitev preventivnih zdravstvenih programov. Ključni poudarki so tako vsebovali spremembe in prilagoditve zdravstvenih aktivnosti, pri čemer pa skupnost ni bila postavljena kot osrednji akter pri oblikovanju in naslavljanju vprašanj povezanih z zdravjem. Kljub temu *Skupaj za zdravje* predstavlja primer odpiranja, prilagajanja in senzibilizacije zdravstva potrebam skupnosti, ob tem pa tudi eno izmed pomembnih izhodišč za nadaljnja prizadevanja sistematičnega povezovanja skupnosti in zdravstva. V prispevku izpostavljam del projekta, ki se je osredotočal na vprašanja »ranljivosti« in »ranljivih« skupin ljudi, vključno s prizadevanji za zmanjševanje neenakosti v zdravju in izboljšanje dostopnosti do preventivnega varstva za vse skupine prebivalstva.

Pri ranljivih osebah je bilo kot vrsto ranljivosti najpogosteje zaznati brezposelnost nato socialno-ekonomsko ogroženost in težave v duševnem zdravju. Ranljive osebe so kot najpogostejše ovire v dostopu do preventivnih programov navajale neinformiranost, zdravstvene težave in nemotiviranost. Z namenom premostitve najpogostejših ovir v dostopu ranljivih oseb do preventivnih programov in zmanjševanja neenakosti v zdravju se je v lokalnih okoljih vzpostavilo sodelovanje in povezovanje različnih partnerjev po modelu skupnostnega pristopa. Partnerje v lokalnem okolju, ki so sodelovali v skupnostnem pristopu, so predstavljale institucije iz zdravstvenega in socialnega resorja (zdravstveni dom, območna enota Nacionalnega inštituta za javno zdravje, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, centri za socialno delo, območne službe Zavoda Republike Slovenije za zaposlovanje/uradi za delo), občine ter različne nevladne organizacije. Največje število ranljivih oseb so v okviru projekta obravnavale območne službe Zavoda Republike Slovenije za zaposlovanje/uradi za delo, zatem nevladne organizacije in patronažna služba (Huber, Farkaš Lainščak 2016).

Nezdravstveni partnerji v lokalnem okolju so ranljive osebe informirali o preventivnih programih ter jih motivirali za vključitev vanje. V največ primerih je bil ranljivim osebam tako nuden motivacijski razgovor za vključitev v preventivni program, nato usmeritev na motivacijsko delavnico ter usmeritev na Odprta vrata za zdravje. Ranljive osebe so bile najpogosteje napotene v center za krepitev zdravja, na Odprta vrata za zdravje ali tudi v zdravstveni dom zaradi drugih zdravstvenih težav (ibid.).

Največ podpore in pripravljenosti za sodelovanje v skupnostnem pristopu v okviru projekta je bilo s strani območnih služb Zavoda Republike Slovenije za zaposlovanje/uradov za delo, saj je Centralna služba Zavoda Republike Slovenije za zaposlovanje izkazala krovno podporo skupnostnemu pristopu. Tovrstna podpora znotraj posamezne institucije bi morala biti nujno prisotna tudi pri drugih partnerjih, saj bi na ta način omogočili učinkovitejše udejanjanje skupnostnega pristopa neodvisno od odločitev posamezne institucije v lokalnem okolju (ibid.).

Pomemben povezovalni in izvajalski partner na področju krepitve zdravja, preventive in zmanjševanja neenakosti v zdravju v lokalni skupnosti in znotraj zdravstvenega doma ter vključevanju in obravnavi ranljivih oseb v preventivne programe so bili v okviru omenjenega projekta centri za krepitev zdravja v zdravstvenih domovih. Center za krepitev zdravja je koordiniral skupnostni pristop za krepitev zdravja in zmanjševanje neenakosti v zdravju v lokalnem okolju, na regionalni ravni pa so nudile podporo izvajanju skupnostnega pristopa Območne enote Nacionalnega inštituta za javno zdravje v sodelovanju z regijskimi odgovornimi zdravniki za preventivo (ibid.).

Skupnostna psihiatrija: pomen terenskega dela strokovnih služb

Skupnostna psihiatrija je tako doma kot v tujini vzniknila iz spoznanja, da je posameznike dobro obravnavati v skupnosti in s skupnostjo, v kateri prebivajo. Raziskave so namreč pokazale, da večina nezadovoljenih potreb oseb, ki jih obravnavajo v okviru skupnostne psihiatrije, niso zdravstvene narave, temveč so to potrebe, povezane z njihovim vsakdanjim življenjem. Skupnostne službe tozadevno skušajo odgovarjati na potrebe posameznikov v njihovem okolju, kjer imajo ljudje navadno že zgrajene svoje podporne mreže.

V Sloveniji sta se razvila dva modela skupnostne skrbi za duševne težave v zdravstvenem, dva pa v socialnem sektorju. Od leta 2013 imamo v Sloveniji štiri regije, ki so pilotno uvedle skupnostno psihiatrično obravnavo. Slednja temelji na delovni skupini (delujoči na ravni zdravstvenega doma), ki jo sestavljajo psihiater, psiholog, socialni delavec, medicinske sestre in delovni terapevt. Skupina obiskuje ljudi na njihovih domovih in tam izvaja strokovne obravnave. Skupnostna psihiatrija je v Sloveniji prisotna tudi v nekaterih psihiatričnih bolnišnicah. Tam timi spremljajo paciente po odpustu iz bolnišnice, kar ima dokazano pozitivne učinke, saj med drugim zmanjšuje število ponovnih hospitalizacij.

V socialnem varstvu poznamo institut *koordinatorja obravnave v skupnosti*. Koordinator je navadno socialni delavec, zaposlen na centru za socialno delo in je zadolžen za sodelovanje in spremljanje uporabnikov svojega centra. Koordinatorjeva glavna naloga je skupaj z uporabnikom izdelati individualni načrt obravnave, ki kar najbolj odseva uporabnikove potrebe v vsakdanjem življenju. Poleg zagovorniške ima koordinator vlogo koordinacije pomočnih služb v skupnosti (psihiatričnih, socialnovarstvenih, programov NGO) pri uresničevanju individualnega načrta. Četrty primer skupnostnega pristopa so številne nevladne organizacije na področju duševnega zdravja, ki, temelječe na načelu normalizacije, individualno in skupinsko delajo z ljudmi s težavami v duševnem zdravju in jih preko različnih programov (stanovanjske skupine, dnevni centri, programi za delovno usposabljanje in podobno) podpirajo pri njihovem vsakodnevnem življenju v skupnosti.

Uživajmo v zdravju

Uživajmo v zdravju je projekt, ki se osredotoča na preventivne dejavnosti za otroke in mladino, s poudarkom na krepitvi zdravega življenjskega sloga in preprečevanju debelosti. Preko skupnostnega pristopa je projekt namensko povezoval različne vire iz lokalnega okolja, z namenom daljnosežnejšega in celovitejšega naslavljanja problematike.

Ustanovljeni so bili trije preventivni timi (na zdravstveni, šolski in občinski ravni), ki so koordinirali dejavnosti v projektu. Slednje so med drugim obsegale presejanje otrok s prekomerno telesno težo, izvedbo delavnic o zdravi prehrani, izvajanje krožka »Dobro jutro, zdravje«, dopolnilni pouk športne vzgoje, organizacijo družabnih dogodkov z vsebinami, povezanimi z zdravim življenjskim slogom in podobno.

Člani treh timov so po koncu projekta ocenili skupinsko delo in povezovanje kot pomembno pri krepitvi zdravega življenjskega sloga otrok in mladostnikov, saj je krepilo medsektorsko povezovanje (pretok informacij) med zdravstvom, šolstvom in občinami. Udeleženci so pozitivne učinke prepoznali tudi v izboljšavah pedagoških praks, zmanjšanju stigme debelosti in kvalitetnejši šolski prehrani. Mnogi so izrazili težave s pomanjkanjem časa in kratkotrajnostjo projekta, le v eni izmed sodelujočih občin pa so aktivnosti nadaljevali tudi po njegovem zaključku. Poseben poudarek tekom evalvacije projekta so udeleženci tako namenili nujnosti sistemske vpeljave organizacijskih struktur, ki bi nadaljevale z vsebinami projekta in s tem zagotavljale kontinuirano delo na področju preventive za otroke in mladino.

Program Svit: vključevanje raznovrstnih deležnikov za doseganje boljše odzivnosti v program

Program Svit je državni program presejanja in zgodnjega odkrivanja raka na debelem črevesu in danki, ki v Sloveniji deluje od leta 2009. Vključuje prebivalce Slovenije od 50. do 74. leta, ki imajo urejeno zdravstveno zavarovanje. Cilj programa je skozi dovolj veliko presejanost doseči zmanjšanje bremena raka na debelem črevesu in danki ter zgodnejše odkrivanje bolezni in posledično uspešnejše zdravljenje, kar je mogoče doseči le z dovolj visoko odzivnostjo v program.

V ta namen Program Svit v svoje delovanje vključuje različne deležnike, ki pripomorejo k dvigu odzivnosti. Komunikacija poteka na nacionalni kot lokalni ravni, kjer s pomočjo območnih enot NIJZ, Svitovih kontaktnih točk v zdravstvenih domovih, timih v referenčnih ambulantah zdravnikov družinske medicine, patronažno službo in drugih skrbi za podporo uporabnikom in obveščanje splošne javnosti.

Poleg zdravstvenih delavcev pomembno prispevajo tudi občine in njihovi župani, verske skupnosti, posamezna interesna združenja in društva (ZDUS, Društvo kmečkih žena). K

prepoznavanju pomena sodelovanja v programu izjemno pripomore tudi razvejana mreža podpornikov in ambasadorjev Programa Svit, ki z deljenjem svoje izkušnje ljudem program približajo.

Kot zelo učinkovito se je izkazalo tudi sodelovanje z delovnimi kolektivi, kjer je predstavitev Programa Svit del promocije zdravja na delovnem mestu. Predstavitve programa potekajo tudi v nekaterih osnovnih in srednjih šolah, saj je preko otrok moč doseči njihove starše in stare starše, ter kot del izobraževanja na fakultetah. Predstavitve ciljni populaciji programa so usmerjene predvsem v motivacijo k udeležbi v programu in podpori pri izvajanju posameznih korakov v presejalnem programu, medtem ko so predstavitve mlajši populaciji v prvi vrsti namenjene osveščanju ter razbijanju tabujev v zvezi s prebavo in izločanjem. Na ta način želi Program Svit doseči bolj odkrit dialog na to temo v družbi in večje zavedanje o pomembnosti skrbi za zdravo prebavo.

Da bi uporabnikom čim bolj olajšali sodelovanje, je program razvil vrsto orodij in prilagoditev za gluhe in naglušne, slepe in slabovidne osebe, gibalno ovirane in osebe, ki ne govorijo slovenskega jezika.

Zdrave šole – celostni pristop k zdravju otrok in mladostnikov

Na pobudo Svetovne zdravstvene organizacije, Sveta Evrope in Evropske komisije se je leta 1992 oblikovala Evropska mreža zdravih šol (Schools for Health in Europe). Usmerila se je k razvojnim programom za promocijo zdravja, v zadnjem času predvsem na področje zdrave prehrane, gibanja in duševnega zdravja kot zelo pomembnih varovalnih dejavnikov, na evalvacijo učinkov preventivnih šolskih programov, pa tudi dejavno vključevanje učencev/dijakov, lokalno in regionalno sodelovanje, izobraževanje učiteljev, konceptualni razvoj mreže in kakovost standardov (Schools for Health in Europe, Slovenska mreža zdravih šol).

Izobraževanje in zdravje imata skupne interese in cilje (zdrav in uspešen otrok). Združevanje teh interesov šolam omogoča, da postanejo boljša okolja za uživanje v učenju, poučevanju in delu. Šole, ki promovirajo zdravje (šole vključene v mrežo Zdravih šol), so tiste, ki so uvedle strukturiran in sistematičen načrt za zdravje, dobro počutje in razvoj družbenega kapitala vseh učencev in zaposlenih. Zasnovane so kot okolja, ki pomagajo zmanjševati neenakosti v zdravju. Spodbujajo sodelovanje z drugimi povezanimi področji oziroma sektorji, ki oblikujejo politike za zdravje otrok in mladostnikov. Tesno se povezujejo z okoljem, kjer delujejo (lokalne skupnosti). Na vsaki šoli deluje tako imenovani tim zdrave šole, ki je sestavljen iz predstavnikov vodstva šole, pedagoških in svetovalnih delavcev, učencev/dijakov, staršev, šolske (zobo)zdravstvene službe in predstavnikov lokalne skupnosti. Vsak član kot predstavnik svoje ciljne skupine lahko s svojim pogledom prispeva k reševanju situacije v zvezi z zdravjem na njihovi šoli. Na osnovi posnetka stanja si postavijo prioritete ter zastavijo dejavnosti s področja telesnega, duševnega, socialnega ali okoljskega zdravja, ki jih tekom

leta izvedejo in evalvirajo. Večina šol je v teh letih izvedla več preventivnih in promocijskih programov, izboljšala pogoje dela, dala večji poudarek vsebinam zdravja v učnem načrtu, več vsebin zdravja vključila v prostočasne dejavnosti ter vzpostavila boljše sodelovanje z različnimi zdravstvenimi in specializiranimi ustanovami v lokalni skupnosti ali širše (Slovenska mreža zdravih šol; Bevc, Pucelj, Scagnetti 2016).

Ključne vrednote mreže Zdravih šol so med drugimi tudi enaki standardi in dostop do zdravstvenih in izobraževalnih možnosti za vse učence in s tem zmanjševanje neenakosti v zdravju in izboljšanje znanja. Pomembno je vključevanje vseh deležnikov (tudi iz lokalne skupnosti), ki lahko kakorkoli pripomorejo h krepitvi zdravja na šoli. Z aktivno vključenostjo prevzemajo udeleženci v procesu tudi svoj del odgovornosti. Poleg pridobivanja informacij je za njih pomembno tudi opolnomočenje in razvoj akcijske kompetence, kar vključuje urjenje socialnih veščin, oblikovanje stališč, razvijanje kritičnega odnosa do življenjskih problemov, ugotavljanje situacije in iskanje strategij za njeno razreševanje (Schools for Health in Europe, Slovenska mreža zdravih šol).

V slovensko mrežo zdravih šol se je od leta 1993 do danes pridružilo 375 osnovnih in srednjih šol ter dijaških domov, kar predstavlja 60 % vseh. Šole se lahko v mrežo vključijo prostovoljno preko razpisa Nacionalnega inštituta za javno zdravje (pet razpisov do sedaj), pa tudi izstopijo, če smatrajo, da ne zmorejo izvesti vseh dogovorjenih dejavnosti (do sedaj manj kot 10). Temelj, ki ohranja mrežo delujočo že 25 let, so kontinuirana izobraževanja pedagoških in zdravstvenih delavcev s področja zdravja in promocije zdravja ter načrtovanja/evalvacije programov promocije zdravja v šolskih okoljih. To se izvaja preko rednih regijskih izobraževalnih srečanj (trikrat letno), kjer se obravnavajo strokovne teme ter izmenjujejo primeri dobrih praks s šol (Gregorič, Bevc, Gabrijelčič Blenkuš 2016; Bevc, Pucelj, Scagnetti 2016; Scagnetti 2015/2016).

Osnovno vodilo Zdravih šol je izhajanje iz svojih potreb in iskanje najboljših možnosti za naslavljanje in razreševanje ključnih vprašanj. Kar pa lahko šole dosežejo le v tesni povezavi z ožjo in širšo lokalno skupnostjo.

Društvo za pomoč in samopomoč brezdomcev Kralji ulice: akcijsko raziskovanje v skupnosti

Društvo Kralji ulice je bilo ustanovljeno leta 2005 kot nevladna organizacija. Deluje na področju brezdomstva, revščine, odvisnosti in s tem povezanimi pojavi. Društvo navajamo kot primer skupnostnega pristopa zaradi akcijskega raziskovanja, ki je bilo v pomoč zagonu uličnega časopisa Kralji ulice. Zdravstveni vidiki brezdomcev sicer niso bili glavni fokus raziskave, ki pa jo izpostavljamo kot primer zaradi drugih prvin, predvsem zaradi njene skupnostne in akcijske naravnosti.

Participatorna raziskava je potekala med leti 2004 in 2006. Njen bistven del je bilo terensko delo z brezdomnimi osebami, ki se je največkrat odvijalo na lokacijah, ki so jih predlagali

brezdomci sami. Raziskovalci so dobili uvid v vsakodnevno življenje teh oseb, ki so jih preko izvedbe ocene potreb hkrati že vključevali v projekt izdajanja uličnega časopisa.

Program izdajanja časopisa je torej akcijsko raziskovalen, saj ima namen razvijati obliko projektnega dela (to je usmerjenost v določeno dejavnost), v kateri se tvorno srečuje in sodeluje kar najširša skupnost: brezdomci, strokovni delavci, prostovoljci in predstavniki drugih javnosti. Kot skupnostni bi lahko program označili tudi zato, ker se vselej osredotoča na skupnost in ne zgolj na eno »ranljivo« skupino. Preko Kraljev ulice se tako brezdomne osebe aktivno vključujejo v družbo. Ulični časopis Kralji ulice sočasno naslavlja mnogotere potrebe: omogoča vzpostavljanje odnosov med brezdomci in drugimi osebami; zagotavlja relativno stabilnejše vire dohodka; ter nudi možnosti za javno naslavljanje brezdomstva in sorodnih socialnih vprašanj.

Skupaj v zdravstvu – več zdravja v skupnosti: vključevanje skupnosti v motrenje zdravstva

Skupnostni pristop na področju zdravstva predvideva, da se znanja in izkušnje iz okolja stekajo v zdravstvene ustanove, kar vodi v globlje in večplastno razumevanje izzivov, s katerimi se skupnost sooča. Dogodek Skupaj v zdravstvu – več zdravja v skupnosti, izveden v okviru Splošne bolnišnice Novo mesto, predstavlja primer strukturiranega vključevanja predstavnikov skupnosti v razmislek o ključnih ovirah, ki se pojavljajo vzdolž zdravstvene oskrbe in skupnega oblikovanja rešitev zanje.

Ob Dnevu odprtih vrat, dne 6. aprila 2017, je Splošna bolnišnica Novo mesto (SBNM) organizirala forum s predstavniki civilnih, občinskih in zdravstvenih ustanov v regiji. Namen dogodka je vključeval povezovanje različnih predstavnikov skupnosti skozi premislek o stanju zdravstvene oskrbe v regiji ter naslavljanje ovir v zdravstveni oskrbi, ki jih skupnost prepozna kot ključne.

Udeleženci foruma so v pogovoru obravnavali tri tematska področja, in sicer potrebe prebivalstva v regiji, integrirano oskrbo bolnikov ter delovanje Urgentnega centra Novo mesto. Udeleženci so ob vseh treh obravnavanih temah izpostavili različne ovire, s katerimi se soočajo bodisi kot bolniki bodisi kot zdravstveni in drugi uslužbenci. Medtem ko nekatere sistemske in organizacijske težave zahtevajo reševanje na državni ravni, je druge mogoče premagovati na lokalni ravni, v sodelovanju SBNM in lokalne skupnosti. Posamezniki so pri vsaki temi identificirali tri ključne ovire in zanje oblikovali rešitve, ki v tekočem letu služijo kot zaveza SBNM pri izboljšanju zdravstvene oskrbe v regiji.

Uspešnost in potencial tovrstne prakse se bosta izkazala šele skozi čas in morebitno kontinuiteto sodelovanja. Predstavniki skupnosti so namreč izrazili željo, da se dogodek izvaja vsako leto in SBNM želi slednje zagotoviti. Vodstvo bolnišnice tako na podlagi identificiranih ovir in predlaganih rešitev pripravlja akcijski načrt, izvedene aktivnosti pa bodo predstavili in prevetрили na podobnem dogodku v naslednjem letu.

Predstavljena oblika sodelovanja predstavlja enega izmed načinov neposrednega vključevanja skupnosti v delovanje zdravstva na lokalni ravni in kot taka nezanemarljivo prispeva k tistemu, kar dandanes razumemo in uveljavljamo pod pojmom skupnostni pristop.

Laično svetovanje za sladkorno bolezen: vloga bolnikov pri obvladovanju bolezni

Laično svetovanje za sladkorno bolezen je prostovoljna, vsem dostopna in brezplačna oblika psiho-socialne podpore in svetovanja pri življenju s sladkorno boleznijo, ki poteka na lokalni ravni. Prva skupina laičnih svetovalcev je bila izobražena jeseni 2016 v okviru Zveze društev diabetikov Slovenije (ZDDS), skupina pa vključuje posameznike in posameznice, ki imajo sladkorno bolezen oziroma posedujejo neposredne in praktične izkušnje življenja s to boleznijo.

Laično svetovanje predstavlja podporo in dopolnitev storitvam zdravstvenega sistema z neposrednim delovanjem v skupnosti in svetovanjem posameznim sladkornim bolnikom v stiski. Svetovalci so organizacijsko povezani z lokalnim društvom sladkornih bolnikov, zdravstvenim domom in ZDDS, ki zagotavljajo koordinacijo, mentorstvo, profesionalnost in logistično podporo. Ob tem Zveza aktivno spremlja in beleži izvajanje aktivnosti v lokalnih okoljih ter tako ugotavlja, kaj spodbuja oziroma zavira proces implementacije laičnega svetovanja v praksi.

S svojo prisotnostjo in delovanjem laični svetovalci predstavljajo most med bolniki in medicinsko stroko na ravni skupnosti. Ob tem aktivno vključevanje bolnikov v procese obvladovanja sladkorne bolezni uteleša spoznanje, da so bolniki sami lahko pomemben vir znanja in izkušenj, ki prispevajo h kvalitetnejšemu zdravstvu.

Kaj nam povedo izkušnje uvajanja skupnostnega pristopa k zdravju?

Kot je razvidno iz pregleda primerov iz tujine, se je skupnostni pristop izkazal kot uspešna metoda v promociji in krepitvi zdravja, preprečevanju bolezni in zmanjševanju neenakosti v zdravju. Žal pa ta uspešnost ni brezpogojna in vseobsegajoča. Posamezne intervencije tako niso prinesle pozitivnih učinkov oziroma so bili ti mešani, vsekakor pa nismo zasledili, da bi skupnostni pristop povzročil negativne učinke na zdravju. Uspešnost posamezne intervencije v določenem okolju tako tudi ne zagotavlja uspešnosti enake intervencije v nekoliko drugačnem kulturnem ali družbenem okolju.

Primeri iz Slovenije kažejo prav na raznolikost načinov vključevanja skupnosti. Sorodnost sicer raznolikih primerov iz Slovenije se odraža v odpiranju prostora za participacijo skupnosti pri oblikovanju vprašanj in aktivnosti na področju zdravja v lokalnem okolju, četudi stopnja soudeležbe skupnosti od primera do primera variira. Privzemanje pristopa, ki je utemeljen na aktivnem sodelovanju različnih lokalnih deležnikov, prispeva k celovitejšemu vpogledu v specifične okolja, vzdržnosti sistemskih intervencij in okrepljenemu partnerstvu med ustanovami, ki si na takšen ali drugačen način prizadevajo za izboljšave v zdravju populacije. Intervencije z uporabo skupnostnega pristopa je zato potrebno oblikovati z upoštevanjem značilnosti okolja in predvidevanjem morebitnih ovir, aktivnost pa je predhodno potrebno tudi ustrezno preveriti.

Pri evalvaciji rezultatov je potrebno upoštevati vse možne učinke, ki jih tak način dela prinaša, samo zbiranje pa tudi zastaviti tako, da je poglobljena analiza in ovrednotenje prispevka skupnostnega pristopa sploh mogoče. Skupnostni pristop vsekakor ni edini možni način za ohranjanje in izboljšanje zdravja, je pa na podlagi pozitivnih učinkov in izkušenj, ki smo jih navedli, njegova uporaba v integriranem sistemu zdravstvenega varstva utemeljena in smiselna.

Kot zadnje je potrebno opozoriti, da **v slovenskem prostoru ni sistematičnega uvajanja, spremljanja in vrednotenja učinkov skupnostnega pristopa na zdravje**, kakor tudi obravnave drugih pomembnih vidikov, med drugim vpliva na razvoj skupnosti, opolnomočenja posameznikov in skupin, zmanjševanja neenakosti, gojenja partnerstva in podobno. Učinki skupnostnega pristopa so vselej večplastni, pri čemer sta temeljita refleksija in merjenje učinkovitosti pogosto zahtevna izziva. Verjamemo, da bo pričujoči priročnik pri teh procesih služil kot dobra opora.

V razmislek

V pričujočem poglavju smo obravnavali učinkovitost skupnostnega pristopa. Kakšno lastno sliko/oceno o učinkovitosti ste si ustvarili?

Ali je skupnostni pristop lahko tudi neučinkovit in ali se učinkovitost morda razlikuje med posameznimi področji in načini izvedbe? Kaj to pomeni za vas in vaše vsakdanje delo?

Razmišljajte o ovirah z vidika boljše učinkovitosti, ki jih sami razpoznate iz opisanega poglavja in jih postavite v svoje lastno okolje. Razmišljajte tudi o ustreznih ukrepih za pravičen zajem podatkov o učinkovitosti ter uspešno reševanje ovir, ki jih pričakujete v lastnem okolju.

Na podlagi predstavljenih primerov vključevanja skupnosti v skrb za zdravje v Sloveniji opišite razliko med vstopanjem zdravstva v skupnost in skupnostnim pristopom k zdravju. Kako se ta razlika izraža pri posameznih praksah?

Naštejte tri primere v Sloveniji (ki niso predstavljeni v poglavju) pri katerih prepoznate prvine skupnostnega pristopa?

Razmislite in v nekaj stavkih opišite problem, ki bi ga sami želeli obravnavati v okvirih skupnostnega pristopa. Izmed predstavljenih primerov, katere aktivnosti se vam zdijo uporabne v vašem primeru? Kako bi jih prilagodili glede na vaš primer?

LITERATURA IN VIRI

1. Attree, P., French, B., Milton, B., Povall, S., Whitehead, M., Popay, J. (2011). The experience of community engagement for individuals: a rapid review of evidence. *Health & Social Care in the Community*, 19, pp. 250–260.
2. Bevc M., Pucelj V., Scagnetti N. (2016). Širimo Slovensko mrežo zdravih šol. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Dostopno na: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/knjizica_sirimozs_2016_koncna.pdf [20. 11. 2017].
3. Bock, C., Jarczok, MN., Litaker, D. (2014). Community-based efforts to promote physical activity: a systematic review of interventions considering mode of delivery, study quality and population subgroups. *J Sci Med Sport*, 17 (3). pp. 276–282.
4. Brand, T., Pischke, CR., Steenbock, B., Schoenbach, J., Poettgen, S., Samkange-Zeeb, F., et. al. (2014). What works in community-based interventions promoting physical activity and healthy eating? A review of reviews. *Int J Environ Res Public Health*, 11 (6), pp. 5866-5888.
5. Cochrane, T., Davey, RC. (2008). Increasing up take of physical activity: a social ecological approach. *J R Soc Promot Health*, 128(1), pp. 31–40.
6. Cohen J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
7. Cyril, S., Smith, BJ., Possamai-Inesedy A, Renzaho AMN. (2015) Exploring the role of community engagement in improving the health of disadvantaged populations: a systematic review. *Global Health Action*, 8:10.3402/gha.v8.29842.
8. Dekleva, B., Razpotnik, Š. (2007). *Brezdomstvo v Ljubljani*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
9. Everson-Hock, ES., Johnson, M., Jones, R., Woods, HB., Goyder, E., Payne, N., et. al. (2013). Community-based dietary and physical activity interventions in low socioeconomic groups in the UK: a mixed methods systematic review. *Prev Med*, 56(5) , pp. 265–272.
10. Fahrani, LA., Asadi-Lari, M., Mohammadi, E., Parvizy, S., Haghdoost, AA., et. al. (2015). Community-based physical activity interventions among women: a systematic review. *BMJ open*, 5(4), e007210.
11. Farkaš Lainšček, Jerneja (ur.) (2016). *Ocena potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle: Ključni izsledki kvalitativnih raziskav in stališča strokovnih skupin*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
12. Gregorič M., Bevc M., Gabrijelčič Blenkuš M. (2016). Izvajanje promocije zdravja v šoli. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Dostopno na: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/izvajanje_promocije_zdravja_16.6.2016_zadnja.pdf [20. 11. 2017].
13. Huber I., Farkaš Lainščak J. (2016). Vključevanje ranljivih oseb v preventivni program s skupnostnim pristopom in vpeljevanje medkulturne mediacije v preventivno obravnavo. V: Projekt skupaj za zdravje – ključna sporočila. (interno gradivo). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
14. Jazbinšek, S., Pistotnik, S. (2016). *Evalvacija pilotnega uvajanja medkulturne mediatorke za albansko govorečo skupnost v Centru za krepitev zdravja (CKZ) ZD Celje in v referenčni ambulanti ZD Vojnik*. Interno gradivo projekta Skupaj za zdravje. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
15. Jousilahti, P., Laatikainen, T., Salomaa, V., Pietilä, A., Vartiainen, E., Puska, P., (2016). 40-Year CHD Mortality Trends and the Role of Risk Factors in Mortality Decline: The North Karelia Project Experience. *Glob Heart*, 11(2), pp. 207–212.
16. Kim, K., Choi, JS., Choi, E., Nieman, CL., Joo, JH., Lin, FR., et. al. (2016). Effects of Community-Based Health Worker Interventions to Improve Chronic Disease Management and Care Among Vulnerable Populations: A Systematic Review. *Am J Public Health*, 106 (4), pp. e3-e28.
17. Kumpusalo, E., Neittaanmäki, L., Halonen, P., Pekkarinen, H., Penttilä, I., Parviainen M. Finnish Healthy Village Study: impact and outcomes of a low-cost local health promotion programme. *Health Promot. Int*, 11(2), pp. 105–115.
18. Lindholm, L., Rosén, M., Weinehall, L., Asplund, K., 1996. Cost effectiveness and equity of a community based cardiovascular disease prevention programme in Norsjö, Sweden. *J EpidemiolCommunityHealth*, 50(2), pp. 190–195.

19. Lupton, BS., Fønnebo, V., Søgaard, AJ., Langfeldt, E., 2002. The Finnmark Intervention Study: Better health for the fishery population village in an Arctic in North Norway, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 20(4), pp. 213–218.
20. Marmot Review Team. (2010). Fair society, healthy lives: the Marmot review. London: Marmot Review; 2010. Dostopno na: <http://www.parliament.uk/documents/fair-society-healthy-lives-full-report.pdf> [13.5.2016].
21. Martini, A., Morris, JN., Preen, D.(2016). Impact of non-clinical community-based promotional campaigns on bowel cancer screening engagement: An integrative literature review. *Patient EducCouns*, 99(10), pp. 1549–1557.
22. O'Loughlin, JL., Paradis, G., Gray-Donald, K., Renaud, L. (1999). The impact of a community-based heart disease prevention program in a low-income, inner-city neighborhood. *Am J Public Health*, 89(12), pp. 1819–1826.
23. O'Mara-Eves, A., Brunton, G., McDaid, D., Oliver, S., Kavanagh, J., Jamal, F., et.al., 2013. Community engagement to reduce inequalities in health: a systematic review, meta-analysis and economic analysis. *PublicHealth*, 1(4).
24. Prochaska, JO. in Diclemente, CC., 1992. Stages of change in the modification of problem behaviours. V: Hersen, M., Eisler, RM., Miller, PM., ur. *Progress in BehaviourModification*. Illinois: Sycamore Press, pp.184–214.
25. Rafaelič, A., Flaker, V. (ur.) (2012). Iz-hod. Iz totalnih ustanov med ljudi. *Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo* 250 (3).
26. Scagnetti N. (2017). Poročilo o delu Zdravih šol v šolskem letu 2015/2016. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Dostopno na: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/porocilo_o_delu_zdravih_sol_2015_2016_zadnje.pdf [20. 11. 2017].
27. Schools for Health in Europe. Dostopno na: www.schools-for-health.eu/si/for-schools/ prirnik [20. 11. 2017].
28. Schuit, AJ., Wendel-Vos, GC., Verschuren, WM., Ronckers, ET., Ament, A., Van Assema, P., et. al. (2006). Effect of 5-year community intervention Harts slag Limburg on cardiovascular risk factors. *Am J Prev Med*, 30(3), pp.237–242.
29. Skupaj v zdravstvu – več zdravja v skupnosti (2017). Dostopno na http://www.drustvo-bkb.si/media/moddoc_702_c946292069aaaa865a21.pdf [14. 9. 2017]
30. Slovenska mreža zdravih šol (SMZŠ) (2017). Dostopno na: www.nijz.si/slovenska-mreza-zdravih-sol [20. 11. 2017]
31. South, J., Phillips, G. (2014). Evaluating community engagement as part of public health system. *J Epidemiol Community Health*, 68(7), pp. 692–696.
32. Svetel Keršič, M. (2012). *Strategija komuniciranja z javnostmi v programu Svit, državnem programu presejanja in zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb ter raka na debelem črevesu in danki 2008–2010*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Dostopno na <http://program-svit.si/binary/show/1914.pdf> [14. 9. 2017]
33. Švab, V. (ur.) (2015). *Obravnava v skupnosti*. Ljubljana: Šent, Slovensko združenje za duševno zdravje.
34. Walton-Moss, B., Samuel, L., Nguyen, T. H., Commodore-Mensah, Y., Hayat, MJ., et. al. (2014). Community based cardiovascular health interventions in vulnerable populations: a systematic review. *J Cardiovascular Nurs*, 29(4), pp. 293–307.
35. Weinehall, L., Hellsten, G., Boman, K., Hallmans, G. (2001a). Prevention of cardiovascular disease in Sweden: the Norsjö community intervention programme--motives, methods and intervention components. *Scand J Public Health Suppl*, 56, pp. 13–20.
36. Weinehall L, Hellsten G, Boman K, Hallmans G, Asplund K, Wall S. (2001b). Can a sustainable community intervention reduce the health gap?-10-Year evaluation of a Swedish community intervention program for the prevention of cardiovascular disease. *Scandinavian Journal of Public Health*, 29 (56 suppl.), pp. 59–68.
37. Zaletel, J., Šiftar, M. (2016). *Priročnik laičnega svetovanja*. Ljubljana: Zveza društev diabetikov Slovenije.

Tabela 4: Pregledni članki uvrščeni v osnovni pregled

Priloga 1: Tabela v osnovni pregled uvrščenih preglednih člankov

Avtor in leto raziskave	Vrsta raziskave	Ciljna populacija	Časovni obseg	Tematika	Število vključenih člankov/objav	Najpomembnejše ugotovitve
AmiriFarahniet. al., 2015	sistematični pregled	ženske, 18-65 let	primarne objave med 1.1.2000-31.3.2013	učinkovitost skupnostnih intervencij s področja telesne dejavnosti	9 (3 randomizirani kontrolirani poskusi (RKP)) od tega 5 z visoko metodološko kakovostjo	Nezadostni dokazi za oceno učinkovitosti. 4 študije statistično značilni izid (povečanja aerobne vadbe za 2.07 dneva/teden, 10,4% povečanja redne telesne vadbe).
Bocket.al., 2013	sistematični pregled	odrasli, 18 let in več	objave med 2001-2012	učinkovitost skupnostnih intervencij s področja telesne dejavnosti glede na kakovost raziskav, način izvedbe in populacijske skupine	55 (16 visoko kakovostnih) od tega 37 RKP in 18 kvazi-eksperimentalnih študij	NetPercentChange (NPC) = 16.2%, 95%IZ(4.4%;28.0%); p = 0.010) za visokokvalitetne študije; NPC = 16.4%, 95%IZ(-6,6%;39.5%) P=0,159 - vse vključene študije; NPC:27,2% 95%IZ(9,3%;46,1%) P=0,005 - študije namenjene izključno ženskam
Eversom-Hocket.al, 2013	Sistematični pregled	odrasli, 18-74 let	1990- november 2009	učinkovitost in sprejemljivost skupnostnih intervencij s področja telesnedejavnosti in zdravega prehranjevanja, nižje socio-ekonomske skupine	35 (12 kvantitativnih, 23 kvalitativnih) Od 12 kvantitativnih 3 RKP in 6 nerandomiziranih kontroliranih poskusov	Nezadostni dokazi o učinkovitosti (nekatero študije pozitivni, večina mešani učinki, nobena študija negativni učinek). Osebe, ki zagotavljajo intervencije potrebujejo poglobljeno znanje o sami skupnosti
Brandet.al, 2014	pregled preglednih člankov	otroci in odrasli	2007-2014	učinkovitost skupnostnih intervencij za promocijo telesne dejavnosti in zdravega prehranjevanja	18 (9 meta-analiz, 9 narativnih pregledov)	Otroci in mladostniki - zmerni dokazi o učinkovitosti na zmanjšanje telesne teže (osnovnošolci), dokazi o učinkovitosti med splošno populacijo so nezadostni

Attreet.al, 2011	pregledni članek	//	ni podatka - objave med 1997-2007	izkušnje v skupnostni pristop vključenih posameznikov	22	Pozitivni učinki (zdravje, dobro počutje, samozavest, opolnomočenje), dokazi kažejo da SP ni nujno pozitivna izkušnja (izčrpanost, stres)
Martini et.al., 2016	pregledni članek	//	1995-2015	vpliv nekliničnih skupnostnih aktivnosti za promocijo presejanja raka debelega črevesa	18	neklinične promocijske kampanje vplivajo na vključevanje v programe presejanja raka debelega črevesa, vendar je malo znanega o učinkih posameznih vrst aktivnosti
Cyrillet.al. 2015	sistematični pregledni članek	prikrajšane populacijske skupine	januar 1995 - junij 2015	vpliv skupnostnega pristopa na zdravje in neenakosti v zdravju med prikrajšanimi populacijskimi skupinami	24 od tega 14 (58%) visokokakovostnih	87,5% (21) vključenih študij je pozitivno vplivalo na vedenja povezana z zdravjem, zdravstveno pismenost, dostopnost zdravstvenega varstva in na številne zdravstvene izide
O'Mare Eveset.al.	Sistematični pregledni članek, meta-analiza	//	objave pa 1990	objave, kjer je skupnostni pristop v središču intervencije s podatki o izidih, ekonomski in procesni evalvaciji	319 od tega 131 vključenih v meta-analizo. 69 (52,7%) nizko tveganje pristranosti, 59 randomiziranih	Skupni učinek na z zdravjem povezano vedenja $d=0.33$ (95%IZ 0.26, 0.40); učinek na zdravstvene izide ($d=0.16$, 95%IZ 0.06, 0.27) in učinek na samoučinkovitost z zdravjem povezanih vedenj ($d =0.41$, 95%IZ 0.16, 0.65)
Kimet.al 2016	Sistematični pregledni članek	//	objave pred avgustom 2014	učinek intervencij z zdravstvenimi delavci v skupnosti med prikrajšanimi populacijskimi skupinami za obvladovanje kroničnih nenalezljivih bolezni	61 (39 visoko kakovostnih), 8 študij o stroškovni učinkovitosti	Intervencije z zdravstvenimi delavci v skupnosti so učinkovite tako z vidika zdravstvenih učinkov kot stroškov
Walton-Moss et.al. 2014	Sistematični pregledni članek	//	januar 2006- marec 2011	učinek skupnostnih intervencij za obvladovanje bolezni srca in žilja	32	Največ obetajo intervencije za zmanjševanje krvnega tlaka, največji izziv pa predstavljajo intervencije , ki se nanašajo na vedenja povezana z zdravjem

Uvajanje skupnostnega pristopa k zdravju na lokalni ravni: praktični vidiki

Lea Peternel, Peter Bezec, Silva Nemeš, Rok Poličnik, Nika Berlic, Juš Škraban, Denis Oprešnik

V tem poglavju so predstavljeni **koraki uvajanja skupnostnega pristopa v konkretnem okolju**. Posamezna podpoglavja vodijo od začetnih aktivnosti za oblikovanje lokalne skupine za krepitev zdravja z vzpostavitvijo partnerstev v skupnosti in strateškega načrtovanja, s pomočjo katerega oblikujemo vizijo skupnosti ter na osnovi ocene potreb skupnosti opredelimo skupne cilje, ukrepe in aktivnosti, do evalvacije, s pomočjo katere ovrednotimo svoje uspehe in se soočimo z novimi izzivi.

Izhodišče skupnostnega pristopa je namera izboljšati zdravje prebivalcev s pomočjo povezovanja in sodelovanja vseh tistih, ki tako ali drugače vplivamo na pogoje za zdravo življenje. Pobudniki in nosilci uvajanja skupnostnega pristopa k zdravju smo lahko različni akterji lokalne skupnosti: lahko so to zdravstvene ustanove, lahko občinska uprava, lahko civilna družba, društva, združenja in podobno. Pri tem ni nujno, da ima pobudnik procesa kasneje »glavno« vlogo, poudarek je na enakopravnem sodelovanju in sinergijskem učinku povezanih prizadevanj. Zato smo »mi«, ki razvijamo skupnostni pristop k zdravju in o katerih je govora v tem poglavju, lahko na primer zaposleni v lokalnem centru za krepitev zdravja, ali zadolženi za družbene dejavnosti na občini, ali uslužbenci območne enote NIJZ, ali člani aktiva učiteljev osnovne šole in še bi lahko naštevali.

Lokalna skupina za krepitev zdravja: ustanovitev, delovanje in vodenje

Zakaj ustanoviti lokalno skupino za krepitev zdravja?

Ljudje želimo živeti v skupnosti, kjer se počutimo varne, imamo možnosti izobraževanja, zaposlitve, zdravstvenega varstva, kjer imamo pogoje in možnosti, da izboljšamo kakovost svojega življenja. Če naj to dosežemo, **potrebujemo zmogljivo skupnost z dobrim vodenjem, uresničljive načrte in podporo vseh pripadnikov skupnosti**. **Zmogljivost skupnosti** za opravljanje njene vloge gradimo **s pomočjo povezav in partnerstev** njenih pripadnikov, tako posameznikov kot skupin in organizacij.

Izbira načina življenja je sicer odločitev posameznikov, a je **močno pogojena z okoljem**, v katerem živimo. Za zdrava vedenja se je lažje odločiti, če obstaja **možnost zdravih izbir**. V

skupnosti lahko to naredimo samo s sodelovanjem vseh partnerjev, ki vplivamo na socialno, kulturno, ekonomsko in fizično okolje ter pogoje, v katerih živimo člani te skupnosti.

Ottawska deklaracija (1986) je kot eno od petih ključnih komponent pri promociji zdravja prvič vpeljala samostojni pojem **zdravju naklonjena javna politika** ali tako imenovana **politika zdravja**. Natančneje pojem zdravju naklonjene javne politike opredeljuje *Adelajdska deklaracija* (SZO, 1988), ki poudarja pomen in odgovornost različnih **sektorskih politik**, ki se morajo pri **svojem** delovanju **skupno zavzemati za varovanje zdravja celotne populacije**.

Še vedno pa ostaja ključni problem javnih politik dejstvo, da **odgovornost za zdravstvene izide ostaja na nacionalni, regionalni in lokalni ravni**, politike, ki ključno vplivajo na determinante zdravja, pa nastajajo na ravni Evropske unije ali na globalni ravni (Model CZR, CZR, 2012). Zaradi tega je bistvenega pomena, da postane **skrb za zdravje** tudi **del regionalnih in lokalnih razvojnih politik** ter da te temeljijo na **sodelovanju vseh partnerjev**, ki imajo voljo in moč za sodelovanje in doseganje pozitivnih sprememb v skupnosti.

Socialne, ekonomske in okoljske determinante imajo velik vpliv na zdravje. Za izboljšanje zdravja v skupnosti zato potrebujemo nove pristope, ki vključujejo koordinirane medpoklicne in medsektorske aktivnosti za **odpravo vzrokov za neenakosti in slabo zdravje**. To spoznanje nas vodi k usklajenemu delovanju v skupnosti za doseg skupnih ciljev – k **skupnostnemu pristopu**. Takšen pristop v trenutnem političnem in organizacijskem ustroju naše družbe na lokalni ravni najlažje dosežemo z **vzpostavitvijo lokalnega partnerstva ali zavezništva** ali kakšne druge oblike sodelovanja deležnikov v skupnosti, ki ga za naše potrebe imenujemo **lokalna skupina za krepitev zdravja (LSKZ)**.

Takšno partnerstvo nam omogoča ustanovitev mreže v skupnosti, ki skrbi za to, da **»ne pustimo nikogar ob strani«** oziroma za **»univerzalno vključenost«**, kar je etični imperativ Agende 2030 Združenih narodov, ki je postavila 17 ciljev trajnostnega razvoja (*angl.*: Sustainable Development Goals ali SDGs) na globalni ravni in ki jo je podprla in se zavezala k uresničevanju njenih ciljev tudi Slovenija. Ustanovitev mreže partnerskih institucij med drugim **omogoča**:

- vzpostavitev **organizacijske strukture**, ki se v najkrajšem možnem času odziva na potrebe skupnosti in njenih članov, obenem pa deluje preventivno glede na zaznane trende v prihodnosti;
- **izboljšanje odnosov** med organizacijami in gradnjo zaupanja;
- hitro, točno in popolno **izmenjavo informacij** med partnerji, ki so gotovo dostikrat pomemben dejavnik pri uspešnem reševanju problemskih situacij;
- identifikacijo **področij**, na katerih se **storitve** različnih institucij podvajajo in na katerih področjih jih ni – predvsem v luči demografskih sprememb;
- oblikovanje boljših, **celovitejših rešitev**, kot bi jih vsak posebej;

- iskanje **sinergij** med organizacijami, programi, intervencijami za doseganje boljših rezultatov z istimi viri ali enakih rezultatov z manj viri;
- nenehno **usposabljanje in pridobivanje novih veščin** ter izmenjavo izkušenj med partnerji na področju delovanja partnerstva in vsakega partnerja posebej;
- udeležanje **na človeka usmerjenega** pristopa v praksi, kar je možno samo s sodelovanjem institucij, ki obravnavajo človeka in njegove potrebe in/ali težave.

Sodelovanje v LSKZ je lahko za vsakega izmed partnerjev korak v smeri skupnega doseganja svojih in skupnih ciljev. Z vzpostavitvijo LSKZ želimo vzpostaviti tesno sodelovanje, ki bo s pripravo **skupnega strateškega načrta** pripeljalo do dogovora o **skupnih ciljih za celovito skupno delovanje**.

Kako ustanoviti lokalno skupino za krepitev zdravja?

Za doseganje teh učinkov je potrebna **formalna ustanovitev partnerstva oziroma lokalne skupine za krepitev zdravja na ravni skupnosti**.

Kako **opredelimo skupnost**, ki bo nosilka skupnostnega pristopa k zdravju?

- Načeloma naj bi bila to **lokalna skupnost**, ki ima vzpostavljeno lokalno samoupravo (občina, četrtina skupnost, krajevna skupnost) ter podporo centra za krepitev zdravja (CKZ) v zdravstvenem domu (ZD) in območne enote Nacionalnega inštituta za javno zdravje (OE NIJZ). Ker naslavljamo zdravje v lokalni skupnosti, imajo lahko vlogo iniciatorjev CKZ v ZD ob strokovni podpori OE NIJZ, zato bi bilo najbolj smiselno, da **»skupnost« opredelimo kot območje delovanja vsakega CKZ** (na primer občina ali več občin),

Recimo, da smo mi iniciativna skupina, zaposleni v CKZ ZD in OE NIJZ (predstavljeni koraki veljajo za katerokoli iniciativno skupino). **Postopek za ustanovitev takšne skupine** je vsaj z vidika števila aktivnosti, ki so minimalno potrebne, videti dokaj enostaven, vendar je v praksi zaradi vseh aktivnosti lahko zahteven. **Potrebno je:**

- poiskati partnerje,
- se srečati z njimi in jih povabiti k sodelovanju,
- poiskati skupno vizijo in skupne cilje ter jih
- s sodelovanjem v partnerstvu uresničiti.

Pa vendar izkušnje kažejo, da je pri izvajanju teh aktivnosti potrebno predvsem poznavanje in razumevanje tematike, obvladanje jezika sogovornikov in dobra mera diplomatskih spretnosti za motivacijo deležnikov za sodelovanje v partnerstvu. **Naše izkušnje kažejo, da je najpogostejša ovira** za uspešno pridobivanje partnerjev uporaba preveč strokovnega jezika

in pristopa v slogu: »to lahko skupaj naredimo za *moj* cilj in/ali *moje* uporabnike«. Takšen pristop lahko odvrne potencialne partnerje

Pristop, ki ga svetujemo, izhaja iz vprašanja »**kako vam lahko s sodelovanjem v partnerstvu pomagamo doseči vaše cilje in/ali skupaj pomagamo vašim uporabnikom**« in »ali in kako lahko z aktivnostmi in sodelovanjem za doseganje naših ciljev pripomoremo k doseganju vaših ciljev«. Šele potem, ko ugotovimo, da obstaja interes za sodelovanje na drugi strani, lahko pričnemo z iskanjem skupnih, posledično tudi specifično naših, ciljev in možnih aktivnosti za njihovo doseganje. Za **takšno komunikacijo** se je potrebno predhodno **pripraviti in poznati delovanje, motive za delovanje in cilje sogovornika** ter **pozorno poslušati**, preden pričnemo razlagati svoje cilje.

Zagotovo se **okolja med seboj razlikujejo**. Vse organizacije, tudi če opravljajo enako delo po vsej državi, so edinstvene, tako kot ljudje, ki v njih delamo. Zato je **nemogoče v priročniku predstaviti algoritem postopka**, ki bo vsaj v veliki večini vzpostavil dobro delujoče lokalno partnerstvo, predvsem zato, ker gre za delo z ljudmi in tudi zato, ker je to odvisno tudi od dejavnikov, ki so izven našega vpliva.

Predstavili pa bomo **osnovne korake, brez katerih ni mogoče učinkovito ustanoviti delujočega partnerstva** (podrobneje glej Wildridge et al. 2004).

Začnemo postopek:

1. Identificiramo institucije in organizacije, ki so potencialni člani lokalne skupine.
2. Vzpostavimo stik z vodstvom teh organizacij, se srečamo z njimi in jih povabimo k sodelovanju.
3. Predstavimo našo oceno, kako bodo te aktivnosti prispevale k delu, ki ga te organizacije že opravljajo in ciljem, ki jih zasledujejo.
4. Ustanovimo skupino, v katero se vključijo osebe, ki bodo zastopale institucije in organizacije, ki želijo sodelovati.

Ko je skupina sestavljena, z vanjo vključenimi predstavniki skupnosti, naredimo strateški načrt:

1. Opredelimo vizijo skupnosti.
2. Izvedemo oceno potreb skupnosti.
3. Opredelimo cilje in ukrepe.
4. Oblikujemo akcijski načrt, s katerim jasno opredelimo kaj, kdaj, kako in kdo bo izvajal aktivnosti, potrebne za dosego ciljev.
5. Načrtujemo evalvacijo, da bomo lahko pokazali rezultate sodelovanja.

Ko imamo pripravljen strateški načrt, začnemo z uresničevanjem načrta:

1. Vsak izvajalec po opravljeni aktivnosti pripravi poročilo, da bomo videli, kaj je potrebno spremeniti za boljšo izvedbo prihodnjih aktivnosti.
2. Periodično preverjamo celotni načrt in zagotovimo, da smo na pravi poti.
3. Če je potrebno, načrt spremenimo, vendar zagotovimo, da bomo vsi partnerji vedeli, zakaj so spremembe potrebne.
4. Periodično poročamo na srečanjih lokalne skupine o napredku in doseganju rezultatov partnerstva.
5. Praznujemo uspehe skupaj in se zahvalimo vsem, ki sodelujejo.

Članstvo v lokalni skupini za krepitev zdravja

V LSKZ naj bodo vključene **vse institucije in organizacije**, ki lahko vplivajo na pogoje za zdravo življenje prebivalcev skupnosti. Članstvo v LSKZ se od skupnosti do skupnosti lahko razlikuje, **praviloma** pa bodo vanjo vključeni predstavniki:

- zdravstvenega doma,
- Zavoda za zdravstveno zavarovanje,
- Nacionalnega inštituta za javno zdravje,
- občine oziroma občin, kjer zdravstveni dom pokriva več občin,
- vrtca oziroma vrtcev,
- šole oziroma šol,
- centra za socialno delo,
- Zavoda RS za zaposlovanje,
- drugih javnih zavodov,
- gospodarstva,
- nevladnih organizacij.

Po potrebi se v skupino vključijo tudi drugi deležniki. **LSKZ pa naj pri vseh odločitvah, v čim večji meri, z različnimi metodami, vključi tudi člane skupnosti.**

Ko gradimo podporo v skupnosti, je smiselno, da identificiramo tako ljudi, institucije in organizacije, ki podpirajo ta proces, kot **tudi tiste, ki procesa ne podpirajo**. Tudi če katera izmed organizacij na začetku ne želi sodelovati kot članica LSKZ, to ne pomeni, da je s tem onemogočeno vsako sodelovanje. Mogoče bo v začetni fazi potrebno zagotoviti več **informacij in postopno graditi zaupanje**, ki pa bo lahko sčasoma preraslo v tesnejše sodelovanje.

Delovanje lokalne skupine za krepitev zdravja

LSKZ lahko opredelimo kot **tim**, torej kot »skupino posameznikov z različno izobrazbo, perspektivami, spretnostmi in usposobljenostjo, ki deluje za doseganje skupnih ciljev. Člani poznajo in cenijo prispevke vseh vključenih« (Pahor 2014).

Po Tuckmanu (1965, v Pahor 2014) poteka **razvoj tima** skozi **štiri stopnje: oblikovanje, nasprotovanje, sprejemanje pravil in delovanje**. Dobro je, da te stopnje razvoja tima poznamo, saj bomo tako lažje **predvideli težave**, ki se lahko pojavijo v razvoju LSKZ in se **uspešneje soočili z njimi**.

1. stopnja: Oblikovanje

Oblikovanje tima je začetna faza njegovega razvoja. Ker si posamezniki želijo, da bi jih drugi sprejeli, da bi se izognili nasprotovanjem in konfliktom, se ob spoznavanju izogibajo resnejšim problemom. V tej fazi se člani največ ukvarjajo z rutinskimi vprašanji, kot so organizacija dela, delitev vlog, kraj in čas srečanj in podobno. Posamezniki zbirajo vtise in informacije drug o drugem ter o timskih nalogah. To je sorazmerno mirna in neproblematična faza, ampak tu se tim pravzaprav še ne loti svojega dela. Skozi prva srečanja tim ugotavlja svoje sposobnosti in izzive, ki so pred njimi, oblikuje svoje cilje ter se loteva nalog. Člani se obnašajo dokaj neodvisno, njihova vključenost in povezanost z drugimi še ni visoka. So vljudni med seboj, a usmerjeni predvsem vsak nase. Tisti člani tima, ki imajo več izkušenj, delujejo kot vzori obnašanja, drugi, ki so prvič v nekem timu, pa jih začenejajo posnemati. Zelo koristno za tim v tej fazi je, da se seznanijo s fazami timskega razvoja, da kasneje ne pride do presenečenj. Pomembno je, da se člani spoznajo, da si izmenjajo nekaj osebnih informacij in vzpostavijo prijateljstva. Tu se tudi vidi, kako člani delajo kot posamezniki in kako reagirajo na naloge.

2. stopnja: Nasprotovanje

V tej fazi različne ideje tekmujejo za uveljavitev. Člani razpravljajo o tem, kaj je pravzaprav njihov problem, kako se ga lotiti, pri čem bodo člani samostojni in glede česa bodo usklajevali odločitve. Dogovoriti se morajo tudi glede načina vodenja tima. Člani postanejo bolj odprti drug do drugega in primerjajo različne ideje in vidike. V nekaterih primerih je mogoče to fazo hitro preseči in oblikovati odločitve, ki so sprejemljive za vse, kar je zlasti odvisno od zrelosti članov. V nekaterih primerih pa tim nikoli ne zapusti te faze – nekateri člani se zapičijo v vsako malenkost, da bi se izognili pravim problemom. Faza nasprotovanja je nujna za razvoj tima. Lahko je zamudna, neprijetna ali celo boleča za člane, ki ne marajo konfliktov. Tu je potrebno izpostaviti nujnost strpnosti in potrpežljivosti v medsebojnih odnosih, sicer bo tim propadel. Ravno to se nekaterim timom zgodi, saj v konfliktnem okolju ni mogoče vzdrževati motivacije za delo. Tisti, ki tim nadzorujejo oziroma usmerjajo

(supervizorji) morajo biti v tem času dostopnejši, vendar ne preveč usmerjevalni – člani tima morajo sami razrešiti svoja nasprotja.

3. stopnja: Sprejemanje pravil

Tu se opredeli jasen cilj in načrt, kako ga doseči. Nekateri člani tima se odpovejo svojim idejam in podprejo ideje drugih, izoblikujejo se rešitve, ki so lahko oprte na predloge posameznikov ali so iz njih izpeljane in sestavljene v novo rešitev. Tukaj se občutek pripadnosti timu poveča, vsi člani sprejemajo odgovornost za izide in delujejo v smeri uspešnega doseganja skupnega cilja.

4. stopnja: Delovanje

To fazo dosežejo le nekateri timi. Pomeni, da delujejo usklajeno in opravljajo svoje naloge tekoče in učinkovito. Ni več nepotrebnih konfliktov ne potrebe po nadzoru ali podpori izven tima. Vsi člani so motivirani in poznajo delo ter vloge vseh članov. So kompetentni, avtonomni in sposobni odločanja brez nadzora. Nestrinjanje je sprejeto in njegovo razreševanje teče na vnaprej dogovorjen način, lahko na timskih sestankih. Nadzorniki tima praktično niso potrebni, tim sprejema vse potrebne odločitve. Lahko se pa zgodi, da za kratek čas preidejo na katero od nižjih faz, na primer ko dobijo nove člane, ali se jim zamenjajo delovne naloge. Zato gredo dolgo obstoječi timi ponavadi večkrat skozi vse faze izgradnje tima.

Izzivi pri vzpostavljanju in delovanju lokalne skupine za krepitev zdravja

Skupno delovanje v partnerstvu od posameznikov in organizacij zahteva **nov način delovanja z novimi partnerji**. Pomembno je, da zagotovimo **dovolj časa** predvsem za **gradnjo odnosov**, za spoznavanje partnerjev in pripravo skupnih dogovorov.

Nov način delovanja lahko povzroči skrb glede naše avtonomije, saj delo institucij in organizacij postane prepleteno. Tako kot v vseh odnosih, je tudi tu **odkrit pogovor** eden pomembnejših pogojev za uspešno in trajno partnerstvo. Pomembno je, da sprejmemo tveganje in odprto spregovorimo o svojih skrbah in željah ter najdemo skupne rešitve, ki koristijo vsem partnerjem in prebivalcem skupnosti.

Ko bomo **vzpostavljali partnerstva**, bodimo pozorni na **politični in organizacijski kontekst**, v katerem delujemo mi in naši partnerji. Dobro je, da upoštevamo zgodovino sodelovanja partnerjev, pretekle uspehe in neuspehe ali probleme, ki bi lahko zastrli pogled na trenutno sodelovanje in delovanje. Vloga partnerjev v lokalni skupini je tudi **izgradnja mostov med različnimi institucijami in organizacijami**, ki se med seboj mogoče še ne poznajo.

Za uspešno delujoče partnerstvo je nujna **podpora članom LSKZ s strani vodstva v njihovih matičnih ustanovah**. V preteklih izkušnjah tovrstnih povezovanj se je izkazalo, da lahko osebe brez celovite podpore iz njihovih matičnih ustanov naredijo zelo majhne premike, če niso pristojne za sprejemanje odločitev ali so celo do tovrstnih sodelovanj **osebno nenaklonjene**. Slednje je lahko povezano s **pomanjkanjem motivacije za sodelovanje in nepripravljenostjo na sodelovanje v skupini**. Zelo pomembno je, da v LSKZ sodelujejo **motivirane osebe**, ki imajo interes izboljšati pogoje v okolju, kjer delujejo in živijo. Takšne osebe bodo hitreje prepoznale cilj sodelovanja in se bodo hitreje in učinkoviteje odzvale na razreševanje lokalnih problematik.

Institucije navadno skladno s svojim poslanstvom izvajajo **utečene dejavnosti**. V preteklih projektih se je izkazalo, da posamezna institucija težko sodeluje v aktivnostih, ki niso predvidene v okviru njenega delovnega področja oziroma projekta. Povezovanje, identifikacija problemov in ukrepov bo od članov LSKZ marsikje zahtevala **dodatne delovne obremenitve**, kar lahko predstavlja eno izmed pomembnejših ovir v povezovanju.

Drugo večjo oviro predstavlja **čas**, ki ga je potrebno vložiti v medsebojno sodelovanje. Ena izmed pomembnih aktivnosti LSKZ bodo **skupni sestanki**, na katerih se bodo gradili odnosi in sprejemale odločitve o strateških usmeritvah in konkretnih aktivnostih. Ne glede na to, ali imamo sestanek večje ali manjše skupine, ali osebni pogovor, zagotovimo, da bo **čas učinkovito uporabljen**. To je tudi pogoj, da bodo ljudje še naprej pripravljeni sodelovati in se še naprej udeleževati sestankov. Učinkoviti sestanki se ne zgodijo kar sami od sebe, ampak je potreben **temeljit razmislek in priprava na sestanek**, kar med drugim vključuje:

1. Opredelitev namena in ciljev sestanka

Pomemben prvi korak v načrtovanju sestanka je jasna opredelitev namena sestanka, s čimer se izognemo zmedi med udeleženci. Pred začetkom se moramo dogovoriti, ali je sestanek namenjen izmenjavi informacij, načrtovanju, reševanju problemov ali krepitvi partnerstva. Poleg tega je potrebno opredeliti pričakovano vključenost udeležencev v proces odločanja. Na osnovi teh informacij lahko opredelimo konkretne cilje in želene rezultate sestanka.

2. Opredelitev primerne časa trajanja sestanka

Na osnovi namena in ciljev sestanka določimo tudi trajanje sestanka. Sestanki, na katerih načrtujemo in sprejemamo odločitve, zahtevajo več časa. Za te vrste sestankov moramo načrtovati med 60 in 90 minut. Sestanki, daljši od 120 minut, pa so lahko manj produktivni. Če namen in cilji zahtevajo daljši sestanek, ga organiziramo tako, da ga prekinemo z odmori. Pomembno je, da udeležence ves čas spodbujamo in z načinom vodenja omogočimo aktivno in konstruktivno sodelovanje na sestanku.

3. Pripravo dnevnega reda sestanka

Dnevni red je pomemben del učinkovitega sestanka, saj udeležence usmeri k vsebini, namenu in ciljem sestanka. Zagotavlja tudi strukturo, ki omogoča, da se držimo zastavljene poti. Najbolje je, da dnevni red pripravimo precej pred sestankom in ga pošljemo udeležencem. Tako imajo udeleženci dovolj časa, da se na sestanek pripravijo.

4. Izbiro procesnih orodij za doseg ciljev

Učinkoviti sestanki vključujejo procese za doseg ciljev sestanka. Opredeljeni morajo biti pred sestankom in vključeni v dnevni red. Obstaja več različnih procesov, ki jih lahko uporabimo kot pomoč udeležencem pri doseganju ciljev na primer SPIN analiza (**P**rednosti, **S**labosti, **I**zzivi, **N**evarnosti), ali viharjenje možganov.

Za učinkovito delovanje LSKZ je zelo pomembno medsebojno **informiranje in vključevanje lokalnih medijev**, kar je povezano tudi z ozaveščanjem širše javnosti (ciljnih skupin). Naše izkušnje kažejo, da so lokalne institucije po medsebojnem informiranju v procesu vzpostavljanja skupnostnega pristopa prvič ugotovile, koliko povezujočih se vsebin izvajajo v istem lokalnem okolju, in kako bi s takim pristopom lahko naredili več za zdravje svojih prebivalcev (Lamut, 2016).

Tudi **komunikacija** je pomemben del vzpostavljanja in vzdrževanja partnerstva. Zavedati se moramo, da ima **vsako področje svoj jezik, žargon in okrajšave**. Pomemben korak pri izgradnji partnerstva je, da zagotovimo, da se ljudje med seboj razumemo. To pomeni, da se izogibamo okrajšavam in smo pozorni na razumljivost izražanja. Pozorni moramo biti tudi na situacije, v katerih lahko **razlike v terminologiji** povzročijo zmešnjavo ali nesoglasja.

Vodenje lokalne skupine za krepitev zdravja

Vsi člani LSKZ smo enakovredni partnerji. Ker pa za učinkovito delo vsake skupine potrebujemo nekoga, ki vodi delo partnerjev in bdi nad doseganjem zastavljenih ciljev, je ena izmed prvih nalog članov LSKZ, da se dogovorimo o načinu vodenja dela skupine. Dosledno in **vešče vodenje** je ključno za učinkovito delovanje skupine in razvoj skupnosti. **Vloga vodje** je, da postopno okrepi zmogljivosti skupine in skupnosti, da postane odprta za spremembe in sposobna prilagajanja. Njegova vloga je **spodbujanje opolnomočenja skupnosti** in ne nadzor nad partnerji. Vodja naj (Frank, 1999):

- učinkovito sporoča in širi vizijo skupnosti;
- se usmeri na doseganje rezultatov in vključevanje članov skupnosti;
- motivira posameznike in organizacije, da delujemo skupaj za isti cilj;
- razvije učinkovite pristope za reševanje težav in konfliktov.

Vodja naj ves čas **zavestno gradi in vzdržuje partnerstvo** v skupini in skupnosti. Najbolj pomemben element vodenja v skupnosti je **odprtost**. Novi odnosi in procesi se gradijo na **zaupanju**, zato so izjemnega pomena **vrednote in prepričanja** osebe, ki vodi proces. Da bi bili uspešni, ni dovolj, da vodja samo govori o vrednotah skupnosti, ampak jih mora tudi živeti. Samo na takšen način bo delo v skupini in skupnosti uspešno.

Zagotavljanje trajnosti lokalne skupine za krepitev zdravja

Za vzpostavitev trajnega sodelovanja med deležniki je potrebna **spememba v načinu razmišljanja in delovanja**. Vertikalno in horizontalno sodelovanje med različnimi organizacijami in posamezniki v skupnosti se že sedaj deklarativno spodbuja, v praksi pa organizacije redko sodelujemo izven ustaljenih protokolov. **Skupnostni pristop** pa uvaja ravno spremembe v ustaljeno delovanje organizacij, tako imenovane **transformativne spremembe** delovanja (UNRISD Flagship report, 2016) od odpravljanja posledic problemov k **odstranjevanju njihovih vzrokov**. To je lahko zelo zahteven proces in mora biti podprt z nacionalne in regionalne ravni. Če želi LSKZ dosegati dolgoročne rezultate strategije za izboljšanje zdravja in zmanjšanje neenakosti v zdravju v skupnosti, je potrebno poiskati vzroke slabega zdravja in neenakosti v zdravju in jih odpraviti, ne le odpravljati posledice. Za doseganje tega pa potrebujemo **transformativne spremembe, ki spremenijo razmišljanje ljudi in posledično smer delovanja** k zeleni situaciji.

Izkušnje kažejo, da se zdravstveni cilji večinoma razlikujejo od ciljev drugih sektorjev. Zato je pri vzpostavljanju lokalnih partnerstev nujno poiskati **skupni jezik** vseh partnerjev, poiskati **presečišče ciljev** vseh partnerjev in jih zastaviti tako, da z doseganjem ciljev partnerstva dosegamo obenem tudi cilje vsakega partnerja posebej. To je edini način za **zagotavljanje trajnosti** partnerstev, ki so prostovoljna, dolgoročno pa tudi partnerstev, ki imajo bolj strukturirane oblike in pravne zaveze. **Dobro zdravje prebivalstva je v interesu gospodarstva, sociale in vseh drugih sektorjev.**

Kljub temu, da ni mogoče nadzorovati vseh **dejavnikov**, ki lahko vplivajo na trajnost partnerstva, se je potrebno zavedati njihovega pomena. Na tem mestu bomo izpostavili **šest skupin dejavnikov**, za katere avtorji v strokovni literaturi menijo, da so **ključni za uspeh partnerstev** (Literature review on partnerships, Valerie Wildridge et al., Health Libraries Group 2004 Health Information and Libraries Journal, 21, pp.3–19). Ko zastavljamo delo v LSKZ, moramo skrbno **razmisliti in se pogovoriti o vsakem od teh dejavnikov** v našem konkretnem okolju, da ugotovimo, kje bi potrebovali dodatno intervencijo, na primer izobraževanje ali organizacijske spremembe ali novo tehnologijo.

Okolje

- Zgodovina sodelovanja partnerjev.
- Ali okolje dojema skupino oziroma partnerja kot vodilno na svojem področju?
- Ugodna politična in socialna klima.

Člani skupine

- Vzajemno spoštovanje, razumevanje in zaupanje.
- Pravilna velikost in sestava skupine.
- Člani vidijo sodelovanje kot svoj interes.
- Sposobnost sklepanja kompromisov.

Postopki in struktura

- Člani delijo vložek – vsi enako investirajo.
- Sodelovanje na več ravneh.
- Fleksibilnost.
- Jasno določene vloge in politike.
- Prilagodljivost.
- Primerna hitrost razvoja.

Komunikacija

- Odprta in pogosta.
- Neformalni odnosi in komunikacijski kanali.

Namen partnerstva

- Skupna vizija.
- Konkretni, dosegljivi cilji in rezultati.
- Edinstveni namen.

Viri

- Dovolj finančnih sredstev, ljudi, materialnih sredstev in časa.
- Vešče vodstvo.

Primer: Regionalna Akcijska Skupina Mura (RAS):

V Pomurju je bil velik del medsektorskega in intrasektorskega povezovanja opravljen skozi Pilotni program »Vlaganje v zdravje in razvoj v Pomurju - MURA«, ki temelji na spoznanju, da imajo socialno ekonomske determinante večkrat večji vpliv na zdravje kot sam zdravstveni sistem in zato za izboljšanje zdravja potrebujemo medsektorske aktivnosti, ki bodo pripeljale do ekonomskega in socialnega razvoja, povečale zdravstveno pismenost in zmanjšale potrebo po zdravstvenem varstvu. Na regionalni ravni, na nivoju statistične regije Pomurje je bil dne 27. 11. 2002 v Rakičanu ustanovljen Projektni svet za projekt »Vlaganje v zdravje in razvoj v Pomurju – MURA«. Zaradi širine in kompleksnosti programa so se formirali tematski sklopi, v okviru katerih so delovale delovne skupine.

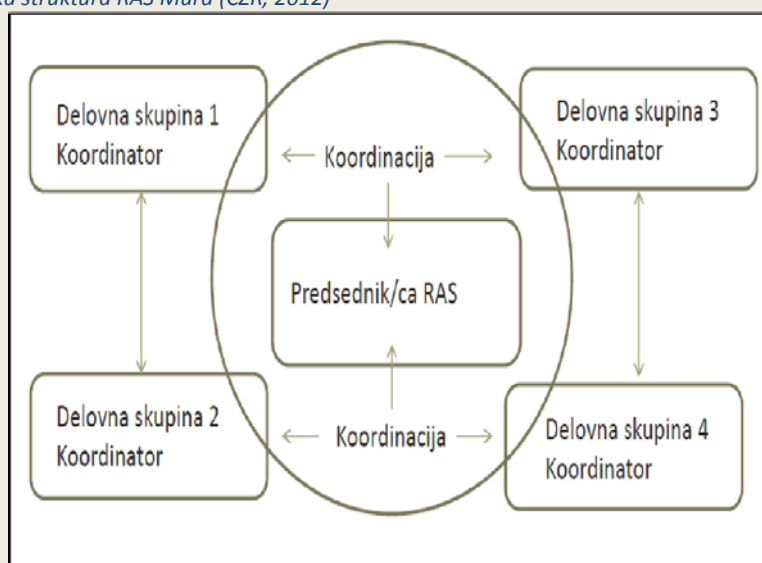
Cilj programa je bil doseči razumevanje **zdravja kot razvojnega kapitala regije in obratno, razvoj kot osnovo boljšega zdravja**. Dolgoročni cilj programa je izboljšati zdravje, življenjski slog in kakovost življenja ljudi v regiji.

V programskem obdobju 2014–2020 se je Projektni svet odločil preoblikovati svet v Regionalno akcijsko skupino (RAS), ki deluje po načelih:

- odprta organizacijam, društvom in civilni iniciativi,
- horizontalna struktura,
- zainteresirana institucija lahko postane član s pristopno izjavo,
- edina izvoljena funkcija je predsednik/-ca,
- volijo prisotni člani RAS na predlog članov,
- izbran je predlog z največ glasovi,
- delovne skupine se oblikuje po potrebi na predloge članov,
- delovne skupine imajo svojega koordinatorja, ki pripravi vse potrebno za delovanje skupine,
- RAS ima skupno koordinacijo, ki zbira, evalvira in predstavi rezultate v Regionalnem akcijskem načrtu

RAS se je razdelila v delovne skupine - oblikovanje delovnih skupin po področjih vlaganja v zdravje in razvoj po konceptu vizije in ciljev Centra za zdravje in razvoj Murska Sobota (v nadaljevanju CZR MS), ki sledijo socialnim determinantam zdravja (vključitev zdravja kot horizontalni cilj v razvojne politike in programe, zmanjševanje neenakosti v zdravju, razvoj pogojev za zdrav življenjski slog, razvoj trajnostnega turizma, razvoj lokalne trajnostne (samo)oskrbe, krepitev civilne družbe za doseganje višje kakovosti življenja) in v njih imenovati kompetentne in zainteresirane ljudi ter institucije iz članstva RAS, Projektnega sveta Mura in širše. Pomemben del delovanja RAS predstavlja koordinacija, ki jo v tem primeru opravlja CZR MS kot pobudnik ustanovitve RAS. Naloge koordinacije so našteje v nadaljevanju.

Slika 5: Organizacijska struktura RAS Mura (CZR, 2012)



Naloge delovnih skupin

- Priprava izhodišč in osnovnih podatkov za izdelavo Analize stanja in potreb na področju delovne skupine.
- Na podlagi Analize stanja in potreb identificirati ključne rešitve/razvojne prioritete.
- Priprava projektnih predlogov in idej za umestitev v regionalni akcijski načrt za vlaganje v zdravje in razvoj ter pozneje v Regionalni razvojni program (RRP).

Naloge skupne koordinacije, ki jih opravlja CZR MS

- Sklicevanje sestankov RAS,
- priprava gradiv za sestanke RAS,
- priprava izhodišč za izdelavo Analize stanja in potreb,
- izdelava Analize stanja in potreb na področju vlaganja v zdravje in razvoj,
- priprava nabora podatkov in indikatorjev, ki jih naj vsebujejo predlagane rešitve ali projektne/akcijske predloge delovnih skupin,
- združevanje in povezovanje projektnih predlogov v smiselne celote za vključitev v RRP 2014–2022.
- priprava končnega Regijskega akcijskega načrta na področju ključnih determinant zdravja, ki naj bo prenosljiv v RRP,
- predstavitev Regijskega akcijskega načrta in predstavitev na seji Sveta regije (predsednik/-ca),
- umestitev projektov v RRP Pomurje 2014–2020.

Od načrtovanja do izvajanja: strategija, akcija in rezultati

Strateški načrt zdravja skupnosti

Načrtovanje pomeni opredelitev zaporedja aktivnosti za doseg določenega cilja in vključuje pripravo ter uresničevanje načrta. Če načrtujemo učinkovito, lahko skrajšamo čas in zmanjšamo potreben trud za doseg cilja. **Načrt je neke vrste zemljevid.** Ko sledimo načrtu, ves čas vidimo, koliko smo napredovali v smeri cilja in kako daleč smo še od načrtovanih izidov. Za sprejemanje dobrih odločitev je namreč ključno, da vemo, kje smo in v katero smer gremo. Načrtovanje je pomembno tudi zaradi razporejanja virov. Precej lažje je namreč samo prilagoditi načrt, da se izognemo težavam, kot pa se soočati s krizo, ki pride nepričakovano.

Strateški načrt je oblikovan po logiki in strukturi procesa strateškega načrtovanja. Logika tega procesa nas pelje **od široko zastavljene vizije do ciljev, ukrepov in aktivnosti, ki jih zapišemo v akcijskem načrtu.** Strateški načrt praviloma oblikujemo **za daljše obdobje**, na primer za **10 let.**

Strateško načrtovanje je proces, ki članom skupnosti pomaga **preoblikovati pričakovanja, znanje in težave v ukrepanje.** Priprava strateškega načrta zahteva vire in predano vodenje. Preden se lotimo priprave strateškega načrta, moramo vedeti, ali imamo vse, kar je potrebno za njegovo pripravo in izvedbo. Začeti proces in ga ne dokončati lahko skupnosti škoduje in oslabi zavezanost članov skupnosti.

Strateško načrtovanje v skupnosti je **koristno iz več razlogov**, med drugim tudi zaradi **povezovanja skupnosti in doseganja skupnih rešitev**. Zato naj bo načrt in proces načrtovanja celosten, vključujoč, dosegljiv, primeren, temelječ na rezultatih, izhajajoč iz skupnosti in razumljiv.

Strateško načrtovanje skupnosti ima za vse partnerje in za skupnost kot celoto **več prednosti** (Frank, 1999):

- ustvarja **dolgoročne okvirje** za odločanje in ukrepanje;
- zagotavlja **celovit in obširen pristop k razvoju** skupnosti;
- **povečuje zmožnost skupnosti**, da sprejema **informirane odločitve** o svojem razvoju;
- zagotavlja dragocen vir za **komuniciranje vizije, ciljev in ukrepov** posameznikom znotraj in zunaj skupnosti;
- identificira **cilje in ukrepe**, ki jih je mogoče **meriti** in
- **integriira mnenja** različnih članov skupnosti.

Za učinkovito delo LSKZ je pomemben korak **dogovor o skupnem delu partnerjev**. Pomembno je, da partnerji skupaj načrtujemo delo in pripravimo svoj **strateški načrt zdravja skupnosti** in iz njega izpeljan **akcijski načrt**. Strateški načrt je dokument, ki ga **oblikujemo člani LSKZ z vključevanjem celotne skupnosti in vsebuje sledeče** (Frank, 1999):

- **kje smo sedaj** – prednosti, slabosti in viri skupnosti;
- **kam želimo priti** – predvidena prihodnost za skupnost;
- **splošno smer**, v kateri bomo delovali, da bi premostili vrzel med sedanostjo in prihodnostjo;
- **ukrepe znotraj splošno določene smeri**, ki so potrebni za zapolnitev te vrzeli;
- **težave glede virov in zmogljivosti**, s katerimi se moramo soočiti;
- **kako bomo vedeli, da smo bili uspešni**.

Proces strateškega načrtovanja v skupnosti ni linearen ali statičen, ampak **živ in dinamičen** in vključuje sledečih **sedem korakov** (Frank, 1999):

1. Oblikovanje vizije skupnosti.
2. Ocena potreb skupnosti.
3. Opredelitev ciljev.
4. Opredelitev ukrepov.
5. Priprava akcijskega načrta.
6. Izvajanje akcijskega načrta.
7. Evalvacija strateškega načrta.

Oblikovanje vizije

Prvi korak strateškega načrtovanja je **oblikovanje vizije skupnosti**. Vizija skupnosti predstavlja **idealno prihodnost skupnosti**, kaj si skupnost želi in kaj ceni. Vizija mora biti izziv za skupnost, a kljub temu dosegljiva. LSKZ naj v proces oblikovanja vizije **vkluči čim več članov skupnosti**, saj bo skupna vizija **krepiła podporo in trajni interes v skupnosti**. Za vključitev skupnosti v oblikovanje vizije lahko uporabimo metode skupnostnega raziskovanja, ki je podrobneje opisano v naslednjem podpoglavju. Ni pa to nujno; vizija je namreč bolj splošna in obsega le najpomembnejše zaželene trende (na primer spodbuditi priseljevanje v skupnostih, kjer se poseljenost zmanjšuje; ali zagotoviti ustrezno zdravstveno oskrbo za starajočo se populacijo in podobno).

Skupnostno raziskovanje za oceno potreb, zmogljivosti in virov na področju zdravja

Naslednji korak strateškega načrtovanja je **izvedba ocene potreb**. Tudi v tem koraku naj LSKZ v proces **vkluči čim več članov skupnosti**.

Ocena potreb po modelu skupnostnega pristopa: principi in izhodišča

Pojem potreb je v kontekstu javnega zdravja skladen z bio-psiho-socialnim razumevanjem zdravja, ki slednje umešča na presečišče ekologije, družbe in biologije posameznika (Fitzgibbon, Kong in Tussing-Humphreys 2014). Tu se osredotočamo predvsem na potrebe, ki jih čuti in izraža lokalna skupnost.

Ocena potreb je pogosto definirana kot proces, v katerem se:

- **opiše zdravstveno stanje** lokalne skupnosti,
- **identificira glavne dejavnike, ki vplivajo na zdravje** in
- **določi načine za njihovo naslavljanje**.

Izvedba ocene potreb z vidika skupnostnega pristopa temelji na **aktivnem vključevanju predstavnikov skupnosti** (WHO 2001). Raznolikost vidikov, ki jih s tem pridobimo, prispeva k večplastnemu razumevanju izzivov v lokalnem okolju ter celovitejšemu snovanju preventivnih dejavnosti za zdravje.

Podpoglavje vključuje korake za pripravo in izvedbo ocene potreb po modelu skupnostnega pristopa, z vsebinskim poudarkom na neenakosti in ranljivosti v odnosu do zdravja.

Skupnostno raziskovanje kot pot do ocene potreb

Skupnostno raziskovanje je pristop (strategija oziroma organizacija raziskovanja), ki se vse bolj uveljavlja na številnih področjih, svoje mesto pa je našel tudi v javnem zdravju. Tovrstno obliko raziskovanja razumemo kot nadpomenko za kopico metod, ki so osnovane na soudeležbi skupnosti. V ZDA se je uveljavil izraz »community-based participatory research«; »action research« v Veliki Britaniji in na Novi Zelandiji; »community-based research« v Kanadi; razširjeni pa so še njim sorodni pristopi, kot so »participatory action research«, »mutual inquiry«, »community-partnered participatory research«, »feminist participatory research« in podobno (Israel idr. 2005). Temelji na krepitvi že obstoječih (bolj ali manj formaliziranih) odnosov, **skupnost pa je vključena** v celoten proces: raziskovanje, načrtovanje in implementacijo aktivnosti ter evalvacijo izvedenih sprememb. Skupnostno raziskovanje ni namenjeno zgolj razumevanju pojavov (*knowledge for understanding*), temveč ima pridobljeno znanje vselej svoj praktičen namen (*knowledge for action*) (Cornwall & Jawkes 1995). Prednost tovrstnega pristopa je v bolj poglobljeni in celoviti analizi stanja, vendar pa je njegov nemara ključen doprinos v ustvarjanju ali krepitvi novih mehanizmov sodelovanja v lokalni skupnosti.

Prednosti ocene potreb s soudeležbo skupnosti (Israel idr. 1998; 2005):

- Zdravstvene storitve so bolj prilagojene potrebam skupnosti.
- Lokalni deležniki lahko podajo svoje predloge o načinih naslavljanja potreb skupnosti.
- Obravnavani so raznoteri vidiki, ki so pomembni za skupnost in ki imajo (ne)posreden učinek na zdravje.
- S soudeležbo se krepi moč udeležencev.
- Poveča se kakovost raziskav in legitimnost implementacije sprememb.
- Prepozna in uporabi se znanje skupnosti.
- Vloga raziskovalcev temelji na načelih samorefleksije, angažiranosti in samokritike, pri čemer se presega umevanje znanosti kot nevtralnega pojma.
- Družbeno marginalizirane skupine prebivalstva so aktivno vključene v proces raziskovanja. Pri proučevanju vpliva marginalizacije se slednjo poskuša zmanjšati in odpraviti.

Slabosti ocene potreb s soudeležbo skupnosti (Israel idr. 1998; 2005):

- Skupnost ima lahko pričakovanja, ki so težje uresničljiva.
- Usklajevanje je lahko oteženo zaradi razlik v mnenjih in pogledih.
- Proces je lahko dolgotrajen.
- Lokalni interesi nujno ne odsevajo prioritete stroke.

V pomoč pri premagovanju teh težav so (Israel idr. 1998):

- Skupna pravila delovanja in norme.
- Identifikacija skupnih ciljev.

- Demokratično vodenje procesa.
- Prisotnost organizatorja v skupnosti, ki organizira delo skupnosti na projektu.
- Vključenost podpornega osebja.
- Predhodna zgodovina pozitivnih delovnih odnosov.

Skupnostno raziskovanje je način, ki preko raziskovalnega procesa **krepi lokalno skupnost**, zato ga razumemo kot **pomemben gradnik skupnostnega pristopa k zdravju** (Minkler in Wallerstein 2008). Izvedba ocene potreb, ki temelji na soudeležbi skupnosti predvideva več korakov, predstavljenih v nadaljevanju.

Koraki skupnostnega raziskovanja

- **Identifikacija in vzpostavljanje odnosa s ključnimi lokalnimi deležniki.** V lokalnem okolju sprva sestavimo nabor potencialnih ključnih deležnikov za sodelovanje. Pri tem se opiramo na posameznike in ustanove, ki poleg predstavnikov zdravstvenega sistema naslavlja področje našega zanimanja. Pri tem so nam lahko v pomoč metoda snežne kepe (način vzorčenja ključnih sogovornikov/virov informacij na podlagi priporočil že obstoječih udeležencev/izhodičnih referenc v raziskavi), organizacija demokratičnih forumov, javnih dogodkov, uporaba lokalnih medijev in podobno.
- **Definiranje skupnosti.** Za pripravo ocene potreb je potrebno določiti domet raziskave in identificirati ciljno populacijo. S predhodno analizo sekundarnih virov (glej Tabela 6) med drugim pridobivamo osnovne demografske in zdravstvene podatke o lokalni skupnosti. Pri ugotavljanju **neenakosti v skupnosti** so nam lahko v pomoč naslednja vprašanja:
 - Kdo in zakaj je v skupnosti deprivilegiran?
 - Kako se slednje izraža znotraj zdravstvenega sistema?
 - Kdo naslavlja ranljivost in katere vidike?

Pri definiranju skupnosti je potrebno vključevati deležnike, ki prihajajo iz skupnosti (WHO 2001).

- **Zbiranje in analiza podatkov.** Oblikovanje raziskovalnega vprašanja poteka v skladu s soudeležbo lokalnih deležnikov pri raziskavi. Ti se v raziskovanje vključujejo bolj ali manj aktivno – sami prevzamejo raziskovalno vlogo ali pa sodelujejo pri posredovanju informacij. Pri soudeležbi različnih deležnikov je potrebno vedeti, kdo si želi in zmore prevzeti določene naloge. Glede na potrebe se lahko izvedejo delavnice (igra vlog pri izvedbi intervjujev, delavnice vodenja zapiskov in podobno), ki udeležence pripravijo na njihovo morebitno raziskovalno delo (McQuiston idr. 2005).

Pri zbiranju podatkov se opiramo na primarne in sekundarne vire. Za poglobljeno razumevanje obravnavane tematike si pomagamo s **kombinacijo različnih metod** – fokusne skupine, intervjuji, vprašalniki, opazovanje z udeležbo in podobno (Tabela 6). S tem so podatki verodostojnejši.

- **Izmenjava preliminarnih izsledkov.** Zaradi skupnostne naravnosti raziskovanja se v procesu zbiranja podatkov gradi *Lokalna skupina za krepitev zdravja*. Pri zagotavljanju njenega kontinuiranega dela je že v fazi raziskave pomembna sprotne izmenjava rezultatov in predstavitev preliminarnih izsledkov. S sprotne komunikacijo pridobivamo povratne informacije o ustreznosti rezultatov, ob tem pa krepimo občutek kontinuiranega vključevanja deležnikov v celoten proces raziskave (McQuiston idr. 2005).

Kam s pridobljenim znanjem?

Ocena potreb je **izhodiščni korak za oblikovanje in razvoj ciljev, ukrepov in aktivnosti**, ki na ravni skupnosti krepijo zdravje in zmanjšujejo neenakosti v zdravju. Pod koordinacijo LSKZ predvidene aktivnosti vključujejo načrtovanje in implementacijo akcijskega načrta ter oblikovanje mehanizmov vrednotenja oziroma evalvacije sprememb, ki prispevajo k refleksiji in morebitnim prilagoditvam aktivnosti (WHO 2001).

Skupnostno raziskovanje ne predvideva, da se **predstavniki skupnosti** vključujejo zgolj v fazi priprave ocene potreb, temveč njihovo sodelovanje razume kot poglavitni del celotnega procesa raziskovanja ter priprave in implementacije sprememb. Le na ta način skupnost raziskovanje in snovanje možnih sprememb dojema kot zanjo relevanten proces, ob čemer se krepi tako moč in vloga njenih članov, kakor tudi odnosi med različnimi ustanovami, ki prispevajo k zdravju in dobrobiti človeka.

Tabela 5: Opis metod skupnostnega raziskovanja

Metoda	Opis	Kdaj uporabiti	Prednosti	Slabosti	Kaj potrebujemo?
Fokusna skupina	Voden pogovor o določeni tematiki v skupini 6 – 12 udeležencev.	Ko želimo s skupino raziskovati neko novo temo; izvedeti odgovore na »kako in zakaj«; ugotavljati razlike med razumevanjem tematike znotraj skupine; kot predpriprava za oblikovanje vprašalnika.	<p>Skupinski pogovor.</p> <p>Udeleženci se lahko dopolnjujejo z informacijami.</p> <p>Hitrejši kot vprašalniki.</p> <p>Lahko so cenejše od drugih metod.</p> <p>Lahko dosežejo več ljudi kot individualni intervjuji.</p> <p>Vpogled v raznolikost mnenj in izkušenj.</p> <p>Udeležba je lahko za prisotne zelo pomenska, pozitivna in uporabna.</p>	<p>Manjša skupina ali posameznik lahko dominira pogovor.</p> <p>Možnost, da nekatera mnenja ostanejo neslišana.</p> <p>Uspešnost skupine je odvisna od skupinske dinamike.</p> <p>Pridobljene informacije nujno ne reprezentirajo širše skupine.</p> <p>Skupine delujejo zgolj ob manjšem številu udeležencev.</p>	<p>Usposobljenega moderatorja.</p> <p>Snemalec zvoka.</p> <p>Tolmača (po potrebi).</p> <p>Primeren prostor.</p> <p>Kavo/čaj, prigrizke (po potrebi)</p> <p>Osebo za analizo rezultatov.</p>
Anketni vprašalnik	Individualni način zbiranja podatkov o določeni skupini. Vprašalniki so lahko pisni, ustni ali telefonski.	Ko želimo zbrati informacije velikega števila ljudi; dobiti bolj numerične rezultate; spremljati spremembe skozi čas.	<p>Dosežejo več ljudi.</p> <p>Vprašanja lahko spodbujajo zelo usmerjene ali pa odprte odgovore.</p> <p>Nudijo vpogled v notranjo</p>	<p>Nepoglobljeni rezultati.</p> <p>Udeleženci med seboj ne morejo izmenjevati informacij.</p> <p>Omejenost na specifična</p>	<p>Usposobljene izpraševalce, supervizorje.</p> <p>Osebo, ki določi shemo vzorčenja.</p> <p>Osebo za vnos podatkov.</p>

			povezanost indikatorjev.	vprašanja. Možnost nedostopanja do ljudi, ki so težko dostopni (ne govorijo jezika vprašalnika; nimajo telefona; ne želijo odgovoriti, ipd.). Telefonski in pisni vprašalniki imajo lahko skromen odziv.	Osebo za analizo rezultatov. Za telefonske vprašalnike: dostop do telefonskih števil.
Poglobljen intervju	<p>Formalni ali neformalni pogovor s posameznikom z namenom globljega vpogleda v določeno tematiko.</p> <p>Po obliki poznamo strukturiran (v naprej definirana vprašanja), polstrukturiran (vprašanja so okvirno zastavljena) in nestrukturiran (teme so okvirno zastavljene) intervju.</p>	Ko želimo dobiti poglobljene informacije ključnih deležnikov, ki predstavljajo specifično (poklicno, družbeno, interesno ipd.) skupino ljudi oziroma skupnost.	<p>Globlji uvid v tematiko.</p> <p>Vprašanja so prilagojena sogovorniku.</p> <p>Vpogled v perspektivo posameznika.</p> <p>Možnost zastavljanja vprašanj, na katere ljudje neradi odgovarjajo v skupini.</p> <p>Lahko so opravljeni v sogovorniku domačem okolju.</p>	<p>Neprimerni za veliko število ljudi, za zbiranje numeričnih ter notranje koherentnih rezultatov.</p> <p>Izstopajo lahko zgolj tematike, ki so pomembne sogovorniku.</p>	<p>Usposobljene raziskovalce.</p> <p>Snemalnik zvoka.</p> <p>Beležko in pisalo .</p> <p>Osebo za transkripcijo.</p> <p>Osebo za analizo rezultatov.</p> <p>Primeren prostor.</p>
Opazovanje z udeležbo	Raziskovanje temelji na prisotnosti raziskovalca med tistimi, ki jih preučuje oziroma so ti del	Ko želimo dobiti vpogled v prakse, ki tvorijo specifičen pojav.	Vednost ne sloni izključno na pripovedih sogovornikov. Izkušnja raziskovalca je	Možnost časovne neučinkovitosti. Kratkoročno so rezultati nepredvidljivi. Neprimerno	<p>Usposobljen raziskovalec.</p> <p>Beležka in pisalo.</p> <p>Sposobnost opazovanja, z</p>

	raziskovanega pojava.		prvoosebna. Vzpostavitev osebnega odnosa, kar olajša in krepi skupnostni pristop.	za analizo obsežnega vzorca/pojava ter pridobivanje numeričnih rezultatov.	občutkom za podrobnosti.
Analiza sekundarnih virov	Identifikacija, pregled in obdelava statističnih podatkov, strateških dokumentov, raziskav, medijskih zapisov, zakonskih aktov ipd.	Ko želimo preveriti obstoječe podatke v zvezi z izbrano temo, dobiti širši vpogled v stanje določenega pojava in/ali uokviriti naše ugotovitve.	Pridobljene podatke se umesti v širši kontekst in lažje opredeli izhodiščne probleme.	Uporaba virov je lahko arbitrarna in podatki, na katere se nanašamo, nekonsistentni. Možnost neobstoja za nas relevantnih podatkov/analiz.	Poznavanje in dostop do virov informacij (internet, arhivi, baze podatkov). Sposobnost sinteze in analitičnega mišljenja.

Prirejeno po: Mizoguchi, Luluquisen, Witt, in Maker (ur.) (2004), Bernard (1994), Minkler, Wallerstein (ur.) (2008)

Oprelitev ciljev in ukrepov strategije ter njihova konkretizacija v akcijskem načrtu

Načrtovanje **ciljev in ukrepov** ni lahka naloga. **Ocena potreb** bo lahko pokazala, da v skupnosti obstaja **veliko potreb**, ki jih je potrebno zadovoljiti. Zato bo potrebno najti pravo **ravnovesje med potrebami in viri**, ki jih ima skupnost na voljo. Ni smiselno, da si skupnost zastavi preveč ambiciozne cilje in ukrepe, ki jih ne bomo mogli uresničiti. Bolj smiselno je, da **si zastavimo dosegljive cilje in ukrepe**, ki jih bomo uresničili v predvidenih rokih, uspeh pa nam bo dal zagon za nadaljevanje dela. Strateško načrtovanje in izvajanje načrta je namreč **trajen proces**, ki omogoča razvoj skupnosti, krepitev zmogljivosti skupnosti in nas vodi proti naši viziji.

Člani LSKZ **na osnovi ocene potreb opredelimo cilje**, ki nas vodijo v smeri naše vizije. S cilji postavimo **splošno smer**, v kateri bomo delovali, da bi premostili vrzel med sedanjim in želenim stanjem. **Cilji so spremembe, ki jih želimo doseči**. Opredeljeni naj bodo po **metodi S.M.A.R.T.** (specific, measurable, achievable, relevant, time bound), Vsak cilj naj bo:

1. **Specifičen**, kar pomeni, da ga opredelimo čim bolj natančno in jasno. Bolj verjetno je namreč, da bomo dosegli cilj, ki je natančno opredeljen kot cilj, ki je zelo splošen. Pri opredeljevanju specifičnih ciljev si lahko pomagamo s sledečimi vprašanji:
 - Kaj želimo doseči?
 - Kdo bo vključen?
 - Kje želimo to doseči?
 - Do kdaj želimo to doseči?
 - Zakaj želimo to doseči?
2. **Merljiv**, kar pomeni, da cilj določimo tako, da ga lahko izmerimo. Pri določanju merljivega cilja, se vprašamo »Kako bomo vedeli, da smo cilj dosegli?«. Za vsak cilj določimo kazalnik/-e, s katerimi bomo izmerili doseganje cilja. Če cilje merimo, lahko natančno določimo, v kolikšni meri smo jih dosegli. Če ciljev nismo dosegli, pa lahko najdemo vzroke za neuspeh.
3. **Dosegljiv**, kar pomeni, da je naš cilj realno dosegljiv z viri, ki jih imamo na voljo. Kljub vsemu pa je pomembno tudi, da je cilj dovolj zahteven, da nas bo motiviral.
4. **Ustrezen**, kar pomeni, da vsak cilj ustreza našim vrednotam in usmeritvam. Če si bomo na primer zastavili cilje, ki so med seboj nasprotujoči, jih ne bomo mogli doseči.
5. **Časovno opredeljen**, kar pomeni, da določimo rok, do kdaj mora biti cilj dosežen. Časovni rok ne sme biti, niti predolg, niti prekratek, ampak v skladu s pogoji, ki so potrebni za doseg določenega cilja.

Naslednji korak je opredelitev ukrepov. Z ukrepi natančno opredelimo, kako bomo dosegli cilje. Ukrepi so **načini, kako bomo dosegli spremembo**, ki smo si jo zastavili s cilji. **Rezultati ukrepov** so lahko vezani na:

- povečanje razpoložljivosti storitev,
- povečanje dostopnosti storitev,
- ustvarjanje povpraševanja po storitvah,
- izboljšanje kakovosti storitev,
- povečanje informacij in znanj.

Praviloma je za doseg enega cilja potrebno več ukrepov. Tudi ukrepi naj bodo opredeljeni po **metodi S.M.A.R.T.** – specifičen, merljiv, dosegljiv, ustrezen, časovno opredeljen.

Primer cilja in ukrepov

Cilj 1:

V 5 letih za 5 % zmanjšati umrljivost zaradi prometnih nesreč, ki so posledica vpliva alkohola med najstniki.

Ukrep 1:

V 2 letih bomo v vseh šolah v občini izvedli aktivnosti, ki bodo omogočile povečanje znanj in veščin staršev najstnikov.

Ukrep 2:

V 2 letih bomo v vseh šolah v občini zagotovili možnost, da se starši najstnikov udeležijo srečanj podpornih skupin.

Priprava in izvajanje akcijskega načrta

Akcijski načrt nam pomaga vizijo spremeniti v realnost. Oblikujemo ga **za krajše obdobje**, vendar praviloma **najmanj za 2 leti**. Z akcijskim načrtom opišemo pot, po kateri bomo izvedli ukrepe. Z njim **natančno opredelimo, kako in kdaj bomo izvedli posamezne aktivnosti**, potrebne za izvedbo ukrepa. Vsaka aktivnost zapisana v akcijskem načrtu naj bi vključevala sledeče informacije (Community Tool Box):

- Kakšna aktivnost oziroma sprememba se bo zgodila?
- Kdo bo izvedel to aktivnost?
- Kdaj se bo aktivnost zgodila in koliko časa bo trajala?
- Kateri viri (denar, ljudje ...) so potrebni za izvedbo aktivnosti?
- Komunikacija (kdo mora kaj vedeti)?

Obstaja precej **razlogov, zakaj naj bi opredelili konkretne aktivnosti v akcijskem načrtu**, med drugim (povzeto po: Community Tool Box):

- s tem dokažemo, da mislimo resno, da smo dobro organizirani in predani svojemu delu;
- pomaga nam, da česa ne spregledamo;
- lažje razumemo kaj lahko uresničimo in česa ne moremo;
- smo bolj učinkoviti: dolgoročno prihranimo čas, energijo in druge vire;
- smo bolj odgovorni: poveča se možnost, da bo vsak naredil tisto, kar je potrebno narediti.

Akcijski načrt oblikujemo **na osnovi ciljev in ukrepov, zapisanih v strateškem načrtu**. Zelo pomembno je, da pri pripravi akcijskega načrta **sodelujemo vse institucije in organizacije, ki bomo izvajale aktivnosti v skupnosti**. Vanj **zapišemo tudi vse aktivnosti, ki se že sedaj izvajajo v skupnosti** in so pokazale dobre rezultate.

V akcijskem načrtu opredelimo:

- cilj, na katerega se navezujejo ukrepi,
- ukrepe, na katere se navezujejo aktivnosti,
- aktivnosti, potrebne za izvedbo ukrepa,
- pričakovane izdelke aktivnosti,
- organizacijo/e, odgovorno/e za izvedbo aktivnosti,
- vire, potrebne za izvedbo aktivnosti,
- rok za izvedbo aktivnosti.

Najbolj pregledno je, če za vsak cilj pripravimo posebno tabelo, v kateri opredelimo vse, kar potrebujemo za izvajanje aktivnosti. Vse tabele skupaj pa predstavljajo naš akcijski načrt.

Primer akcijskega načrta

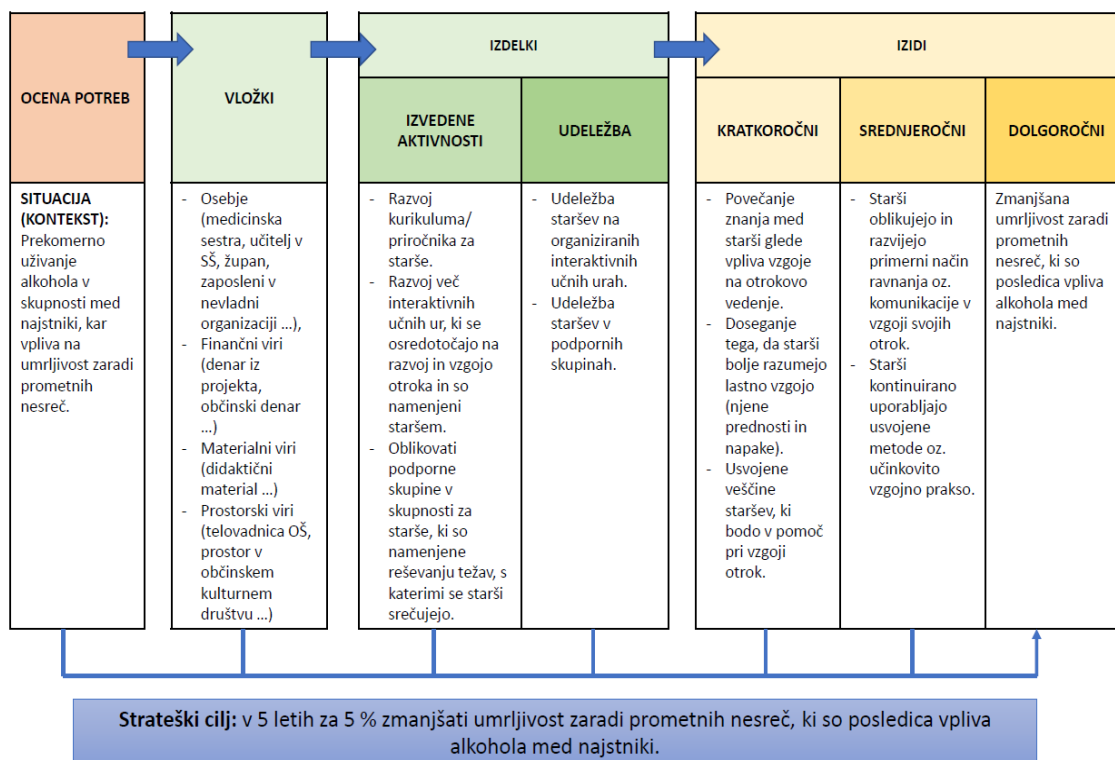
Cilj 1: V 5 letih za 5 % zmanjšati umrljivost zaradi prometnih nesreč, ki so posledica vpliva alkohola med najstniki.					
Ukrepi	Aktivnosti	Pričakovani izdelki	Odgovorna institucija	Potrebni viri	Rok za izvedbo
Ukrep 1: V 2 letih bomo v vseh šolah v občini izvedli aktivnosti, ki bodo omogočile povečanje znanj in veščin staršev najstnikov.	Razvoj priročnika za starše	Priročnik	Šola, NVO	Javni razpis občine	30. 6. 2018
	Razvoj in izvajanje interaktivnih ur, ki se osredotočajo na razvoj in vzgojo otroka, namenjenih staršem	Razvite interaktivne ure za starše Udeležba staršev na interaktivnih urah	Šola, NVO	Javni razpis občine	30. 9. 2018 1. 10. 2018 – 1. 10. 2020
Ukrep 2: V 2 letih bomo v vseh šolah v občini zagotovili možnost, da se starši najstnikov udeležijo srečanj podpornih skupin.	Oblikovanje podpornih skupin v skupnosti za starše	Udeležba staršev v podpornih skupinah	Šola, NVO	Javni razpis občine	1. 10. 2018 – 1. 10. 2020

Ko zaključimo s pripravo akcijskega načrta, **pripravimo tiskane kopije, označimo naloge po izvajalcih** in jim ga razdelimo ter jih ob tem **zaposimo še za natančen pregled**, da se prepričamo, da nismo slučajno česa pozabili. **Od tu naprej pa nas čaka izvajanje dogovorjenih aktivnosti.**

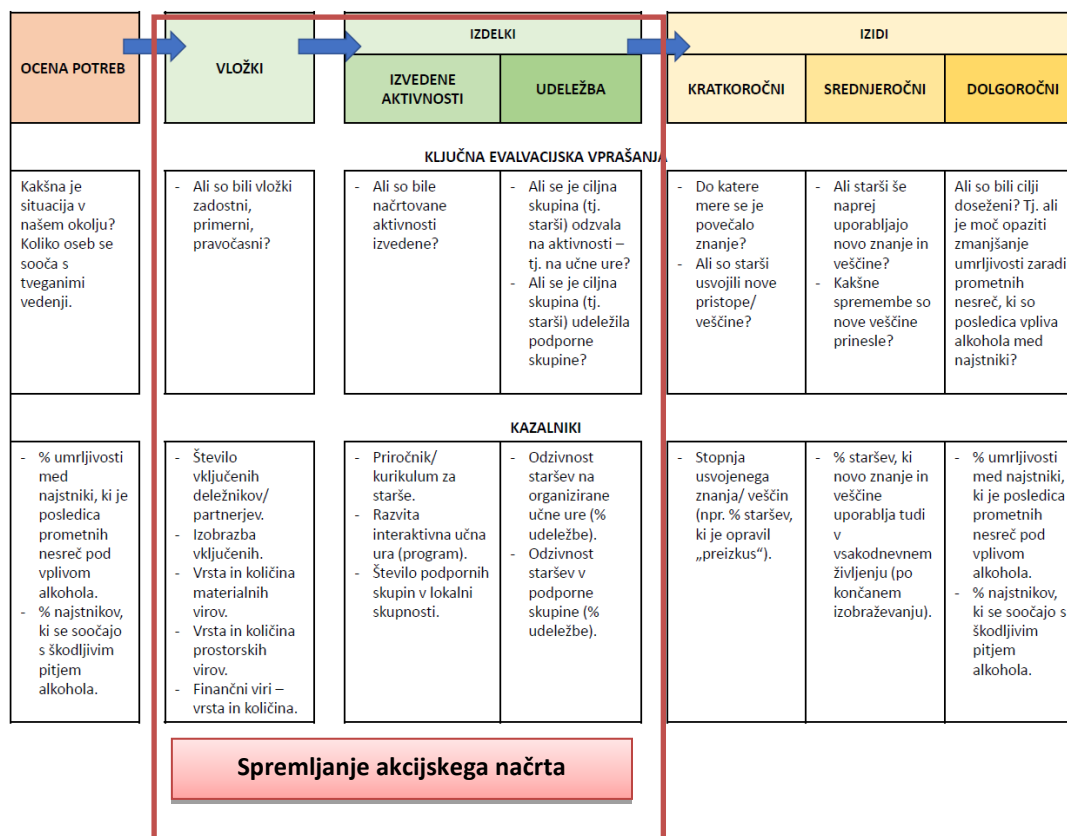
Ena izmed zelo pomembnih nalog izvajanja akcijskega načrta je **spremljanje izvajanja aktivnosti**. Člani LSKZ se že med pripravo akcijskega načrta **dogovorimo, na kakšen način bomo spremljali izvajanje aktivnosti**. V okviru spremljanja akcijskega načrta **opazujemo izdelke**, to je dosežene aktivnosti in udeležbo. Pomembno je, da v začetku natančno **opredelimo vložke** - kadrovske, finančne, prostorske, materialne, nato pa se **spremljanja akcijskega načrta lotimo sistematično** (Zint; Fraser Health 2009; SACHRU; Arnold 2002).

Že ob samem načrtovanju akcijskega načrta naj bi **določili evalvacijska vprašanja in določili merljive kazalnike, s pomočjo katerih bomo odgovorili na naša vprašanja** (Zint; Fraser Health 2009; SACHRU; Arnold 2002).

Slika 6: Primer načrtovanja "spremembe", ki jo želimo videti (vir: Zint; Fraser Health 2009; SACHRU; Arnold 2002).



Slika 7: Evalvacijska vprašanja in merljivi kazalniki (Zint; Fraser Health 2009; SACHRU; Arnold 2002).



Evalvacija strateškega načrta

Evalvacija je **vrednotenje poteka in rezultatov**, ki nam pomaga ugotoviti, ali se premikamo proti ciljem in viziji. Pomembno je, da že vnaprej in med ukrepanjem razmišljamo o tem, kako bo videti uspeh in kakšne rezultate želimo doseči.

Osnovni namen evalvacije ni zgolj dokazati, da je bila načrtovana strategija uspešna, temveč jo z vpeljavo izboljšav (tekom in ob koncu izvajanja strateškega načrta) tudi izpopolniti. S tega vidika je pomembno, da evalvacije ne jemljemo le kot eno izmed aktivnosti našega dela, ki jo opravimo, ker je to potrebno, ampak je treba **evalvacijo razumeti kot orodje**, s pomočjo katerega lahko **spoznavamo ustrezne načine**, s pomočjo katerih bomo lahko **dosegli dolgoročne cilje** (Petersen 1998; Rode in dr. 2006; WHO 2013). Pri tem se moramo zavedati, da **evalvacija ni zadnji korak našega dela** oziroma nekaj, s čimer se ukvarjamo na koncu, ampak se začne že z oblikovanjem skupine (kjer se razdeli vloge in naloge posameznih partnerjev), z oceno potreb oziroma s pripravo strateškega načrta.

V okviru evalvacije je pomembno, da **dobro definiramo naše vloške** (kadrovske, finančne, materialne, prostorske) in spremljamo uspešnost doseganja **izdelkov** (to je dosežene aktivnosti in udeležbo skozi izbrane aktivnosti akcijskega načrta). Ta del imenujemo tudi **procesna evalvacija**, katere namen je odgovoriti na vprašanje, **kako dobro naše delo odraža svoj osnovni namen**. S **procesnim spremljanjem** ugotavljamo kakovost postopkov našega dela, izvedenih aktivnosti in informacijo o številu vključenih v program, številu in vrsti storitev, kakovosti storitev.

Običajno se v okviru procesnega spremljanja uporablja **kvalitativne metode raziskovanja** (fokusne skupine, strukturirani intervjuji in podobno). Kvantitativne metode raziskovanja (anketni vprašalniki) so prav tako uporabne, vendar v manjši meri (opis kvantitavnih in kvalitativnih raziskovalnih metod je prikazan v Tabeli 6). **Cilj procesne evalvacije** je, da postopke našega dela **prilagodimo in izboljšamo**, če ugotovimo, da nas ne vodijo k želenemu cilju. V veliko pomoč pri ugotavljanju, kako dobro delamo, so nam **že v fazi načrtovanja** s skupino vseh partnerjev oblikovana **ključna evalvacijska vprašanja**, na katera bomo odgovorili s pomočjo izbranih kazalnikov (in posledično zbranih podatkov, ki jih bomo dobili s pomočjo evalvacijskih metod, na primer z anketnimi vprašalniki, fokusnimi skupinami in podobno).

Zaželeno je, da že v fazi izvajanja akcijskega načrta, to je **ko se iztečejo aktivnosti, ki smo jih z akcijskim načrtom izvedli**, **napravi analiza podatkov, interpretacija podatkov in se oblikuje poročilo**, s katerim povzamemo naše dosežke, izpostavimo izzive in po potrebi preoblikujemo nadaljnje ukrepe za doseg ciljev.

Izdelki (izvedene aktivnosti in udeležba) pa seveda še ne predstavljajo **rezultatov/izidov**, to je tisto, kar nas pravzaprav najbolj zanima – **ali so bili cilji, ki smo si jih zastavili v strateškem načrtu, doseženi**. Rezultati/izidi se vežejo na vplive in učinke našega dela, ki so vidni na dolgi rok (vsaj 5 let po končanih aktivnostih).

Grob vpogled v vplive in **učinke našega dela** sicer lahko predstavljajo populacijski podatki (SURS, NIJZ raziskave). Zavedati pa se moramo, da natančno ne bomo mogli vedeti, kakšen doprinos je naše delo dejansko imelo, saj na spremembe v populaciji vpliva tudi vrsta drugih dejavnikov iz okolja (drugi projekti), ki jih nimamo pod našo kontrolo (Zint; Fraser Health 2009; SACHRU; Arnold 2002).

V razmislek

Identificirajte izzive vzpostavljanja partnerstva v vaši skupnosti.

Katere partnerje bi v vaši skupnosti želeli povabiti v lokalno skupino za krepitev zdravja?

Kako bo ustanovitev lokalne skupine za krepitev zdravja doprinesla k zagotavljanju pogojev za zdravje v vaši skupnosti?

Katere načine bi v vaši skupnosti uporabili za vključitev prebivalcev v pripravo strateškega načrta?

Kako bi vi opredelili vizijo vaše skupnosti?

Predstavite prednosti in slabosti priprave ocene potreb s soudeležbo skupnosti.

Na kakšen način vključujemo skupnost oziroma njene predstavnike v pripravo Ocene potreb?

Zamislite si, da želite razumeti ovire v dostopu do zdravstvene oskrbe migrantskih žensk, ki slabše govorijo slovenski jezik. Ko želite pridobiti statistične podatke v lokalnem zdravstvenem domu, ugotovite, da ti ne obstajajo. Katere izmed predstavljenih metod bi uporabili, da bi razumeli ovire in potrebe omenjene populacije?

Koga boste v vaši skupnosti vključili v pripravo akcijskega načrta?

Kaj boste opredelili v vašem akcijskem načrtu?

Ali je komuniciranje lokalne skupine za zdravje o skupnem strateškem in akcijskem načrtu pomembno za pripadnike skupnosti?

Kaj je osnovni namen evalvacije? Kdaj oblikujemo ključna evalvacijska vprašanja?

Kdaj naredimo analizo in interpretacijo podatkov in pripravimo poročilo?

LITERATURA IN VIRI

1. Arnold ME. (2002). Be "Logical" About Program Evaluation: Begin with Learning Assessment. *Journal of Extension*, June 2002, Volume 40, Number 3. Dostopno na: <https://joe.org/joe/2002june/a4.php> [28. 9. 2017].
2. Bernard, R. (1994). *Research Methods in Anthropology: Qualitative and Quantitative Approaches*. New York: Altamira Press.
3. Brovč J., K., Markočić, T., I., Mesarič, E., Peternel, L., Rupnik, K. (2015). Učinkovito povezovanje strokovnjakov javnega zdravja z ne-zdravstvenimi deležniki – občine. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. (Neobjavljeno gradivo).
4. Community Tool Box (2017). Dostopno na: <http://ctb.ku.edu/en/table-of-contents/structure/strategic-planning/develop-action-plans/main> [14. 10. 2017].
5. Cornwall A. & Jewkes R. (1995). 'What is participatory research?' *Social Science & Medicine* 41(12):1667–1676.
6. CZR (2012). Organizacijska struktura RAS Mura.
7. Duidy, S Ph.D. What is planning and why you need to plan. Dostopno na: <http://www.time-management-guide.com/planning.html> [10. 8. 2017]
8. Frank, F., Smith, A. (1999). *The Community Development Handbook. A Tool to build Community Capacity*. Minister of Public Works and Government Services Canada. Dostopno na: <http://publications.gc.ca/site/eng/245322/publication.html> [27. 7. 2017].
9. European Union. European regional Development Fund. Urban Driving Change for Better Cities. (2016). Rotterdam. Dostopno na: http://urbact.eu/sites/default/files/evaluation_guide_usu_final.pdf [25. 10. 2017].
10. Fitzgibbon, M. L., Kong, A., Tussing Humphreys, L. (2014). 'Understanding Population Health From Multi-Level and Community-Based Models.' V: Riekert, Kristin A., Ockene, Judith K. & Pbert, Lori (ur.), *The Handbook of Health Behavior Change* (Fourth Edition). New York: Springer. 27–46.
11. Fraser Health (2009). *A Guide to Planning and Conducting Program Evaluation*. Research Administration and Development, Michaeln Smith Foundation for Health Research. Dostopno na: <https://www.fraserhealth.ca/media/2009-05-11-A-Guide-to-Planning-and-Conducting-Program-Evaluation-v2.pdf> [15. 9. 2017].
12. Israel, B. A., Eng, E., Schulz, A. J., Parker, E. A. (ur.) (2005). *Methods in Community-Based Participatory Research for Health*. San Francisco: Jossey-Bass.
13. Knox, L. Ph.D., (2015) Primary Care Practice Facilitation Curriculum. Module 22: Running Effective Meetings and Creating Capacity for Practices to Run Effective Meetings. Mathematica Policy Research Princeton, NJ. Dostopno na: <https://pcmh.ahrq.gov/sites/default/files/attachments/pcpf-module-22-meetings.pdf> [9. 8. 2017].
14. Lamut U. (2016). Uživajmo v zdravju – Evalvacija skupnostnega pristopa. Kvalitativna analiza. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje (Neobjavljeno gradivo).
15. McQuiston, C., Parrado, E. A., Olmos-Muñiz, J. C., Bustillo, M., Alejandro, M. (2005). 'Community-Based Participatory Research and Ethnography: The Perfect Union.' V: Israel, B. A., Eng, E., Schulz, A J., Parker, E. A. (ur.) *Methods in Community-Based Participatory Research for Health*. San Francisco: Jossey-Bass. 210–229.
16. Minkler, M., Wallerstein, N. (ur.) (2008). *Community-Based Participatory Research for Health: From Process to Outcomes* (Second Edition). San Francisco: Jossey-Bass.
17. Mizoguchi, N., Luluquisen, M., Witt, S., Maker, L. (ur.) (2004). *Handbook for Participatory Community Assessments: Experiences from Alameda County*. Oakland: Alameda County Public Health Department.
18. Petersen, AC (1998): *Evaluation Handbook*, W.K. Kellogg Foundation. Dostopno na: <https://cyc.brandeis.edu/pdfs/reports/EvaluationHandbook.pdf> [15. 9. 2017].
19. Poličnik, R., Berlic, N., Maučec Zakotnik, J., Kostanjevec, S., Starc, G., Jurak, G., Kalender Smajlovič, S.. Algoritem delovanja različnih deležnikov v lokalnih preventivnih timih po konceptu skupnostnega pristopa : navodila preventivnim timom za sodelovanje v pilotnem testiranju, (Projekt Uživajmo v zdravju). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016.
20. Pahor, M. e tal. (2014). Zavezniki za zdravje: Medpoklicno sodelovanje v zdravstvenih timih. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
21. Rode N., Rihter L., Kobal B. (2006): Evalvacija programov v socialnem varstvu: model in postopek izvedbe. Fakulteta za socialno dele, Univerza v Ljubljani. Dostopno na: http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/evalvacija_pop.pdf [26. 9. 2017].

22. Rudolph, L., Caplan, J., Ben-Moshe, K., & Dillon, L. (2013). *Health in All Policies: A Guide for State and Local Governments*. Washington, DC and Oakland, CA: American Public Health Association and Public Health Institute. Dostopno na: <http://www.phi.org/resources/?resource=hiapgguide> [1. 8. 2017].
23. UNRISD (2016). *Policy Innovations for Transformative Change: Implementing the 2030 Agenda for Sustainable Development*. Dostopno na: [http://www.unrisd.org/UNRISD/website/document.nsf/\(httpPublications\)/92AF5072673F924DC125804C0044F396?OpenDocument](http://www.unrisd.org/UNRISD/website/document.nsf/(httpPublications)/92AF5072673F924DC125804C0044F396?OpenDocument) [12. 8. 2017].
24. UN Women. Indicators. Dostopno na: <http://www.endvawnow.org/en/articles/336-indicators.html> [13. 10. 2017].
25. Valerie Wildridge et al. (2004). Literature review on partnerships. Health Libraries Group 2004. *Health Information and Libraries Journal*, 21, pp.3–19
26. WHO (2001). *Community Health Needs Assessment: An Introductory Guide for the Family Health Nurse in Europe*. Copenhagen: WHO.
27. WHO (2013): WHO evaluation practice handbook. WHO, Switzerland. Dostopno na: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/96311/1/9789241548687_eng.pdf [15. 9. 2017].
28. Zint, M et al. My Environmental Education Resource Assistant (MEERA). Dostopno na: <http://meera.snre.umich.edu/evaluation-what-it-and-why-do-it> [19. 9. 2017].

STVARNO KAZALO

A

akcijski načrt, 74, 85, 94, 95, 104, 105

D

deinstitucionalizacija, 44

delo v skupnosti, 22, 54, 55

družba (tradicionalna, moderna, postmoderna), 19, 21, 29, 44, 48, 82

država (vloga), 10, 22, 23, 24, 35, 46

E

evalvacija, 56, 95, 108

I

ideologija, 20

individualizem, 20

institucionalizacija, 18, 42

intervencije, 46, 50, 53, 60–65, 76, 80, 81

K

kazalnik, 103

krepitev zdravja, 10–12, 40, 41, 45, 52, 53, 56, 69, 70, 82–86, 88, 99

L

lokalna samouprava, 121–125

lokalna skupina za krepitev zdravja, 53, 82–84, 86–91, 95, 96, 99, 106, 109

N

naklonjeno ravnanje, 28, 29, 35, 36,

neenakost v zdravju, 30

neoliberalizem, 20, 21, 36

O

opolnomočenje, 25, 40, 50, 73, 81

P

partnerstvo, 27, 64, 83, 85, 88, 89, 91

povezovanje, povezanost, 10, 13, 15, 19, 24, 28, 33, 35, 40, 47, 50, 59, 69, 71, 74, 87, 89, 101, 69,

participacija, 33, 47

politika, 44, 57, 83

politika zdravja, 83

procesi, 12, 18, 20, 22, 29, 31, 34, 40, 56, 91

prepričanja, 12, 22, 55, 91

pristop zdravstva k skupnosti, 40

R

ranljivost, 28, 30, 31, 33, 34, 98

razvoj, 10–20, 24–26, 35, 41, 43, 44, 46, 51–54, 56, 60, 72, 73, 76, 87, 90, 93–95, 99, 103, 106

S

sestaneke, 89, 90
sistem (zdravstveni, politični), 10, 11, 14, 17, 22, 23, 35, 41–43, 45, 51, 56, 93
skrb, 17, 18, 28–30, 34, 35, 42, 44, 56, 68, 83, 88
skupnost (lokalna, dimenzije), 1, 15, 16, 25, 26, 28, 35, 41, 45, 56, 66, 84, 95–99, 101, 103
skupnostni pristop k zdravju, 10, 14, 40, 41, 45, 47, 49, 53, 56, 68, 82
skupnostno raziskovanje, 96–99
Slovenija, Slovenci, 19–24, 32, 83
socialni kapital, 49
sodelovanje, 10, 18, 40, 47, 52, 60, 64, 66, 68–73, 83–89, 91, 98, 99
stališča, 55
strateški načrt, 85, 86, 94, 95
stroški, 65
struktura, 15, 92, 93
subjekti skupnostnega pristopa, 12, 35, 46, 48

T

tim, 72, 87, 88

U

učinkovitost, 35, 41, 42, 59–67, 76, 80,
uporabniki, 29, 43–45, 49
upravljanje, 51

V

vizija, 92, 96
vodenje, 16, 18, 25, 40, 51, 53, 82, 90, 94, 98
vrednote, 19, 22, 23, 27, 28, 35, 54, 55, 73, 91

Z

zaupanje, 23, 24, 28, 51, 55, 56, 86, 92
zdrava skupnost, 3, 12, 27
zdravje, 3, 10–18, 27, 29, 30, 32, 33, 35, 40–42, 45, 46, 49, 50, 54, 56, 60, 64–72, 76, 82–85, 90–99
zdravstveni strokovnjaki, 12, 34, 41, 43, 46, 49, 51

ZDRAVA SKUPNOST

NIJZ Nacionalni inštitut
za **javno zdravje**



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE



EVROPSKA UNIJA
EVROPSKI
SOCIALNI SKLAD
NALOŽBA V VAŠO PRIHODNOST