

Uredili Nike K. Pokorn in Uršula Lipovec Čebren

VEČJEZIČNO ZDRAVJE:
KOMUNIKACIJSKE STRATEGIJE IN
VEČ KULTURNI STIKI S TUJEJEZIČNIMI BOLNIKI V
SLOVENSKEM ZDRAVSTVENEM SISTEMU

Zbirka Prevodoslovje
in uporabno jezikoslovje

Ljubljana 2019

**VEČJEZIČNO ZDRAVJE: KOMUNIKACIJSKE STRATEGIJE
IN VEČKULTURNI STIKI S TUJEJEZIČNIMI BOLNIKI
V SLOVENSKEM ZDRAVSTVENEM SISTEMU**
ZBIRKA PREVODOSLOVJE IN UPORABNO JEZIKOSLOVJE
ISSN 2335-335X

Urednici: Nike K. Pokorn, Uršula Lipovec Čebren

Recenzenta: Robert Grošelj, Jana Šimenc

Lektor: Damjan Popič

Založila: Znanstvena založba Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani

Izdal: Oddelek za prevajalstvo

Za založbo: Roman Kuhar, dekan Filozofske fakultete

Ljubljana, 2019

Prva izdaja

Naklada: 300 izvodov

Oblikovna zasnova: Kofein, d. o. o.

Prelom: Aleš Cimprič

Tisk: Birografika Bori, d. o. o.

Cena: 20,00 EUR



To delo je ponujeno pod licenco Creative Commons Priznanje avtorstva-Deljenje pod enakimi pogoji 4.0 Mednarodna licenca. / This work is licensed under a Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License.

Knjiga je izšla s podporo Javne agencije za raziskovalno dejavnost Republike Slovenije.

Raziskovalni projekt št. J6-6842 je sofinancirala Javna agencija za raziskovalno dejavnost Republike Slovenije iz državnega proračuna.

Prva e-izdaja. Publikacija je v digitalni obliki prosto dostopna na <https://e-knjige.ff.uni-lj.si/>
DOI: 10.4312/9789610601364

Kataložna zapisa o publikaciji (CIP) pripravili v
Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani

Tiskana knjiga
COBISS.SI-ID=298323968
ISBN 978-961-06-0151-7

E-knjiga
COBISS.SI-ID=298311424
ISBN 978-961-06-0136-4 (pdf)

Kazalo vsebine



KAZALO

Uvod	8
------	---

STIKI ZDRAVSTVENIH DELAVCEV S TUJEJEZIČNIMI PACIENTI: OVIRE IN POTREBE

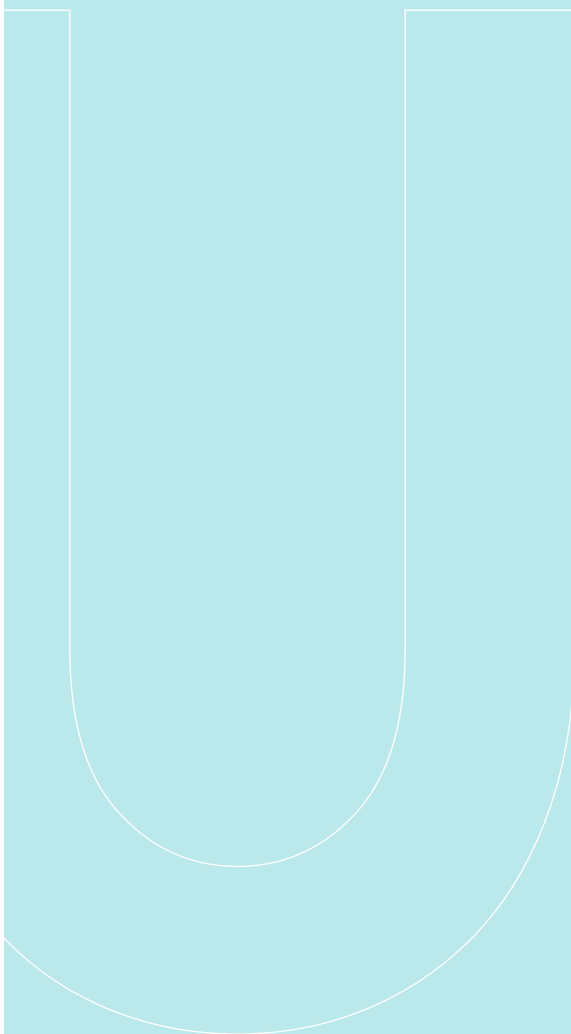
Kdo dela z uporabniki zdravstvenega sistema, ki ne govorijo slovensko?	16
Tamara Mikolič Južnič	
Reševanje jezikovnih ovir v slovenskem zdravstvu: analiza stanja	30
Nike K. Pokorn	
Jezikovne kompetence zdravstvenih delavcev	48
Marija Milavec Kapun, Nike K. Pokorn	
Pravni statusi nedržavljanov in z njimi povezane ovire pri dostopu do zdravstvene obravnave	66
Sara Pistotnik	
Medkulturni (in drugi) nesporazumi v zdravstvu	78
Uršula Lipovec Čebtron	

DVA KORAKA V SMER VEČJEZIČNEGA ZDRAVSTVA

Izbor jezikov za <i>Večjezični priročnik za lažje sporazumevanje v zdravstvu</i>	94
Nike K. Pokorn	
Pot do <i>Večjezičnega priročnika za lažje sporazumevanje v zdravstvu</i>	106
Tamara Mikolič Južnič, Uršula Lipovec Čebtron	
Usposabljanje zdravstvenih delavcev kot korak k bolj kakovostni zdravstveni obravnavi oseb iz drugih jezikovnih in kulturnih okolij	126
Uršula Lipovec Čebtron, Simona Jazbinšek, Danica Rotar-Pavlič, Vesna Homar	
Študija uporabnosti <i>Večjezičnega priročnika za lažje sporazumevanje v zdravstvu</i>	146
Nike K. Pokorn, Nataša Hirci, Erika Zelko, Marija Milavec Kapun, Tanja Korošec, Simona Jazbinšek, Tamara Mikolič Južnič	
Priloga 1: Predlog napotkov za delo s tolmačem	170
Nike K. Pokorn	
Napotki za zdravstvene delavce ob obravnavi tujejezičnega uporabnika zdravstvenih storitev	173
Priporočeni koraki za delo s tolmačem, ki ne pozna bolnika	174
Priporočen položaj v prostoru tolmača v tolmačenem pogovoru v zdravstvenem okolju	175

Priporočeni koraki za delo z neprofesionalnim tolmačem laikom (npr. sorodnikom uporabnika zdravstvenih storitev)	177
Priloga 2: Vseslovenska anketa, namenjena zdravstvenim delavcem v slovenskih zdravstvenih ustanovah, o stikih s tujejezičnimi uporabniki zdravstvenih storitev.	180
Priloga 3: Evalvacija uporabe <i>Večjezičnega priročnika za lažje sporazumevanje v zdravstvu</i>	190
Povzetek v slovenščini	194
Abstract	200
Imensko kazalo	206

Uvod



Učinkovita komunikacija med bolnikom¹ in zdravnikom je osnova za uspešno zdravljenje in preprečevanje bolezni, vendar pa je ta pogosto otežkočena. Eden izmed najpogostejših razlogov za nezmožnost vzpostavitve komunikacije in nastanek komunikacijskih šumov med uporabniki in ponudniki zdravstvenih storitev je nepoznavanje oziroma slabo znanje jezika, ki ga uporablja zdravstveno osebje ali uporabniki zdravstvenih storitev. V slovenskem zdravstvenem sistemu se zdravniki, medicinske sestre in drugi zdravstveni delavci vedno pogosteje srečujejo z uporabniki zdravstvenih storitev, ki ne znajo slovensko in govorijo jezike, ki jih zdravstveni delavci ne razumejo. Ti s seboj prinašajo tudi značilnosti svojega družbeno-kulturnega okolja, vključno s predstavami in praksami o zdravju, bolezni in zdravljenju. Zdravstveni delavci pa kljub temu, da so v pogostih stikih s tujejezičnimi uporabniki zdravstvenih storitev, nimajo ne ustrezne podpore ne znanja, da bi se uspešno spopadli s temi novimi izzivi na svojem delovnem mestu.

S tem v mislih smo se v okviru interdisciplinarne skupine, sestavljene iz prevodoslovk, medicinskih antropologinj, zdravnic, medicinskih sester in sociologinje, odzvali na razpis in izoblikovali predlog projekta »Izdaja slovarja, namenjenega lažji komunikaciji migrantov z zdravstvenim osebjem«, ki ga je financiralo Ministrstvo za notranje zadeve s podporo Evropske unije iz Sklada za azil, migracije in vključevanje.² Preden smo se posvetili pripravi večjezičnega priročnika, namenjenega zdravstvenim delavcem, smo najprej želeli bolje spoznati jezikovne izzive v slovenskem zdravstvu, zato smo oblikovali spletni anketni vprašalnik. V njem smo zdravstvene delavce spraševali o pogostosti stikov z uporabniki, ki ne razumejo slovenščine, o jezikovnih ovirah, s katerimi se srečujejo pri svojem delu, in o načinih, na katere se z njimi soočajo. Spletna anketa je potekala jeseni 2016, v njej je sodelovalo 564 zdravstvenikov oz. medicinskih sester, zdravnikov, zobozdravnikov in ostalega zdravstvenega osebja (fizioterapevti, defektologi, logopedi, socialni delavci, radiološki inženirji ipd.). Na osnovi rezultatov, ki smo jih pridobili prek te ankete in ostalih sorodnih raziskav, smo izoblikovali osemjezični priročnik in v različnih krajih Slovenije izvedli 14 usposabljanj, ki se jih je udeležilo 708 posameznikov in v katerih smo seznanili zdravstvene delavce s priročnikom in z različnimi strategijami reševanja medkulturnih, pravno-administrativnih in jezikovnih problemov, ki nastajajo ob stikih s tujejezičnimi uporabniki zdravstvenih storitev. Pričujoča monografija podaja kritično analizo rezultatov te ankete, opisuje potek izoblikovanja priročnika in ponuja ovrednotenje priročnika in izobraževanja, ki je potekalo po izdaji priročnika.

1 V monografiji je moška oblika uporabljena kot spolno nevtralna in velja za vse spole.

2 V projektu so sodelovali Filozofska fakulteta (Oddelek za etnologijo in kulturno antropologijo, Oddelek za prevajalstvo), Medicinska fakulteta in Zdravstvena fakulteta Univerze v Ljubljani ter Nacionalni inštitut za javno zdravje in Zdravniška zbornica Slovenije. Projekt je bil financiran iz Sklada za azil, migracije in vključevanje EU ter Ministrstva za notranje zadeve RS. Vodja projekta je bila izr. prof. dr. Uršula Lipovec Čebren, sodelavke pa: doc. dr. Nataša Hirci, asist. Vesna Homar, mag. Simona Jazbinšek, mag. Ajda Jelenc, red. prof. dr. Nike Kocijančič Pokorn, Tanja Korošec, doc. dr. Tamara Mikolič Južnič, mag. Marija Milavec Kapun, Sara Pistotnik, izr. prof. dr. Danica Rotar Pavlič, Mojca Vrečar, doc. dr. Erika Zelko in Tjaša Zidarič.

Monografija je razdeljena na dva večja sklopa:³ v prvem, ki smo ga naslovili *Stiki zdravstvenih delavcev s tujejezičnimi pacienti: ovire in potrebe*, smo podrobneje predstavili in analizirali rezultate vseslovenske ankete zdravstvenih delavcev. Ta sklop je sestavljen iz petih poglavij: v prvem poglavju Tamara Mikolič Južnič podrobneje predstavi uporabljene metode anketne raziskave in populacijo, ki jo je zajela anketa, tj. različne skupine zdravstvenih delavcev v slovenskem zdravstvu, ki se srečujejo s tujejezičnimi uporabniki zdravstvenih storitev pri svojem delu; v drugem Nike K. Pokorn analizira odgovore na vprašanja, v katerih so zdravstveni delavci določili, katere tuje jezike govorijo in kako dobro jih obvladajo, katere jezike govorijo tujejezični uporabniki zdravstvenih storitev v slovenskem zdravstvenem sistemu in kateri izmed teh jezikov predstavljajo največje težave zdravstvenemu osebju v slovenskem zdravstvenem sistemu. V tem poglavju se tudi seznanimo z najpogostejšimi komunikacijskimi strategijami, tj. z načini, kako zdravstveni delavci rešujejo situacije, ko ne razumejo bolnikov in bolniki ne razumejo njih. Kot komentar rezultatom ankete so navedena tudi dognanja stroke in opozorila, kateri načini reševanja jezikovnih težav v zdravstveni oskrbi so potencialno problematični oziroma nesprijemljivi.

V tretjem poglavju Marija Milavec Kapun in Nike K. Pokorn primerjata odgovore anketirancev glede na osnovni poklic v zdravstvu in doseženo stopnjo izobrazbe ter na posamezne statistične regije, v katerih delujejo. Iz rezultatov samoocen znanja tujih jezikov je razvidno, da je znanje tujih jezikov slabše pri medicinskih sestrah kot pri zdravnikih in zobozdravnikih, in sicer ne glede na doseženo stopnjo izobrazbe. Razlog za to je po vsej verjetnosti stopnja srednješolske izobrazbe, ki je zahtevana za vpis na univerzitetni študij medicine oz. zdravstvene nege. Primerjava rezultatov po regijah pa pokaže, da bližina državne (in s tem tudi jezikovne) meje le deloma vpliva na to, katere jezike govorijo neslovensko govoreči pacienti v določeni regiji, in da se večina zdravstvenih delavcev iz vseh statističnih regij srečuje predvsem s hrvaško in albansko govorečimi pacienti. V četrtem poglavju Sara Pistotnik analizira odgovore na vprašanje iz spletne ankete, v katerem smo anketirance pozvali, naj opredelijo, na katerem področju (poleg jezikovnega) še zaznavajo težave z uporabniki, ki ne govorijo slovensko. Odgovori anketirancev so pokazali, da največ težav, poleg jezikovnih preprek, predstavljajo pravno-administrativne ovire, med njimi tudi neurejena zdravstvena zavarovanja, saj se zdravstveno osebje ne srečuje le s prosilci za mednarodno zaščito, temveč veliko pogosteje prihaja v stik z osebami, ki imajo druge pravne statuse v Republiki Sloveniji, npr. z osebami z dovoljenjem za stalno in začasno prebivanje, sezonskimi delavci, osebami z dovoljenjem za zadrževanje, turisti in podobno. Ker so za te kategorije prebivalcev zdravstvene pravice opredeljene v več zakonih in predpisih, smo to področje dodatno raziskali prek

3 Monografija je zasnovana tako, da jo lahko bralec bere v celoti, lahko pa tudi izbira posamezna poglavja, ki ga posebej zanimajo. Zaradi tega vsa poglavja vsebujejo temeljne elemente znanstvenega članka, za podrobnosti pa je bralec napoten na poglavja, ki se v večji meri posvečajo določeni problematiki.

analize različnih uradnih statistik in zakonodaje ter te podatke umestili v večjezični priročnik.

V petem poglavju pa Uršula Lipovec Čebtron predstavi in kritično ovrednoti anketne odgovore na vprašanja, ki so razkrivali medkulturne nesporazume v slovenskem zdravstvenem sistemu. Analiza pokaže, da se zdravstveni delavci medkulturne nesporazume zaznavajo, vendar so pri njihovem reševanju – tako kot pri reševanju jezikovnih ovir – prepuščeni sami sebi. V nadaljevanju poglavja so na osnovi rezultatov ankete predstavljeni nekateri načini premoščanja nesporazumov, v zaključku pa podani ukrepi, ki bi izboljšali stik med zdravstvenim osebjem ter osebami iz drugih okolij.

Pomembnejše izsledke ankete bi lahko strnili v naslednje poudarke: jezikovne ovire so v zdravstveni obravnavi na Slovenskem vse bolj prisotne, saj kar 94 % zdravstvenih delavcev, ki so sodelovali v spletni anketi, poroča, da ima stike s uporabniki zdravstvenih storitev, ki ne govorijo in ne razumejo slovenskega jezika. Odgovori anketirancev tudi odkrivajo, da slovenske zdravstvene ustanove nimajo vpeljanega nobenega systemskega reševanja problemov, ki nastanejo zaradi otežene komunikacije med zdravstvenim osebjem in pacienti, ki prihajajo iz drugih kulturnih in jezikovnih okolij. Čeprav bi zdravstvenim delavcem pri premagovanju jezikovnih ovir najbolj koristili tolmači in mediatorji, v Sloveniji še ne obstajajo strokovno usposobljeni tolmači in medkulturni mediatorji za področje zdravstva. In nenazadnje, raziskava je tudi razkrila nestrpnost deleža zdravstvenih delavcev do pacientov, ki prihajajo iz drugih jezikovnih in kulturnih okolij, kar je deloma tudi posledica odsotnosti ustrezne jezikovne pomoči pri obravnavi teh bolnikov.

Drugi sklop monografije, ki smo ga naslovili *Dva koraka v smer večjezičnega zdravstva*, je usmerjen v predstavitev izoblikovanja priročnika in izobraževanja, ki je sledilo njegovi objavi. Sestavljen je iz štirih poglavij. V prvem Nike K. Pokorn obrazloži izbor osmih jezikov, v katerih je izdan priročnik. Glede na pridobljene podatke in v želji, da bi bil pripomoček uporaben za kar največ uporabnikov, smo pri končnem izboru jezikov dajali prednost tistim jezikom, ki na določenem območju delujejo kot splošnosporazumevalni jezik ali *lingua franca*: to so angleščina, arabščina, francoščina, ruščina, kitajščina in farsi. Tem jezikom smo dodali še albanščino, ki se zarisuje kot največji jezikovni problem pri komunikaciji zdravstvenega osebja z uporabniki zdravstvenih ustanov v Sloveniji. K posameznim izrazom v knjižni albanščini smo dodali izraze, ki se uporabljajo na Kosovu, da bo priročnik za uporabnike, ki niso vajeni knjižne albanščine, razumljivejši.

V drugem poglavju Tamara Mikolič Južnič in Uršula Lipovec Čebtron predstavita prevajalski proces, terminološke in oblikovalske odločitve, ki so spremljale izoblikovanje priročnika; v tretjem poglavju Uršula Lipovec Čebtron, Simona Jazbinšek,

Danica Rotar-Pavlič in Vesna Homar predstavijo in ovrednotijo 14 usposabljanj zdravstvenih delavcev, ki smo jih izvedli v različnih krajih Slovenije in se jih je udeležilo 708 zdravstvenih delavcev. Na osnovi analize evalvacijskih vprašalnikov udeležencev usposabljanja je mogoče sklepati, da so se ga udeležili zdravstveni delavci najrazličnejših profilov, ki so ugotavljali, da je usposabljanje izpolnilo večino njihovih pričakovanj, obenem pa so ga ocenili kot vsebinsko kvalitetno in organizacijsko dobro pripravljeno. Pomembna je tudi ugotovitev, da so številni zdravstveni delavci izrazili željo po nadaljnjem izobraževanju na tem področju.

V četrtem poglavju Nike K. Pokorn, Nataša Hirci, Erika Zelko, Marija Milavec Kapun, Tanja Korošec, Simona Jazbinšek in Tamara Mikolič Južnič predstavijo rezultate študije uporabnosti *Večjezičnega priročnika za lažje sporazumevanje v zdravstvu*. V poglavju avtorice najprej predstavijo izvedbo in rezultate analize pisnih opažanj 216 zdravstvenih delavcev, ki so bili udeleženi v igri vlog in simulacijah uporabe *Priročnika* pri nudenju zdravstvene oskrbe, izvedenih v okviru izobraževanj. Ti podatki so dopolnjeni z analizo odgovorov na spletno anketo, na katero so odgovorili 203 zdravstveni delavci, ki so *Večjezični priročnik* uporabili v svoji praksi. Rezultati kažejo, da so uporabniki sicer načeloma zadovoljni s priročnikom, ki pa je vseeno omejeno uporaben v zdravstvenem okolju zaradi naslednjih razlogov: odsotnost glasu in prevelik poudarek na pisni podobi ovirata ohranjanje očesnega stika med zdravstvenim delavcem in uporabnikom zdravstvenih storitev in ne omogočata kvalitetne izvedbe pregleda, obenem pa izbor vprašanj in odgovorov v priročnikih dovoljuje le najosnovnejšo oskrbo bolnika in ne zadostuje pri obravnavi kompleksnejših problemov.

Na koncu monografije dodajamo še nekaj prilog: seznam napotkov za delo s tujejezičnim uporabnikom zdravstvenih storitev, s profesionalnim tolmačem in z neprofesionalnim tolmačem. Poseben poudarek je tudi na sedežnem redu oz. postavitvi tolmača v prostor v zdravstvenem okolju. Priložena sta tudi anketa, ki je bila jeseni 2016 posredovana zdravstvenim delavcem, in evalvacijski vprašalnik, ki so ga izpolnili uporabniki po nekajmesečni uporabi *Priročnika*.

Rezultati projekta, ki jih predstavljamo v pričujoči monografiji, kažejo, da med zdravstvenimi delavci in osebami, ki ne razumejo slovensko, nastajajo mnogi jezikovni in kulturni nesporazumi. Vse to prispeva k slabši dostopnosti zdravstvenih storitev in manj kakovostni zdravstveni obravnavi, predstavlja tveganje za varnost pacientov ter dodatno obremenjuje zdravstveno blagajno. Z izoblikovanjem večjezičnega priročnika, namenjenega slovenskemu zdravstvenemu osebju za delo z tujejezičnimi uporabniki zdravstvenih storitev, in serijo izobraževanj, namenjenih slovenskim zdravstvenim delavcem, smo poskušali narediti korak v smer zmanjševanja tega tveganja in zviševanja kakovosti oziroma omogočanja večje dostopnosti zdravstvenih storitev. Sourednici tega priročnika upava, da bo to področje v prihodnje deležno večje pozornosti odločevalcev in bo na nacionalni

ravni vzpostavljena dostopna mreža profesionalnih tolmačev, tj. strokovnjakov za jezikovni prenos informacij v zdravstvenem okolju, usposobljenih na področju tolmačenja in medicinske terminologije, in medkulturnih mediatorjev, tj. oseb, ki so v pomoč migrantom v začetnem obdobju preselitve in jim omogočajo lažji dostop do zdravstvenih storitev. Za vzpostavitev te mreže bi predhodno potrebovali še kvalitetno izobraževanje oz. doizobraževanje za jezike, ki se izrisujejo kot posebej problematični v slovenskem zdravstvenem sistemu, in za uvrstitev teh dveh poklicev v seznam poklicev v RS. Glede na pozitivne odzive evalvacij usposabljanj in velik interes zdravstvenih delavcev zanje urednici meniva, da bi bilo potrebno teme s področja kulturnih kompetenc in sporazumevanja med tujejezičnimi osebami in zdravstvenimi delavci ter zdravstvenih vidikov migracij vključiti tudi v izobraževalne programe medicinskih in zdravstvenih fakultet, obenem pa zagotoviti podobna usposabljanja v obliki dopolnilnih izobraževanj za zdravstvene kadre. Glede na zaznano potrebo po boljši informiranosti zdravstvenih delavcev o pravnih statusih nedržavljanov in njihovih zdravstvenih pravicah bi bilo potrebno na tem področju zagotoviti tudi kontinuirano in učinkovito obveščanje zdravstvenih delavcev vseh profilov. Študije uporabnosti *Priročnika* so tudi pokazale, da bi bili večjezični priročniki koristnejši v obliki spletne aplikacije, ki bi bila zdravstvenim delavcem in uporabnikom lažje dostopna od tiskane oblike in bi ponujala tudi glasovno obliko sporočila. In nenazadnje, na osnovi evalvacij priporočamo, da se *Priročniki* prevedejo še v nekatere druge jezike (na primer v romunski in bolgarski jezik).

Raziskave iz držav, ki se že dlje časa soočajo s povečanim priseljevanjem iz drugih jezikovnih in kulturnih okolij, so pokazale, da zanašanje na nekvalitetno tolmačenje, ki ga izvajajo sorodniki in znanci bolnikov, ter odsotnost tolmača ali medkulturnega posrednika lahko privedeta do neustreznih in pomanjkljivih diagnoz, napačnega zdravljenja, večkratnih in prepogostih obiskov pri zdravniku, podvajanja raziskav ter daljših ležalnih dob. Odsotnost ali pomanjkljiva kvaliteta prenosa sporočila iz enega jezika v drugega ne predstavljata samo precejšnjega finančnega bremena za državo prihoda, v skrajnih primerih sta lahko vzrok za kazensko in odškodninsko odgovornost zdravstvenega osebja, temveč tudi kršitve pravic uporabnikov zdravstvenih storitev, ki jih v Evropi zagotavlja tudi *Direktiva Evropskega parlamenta in Sveta o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu*. Urednici upava, da bodo rezultati projekta in pričujoča monografija pomenili korak bliže k večji ozaveščenosti o izzivih, ki jih predstavljajo medjezikovni in medkulturni stiki v zdravstvu, in k zagotavljanju dostopnejše zdravstvene oskrbe za vse uporabnike zdravstvenih storitev v Sloveniji.

Nike K. Pokorn in Uršula Lipovec Čebtron

Stiki zdravstvenih delavcev s tujejezičnimi pacienti: ovire in potrebe



Kdo dela z uporabniki zdravstvenega sistema, ki ne govorijo slovensko?

Tamara Mikolič Južnič

Izvleček

Prispevek povzema del rezultatov spletne ankete, izvedene jeseni 2016 med zdravstvenim osebjem v Sloveniji v okviru priprav priročnika za zdravstveno osebje, ki dela s tujejezičnimi uporabniki zdravstvenega sistema. Namen ankete je bil ugotoviti stanje na terenu ter identificirati realne težave in potrebe, ki jih imajo zdravstveni delavci in tujejezični uporabniki zdravstvenih storitev v slovenskem zdravstvenem sistemu. Spletna anketa je bila posredovana vsem članom Zdravniške zbornice Slovenije in Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije. Zbrali smo nekatere demografske podatke (izobrazba, tip delovnega mesta, regijska distribucija), posebno pozornost pa smo namenili delovnemu okolju (ali so zdravstveni delavci zaposleni v zdravstvenih domovih, bolnišnicah ali pri izvajalcih zasebnih zdravstvenih storitev) in tipu specializacije, delovnega področja oz. medicinskega področja, na katerem prihaja najpogosteje do stikov s pacienti, ki ne govorijo slovensko. Poleg tega so nas zanimale najpogostejše zdravstvene težave, ki jih imajo po izkušnjah anketirancev tujejezični uporabniki zdravstvenega sistema. Pridobljeni podatki so nam v nadaljnjih fazah projekta pomagali pri oblikovanju vsebinskih sklopov priročnika.

1 UVOD

V Sloveniji smo bili v preteklosti vajeni le prisotnosti določenih govorcev tujih jezikov, kot so npr. govorcev dveh manjšinskih jezikov, italijanščine in madžarščine, in govorcev jezikov republik bivših jugoslovanskih republik (danes hrvaščine, srbsčine, bosanščine in črnogorščine). V zadnjih letih pa se je Slovenija morala soočiti s porastom prisotnosti tujcev, ki prihajajo iz drugih delov sveta. Poleg vedno številčnejšega priseljevanja albansko govorečega prebivalstva, ki ne zna več nobenega južnoslovanskega jezika, in migrantov, ki prihajajo v Slovenijo po balkanski migrantski poti, se v Sloveniji pogosto pojavljajo tudi turisti in drugi obiskovalci iz različnih držav. Vse to je pripeljalo do vedno pogostejšega stika zdravstvenega osebja z uporabniki, s katerimi se ne morejo sporazumevati v slovenskem jeziku. Problematika je postala dovolj pereča, da je Ministrstvo za notranje zadeve Republike Slovenije ocenilo, da je treba ponuditi pomoč, ki bi zdravstvenim delavcem vsaj delno pomagala premostiti komunikacijske težave: porodila se je ideja o projektu, ki bi vodil k izoblikovanju večjezičnega priročnika, namenjenega zdravstvenim delavcem za delo z bolniki, ki ne govorijo slovenskega jezika.

Nastanek večjezičnega priročnika za sporazumevanje zdravstvenih delavcev in uporabnikov zdravstvenih storitev je zaradi nepopolnih razpoložljivih podatkov zahteval temeljit premislek o stanju na terenu ter realnih težavah in potrebah, ki jih imajo zdravstveni delavci in tujejezični uporabniki zdravstvenih storitev v slovenskem zdravstvenem sistemu. V ta namen so bili prvi meseci projektnega dela usmerjeni v oblikovanje vprašalnika, s katerim smo želeli pridobiti manjkajoče potrebne podatke, ob tem pa tudi do določene mere dobiti vpogled v vzdušje, ki v zvezi z delom s tujejezičnimi bolniki vlada med zdravstvenim osebjem. Vsebina vprašalnika je bila razmeroma obsežna in raznolika, saj so se vprašanja dotaknila različnih relevantnih tem, od vrste delovnega okolja, v katerem prihaja do stikov med neslovensko govorečimi uporabniki zdravstvenih storitev, do znanja tujih jezikov zdravstvenih delavcev v slovenskem zdravstvenem sistemu, strategij, ki se jih ti delavci poslužujejo za premagovanje jezikovnih težav, in odzivov na obstoječe stanje (gl. vprašalnik v prilogi). V prvem delu te monografije predstavljamo rezultate te ankete, ki smo jih analizirali v več poglavjih, pri katerem vsak izmed njih osvetljuje drug vidik problematike. V tem poglavju želimo predstaviti predvsem tisti del rezultatov, ki je povezan z delovnim okoljem in vrsto dela, ki ga opravljajo zdravstveni delavci, ki se srečujejo z neslovensko govorečimi uporabniki zdravstvenih storitev. Zanima nas namreč, katera so tista medicinska področja oz. specialnosti, kjer zdravstveni delavci prihajajo najpogosteje v kontakt z uporabniki zdravstvenih storitev, ki ne obvladajo slovenskega jezika. Da bi odgovorili na to vprašanje, smo v vprašalniku zastavili več vprašanj, s pomočjo katerih smo pridobili tako nekatere demografske podatke kot tudi podatke o delovnem okolju, delovnem področju, specializacijah in mnenja anketirancev o tem, kje najpogosteje prihaja do težav.

2 POPULACIJA IN METODOLOGIJA

V želji, da bi bili materiali, ki smo jih pripravljali v sklopu projekta, čim bolj usklajeni z realnimi potrebami zdravstva, smo v drugi polovici septembra 2016 (natančneje od 15. 9. do 2. 10. 2016) izvedli vseslovensko anketo. Povezava do vprašalnika je bila prek spleta posredovana vsem članom Zdravniške zbornice Slovenije in Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije. To je bila prva raziskava v slovenskem prostoru, katere cilj je bil ugotoviti, v kolikšni meri se zdravstveni delavci v slovenskem zdravstvu pri svojem delu srečujejo z uporabniki zdravstvenih storitev, ki ne govorijo in ne razumejo slovenskega jezika, in kako rešujejo situacije, ko ne razumejo bolnikov in bolniki ne razumejo njih.

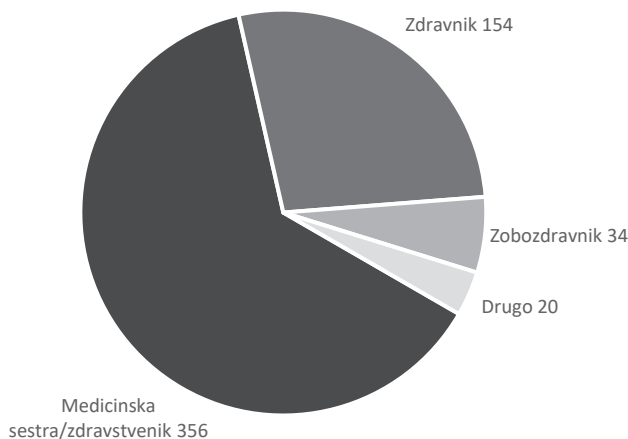
Problematika medkulturne komunikacije je v primeru potreb za zdravstvo izrazito interdisciplinarna, zato je pri pripravi anketnih vprašanj sodelovala razmeroma široka delovna skupina, sestavljena iz zdravnic, medicinskih sester, antropologin in prevodoslovk, ki so vsaka s svojega vidika pripomogle k temu, da so vprašanja zaobjela vse potrebne informacije za izdelavo priročnika, in hkrati poskrbele za to, da ni bil vprašalnik preobsežen ter že s tem odbijajoč za anketirance. Končna oblika je vključevala 20 vprašanj zaprtega in odprtega tipa. Prvih sedem vprašanj je bilo namenjenih zbiranju demografskih podatkov in določanju profesionalnih okolij, v katerem delujejo anketiranci. Ostalih 13 vprašanj pa je bilo vezanih na tematiko zdravstvene oskrbe neslovensko govorečih bolnikov: odgovori na ta vprašanja so povzeti v naslednjih poglavjih.

Vprašalnike smo pripravili s pomočjo spletne aplikacije 1ka,¹ ki omogoča enostavno zbiranje in organiziranje podatkov. Pred natančnejšo analizo anketnih odgovorov je bilo sicer na določenih mestih kljub vsemu treba izločiti ali preorganizirati podatke, in sicer zaradi treh razlogov. Najprej smo odstranili (3) ankete anketirancev, ki dejansko niso zdravstveni delavci oz. ne prihajajo v stik z uporabniki zdravstvenih storitev, so pa zaposleni v zdravstveni ustanovi (npr. ekonomist, tajnik). Odstranili smo tudi tiste odgovore, v katerih je respondent anketo začel reševati, a je po prvem vprašanju odstopil (dva primera). Tako pripravljene odgovore smo nato podrobno analizirali in vsebino zaradi obsežnosti razdelili na več poglavij. V pričujočem bomo določili zlasti področja zdravstva, na katerih prihaja do največjih težav zaradi nezmožnosti komunikacije med zdravstvenimi delavci in uporabniki zdravstvenih storitev. V nadaljevanju se bomo dotaknili tistih odgovorov, ki opisujejo anketirano populacijo z demografskega vidika, naslednji razdelek pa bo posvečen osrednjemu raziskovalnemu vprašanju.

Prejeli smo 564 veljavnih anketnih listov, ki jih je, kot je razvidno s Slike 1, izpolnilo 356 zdravstvenikov oz. medicinskih sester (63 %), 154 zdravnikov (27 %),

¹ <https://www.1ka.si/>

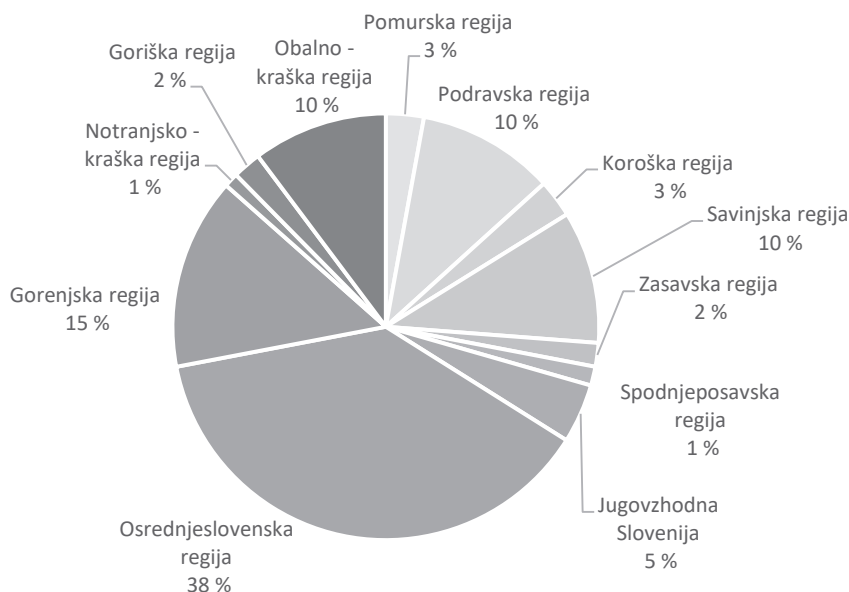
34 zobozdravnikov (6 %) in 20 anketirancev (4 %), ki smo jih označili kot ostalo zdravstveno osebje (tj. fizioterapevti, defektologi, logopedi, socialni delavci, radiološki inženirji ipd.). Z ozirom na dejstvo, da je bilo v letu 2016 v Zdravniško zbornico Slovenije (ZZS) včlanjenih 10.430 članov in v Zbornico zdravstvene in babiške nege Slovenije 14.797 članov,² to pomeni, da je na anketo odgovorilo 1,6 % vseh članov obeh zbornic, in sicer 2,4 % vseh članov Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije in 1,5 % članov Zdravniške zbornice Slovenije. Čeprav je delež anketirancev glede na celotno populacijo majhen, 557 zdravstvenih delavcev vseeno ni zanemarljiva številka, saj domnevamo, da so na anketo odgovorili ravno tisti, za katere je problem otežene komunikacije s pacienti, ki ne govorijo slovensko, še posebej pereč: o tem priča dejstvo, da je velika večina anketirancev (94 %) razkrila, da se pri svojem delu srečuje z bolniki, ki ne govorijo in ne razumejo slovenskega jezika (več na to temo v naslednjem poglavju).



Slika 1: Struktura anketirancev glede na tip zaposlitve

Med demografskimi podatki smo spraševali še o doseženi stopnji izobrazbe anketirancev ter o regiji, v kateri so anketiranci zaposleni. Z vidika izobrazbene strukture je med anketiranci 12 % takih, ki imajo dokončano 4-letno srednješolsko izobraževanje, 34 % jih je z višjo oz. visoko izobrazbo, 26 % z univerzitetno izobrazbo, 9 % z magisterijem, 4 % z doktoratom ter 15 % s specializacijo na različnih področjih, k čemur se bomo vrnili v naslednjem razdelku. Regijska distribucija pa je prikazana na Sliki 2.

² Podatki so bili pridobljeni prek elektronske pošte, poslane Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije decembra 2017.



Slika 2: Regijska distribucija anketirancev

Daleč največ anketirancev prihaja iz osrednjeslovenske regije (38 %), relativno pogosti so bili tudi odgovori iz gorenjske (15 %), obalno-kraške, podravske in savinjske regije (po 10 %). Najmanj odgovorov (manj kot 10 oz. po 1 %) smo prejeli iz notranjsko-kraške in spodnjeposavske regije. Distribucija odgovorov je v veliki meri skladna z razporeditvijo zdravstvenih delavcev po državi: v osrednjeslovenski regiji je skoncentrirana največja populacija zdravstvenih delavcev, podobno razmerje pa velja tudi za ostale regije, zato menimo, da anketa tudi geografsko adekvatno pokriva vzorec zdravstvenega osebja v Sloveniji. Poleg tega, glede na to, da je 94 % anketirancev odgovorilo, da se pri svojem delu srečujejo s tujejezičnimi pacienti, taka razpršitev daje slutiti, da je problematika otežene komunikacije prisotna po vsej državi, da pa se pogosteje pojavlja v tistih predelih, kjer se tujci tudi najpogosteje zadržujejo.

Kot je bilo omenjeno v uvodnem delu prispevka, je raziskovalno vprašanje, na katerega skušamo odgovoriti v tem prispevku, katera so tista področja oz. specialnosti, pri katerih se zdravstveni delavci najpogosteje srečujejo s tujejezičnimi pacienti. Več vprašanj v anketi se osredotoča na to temo, zato bomo ta vprašanja analizirali najprej posamezno, nato pa rezultate skušali povezati v koherentno celoto.

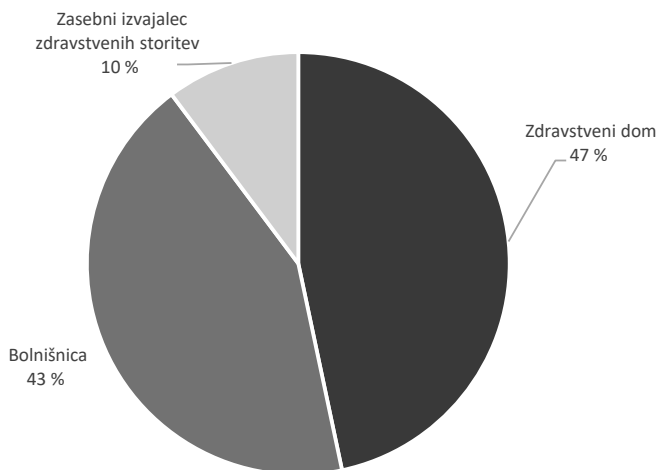
3 REZULTATI IN DISKUSIJA

3.1 Rezultati analize izbranih anketnih vprašanj

Pri omenjenem vprašanju o najvišji doseženi formalni izobrazbi je 90 anketirancev (39 %) izbralo specializacijo. Večina (85) jih je tudi pripisala, katera je njihova specializacija: daleč največ je po teh podatkih specialistov družinske medicine (30), na drugem mestu je ginekologija in porodništvo (10), na tretjem pediatrija (9), nato najdemo interno medicino (5), medicino dela, prometa in športa ter psihiatrijo (po 3), oftalmologijo, urgentno medicino in parodontijo (po 2), ostale specializacije (anesteziologija in intenzivna medicina, dermatologija, gastroenterologija, infektologija, javno zdravje, kirurgija, nevrologija, otorinolaringologija, otroška psihiatrija, pediatrija, plastična in rekonstrukcijska kirurgija, pulmologija, radiologija, šolska medicina, ultrazvok, zobne bolezni in endodontija, klinična psihologija, medicinska biokemija ter nefrofizioterapija) pa se pojavijo po enkrat.

Toda podatki o specializaciji ne zadostujejo, da bi razumeli, katera so tista področja, kjer prihaja najpogosteje do težav, saj je vrsto svoje specializacije določilo le 15 % anketirancev. Prav zato so bila v anketi še nekatera vprašanja, usmerjena v identifikacijo teh področij.

Pri četrtem anketnem vprašanju so anketiranci morali navesti svoje delovno okolje, pri čemer so lahko izbirali med zdravstvenim domom, bolnišnico in zasebnim izvajanjem zdravstvenih storitev. Slika 3 prikazuje deleže posameznih tipov delovnih okolij.



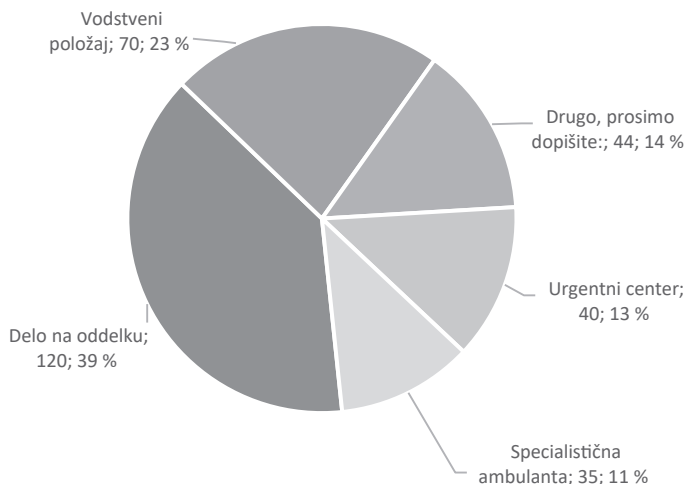
Slika 3: Deleži zdravstvenih delavcev v različnih delovnih okoljih

Kot lahko razberemo, je velika večina anketirancev – kar 90 % – zaposlenih v javnih ustanovah, le manjši del pa v zasebnih ambulantah oz. klinikah. Med prvimi je podobno število na delovnem mestu v zdravstvenih domovih in v bolnišnicah, kar glede na to, da se skoraj vsi anketiranci srečujejo s tujci, ki ne govorijo slovensko, lahko razumemo kot dokaz, da se stik med tujejezičnimi uporabniki zdravstvenih storitev in zdravstvenim osebjem pojavlja v vseh vrstah delovnih okolij. V nadaljevanju so anketiranci odgovarjali ločeno na 5., 6. ali 7. vprašanje glede na svoje delovno okolje.

Anketirance, ki so se opredelili kot zasebni izvajalci zdravstvenih storitev, smo prosili, da opredelijo področje svojega dela pri 5. vprašanju, ki je bilo odprtega tipa. Na to vprašanje smo dobili 39 odgovorov. 9 izmed zasebnih izvajalcev deluje na zobozdravstvenem področju, 9 v patronaži, 8 v specialističnih ambulantah (npr. ginekologija, dermatologija, psihiatrija), 8 v splošni oz. družinski medicini, 2 v medicini dela, prometa in športa, 2 v izobraževalnih ustanovah ter 1 v operativi.

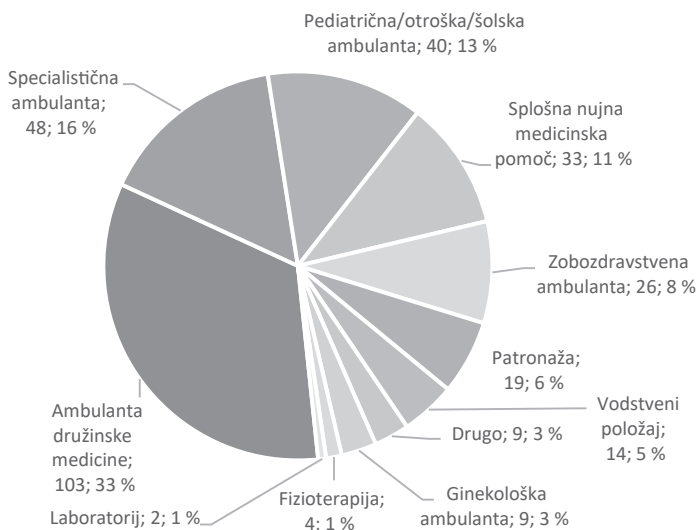
Anketirance, ki so zaposleni v bolnišnicah, smo prav tako vprašali o njihovem področju dela, pri čemer smo v tem primeru ponudili nekaj opcij zaprtega tipa, med katerimi so lahko anketiranci izbrali več možnosti (ambulanta družinske medicine, fizioterapija, ginekološka ambulanta, laboratorij, pediatrična/otroška/šolska ambulanta, patronaža, SNMP (splošna nujna medicinska pomoč), vodstveni položaj, zobozdravstvena ambulanta ter specialistična ambulanta (pri kateri so morali dopisati, katera), ter možnost Drugo, kjer so prav tako dopisali natančnejši podatek. Rezultati pokažejo, da jih je večina aktivnih na različnih bolnišničnih oddelkih (120 oz. 39 %), velik delež pa jih je tudi na vodstvenih položajih (70 oz. 23 %). V urgentnih centrih je zaposlenih 40 anketirancev (13 %), v različnih specialističnih ambulantah pa 35 (11 %). Med specialističnimi ambulantami se najpogosteje omenjajo infekcijska, kardiološka in nevrološka. V kategoriji Drugo pa je največ anketirancev navedlo operacijski blok ter intenzivno terapijo, ob tem pa je navedenih še 16 drugih tipov, ki se pojavljajo manj pogosto (anestezija, klinična prehrana, transfuzija, dializa, interventna radiologija itd.). Iz teh podatkov lahko razberemo nekaj zanimivih informacij. Po eni strani je jasno, da se s tujci srečuje tako osebje pri neposrednem strokovnem delu s pacienti kot tudi tisti del osebja, ki se ukvarja z organizacijskimi vidiki (vodstveni delavci), saj lahko predpostavljamo, da delo s tujejezičnimi uporabniki zdravstvenih storitev zahteva do določene mero drugačno obravnavo kot osebe, ki govorijo slovensko (o tem vprašanju več v četrtem poglavju). Po drugi strani pa se zdi, da se glede na populacijo anketirancev, za katero predpostavljamo, da je z odgovarjanjem na anketo posredno (in tudi neposredno pri relevantnih vprašanjih) izrazila dejstvo, da se s problematiko obravnave tujejezičnih bolnikov srečuje in išče odgovore oz. pomoč pri vzpostavljanju komunikacije z njimi,³ tujejezični uporabniki najpogosteje pojavljajo kot pacienti na različnih oddelkih bolnišnic.

3 Podobno lahko sklepamo tudi na podlagi obiska izobraževanj, ki so bila organizirana v sklopu projekta.



Slika 4: Podatki o področjih dela v bolnišnicah

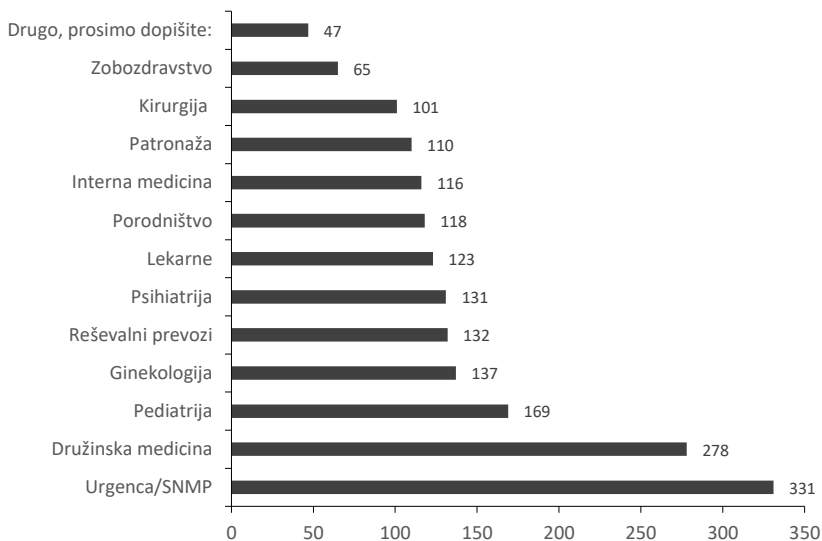
Preostali anketiranci so zaposleni v zdravstvenih domovih. Večina izmed takih dela v ambulantah družinske medicine (33 %), na drugem mestu so specialistične ambulante (16 %), nato pa pediatrične in šolske ambulante (13 %) ter splošna nujna medicinska pomoč (11 %). Kot lahko vidimo na Sliki 5, so anketo najredkeje reševali zaposleni v laboratorijih, fizioterapiji ter raznih delovnih mestih, pripisanih pod kategorijo Drugo (zdravstvena vzgoja odraslih, splošna ambulanta v zaporih, dom starejših občanov itd.). Med specialističnimi ambulantami v



Slika 5: Podatki o področjih dela v zdravstvenih ambulantah

zdravstvenih domovih se najpogosteje pojavljata referenčna ambulanta – kar potrjuje pogostost pojavljanja splošne oz. družinske medicine – ter center za zdravljenje odvisnosti (po 8 anketirancev). Izpostaviti bi veljalo še medicino dela, prometa in športa (6 anketirancev), ki je nedvomno vezana na iskanje zaposlitve.

V nadaljevanju ankete smo se osredotočili na področja, na katerih najpogosteje prihaja do težav v komunikaciji. S 16. vprašanjem smo tako spraševali o mnenju anketirancev, kje se pojavlja največ težav v sporazumevanju z uporabniki zdravstvenih storitev, ki ne znajo slovensko. Vprašanje je bilo zaprtega tipa, navedenih je bilo 12 področij (prim. Slika 6) in mogoče je bilo izbrati več različnih področij, poleg tega pa so anketiranci lahko izbrali možnost Drugo in dopisali področje po lastni presoji. Slika 6 prikazuje, kako pogosto so bila označena posamezna področja.

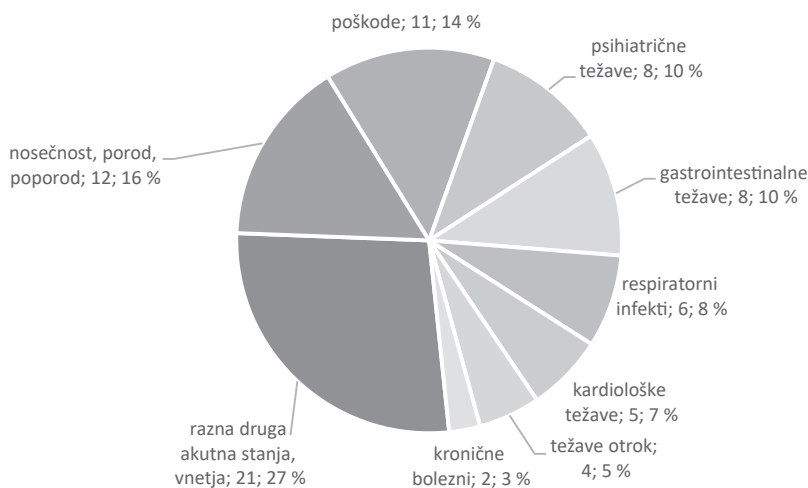


Slika 6: Področja, kjer se po mnenju anketirancev najpogosteje pojavljajo težave z uporabniki, ki ne znajo slovensko

331 oz. 67 % anketirancev torej meni, da se težave s tujejezičnimi uporabniki zdravstvenih storitev najpogosteje pojavijo na urgenci oz. SNMP, ob tem pa so razmeroma visoko na lestvici tudi z urgenco povezani reševalni prevozi (132 oz. 27 %). Drugo najpogosteje izbrano je področje družinske medicine z 278 odgovori oz. 56 %, na tretjem mestu se pojavi pediatrija s 169 odgovori oz. 34 %, nato pa ginekologija s 137 odgovori oz. 28 % (ob tem pa še porodništvo s 118 odgovori oz. 24 %). Tudi ostale možnosti so bile izbrane razmeroma pogosto, kar bi lahko interpretirali kot dokaz, da se težave z uporabniki, ki ne znajo slovensko, pojavljajo na velikem številu področij zdravstvene oskrbe, če že ne povsod.

To se potrjuje tudi na mestu, kjer so anketiranci lahko dopisali področja po svojem izboru: pod Drugo so namreč anketiranci navedli dodatnih 11 možnosti, med katerimi izrazito izstopajo ravno tisti, ki menijo, da se težave z uporabniki, ki ne znajo slovensko, pojavljajo povsod: takih je kar 62 %. Po drugi strani jih je 10 % odgovorilo, da ne vedo, kje se pojavlja največ težav. Med ostalimi navedenimi možnostmi najdemo ponovno medicino dela, prometa in športa, laboratorij, rehabilitacijo, radiologijo, fizioterapijo, psihoterapijo, intenzivne oddelke itd.; ker gre za mnenje, ki ga anketiranci izražajo, in ne za objektivne podatke, lahko sklepamo, da pri odgovorih izhajajo bodisi iz lastnih izkušenj, ki so jih pridobili na lastnem oddelku, bodisi na to sklepajo iz dela kolegov, v katerega imajo vpogled.

Poleg tega smo anketirance v nadaljevanju prosili, da pri odprtem vprašanju zapišejo najpogostejše zdravstvene težave (diagnoze), zaradi katerih so bili obravnavani uporabniki, ki ne znajo slovensko. Po analizi zapisanih diagnoz oz. zdravstvenih težav se je izkazalo, da lahko navedene opise razvrstimo v 9 kategorij: 1. nosečnost, porod, poporodne težave, 2. poškodbe, 3. psihiatrične težave, 4. gastrointestinalne težave, 5. okužbe dihal, 6. kardiološke težave, 7. težave otrok, 8. kronične bolezni in 9. razna druga akutna stanja in vnetja. Kot lahko razberemo s Slike 7, se izmed naštetih najpogosteje (pri 27 % vseh opisanih težav) pojavljajo zadnja, med katera smo vključili stanja povišane telesne temperature, vnetja (ušesa, žrelo), krvavitve, neopredeljene bolečine, urgentne operacije, možgansko kap, kolaps, sepsa, akutni alkoholni opoj ipd.



Slika 7: Najpogostejše zdravstvene težave obravnavanih uporabnikov, ki ne govorijo slovensko

Razmeroma pogosto se pojavljajo tudi obiski tujejezičnih uporabnikov, povezani z nosečnostjo, porodom in poporodnim obdobjem (16 %), ter obravnave zaradi različnih poškodb (14 %). Morda presenetljivo pogosto se pojavljajo psihiatrične težave (10 %), enako frekventno po mnenju anketirancev pa tudi gastrointestinalne težave (10 %). Med pogostimi težavami, ki jih navajajo zdravstveni delavci, najdemo še okužbe dihal, kardiološke težave, bolezni otrok ter kronične bolezni. Poudariti je treba, da je iz zapisanih odgovorov mogoče razbrati, da gre v vseh primerih (razen pri kroničnih boleznih) pri uporabnikih zdravstvenega sistema za težave oz. stanja, ki zahtevajo takojšnje ukrepanje, torej za nujna, akutna stanja, pri katerih uporabniki poiščejo zdravniško pomoč.

3.2 Diskusija

Pri opisu populacije anketirancev smo po eni strani videli, da so na anketo odgovarjali zelo raznoliki predstavniki zdravstvenega osebja, in sicer tako z vidika zaposlitve kot tudi izobrazbe in delovnega okolja. To nam omogoča vpogled v različne okoliščine, v katere so vpeti zdravstveni delavci, ki se na svojem delovnem mestu srečujejo s tujci, hkrati pa nam sugerira, da se zdravstveni delavci z uporabniki, ki ne govorijo slovensko, srečujejo praktično povsod, zlasti če upoštevamo, da je 94 % anketirancev odgovorilo, da so se že srečali s tovrstnimi situacijami. Po drugi strani je delež anketnih odgovorov v primerjavi s celotno populacijo zdravstvenih delavcev zelo nizek, 1,6 %, kljub temu da je bil prek obeh relevantnih zbornic vprašalnik poslan vsem članom, vendar verjamemo (in to se potrjuje tudi v odgovorih), da so na naša vprašanja odgovarjali ravno tisti, ki jih problematika komunikacije s tujejezičnimi pacienti najbolj neposredno obremenjuje in so zato bili motivirani za odgovarjanje. Na podlagi takšnega razmišljanja bi torej lahko odgovore imeli za reprezentativen vzorec izkušenj z uporabniki zdravstvenih storitev, ki ne govorijo slovensko.

Iz odgovorov na različna zgoraj navedena vprašanja lahko sklepamo, da so najpogostejše težave tujejezičnih uporabnikov zdravstvenih storitev na Slovenskem povezane z različnimi stanji, ki zahtevajo takojšnje ukrepanje s strani zdravstvenega osebja: pri tem gre lahko za razna akutna stanja, vnetja in/ali poškodbe, za katere se uporabniki zdravstvenih storitev obrnejo na specialista družinske medicine, pediatria oz. urgenco/SNMP; lahko pa gre npr. za stanja, v katerih potrebujejo stalni nadzor ali oskrbo, kot v primeru nosečnic oz. otročnic. Izobrazbena struktura anketirancev nam prav tako potrjuje zgornja dognanja. Če sklepamo po odgovorih na vprašanje o formalni izobrazbi, se med specializacijami najpogosteje pojavlja družinska medicina, na drugem mestu sta ginekologija in porodništvo, nato pa pediatrija. Bolnišnično osebje je sicer v večini kot svoje delovno okolje označilo

bolnišnične oddelke, vendar se zelo visoko pojavljajo tudi urgentni centri, med specialističnimi ambulantami pa so pogoste npr. infekcijska in kardiološka, ki prav tako pogosto obravnavajo akutne situacije. Po drugi strani med zaposlenimi v zdravstvenih domovih izrazito prevladujejo tisti, ki delajo na področju družinske medicine, pediatrije, nujne medicinske pomoči in nekatere specialistične ambulante, kot je referenčna ambulanta. Zasebni sektor zdravstvenega področja je zaradi svoje narave nekoliko poseben, zato ne preseneča, da je največ anketirancev z zobozdravstvenega področja in patronaže, takoj za tem pa se pojavijo tudi področja, ki se najpogosteje pojavljajo v javnem zdravstvu: ginekologija, psihiatrija in redkeje omenjena dermatologija.

Izpostaviti velja še medicino dela, prometa in športa, ki je povezana z iskalci zaposlitve in pridobivanjem dokumentacije, potrebne za delo v Sloveniji, ki se pojavlja v odgovorih na vsa relevantna vprašanja, ter psihiatrijo, kjer anketiranci med zdravstvenimi težavami, zaradi katerih so tujejezični uporabniki zdravstvenih storitev stopili v stik z zdravstvenim osebjem, navajajo prilagoditvene motnje, psihotične motnje, anksioznost, depresivnost ter motnje zaradi odvisnosti od drog, ki so do določene mere lahko povezane s travmami migrantov z območij, zaznamovanih z oboroženimi konflikti.

Zlasti pa se tipologija težav uporabnikov zdravstvenega sistema, ki ne znajo slovensko, potrjuje v navedenih najpogostejših področjih, kjer po mnenju anketirancev prihaja do težav – torej na Urgenci/SNMP, v družinski medicini, pediatriji itd. (prim. Sliko 6) – ter v podatkih o najpogostejših zdravstvenih težavah, kjer so najpogostejša razna akutna stanja in vnetja, nosečnost in porod, poškodbe, pa tudi psihiatrične in gastrointestinalne težave.

4 SKLEP

V tem poglavju predstavljamo del podatkov, ki smo jih pridobili z vprašalnikom, ki je bil poslan vsem članom Zdravniške zbornice Slovenije in Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije, in sicer tisti del, ki se nanaša na demografske podatke, delovno okolje in področja delovanja zdravstvenih delavcev, ki se srečujejo z neslovensko govorečimi uporabniki zdravstvenih storitev, in na najpogostejše zdravstvene težave, ki jih imajo tuje govoreči bolniki. Kljub nizkemu deležu odgovorov, ki smo jih prejeli, smo prepričani, da izražena mnenja dovolj dobro odražajo stanje, saj izhajamo iz predpostavke, da so odgovorili prav tisti zdravstveni delavci, ki jim je problematika blizu, ki se pogosto srečujejo z neslovensko govorečimi bolniki in ki so s svojimi odgovori in izkušnjami želeli izraziti lastni odnos do problematike. Namen je bil namreč ugotoviti, kje se stik med zdravstvenimi delavci in tujejezičnimi uporabniki najpogosteje pojavlja.

Čeprav smo pri anketirancih poizvedovali tudi po geografski regiji, od koder prihajajo anketiranci, je za nas bolj kot geografski vidik pomembna informacija o medicinskem področju, na katerem prihaja do tovrstnih stikov. Iz razporeditve anketirancev po slovenskih regijah lahko sicer razberemo, da zdravstveni delavci prihajajo v stik s tujejezičnimi pacienti povsod, čeprav je daleč največ odgovorov prišlo iz osrednjeslovenske regije.

Iz ostalih pridobljenih informacij sklepamo, da tujejezični bolniki poiščejo pomoč zdravstvenih ustanov daleč najpogosteje takrat, ko nujno potrebujejo zdravniško pomoč: bodisi zaradi stanj, pri katerih potrebujejo zdravniško oskrbo, kot so nosečnost, porod ali poporodno stanje, bodisi zaradi različnih akutnih stanj in vnetij, poškodb, tako odraslih kot otrok, redkeje zaradi kroničnih bolezni, medtem ko se ostale vrste zdravstvenih težav ali stanj skorajda ne pojavljajo. Edina izjema, ki se kaže v tem smislu, je področje medicine dela, saj v tem primeru uporabniki v stik z zdravstvenim sistemom prihajajo zaradi dokumentacije, potrebne pri zaposlovanju.

Dognanja analize sugerirajo, da bi se dalo morebitna sredstva, ki bi jih deležniki lahko vložili v reševanje jezikovne problematike v zdravstvu, ciljno usmeriti na tista področja zdravstva, kjer najpogosteje prihaja do težav in kjer bi bil njihov učinek najvidnejši in najpomembnejši. V ta namen bi bilo sicer nujno pričujočo raziskavo razširiti s podrobnejšo analizo situacije, saj je bil namen našega vprašalnika v osnovi nekoliko drugačen in so vprašanja in posledično odgovori mestoma presplošni, da bi jih lahko uporabili z absolutno mero gotovosti. Poleg tega bi bilo v tem primeru nujno poiskati način, kako spodbuditi zdravstvene delavce k večjemu odzivu na vprašalnik, da bi odgovori zaradi večjega vzorca bili še zanesljivejši.

Reševanje jezikovnih ovir v slovenskem zdravstvu: analiza stanja

Nike K. Pokorn

Izvleček

Poglavje povzema ugotovitve, zbrane v spletni anketi leta 2016, posredovani vsem članom Zdravniške zbornice Slovenije in Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije, in sicer odgovore na vprašanja, v katerih smo zdravstvene delavce spraševali, katere tuje jezike govorijo in kako rešujejo situacije, ko ne razumejo uporabnikov zdravstvenih storitev in ti ne razumejo njih. Kot komentar k rezultatom ankete navajamo dognanja stroke in opozarjamo na potencialno problematično in nesprejemljivo reševanje jezikovnih in kulturnih težav v zdravstveni oskrbi.

1 UVOD

Kot je bilo opisano v prejšnjem poglavju, smo v drugi polovici septembra 2016 (od 15. 9. do 2. 10. 2016) poslali povezavo na anketo na vse javno objavljene elektronske poštne naslove izvajalcev zdravstvenih storitev oziroma zdravstvenih institucij v Sloveniji in na vse člane Zdravniške zbornice Slovenije in Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije. V anketi smo poskusili ugotoviti, v kolikšni meri se zdravstveni delavci v slovenskem zdravstvu pri svojem delu srečujejo z uporabniki zdravstvenih storitev, ki ne govorijo in ne razumejo slovenskega jezika, in kako v takšnih primerih vzpostavijo komunikacijo, ki omogoča kvalitetno nudenje zdravstvenih storitev.

V tem poglavju bomo predstavili odgovore na 9 delno odprtih vprašanj, ki se vežejo na to, v kolikšni meri se zdravstveno osebje v slovenskem zdravstvu srečuje s tujejezičnimi uporabniki zdravstvenih storitev, katere tuje jezike govorijo zdravstveno osebje in tujejezični uporabniki zdravstvenih storitev, kateri jeziki predstavljajo največ težav pri vzpostavljanju komunikacije, ter na kakšen način zdravstveni delavci rešujejo težave v sporazumevanju, ko se srečujejo z uporabniki zdravstvenih storitev, ki ne govorijo oz. ne razumejo slovensko.

2 METODA IN DEFINICIJE TEMELJNIH POJMOV

Izraza komunikacija in sporazumevanje uporabljamo kot sopomenki, čeprav nekateri strokovnjaki ločujejo med njima in poudarjajo, da je sporazumevanje cilj vsake komunikacije in ima zato ožji pomen (gl. npr. Morel in Gorjanc 2016: 9). V članku tudi uporabljamo izraz komunikacijska strategija, s katerim zaznamujemo vsak poskus govorca, da bi rešil komunikacijski problem, ki je nastal kot posledica rabe več kot enega jezika v pogovoru (Pym 2018).

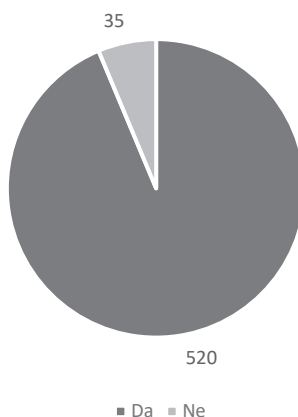
Populacijo, ki jo je zajel vprašalnik, podrobneje opisuje prvo poglavje. V tem poglavju se povečamo osrednjemu delu tega raziskovalnega vprašalnika (tj. devetim vprašanjem (tj. 2, 8-15)), ki je bil sestavljen iz vprašanj zaprtega tipa (npr. vprašanje, ali se je anketiranec pri svojem delu že srečal z uporabnikom zdravstvenih storitev, ki ni govoril slovensko, in vprašanje, ali je bil tolmač pri pogovoru z uporabnikom zdravstvenih storitev osebno prisoten ali ne), iz kombiniranih vprašanj, sestavljenih iz zaprtih odgovorov, ki jim je bil kot izhodna možnost priključen še odprti odgovor (npr. vprašanja, ki sta se vezala na znanje jezikov anketirancev in na jezike, ki so jih uporabljali uporabniki zdravstvenih storitev, ter vprašanje, ki je določalo pogostnost rabe posamezne komunikacijske strategije v večjezičnih stikih), in iz vprašanj z mersko lestvico, s katerimi smo želeli dobiti

vpogled v nivo znanja tujih jezikov zdravstvenih delavcev in v uspešnost posamezne komunikacijske strategije, uporabljene v večjezičnih stikih. Pri samooceni znanja tujih jezikov so zdravstveni delavci odgovarjali na vprašanje s tristopenjsko Likertovo mersko lestvico (»zelo dobro«, »dobro«, »osnovno«), ki ji je bila dodana možnost izbire, da določenega jezika ne znajo. Prav tako je bila tristopenjska lestvica (»uspešno«, »delno uspešno«, »neuspešno«) uporabljena pri odgovorih na vprašanje, kako uspešna je bila posamezna komunikacijska strategija pri vzpostavljanju komunikacije s tujejezičnim uporabnikom zdravstvenih storitev.

3 ODGOVORI NA VPRAŠANJA, VEZANA NA VEČJEZIČNE STIKE V ZDRAVSTVU

Kot je bilo predstavljeno v prejšnjem poglavju, smo v septembru 2016 izvedli vseslovensko anketo med zdravstvenimi delavci, ki delujejo v Republiki Sloveniji, na katero je odgovorilo 564 zdravstvenih delavcev (356 zdravstvenikov oz. medicinskih sester (63 %), 154 zdravnikov (27 %), 34 zobozdravnikov (6 %) in 20 ostalih zdravstvenih delavcev (4 %; npr. fizioterapevti, defektologi, logopedi, socialni delavci, radiološki inženirji ipd.)), kar resda predstavlja majhen delež celotne populacije, vendar vseeno nudi vpogled v reševanje tovrstnih problemov v slovenskem zdravstvu, še posebej z ozirom na to, da so na anketo odgovorili predvsem tisti zdravstveni delavci, ki se pri svojem delu srečujejo z uporabniki zdravstvenih storitev, ki ne govorijo in razumejo slovenskega jezika (gl. Sliko 1).

Ali se kot zdravstveni delavec pri svojem delu srečujete z bolniki, ki ne znajo slovenskega jezika?



Slika 1: Število anketirancev, ki se pri svojem delu srečuje s tujejezičnimi uporabniki slovenskega jezika

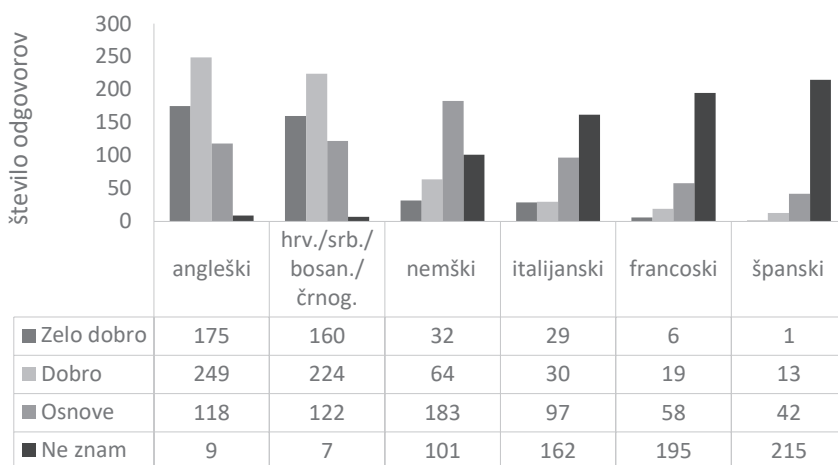
3.1 Odgovori na vprašanje 8 glede pogostnosti stikov s tujejezičnimi uporabniki zdravstvenih storitev

Na osmo vprašanje, ali pri svojem delu prihajajo v stik s tujejezičnimi uporabniki zdravstvenih storitev, je namreč odgovorilo 555 anketirancev (kar predstavlja 92 % vseh anketirancev) in le 35 (6 %) jih je odgovorilo, da se z njimi ne srečujejo, medtem ko ima 520 (94 %) zdravstvenih delavcev redne stike z uporabniki zdravstvenih storitev, ki ne govorijo slovenskega jezika.

3.2 Odgovori na vprašanji glede znanja tujih jezikov zdravstvenih delavcev (vprašanje 2) in uporabnikov zdravstvenih storitev v slovenskem zdravstvenem sistemu (vprašanje 9)

Na vprašanje, katere tuje jezike obvladajo, je odgovorilo 547 anketirancev, ki so tudi sami ocenili svoje znanje teh jezikov, in sicer kot zelo dobro, dobro, osnovno, ali pa so napisali, da jezika ne obvladajo. Svoje znanje tujih jezikov so lahko ocenjevali pri naslednjih jezikih: angleški, hrvaški/srbski/bosanski/črnogorski, nemški, italijanski, francoski in španski jezik. Nekateri so označili le tiste jezike, ki jih do določene mere obvladajo, drugi so označili svoje znanje pri vseh navedenih jezikih. Anketiranci so lahko dopisali še dodatne tuje jezike, ki niso bili na seznamu: skupno 14 anketirancev je tako navedlo še ruski jezik (7 anketirancev), po en

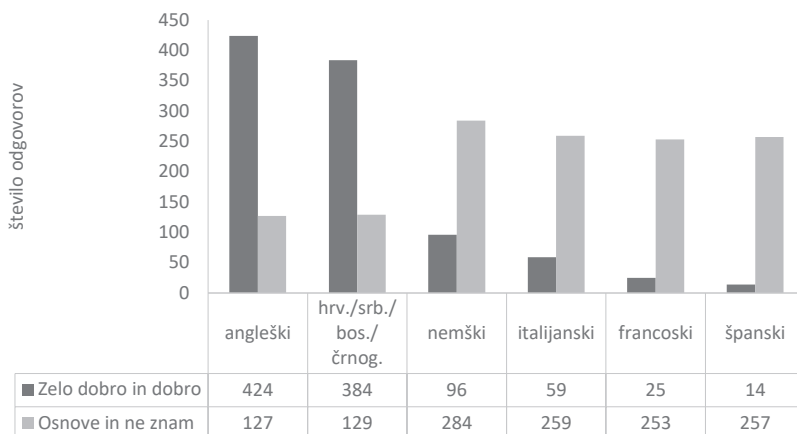
Znanje jezikov zdravstvenih delavcev



Slika 2: Samoocena anketirancev o znanju tujih jezikov

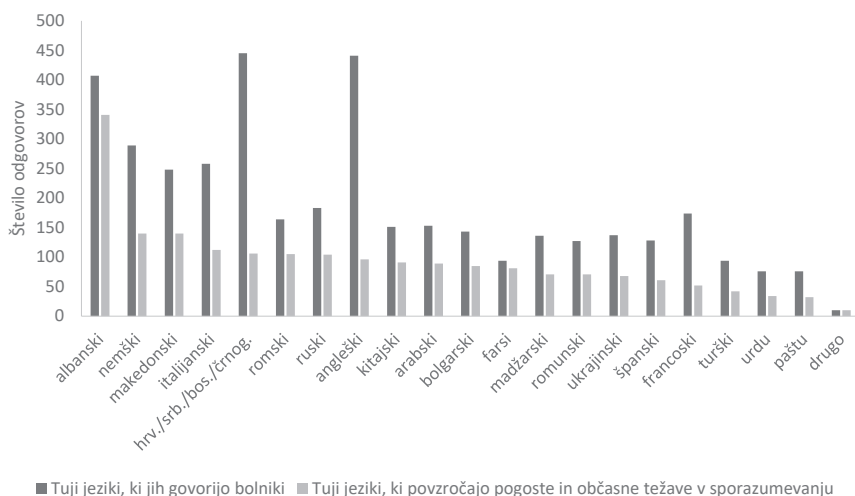
anketiraneec pa je dodal še znakovni jezik, ukrajinski, latinski, arabski, japonski, madžarski in portugalski jezik. Rezultati so navedeni na Sliki 2, konsolidirani rezultati pa na Sliki 3.

Znanje jezikov zdravstvenih delavcev – konsolidirani rezultati



Slika 3: Konsolidirana samoocena anketirancev o znanju tujih jezikov

Tuji in težavni jeziki, ki jih govorijo bolniki v slovenskem zdravstvu



Slika 4: Število anketirancev, ki se srečujejo z uporabniki zdravstvenih storitev, ki govorijo posamezne tuje jezike, in jeziki, ki povzročajo pogoste in občasne težave v sporazumevanju

Iz rezultatov je razvidno, da zdravstveno osebje, ki deluje v Republiki Sloveniji, predvsem zelo dobro in dobro obvlada angleški in hrvaški/srbski/bosanski/črnogorski jezik, medtem ko druge tuje jezike znajo le posamezniki. Znanje italijanskega in madžarskega jezika je pogosteje zaslediti v dvojezičnih območjih, kar je podrobneje predstavljeno v naslednjem poglavju.

Anketirance smo tudi prosili, naj navedejo, s katerimi tujimi jeziki se srečujejo pri svojem delu in s katerimi tujimi jeziki, ki jih govorijo uporabniki zdravstvenih storitev, imajo pri svojem delu največ težav (Slika 4).

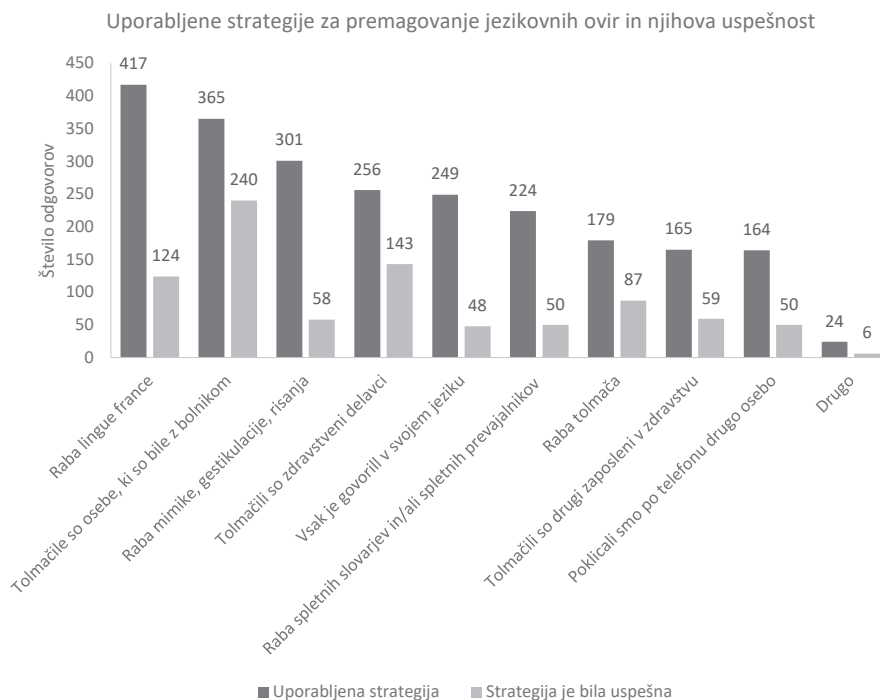
Iz rezultatov, ki so predstavljeni na Sliki 4, je razvidno, da so sicer tuji jeziki, s katerimi se zdravstveni delavci najpogosteje srečajo pri opravljanju svojega dela, hrvaščina/srbščina/bosansščina/črnogorščina, ki jim sledita angleščina in albansščina, vendar pa največje težave pri vzpostavljanju komunikacije predstavlja predvsem albanski jezik.

3.3 Odgovori na vprašanje 10, v katerih so anketiranci določili uporabljene strategije za premagovanje jezikovnih ovir v slovenskem zdravstvu

Pri vprašanju, kako uspešno so reševali težave v komunikaciji, ki so nastale kot posledica nepoznavanja jezika uporabnika zdravstvenih storitev, so anketiranci lahko izbirali med naslednjimi možnimi strategijami:

- a) Govorili smo drug (svetovni) jezik.
- b) Pomagal sem si s spletnimi slovarji in/ali spletnim prevajalnikom *Google Translate*.
- c) Tolmačile (prevajale) so druge osebe, ki so bile z uporabnikom.
- d) Tolmačili (prevajali) so kolegi – zdravstveni delavci, ki govorijo ta jezik.
- e) Tolmačili (prevajali) so drugi zaposleni v zdravstvu (ne zdravstveni delavci).
- f) Jaz sem govoril slovensko, uporabnik je govoril v svojem jeziku.
- g) Poklicali smo tolmača (prevajalca).
- h) Poskušal sem se sporazumevati z mimiko, gestikulacijo, risanjem.
- i) Po telefonu smo poklicali drugo osebo.
- j) Drugo.

Anketirance smo prosili, naj ne označujejo tistih načinov sporazumevanja, ki jih ne uporabljajo. Prosili smo jih tudi, naj označijo tiste strategije, ki so se izkazale kot uspešne pri vzpostavljanju komunikacije z uporabniki zdravstvenih storitev. Rezultati so predstavljeni na Sliki 5.



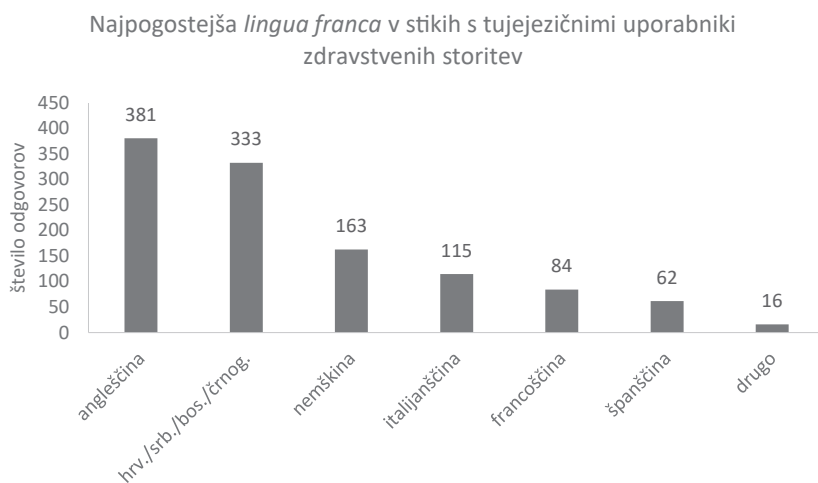
Slika 5: Število anketirancev, ki uporablja posamezno komunikacijsko strategijo, in njihove ocene uspešnosti posamezne strategije

Rezultati so pokazali, da je najpogosteje uporabljena strategija v slovenskem zdravstvu raba *lingue france*, tj. splošnosporazumevalnega jezika, in sicer najpogosteje raba globalne *lingue france* angleščine in regionalne *lingue france* hrvaščine/srbščine/bosansščine/črnogorščine. Tej strategiji sledi uporaba t. i. *ad-hoc* tolmačev, tj. oseb, ki niso usposobljene za tolmaško delo, ampak le (delno) obvladajo tako jezik uporabnika zdravstvenih storitev kot tudi dominantni jezik družbe, v kateri poteka zdravstvena oskrba, ali pa enega izmed splošnosporazumevalnih jezikov okolja (v našem primeru angleščino ali srbščino oz. hrvaščino). Temu sledi sporazumevanje s pomočjo mimike in gest, nadalje slovenski zdravstveni delavci prosijo za pomoč kolege, ki znajo jezik uporabnika zdravstvenih storitev. Dokaj pogosto se zatekajo tudi k medjezikovnemu razumevanju, tj. praksi, ko vsak od govorcev govori svoj prvi jezik in se poskušajo razumeti. Pogosta pa je tudi raba spletnih slovarjev in prevajalnikov (kot je, na primer, *Google Prevajalnik*). Dokaj redko

zdravstveni delavci angažirajo profesionalne tolmače, prav tako redko prosijo za pomoč druge zaposlene v zdravstvu (npr. strežnice, ki govorijo jezik uporabnika zdravstvenih storitev). Najredkeje pa sežejo po telefonu in pokličejo koga, ki jim prek telefonske zveze tolmači in tako pomaga vzpostaviti komunikacijo z uporabnikom zdravstvenih storitev. Od 164 anketirancev, ki so poklicali nekoga po telefonu, jih je le 10 natančneje določilo, koga so poklicali: 9 jih je navedlo, da so govorili s sorodniki uporabnika zdravstvenih storitev (s soprogom, soprogo, sinom), eden pa je po telefonu poklical prijateljico. Od 19 anketirancev, ki so izbrali odgovor »drugo«, so le 4 podali podrobnejšo pojasnitev: dva sta poiskala pomoč sorodnikov prek uporabe brezplačnega internetnega telefonskega omrežja *Skype*, eden je uporabil prevajalnik v operacijskem sistemu iOS, ki omogoča prevajanje govora, ena anketiranka pa je navedla, da je znala jezik uporabnika zdravstvenih storitev.

3.4 Odgovori na vprašanje 11 glede najpogostejšega splošnosporazumevalnega jezika v slovenski zdravstveni oskrbi

Vprašanja o najpogostejših strategijah za premagovanje jezikovnih ovir so vodila anketirance do več podvprašanj. Tako so tisti, ki so označili, da so uporabili splošnosporazumevalni jezik v pogovoru z uporabniki zdravstvenih storitev, določili tudi jezik, ki so ga najpogosteje uporabili (gl. Sliko 6).



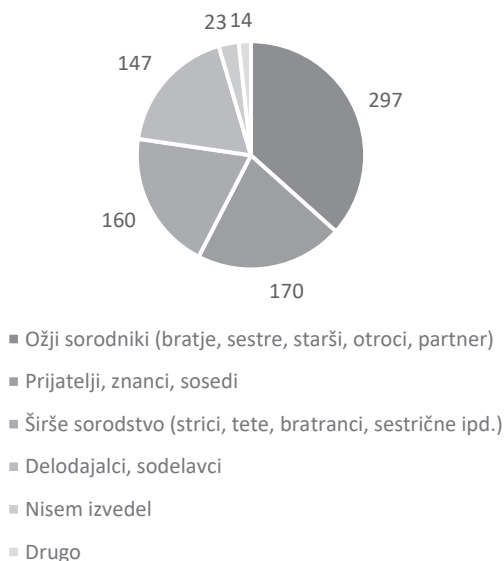
Slika 6: Jeziki, ki se uporabljajo kot *lingua franca* v komunikaciji z uporabniki zdravstvenih storitev

Anketiranci so tako za najpogostejši splošnosporazumevalni jezik označili angleščino, ki ji tesno sledijo hrvaščina/srbščina/bosansščina/črnoгорščina. Nemščina, italijanščina, francoščina in španščina so veliko redkeje uporabljane. Izmed 16 anketirancev, ki so označili odgovor »drugo«, je le eden določil jezik, ki ga uporablja, in sicer albanščino.

3.5 Odgovori na vprašanje 12 glede profila neprofesionalnih tolmačev v slovenskem zdravstvu

Anketiranci, ki so označili, da so pri vzpostavitvi komunikacije z uporabniki zdravstvenih storitev pomagali spremljevalci tujejezičnih uporabnikov zdravstvenih storitev, so tudi podrobneje določili, kdo so bile osebe, ki so spremljale uporabnika zdravstvenih storitev in so obenem tolmačile pogovor med zdravstvenim delavcem in uporabnikom zdravstvenih storitev (gl. Sliko 7).

Spremljevalci bolnika, ki so tolmačili



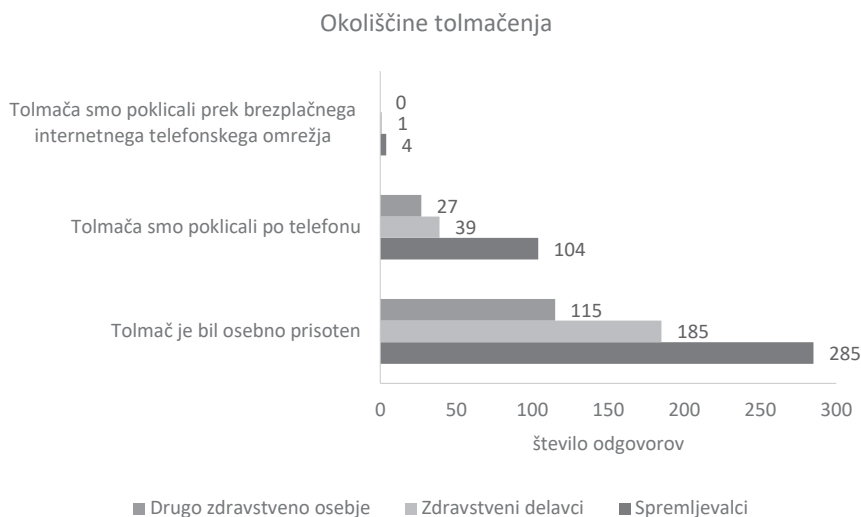
Slika 7: Natančnejša določitev spremljevalcev uporabnikov zdravstvenih storitev

Najpogosteje so vlogo neprofesionalnih tolmačev prevzeli ožji sorodniki ($n = 297$), drugo najštevilčnejšo skupino predstavljajo sosedi, prijatelji in znanci ($n = 170$), tretjo širše sorodstvo ($n = 160$), ki mu sledijo delodajalci in sodelavci ($n = 147$). V kategoriji »drugo« so anketiranci navedli še sobodajalce in turistične delavce, v

nekaterih primerih (n = 23) pa zdravstveni delavci ne izvedo, v kakšnem razmerju je spremljevalec z uporabnikom zdravstvenih storitev.

3.6 Odgovori na vprašanja 13, 14 in 15 glede fizične (ne)prisotnosti tolmačev pri obravnavi uporabnika zdravstvenih storitev

Anketirance, ki so jim pri obravnavi uporabnika zdravstvenih storitev pomagale osebe, ki so tolmačile, in sicer tako profesionalni tolmači kot zdravstveni delavci in drugi delavci v zdravstveni oskrbi, smo prosili, da označijo, kako je tolmačenje potekalo (gl. Sliko 8).



Slika 8: Fizična prisotnost ali odsotnost osebe, ki je tolmačila

V veliki večini primerov, in sicer pri vseh treh kategorijah oseb, ki so tolmačile, je tolmačenje potekalo ob prisotnosti osebe, ki je nudila to storitev. Tolmačenje prek telefona se uporablja veliko redkeje, medtem ko je bila raba brezplačnega internetnega telefonskega omrežja (npr. Skype, Viber ipd.) še redkejša.

4 DISKUSIJA

Če povzamemo: odgovori na vprašanje, katere jezike govorijo zdravstveni delavci v slovenskem zdravstvenem sistemu in kako dobro jih obvladajo, kažejo, da je

prvi tuji jezik zdravstvenih delavcev angleščina, ki ji sledijo hrvaščina/srbščina/bosansščina/črnogorščina. Znanje drugih tujih jezikov je omejeno na manjše število anketirancev. Zanimivo je, da kljub prevladi znanja angleškega jezika, ki je v slovenskem izobraževalnem sistemu zastopan kot prevladujoči obvezni prvi tuji jezik že na osnovnošolski ravni,¹ 127 zdravstvenih delavcev, ki so odgovorili na to vprašanje, vseeno določi svoje znanje angleščine kot osnovno oziroma neobstoječe. Ti podatki se skladajo z izsledki drugih raziskav, ki poročajo o tem, da tujejezični prebivalci Slovenije opažajo, da je znanje angleškega jezika v slovenskem zdravstvenem sistemu pomanjkljivo predvsem pri medicinskih sestrah in zdravstvenikih (Pokorn in Čibej 2018a).

Zanimiva je primerjava seznama tujih jezikov, ki jih obvladajo zdravstveni delavci, s seznamom tujih jezikov, ki jih govorijo uporabniki v slovenskem zdravstvenem sistemu. Ta primerjava jasno pokaže, da največ uporabnikov zdravstvenih storitev, ki ne govori slovensko in stopa v slovensko zdravstveno oskrbo, uporablja hrvaščino/srbščino/bosansščino/črnogorščino in angleščino in da ti stiki zdravstvenim delavcem ne predstavljajo večjih težav. Kot najpogostejši tuji jezik, s katerim se srečujejo zdravstveni delavci in obenem predstavlja največjo težavo pri vzpostavljanju komunikacije, anketiranci označujejo albanski jezik, ki mu sledijo nemščina, makedonščina in ostali jeziki na seznamu.

Rezultati ankete so tudi pokazali, da anketiranci najpogosteje uporabljajo splošnosporazumevalni jezik ali *linguo franco* za vzpostavljanje komunikacije z uporabniki zdravstvenih storitev (n = 417), vendar pa te strategije ne ocenjujejo kot najuspešnejše, saj je po pridobljenih rezultatih na tretjem mestu po uspešnosti. Odgovor na vprašanje, zakaj ta strategija ni ocenjena kot najuspešnejša, se po vsej verjetnosti skriva v stopnji znanja splošnosporazumevalnih jezikov med zdravstvenim osebjem in uporabniki zdravstvenih storitev, ki vstopajo v slovenski zdravstveni sistem. Nedavne raziskave namreč kažejo, da migranti, in sicer tako ti, ki nameravajo ostati v Republiki Sloveniji le kratek čas, kot tudi tisti, ki ostanejo v Sloveniji nekaj let ali pa celo življenje, večinoma navajajo, da znajo angleško, vseeno pa podrobnejša analiza razkriva, da vsi migranti, in sicer ne glede na državo izvora in stopnjo izobrazbe, izkazujejo potrebo po jezikovni pomoči v zgodnjih fazah bivanja v državi gostiteljici v visoko tveganih situacijah, kot so uradni in sodni postopki, ter pri zdravstveni oskrbi (Pokorn in Čibej 2018b, 2018c). Migranti so v svojih odgovorih tudi opozarjali, da težave nastajajo tudi zaradi pomanjkljivega znanja angleščine pri zdravstvenih delavcih (Pokorn in Čibej 2018a), zato stroka tudi na mednarodni ravni poziva po rednem preverjanju znanja tujih jezikov pri zdravstvenih delavcih (Lion et al. 2012, Soto et al. 2012, Diamond et al. 2014).

1 V Republiki Sloveniji se v osnovnih šolah obvezno izvaja pouk prvega tujega jezika, ki je lahko angleščina ali nemščina. Cf. Člen 4, *Pravilnik o postopnem uvajanju prvega tujega jezika v 1. razred osnovne šole*, <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/112658>. Dostop 10. 8. 2018.

Druga najpogosteje uporabljena komunikacijska strategija v večjezičnih stikih v slovenskem zdravstvu, ki so jo med vsemi strategijami anketiranci označili kot najuspešnejšo,² je bila uporaba ad-hoc tolmačev (n = 365), tj. oseb, ki nimajo tolmaške izobrazbe, a spremljajo uporabnika zdravstvenih storitev in razumejo tako jezik zdravstvenega delavca kot jezik uporabnika zdravstvenih storitev. V luči tega, da v Sloveniji razen za znakovni jezik nimamo organizirane systemske jezikovne podpore v zdravstvu (Morel in Gorjanc 2016: 143–145, Morel et al. 2012, Pokorn et al. 2009), tako pogosta raba neprofesionalnih tolmačev ni presenetljiva. Presenetljivo je bolj dejstvo, da zdravstveno osebje v Sloveniji takšno storitev ocenjuje kot relativno uspešno, kljub dejstvu, da strokovnjaki s področja sporazumevanja v zdravstvu že več let priporočajo, naj se sorodniki, prijatelji ter tolmaško in medicinsko neizobraženi delavci v zdravstvu uporabljajo le v skrajni sili, in sicer zaradi tega, ker takšni tolmači pogosto tolmačijo narobe, mnoge stvari izpustijo ali pa dodajo. Po navadi imajo tudi pomanjkljivo znanje s področja medicinske terminologije, problem pa lahko postane tudi zaupnost in zasebnost podatkov ter zavezanost k molčečnosti (Lesch in Saulse 2014, Hannouna 2012, Meyer et al. 2010, Meyer 2009, Flores 2005, Pöchhacker in Kadric 1999). Še posebej problematično je, če tolmačijo otroci – nekatera okolja zato celo izrecno prepovedujejo uporabo otrok v te namene (npr. v ameriški zvezni državi Kalifornija). Sorodniki in otroci, na primer, težje poročajo o nasilju v družini, vzrokih nasilja, psihiatričnih obolenjih in spolno prenosljivih boleznih. In nenazadnje, tolmačenje za potrebe zdravstvene oskrbe je pogosto tudi emocionalno zelo stresno, še posebej, če je treba sporočiti nekemu, da ima terminalno bolezen in da bo v kratkem umrl (Srivastava 2017). Otroci takšne pritiske še posebej težko prenašajo (gl. npr. Kohn 1996).

Zaskrbljujoče je, da je tretja najpogostejša strategija (n = 301), ki jo zdravstveni delavci in uporabniki zdravstvenih storitev uporabljajo za premoščanje jezikovnih zaprek, gestikuliranje, mimika in risanje. Zdi se, da je tako pogosta raba te strategije posledica zmotnega prepričanja, da se pomen v kliničnem pogovoru da prenesti z gestami, ker je ta objektivnejši in bolj znanstven od jezika v drugačnih komunikacijskih situacijah. V nasprotju s tem prepričanjem zato *Standardi prakse IMIA* (International Medical Interpreters Association), tj. Združenja medicinskih tolmačev ZDA, še posebej opozarjajo, da je raba jezika ključna v pogovoru z bolnikom in da je zato v klinični praksi ne smejo nadomestiti zgolj geste (Medical Interpreting Standards of Practice: 10). Zato tudi ne preseneča, da je le 28 % anketirancev, ki so uporabili to strategijo, ocenilo, da je bil ta način sporazumevanja uspešen, tako da so to strategijo (od osmih možnih) po uspešnosti uvrstili na šesto mesto.

Na četrto mesto po pogostnosti uporabe in drugo po uspešnosti se uvršča uporaba zdravstvenih delavcev, ki pomagajo kot tolmači. Kar 256 anketirancev si je

2 Kar 66 % anketirancev, ki je odgovorilo na to vprašanje, je ocenilo, da je bila taka pomoč uspešna.

pomagalo na ta način in 143 (56 %) med njimi jih je je označilo to strategijo kot uspešno. Pogosta raba te strategije je gotovo tudi posledica dejstva, da imajo večje zdravstvene ustanove v Sloveniji (kot je na primer Univerzitetni klinični center) interne sezname zdravstvenih delavcev, ki govorijo tuje jezike in so pripravljene pomagati pri pogovoru z uporabniki zdravstvenih storitev, ki jih zdravstveno osebe ne razume. Uspešnost pomoči zdravstvenega osebja, ki je dvojezično ali dobro obvlada nek tuji jezik, lahko pripišemo dejstvu, da imajo take osebe poleg jezikovnih kompetenc tudi strokovne kompetence s področja zdravstvene oskrbe in lahko zato zavzamejo t. i. »dvojno vlogo« (Hlavac 2017), in sicer kot tolmači in kot zdravstveni delavci. Razlog da 44 % anketirancev to strategijo vseeno označuje kot delno uspešno (n = 95) oz. neuspešno (n = 18), pa gre pripisati dejstvu, da v slovenskem zdravstvenem sistemu zdravstveni delavci, ki sprejemajo takšno vlogo, nimajo nobenih dodatnih izobraževanj s področja tolmačenja.

Peta najpogostejša strategija je tako imenovano medjezikovno razumevanje (Pirih Svetina et al. 2016, ten Thijs et al. 2016), tj. strategija, ko zdravstveni delavec govori v svojem jeziku, uporabnik zdravstvenih storitev pa v svojem in se skušata razumeti. Kar 249 vprašanih v anketi je odgovorilo, da so poskušali komunicirati na ta način, vendar jih je le 19 % (n = 48) ta način komunikacije označilo za uspešnega, kar uvršča to strategijo na zadnje mesto po uspešnosti med izbranimi komunikacijskimi strategijami. Nizka uspešnost te strategije ni presenetljiva, saj se rabo medjezikovnega razumevanja priporoča predvsem v primerih, ko govorca govorita sorodna jezika. V našem primeru je ta strategija, na primer, pogojno primerna, če uporabnik zdravstvenih storitev govori srbsko (hrvaško, bosansko, črnogorsko, slovaško, makedonsko ipd.), medicinsko osebe pa slovensko. Vseeno pa je tu treba poudariti, da lahko pride v visoko tveganih situacijah (npr., ko se bolniku dajejo napotki o nadaljnjem zdravljenju) do nerazumevanja bistvenih podatkov in posledično do nenadejanih zapletov oz. podaljšanega zdravljenja.

Kljub razširjenosti pametnih telefonov v Sloveniji, ki naj bi jih po podatkih medijev posedovala že več kot tretjina prebivalcev Slovenije (gl. npr. Kos 2017) in s tem imela možnost dostopanja do spleta, je dokaj majhno število anketirancev (n = 224) uporabilo prevajalske tehnologije (različna spletna orodja, prevajalnike in slovarje) za vzpostavljanje komunikacije s tujejezičnimi uporabniki zdravstvenih storitev, kar uvršča to strategijo na šesto mesto. Le 22 % anketirancev, ki so odgovorili na to vprašanje, je ocenilo ta način komunikacije za uspešnega, kar je po vsej verjetnosti posledica dejstva, da spletni prevajalniki še niso dovolj razviti za zanesljiv prenos informacij iz enega jezika v drugega, še posebej če gre za prevajanje med perifernimi jeziki, kot sta, na primer, slovenščina in arabščina.

Na predzadnje, sedmo mesto se je uvrstila raba profesionalnih tolmačev. Z uporabo te strategije v zdravstvenem okolju se je srečalo le 179 anketirancev in le 49 % izmed njih je ocenilo to pomoč kot uspešno (kar uvršča rabo profesionalnih

tolmačev na četrto mesto po uspešnosti, in sicer za tolmačenjem neprofesionalnih tolmačev in zdravstvenih delavcev ter za uporabo *lingue france*). Odgovor na to, zakaj uporabniki menijo, da je storitev profesionalnih tolmačev le v polovici primerov uspešna, najdemo v tem, da imamo v Republiki Sloveniji trenutno izobražene konferenčne tolmače,³ vendar ne za jezike novih migrantov in ne za področje zdravstva; in sodne tolmače, ki pa za uvrstitev v razvid sodnih tolmačev Ministrstva za pravosodje ne opravijo tolmaškega izobraževanja, prav tako pa ne pridobijo nobenih znanj s področja medicine. Kljub naporom, da bi v slovenski izobraževalni sistem vpeljali doizobraževalne programe, ki bi dodatno usposobili tolmače za delo v zdravstvenem okolju, in kljub temu da smo že izoblikovali predmetnik za izobraževanje tolmačev za področje zdravstva v okviru dveh projektov (enega evropskega *MedInt – Development of a curriculum for medical interpreters* (134007-LLP-2007-AT-GRUNDTVIG-GMP, 2007-2009) in enega nacionalnega *Tolmačenje za potrebe zdravstva v Sloveniji*, 2010–2013), zaradi finančnih razlogov programi izobraževanja niso zaživel (Gorjanc in Pokorn 2013). To pomeni, da profesionalni tolmači v slovenskem prostoru nimajo kompetenc za delo v zdravstveni oskrbi. Ker tudi slovenske zdravstvene ustanove, ki delujejo v okviru javnega zdravstva, ne zaposlujejo tolmačev (kot je to, na primer, praksa v tistih zveznih državah v ZDA, kjer prebivajo večje skupnosti neangleško govorečega prebivalstva, npr. špansko govoreča skupnost v Kaliforniji), tudi ni možnosti, da bi se posamezniki lahko specializirali na delovnem mestu. Zaradi vseh teh razlogov so profesionalni tolmači v slovenskem prostoru sicer dostopni, a vendarle ne nujno tudi uspešni pri tolmačenju v zdravstvenem okolju.

Na zadnje mesto po pogostnosti rabe ($n = 165$) in na peto mesto po uspešnosti so anketiranci uvrstili tolmačenje drugih zaposlenih v zdravstvu (npr. strežnic in ostalega pomožnega osebja), saj je le 35 % anketirancev, ki so odgovorili na to vprašanje, ocenilo takšno obliko jezikovne podpore kot uspešno. Ta dokaj nizka ocena uspešnosti tovrstne pomoči se sklada z rezultati raziskav, ki kvaliteto tolmačenja zaposlenih v zdravstvenem sistemu, ki nimajo ne tolmaškega in ne medicinskega znanja, ocenjujejo kot slabo in primerljivo po nizki kvaliteti s kakovostjo tolmačenja spremljevalcev uporabnika zdravstvenih storitev, t. i. *ad-hoc* tolmačev (Hsieh 2006).

In končno, rezultati ankete tudi kažejo, da raba telefonskega tolmačenja v slovenskem zdravstvenem sistemu še ni zelo razširjena. Če se zdravstveno osebje odloča za pomoč tolmača pri pogovoru z uporabnikom zdravstvenih storitev, je v veliki večini primerov (77 %) tolmač osebno prisoten (najsi je to neprofesionalni tolmač/spremljevalec, zdravstveni delavec ali zaposleni v zdravstvu). Le v 22 %

3 V Sloveniji izobražujemo tolmače na dveh inštitucijah: na univerzah v Ljubljani in Mariboru. Edini akreditirani, tj. s strani EU potrjeni program, je program tolmačenja na ljubljanski univerzi. Nekaj tolmačev, ki deluje v Sloveniji, se je izobrazilo tudi v tujini (npr. v Gradcu ali Trstu). Izobraževanje v Sloveniji poteka le za kombinacije slovenščine z angleščino, francoščino, nemščino in italijanščino.

primerov (n = 170) je tolmač pomagal prek telefona, medtem ko odgovori anketirancev kažejo, da je raba brezplačne internetne telefonije zanemarljiva, saj je ta pripomoček uporabil le 1 % (n = 5) anketirancev, ki so si v pogovoru z uporabnikom zdravstvenih storitev pomagali s tolmačem.

4 ZAKLJUČKI

Rezultati prve vseslovenske ankete zdravstvenih delavcev, ki se je posvečala stikom zdravstvenega osebja s tujejezičnimi uporabniki zdravstvenih storitev v slovenskem zdravstvenem sistemu, so pokazali, da zdravstveno osebje in uporabniki zdravstvenih storitev uporabljajo različne strategije pri reševanju jezikovnih zaprek in da se večinoma ne zavedajo tveganj, ki jih predstavlja raba posameznih strategij. Še posebej je presenetljivo to, da se številni zdravstveni delavci zatekajo k uporabi gest in mimike za vzpostavitev komunikacije z uporabniki zdravstvenih storitev, skrb zbujajoča pa je tudi neproblematizirana raba spremljevalcev uporabnikov zdravstvenih storitev in drugih zaposlenih v zdravstvenem sistemu (npr. strežnic in drugega podpornega osebja) za omogočanje pogovora z uporabniki zdravstvenih storitev.⁴

Ta situacija je pereča, saj so raziskave v državah, ki se že dalj časa soočajo s problemi povečanega priseljevanja skupnosti ljudi, ki ne govorijo jezika države gostiteljice, pokazale, da odsotnost ali pomanjkljiva kvaliteta tolmačenja in prevajanja za potrebe zdravstva ne predstavljata samo kršitve osnovnih civilizacijskih standardov, temveč pomenita tudi precejšnjo finančno breme za državo gostiteljico. Motnje v komunikaciji namreč lahko privedejo do neustreznih in pomanjkljivih diagnoz in posledično do napačnega zdravljenja. Na primer, Quan in Lynch (2010) poročata, da so v štirih zveznih državah ZDA v obdobju med 2005 in 2009 izplačali 2.289.000 \$ odškodnin in 2.793.800 \$ sodnih stroškov v 35 sodnih postopkih, ki so temeljili na zdravniških napakah kot posledicah neustrezne jezikovne podpore pri komunikaciji med zdravstvenim osebjem in uporabniki zdravstvenih storitev. Neuspešna komunikacija tudi poveča stroške medicinske oskrbe zaradi večje neučinkovitosti zdravljenja in se odraža v večkratnih in prepogostih obiskih pri zdravniku, daljših ležalnih dobah in podvajanjih preiskav. Na primer, študija vpliva znanja angleščine na dolžino ležalne dobe v treh terciarnih učnih zdravstvenih ustanovah v Torontu v Kanadi (John-Baptiste et al. 2004) na osnovi pregledane medicinske dokumentacije (n = 248.666) med letoma 1993 in 1999, kaže, da so bolniki, ki niso dobro govorili angleškega jezika in so prišli v bolnišnico zaradi težav, povezanih z žilnimi obolenji, nestabilnimi koronarnimi

⁴ V pomoč zdravstvenemu osebjem, ki se srečuje z neprofesionalnimi in profesionalnimi tolmači, v prilogi dodajamo kratka navodila za delo s tolmači v zdravstvenem okolju.

sindromi in prsno bolečino, zaradi operativne vstavitve srčnožilnih obvodov, možganske kapi, nevrokirurških posegov, sladkorne bolezni, večjih abdominalnih in rektalnih kirurških posegov ter programirane vstavitve kolčne endoproteze, ostali v bolnišnični oskrbi približno 0,5 dneva dlje kot bolniki s podobnimi bolezenskimi stanji, ki so znali angleški jezik. Ta raziskava ni upoštevala tega, ali je bil pri obravnavi bolnika prisoten tolmač ali ne. Ta dodatna spremenljivka je zato postala predmet raziskave Lindholma et al. (2012), ki je pokazala, da raba usposobljenih tolmačev prihrani stroške pri diagnosticiranju in zdravljenju. Avtorji so izvedli raziskavo v terciarni bolnišnici v ZDA, ki deluje v okviru harvardske univerze, in pregledali podatke za vse bolnike, ki so imeli omejeno znanje angleščine. Osredotočili so se na trajanje hospitalizacije in morebitni ponovni sprejem v bolnišnico zaradi iste težave v roku 30 dni. Podatke so primerjali v luči tega, ali so bolniki imeli možnost prisotnosti tolmača, ko so bili sprejeti v bolnišnico in ob odpustu, ali ne. Avtorji so pregledali podatke za vse bolnike, ki so imeli omejeno znanje angleščine v obdobju 3 let, in sicer med letoma 2004 in 2007. Po pregledu dokumentacije za 3071 bolnikov so ugotovili, da jih je le 39 % prejelo podporo v obliki tolmačenja pri sprejemu in odpustu. Bolniki, ki niso imeli te podpore, so bili hospitalizirani 0,75 do 1,47 dneva dlje in so bili pogosteje ponovno sprejeti v bolnišnico v roku 30 dni. Glede na to, da povprečna akutna obravnava bolnika v Sloveniji v letu 2018 stane približno 1380 evrov na dan in da tolmaška tarifa znaša 70 evrov na uro, lahko uvidimo, da bi bila vpeljava izobraženih tolmačev in kulturnih mediatorjev za delo v zdravstvu (gl. Lipovec Čebren et al. 2017) v slovensko zdravstveno oskrbo nujna ne samo zaradi zagotavljanja kvalitetne zdravstvene storitve, temveč koristna tudi s stališča skrbi za finančno vzdržnost slovenskega zdravstvenega sistema.

Reference

- Diamond, Lisa, Sukyung Chung, Warren Ferguson, Javier Gonzalez, Elizabeth A. Jacobs in Francesca Gany, 2014: Relationship Between Self-assessed and Tested Non-English-language Proficiency Among Primary Care Providers. *Medical Care* 52/5:435–438. DOI: 10.1097/MLR.000000000000102.
- Flores, Glenn, 2005: The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. *Medical Care Research and Review* 62/3: 255–299.
- Gorjanc, Vojko in Nike K. Pokorn, 2013: We are not giving up: training public-service translators and interpreters in the economic crisis. *mTm – A Translation Journal* 5: 18–39.
- Hannouna, Yasmin H., 2012: The need for adequate community interpreting services in healthcare multilingual settings: a case study in Al-Ain – UAE. *Translation and Interpreting Studies* 7/1: 72–95.

- Hlavac, Jim, 2017: Brokers, dual-role mediators and professional interpreters: a discourse-based examination of mediated speech and the roles that linguistic mediators enact. *The Translator* 23/2: 197–216.
- Hsieh, Elaine, 2006: Understanding medical interpreters: re-conceptualizing bilingual health communication. *Health Communication* 20/2: 177–186.
- John-Baptiste, Ava, Gary Naglie, George Tomlinson, Shabbir Alibhai, Edward Etchells, Angela Cheung, Moira Kapral, Wayne L Gold, Howard Abrams, Maria Bacchus in Murray Krahn, 2004: The effect of English language proficiency on length of stay and in-hospital mortality. *Journal of General Internal Medicine* 19: 221–228.
- Kohn, Fay, 1996: Migrant Children Interpreting for Parents – An Ethnographic Study. *XVI World Congress of the Fédération Internationale des Traducteurs (FIT)*. Melbourne: AUSIT. 366–384.
- Kos, Suzana, 2017: Umazana razmerja: ljudje in pametni telefoni. *Delo, Svet kapitala* (19. 8. 2017). <https://svetkapitala.delo.si/ikonomija/umazana-razmerja-ljudje-in-pametni-telefoni-3085#> (dostop 11. 3. 2018).
- Lesch, Harold M. in Bernice Saulse, 2014: Revisiting the interpreting service in the healthcare sector: a descriptive overview. *Perspectives* 22/3: 332–348.
- Lindholm, Mary, Lee Hargraves J, Warren Ferguson, George Reed, 2012: Professional language interpretation and inpatient length of stay and readmission rates. *Journal General Internal Medicine* 27/10: 1294–1295. DOI: 10.1007/s11606-012-2041-5.
- Lion, K. Casey, Darcy A. Thompson, John D. Cowden, Erierto Michel, Sarah A. Rafton, Rana F. Hamdy, Emily Fitch Killough, Juan Fernandez in Beth E. Ebel, 2012: Impact of Language Proficiency Testing on Provider Use of Spanish for Clinical Care. *Pediatrics* 130/1: e80–e87.
- Lipovec Čebren, Uršula, Sara Pistotnik, Simona Jazbinšek in Jerneja Farkaš-Lainščak, 2017: Evaluation of the implementation of intercultural mediation in preventive health-care programmes in Slovenia. *Public health panorama: journal of the WHO Regional Office for Europe* 3/1: 114–119. <http://www.euro.who.int/en/publications/public-health-panorama/journal-issues/volume-3,-issue-1,-march-2017>. (Dostop 11. 2. 2018)
- Medical Interpreting Standards of Practice*. 2007, 1998, 1997, 1996. IMIA (International Medical Interpreters Association), <http://www.imiaweb.org/uploads/pages/102.pdf> (dostop 10. 3. 2018).
- Meyer, Bernd, B. Pawlack in O. Kliche, 2010: Family Interpreters In Hospitals: Good Reasons For Bad Practice? *Mediazioni* 10: 297–324.
- Meyer, Bernd. 2009: Deutschkenntnisse von Migrant/innen und ihre Konsequenzen für das Dolmetschen im Krankenhaus. Pöllabauer, Sonja, Dörte Andres (ur.): *Spürst du, wie der Bauch rauf-runter? Fachdolmetschen im Gesundheitsbereich / Is everything all topsy-turvy in your tummy? Health care interpreting*. München: Meidenbauer. 139–157.

- Morel, Alenka in Vojko Gorjanc, 2016: *Skupnostno tolmačenje: slovenčina v medkulturni komunikaciji*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete UL.
- Morel, Alenka, Vojko Gorjanc in Nike K. Pokorn, 2012: Health-care interpreting in Slovenia. *The Interpreters' Newsletter* 17: 103–116.
- Pirih Svetina, Nataša, Mojca Schlamberger Brezar, Gregor Perko in Patrice Pognan, 2016: Ko vsak uporablja svoj jezik in razume svojega sogovorca. *Vestnik za tuje jezike* 8/1: 99–111. Ljubljana: Filozofska fakulteta UL. <https://revije.ff.uni-lj.si/Vestnik/article/download/7179/6884> (dostop 5. 11. 2018).
- Pöchhacker, Franz in Mira Kadric, 1999: The Hospital Cleaner as Healthcare Interpreter: A Case Study. *Dialogue Interpreting, Special issue of The Translator* 5/2: 161–178.
- Pokorn, Nike K., Mojca Matičič in Marko Pokorn, 2009: Medical interpreting in a new member state: a plea for a proactive approach. Pöllabauer, Sonja, Dörte Andres (ur.): *Spürst du, wie der Bauch rauf-runter? Fachdolmetschen im Gesundheitsbereich / Is everything all topsy-turvy in your tummy? Health care interpreting*. München: Meidenbauer. 171–180.
- Pokorn Nike K. in Jaka Čibej, 2018a: »Do I want to learn a language spoken by two million people?«: Mediation choices by mid-term and long-term migrants. *Language Problems and Language Planning* 42/3: 285–304.
- Pokorn, Nike K. in Jaka Čibej, 2018b: Interpreting and linguistic inclusion – friends or foes? Results from a field study. *The Translator* 24/2: 111–127.
- Pokorn, Nike K. in Jaka Čibej, 2018c: »It's so vital to learn Slovene«: Mediation choices by asylum seekers in Slovenia. *Language Problems and Language Planning* 42/3: 265–284.
- Pym, Anthony, 2018: Introduction: Why mediation strategies are important. *Language Problems and Language Planning* 42/3: 255–266.
- Quan, Kelvin in Jessica Lynch, 2010: *The High Costs of Language Barriers in Medical Malpractice*, 2010: University of California: School of Public Health, The National Health Law Program. <http://www.healthlaw.org/publications/the-high-costs-of-language-barriers-in-medical-malpractice#.Vj78naR-QhY> (dostop 11. 3. 2018).
- Soto, Christy, Regina Otero-Sabogal, Maria R. Moreno in Lisa C. Diamond, 2012: Bilingual dual-role staff interpreters in the health care setting: factors associated with passing a language competency test. *International Journal of Interpreter Education* 4/1. <https://www.cit-asl.org/new/bilingual-dual-role-staff-interpreters-in-the-health-care-setting-factors-associated-with-passing-a-language-competency-test/> (dostop 5. 11. 2018).
- Srivastava, Ranjana, 2017: The Interpreter. *New England Journal of Medicine* 376/9: 812–813.
- Thije, Jan D. ten, Charlotte Gooskens, Frans Daems, Leonie Cornips in Mieke Smits. 2016. *Lingua receptiva: Position paper on the European Commission's Skills Agenda*. <http://taalunieversum.org/sites/tuv/files/downloads/Taalunie%20positionpaper%20luistertaal%20%28Engels%29-def.pdf> (dostop 11. 3. 2018).

Jezikovne kompetence zdravstvenih delavcev

Marija Milavec Kapun, Nike K. Pokorn

Izvleček

V tem poglavju se vračamo na vprašanja v vseslovenski spletni anketi, na katero je leta 2016 odgovorilo 564 zdravstvenih delavcev, in sicer na tista vprašanja, v katerih smo zdravstveno osebje spraševali, katere tuje jezike govorijo in kako pogosto se srečujejo z uporabniki zdravstvenih storitev, ki ne razumejo slovensko. Njihove odgovore smo primerjali glede na osnovni poklic v zdravstvu in doseženo stopnjo izobrazbe zdravstvenih delavcev, ki so odgovorili na anketo, in na posamezne statistične regije, v katerih delujejo. Rezultati samoocen znanja tujih jezikov kažejo, da je znanje tujih jezikov slabše pri medicinskih sestrah kot pri zdravnikih in zobozdravnikih, in sicer ne glede na doseženo stopnjo izobrazbe. Razlog za to je po vsej verjetnosti stopnja srednješolske izobrazbe, ki je zahtevana za vpis na univerzitetni študij medicine oz. zdravstvene nege. Gimnazijska izobrazba, ki je predpogoj za vpis na študij medicine, namreč v nasprotju z srednjim strokovnim izobraževanjem zagotavlja znanje dveh tujih jezikov na višjem nivoju. Rezultati ankete kažejo, da bližina državne (in s tem tudi jezikovne) meje le deloma vpliva na to, katere jezike govorijo neslovensko govoreči pacienti v določeni regiji, in da se večina zdravstvenih delavcev iz vseh statističnih regij srečuje predvsem s hrvaško in albansko govorečimi pacienti.

1 UVOD

Z dinamiko globalnih migracij naraščajo potrebe po jezikovno prilagojenih zdravstvenih storitvah. Jezikovno prilagojene zdravstvene storitve so pomembne na vseh ravneh zdravstva za zagotavljanje kakovosti storitev, saj je kakovostna dvosmerna komunikacija ključna za ustrezno zdravstveno oskrbo, za vzpostavitev ustreznega kontakta med zdravstvenim delavcem in pacientom ter za celoten proces zdravstvene obravnave pacienta¹. Če zdravstveni delavci govorijo jezike pacientov, to ugodno vpliva na kakovost zdravstvenih storitev v bolnišnicah (van Rosse et al. 2016, Wolz 2015). Na drugi strani pa raziskave kažejo, da v primeru, da zdravstveni delavec ne razume jezika, ki ga uporablja pacient, prihaja do zdravstvenih neenakosti in je zdravstveno stanje pacientov po storitvi, ki jo izvede zdravstveni delavec, ki ne razume jezika pacienta, slabše kot stanje pacientov, ki imajo podobne zdravstvene težave, a jih oskrbi zdravstveni delavec, ki razume jezik svojih pacientov (Fernandez et al. 2011, Jacobs in Diamond 2017).

V tem poglavju podrobneje analiziramo vseslovensko spletno anketo, na katero je leta 2016 odgovorilo 564 zdravstvenih delavcev, in sicer odgovore na vprašanja, v katerih smo zdravstveno osebje spraševali, katere tuje jezike govorijo in kako pogosto se srečujejo z uporabniki zdravstvenih storitev, ki ne razumejo slovensko. Članek se osredotoča na morebitne razlike, ki se vzpostavljajo med zdravstvenimi delavci, ki se srečujejo s tujejezičnimi uporabniki zdravstvenih storitev, in sicer predvsem glede na osnovno izobrazbo, poklic in na regijo, v kateri delujejo.

2 METODA

Uporabljena je bila kvantitativna neeksperimentalna metoda raziskovanja. Podatki so bili zbrani s pomočjo strukturiranega vprašalnika, na katerega je odgovorilo 564 zdravstvenih delavcev od 15. 9. do 2. 10. 2016 (podrobneje gl. poglavje 1). Zajem podatkov je potekal s pomočjo brezplačne storitve za spletno anketiranje Ika. V poglavju se osredotočamo na odgovore iz dela vprašalnika, kjer smo anketirance prosili, naj ocenijo svoje znanje tujih jezikov in določijo tuje jezike pacientov, s katerimi se srečujejo pri svojem delu v zdravstveni oskrbi. Rezultate smo primerjali glede na stopnjo izobrazbe in poklic anketirancev ter glede na statistično regijo, v kateri delajo.

¹ Izraz pacient, ki je uporabljen enakovredno za ženski in moški spol, se uporablja v pravnih aktih (npr.: Zakon o pacientovih pravicah) in pomeni zdravega in/ali bolnega posameznika, ki je lahko uporabnik preventivnih ali kurativnih zdravstvenih storitev.

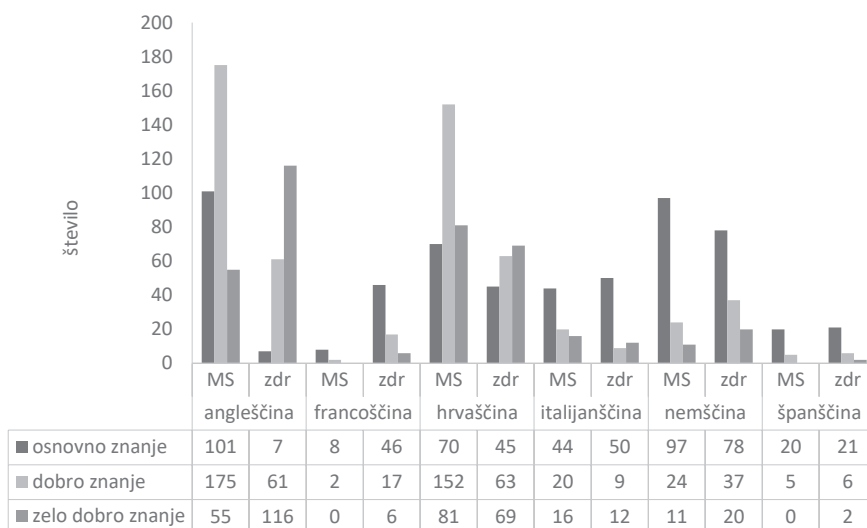
Pri samooceni znanja tujih jezikov so anketiranci lahko izbrali na 3-stopenjski lestvici (osnovno, dobro in zelo dobro znanje) oziroma so označili, da jezika ne znajo. Pri označevanju jezikov, s katerimi se srečujejo pri svojem delu, pa so anketiranci imeli na razpolago odprti seznam 20 jezikov in možnost dodajanja dodatnih jezikov.

Za analizo podatkov je bil uporabljen računalniški program IBM® SPSS® Statistic 24. Uporabljena je bila deskriptivna statistika.

3 REZULTATI

3.1 Znanje tujih jezikov glede na osnovno izobrazbo in polic

V prejšnjem poglavju smo predstavili kumulativne rezultate znanja tujih jezikov zdravstvenih delavcev v slovenskem zdravstvenem sistemu, v tem pa se bomo osredotočili na vprašanje, ali se znanje tujih jezikov razlikuje glede na osnovno izobrazbo in poklic, ki ga opravljajo zdravstveni delavci. Anketirance smo prosili, da samoocenijo stopnjo znanja tujih jezikov z naslednjimi ocenami: osnovno (1), dobro (2) ali zelo dobro (3). Če jezika niso znali, ga niso označili. Rezultati so predstavljeni na Sliki 1.

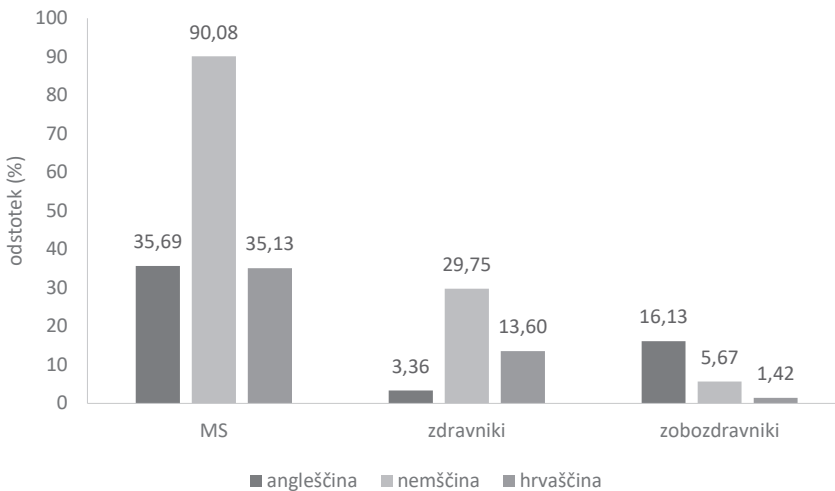


Slika 1: Razlike v znanju tujih jezikov med medicinskimi sestrami (MS) in zdravniki/zobozdravniki (zdr)

Kot je razvidno s Slike 1, je največja razlika med medicinskimi sestrami² in zdravniki pri samooceni znanja angleščine. Med zdravniki³ in zobozdravniki ni večjih odstopanj glede znanj jezikov, edina pomembnejša razlika se je pokazala pri znanju hrvaškega jezika⁴, kjer so zdravniki ocenili svoje znanje hrvaščine nekoliko bolje v primerjavi z zobozdravniki.

Posamezne medicinske sestre so v odgovorih navedle, da imajo tudi osnovno oziroma dobro znanje japonskega (n = 1), madžarskega (n = 1), arabskega (n = 1), ruskega (n = 3) in znakovnega (n = 1) jezika. Dva zdravnika pa sta navedla tudi osnovno znanje ruskega jezika. Zobozdravniki pa poleg dobrega ali osnovnega znanja ruskega jezika (n = 2), še znanje ukrajinskega (n = 1) in portugalskega (n = 1) jezika.

Zanimalo nas je tudi, ali je znanje tujih jezikov pri medicinskih sestrah slabše v primerjavi z drugimi poklici v zdravstvu. Slika 2 prikazuje delež anketirancev z najnižjim, tj. osnovnim, znanjem angleškega, nemškega in hrvaškega jezika, skupaj s tistimi, ki so označili, da posameznega jezika ne znajo.



Slika 2: Neznanje angleščine, nemščine in hrvaščine zdravstvenih delavcev glede na poklic

Rezultati kažejo, da medicinske sestre dejansko slabše obvladajo vse tri jezike, vključene v prikaz, v primerjavi z zdravniki in zobozdravniki. Primerjava med

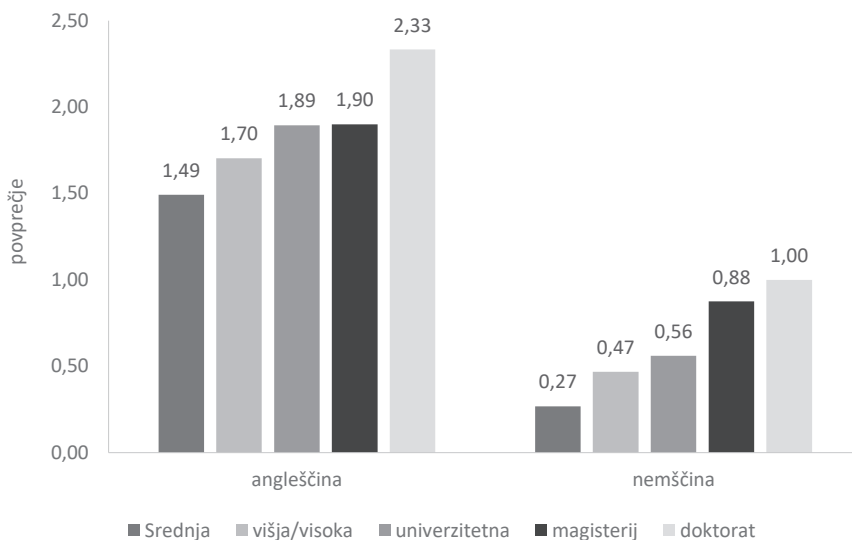
2 Izraz medicinska sestra je uporabljen enakovredno za ženski in moški spol. V tem delu se uporablja izraz tudi za osebe, ki so zaključile srednjo zdravstveno šolo in delujejo na področju zdravstvene nege.

3 Izraz je enakovredno uporabljen za ženski in moški spol.

4 V prispevku je zaradi poenostavitve zapisa uporabljen izraz hrvaški jezik, vendar vključuje tudi srbskega, bosanskega oziroma črnogorskega. Vsi ti jeziki so bili naštetni v anketnem vprašalniku.

zdravniki in zobozdravniki pa je pokazala, da imajo zdravniki boljše znanje angleščine, zobozdravniki pa nemščine in hrvaščine.

Pri analizi samoocene znanja angleškega in nemškega jezika (3 – zelo dobro, 2 – dobro, 1 – osnovno, 0 – brez znanja), ki so ga podale medicinske sestre, je razviden trend naraščanja znanja glede na pridobljeno stopnjo izobrazbe (Slika 3).



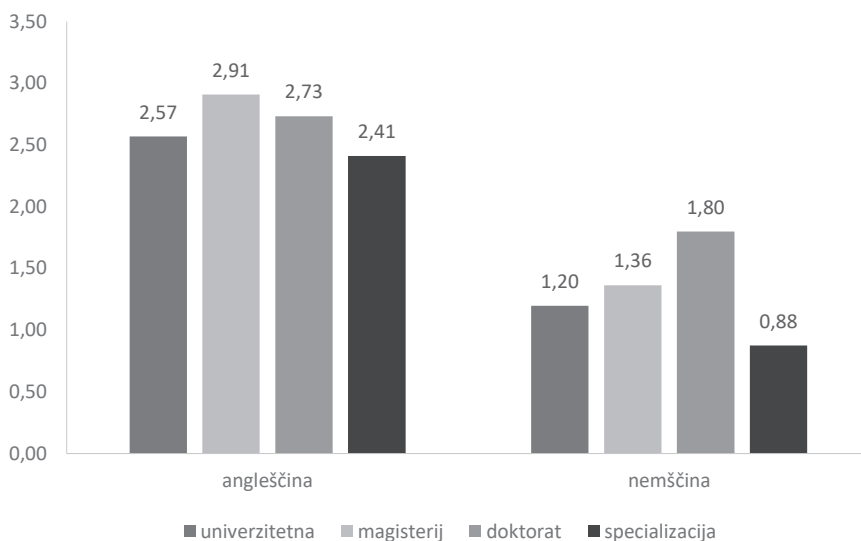
Slika 3: Povprečno znanje jezikov medicinskih sester glede na doseženo stopnjo izobrazbe

Povprečno znanje angleščine pri medicinskih sestrah je 1,72, nemščine pa 0,50. Povprečje pri medicinskih sestrah z najmanj magisterijem pa je 2,04 pri angleščini in 0,81 pri nemščini.

Povprečno samoocenjeno znanje angleškega in nemškega jezika zdravnikov in zobozdravnikov glede na stopnjo izobrazbe prikazuje Slika 4.

Opaziti je najboljše znanje angleščine zdravnikov in zobozdravnikov z magistrerijem. Pri nemškem jeziku pa je boljše znanje pri zdravnikih in zobozdravnikih z doktoratom. Povprečno znanje angleščine pri zdravnikih in zobozdravnikih je 2,54, nemščine pa 1,13.

Diskusija: Rezultati samoocene znanja tujih jezikov anketirancev kažejo, da se vzpostavlja razlika med različnimi profili zdravstvenih delavcev: medicinske sestre pogosteje ne znajo tujih jezikov oz. jih govorijo le na osnovni ravni. To razliko bi lahko razlagali s tem, da imajo medicinske sestre v povprečju nižjo stopnjo

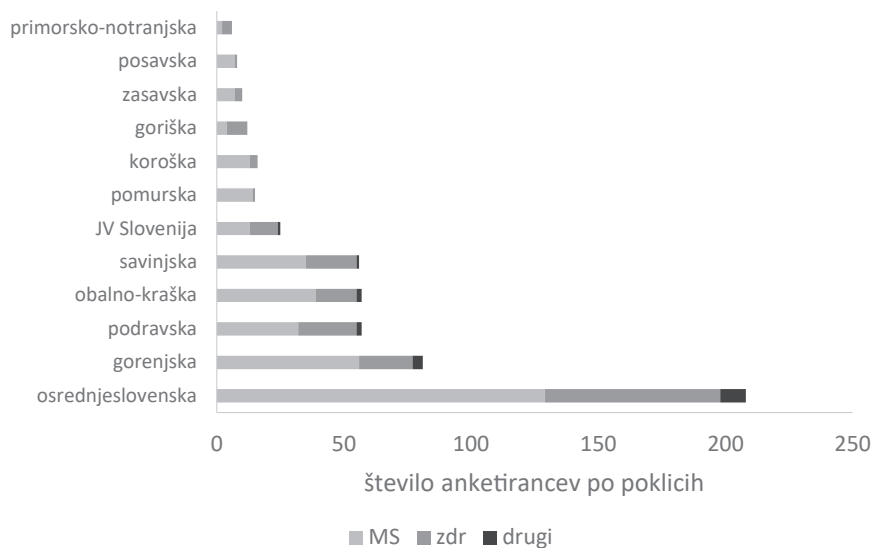


Slika 4: Povprečno znanje jezikov zdravnikov/zobozdravnikov glede na doseženo stopnjo izobrazbe

izobrazbe od zdravnikov, vendar pa je presenetljivo, da celo tiste medicinske sestre, ki imajo doseženo univerzitetno izobrazbo, glede na rezultate samoocene dosegajo nižje znanje angleščine (2,33) kot univerzitetno izobraženi zdravniki (2,57). To razliko v znanju jezikov lahko pripisujemo zahtevani srednješolski predizobrazbi pred vključitvijo na študij: večina medicinskih sester nadaljuje z izobraževanjem po srednjem strokovnem izobraževanju, ki običajno vključuje pouk le enega tujega jezika. Zdravniki pa se lahko vpišejo na študij medicine le po opravljeni splošni maturi, ki daje poseben poudarek jezikovnemu pouku in vključuje učenje vsaj dveh tujih jezikov (Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport n. d.).

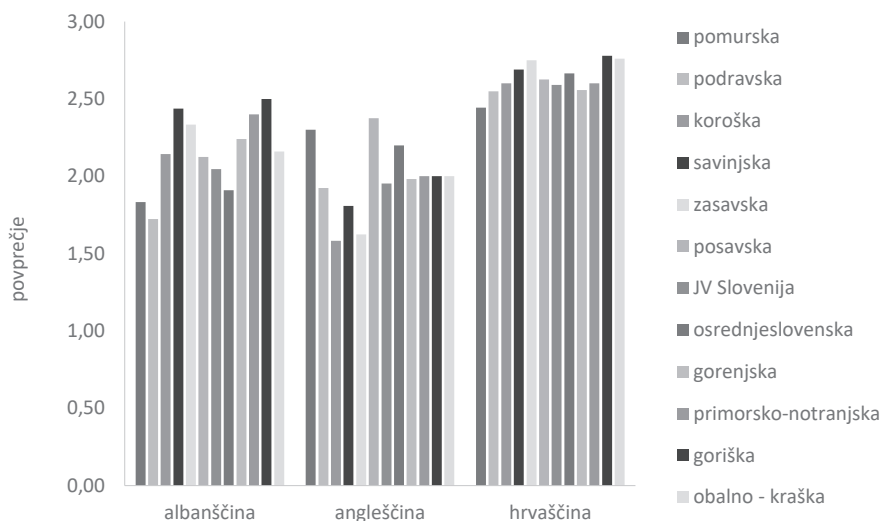
3.2 Pogostnost posameznih jezikov v zdravstveni oskrbi po statističnih regijah

Pri 3. vprašanju so anketiranci podali informacijo, v kateri statistični regiji so zaposleni. Največ zdravstvenih delavcev, ki so sodelovali v anketi, je zaposlenih v osrednjeslovenski regiji (Slika 5), ki tudi sicer zaposluje največ delavcev na področju zdravstvenega in socialnega varstva (Statistični urad Republike Slovenije 2011).



Slika 5: Število anketirancev po statističnih regijah

Zdravstvene delavce smo prosili, da označijo, katere jezike so govorili uporabniki zdravstvenih storitev, ki niso znali slovenskega jezika. Pogostost srečevanja s tujejezičnim pacientom so označili z naslednjimi oznakami: izjemoma (1), občasno (2) ali pogosto (3). Če posameznega jezika pri svojem delu s pacienti še niso srečali, smo jih prosili, naj ga ne označujejo.



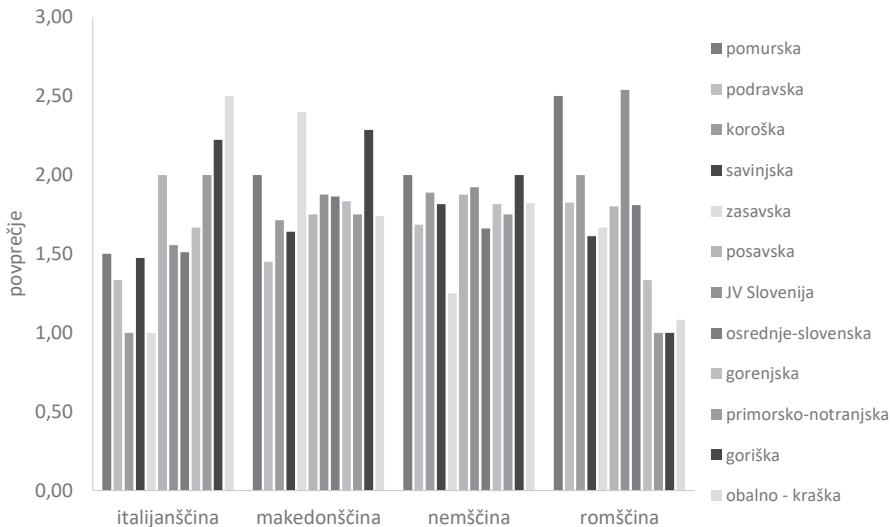
Slika 6: Najpogostejši jeziki po statističnih regijah

Po posameznih statističnih regijah Slovenije so se zdravstveni delavci srečevali z uporabniki zdravstvenih storitev, ki govorijo različne jezike. Slika 6 prikazuje povprečja najpogostejših treh jezikov po posameznih statističnih regijah.

Hrvaščina je pogost jezik v vseh regijah; najpogosteje so jo v povprečju navedli zdravstveni delavci kot jezik tujejezičnih pacientov v goriški (2,78), obalno-kraški (2,76) in zasavski regiji (2,75). S tem jezikom se po samoporočani oceni srečuje več kot 80 % anketirancev po vseh regijah, razen v pomurski (56,25 %) in podravski regiji (68,97 %).

Albanščina je povprečju najpogostejši jezik na Goriškem (2,50), v savinjski regiji (2,44) in primorsko-notranjski regiji (2,40). Najmanj pogost jezik pa je v podravski regiji (1,72). Več kot 80 % anketirancev, zaposlenih v jugovzhodni Sloveniji, v posavski, koroški, savinjski in primorsko-notranjski regiji, se srečuje z albansko govorečimi pacienti.

Angleščina je pogost jezik pacientov v posavski regiji (2,38), pomurski (2,30) in osrednjeslovenski regiji (2,20). Najredkeje pa jo srečujejo zaposleni v koroški regiji (1,58). S tem jezikom se po samoporočani oceni srečuje več kot 80 % zaposlenih v posavski, osrednjeslovenski regiji, jugovzhodni Sloveniji, savinjski in obalno-kraški regiji.



Slika 7: Drugi najpogostejši jeziki pacientov po statističnih regijah

Italijanščina je najpogostejši jezik tujih pacientov na obalno-kraški (2,50) in goriški regiji (2,22), kar lahko pripisujemo dvojezičnemu področju, turizmu in bližini Italije. Kot pogost jezik (2,20) so jo navedli tudi na primorsko-notranjski

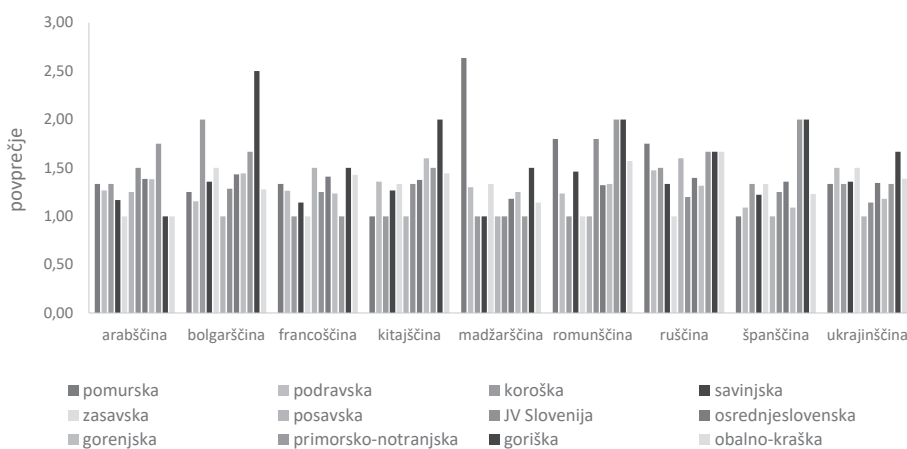
regiji in posavski regiji (gl. Sliko 7), najredkeje pa v povprečju v Zasavju in na Koroškem (1,00). Presenetljivo je, da se zaposleni na Koroškem z nemščino ne srečujejo pogosteje, kljub bližini Avstrije. V tej regiji zdravstveni delavci prihajajo v stik s hrvaško, albansko in romsko govorečimi pacienti pogosteje kot z nemško govorečimi, kar kaže, da bližina državne in jezikovne meje ni vedno indikator za jezik, ki ga pacienti najpogosteje govorijo v posamezni zdravstveni ustanovi.

Makedonščina je pogost jezik tujejezičnih pacientov v Zasavju (2,40), na Goriškem (2,29) in v Pomurju (2,00); najredkeje pa v povprečju v Podravju (1,45). S tem jezikom se glede na samoporočano oceno srečuje več kot 50 % anketiranih zdravstvenih delavcev v posavski, primorsko-notranjski in goriški regiji.

Nemščina je v povprečju pogost jezik tujih pacientov v Pomurju in na Goriškem (2,00), kar lahko pripisujemo bližini Avstrije. Najredkeje pa je jezik pacientov v Zasavju (1,25). S tem jezikom se glede na samoporočano oceno srečujejo več kot 50 % anketiranih zdravstvenih delavcev v posavski, pomurski, primorsko-notranjski, podravski, koroški regiji, jugovzhodni in v osrednji Sloveniji.

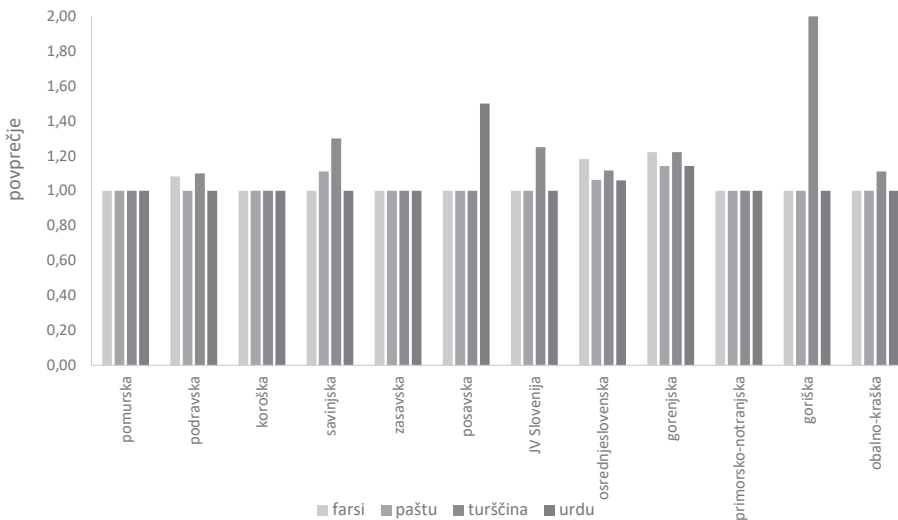
S pacienti, ki govorijo romski jezik, se najpogosteje srečujejo v jugovzhodni Sloveniji (2,54) in v Pomurju (2,50), redko pa v primorsko-notranjski, goriški in obalno-kraški regiji (1,00), kar ustreza tradicionalnim poselitvam z romskim prebivalstvom na Slovenskem. S tem jezikom se glede na samoporočano oceno srečuje več kot 50 % anketiranih zdravstvenih delavcev v posavski regiji in jugovzhodni Sloveniji.

Z arabščino, bolgarščino, francoščino, kitajščino, madžarščino, romunščino, ruščino, španščino in ukrajinjščino se zdravstveni delavci na Slovenskem



Slika 8: Jeziki pacientov, s katerimi se srednje pogosto srečujejo zdravstveni delavci po statističnih regijah

srečujejo redkeje (Slika 8). Zaradi dvojezičnega območja ni presenetljivo, da izstopa pogostnost rabe madžarščine (2,64) v pomurski regiji, nenavadna pa je pogostnost srečevanja z bolgarsko govorečimi pacienti v goriški regiji (2,50). Za ostale jezike so regije, kjer se najpogosteje pojavljajo, naslednje: arabščina je v povprečju najbolj pogosta v primorsko-notranjski regiji (1,75), francoščina v goriški in posavski regiji (1,5), pojavlja pa se tudi v obalno-kraški (1,43) in v osrednjeslovenski regiji (1,41). Kitajščina je najpogostejša v goriški (2,0), gorenjski (1,60), primorsko-notranjski (1,50) in obalno-kraški regiji (1,44). Romunski jezik je pogost jezik pacientov v primorsko-notranjski, goriški regiji (2,00) ter tudi v jugovzhodni in pomurski regiji (1,8). Ruščina kot jezik pacientov je v povprečju najpogosteje zaznana v pomurski regiji (1,75), primorsko-notranjski, goriški (1,67) in posavski regiji (1,60). Španščina je v povprečju pogost jezik pacientov v primorsko-notranjski in goriški regiji (2,00). Paciente, ki govorijo ukrajinski jezik, pa najpogosteje obravnavajo v goriški (1,67), podravski in zasavski regiji (1,50).



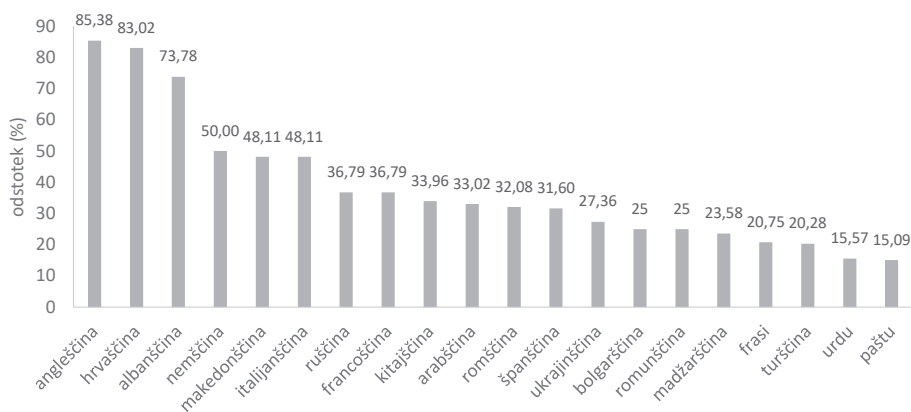
Slika 9: Jeziki pacientov, s katerimi se redko srečujejo zdravstveni delavci

Paciente, ki govorijo farsi, urdu, paštu in turški jezik (Slika 9), slovenski zdravstveni delavci srečujejo redko. Med njimi izstopata pogostnost turščine v goriški regiji in jezika urdu v posavski regiji. Predvidevamo lahko, da zaposleni v slovenskih zdravstvenih ustanovah govorce teh jezikov vseeno srečujejo pogosteje, kot so navedli, vendar da ti uporabljajo angleščino ali kak drug splošnosporazumevalni jezik pri stikih z zdravstvenimi delavci.

3.3 Raznolikost jezikovnih stikov v zdravstveni oskrbi po statističnih regijah

V nadaljevanju predstavljamo podatke o najpogostejših jezikih pacientov po statističnih regijah, in sicer najprej navajamo regije, iz katerih smo prejeli največ odgovorov.

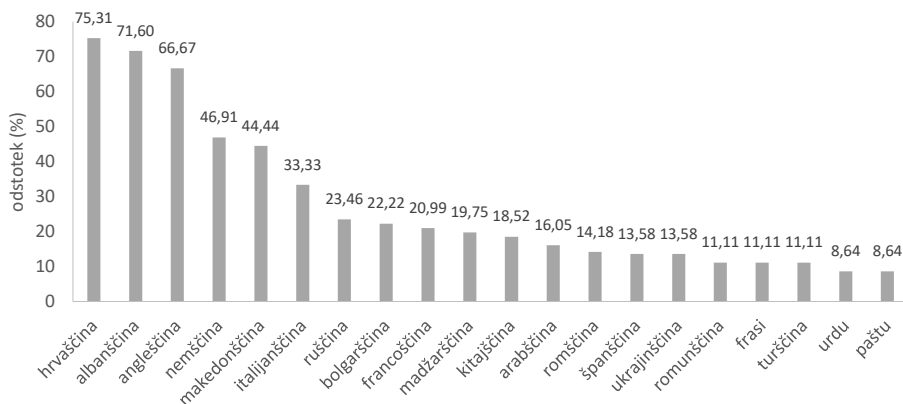
Največje število zdravstvenih delavcev, ki je odgovorilo na anketo, je bilo zaposlenih v osrednjeslovenski regiji. Samo 4 % anketirancev iz te regije se ne srečujejo s tujejezičnimi pacienti, vsi so bili zaposleni v bolnišnici. Med anketiranci je bilo največ medicinskih sester (n = 129), sledijo zdravniki (n = 69), zobozdravniki (n = 10) in ostali zdravstveni delavci (npr. fizioterapevt, babica, radiološki inženir). V zdravstvenem domu so bile zaposlene 104 osebe, v bolnišničnem okolju je delalo 91 zdravstvenih delavcev, 16 anketirancev pa je zasebnih izvajalcev zdravstvenih storitev. Med pacienti, ki ne govorijo slovensko, so prevladovali angleški, hrvaški in albanski govorniki. Približno polovica zaposlenih zdravstvenih delavcev v tej regiji se je srečala tudi z nemško, italijansko in makedonsko govorečimi pacienti, tretjina pa z arabsko, francosko, rusko, kitajsko, romsko in špansko govorečimi pacienti. Približno 20 % zaposlenih pa se je že srečalo s pacienti, ki so govorili jezike, kot so bolgarščina, romunščina, ukrajinjščina, farsi in turščina (Slika 10).



Slika 10: Jeziki pacientov v osrednjeslovenski regiji

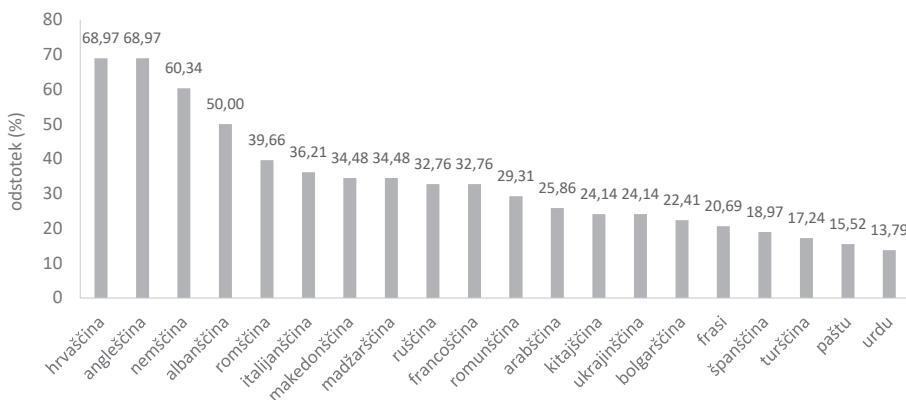
Iz gorenjske regije je sodelovalo 81 zaposlenih delavcev v zdravstvu (56 medicinskih sester, 17 zdravnikov ter po 4 zobozdravniki in drugi delavci v zdravstvu (defektolog, logoped, fizioterapevt, psiholog)). Skoraj polovica (n = 38) je bila zaposlenih v zdravstvenem domu, nekoliko manj (n = 34) jih je bilo zaposlenih v bolnišnici, 10 pa je bilo zasebnih izvajalcev zdravstvenih storitev. 12 % jih je navedlo, da se pri svojem delu ne srečujejo s tujejezičnimi pacienti. Zdravstveni

delavci iz te regije se najpogosteje srečujejo s pacienti, ki govorijo hrvaško, angleško in albansko. Manj kot polovica izmed njih pa se je že srečala tudi s pacienti, ki govorijo nemško, makedonsko ali italijansko (Slika 11).



Slika 11: Jeziki pacientov v gorenjski regiji

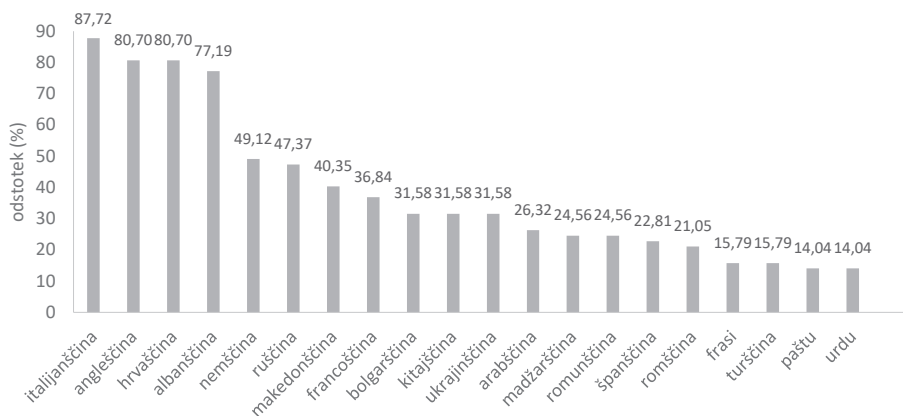
Iz podravske regije je sodelovalo 57 delavcev v zdravstvu, od tega 32 medicinskih sester, 23 zdravnikov in zobozdravnikov ter dva ostala delavca (radiološki inženir in socialna delavka). Večina je zaposlenih v bolnišnici ($n = 30$) ali v zdravstvenem domu ($n = 19$), nekaj pa je tudi zasebnikov. Srečujejo se najpogosteje s hrvaško, angleško, nemško in romsko govorečimi pacienti (Slika 12). Kar 33 jih je navedlo tudi srečanje z rusko oziroma ukrajinsko govorečimi pacienti.



Slika 12: Jeziki pacientov v podravske regiji

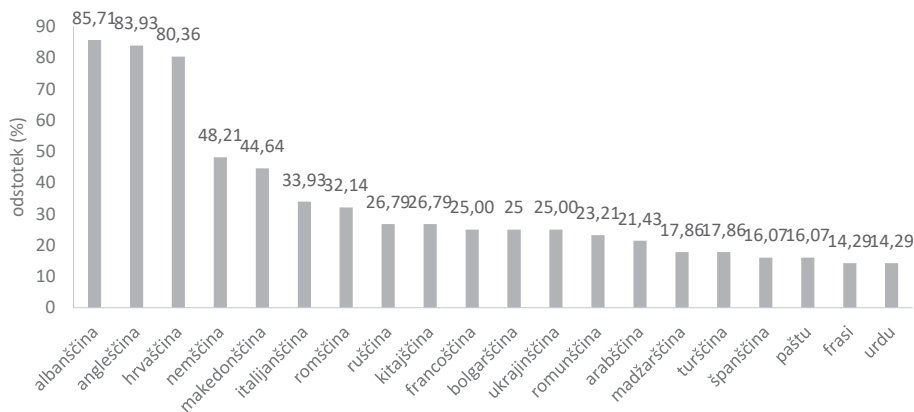
Iz obalno-kraške regije je sodelovalo 57 zdravstvenih delavcev (39 medicinskih sester, 14 zdravnikov in po 2 zobozdravnika in druga zdravstvena delavca (psiholog

in biokemik)). Večina se je že srečala z italijansko govorečimi, sledijo pa hrvaško in angleško ter albansko govoreči pacienti (Slika 13). Skoraj polovica zdravstvenih delavcev s tega področja se je tudi že srečala s pacientom, ki je govoril nemško ali rusko.



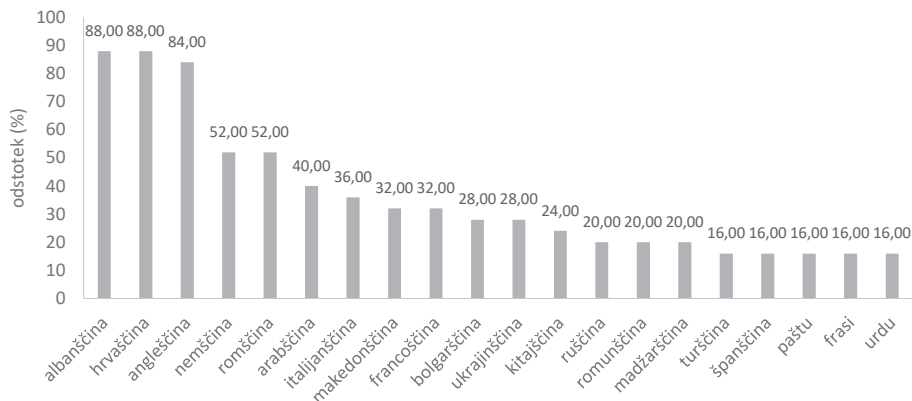
Slika 13: Jeziki pacientov v obalno-kraški regiji

V savinjski regiji je bilo zaposlenih 55 zdravstvenih delavcev (35 medicinskih sester in 20 zdravnikov in zobozdravnikov), ki so odgovorili na našo anketo. Večina (n = 32) jih dela v zdravstvenem domu, 15 v bolnišnici, 10 anketirancev pa je bilo zasebnih izvajalcev (možnih je bilo več odgovorov). Zdravstveni delavci se najpogosteje srečujejo s pacienti, ki govorijo hrvaški jezik, sledi albanski in nato angleški jezik (Slika 14). Polovica jih je navedla, da so že srečali pacienta, ki je govoril makedonsko ali nemško.



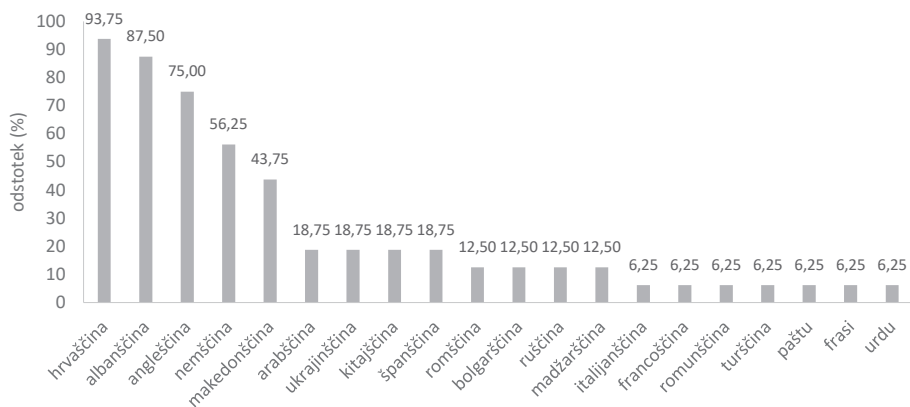
Slika 14: Jeziki pacientov v savinjski regiji

Z jugovzhodne Slovenije je v anketi sodelovalo 25 anketirancev, od tega 13 medicinskih sester, 10 zdravnikov in en zobozdravnik. 10 jih je bilo zaposlenih v zdravstvenem domu, 12 v bolnišnici, 4 pa so delovali kot zasebni izvajalci zdravstvenih storitev. Zdravstveni delavci iz te regije se najpogosteje srečujejo s pacienti, ki govorijo albansko, hrvaško in angleško. Pogosto pa se srečujejo tudi z nemško in romsko govorečimi pacienti. Pogost je tudi arabski jezik (Slika 15).



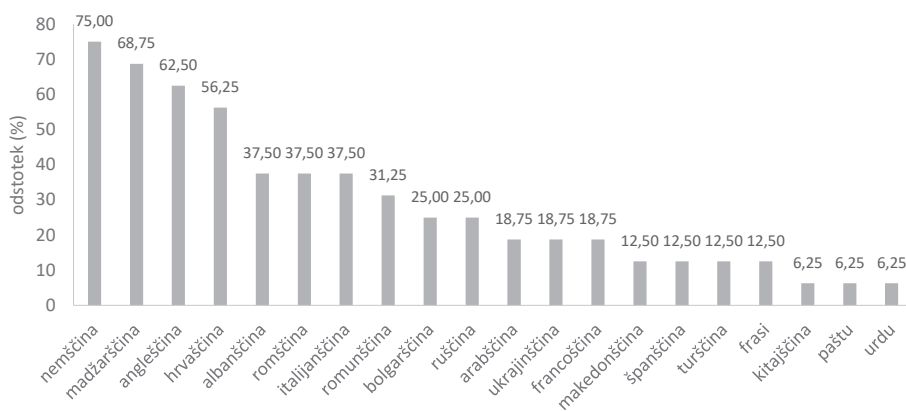
Slika 15: Jeziki pacientov v jugovzhodni Sloveniji

Iz koroške regije je sodelovalo 19 zdravstvenih delavcev (13 medicinskih sester in 6 zdravnikov), polovica je bila zaposlena v zdravstvenem domu, druga polovica pa v bolnišnici. Samostojni izvajalec zdravstvenih storitev je bil eden. Ti zdravstveni delavci se najpogosteje srečujejo s hrvaško, albansko in angleško govorečimi pacienti, pogosto pa so v stikih tudi z nemško in makedonsko govorečimi pacienti. Z drugimi jeziki pacientov se srečujejo redko (Slika 16).



Slika 16: Jeziki pacientov v koroški regiji

Iz pomurske regije je sodelovalo 16 anketirancev, večina medicinske sestre (n = 14), zaposlene v bolnišnici (n = 13). Najpogosteje se srečujejo s tujejezičnimi pacienti, ki govorijo nemško, madžarsko, angleško in hrvaško (Slika 17). Tretjina jih navaja srečevanje s pacienti, ki govorijo albansko, romsko, italijansko in romunsko.



Slika 17: Jeziki pacientov v pomurski regiji

Iz goriške regije je sodelovalo 12 anketirancev (4 medicinske sestre ter 8 zdravnikov oziroma zobozdravnikov). Večina je zaposlenih v zdravstvenem domu, dve medicinski sestri pa sta zaposleni v bolnišnici. 75 % se jih je srečalo z italijansko, hrvaško in angleško govorečimi pacienti, več kot polovica pa z albansko in makedonsko govorečimi pacienti.

Iz zasavske regije smo prejeli le 10 odgovorov (7 medicinskih sester ter 3 zdravniki oziroma zobozdravniki). Večina je zaposlenih v zdravstvenem domu, eden pa v bolnišničnem okolju. Skoraj vsi so se srečali z albansko, hrvaško in angleško govorečimi pacienti.

Iz posavske in primorsko-notranjske regije je sodelovalo manj kot 10 anketirancev, zato njihovih odgovorov tu ne navajamo.

Diskusija: Rezultati ankete kažejo, da lahko na osnovi tega, ali posamezna regija leži blizu državne (in s tem tudi jezikovne) meje, le deloma predvidimo, katere jezike bodo govorili neslovensko govoreči pacienti v določeni regiji. Na primer, v obalno-kraški regiji je res italijanščina najpogostejši jezik, ki ga uporabljajo neslovensko govoreči pacienti, vendar ji po pogostnosti tesno sledijo hrvaški, angleški in albanski jezik. V pomurski regiji pa je kljub bližini Madžarske najpogostejši jezik pacientov, s katerimi se srečujejo zdravstveni delavci v tej regiji, nemščina, madžarščina pa se po pogostnosti nahaja šele na drugem mestu. V koroški regiji

pa so kljub bližini Avstrije hrvaško, albansko in angleško govoreči pacienti pogostejši od nemško govorečih. S pacienti, ki govorijo romsko, se srečujejo predvsem v pomurski in podravske regiji ter v jugovzhodni Sloveniji, torej tam, kjer romsko prebivalstvo tradicionalno prebiva, vendar pa so anketiranci opozarjali, da ta del populacije pogosteje potrebuje zdravstveno oskrbo kot ostali skupine prebivalcev: kar 80 % zdravstvenih delavcev, ki so zaposleni v teh treh regijah in so navedli stike z njimi, se srečuje z romsko govorečimi pacienti pogosto oziroma zelo pogosto. Pregled vseh regij tudi pokaže, da z izjemo pomurske regije izstopa pogostnost stikov s hrvaškimi in z albansko govorečimi pacienti v vseh statističnih regijah.

Analiza rezultatov vseslovenske ankete zdravstvenih delavcev glede na osnovni poklic in doseženo stopnjo izobrazbe zdravstvenih delavcev ter glede na posamezne statistične regije, v katerih delujejo, torej kaže, da je samoocena znanja tujih jezikov slabša pri medicinskih sestrah kot pri zdravnikih in zobozdravnikih, in sicer ne glede na doseženo stopnjo izobrazbe. Po vsej verjetnosti je razlog za to razliko dejstvo, da je zahtevana stopnja srednješolske izobrazbe za vpis na univerzitetni študij medicine gimnazijska izobrazba, ki zagotavlja znanje dveh tujih jezikov na višjem nivoju, medtem ko je za vpis na študij zdravstvene nege zahtevano le dokončano srednje strokovno izobraževanje, v katerem dijaki praviloma pridobijo znanje le enega tujega jezika.

Primerjava rezultatov ankete med slovenskimi statističnimi regijami je pokazala, da bližina državne (in s tem tudi jezikovne) meje le deloma vpliva na to, katere jezike govorijo neslovensko govoreči pacienti v določeni regiji, in da se večina zdravstvenih delavcev iz vseh statističnih regij srečuje predvsem s hrvaško in albansko govorečimi pacienti. Rezultati obenem razkrivajo, da se zdravstveni delavci v slovenski zdravstveni oskrbi v vseh statističnih regijah srečujejo z uporabniki zdravstvenih storitev, ki govorijo celo paleto jezikov in prihajajo iz izjemno raznolikih kulturnih okolij.

4 ZAKLJUČEK

Uspešna komunikacija med zdravstvenim delavcem in pacientom je ključna za uspešni potek zdravljenja in predpogoj za aktivno vlogo pacienta in njegovo upoštevanje zdravniških navodil (Diamond et al. 2014). Zato je pri stikih s pacienti, ki ne govorijo dominantnega jezika okolja, ključnega pomena, da se zdravstveni delavci zavedajo težav, ki lahko nastanejo zaradi nepoznavanja jezika, ki ga uporablja zdravstveni delavec. Takšno zavedanje ima lahko pozitiven vpliv na zmanjšanje napak pri zdravljenju, boljše izide zdravljenja in pravočasno prepoznavo dejavnikov tveganja, ki lahko negativno vplivajo na zdravje ter na kakovost zdravstvene obravnave (Meuter et al. 2015, Woltz 2015).

Raziskave v tujini kažejo, da se zdravstveni delavci pogosto zanašajo na lokalne vire podpore, kar pa ne zadošča za kakovostno premagovanje jezikovnih ovir (Langer et al. 2017), in da je uporaba usposobljenih tolmačev med zdravstvenimi delavci sporadična ter odvisna od znanja in samoiniciativnosti zdravstvenih delavcev (Kale in Syed 2010). Raziskovalci zato opozarjajo, da zdravstveni delavci potrebujejo široko izobrazbo, ki je usmerjena v ozaveščanje kulturnih razlik in različnih interpretacij povedanega v različnih kulturnih okoljih (Durieux-Paillard 2011). Pričujoča raziskava kaže, da bi bila takšno izobraževanje in dodatna jezikovna podpora nujna tudi v Sloveniji, saj se predvsem na primarni ravni zdravstva opaža manjša razpoložljivost ustreznih in priročnih virov podpore za premagovanje jezikovnih ovir (Milavec Kapun et al. 2017). In čeprav so jezikovni izzivi v slovenski zdravstveni oskrbi v zadnjem obdobju pogosteje predmet raziskav, se takšne raziskave praviloma osredotočajo na zdravniško delo. Rezultati ankete kažejo, da bi bilo raziskave smiselno razširiti še na specifične probleme medicinskih sester (Erjavec in Kropce 2017), ki s pacientom vzpostavljajo začetno komunikacijo ob vstopu v institucijo oziroma so z njim prek celega dne v času hospitalizacije ali zdravstvene obravnave.

Reference

- Diamond, Lisa, Sukyung Chung, Warren Ferguson, Javier Gonzalez, Elizabeth A. Jacobs in Francesca Gany, 2014: Relationship Between Self-assessed and Tested Non-English-language Proficiency Among Primary Care Providers. *Medical Care* 52/5:435–438. DOI: 10.1097/MLR.000000000000102.
- Durieux-Paillard, Sophie, 2011: Differences in Language, Religious Beliefs and Culture: The Need for Culturally Responsive Health Services. Rechel, Bernd, Philipa Mladovsky, Walter Devillé, Barbara Rijks, Roumyana Petrova-Benedict, Martin McKee (ur.): *Migration and Health in the European Union*. Open University: The European Observatory on Health Systems and Policies. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/161560/e96458.pdf (dostop 24. 5. 2018).
- Erjavec, Karmen in Katja Kropce, 2017: Jezikovne ovire v zdravstvu. Kregar Velikonja, Nevenka (ur.): *Celostna obravnava pacienta: Zbornik prispevkov: Mednarodna znanstvena konferenca*. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede. 126–133.
- Fernandez, Alicia, Dean Schillinger, E Margaret Warton, Nancy Adler, Howard H Moffet, Yael Schenker, M Victoria Salgado, Ameena Ahmed in Andrew J Karter, 2011: Language Barriers, Physician-Patient Language Concordance, and Glycemic Control Among Insured Latinos with Diabetes: The Diabetes Study of Northern California (DISTANCE). *Journal of General Internal Medicine* 26/2: 170–176. DOI: 10.1007/s11606-010-1507-6.
- Jacobs, Elizabeth A in Lisa Diamond, 2017: *Providing Health Care in the Context of Language Barriers: International Perspectives*. Bristol: Multilingual Matters.

- <http://nukweb.nuk.uni-lj.si/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=1497672&lang=sl&site=eds-live> (dostop 20. 5. 2018).
- Kale, Emine in Hammad Raza Syed, 2010: Language Barriers and the Use of Interpreters in the Public Health Services. A Questionnaire-Based Survey. *Patient Education and Counseling* 81/2: 187–191. DOI: 10.1016/j.pec.2010.05.002.
- Langer, T., T. Zapf, S. Wirth, A. Wiegand, H. Timmen, S. J. Gupta, S. Schuster in M Geraedts, 2017: How Are Pediatric Hospitals in North-Rhine Westfalia Prepared to Overcome Language Barriers? A Pilot Study Exploring The Structural Quality of Inpatient Care. *Gesundheitswesen* 79/07: 535–541. DOI: 10.1055/s-0042-102349.
- Meuter, Renata F. I., Cindy Gallois, Norman S. Segalowitz, Andrew G. Ryder in Julia Hocking, 2015: Overcoming Language Barriers in Healthcare: A Protocol for Investigating Safe and Effective Communication When Patients or Clinicians Use a Second Language. *BMC Health Services Research* 15/1: 1–5. DOI: 10.1186/s12913-015-1024-8.
- Milavec Kapun, Marija, Uršula Lipovec Čebon, Tanja Korošec, Sara Pistotnik, Simona Jazbinšek, Vesna Homar, Danica Rotar-Pavlič et al., 2017: Strategije premagovanja jezikovnih ovir med medicinskimi sestrami. Majcen Dvoršak, Suzana, Tamara Štemberger Kolnik, Andreja Kvas, Boris Miha Kaučič, Mateja Lorber, Jožica. Ramšak-Pajk, Mirko Prosen et al. (ur.): *Medicinske sestre in babice – ključne za zdravstveni sistem: zbornik prispevkov z recenzijo*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Nacionalni center za strokovni, karierni in osebni razvoj medicinskih sester in babic: 564–572. https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/kongres_90let_opt.pdf (dostop 20. 5. 2018).
- Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport, n. d.: Srednješolski izobraževalni programi. http://www.mizs.gov.si/delovna_podrocja/direktorat_za_srednje_in_visje_solstvo_ter_izobrazevanje_odraslih/srednjesolsko_izobrazevanje/srednjesolski_izobrazevalni_programi/ (dostop 15. 5. 2018).
- Rosse, Floor van, Martine de Bruijne, Jeanine Suurmond, Marie Louise Essink-Bot in Cordula Wagner, 2016: Language Barriers and Patient Safety Risks in Hospital Care. A Mixed Methods Study. *International Journal of Nursing Studies* 54: 45–53. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2015.03.012.
- Statistični urad Republike Slovenije, 2011: Zaposleni po dejavnosti in spolu, statistične regije, slovenija, večletno. http://pxweb.stat.si/pxweb/Dialog/varval.asp?ma=05G3060S&ti=&path=../Database/Dem_soc/05_prebivalstvo/20_soc_ekon_preb/03_05G30_aktivnost/&lang=2 (dostop 2. 5. 2018).
- Wolz, Michael M., 2015: Language Barriers: Challenges to Quality Healthcare. *International Journal of Dermatology* 54/2: 248–250. DOI: 10.1111/ijd.12663.

Pravni statusi nedržavljanov in z njimi povezane ovire pri dostopu do zdravstvene obravnave

Sara Pistotnik

Izvleček

V tem poglavju podajamo izsledke raziskave, opravljene pred izdelavo *Večjezičnega priručnika za lažje sporazumevanje v zdravstvu*, ki je pokazala, da zdravstveni delavci poleg jezikovnih nesporazumov zaznavajo tudi druge ovire pri obravnavi tujejezičnih uporabnikov. Ti so v spletni anketi izrazili, da uporabniki niso dovolj seznanjeni z delovanjem zdravstvenega sistema, saj se težave kažejo pri naročanju, izbiri osebnega zdravnika, podajanju navodil za nadaljevanje zdravljenja in drugih administrativnih preprekah pri urejanju statusa. Predvsem pa so izpostavili odsotnost obveznega in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, zaradi česar smo analizirali uradne statistike o številu oseb, ki se v Sloveniji nahajajo v različnih pravnih statusih. Podatki so pokazali, da se zdravstveno osebje ne srečuje le z »begunci«, temveč pogosteje prihaja v stik z osebami, ki imajo druge pravne statute. Zato smo podrobneje raziskali relevantno zakonodajo o njihovih pravicah do vključitve v obvezno zdravstveno zavarovanje. Ugotovili smo, da imajo praviloma manj težav pri vstopanju v obvezno zavarovanje osebe, ki so redno zaposlene, tiste osebe, ki nimajo pravice do zaposlitve ali pa so brezposelne zaradi drugih razlogov, pa se težje zavarujejo, kar se sklada s temeljnimi načeli ureditve zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji.

1 UVOD

Osrednji cilj projekta Izdaja slovarja, namenjenega lažji komunikaciji migrantov z zdravstvenim osebjem, je bil oblikovati orodje, ki bi pripomoglo k premagovanju jezikovnih ovir v stikih med zdravstvenim osebjem in uporabniki, ki ne govorijo slovenskega jezika. Forma orodja – kakor pove že ime projekta – in osnovna področja zdravstvene obravnave so bila določena s samim razpisom ministrstva za notranje zadeve, vendar pa smo imeli izvajalci bolj proste roke glede oblike, obsega in delno tudi vsebine slovarja. Ker smo želeli izdelati čim boljše orodje – takšno, ki bo predvsem uporabno v dnevni praksi zdravstvenih delavcev –, smo pred načrtovanjem vsebine *Večjezičnega priročnika za lažje sporazumevanje v zdravstvu* izvedli raziskavo, s katero smo želeli preveriti dejanske jezikovne zaplete, kot jih vidi zdravstveno osebje pri obravnavi tujejezičnih uporabnikov, ter natančneje določiti, s katerimi jeziki imajo pri sporazumevanju največ težav (gl. drugo in tretje poglavje). Obenem pa smo se že ob začetku projekta zavedali, da različni nesporazumi med zdravstvenimi delavci in tujejezičnimi uporabniki ne izhajajo zgolj iz jezikovnega nerazumevanja, ampak so prepleteni z drugimi področji, denimo z zmožnostjo medkulturnega delovanja in ovirami, ki izhajajo iz urejenosti sistema zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji ter iz pravnih statusov uporabnikov, torej iz različnih zakonskih in administrativnih določil.

Vprašanje pravnih statusov večinoma zadeva osebe, ki niso državljani Slovenije, temveč živijo v državi na podlagi različnih dovoljenj za prebivanje. To se sklada tudi z namenom razpisa, saj je bil projekt v večinskem deležu financiran s strani Evropske unije, in sicer iz Sklada za azil, migracije in vključevanje, iz česar izhaja, da se je osredinjal predvsem na državljane držav, ki niso članice EU oziroma Evropskega gospodarskega prostora (EGP) in Švicarske konfederacije. Za te posameznike in posameznice veljajo strožji pogoji za pridobitev dovoljenja za prebivanje kot za državljane EGP in Švice, hkrati pa glede na razlog ter izpolnjevanje pogojev svoje prebivanje v Sloveniji legalizirajo skozi nabor pravnih statusov, ki jim omogočajo različen obseg pravic, vključno z zdravstvenimi pravicami. Ker je zdravstveni sistem javni podsistem, s katerim so zaradi njegove narave pogosto v stiku vsi prebivalci Slovenije, smo bili v okviru projekta pozorni tudi na izkušnje zdravstvenih delavcev s tega področja, njihovo poznavanje ureditve pravnih statusov nedržavljanov ter s tem povezanih zdravstvenih pravic.

Ob tem pa je treba poudariti, da smo projekt začeli izvajati julija 2016, ko je bilo dogajanje v zvezi s t. i. humanitarnim koridorjem na balkanski poti še vedno zelo aktualno. Ne toliko zaradi dejanskih beguncev, ki so med 17. 10. 2015 in 25. 1. 2016 prečkali Slovenijo in jih je bilo po podatkih MNZ 422.724 (Pomoč beguncem 2016), temveč bolj zaradi kontroverzne diskusije o tej temi, ki je bila (in je še vedno) zelo prisotna v javnem diskurzu, ne glede na to, da je večina teh

oseb do takrat že zapustila slovensko ozemlje. Predvidevali smo, da ima ta diskusija določen vpliv na oblikovanje mnenja zdravstvenega osebja in posledično na njihov odnos do uporabnikov, ki ne govorijo slovensko. Hkrati pa nismo želeli zanemariti dejstva, da se je ob dogodkih na prehodu iz leta 2015 v 2016 veliko število zdravstvenih delavcev odzvalo pozivu slovenskih oblasti in s svojim angažmajem sodelovalo pri vzpostavitvi in delovanju koridorja. Tako smo v projektu želeli preveriti tudi, ali zdravstveni delavci vidijo »begunce« kot tisto tujejezično populacijo, s katero najpogosteje prihajajo v stik in s katero imajo največ težav pri sporazumevanju.

2 REZULTATI ANKETE GLEDE NEJEZIKOVNIH OVIR PRI ZDRAVSTVENI OBRAVNAVI

Izkušnje zdravstvenih delavcev z drugimi ovirami, ki vplivajo na dostop do zdravstvenih pravic za različne tujejezične uporabnike, smo – enako kot izkušnje z jezikovnimi ovirami – preverili z vseslovensko spletno anketo. To smo načrtovali in oblikovali do jeseni 2016, nato pa smo spletni vprašalnik distribuirali med zdravstveno osebje in dobili 564 izpolnjenih veljavnih anket (gl. prvo poglavje). Vprašanje, ki se je nanašalo na obravnavano področje (»Na katerem področju (poleg jezikovnega) še zaznavate težave z uporabniki, ki ne znajo slovensko?«), je vnaprej ponujalo 16 odgovorov, vključujoč možnost Drugo, ki so jih anketiranci lahko izbrali brez omejevanja, torej so lahko hkrati izbrali več ponujenih odgovorov, pod Drugo pa vpisali svoj odgovor. Število oseb, ki je odgovorilo na to vprašanje, je bilo 498 in predstavlja skupno število, na podlagi katerega je bil izračunan odstotek oseb, ki so označile posamezni odgovor. Pridobili smo podatke, ki so prikazani v Tabeli 1.¹

Iz tabele je razvidno, da je največji delež (64 %) anketirancev označil odgovor, da oviro pri obravnavi tujejezičnih uporabnikov predstavlja pomanjkljivo razumevanje navodil za zdravljenje. Ta odgovor je zagotovo povezan s širšimi težavami, ki jih povzroča nerazumevanje jezika in jih obravnavajo druga vprašanja v spletni anketi (gl. drugo in tretje poglavje). Lahko pa ga razumemo tudi v zvezi z odgovorom pod rubriko »Drugo«, da imajo tujejezični uporabniki včasih drugačne preference glede zdravljenja, za katere so prepričani, da so bolj učinkovite. Zato sklepamo, da so rezultati zdravljenja včasih manj uspešni tudi zaradi pomanjkanja konsenza med zdravstvenim osebjem in pacienti glede ustreznega sledenja terapiji, obenem pa na voljo ni orodij, s pomočjo katerih bi ga lahko dosegli.

1 Pri odgovorih 6, 7 in 11, 12 se je enak odstotek anketiranih strinjal z navedenim in ti so označeni z zvezdico. Zaporedje odgovorov v tabeli pri teh dveh sklopih je naključno.

Tabela 1

Na katerem področju (poleg jezikovnega) še zaznavate težave z uporabniki, ki ne znajo slovensko?		
1	Nerazumevanje navodil zdravljenja	64 %
2	Odsotnost dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja	62 %
3	Odsotnost obveznega zdravstvenega zavarovanja	58 %
4	Neizbran osebni zdravnik	49 %
5	Nepoznavanje zdravstvenega sistema v Sloveniji	47 %
6	Druge administrativne prepreke pri urejanju njihovega statusa	40 %*
7	Drugačen način komunikacije	40 %*
8	Obisk zdravstvene ustanove brez predhodnega naročila	39 %
9	Drugačne kulturne navade (vloga in prisotnost družinskih članov)	38 %
10	Drugačne higienske navade	33 %
11	Drugačne religiozne navade	27 %*
12	Neupoštevanje naročenih terminov	27 %*
13	Drugačne prehranske navade	23 %
14	Drugačna spolna razmerja in vloge	17 %
15	Neskladje med urnikom ambulant in potrebami uporabnikov	12 %
16	Drugo ²	3 %

Nadalje je opaziti, da so anketiranci v veliki meri izbirali odgovore, povezane z organizacijo in delovanjem slovenskega zdravstvenega sistema. Odgovori med 2 in 6 (»odsotnost dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja«, »odsotnost obveznega zdravstvenega zavarovanja«, »neizbran osebni zdravnik«, »nepoznavanje zdravstvenega sistema v Sloveniji«, »druge administrativne prepreke pri urejanju njihovega statusa«), tem pa bi lahko dodali tudi odgovor številka 8 (»obisk zdravstvene ustanove brez predhodnega naročila«), so namreč označeni med 39 in 62 odstotki. Medtem pa so odgovori, ki bolj kažejo na medkulturne nesporazume (drugačne kulturne, higienske, religiozne in prehranske navade, neupoštevanje naročenih terminov, drugačna spolna razmerja in vloge ter drugačen način komunikacije), označeni med 17 in 40 odstotki. Najmanjkrat, v 12 odstotkih primerov, je bil izbran odgovor, da urniki ambulant niso prilagojeni potrebam uporabnikov.

2 Odgovorov pod rubriko »drugo« je bilo malo, le 3 odstotke, med njimi pa so bili veljavni: »svoji«, kar se sklada z odgovorom številka 9, ter »nobenih podatkov oz. izvidov o prejšnjih zdravljenjih«. Poleg tega sta navedena tudi komentarja o povezavi med nerazumevanjem navodil zdravljenja ter različnimi preferencami pri zdravljenju, ki naj bi bile kulturno pogojene, kjer je kot primer podano, da tujejezični uporabniki »pogosto zahtevajo i.v. aplikacijo zdravil in nočejo sprejeti razlage, da je p.o. enako učinkovito in povezano z manj tveganji«, ter o različnem razumevanju spolnih razmerij (»Včasih imam občutek, da me ne jemljejo resno, ker sem ženska.«).

Iz tega sklepamo, da se v primeru težav, ki niso neposredno povezane z jezikovnim razumevanjem, kljub zaznavanju določenih medkulturnih razlik (gl. peto poglavje), zdravstveni delavci pogosteje soočajo s težavami tujejezičnih uporabnikov, ki so povezane z različnimi organizacijskimi, pravnimi in administrativnimi zahtevami zdravstvenega sistema. Ovire, ki izhajajo iz organizacije zdravstvenega sistema, so mnogokrat povezane tudi s pomanjkljivo informiranostjo tujejezičnih uporabnikov o njegovem delovanju. Slednje (»Nepoznavanje zdravstvenega sistema v Sloveniji«) je kot splošno oviro opredelila skoraj polovica anketirancev (47 odstotkov). Poleg tega pa lahko s tem vsaj delno povezane odgovore štejemo tudi: »neizbran osebni zdravnik« (49 odstotkov), »druge administrativne prepreke pri urejanju njihovega statusa« (40 odstotkov) ter »obisk zdravstvene ustanove brez predhodnega naročila« (39 odstotkov). Vendar pa v tem sklopu najbolj izpostavljena odgovora kažeta na to, da imajo mnogi tujejezični uporabniki težave že pri samem dostopu do zdravstvenega sistema, torej na ovire, pogojene z odsotnostjo obveznega (58 odstotkov) in dopolnilnega (62 odstotkov) zdravstvenega zavarovanja, ki jih bomo podrobneje obravnavali v nadaljevanju poglavja.

3 OVIRE, POVEZANE Z ORGANIZACIJO IN DELOVANJEM SISTEMA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

V Sloveniji imamo t. i. Bismarckov sistem zdravstvenega varstva, torej sistem socialnega zdravstvenega zavarovanja, ki predvideva obvezno, z zakonom predpisano javno zavarovanje. Organiziran je tako, da prispevke za zavarovanje v zdravstveno blagajno plačujejo delovno aktivne osebe, tako delodajalci kot delojemalci, in sicer v progresivnih deležih bruto dohodka. Prek družbene solidarnosti pa je poskrbljeno tudi za osebe brez dohodka, saj javni proračuni pokrivajo obvezno zdravstveno zavarovanje za različne skupine oseb, ki si ne zmorejo same pokrivati prispevkov. Za zdravstveno blagajno skrbi zavarovalnica, ki ni profitna, država pa ima vlogo sprejemanja različnih zakonov in predpisov, povezanih z zdravstvom, ter nadzora nad njihovim izvajanjem.

Do spremembe organizacije sistema je v Sloveniji prišlo leta 1992, ko je bil sprejet *Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju*. Poleg drugih sprememb je nova zakonodaja omogočila uvedbo obveznega in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja ter vodila k ustanovitvi ZZZS kot nosilca obveznega zdravstvenega zavarovanja. Takšna ureditev sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja spodbuja solidarnost mladih s starimi, bogatih z revnimi in zdravih z bolnimi, zato razbremenjuje posameznike, ki bolj potrebujejo storitve zdravstvenega sistema, pa si jih v drugačni, individualizirani organizaciji, ne bi mogli privoščiti.

Iz teh razlogov stremi k univerzalni pokritosti (zavarovanje je obvezno za vse državljanke s stalnim prebivališčem), saj drugače ne bi dosegel namena solidarnosti (da deluje, morajo sodelovati tudi mladi, zdravi in bogati). Na drugačen način pa je organiziran sistem dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, ki je prostovoljno zavarovanje. Uvedeno je z namenom kritja doplačil za zdravstvene storitve, saj obvezno zdravstveno zavarovanje v večini primerov pokriva strošek zdravstvene obravnave le v z zakonom določenem odstotku. Organizirano je prek treh zavarovalnic (Vzajemna, Adriatic, Triglav) na način, da vsi zavarovanci plačujejo premije v približno enaki višini. Tako deluje vzajemno, ne pa popolnoma solidarno, saj manj premožni zavarovanci plačujejo isto ceno zavarovanja kot bolj premožni. Kljub temu zaradi potencialno visokih stroškov doplačil v sistemu dopolnilnega zavarovanja sodeluje 95 odstotkov prebivalcev (Albreht in dr. 2016: xvii), ki morajo imeti za sklenitev dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja najprej sklenjeno obvezno zdravstveno zavarovanje.

Sistem slovenskega zdravstvenega varstva se tako pretežno financira iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, preostanek pa prispevajo dopolnilno zdravstveno zavarovanje ter neposredna plačila, medtem ko so iz proračuna financirani javnozdravstvena dejavnost ter zavarovanje brezposelnih in socialno ogroženih. Prispevki iz obveznega zdravstvenega zavarovanja so leta 2014 pokrili kar 68,1 odstotka, iz dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja pa 14,8 odstotka zdravstvenih izdatkov (Albreht et al. 2016: xvi–xvii), iz česar izhaja, da je zdravstveni sistem zelo odvisen od deleža delovno aktivne populacije z rednimi dohodki in zato ranljiv za nihanja na trgu dela, kar se je pokazalo tudi v zadnji ekonomski krizi (Cylus 2016: v). Nadalje lahko izpeljemo, da je za dolgoročno vzdržnost sistema boljše, če je delež aktivne populacije, vključene v shemo obveznega zdravstvenega zavarovanja, čim višji in delež oseb, ki vanjo ne zmorejo prispevati, čim nižji. A ob tem se pojavi vprašanje, kako zagotoviti univerzalno vključenost prebivalcev v zavarovanje v času, ko se število redno zaposlenih niža,³ kar pomeni, da se spreminjajo temeljne premise, na katerih je sistem organiziran. Iz različne literature (recimo Rajgelj 2012, MIPEX 2015, Pistotnik in Lipovec Čebren 2015 itn.) namreč izhaja, da se nekatere kategorije prebivalstva soočajo s težavami pri dostopu do obveznega zdravstvenega zavarovanja, saj se sistem ne prilagaja dobro trendom na trgu dela in je zato zastarel. To velja tudi za veliko razdrobljenost pravnih statusov nedržavljanov, ki so bili sprejeti v zakonodajo po letu 1991, saj imajo navkljub načelni univerzalni zavarovanosti in splošni solidarnosti nedržavljanji, ki nimajo pravice do zaposlitve ali so brezposelni zaradi drugih razlogov, večje težave pri vstopanju v slovenski sistem zdravstvenega zavarovanja.

3 Vendar ne toliko na račun brezposelnosti kot na račun prekrasnih delovnih razmerij. Za ta razmerja je pogosto značilno, da delodajalec premesti vso odgovornost za prispevke na delavca, vključno z zdravstvenim zavarovanjem. Če jih delavec ne zmore redno poravnati, ima težave pri dostopu do storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

4 RAZLIČNI PRAVNI STATUSI, URADNE STATISTIKE IN DOSTOP DO ZAVAROVANJA

Zgoraj opisana diskrepanca – med načelno univerzalnostjo in težavami nedržavljanov, ki niso na trgu dela, pri dostopu do obveznega zdravstvenega zavarovanja – lahko pojasni, zakaj tolikšen odstotek zdravstvenih delavcev zaznava odsotnost zdravstvenega zavarovanja kot težavo, povezano s tujejezičnimi uporabniki. Dodatno je analizo podkrepil podatek, da je albanski jezik tisti, ki po besedah zdravstvenega osebja največkrat vodi v nesporazume pri obravnavi (gl. drugo poglavje). Anketa je tako posredno pokazala, da zdravstveni delavci kot najbolj nerazumljivo tujejezično skupino ne zaznavajo »beguncev«, ki so tedaj zavzemali osrednji položaj v javnem diskurzu, temveč osebe z drugimi pravnimi statusi, ki živijo v Sloveniji.

V raziskavi, ki je potekala pred oblikovanjem priročnika, smo zato dodatno pregledali nekatere uradne statistike v Sloveniji živečih nedržavljanov z različnimi pravnimi statusi oziroma, natančneje, skušali smo ugotoviti, koliko je oseb, ki imajo dovoljenje za stalno ali začasno prebivanje, status begunca, status osebe s subsidiarno zaščito ali prosilca za mednarodno zaščito, status osebe z dovoljenjem za zadrževanje, status sezonskega delavca oziroma nedokumentirane osebe ali pa so turisti. Med drugim smo zbrali podatke, podane v naslednjih preglednicah.

Tabela 2: Število prosilcev za mednarodno zaščito/oseb s statusom begunca oz. subsidiarno zaščito (statistika MNZ)

Leto	Število vlog	Priznan status
2000	9244	11
...
2010	246	23
2011	358	24
2012	304	34
2013	272	37
2014	385	44
2015	277	46
2016	1308	170

Tabela 3: Število oseb z dovoljenjem za stalno prebivanje in oseb z dovoljenjem za začasno prebivanje/oseb s prijavo prebivališča na dan 31. 12. 2016 (statistike MNZ)

Državljeni tretjih držav		Državljeni EGP	
BiH	58.355	Hrvaška	10.855
Kosovo	16.580	Bolgarija	4.147
Srbija	13.088	Italija	2804
Makedonija	12.039	Nemčija	1135
Ruska federacija	2.728	Slovaška	742
Ukrajina	2.197	Madžarska	724
Kitajska	1.173	Romunija	609
Črna gora	911	Združeno kraljestvo	576
Združene države	450	Avstrija	511
110.849 oseb		24.687 oseb	
skupaj: 135.536 oseb			

Tabela 4: Število registriranih prihodov turistov v Slovenijo za leto 2016 (statistika SURS)

Tuji turisti	3.032.256 oseb
Italija	523.779
Avstrija	311.183
Nemčija	307.410
Hrvaška	152.981
Koreja	113.615
Združeno kraljestvo	109.420
Srbija	102.850
Madžarska	101.180

Zbrani podatki potrjujejo, da prisilci za mednarodno zaščito in osebe z mednarodno zaščito ali subsidiarno zaščito predstavljajo veliko manjši delež prebivalstva kot osebe, ki se nahajajo v Sloveniji na podlagi drugih statusov, ali so le turisti. Tako je v Sloveniji v letu 2016 zgolj 1308 oseb zaposlilo za mednarodno zaščito, status begunca oziroma osebe s subsidiarno zaščito pa je bil odobren 170 osebam. Te številke sicer pričajo o porastu oseb z omenjenimi pravnimi statusi glede na leta neposredno pred tem, kar ni nepričakovano glede na tedanjo situacijo, vendar pa istočasno kažejo, da je v primerjavi z vsemi zabeleženimi osebami, ki so med 17. 10. 2015 in 25. 1. 2016 prečkale Slovenijo znotraj t. i. humanitarnega

koridorja (422.724), izjemno malo oseb tu dejansko tudi ostalo. Še več, statistike celo kažejo, da je leta 2000 v Sloveniji za mednarodno zaščito zaprosilo veliko več oseb, namreč 9.244. Številke so zelo nizke tudi v primerjavi s statistikami o osebah, ki so imele leta 2016 v Sloveniji dovoljenje za začasno ali stalno prebivanje, saj jih je bilo 135.536, medtem ko je bilo registriranih prihodov tujih turistov kar 3.032.256. Iz teh podatkov smo potrdili sklep, da je za zdravstveno osebje veliko bolj verjetno, da bodo pogosteje v stiku s prebivalci, ki imajo dovoljenje za začasno ali stalno prebivanje, in celo turisti, kot pa z osebami s statusom prosilca za mednarodno zaščito, osebe s subsidiarno zaščito ali begunca.

Kot je bilo že omenjeno, pravni status nedržavljana določa obseg pravic, ki jih imajo te osebe v Sloveniji, vključno z zdravstvenimi pravicami. Zato smo po pregledu uradnih statistik v zakonodaji preverili, kakšen dostop do zdravstvenega zavarovanja imajo uporabniki z različnimi statusi. Pri tem smo se osredotočili na dostop do obveznega zdravstvenega zavarovanja, saj lahko dopolnilno zdravstveno zavarovanje sklenejo le vse obvezno zavarovane osebe. Tako smo ugotovili, da so med osebami, ki imajo pravico do obveznega zdravstvenega zavarovanja:

- osebe z dovoljenjem za stalno prebivanje;
- osebe z dovoljenjem za začasno bivanje, če so v delovnem razmerju ali če so zavarovane kot družinski člani zavarovanca;
- osebe s statusom begunca in osebe s subsidiarno zaščito (17. točka 15. člena ZZVZZ)
- nedržavljeni, ki se izobražujejo ali izpopolnjujejo v Republiki Sloveniji (14. točka 15. člena ZZVZZ);
- otroci do 18. leta starosti, ki se šolajo in niso zavarovani kot družinski člani, ker njihovi starši ne izpolnjujejo pogojev za vključitev v OZZ (24. točka 15. člena ZZVZZ).

Med osebe, ki nimajo pravice do obveznega zdravstvenega zavarovanja, pa spadajo:

- prosilci za mednarodno zaščito;
- osebe z dovoljenjem za zadrževanje;
- osebe, prepoznane kot žrtve trgovine z ljudmi in žrtve nezakonitega zaposlovanja;
- sezonski delavci, ki niso v delovnem razmerju;
- osebe z dovoljenjem za začasno prebivanje, ki niso zaposlene ali zavarovane kot družinski člani.⁴

⁴ Med njimi tudi nekateri državljani EGP in Švice, ki sicer imajo evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja.

Iz zbranih podatkov sklepamo, da se dostop do obveznega zdravstvenega zavarovanja za nedržavljanke do določene mere prekriva s temeljno logiko ureditve sistema zdravstvenega zavarovanja, ki stremi k zagotavljanju široke pokritosti prebivalstva in zbira večino prispevkov iz delovnih razmerij. Tiste osebe, ki so v Sloveniji zaposlene za določeni ali nedoločeni čas, so tako v pravici do zavarovanja popolnoma izenačene z državljanji Slovenije, enako velja tudi za njihove ožje družinske člane. Tudi osebe, ki imajo trajnejši pravni status, denimo dovoljenje za stalno prebivanje ali osebe s statusom begunca, imajo v primeru socialne ogroženosti dostop do obveznega zavarovanja, ki ga krijejo javni proračuni. Zakon pa predvideva še dodatne izjeme, kot so nedržavljanke, ki se v Sloveniji izobražujejo – ti si prispevek plačujejo sami –, in pa otroci, ki ne morejo biti zavarovani kot družinski člani.

Medtem pa se osebe, ki so v bolj negotovih pravnih statusih – takšnih, ki predvidevajo krajše prebivanje na ozemlju in zato omogočajo manj pravic –, ne morejo obvezno zdravstveno zavarovati. Mednje spadajo tudi prisilci za mednarodno zaščito, osebe z dovoljenjem za zadrževanje in osebe, prepoznane kot žrtve trgovine z ljudmi in žrtve nezakonitega zaposlovanja, ki imajo kljub temu v zakonu (86. člen *Zakona o mednarodni zaščiti*, 50. in 75. člen *Zakona o tujcih*) posebej opredeljeno pravico vsaj do nujnega oziroma potrebnega zdravstvenega varstva, v določenih primerih pa je zanje obseg po zakonu upravičenih zdravstvenih storitev celo večji. Ta podatek je za zdravstveno osebje zelo pomemben, saj te osebe v Sloveniji kljub negotovemu statusu prebivajo in uporabljajo zdravstvene storitve, a se hkrati ne morejo izkazovati z zdravstveno kartico in pogosto tudi nimajo drugega zdravstvenega zavarovanja. To ne velja za sezonske delavce, ki niso v delovnem razmerju, in osebe z dovoljenjem za začasno prebivanje, ki niso zaposlene ali zavarovane kot družinski člani, saj morajo ti za odobritev pravnega statusa imeti zavarovanje, ki omogoča kritje nujnih zdravstvenih storitev, kar pomeni bodisi evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja bodisi prostovoljno zavarovanje za tujino, vendar pa je obseg storitev, do katerih so upravičeni, po navadi zelo omejen.

4 ZAKLJUČEK

Spletna anketa, opravljena med zdravstvenim osebjem, kaže, da ti poleg jezikovnih zaznavajo še druge ovire pri obravnavi tujejezičnih uporabnikov. Te so povezane tudi z organizacijo sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji. Zdravstveni delavci so tako izrazili, da uporabniki niso dovolj seznanjeni z delovanjem slovenskega zdravstvenega sistema, saj se težave kažejo pri naročanju, razumevanju nivojev zdravstva ter pomena osebnega izbranega zdravnika, poteku obravnave in podajanju navodil za nadaljevanje zdravljenja. Poleg navedenih sta bila še posebej povedna odgovora,

ki izražata zaznavanje odsotnosti obveznega in dopolnilnega zavarovanja kot zelo pogosto oviro pri delu s tujejezičnimi uporabniki. Čeprav v anketi nismo izrecno preverjali seznanjenosti zdravstvenih delavcev z različnimi pravnimi statusi nedržavljanov, pa visok odstotek odgovorov, ki izražajo odsotnost zdravstvenih zavarovanj, priča o tem, da se s temi osebami pogosto srečujejo. Hkrati smo ugotovili, da se zdravstveno osebje ne srečuje le z »begunci«, ki so tedaj prevladovali v javnem diskurzu, temveč veliko pogosteje prihaja v stik z osebami, ki imajo druge pravne statuse. Neinformiranost zdravstvenih delavcev na tem področju je možna, ker je razdrobljenost različnih pravnih statusov v Sloveniji velika (osebe z dovoljenjem za stalno inčasno prebivanje, begunci in osebe s subsidiarno zaščito, prosilci za mednarodno zaščito, sezonski delavci, osebe z dovoljenjem za zadrževanje, turisti itn.), z njimi povezane zdravstvene pravice pa so opredeljene v več zakonih in predpisih.⁵ Zato smo področje dodatno raziskali z analizo različnih uradnih statistik in zakonodaje. Ugotovili smo, da imajo pri vstopanju v obvezno zdravstveno zavarovanje praviloma manj težav osebe, ki so v rednem delovnem razmerju, obenem pa se tiste osebe, ki nimajo pravice do zaposlitve ali pa so brezposelne zaradi drugih razlogov, težje obvezno zavarujejo, kar se sklada s temeljnimi načeli ureditve zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji. To še posebej pride do izraza pri posameznih kategorijah prebivalcev, ki imajo opredeljen večji obseg pravic kot zgolj nujno zdravljenje, a se ne izkazujejo s kartico zdravstvenega zavarovanja, zaradi česar imajo lahko težave pri dostopu do zdravstvene obravnave. Na podlagi rezultatov raziskave smo te vsebine vključili tako v *Večjezični priročnik za lažje sporazumevanje v zdravstvu* kot v usposabljanje »Pacient ne govori slovensko!«: Izziv za zdravstvene delavce v Sloveniji, ki smo ga razvili v drugem delu projekta (gl. osmo poglavje). Vendar pa se obenem zavedamo, da bi bilo treba vzpostaviti kontinuirano informiranje tako zdravstvenih delavcev kot tujejezičnih uporabnikov o delovanju zdravstvenega sistema in pravicah, povezanih z različnimi pravnimi statusi nedržavljanov, če bi želeli dolgoročno vplivati na zmanjšanje težav na tem področju.

Reference

- Albreht, Tit, Radivoje Pribaković Brinovec, Dušan Jošar, Mircha Poldrugovac, Tatja Kostnapfel, Metka Zaletel, Dimitra Panteli, Anna Maresso, 2016: Slovenia: Health system review. *Health Systems in Transition* 18/3: 1–207.
- Cylus, Jonathan, 2016: Analysis of the Health System in Slovenia: Health System Expenditure Review. World Health Organization. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/336397/Health-System-Expenditure-Review-Report-Slovenia.pdf (dostop: 4. 6. 2018).

5 Dodatna težava je tudi zamenjevanje pravnih kategorij s poimenovanji, ki so prisotna v javnem diskurzu (begunec, azilant, prosilec, ekonomski migrant, delavec migrant itn.).

- MIPEX, 2015: MIPEX – Country Report for EQUI-HEALTH. Brussels: International Organisation for Migration. <http://www.mipex.eu/> (dostop: 10. 6. 2016).
- Pistotnik, Sara in Uršula Lipovec Čebren, 2015: Predlogi sistemskih ukrepov za lažji dostop do zdravstvenega zavarovanja in do zdravstvenega varstva za odrinjene skupine. Neobjavljeno poročilo projekta Skupaj za zdravje. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Pomoč beguncem*, 2016. http://www.vlada.si/pomoc_beguncem/ (dostop: 30. 3. 2017).
- Rajgelj, Barbara, 2012: Vpliv delovnopravnega, državljskega in družinskopravnega statusa na neenako obravnavo v zdravstvenem zavarovanju. *Zdravstveno varstvo* 51/1: 43–52.
- Statistika MNZ za leto 2016. http://www.mnz.gov.si/si/mnz_za_vas/tujci_v_sloveniji/statistika/ (dostop: 17. 3. 2017).
- Statistika SURS za leto 2016. <http://www.stat.si/StatWeb/News/Index/6681>, (Dostop 17. 3. 2017).
- Zakon o mednarodni zaščiti (ZMZ). *Uradni list RS*, št. 16/2017, 7. 4. 2017.
- Zakon o tujcih. *Uradni list RS*, št. 1/2018, 5. 1. 2018.
- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ). *Uradni list RS*, št. 72/2006, 11. 7. 2006.

Medkulturni (in drugi) nesporazumi v zdravstvu

Uršula Lipovec Čebtron

Izvleček

V prvem delu poglavja so predstavljeni rezultati spletne ankete, ki se nanašajo na kulturne dimenzije zdravstvene obravnave tujejezičnih oseb, obenem pa analizirani določeni medkulturni nesporazumi, ki so jih na delavnicah usposabljanja za zdravstvene delavce izpostavili udeleženci. Tako rezultati spletne ankete kot izkušnje udeležencev delavnice kažejo, da zdravstveni delavci medkulturne nesporazume zaznavajo, vendar so pri njihovem reševanju prepuščeni sami sebi. V drugem delu poglavja so na osnovi rezultatov ankete predstavljeni nekateri načini premoščanja nesporazumov, v zaključku pa podani ukrepi, ki bi izboljšali stik med zdravstvenim osebjem ter osebami iz drugih okolij.

1 UVOD

Heterogenost prebivalstva pogosto povezujemo z različno etnično pripadnostjo, jezikom ali državo rojstva oziroma državljanstvom. Te raznolike skupine prebivalcev običajno dojemamo kot homogene (Gosenca 2017). Nove skupine priseljenec v Evropi pa so, v primerjavi s skupinami, ki so zaznamovale povojno obdobje, veliko manjše, socialno razslojene, manj organizirane, prihajajo iz različnih delov sveta ter pridobijo v državah prihoda različne pravne statute. V številnih delih Evrope zato opazimo vse več manjših in bolj raznovrstnih skupin priseljenec, živečih ob večjih etničnih skupinah, ki so se priselile že pred časom (Chiarenza 2014: 14, Chiarenza et al. 2016: 21). Tako v Evropi kot tudi v Sloveniji ni treba vzeti v obzir le dejstva, da obstajajo različne skupine prebivalcev, temveč tudi, da so razlike znotraj teh skupin morda celo večje kot razlike med eno in drugo skupino (ibid.). Sodobni migracijski trendi namreč jasno kažejo, da vse večja heterogenost prebivalstva ni le posledica večjega števila različnih etničnih skupin, temveč mnogih drugih dejavnikov, ki vplivajo na njihovo vključevanje ali izključevanje (ibid.).

Pomanjkljivo vključevanje heterogenih skupin, ki ne spadajo v večinsko prebivalstvo, je prisotno tudi v zdravstvu. Več raziskav (npr. Calavita 2005, Mladovsky 2007a, 2007b, Giannoni in Mladovsky 2007, Castañeda 2008, 2009, Goldade 2009, Like 2011, Ingleby et al. 2012, Rechel et al. 2013, Olišarová et al. 2014, Castañeda et al. 2015) nedvoumno dokazuje, da so mnogi migranti/begunci in etnične manjšine v zdravstvenem sistemu soočene s številnimi ovirami. Raziskovalci poudarjajo, da se njihovo zdravje zaradi različnih oblik izključevanja v novem okolju pogosto slabša, saj običajno niso deležni enako kvalitetne zdravstvene oskrbe kot ostali prebivalci. Prikrajšani so tako pri samem dostopu do zdravstva kot tudi pri preventivi in zgodnjih diagnozah ter pri kasnejšem zdravljenju in rehabilitaciji (Epstein 2007: 5). Neenako zdravstveno obravnavo teh skupin prebivalstva raziskovalci običajno interpretirajo kot posledico njihovega slabšega družbeno-ekonomskega položaja, pravnega statusa, jezikovnih in kulturnih ovir ter marginaliziranosti in stigmatiziranosti posamezne etnične skupine (Ingleby et al. 2011, Olišarová et al. 2013: e2, gl. tudi Mladovsky 2007a, 2007b, Giannoni in Mladovsky 2007, Castañeda 2008, 2009, Castañeda et al. 2015). Podobne razloge izpostavljajo raziskave v Sloveniji (gl. npr. Brovc et al. 2009, Jazbinšek in Palaić 2009, Bofulin in Bešter 2010, Lipovec Čebren 2010a, 2010b, Bombač et al. 2017, Lipovec Čebren in Pistotnik 2018), ki poleg družbeno-ekonomskih, jezikovnih in kulturnih ovir ključne težave vidijo v dostopu do zdravstvenega zavarovanja ter drugih pravnoadministrativnih ovirah, s katerimi so soočeni migranti/begunci v prekarjih pravnih statusih.

Pri projektu »Izdaja slovarja namenjenega lažji komunikaciji migrantov z zdravstvenim osebjem« smo se vseskozi zavedali, da jezikovne ovire predstavljajo le eno od področij, kjer prihaja med zdravstvenim osebjem in migranti/begunci do težav. Zato smo se želeli vsaj delno posvetiti nekaterim drugim preprekam, ki ključno vplivajo na kvaliteto zdravstvene oskrbe teh prebivalcev. V spletni anketi smo tako poleg jezikovnih ovir poskušali zaznati še druge ovire, s katerimi se soočajo zdravstveni delavci pri tujejezičnih uporabnikih. Obenem pa smo na predavanjih v okviru projektnih usposabljanj za zdravstvene delavce predstavljali različne ovire (pravno-administrativne ovire, medkulturni nesporazumi, stigmatizacija, marginalizacija in diskriminacija migrantov/beguncev et al.), ki ključno prispevajo k neenaki zdravstveni obravnavi. Dodatno pozornost smo nejezikovnim oviram posvetili v delavnicah, ki so bile organizirane v okviru usposabljanj in v katerih so imeli zdravstveni delavci možnost v vodeni diskusiji opisati lastne izkušnje z osebami, ki ne govorijo slovensko. Na osnovi rezultatov spletne ankete in pričevanj iz omenjene delavnice smo lahko ugotovili, da so pri zdravstveni obravnavi tujejezičnih oseb poleg jezikovnih ovir navzoče različne pravno-administrativne in organizacijske ovire ter medkulturni nesporazumi. Glede na to, da so bile jezikovne in pravno-administrativne ovire že razčlenjene v drugih poglavjih (gl. poglavja 1–4), se na tem mestu želim posvetiti oviram, ki jih imenujemo medkulturne ali kulturne.

Za razliko od jezikovnih in pravnih ovir, ki so za zdravstvene delavce bolj otipljive, so kulturne dimenzije pogosto manj opazne, zato se jih težje zavedajo. Poleg tega prepoznavanje kulturnih razlik in medkulturnih nesporazumov v zdravstvu dodatno zapletejo drugi razlogi. Prvi se nanaša na izmuzljivosti koncepta kultura, o katerem v antropologiji, pa tudi v drugih vedah, ni soglasja. Zato je pogosto nemogoče jasno ločiti med jezikovnimi, družbeno-ekonomskimi, pravnimi ter drugimi kulturnimi dimenzijami zdravstvene obravnave. Drugi razlog je povezan z rabo termina kultura, ki ga v zdravstveni sferi pogosto poenostavljajo in uporabljajo kot sinonim za etničnost (Pulido-Fuentes et al. 2017: 367), pri čemer spregledujejo, da se v vsaki etnični skupini pojavlja izrazita raznolikost kulturnih prepričanj in praks. Podobno problematične so kulturalistične razlage, v katerih so socialne in ekonomske neenakosti predstavljene kot kulturne razlike, pri čemer koncept kulture služi za prikrievanje teh neenakosti (Pulido-Fuentes et al. 2017: 366, Muaygil 2018: 20). Nazadnje pa velja opozoriti, da se v zdravstvenih ustanovah koncept kulture pogosto dojema kot atribut skupin pacientov, ki so drugačni od večinske (Kumaş-Tan 2007), pri čemer določeni zdravstveni delavci spregledajo tako vpliv lastne kulture na zdravstveno obravnavo kot tudi kulturno determiniranost zdravstvenih ustanov ter zdravstvenega sistema v celoti (Lipovec Čebtron et al. 2018).

2 MEDKULTURNI (IN DRUGI) NESPORAZUMI

V nadaljevanju bodo predstavljeni rezultati spletne ankete, ki se nanašajo na kulturne dimenzije zdravstvene obravnave tujejezičnih oseb, obenem pa bodo analizirani nekateri medkulturni nesporazumi, ki so jih na delavnicah usposabljanja za zdravstvene delavce izpostavili udeleženci.

V spletni anketi smo s 17. vprašanjem (»Na katerem področju (poleg jezikovnega) še zaznavate težave z uporabniki, ki ne znajo slovensko?«) hoteli ugotoviti, kje vse prihaja do ovir, ki niso jezikovne. Anketiranci so lahko izbirali med 16 odgovori (izbrali so lahko več kot enega), dana pa jim je bila tudi možnost »Drugo«, kamor so lahko dodali odgovore, ki jih nismo predvideli. Na vprašanje je odgovorilo 498 anketirancev, vseh odgovorov pa je bilo 2870. V Tabeli 1 je podan odstotek oseb, ki so označile posamezen odgovor:

Tabela 1

Na katerem področju (poleg jezikovnega) še zaznavate težave z uporabniki, ki ne znajo slovensko?		
1	Nerazumevanje navodil zdravljenja	64 %
2	Odsotnost dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja	62 %
3	Odsotnost obveznega zdravstvenega zavarovanja	58 %
4	Neizbran osebni zdravnik	49 %
5	Nepoznavanje zdravstvenega sistema v Sloveniji	47 %
6	Druge administrativne prepreke pri urejanju njihovega statusa	40 %
7	Drugačen način komunikacije	40 %
8	Obisk zdravstvene ustanove brez predhodnega naročila	39 %
9	Drugačne kulturne navade (vloga in prisotnost družinskih članov)	38 %
10	Drugačne higienske navade	33 %
11	Drugačne religiozne navade	27 %
12	Neupoštevanje naročenih terminov	27 %
13	Drugačne prehranske navade	23 %
14	Drugačna spolna razmerja in vloge	17 %
15	Neskladje med urnikom ambulant in potrebami uporabnikov	12 %
16	Drugo	3 %

Kot je bilo predstavljeno v predhodnem (4.) poglavju, iz odgovorov izhaja, da največje število anketirancev zaznava težave, ki zadevajo organizacijo in delovanje zdravstvenega sistema. Vseeno pa določen delež zdravstvenih delavcev meni,

da drugačne kulturne navade pacientov povzročajo težave pri zdravstveni oskrbi. Anketiranci so tako opazili, da težave pogosteje nastajajo zaradi »drugačnih kulturnih navad (vloga in prisotnost družinskih članov)« (188 odgovorov ali 38 %) in »drugačnih higienskih navad« (162 odgovorov ali 33 %). Nekoliko redkeje so te težave pripisuje »drugačnim religioznim navadam« (133 odgovorov ali 27 %) in »drugačnim prehranskim navadam« (113 odgovorov ali 23 %), najredkeje pa »drugačnim spolnim razmerjem in vlogam« (84 odgovorov ali 17 %).

Če naštetih odgovori nedvomno opozarjajo na kulturne dimenzije, pa pri naslednjih treh to ni tako samoumevno. Pri odgovoru »nerazumevanje navodil zdravljenja«, ki je bil od vseh številčno najbolj zastopan (314 odgovorov ali 64 %), bi lahko le pogojno prepoznali kulturne dimenzije. Čeprav je bilo v vprašanju jasno opredeljeno, naj anketiranci razmišljajo o težavah, ki niso jezikovne, je lahko ravno izraz *nerazumevanje* marsikoga zavedel, da je pomislil na jezikovno nerazumevanje. Obenem pa se je lahko dožemanje jezikovne in širše kulturne ravni tega odgovora med anketiranci prekrivalo. Povsem nedvoumno pa v kulturne dimenzije ta odgovor umešča oseba, ki je edina dodala komentar k zastavljene-mu vprašanju: »Nesprejemanje navodil je po moje kulturološko pogojeno, npr. relativno pogosto zahtevajo i.v. [intravensko, op. a.] aplikacijo zdravil in nočejo sprejeti razlage, da je p.o. [peroralno, op. a.] enako učinkovito in povezano z manj tveganji; včasih imam občutek, da me ne jemljejo resno, ker sem ženska.« Odgovor »drugačen način komunikacije« (198 odgovorov ali 40 %) bi lahko bil za anketirance podobno dvoumen, saj so morda nekateri spregledali, da jezikovnih dimenzij ne smejo vključevati v komunikacijo, verjetno pa so določeni vseeno imeli v mislih neverbalne oblike komunikacije. Zadnji odgovor, ki odpira možnost različnim interpretacijam, pa je »neupoštevanje naročenih terminov« (134 odgovorov ali 27 %), saj bi ga lahko razumeli na vrsto načinov: kot posledico nepoznavanja ali nerazumevanja delovanja zdravstvenih ustanov, njihovih urnikov in sistema naročanja; kot rezultat nezmožnosti usklajevanja delovnega urnika z naročenim terminom (Lipovec Čebtron 2010b) ali pa kot drugačno percepcijo časa in vrednotenja časovne točnosti.

Čeprav se po rezultatih spletne ankete medkulturni nesporazumi v primerjavi z jezikovnimi in pravno-administrativnimi ovirami kažejo kot manj pereče področje zdravstvene obravnave (gl. poglavja 1–4), pa je iz ankete očitno, da so vseeno prisotni v mnogih situacijah. Ta ugotovitev nas je vzpodbudila, da smo kulturnim dimenzijam dali več pozornosti v okviru usposabljanja za zdravstvene delavce (več v 8. poglavju) ter na delavnici z naslovom »Razvijanje kulturno kompetentne zdravstvene oskrbe za osebe v različnih pravnih statusih« v vodeni diskusiji vzpodbudili udeležence, naj opišejo ovire, ki se nanašajo na pravno-administrativne prepreke in kulturne dimenzije zdravstvene obravnave tujejezičnih oseb. Na 25 delavnicah, ki so trajale po 60 minut in se jih je udeležilo od 15 do 25 oseb na posamezno delavnico, so sodelovali zdravstveni delavci različnih profilov (gl.

8. poglavje). Na osnovi njihovih izkušenj, ki so bile sproti zapisane (o čemer so bili udeleženci uvodoma obveščeni), je bilo zbranih 38 pričevanj. Glede na to, da bi ta pričevanja zahtevala posebno analizo, bom v nadaljevanju navedla le štiri zapise, pri katerih lahko opazimo nekatere medkulturne nesporazume, ki so bili izpostavljeni v spletni anketi:

Pacienti iz Irana, ki prihajajo k nam, so pogosto jezni na zdravnike in ne razumejo, zakaj jim takoj ne dajo zdravil. V Iranu namreč pri zdravniku takoj dobijo zdravila, na primer, dve injekciji, potem šele sledi pogovor. Mi pa ne dajemo kar injekcij, oni bi injekcijo za vse. Ker obstajajo take razlike, jih je pomembno informirati, da je tu zdravljenje drugačno – če pri nas takoj ne dobiš zdravil, še ne pomeni, da je zdravljenje slabo. (Maribor, delavnica, 29. 9. 2017)

V porodnišnico pride nosečnica, ki je pred kratkim prišla iz Kitajske v Slovenijo. Porod poteka normalno. Po porodu je nameščena v sobo. Opazim [zaposlena je kot medicinska sestra, op. a], da so tla kopalnice polna vode. Vprašam jo, zakaj tako moči tla kopalnice, a vprašanja ne razume. Potem se malo pojezim in poskušam z gibi, mimiko povedati, naj tega ne počne. A se nič ne spremeni. Mislim si, da me heca. Potem si mislim, da sploh ne zna spoštovati higiene. Šele več mesecev kasneje znanki, ki je delala na Kitajskem, povem za ta primer. Pove mi, da je porodnica le sledila svoji tradiciji, da se en mesec po porodu ne sme kopati ali tuširati, pa še druge zadeve mora spoštovati. (Ljubljana, delavnica, 15. 9. 2017)

K meni [zobozdravstvena ambulanta, op. a] pride muslimansko dekle, ki je čisto zakrito, tudi obraz. Govori slovensko. Problem je, da nisem še nikoli pregledala zakrite ženske in takrat sem se zmedla, nisem vedela, kako naj ji pregledam ustno votlino, ko je tako zakrita, zato jo raje kar odslovim. (Ljubljana, delavnica, 6. 10. 2017)

Iz opisanih primerov se kažejo različni razlogi za nesporazume. V prvi opisani situaciji bi lahko zaznali podobne težave, kot so jih anketiranci izpostavljali z izbiro odgovora »nerazumevanje navodil zdravljenja«. V primeru »pacientov iz Irana« so bila izpostavljena različna dojetanja o ustreznosti terapije med pacienti in zdravstvenimi delavci glede vrste terapije (»Mi tudi ne dajemo kar injekcij, oni bi injekcijo za vse.«) in samega poteka obiska pri zdravniku (»Tako dobijo zdravila /.../, potem šele sledi pogovor.«). Na podobna neskladja opozarja tudi komentar v anketi, ki izpostavlja, da tujejezični pacienti pogosto dojemajo intravensko aplikacijo zdravil kot bolj učinkovito od peroralne. Le domnevamo lahko, da se razlogi za to nahajajo v drugačnih protokolih zdravstvenih služb v državah, iz katerih te osebe prihajajo. V nekaterih bližnjevzhodnih in azijskih državah namreč zdravniška stroka privilegira bolj invaziven pristop k zdravljenju (Galanti 2015: 279), kot je to običajno v Sloveniji. Vseeno pa bi vzrok za drugačna pričakovanja »pacientov iz Irana« lahko iskali tudi v njihovih razlagalnih modelih zdravstvene

težave. Če je razlagalni model »način, na katerega oseba razlaga in razume svojo zdravstveno težavo« (Lipovec Čebtron in Škraban 2016: 85), ni nujno, da se ta sklada z razumevanjem tistih, ki zdravstveno oskrbo zagotavljajo. Če se že med pacienti in zdravstvenimi delavci iz istega kulturnega okolja običajno pojavijo velike razlike med pacientovo izkušnjo bolezni (*illness*) in zdravnikovim razumevanjem te bolezni (*disease*) (Kleinman et al. 1978), so razlike med pacienti in zdravstvenimi delavci iz drugih okolij le še večje in globlje.

V drugem zapisu iz delavnice se je porodnica umivala na način, ki se je skladal z lokalnimi ruralnimi navadami na nekaterih delih Kitajske (»sedeči mesec« ali *zuò yuè zǐ*), po katerih se morajo porodnice izogibati umivanju s tekočo vodo. Namesto tega se umivajo le s stoječo vodo, s katero je porodnica močila tla. V tem primeru so opazne »drugačne higienske navade«, ki so jih kot težavo prepoznali tudi anketiranci. V opisani situaciji si teh drugačnih higienskih pravil medicinska sestra sprva ni znala razložiti in je porodnico dojemala kot osebo, »ki sploh ne zna spoštovati higiene«. Podobno dojetanje priseljencev kot »nehigienskih subjektov« (Briggs v Horton in Barker 2009: 789), ki naj ne bi znali/zmogli slediti higienskim pravilom na Zahodu, se pojavlja tudi med nekaterimi zdravstvenimi delavci v ZDA (Horton in Baker 2009). Ta predstava je zahodnocentrična, saj ne upošteva higienskih pravil in praks, ki so drugačne od zahodnih, obenem pa ne jemlje v obzir strukturnih neenakosti (npr. revščine, slabših bivanjskih in delovnih pogojev et al.), zaradi katerih mnoge skupine priseljencev ne morejo slediti svojim higienskim navadam (ibid., Lipovec Čebtron 2010a).

Zadnjo situacijo, v kateri je k zobozdravnici prišlo zakrito muslimansko dekle, lahko povežemo z anketnim odgovorom »drugačne religiozne navade«. Kot je splošno znano, se zakrivajo določene pripadnice islama (Schimmel 1997, Kalčić 2007), pri čemer velja poudariti, da so mnoge muslimanke nezakrite, saj se v posameznih regijah zakrivanje različno dojema ter je odvisno od vrste dejavnikov (stopnje urbanosti, družbeno-ekonomskega položaja posameznice et al.) (ibid.). Ni jasno, ali je bilo deklet v burki, značilni za Afganistan, ki zakriva celotno telo, na predelu oči pa je predvidena gosta mreža (Harcet 2007: 65), ali v nikabu, obraznemu zakrivalu arabskega izvora, pri katerem so oči vidne (Kalčić 2011: 151). Pomembneje pa je poudariti, da muslimanke, ki se zakrivajo, ostanejo zakrite le, če predvidevajo, da se v istem prostoru nahajajo moški, ki niso njeni sorodniki (ibid.: 149–167). Zobozdravnica je v kasnejšem pogovoru na delavnici povedala, da je bil v ambulanti prisoten tudi zobni tehnik, kar pojasnjuje dekletovo obnašanje. Podobno kot pri omenjeni zobozdravnici se je tudi pri nekaterih drugih udeležencih delavnic kazalo pomanjkanje informacij o islamskih družbah, esencijalizacija in homogenizacija raznorodnih prepričanj in praks v teh družbah ter, v določenih primerih, vrsta posplošenih, islamofobnih predstav. Posledično so udeleženci pogosto izražali strah in ogroženost, ki je rezultirala v socialni distanci ali zavrnitvi, kot je bilo pokazano v zadnjem primeru. Vseeno pa velja poudariti,

da so nekateri zdravstveni delavci v času delavnice, a tudi pred njo, reflektirali svoje predsodke in jih poskušali presežati, kot kaže izkušnja ene od udeleženk:

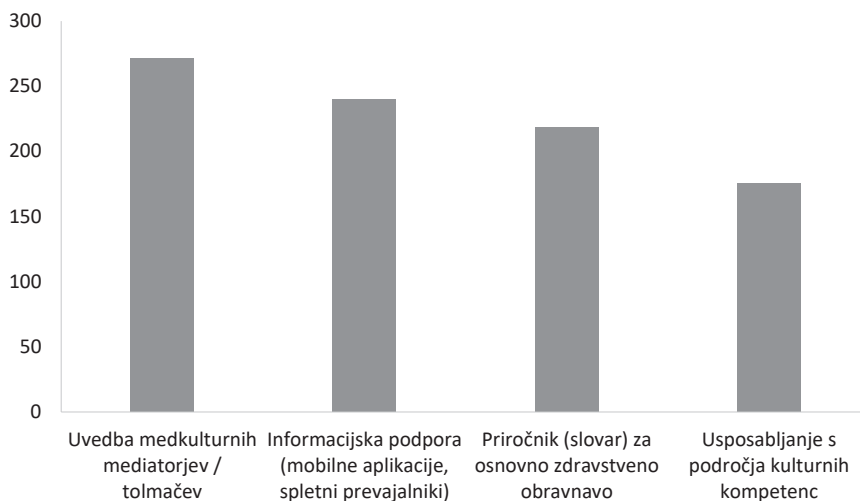
Zakrito žensko, angleško govorečo, smo naročili po delovnem času, a vseeno smo bili tudi zaposleni šokirani ob njenem prihodu. Priznam, da sem, ko sem jo videla, čisto zmrznila. Šele ko smo spoznali njo in njenega moža, smo videli, da se nimamo česa bati ... spoznali smo, kakšne predsodke smo imeli. (Maribor, delavnica 29. 9. 2017)

Iz zapisanega lahko ugotovimo, da se zdravstveni delavci zavedajo določenih težav, ki se pojavljajo med njimi in uporabniki iz drugih okolij, vendar pa so pri reflektiranju in reševanju teh težav izrazito prepuščeni sami sebi – svoji odprtosti in iznajdljivosti (Bofulin in Bešter 2010). Čeprav posamezni zdravstveni delavci že v času zdravstvene obravnave prepoznavajo nekatere kulturne nesporazume in jih poskušajo preseči (kot kažeta oba primera iz Maribora), pa lahko drugačnih navad ne razumejo ali jih razumejo naknadno, kar privede do diskriminatorne obravnave pacientov (kot kažeta oba primera iz Ljubljane).

Tako rezultati spletne ankete kot izkušnje udeležencev delavnice tudi kažejo, da medkulturni nesporazumi predstavljajo kompleksno polje, ki ob prisotnosti uporabnikov iz različnih okolij s heterogenimi potrebami postaja vse bolj zahtevno. Zaradi osredotočenosti projekta na jezikovne ovire smo se lahko kulturnih dimenzij le dotaknili. Šele poglobljena raziskava bi lahko razkrila dejanske razsežnosti medkulturnih nesporazumov v zdravstvenih ustanovah Slovenije. Na osnovi teh parcialnih uvidov na to področje pa vseeno lahko ugotovimo, da je zdravstveno osebje pri stikih s pacienti iz drugih okolij prepuščeno samim sebi, kar je posledica odsotnosti sistemske podpore. Ne le, da ta odsotnost podpornih mehanizmov prispeva k neprimernemu odnosu in komunikaciji s pacienti iz drugih kulturnih okolij, povečuje možnost medkulturnih nesporazumov in konfliktov ter zmanjšuje uspešnih intervencij (Lange et al. 2013: 58), temveč pomeni pogosto plodna tla za porast nestrpnosti in ksenofobije med zdravstvenim osebjem. Ravno zaradi tega nas je zanimalo, kaj bi zdravstvenim delavcem koristilo pri premagovanju jezikovnih in drugih ovir pri obravnavi uporabnikov, ki ne znajo slovensko.

3 NAČINI PREMOŠČANJA OVIR

V zadnjem delu ankete, natančneje pri 18. vprašanju, smo zdravstvenim delavcem zastavili vprašanje: »Kaj bi vam koristilo pri premoščanju jezikovnih in drugih ovir pri obravnavi uporabnikov, ki ne znajo slovensko?«. Predvideni so bili štirje odgovori (anketiranci so lahko izbrali več odgovorov), dodana pa je bila tudi možnost »Drugo«, kamor so lahko zapisali svoje komentarje. Na vprašanje je odgovorilo 498 anketirancev, vseh odgovorov pa je bilo 940.



Slika 1: Premoščanje ovir

Najpogosteje (271 odgovorov) so anketiranci menili, da bi jezikovne in druge ovire uspešneje presegali z uvedbo medkulturnih mediatorjev/tolmačev. Malo manjši delež (240 odgovorov) vidi rešitev predvsem v informacijski podpori v obliki mobilnih aplikacij ter v priročniku za osnovno zdravstveno obravnavo (218 odgovorov), najmanj pa jih je izbralo usposabljanje s področja kulturnih kompetenc, pri čemer je vprašanje, ali so anketiranci poznali izraz kulturne kompetence (Lipovec Čebtron et al. 2018). Zdravstveni delavci v Sloveniji torej podajajo mnenje, v mnogih točkah skladno z rezultati raziskav v mednarodnem okolju, ki poudarja pomembnost sistemske vpeljave medicinskih tolmačev in medkulturnih mediatorjev v zdravstveno oskrbo (Verrept in Louckx 1997, Verrept 2008,).

Še posebej povedni pa so komentarji, ki so jih anketiranci dopisali k temu vprašanju – pod »Drugo« je namreč 30 oseb dodalo še druge predloge rešitev, ki jim koristile pri premagovanju jezikovnih in drugih ovir pri obravnavi uporabnikov, ki ne znajo slovensko. Čeprav jih 20 % (tj. 6 respondentov) navaja, da bi bilo nujno urediti tolmaško podporo (npr.: »Lepo bi bilo, če bi imeli uradnega tolmača, ki bi ga lahko kontaktirali telefonsko (lahko tudi prevaja telefonsko), vsaj za albanščino.«), jih velika večina (57 % ali 17 odgovorov) poudarja, da bi bilo nujno omogočiti in spodbuditi rezidente Slovenije, ki ne razumejo slovensko, da se slovenščine naučijo. Tako navajajo: »Tečaji slovenščine za uporabnike, ki ne govorijo slovensko«, »Obvezen tečaj slovenskega jezika, če oseba želi ostati in živeti v Sloveniji«, »Naj se naučijo jezika države, ki jim daje kruh«, »Sami se premalo potrudijo, da bi razumeli in govorili slovensko«.

Spletna anketa je dajala tudi možnost, da anketiranci na koncu vprašalnika dopišejo svoj komentar. Tako se je vprašanje 20 glasilo: »Če nam želite karkoli posredovati, prosimo, napišite. Veseli bomo, če opišete svoje izkušnje pri obravnavi uporabnikov, ki ne znajo slovensko«. Na to se je odzvalo 29 anketirancev: čeprav nekateri (2 anketiranca) opišejo, kako so si sami pomagali v stikih z neslovensko govorečimi bolniki (npr. z izdelavo vprašalnikov v različnih jezikih), jih več (8 anketirancev) poudarja velike težave zaradi pomanjkanja tolmačev in medkulturnih mediatorjev, polovica pa (s precejšnjo jezo in frustracijo) opisuje težave v komunikaciji z albansko govorečimi uporabniki zdravstvenih storitev (npr. »Z ženami Albancev se je zelo težko sporazumevati«).

4 ZAKLJUČEK

V Sloveniji je bilo področje stika zdravstvenega osebja z uporabniki z drugih jezikovnih in kulturnih okolij dolga leta zanemarjeno. Na to kaže odsotnost systemske podpore (v obliki tolmačev/medkulturnih mediatorjev; institucionalnih smernic in standardov, ki bi zagotavljali kvalitetno zdravstveno oskrbo za osebe iz drugih okolij; usposabljanj zdravstvenih delavcev idr.), ki je v številnih evropskih državah že vpeljana (Verrept 2008, Chiarenza 2014, Chiarenza et al. 2016, Gosenca 2017). Zdravstvene ustanove v teh državah se namreč vse bolj zavedajo, da je v soočanju z vse bolj kulturno in jezikovno raznoliko družbo treba razviti nove pristope in izboljšati dosedanje strategije (EQUAL EP TransKom 2012: 6, Gosenca 2017).

Iz anketnega vprašalnika ter izkušenj udeležencev delavnice usposabljanja izhaja, da poleg jezikovnih, pravno-administrativnih in organizacijskih ovir zdravstveni delavci prepoznajo tudi medkulturne šume in nesporazume, ki so posledica pacientovih različnih kulturnih prepričanj in navad. Čeprav nekateri te težave znajo premoščati, pa drugi pri tem niso uspešni, kar vodi v neenako in diskriminatorno obravnavo pacientov iz drugih okolij. Predvidevamo lahko, da bo ta v prihodnje le še naraščala, saj seštevek različnih dejavnikov – odsotnost systemske podpore na tem področju, vse bolj heterogene skupine priseljencev iz različnih kulturnih in jezikovnih okolij, ki imajo različne statusne in zdravstvene pravice, naraščajoča nestrpnost, ksenofobija in rasizem v družbi idr. – ni vzpodbuden. Ravno zaradi tega se zdi nujno čimprej vpeljati ustrezne rešitve. Kot predlog teh rešitev, ki smo jih projektne sodelavke oblikovale ob zaključku projekta, navajam naslednje ukrepe:

1. vpeljava državno financirane prevajalske in tolmaške podpore s strani kvalificiranih izvajalcev v zdravstveni oskrbi (nabor teh tolmačev/medkulturnih mediatorjev bi moral v prvi vrsti zajeti tudi večjezične zdravstvene delavce).

2. državno podporo pri izobraževanju tolmačev (in sicer najbolje v okviru poklicnega izobraževanja oz. doizobraževanja) in medkulturnih mediatorjev (oseb, ki so v pomoč priseljencem v začetnem obdobju preselitve in jim omogočajo lažji dostop do različnih javnih služb in storitev).
3. vpeljava institucionalnih smernic in standardov za zdravstvene ustanove v Sloveniji, ki bi zagotavljali kvalitetno zdravstveno oskrbo za osebe iz drugih okolij ter zagotovitev kontinuiranega spremljanja udejanjanja teh standardov.
4. vpeljava področja zdravstvenih vidikov migracij ter sporazumevanja s tujejezičnimi pacienti in, širše, področje medkulturnih kompetenc, v formalno dodiplomsko in podiplomsko izobraževanje in v kontinuiran profesionalni razvoj vseh profilov zdravstvenih delavcev.
5. zagotovitev boljše informiranosti o zdravstvenih pravicah nedržavljanov za zdravstvene delavce (glede na zaznano potrebo po boljši informiranosti zdravstvenih delavcev o pravnih statusih nedržavljanov in njihovih zdravstvenih pravicah, bi bilo treba na tem področju zagotoviti kontinuirano in učinkovito obveščanje zdravstvenih delavcev vseh profilov).
6. zagotovitev boljše informiranosti priseljencev o organiziranosti in delovanju zdravstvenega sistema v Sloveniji ter njihovih zdravstvenih pravicah.
7. dodatno financiranje in povečanje obsega brezplačnih tečajev slovenščine za različne skupnosti priseljencev, ki bi bili diferencirani glede na stopnjo izobrazbe in prvi jezik.

Reference

- Bofulin, Martina in Romana Bešter, 2010: Enako zdravstvo za vse? Imigranti v slovenskem zdravstvenem sistemu. Medvešek, Mojca, Romana Bešter (ur.): *Državljeni tretjih držav ali tretjerazredni državljani?: Integracija državljanov tretjih držav v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za narodnostna vprašanja. 270–312.
- Bombač, Lea, Uršula Lipovec Čebtron, Sara Pistotnik, Andreja Turk Šverko, Andrej Trojar, Simona Repar Bornšek, Nina Sodja, Aida Hadžiahmetović, Helena Liberšar in Erika Zelko, 2017: Zdravstvena obravnava prosilcev in prosilk za mednarodno zaščito v Sloveniji. Zelko, Erika (ur.): *X. Zadravčevi dnevi. Zbornik predavanj*. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine: 28–36.
- Brovc, Majda, Janja Ahčin, Marinka Šlajpah in Danica Rotar-Pavlič, 2009: Ekonomski imigranti v Sloveniji in njihova stališča o boleznih. *Zdravstveno varstvo* 48/1: 26–32.

- Calavita, Kitty, 2005: *Immigrants at the Margins: Law, Race, and Exclusion in the Southern Europe*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Castañeda, Heide, 2008: Perspectives on Gender, Health Care, and Illegal Migration in Germany and the United States. Schrover, Marlou, Joanne van der Leun, Leo Lucassen in Chris Quispel (ur.): *Gender and Illegal Migration in Global and Historical Perspective*. Amsterdam: Amsterdam University Press. 171–185.
- Castañeda, Heide, 2009: Illegality as Risk Factor: A Survey of Unauthorized Migrant Patients in a Berlin Clinic. *Social Science & Medicine* 68/8: 1552–1560.
- Castañeda, Heide, Seth M. Holmes, Daniel S Madrigal, Maria-Elena De Trinidad Young, Naomi Beyeler in James Quesada, 2015: Immigration as a Social Determinant of Health. *Annual Review of Public Health* 36: 375–392.
- Chiarenza, Antonio (ur.), 2014: *Standards for equity in health care for migrants and other vulnerable groups: Self-assessment tool for pilot implementation*. Reggio Emilia: Regional HPH Network of Emilia-Romagna.
- Chiarenza, Antonio, Jerneja Farkaš Lainščak in Uršula Lipovec Čebren (ur.), 2016: *Standard za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi "ranljivih" skupin in orodje za samoocenjevanje zdravstvenih ustanov*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Epstein, Leon, 2007: Introduction. Epstein, Leon (ur.): *Culturally appropriate health care by culturally competent health professionals: International workshop report*. Caesarea: The Israel National Institute for Health Policy and Health Services Research. 5-9.
- EQUAL EP TransKom, 2012: *Comparative study on language and culture mediation in different European countries*. Wuppertal: EQUAL EP TransKom – gesund & sozial.
- Galanti, Geri-Ann, 2015: *Caring for Patients from Different Cultures*. Philadelphia: University of Pennsylvania.
- Giannoni, Margherita in Philipa Mladovsky, 2007: Migrant Health Policies in Italy. *Euro Observer: The Health Policy Bulletin of European Observatory on Health Systems and Policies* 9/4. 5–6.
- Goldade, Kathryn, 2009: "Health is Hard Here" or "Health for All". *Medical Anthropology Quarterly* 23/4: 483–503.
- Gosenca, Karmen, 2017: *Medkulturna mediacija: priložnost za boljšo zdravstveno oskrbo*. Magistrska naloga. Ljubljana: Filozofska fakulteta.
- Harcet, Marjana, 2007: *Alahove neveste: med podrejenostjo in avtonomijo*. Ljubljana: ISH – Fakulteta za podiplomski humanistični študij.
- Horton, Sarah in Judith C. Barker, 2009: »Stains« on their self-discipline: Public health, hygiene, and the disciplining of undocumented immigrant parents in the nation's internal borderland. *American Ethnologist* 36/4: 784–798.
- Ingleby, David, Antonio Chiarenza, Walter Deville in Ioanna Kotsioni (ur.), 2012: *Inequalities in Health Care for Migrants and Ethnic Minorities*. 2. COST Series on Health and Diversity. Antwerp: Garant Publishers.

- Jazbinšek, Simona in Tina Palaić, 2009: Zdravje – človekova pravica? Prosilke in prosilci za mednarodno zaščito. *Časopis za kritiko znanosti* 37/238: 154–162.
- Kalčič, Špela, 2007: *Nisem jaz barbika. Oblačilne prakse, islam in identitetni procesi med Bošnjaki v Sloveniji*. Ljubljana: Filozofska fakulteta.
- Kleinman, Arthur, Leon Eisenberg in Byron Good, 1978: Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research. *Annals of Internal Medicine* 88: 251–258.
- Kumaş-Tan, Zofia, Brenda Beagan, Charlotte Loppie, Anne MacLeod in Byle Frank, 2007: Measures of cultural competence: examining hidden assumptions. *Academic Medicine* 82/6: 548–557.
- Mladovsky, Philipa, 2007a: Migrant Health in the EU. *Eurohealth* 13/1: 9–11.
- Mladovsky, Philipa, 2007b: Migration and Health in EU Health Systems. *Euro Observer: The Health Policy Bulletin of European Observatory on Health Systems and Policies* 9/4: 1–2.
- Muaygil, Ruaim A., 2018: From Paternalistic to Patronizing: How Cultural Competence Can Be Ethically Problematic. *HEC Forum*: 13–29.
- Lange, Jean W., Diana R. Mager, Nancy Andrews, 2013: The ELDER expansion project: building cultural competence among long term home care workers. *Applied Nursing Research* 26: 58–62.
- Like, Robert C., 2011: Educating Clinicians About Cultural Competence and Disparities in Health and Health Care. *Journal of continuing education in the health professions* 31/3: 196–201.
- Lipovec Čebtron, Uršula, 2010a: The Construction of a Health Uninsurant. People without Medical Citizenship as Seen by some Slovene Health Workers. *Studia ethnologica Croatica* 22: 187–212.
- Lipovec Čebtron, Uršula, 2010b: Slepá pega evropskega zdravstva. Analiza nekaterih vidikov zdravja migrantov. Medica, Karmen, Goran Lukič in Milan Bufon (ur.): *Migranti v Sloveniji. Med integracijo in alienacijo*. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstvenoraziskovalno središče. 57–81.
- Lipovec Čebtron, Uršula in Juš Škraban, 2016: Kultura, zdravje in bolezni. Lipovec Čebtron, Uršula (ur.): *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba: Priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje: 83–97.
- Lipovec Čebtron, Uršula in Sara Pistotnik, 2018: (Im)mobile Populations and Health Rights. Accessing the Healthcare System in Slovenia. Vindriola-Padros, Cecilia, Ginger A. Johnson in Anne E. Pfister (ur.): *Health and Care (Im) mobilities*. New York, Oxford: Berghahn. 53–75.
- Lipovec Čebtron, Uršula, Sara Pistotnik, Ivanka Huber, Jerneja Farkaš-Lainščak, 2018: Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba v Sloveniji. Celje: Visoka zdravstvena šola Celje. V tisku.
- Olišarová, Věra, Valérie Tóthová, Iva Brabcová, 2014: Determinants of immigrants' mental health. *Kontakt* 18/2014: e1–e8.

- Pulido-Fuentes, Montserrat, Luisa Abad González, Maria de Fatima da Silva Vieira Martins in Juan Antonio Flores Martos, 2017: Health competence from a transcultural perspective. Knowing how to approach transcultural care. *Procedia – Social and Behavioral Sciences* 237/2017: 365–372.
- Rechel, Bernd, Philipa Mladovsky, David Ingleby, Johan P Mackenbach in Martin McKee, 2013: Migration and Health in Increasingly Diverse Europe. *Lancet* 381/2013: 1235–1245.
- Schimmel, Annemarie, 1997: *My soul is a woman: the feminine in Islam*. New York: Continuum.
- Verrept, Hans, 2008: Intercultural mediation: An answer to health care disparities? Valero-Garcés, Carmen in Anne Martin (ur.): *Crossing borders in community interpreting: Definitions and dilemmas*. Amsterdam/Philadelphia: Benjamins. 187–201.
- Verrept, Hans in Freddy Louckx, 1997: Health advocates in Belgian health care. Ugalde, Antonio in Gilberto Cárdenas (ur.): *Health and social services among international labor migrants: A comparative perspective*. Austin: CMAS Books. 67–87.

Dva koraka v smer večjezičnega zdravstva



Izbor jezikov za *Večjezični priročnik* *za lažje sporazumevanje* *v zdravstvu*

Nike K. Pokorn

Izvleček

Poglavje razkriva, na osnovi katerih raziskav so bili izbrani jeziki, uporabljeni v večjezičnem priročniku, namenjenemu lažji komunikaciji z uporabniki zdravstvenih storitev, ki ne govorijo slovensko. Za določitev jezikov, uporabljenih v *Priročniku*, so se upoštevali podatki o najpogostejših jezikih prisilcev za mednarodno zaščito v RS, zbranih v okviru FP7 projekta MIME (2015-2018), podatki o najpogostejših jezikih tujejezičnih bolnikov v slovenskem zdravstvu, ki smo jih zbrali prek vseslovenske ankete, podatki iz statistike dovoljenj za prebivanje v RS in podatki, pridobljeni pri projektu Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju – Skupaj za zdravje (SZZ), ki je potekal na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje (2013–2016). Na osnovi teh primerjav so bili poleg slovenščine izbrani naslednji jeziki: angleščina, francoščina, ruščina, kitajščina, arabščina, farsi in albanščina.

1 UVOD

Izbor jezikov za večjezični priročnik, namenjen lažji komunikaciji uporabnikov zdravstvenih storitev, ki ne govorijo slovensko, z zdravstvenim osebjem v Republiki Sloveniji, ni bil naključen, temveč je bil narejen na osnovi analiz različnih raziskav, ki so se že zaključile pred projektom »Izoblikovanje slovarja, namenjenega lažji komunikaciji migrantov z zdravstvenim osebjem« (v nadaljevanju projekt »Izoblikovanje slovarja«), kot je bil na primer projekt *Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju – Skupaj za zdravje (SZZ)* Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ), ali so potekale sočasno s projektom »Izoblikovanje slovarja« (na primer evropski projekt FP 7 MIME), oziroma so bile na novo izvedene v okviru projekta »Izoblikovanje slovarja«.

Pri določitvi jezikov, ki smo jih vključili v priročnike, smo se osredotočili na:

- a) jezike prosilcev za mednarodno zaščito v RS,
- b) podatke, ki so nam jih posredovali zdravstveni delavci v anketi,
- c) podatke iz statistike dovoljenj za prebivanje v RS,
- d) podatke, pridobljene pri projektu *Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju – Skupaj za zdravje (SZZ)*, ki je potekal na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje (2013–2016).

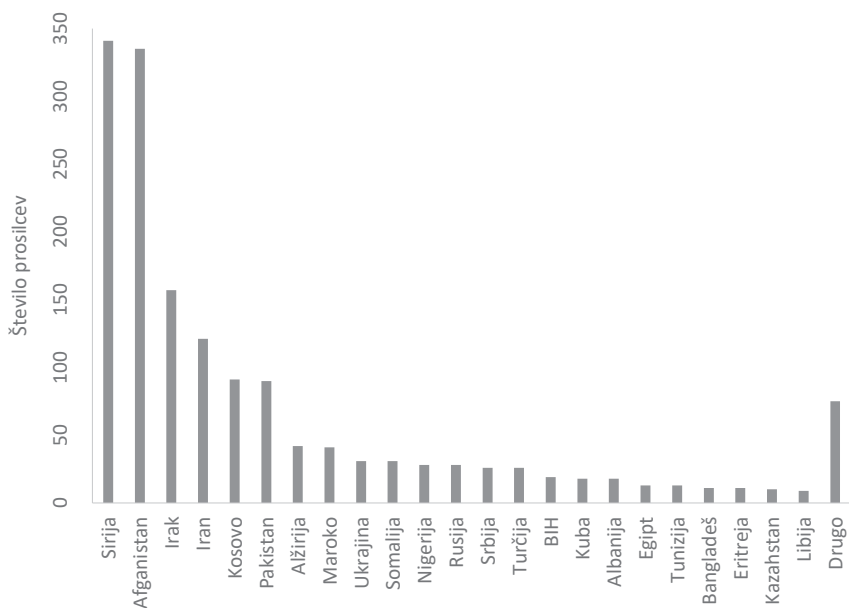
2 PROSILCI ZA MEDNARODNO ZAŠČITO V REPUBLIKI SLOVENIJI

Podatki Ministrstva za notranje zadeve Republike Slovenije o prosilcih za mednarodno zaščito v Sloveniji v časovnem obdobju od 2013 do oktobra 2016 kažejo, da je v tem obdobju za azil v RS zaprosilo 1585 prosilcev. Države izvora prosilcev¹ so prikazane na Sliki 1.

Pri analizi podatkov so se izoblikovale štiri pomembnejše regije, iz katerih izhaja večina prosilcev:

- 47 % iz Azije (Afganistan (21 %), Irak (10 %), Iran (8 %), Pakistan (6 %)),
- 24 % z Bližnjega vzhoda (Sirija (22 %), Libanon (2 %)),
- 14 % iz Afrike (Alžirija, Maroko, Somalija, Nigerija itd.).

¹ Izraz »država izvora« je problematičen, saj pogosto država, v kateri se je posamezni prosilec za mednarodno zaščito rodil, ni tudi država, iz katere je prosilec prišel oz. v kateri je najdlje bival; npr. Afganistanci, ki prihajajo v Slovenijo, so pogosto po poreklu iz Afganistana, a so se kot begunci najprej preselili v Iran, tam živeli dlje časa, nato pa odšli proti EU.



Slika 1: Število prosilcev za mednarodno zaščito v RS po podatkih MNZ RS (2013-2016)

- 10 % z Balkana (6 % iz Kosova, ostali iz Srbije, Bosne in Albanije),
- 4 % iz Vzhodne Evrope (predvsem Ukrajina, tudi Gruzija in Belorusija).

Za države, ki so v tej statistiki zastopane z več kot 2 % prosilcev, smo določili uradne jezike:

Tabela 1: Uradni jeziki za države z več kot 2 % prosilcev

Država	Št. odg.	%	Uradni jeziki		Drugi pomembni jeziki
Sirija	341	22 %	arabščina		
Afganistan	335	21 %	paštunščina	dari	
Irak	157	10 %	arabščina	kurdsčina	
Iran	121	8 %	perzijsčina		azerščina, mazerandani, gilaki
Kosovo	91	6 %	albanščina	srbščina	bosanščina, turščina, goranski jezik, romski jezik
Pakistan	90	6 %	angleščina	urdu	pandžabščina

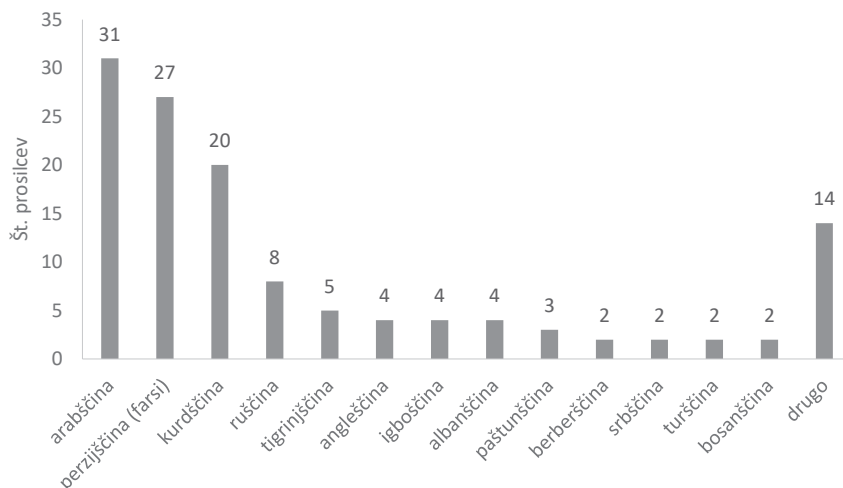
Država	Št. odg.	%	Uradni jeziki		Drugi pomembni jeziki
Alžirija	42	3 %	arabščina	berberščina	alžirska arabščina (darija), francoščina
Maroko	41	3 %	arabščina	berberščina	maroška arabščina, francoščina
Ukrajina	31	2 %	ukrajinsščina		ruščina, armenščina, beloruščina
Somalija	31	2 %	somalijščina	arabščina	angleščina
Nigerija	28	2 %	angleščina		hausa, igbo, yoruba
Rusija	28	2 %	ruščina		35 lokalnih jezikov
Srbija	26	2 %	srbsščina		manjšinski jeziki (albanščina, madžarščina, bolgarščina itd.)
Turčija	26	2 %	turščina		

Ker Ministrstvo za notranje zadeve RS ne zbira podatkov o maternem oz. dominantnem jeziku prosilcev in o njihovem znanju prvega tujega jezika, smo te podatke zbrali v okviru evropskega projekta MIME s pomočjo ankete, ki smo jo naslovili na vse prosilce za mednarodno zaščito, ki so bili oktobra leta 2016 nameščeni v slovenskih azilnih domovih (za podrobnejše rezultate ankete gl. Pokorn et al. 2016, Pokorn in Čibej 2018). Anketni vprašalnik je vseboval 21 vprašanj: poleg splošnih demografskih podatkov, prek katerih smo pridobili podatke o spolu, starosti, stopnji izobrazbe, državi bivanja med tretjim in desetim letom starosti ter državi bivanja anketirancev dve leti pred prihodom v Slovenijo, smo poskušali določiti materni jezik anketirancev in morebitno znanje tujih jezikov prosilcev za mednarodno zaščito.

Anketa je bila izvedena 10. oktobra 2016. Takrat je v vseh treh slovenskih azilnih domovih (tj. v Azilnem domu Ljubljana in na izpostavah na Kotnikovi ulici in v Logatcu) prebivalo 243 prosilcev za mednarodno zaščito. Dobili smo 107 izpolnjenih vprašalnikov, kar pomeni, da je na vprašalnik odgovorilo 46 % vseh posameznikov, ki so bili takrat nameščeni v azilnih domovih v Sloveniji. Anketiranci so bili pretežno moškega spola (70 % moških, 30 % žensk), v povprečju so bili stari 31 let (starost se je gibala med 15 in 60 let). Po izobrazbi je bil vzorec precej uravnotežen: 12 % anketirancev je bilo brez formalne izobrazbe, 25 % jih je imelo osnovno izobrazbo, 34 % srednjo in 29 % visoko izobrazbo.

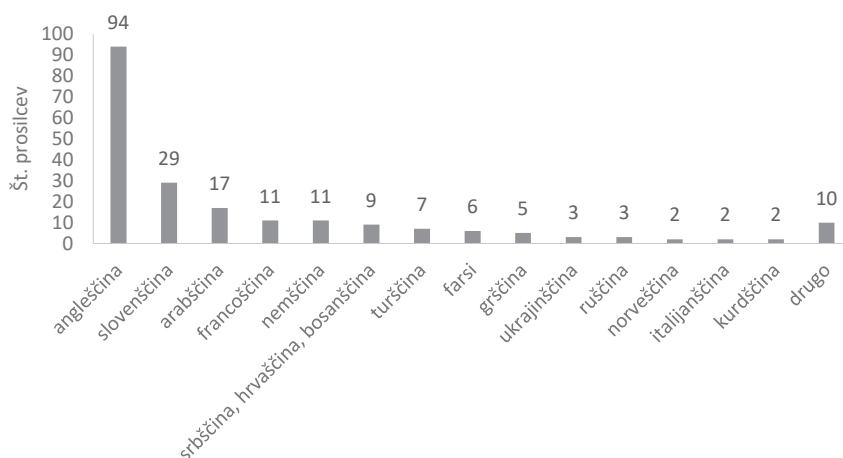
Več vprašanj v anketi je bilo namenjenih določitvi jezika, ki ga posamezni prosilec za mednarodno zaščito najkompetentneje in najpogosteje uporablja (tj. določitvi njihovega maternega, dominantnega, prvega jezika ali jezika A), in sicer tako, da

smo jih vprašali o jeziku, ki ga uporabljajo, ko govorijo s starši, z otroki, s partnerji; v katerem jeziku spremljajo novice, v katerem jeziku gledajo televizijo in v katerem molijo. Na osnovi teh podatkov smo določili materni oz. dominantni jezik te skupine migrantov (gl. Sliko 2).



Slika 2: Materni oz. dominantni jezik prosilcev za mednarodno zaščito (oktober 2016)

Zbrani podatki so pokazali, da večina prosilcev za mednarodno zaščito (64 oz. 60 %), kot materni jezik uporablja arabski (n = 31), farsi (n = 27) ali kurdski jezik (n = 20). Govorcev ostalih skupin je bilo manj kot deset.

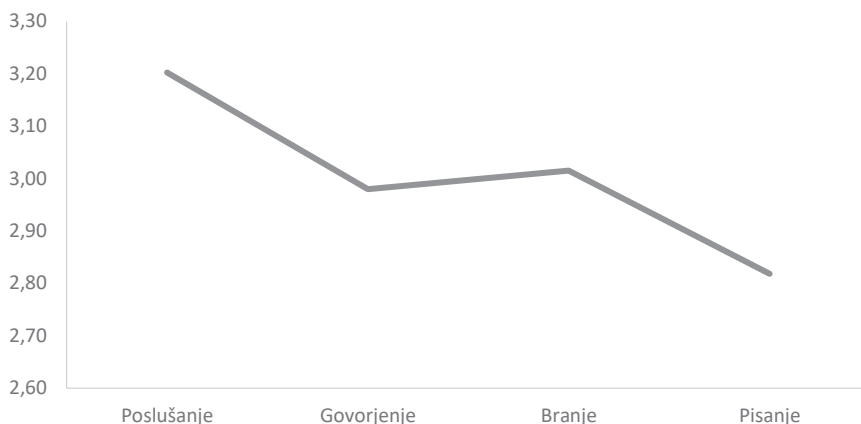


Slika 3: Samoocena prosilcev za mednarodno zaščito o znanju tujih jezikov (oktober 2016)

Prosilce za mednarodno zaščito smo tudi povprašali, katere tuje jezike obvladajo. Odgovori na to vprašanje so predstavljeni na Sliki 3.

Velika večina prosilcev za mednarodno zaščito je navedla, da govori angleški jezik ($n = 94$ oz. 88 %), kar nekaj izmed njih pa je navedlo tudi slovenščino ($n = 29$) kot tuji jezik, ki ga razumejo. Preostali jeziki, ki jih je več kot 10 posameznikov določilo kot svoj tuji jezik, so bili še arabščina, francoščina in nemščina.

Anketiranci so bili naprošeni, da sami določijo, kako dobro obvladajo tuje jezike, za katere so trdili, da jih obvladajo, in sicer z oceno od 1 (slabo) do 5 (odlično). Spodaj predstavljamo rezultate za angleški jezik, tj. tuji jezik kar 94 prosilcev za mednarodno zaščito (Slika 4):



Slika 4: Samoocene prosilcev za mednarodno zaščito o znanju angleščine (1 – slabo, 5 – odlično)

Prosilci za mednarodno zaščito so svoje znanje angleščine v povprečju označili z oceno 3 (na lestvici od 1 do 5), pri tem, da so ocenjevali svoje produktivno znanje jezika (tj. pri govorjenju in pisanju) precej nižje (ocenili so ga z oceno 2,9) kot svoje pasivno znanje (tj. poslušanje in pisanje), ki so mu dali oceno 3,11.

3 PODATKI, PRIDOBLENI PREK ANKETE, NASLOVLJENE NA ZDRAVSTVENE DELAVCE GLEDE JEZIKOVNIH TEŽAV PRI DELU

Kot je bilo že natančneje predstavljeno v prvem sklopu monografije, smo prek ankete, izvedene v okviru projekta »Izoblikovanje slovarja«, vprašali zdravstvene

delavce, s katerimi jeziki se srečujejo pri svojem delu in s katerimi jeziki imajo težave pri vzpostavljanju komunikacije z uporabniki zdravstvenega sistema. Glede znanja tujih jezikov se je izkazalo, da zdravstveno osebje najpogosteje obvlada angleško in hrvaško/srbsko/bosansko/črnogorsko, saj je le 1 % od 564 anketirancev odgovoril, da ne zna srbsko in/ali hrvaško, 2 % anketirancev pa, da ne znajo angleško.

V odgovoru na vprašanje, s katerimi jeziki so imeli težave pri komunikaciji z uporabniki zdravstvenega sistema, zdravstveno osebje navaja naslednje jezike (na prvem mestu je označen tisti jezik, ki povzroča največ težav, sledijo mu ostali glede na število anketirancev, ki so ga označili kot problematičnega – navajamo le prvih 12):

1. albanščina
2. nemščina
3. makedonščina
4. italijanščina
5. hrvaščina/srbščina/bosanščina/črnogorščina
6. romščina
7. ruščina
8. angleščina
9. kitajščina
10. arabščina
11. bolgarščina
12. perzijsčina (farsi)

4 STATISTIČNI PODATKI DOVOLJENJ ZA PREBIVANJE

Po podatkih, navedenih v *Poročilu o delu Urada za migracije za leto 2017* (Direktorat za upravne notranje zadeve, migracije in naturalizacijo 2018: 29–31), je imelo 31. 12. 2017 v Republiki Sloveniji veljavno dovoljenje za prebivanje oziroma potrdilo o prijavi prebivanja 150.787 tujcev. V Tabeli 2 navajamo pregled prvih desetih tretjih držav, katerih državljani so imeli na dan 31. decembra 2017 največ veljavnih dovoljenj za prebivanje v Republiki Sloveniji.

Tabela 2: Pregled veljavnih dovoljenj za prebivanje

Država	Dovoljenje za stalno prebivanje	Dovoljenje za začasno prebivanje	Skupaj
Bosna in Hercegovina	43.984	22.721	66.705
Kosovo	13.530	4.457	17.987
Srbija	7.750	7.443	15.193
Makedonija	9.477	3.449	12.962
Ruska federacija	858	2.165	3.023
Ukrajina	1.216	1.116	2.332
Kitajska	941	338	1.279
Črna gora	638	279	917
Združene države	192	285	477
Tajska	193	111	304

Pregled veljavnih dovoljenj za prebivanje (dovoljenj za začasno in stalno prebivanje skupaj), veljavnih na dan 31. 12. 2017, je torej pokazal, da imajo tuji državljani (tretjih držav) z veljavnimi dovoljenji za prebivanje v Sloveniji najpogosteje državljanstva:

1. drugih držav, nastalih na ozemlju bivše Jugoslavije, vključno s Kosovom,
2. Ruske federacije in Ukrajine ,
3. Kitajske,
4. ZDA,
5. Tajske.

Nosilci teh dovoljenj torej praviloma govorijo bosanski, srbski in črnogorski jezik, albanščino, makedonščino, ruščino, ukrajinsščino, kitajščino, angleščino in tajščino.

Ob upoštevanju, da večina zdravstvenih delavcev ne navaja težav s hrvaškim in/ali srbskim jezikom ter angleščino, iz teh podatkov posredno sklepamo, da so jeziki sporazumevanja, pri katerih se pojavljajo težave pri sporazumevanju, albanščina, makedonščina, ruščina, ukrajinsščina, ter kitajščina in tajščina.

5 INFORMACIJE, PRIDOBLJENE V OKVIRU PROJEKTA SKUPAJ ZA ZDRAVJE NIJZ

V okviru projekta *Skupaj za zdravje* je 2014 potekala kvalitativna raziskava v različnih krajih Slovenije, v katero je bilo vključenih 121 oseb (zdravstveni delavci, zaposleni v javnih institucijah, zaposleni v nevladnem sektorju, uporabniki zdravstvenih storitev). Raziskovalci so prek polstrukturiranih intervjujev ugotavljali, kateri deli prebivalstva so v Sloveniji najbolj zdravstveno marginalizirani, s katerimi ovirami v dostopu do sistema zdravstvenega varstva se najpogosteje soočajo ter na kakšen način bi se te ovire skušalo odpraviti oziroma zmanjšati. Pri tem so ugotovili, da se pogosto pojavljajo jezikovne ovire, pri čemer je v raziskavi zdravstveno osebje izpostavljalo težave v sporazumevanju z uporabniki zdravstvenih storitev, ki ne govorijo slovensko. Pri tem so izpostavljali komunikacijske ovire predvsem v primerih, ko uporabniki govorijo albanščino, romščino, ruščino, kitajščino in romunščino (Lipovec Čebren et al. 2015a, Lipovec Čebren et al. 2015b).

6 KONČNA DOLOČITEV JEZIKOV ZA PRIROČNIK

Na osnovi predstavljenih analiz in raziskav ugotavljamo, da se v slovenskem prostoru pojavljajo predvsem naslednji tuji jeziki:

Tabela 3: Najpogosteje rabljeni jeziki tujegovorečih uporabnikov zdravstvenih storitev v Sloveniji

Materni jezik – prosilci za medn. zašč.	Tuji jezik – prosilci za mednarodno zaščito	Zdravniki – jeziki, ki predstavljajo oviro pri zdravstveni oskrbi	Jeziki, ki jih govorijo prejemniki dovoljenj za bivanje v RS	Projekt »Skupaj za zdravje«
arabščina	angleščina	albanščina	hrv./srb./bos./črn.	albanščina
farsi	arabščina	nemščina	albanščina	romščina
kurdsščina	francoščina	makedonsščina	makedonsščina	ruščina
ruščina	nemščina	italijansščina	ruščina	kitajščina
ibo	farsi	hrv./srb./bos./črn.	ukrajinsščina	romunščina
angleščina	turščina	romščina	kitajščina	bolgarščina
albanščina	grščina	ruščina	angleščina	

Po primerjavi teh podatkov smo se odločili za naslednje jezike, v katere smo prevedli večjezični priročnik:

1. arabščina

Arabščina je najpogostejši materni jezik in drugi najpogostejši tuji jezik prosilcev za mednarodno zaščito.

2. farsi

Perzijsčina ali farsi je drugi najpogostejši materni jezik in peti najpogostejši tuji jezik pri prosilcih za mednarodno zaščito.

3. albanščina

Albanščina je sedmi najpogostejši materni jezik pri prosilcih za mednarodno zaščito in tuji jezik, ki v slovenskem zdravstvu ustvarja največ ovir v komunikaciji po ugotovitvah zdravstvenih delavcev, ki delajo v slovenskih zdravstvenih inštitucijah. Slednje dokazujejo tako rezultati ankete kot tudi rezultati kvalitativne raziskave, ki je potekala v okviru projekta »Skupaj za zdravje« in v kateri so raziskovanci albanščino izpostavili kot najproblematicnejši jezik. Statistike tudi kažejo, da drugo najštevilčnejšo skupino tujcev, ki so jim dodeljena dovoljenja za bivanje v RS, sestavljajo državljani Kosova.

4. angleščina

Angleščina je šesti najpogostejši materni jezik in najpogostejši tuji jezik pri prosilcih za mednarodno zaščito. Obenem je to tuji jezik, ki ga slovenski zdravstveni delavci najpogosteje znajo. Zaradi razlik v znanju tega jezika med zdravstvenim osebjem na Slovenskem (gl. poglavje Jezikovne kompetence zdravstvenih delavcev), predvsem glede na poklic in osnovno izobrazbo, in zaradi dokaj šibkega aktivnega znanja jezika pri prosilcih za mednarodno zaščito smo se odločili, da prevedemo slovar tudi v angleščino.

5. kitajščina

Kitajščina je četrti jezik, ki v slovenskem zdravstvu predstavlja oviro pri nujenju zdravstvenih storitev, po ugotovitvah raziskave »Skupaj za zdravje«. Po statističnih podatkih MNZ pa državljani Kitajske predstavljajo tudi šesto najštevilčnejšo skupino tujcev z dovoljenji za začasno in stalno prebivanje v RS.

6. ruščina

Ruščina je četrti najpogostejši materni jezik pri prosilcih za mednarodno zaščito, obenem pa se pojavlja tudi v raziskavi, ki je potekala znotraj projekta »Skupaj za zdravje«, kot jezik, ki v zdravstvenih ustanovah predstavlja

oviro v komunikaciji. Po statističnih podatkih MNZ državljani Ruske federacije predstavljajo četrto najštevilčnejšo skupino tujcev z dovoljenji za začasno in stalno prebivanje. Izkušnje kažejo, da se v ruščini lahko sporazumevajo tudi državljani Ukrajine, ki predstavljajo peto najštevilčnejšo skupino tujcev z dovoljenji za začasno in stalno prebivanje v RS.

7. francoščina

Francoščina je tretji najpogostejši tuji jezik pri prosilcih za mednarodno zaščito, predvsem zaradi tega, ker precejšnja skupina prosilcev prihaja iz severne Afrike, kjer se francoščina še vedno uporablja kot *lingua franca*.

V želji po tem, da bi bil večjezični priročnik uporaben za čim večjo skupino uporabnikov, smo pri izboru jezikov dajali prednost predvsem tistim jezikom, ki v določenem območju delujejo kot *lingua franca* (tj. kot splošnosporazumevalni jezik), kot so angleščina (svetovna *lingua franca*), arabščina (uradni jezik v vseh državah arabske lige, ki se ga uporablja na celotnem področju Sahare), francoščina (*lingua franca* v severni Afriki), ruščina (*lingua franca* v državah, ki so pripadale Sovjetski zvezi oz. so bile pod njenim vplivom), kitajščina (sporazumevalni jezik na Kitajskem in v Tajvanu) in farsi (*lingua franca* v Iranu, Afganistanu in Tadžikistanu, razumejo ga tudi v jugozahodnem Pakistanu). Tem jezikom smo dodali še albanščino, ki se zarisuje kot največji jezikovni problem pri komunikaciji zdravstvenega osebja z uporabniki slovenskega zdravstvenega sistema.

Reference

- Direktorat za upravne notranje zadeve, migracije in naturalizacijo, 2018: *Poročilo o delu Urada za migracije za leto 2017*. Ljubljana: Ministrstvo za notranje zadeve Republike Slovenije. http://www.mnz.gov.si/fileadmin/mnz.gov.si/pageuploads/DUNZMN_2013/DUNZMN_2014/DUNZMN_2015/DUNZMN_2016/DUNZMN_2017/DUNZMN_2018/Porocilo_2017_SLO_1652018.pdf (dostop 10. 8. 2018).
- Lipovec Čebren, Uršula, Marjeta Keršič-Svetel, Sara Pistotnik, Špela Fistrič, Ajda Jelenc, 2015a: Zdravstveno marginalizirane skupine: prepreke, ovire, nepremostljivi zidovi do zdravja. Farkaš-Lainščak, Jerneja, Tatjana Buzeti, Jožica Maučec Zakotnik (ur.): *Zaključki ocene potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle : poročilo izsledkov kvalitativnih raziskav in stališč strokovnih delovnih skupin : osnutek ver. 1*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. 25–61.
- Lipovec Čebren, Uršula, Sara Pistotnik, Marjeta Keršič-Svetel, 2015b: *Zdravstveno marginalizirane skupine: neobjavljeno poročilo izsledkov kvalitativnih raziskav in stališč strokovnih delovnih skupin*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

- Pokorn, Nike K. in Jaka Čibej, 2018: Interpreting and linguistic inclusion – friends or foes? Results from a field study. *The Translator* 24/2: 111–127.
- Pokorn, Nike K., Iva Jevtić in Jaka Čibej, 2016: »Nočem biti odvisna«: ali javne prevajalske in tolmaške storitve res negativno vplivajo na aktivno vključenost migrantov v državo gostiteljico?. Matajč, Vanesa, Špela Virant (ur.): *Migracije = Migrations, Ars & humanitas* 10/2: 47–62.

Pot do Večjezičnega priročnika za lažje sporazumevanje v zdravstvu

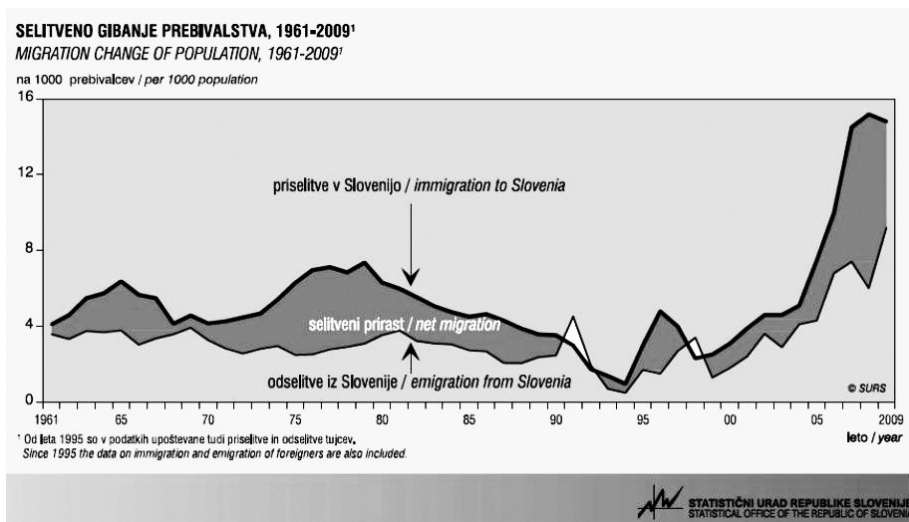
Tamara Mikolič Južnič, Uršula Lipovec Čebtron

Izvleček

Večjezični priročnik za lažje sporazumevanje v zdravstvu, ki je nastal v okviru projekta »Izdaja slovarja, namenjenega lažji komunikaciji migrantov z zdravstvenim osebjem«, je oral ledino na svojem področju. Gre za priročnik, kakršen predhodno ni obstajal ne po vsebinski ne po formalni plati. Prav zato je terjal temeljit premislek s strani projektne skupine z različnih vidikov. V prispevku se osredotočamo na nekaj ključnih dilem, ki so se pojavile ob njegovi pripravi. Najprej je na kratko orisano ozadje potrebe po tovrstnem priročniku, izpostavljene pa so tudi predpriprave na izdelavo priročnika, ki so vključevale sondažne raziskave med zdravstvenim osebjem, ki v svoji klinični praksi prihaja v stik z migranti oz. begunci, sondažne raziskave med migranti oz. begunci ter spletno anketo. Na podlagi naštetega, relevantne strokovne literature ter praktičnih izkušenj s področja zdravstva in medicine smo določili osnovne parametre pri pripravi priročnika (tematsko strukturo, izbor tujih jezikov ter grafično podobo), obenem pa smo se morali skozi vse faze priprave soočiti s številnimi drugimi zapletmi z jezikovnega vidika, vezanimi tako na pomanjkanje specializiranih prevajalcev za določene jezike na danem področju kot tudi na specifične posebnosti, ki so se pokazale pri prevajanju v posamezni jezik. Končna podoba priročnika je torej kompromis med različnimi, včasih nasprotujočimi si potrebami, za katero verjamemo, da bo lahko pripomogla k boljši komunikaciji med zdravstvenim osebjem in uporabniki zdravstvenega sistema, ki ne govorijo slovensko.

1 UVOD

V kontekstu globalnih migracij tudi v Sloveniji, tradicionalnem križišču med Balkanom, Srednjo in Zahodno Evropo, živi vse več ljudi, ki prihajajo iz bližnjih in bolj oddaljenih jezikovnih skupnosti. Sodobne migracije na teritoriju današnje Slovenije ne predstavljajo novega fenomena, saj to območje beleži različne trende priseljevanja in odseljevanja skozi celotno zgodovino. Ti trendi so se zelo spremenjali v zadnjih desetletjih, kot je razvidno s Slike 1, ki prikazuje podatke za drugo polovico 20. in prvo desetletje 21. stoletja.



Slika 1: Selitveno gibanje prebivalstva med letoma 1961 in 2009 (Statistični urad Republike Slovenije 2011)

Kot povzemata Gorjanc in Kocijančič Pokorn (2013), pa se je od poznih 70. let 20. stoletja, ko so v takratno republiko Slovenijo najbolj množično prihajali predvsem ekonomski migranti iz ostalih jugoslovanskih republik, ki so se zaposlovali zlasti v gradbeni industriji ali pa kot sezonski delavci v drugih panogah, situacija bistveno spremenila v kasnejšem obdobju. Če s takratnimi (in kasnejšimi) priseljenci z območja nekdanje skupne države v večini primerov praktično ni bilo jezikovnih težav, saj se je srbohrvaščina uporabljala kot regionalna *lingua franca*, je bilo v Sloveniji v začetku 21. stoletja vedno več migrantov, ki te *lingue francae* niso več obvladali. Sredi prvega desetletja 21. stoletja so to bili pretežno albansko govoreči prebivalci s Kosova, ki so vedno slabše govorili srbsko, pa tudi migranti iz drugih držav EU in izven nje. Spričo vse večje prisotnosti migrantov/beguncev iz zelo različnih jezikovnih okolij so v različnih ustanovah po Sloveniji

začeli beležiti vse pogostejše jezikovne nesporazume, ki so jasno pokazali, da so institucije na nacionalni in lokalni ravni slabo pripravljene na sporazumevanje z osebami, ki ne govorijo slovensko.

V tem prispevku se želimo osredotočiti na materiale in metodologije, uporabljene pri pripravi *Večjezičnega priročnika za lažje sporazumevanje v zdravstvu*, ki je nastal v okviru projekta »Izdaja slovarja, namenjenega lažji komunikaciji migrantov z zdravstvenim osebjem«, ter na ključne dileme, ki so se avtoricam pojavljale ob njegovi pripravi. Projekt je nastal zaradi jasne potrebe po nekakšnem slovarju oz. jezikovnem pripomočku, ki bi olajšal komunikacijo med zdravstvenimi delavci in uporabniki, ki ne govorijo slovensko. Toda zaradi specifičnosti projektnih zahtev financerjev (Ministrstva za notranje zadeve (MNZ) in Sklada za azil, migracije in vključevanje Evropske unije) in, širše gledano, bodočih uporabnikov priročnika je bil za pripravo priročnika nujen pristop, ki se v številnih pogledih razlikuje od modernih leksikografskih metod, zato bomo v pričujočem prispevku čim bolj natančno podali vpogled v nastanek priročnika, ki je danes dostopen tako v tiskani obliki (v štirih knjigah) kot v elektronski obliki (štirih PDF-datotekah).¹

Kljub digitalnim časom sta namreč financerja v razpisu predvidela tiskan priročnik, ki ga lahko uporabljajo tako v ambulantah zdravstvenih domov, bolnišnicah in drugih zdravstvenih ustanovah kot tudi na terenu, kadar zdravstveni delavci ne morejo drugače premostiti komunikacijskih ovir. Format je bil torej do določene mere predviden vnaprej, številna druga pomembna vprašanja v zvezi z vsebino pa niso bila specificirana: tako na primer niso bili natančno določeni jeziki, ki naj bi bili vključeni v priročnik (več o procesu, ki je privedel do končne izbire jezikov, v 6. poglavju). Druga pomembna zadeva, ki je bila prepuščena izvajalcem projekta, je bila izbira vsebine priročnika, torej izbira tematskih sklopov in izrazov, ki naj bi bili vključeni z namenom, da bi bil priročnik kar najbolj funkcionalen. Priprava vsebine priročnika je torej zahtevala veliko mero predpriprav, za katere se je zbrala skupina strokovnjakinj z različnih področij, od medicine in zdravstvene nege do medicinske antropologije in prevodoslovja, ki je tesno sodelovala tudi z oblikovalskim timom, zadolženim za grafično podobo priročnika. Ker naj bi bil priročnik vsaj delno uporaben tudi za nepismene uporabnike zdravstvenega sistema, je bila grafična oprema izjemnega pomena z vidika jasnosti in uporabnosti.

V začetni fazi projekta je bila izvedena spletna anketa (prim. poglavja 1–5), ki je ob drugih virih, omenjenih v 5. poglavju, predstavljala podlago za izbor jezikov. Hkrati pa je potekala tudi priprava osnutka vsebine priročnika v slovenskem jeziku. Kot bomo videli v nadaljevanju, so tudi vse naslednje faze razvoja priročnika zahtevale temeljit premislek in natančno načrtovanje, in sicer tako z vidika vsebinskih poudarkov kot z vidika jezikovnih značilnosti slovenskega besedila, pa tudi z vidika izbora prevajalcev in urednikov prevodov v izbrane jezike ter z

1 Dostopne so na spletnem naslovu <http://multilingualhealth.ff.uni-lj.si/>.

oblikovalskega vidika. Dejstvo, da gre za priročnik za zdravstvene delavce, nas je zaradi potencialnih zdravstvenih zapletov oz. izidov zavezovalo k minimalizaciji napak, še posebej pri tistih jezikih, ki uporabljajo druge znakovne sisteme (kot npr. kitajščina ali arabščina). Ko so se izvorno besedilo in prevodi srečali še z grafiko, je nastal priročnik, ki ga danes zdravstveno osebje že uporablja.

Pri oblikovanju *Večjezičnega priročnika* smo se znotraj projektne skupine soočali z mnogimi dilemami, ki se dotikale tako teoretske oziroma načelne ravni kot tudi povsem praktično-izvedbene ravni. V tem prispevku bomo torej predstavili tudi ključne dileme ter načine, kako smo se z njimi spoprijeli.

2 ZAKAJ PRIROČNIK?

Kot je bilo omenjeno, je priročnik nastal v okviru projekta, ki je bil financiran s strani MNZ in Sklada za azil, migracije in vključevanje Evropske unije, kot odgovor na jezikovne težave, s katerimi se pri svojem delu soočajo zdravstveni delavci. V razpisni dokumentaciji je MNZ v opisu predmeta razpisa navedlo osnovne smernice za izoblikovanje dela projekta, namenjenega pripravi večjezičnega gradiva za potrebe slovenskega zdravstva. V tem opisu so med drugim navedene osnovne zahteve v okviru projekta:

- v sodelovanju s stroko pripraviti gradivo, ki mora biti prilagojeno specifikam in potrebam slovenskega zdravstva,
- vsebina gradiva mora predvsem odražati komunikacijske potrebe:
 - diagnosticiranja in zdravljenja v dežurnih ambulantah in ambulantah nujne medicinske pomoči,
 - patronaže,
 - najpogosteje uporabljenih strokovnih služb v zdravstvu (laboratorij, rentgen ...)
 - pri sprejemu, bivanju v bolnišnicah, nadaljnjih napotitvah in odpustu v ambulantah zdravstvenih domov in bolnišnic.
- v dogovoru z naročnikom organizirati prevod v sedem jezikov, po izbiri zdravstvene stroke,
- oblikovanje prevedenega gradiva v format, primeren tisku in distribuciji v digitalni obliki ali prek spleta,
- tisk in distribucija pripravljenega gradiva v dogovoru z naročnikom in zdravstvenimi institucijami.

Pripravljeno gradivo, namenjeno komunikaciji, mora biti prilagojeno razumevanju in uporabi s strani slabo izobraženih ali neizobraženih pacientov (MNZ – Razpisna dokumentacija 2016).²

Financer je torej ob drugih specifičnih navodilih določil nekatera osnovna področja, ki naj bi bila vključena v gradivo, vendar priporočila še zdaleč niso zadoščala za jasno sliko o tem, kaj bi bilo zares najbolj koristno imeti v tovrstnem priročniku. V isti razpisni dokumentaciji so navedeni tudi nekateri med seboj razmeroma različni primeri večjezičnih slovarjev, priročnikov, zgibank itd., ki so nastali v drugih državah, npr. večjezični pripomoček za zdravstvo (Irska),³ tabela za prepoznavanje jezikov (Italija),⁴ razni večjezični priročniki (Nemčija),⁵ vizualni priročnik s frazami iz zdravstva (Španija),⁶ večjezični priročnik s frazami za nujne primere (ZDA⁷ in podobno tudi Velika Britanija⁸) ter priročnik za uporabnike zdravstvenega sistema (Kanada).⁹

Za potrebe projekta so se združile strokovnjakinje in raziskovalke različnih strok s treh fakultet Univerze v Ljubljani: Filozofske fakultete (Oddelek za etnologijo in kulturno antropologijo, Oddelek za prevajalstvo), Medicinske fakultete in Zdravstvene fakultete Univerze v Ljubljani. Z ekipo so sodelovale še predstavnice Nacionalnega inštituta za javno zdravje, zelo pomembno vlogo pa sta odigrali tudi grafični oblikovalki. Začetne faze projekta so bile namenjene ugotavljanju stanja na terenu ter identificiranju potreb zdravstvenih delavcev tako z vidika jezikov kot z vidika tipologije zdravstvenih težav, zaradi katerih se uporabniki obračajo na zdravstvene delavce (prim. poglavja 1–5). Poleg sondažne raziskave med zdravstvenimi delavci, ki v svoji klinični praksi prihajajo v stik z migranti/begunci, ter sondažne raziskave med migranti/begunci smo v ta namen izvedli anketo, na podlagi katere smo določili osnovne parametre: jezike, vključene v priročnik, ter vsebinske sklope, ki jih mora priročnik nujno vsebovati.

Prav hitro se je izkazalo, da so bila začetna predvidevanja o obliki in obsežnosti slovarja oz. priročnika nekoliko preskromna. V želji, da bi hkrati zadostili različnim vidikom, ki so se nam zdeli ključni, je količina materiala za posamezen jezik (primarno slovenščino) prerasla prvotne napovedi,¹⁰ zaradi potrebe po jasnosti in dostopnosti tudi v grafični obliki pa materiala ni bilo mogoče stisniti na manjše število strani.

2 Razpisna dokumentacija je dostopna na [http://www.mnz.gov.si/si/o_ministrstvu/javna_narocila/?tx_t3javnrzapis_pi1\[show_single\]=2350](http://www.mnz.gov.si/si/o_ministrstvu/javna_narocila/?tx_t3javnrzapis_pi1[show_single]=2350).

3 <http://www.hse.ie/eng/services/Publications/SocialInclusion/EMA.html>.

4 http://www.migesplus.ch/fileadmin/migesexpert/Dokumente/SNIT_tabella_linguistica_it.pdf.

5 <http://www.tipdoc.de/hauptseiten/tipdoc.html>.

6 <http://www.amazon.com/McGraw-Hill-Educations-Medical-Spanish-Phrasebook/dp/0071808884>.

7 <http://www.health.wyo.gov/rfh/multicultural/Phrasebook.html>.

8 <http://giftshop.redcross.org.uk/product/emergency-multilingual-phrasebook>.

9 http://hlwiki.slais.ubc.ca/index.php/Multilingual_resources_for_patients.

10 Prvotno smo načrtovali 70 strani, v končni verziji pa jih je 246.

Celoten proces vsebinske predpriprave je zahteval nekajmesečno delo in gradiva, ki so jih pripravile sodelavke posamezno in v skupinah, smo vedno znova skupno pretehtali v želji, da bi bil končni rezultat kar najbolj uporaben z vseh omenjenih vidikov. Skupni sestanki so bili ključni pri identifikaciji težav oz. dilem in iskanju rešitev, ki jih bomo predstavili v nadaljevanju.

3 KAKŠEN PRIROČNIK?

Priprave gradiva smo se lotili predvsem na dva načina: po eni strani smo se nemudoma lotili priprave ankete, ki je bila poslana na relevantne krovne organizacije, s katero smo želeli zbrati določene nujno potrebne podatke na terenu (jezike, ključna področja ipd.). Po drugi strani smo se lotili iskanja obstoječega gradiva za potrebe zdravstva v drugih jezikih, ki je nastalo pri raznih inštitucijah v ostalih državah.

Vprašalnik je obširno obravnavan v drugih poglavjih (poglavja 1–5), zato se bomo tukaj posvetili vzporednemu gradivu, ki je bilo na voljo v drugih jezikih. Potrebe po gradivu, ki bi bilo v pomoč zdravstvenim delavcem v stiku s tujejezičnimi uporabniki, so prisotne praktično po vsem svetu, zato je tovrstnega gradiva na voljo relativno veliko. V našem iskanju smo našle na vsaj 35 relevantnih virov in z oblikovnega vidika jih lahko razdelimo na pisne vire, ki jih je moč prenesti in shraniti na lastnih napravah (večinoma v obliki datotek PDF), spletne vire (ki delujejo preko spletnih platform) in aplikacije za pametne telefone oz. tablice. Z vidika vsebine pa lahko identificirano gradivo razdelimo na pripomočke, namenjene delu zdravstvenih delavcev z migranti, oz. pripomočke za migrante, ki stopajo v stik z zdravstvenimi delavci, informativna gradiva o zdravstvenih pravicah in pravnih statusih migrantov in drugih informacijah, povezanih z zdravstvenimi sistemi držav gostiteljic, piktograme z različnimi informacijami (zlasti na področju zobozdravstva) ter piktograme in druge informacije o lekarnah oz. zdravilih.

Med gradivi, dostopnimi v obliki PDF, so najpomembnejša naslednja:

- Comunicazione e gestione del paziente migrante in ambito sanitario (italijanščina)
- Domestic and Family Violence (angleščina)
- Emergency Multilingual Aid (angleščina, bosanščina)
- First Aid. Icon-based Communication Kit for Refugees (ikone, piktogrami)
- Informasalute. Access to the National Health Service by Non-EU Nationals (angleščina, italijanščina, albanščina, arabščina, kitajščina, francoščina, romunščina, španščina, ukrajinjščina; o italijanskem sistemu)

- Manuale di buone pratiche: Esperienze da un Centro di Accoglienza Richiedenti (italijanščina)
- Medical Phrasebook for Refugees (angleščina, nemščina, arabščina, albanščina, amharščina, bolgarščina, hrvaščina/bosansščina/srbščina, bengalsščina, češčina, danščina, dari, nizozemščina, farsi, filipinščina, finščina, francoščina, grščina, madžarsščina, italijanščina, korejščina, kurdsščina, litovščina, makedonščina, norveščina, pašto, poljščina, portugalščina, romunščina, ruščina, slovaščina, somalsščina, španščina, svahili, švedščina, tigrajščina, turščina, urdu, vietnamščina)
- Personal Healthcare Record (angleščina, arabščina)
- Piktogrammheft für die Zahnarztpraxis (piktogrami)
- Salute. Guida alla medicina per cittadini stranieri (italijanščina, angleščina, francoščina, arabščina)
- Slovar Medicinakro. Slovar medicinskih izrazov (romščina)
- The Take Care Healthcare Language Guide for Migrants Word Fan (17 jezikov: angleščina, arabščina, bolgarščina, kitajščina, hrvaščina, nizozemščina, francoščina, nemščina, grščina, litovščina, poljščina, portugalščina, romunščina, ruščina, španščina, turščina, ukrajinsščina)
- The Take Care Phrase Book (angleščina)
- Tip Doc Home (arabščina, francoščina, nemščina, farsi, angleščina, španščina, srbščina, italijanščina, turščina)
- Zahnärztliche Behandlung von Asylbewerber (nemščina, albanščina, arabščina, angleščina, francoščina, hrvaščina, kurdsščina, makedonščina, črnogorščina, farsi, romščina, srbščina, turščina, uzbekščina)

Spletne strani, ki ponujajo relevantne informacije in gradiva, so:

- Health information for refugees in multiple languages (<http://translation-clinic.com/multilingual-health-information-refugees-germany/>)
- International Pharmaceutical Federation (<http://www.fip.org/pictograms>)
- Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns (<https://www.kzvb.de/zahnarztpraxis/asyl/>)
- Medline Plus (<https://medlineplus.gov/languages/bosnian.html>)
- Multilingual health information in Germany – Part two (http://translation-clinic.com/multilingual-health-information-in-germany_2/)
- Multilingual resources for Patients (http://hlwiki.slais.ubc.ca/index.php/Multilingual_resources_for_patients)

- Projekt Take Care (<http://www.takecareproject.eu/>)
- Robert Koch Institut (https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/materialien_fremdsprachig_node.html)
- Setzer Verlag (<http://www.setzer-verlag.com/>)

Aplikacija za pametni telefon/tablico:

- Universal Doctor Speaker (<http://www.refugeespeaker.org/#Top>)

Navedena gradiva so zelo različna tako po obsegu kot po vsebini in grafični podobi. V nekaterih primerih gre za kratke zloženke (npr. Domestic Family Violence, Tip Doc Home, Refugee Phrasebook), spet v drugih za več deset – tudi preko 100 – strani dolga besedila (npr. Manuale di buone pratiche, Zahnärztliche Behandlung von Asylbewerbern, Slovar Medicinakro); nekatera so zgolj sezname piktogramov, ki naj bi jih uporabljali pri najbolj osnovni komunikaciji (npr. Piktogrammheft für die Zahnarztpraxis), v drugih najdemo podrobne informacije o zdravstvenih sistemih v posameznih državah in pravicah priseljencev oz. migrantov (Informasalute). V številnih je jasno poudarjeno, da jih nikakor ne moremo jemati kot nadomestilo za tolmače, saj nam lahko kakršnakoli oblika tiskanega ali elektronskega gradiva pomaga le pri osnovni komunikaciji, za bolj zapletene zahteve pa še tako dober priročnik ne more zadoščati.

Na podlagi navedenih priročnikov oz. gradiv ter na podlagi strokovne literature (predvsem Miyamasu 2014, National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine 2017) smo torej skozi kompleksen proces priprave osnutkov, večkratnega pregledovanja z vidika različnih strok in končne redakcije pripravili najprej tematske sklope in nato še podrobna gradiva, ki so vključena v zadnji različici slovenskega priročnika.

3.1 Tematska struktura

Od začetka priprave priročnika smo v skladu s priporočili tujih gradiv sodelavke projekta izhajale iz načela, da priročnik ni, ne more in ne sme biti nadomestilo za tolmača/medkulturnega mediatorja. Zavedale smo se, da je večina zdravstvenih stanj prekompleksnih, da bi lahko uporabnik izrazil svoje zdravstvene težave preko vnaprej začrtanih tematskih sklopov priročnika. Obenem pa je večina medicinskih obravnav prezahtevnih, da bi priročnik lahko zdravstvenim delavcem nudil dovolj kvalitetno podporo razen pri manj zapletenih zdravstvenih težavah. Prvo vodilo pri pripravi priročnika je tako bilo, da poskušamo nuditi pomoč pri najbolj osnovni zdravstveni obravnavi. Drugo vodilo pa se je nanašalo na spoštovanje interdisciplinarnosti projektne skupine, pri čemer nobena stroka ni

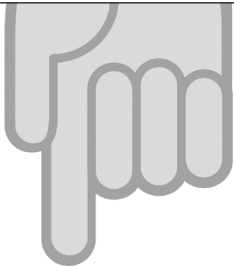
obveljala kot nadrejena, temveč je delo potekalo kot horizontalno sodelovanje med enakovrednimi strokovnjakinjami. Sodelavke interdisciplinarne projektne skupine smo pri načrtovanju vsebine priročnika tako prispevale različne poudarke glede na svojo stroko: zdravstvene delavke z medicinske in zdravstvene fakultete so predstavile vsebine, ki izhajajo iz potreb zdravstvenih delavcev ter pri tem sledile ustaljenemu protokolu zdravstvene obravnave na določenem področju. Medicinske antropologinje z Oddelka za etnologijo in kulturno antropologijo Filozofske fakultete so prispevale vsebine, ki izhajajo iz potreb uporabnikov, in opozarjale na kulturne posebnosti, sodelavke z Oddelka za prevajalstvo pa so izpostavile jezikovne in prevajalske vidike.

Pred pripravo *Večjezičnega priročnika* smo sodelavke podrobno analizirale zbrana primerljiva tuja orodja, zakonodajo, strokovno in znanstveno literaturo o potrebah migrantov in beguncev v zdravstvu, o položaju tujcev v Sloveniji ter značilnostih slovenskega zdravstvenega sistema, poročila različnih zdravstvenih in humanitarnih organizacij, ki se nanašajo na potrebe tujejezičnih uporabnikov (npr. Farkaš-Lainščak 2016, Ingleby 2017), ter preučile dobre prakse sorodnih projektov, ki so potekali znotraj in izven EU (npr. Bagaglia et al. 2012, EQUAL EP TransKom 2012, Chiarenza et al. 2014, MIPEX 2015, SH-CAPAC 2016).

Ob upoštevanju značilnosti slovenskega zdravstvenega sistema ter strokovnih izkušenj zdravstvenih delavcev s tujejezičnimi uporabniki smo v skladu z zdravstvenim protokolom v Sloveniji oblikovale splošna poglavja priročnika, ki so naslednja: Sprejem; Simptomi; Bolezni; Alergije, zdravila, navade; Pregled; Preiskave; Navodila (na Sliki 2 je prikazano kazalo ruskokitajske različice priročnika). Poleg teh poglavij pa smo v priročnik želeli vključiti tudi specifična področja zdravstvene obravnave, kjer je prisotnost tujejezičnih uporabnikov najpogostejše zaznana. Na osnovi obstoječih raziskav na področju migracije in zdravstva v Sloveniji (Brovč et al. 2009, Bofulin in Bešter 2010, Lipovec Čebtron 2010, Farkaš-Lainščak 2016 in drugih), pričakovanj financerjev¹¹ ter rezultatov raziskav v okviru projekta (sondažne raziskave med zdravstvenimi delavci, migranti in begunci ter spletne ankete) smo evidentirali tri področja, kjer so težave s tujejezičnimi uporabniki še posebej izpostavljene: zdravje žensk in otrok, duševno zdravje ter zobozdravstvo. Poleg tega smo dodali tudi seznam ključnih fraz za zdravstvene delavce in uporabnike ter nekaj osnovnih informacij o zdravstvenih pravicah beguncev, migrantov in drugih oseb, ki nimajo državljanstva Slovenije. Pri končni strukturi priročnika po poglavjih, ki je prikazana v nadaljevanju (prikaz v

11 Pričakovanja financerjev, ki smo jih v največji možni meri upoštevali in uskladili z ostalimi viri, so bila naslednja: vprašanja uporabnikov za zdravstvene delavce; sklop, ki se nanaša na sprejem in anamnezo; sklop, ki je vezan na specifičen medicinski pregled: a) na urgentne situacije: diagnosticiranje in zdravljenje; b) na porod in poporodno nego (obisk patronažne sestre); c) na rentgen; d) na laboratorijske preiskave; splošni napotki: a) v ambulantah (za jemanje zdravil, za prehrano ipd.); b) v bolnišnicah (bivanje); nadaljnje napotitve in odpust za uporabnike; splošne informacije o NVO in ostalih društvih in službah (uporabne za zdravstvene delavce in uporabnike) ter o sistemu zdravstvenega varstva v Sloveniji.

slovensko-rusko-kitajski različici *Priročnika* na Sliki 2) smo tako želeli v največji možni meri upoštevati vidik tako zdravstvenih delavcev kot uporabnikov.¹²

Kazalo		Kazalo
<p>6 Uvodnik Введение / 前言</p> <p>18 Priporočila za zdravstvene delavce Рекомендации для медицинских работников / 给医疗工作者的建议</p> <p>22 Navodila za uporabo Инструкции для использования / 使用说明</p> <p>24 01 Sprejem Прием у врача / 登记</p> <p>36 02 Simptomi Симптомы / 症状</p> <p>88 03 Bolezni Заболевания / 疾病</p>	<p>102 04 Alergije, zdravila, navade Аллергии, лекарства, привычки / 过敏, 药物, 习惯</p> <p>118 05 Pregled Осмотр у врача / 检查</p> <p>136 06 Preiskave Обследования / 测试</p> <p>148 07 Navodila Указания / 指示</p> <p>164 08 Zdravje žensk in otrok Здоровье женщин и детей / 妇科和儿童健康</p> <p>208 09 Duševno zdravje Психическое здоровье / 心理健康</p> <p>218 10 Zobozdravstvo Стоматология / 牙齿健康护理</p> <p>232 Dodatne informacije Дополнительная информация / 更多信息</p> <p>238 Splošne fraze Общие фразы / 基本表达</p> <p>244 Viri Источники / 参考文献</p>	

Slika 2: Kazalo slovensko-rusko-kitajske različice priročnika

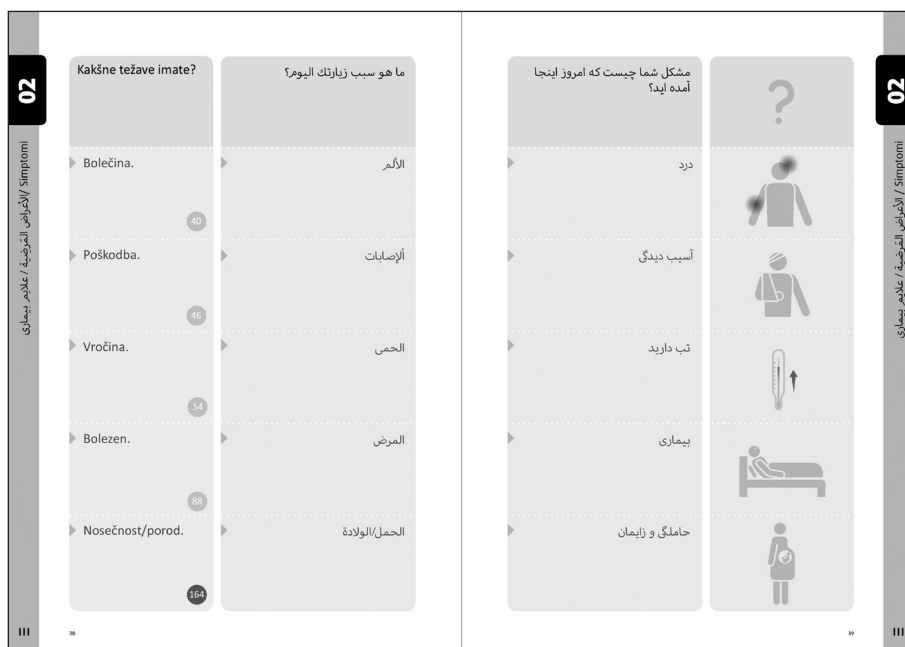
Delo je potekalo na interdisciplinaren način: sodelavke smo pri izdelavi priročnika izhajale iz svojih strokovnih znanj in izkušenj (medicina in zdravstvene vede, antropologija, prevajanje), nato pa skupaj z ostalimi strokovnjaki dopolnjevale posamezne vsebine in iskale najustreznejše rešitve. Skozi štiri kroge pregledovanj besedila smo dopolnile in izboljšale posamezna poglavja priročnika na podlagi opravljenih raziskav, analiz poročil in orodij iz tujine. Pri tem smo se osredotočale na formulacijo vprašanj, ustreznost posameznih izrazov, uporabo slikovnega gradiva, vidik zdravstvenih delavcev in uporabnikov. V več fazah so potekale naslednje aktivnosti: načrtovanje, izdelava, ocenjevanje, pregled in urejanje posameznih vsebinskih sklopov priročnika (vsaki verziji priročnika je namreč sledil natančen pregled vseh sodelavcev, vključenih v ožjo projektno skupino); uredniško delo in združevanje vsebinskih sklopov v delovno verzijo priročnika, namenjeno nadaljnjemu nadgrajevanju; ter prilagajanje priročnika z oblikovanjem dodatnih vsebinskih delov – oblikovanje in pregled splošnih fraz, pisanje uvodnika, priporočil za zdravstvene delavce ter dodatnih informacij.

¹² Primarno je priročnik zastavljen z vidika zdravstvenih delavcev in standardnega poteka pregledov, vendar smo, kjer je to bilo mogoče, vključili tudi vidike, ki so bolj relevantni za potrebe bolnikov.

Načrtovanje in oblikovanje splošnih poglavij priročnika je bilo strukturirano kot individualno delo posameznih sodelavk glede na strokovni profil (na primer priprava predlogov za posamezna poglavja priročnika so bila predvsem v rokah zdravstvenih delavcev) ter skupinsko delo na sestankih ožje projektne skupine (skupinski pregled posameznega poglavja ter nadgrajevanje in dopolnjevanje nje-gove vsebine preko skupinske diskusije). Pri posameznih poglavjih (na primer zobozdravstvu in duševnem zdravju) pa smo za pregled in dopolnitve prosili tudi zdravstvene delavce, specializirane na posameznih področjih.

3.2 Izbor tujih jezikov

Dilema glede izbire jezikov je predstavljala velik izziv za celotno projektno sku-pino, saj je bilo zaznanih veliko jezikov, ki bi jih bilo treba vključiti v priročnik, obenem pa smo imeli omejeitev izbire na le sedem jezikov. Dodatno omejeitev je predstavljala želja financerja, da se je potrebno usmeriti predvsem na jezike, ki niso uradni jeziki članic EU. Izbira jezikov je na eni strani predstavljala veliko od-govornost (Ali bomo znali izbrati jezike, s katerimi imajo zdravstveni delavci naj-več stika in se kažejo kot najbolj težavni v interakciji med zdravstvenimi delavci in uporabniki, ali bomo znali predvideti bodoče potrebe na tem področju itd.?),



Slika 3: Izsek iz tretje knjižice priročnika (slovenščina – arabščina – farsi)

na drugi pa je bila povezana z mnogimi frustracijami (Kako množstvo jezikov, ki se kažejo kot prisotni v zdravstvenih ustanovah, skrčiti le na sedem ipd.?).

Jezike, v katere smo prevedli priročnik, smo izbrali na podlagi temeljite analize podatkov, pridobljenih z različnimi metodami, in sicer smo analizirali spletno anketo med zdravstvenimi delavci, raziskavo med prosilci za mednarodno zaščito, uradne statistike MNZ in druge raziskave. Metodologiji in konkretnim odločitvam pri izboru jezikov se posveča 6. poglavje pričujoče monografije, zato bomo na tem mestu zgolj navedli končni nabor jezikov, večina izmed katerih se uporablja kot *lingua franca* v določenem predelu sveta, in sicer so to angleščina, arabščina, francoščina, ruščina, mandarinščina in farsi. Tem jezikom smo dodali še albanščino, ki se zarisuje kot največji jezikovni problem pri komunikaciji zdravstvenega osebja z uporabniki zdravstvenih ustanov v Sloveniji. K posameznim izrazom v knjižni albanščini smo dodali izraze v narečju Kosova, da bo priročnik za številne osebe, ki ne razumejo knjižne albanščine, bolj razumljiv.

	Stopite sem/tja.	Ejani këtu/ shkoni atje.
	Ne premikajte se.	Rrini qetë/ mos lëvizni.

Slika 4: Primer iz albansega prevoda (z dvojnicama v standardni albanščini in narečju iz Kosova)

3.3 Druge jezikovne dileme

Poleg izbora tujih jezikov, ki so bili vključeni v priročnik, pa je bila še vrsta jezikovnih dilem, ki smo jih morale razrešiti, preden smo prišle do končne jezikovne podobe dela. Ko je bil slovenski del priročnika tematsko začrtan in konceptualno podrobno razdelan, je bil pred prevajanjem v druge jezike tudi temeljito pregledan z namenom, da bi bila predloga za prevode čim bolj poenotena in jezikovno neoporečna, obenem pa sprejemljiva s strokovnega vidika za medicinsko in zdravstveno stroko. To je med drugim pomenilo, da je bila slovenska različica napisana v knjižni slovenščini in da je bilo uporabljeno strokovno izražanje v taki obliki, kot ga zdravstveni delavci navadno uporabljajo pri obravnavi. Pomembna razlika med vsakdanjo komunikacijo in uporabo jezikovnega priročnika pa je, da zdravstveno osebje lahko navadno do neke mere svoj jezik v praksi prilagaja uporabnikom zdravstvenega sistema, ki jih ima pred sabo, to pa seveda ni mogoče, ko je zaradi nezmožnosti komunikacije s tujejezičnim pacientom primorano uporabiti

sredstvo, kakršno je npr. priročnik, ki smo ga načrtovale. Ta omejitev je močno zaznamovala številne odločitve pri izbiri posameznih izrazov tako v slovenščini kot tudi prevodnih ustreznih v tujih jezikih.

V slovenščini smo se z jezikovnega vidika držale predvsem besedišča in skladnje, ki ju torej značilno uporabljajo zdravstveni delavci, z namenom, da bi jim olajšale uporabo priročnika in iskanje besed oz. fraz, ki jih v določeni situaciji potrebujejo. Po drugi strani smo v tujih jezikih imele v mislih zlasti uporabnike zdravstvenega sistema, ki jim bodo besede ali fraze namenjene. Ti uporabniki prihajajo iz različnih okolij in imajo zelo različne stopnje izobrazbe (od popolnoma neizobraženih, nepismenih do visoko izobraženih oseb). Poleg tega pa le redko obvladajo medicinsko izrazje v svojem jeziku oz. drugem jeziku, v katerem se skušajo sporazumeti z zdravstvenimi delavci.

Da bi na čim bolj učinkovit način dosegli čim širši krog uporabnikov, pri tem pa ne zanemarili strokovnega vidika, smo priročnik najprej prevedli v angleščino in ga pilotsko testirali z angleško govorečimi uporabniki različnega porekla. V nadaljevanju je angleški prevod poleg izvirnega slovenskega besedila namreč imel vlogo posrednega jezika, ki je bil prevajalcem v ostale izbrane jezike v pomoč v primerih, ko slovenski izvirnik ni zadostoval.

Samo prevajanje je potekalo v več stopnjah: najprej je načeloma en prevajalec prevedel besedilo (razen v primeru angleščine, kjer so bile prevajalke tri), nato ga je druga oseba strokovno pregledala. Izbor prevajalcev in strokovnih urednikov ni bil preprost predvsem zaradi dveh razlogov: nabora tujih jezikov (zlasti kitajščine, arabščine, farsija in albanščine), za katere na trgu ni na voljo prevajalcev medicinskih besedil ne strokovnih urednikov, ter potrebe po popolni zanesljivosti prevodov, katerih kakovosti v določenih jezikih sodelavke na projektu nismo mogle samostojno preverjati. Prevajalci in osebe, ki so opravile strokovni pregled besedil, so bili izbrani tako, da so v največji možni meri izpolnjevali dva kriterija: bodisi so zdravstveni delavci bodisi osebe, ki jezik prevoda govorijo kot svoj materni jezik, v nekaterih primerih pa celo oboje hkrati. Prav zaradi občutljivosti in zahtevnosti tematike smo se iskanja prevajalcev in urednikov lotile prek osebnega mreženja, saj urednikov za izbrane jezike, ki bi bili medicinsko izobraženi, na trgu ni in se do njih ne da preprosto dostopati. Tako smo na primer rusko in albansko prevajalko/zdravnico pridobili z osebnim povabilom dr. Marka Pokorna, ki je zaposlen na ljubljanskem Univerzitetnem kliničnem centru, prav tako nam je pomagal navezati stik s francosko zdravnico, ki je pregledala francoski prevod. Prevajalca zdravnika, ki sta besedilo prenesla v farsi in arabščino, je po osebni poti pridobila vodja projekta Uršula Lipovec Čebtron, kitajske prevajalce pa je pridobila prek Konfucijeve učilnice v Kopru. Naj omenimo, da pri tej nalogi (prevodih in redakciji priročnika) niso bile udeležene zdravstvene delavke na projektu, temveč je bila povsem v rokah prevodoslovk in antropologinj.

S kompleksno metodologijo smo torej zagotovile strokovnost izrazov na eni strani in razumljivost besedila uporabnikom na drugi strani. Medtem ko so prevajali oziroma pregledovali besedilo, so prevajalci in uredniki hkrati posredovali svoje komentarje, pripombe in popravke, ki smo jih upoštevali pri usklajevanju, dopolnjevanju in pripravi končne verzije priročnika, zato je bilo pomemben aspekt njihovega dela tudi pilotiranje. Prevode je opravilo 8 prevajalcev in strokovne jezikovne preglede 17 pregledovalcev besedila. Med njimi so bili zdravstveni delavci z različnimi specializacijami (pediatrija, kirurgija, interna medicina, infektologija, anatomija), profesionalni prevajalci in jezikoslovci ter migranti oz. begunci, ki dlje časa živijo v Sloveniji. Po opravljenih prevodih in pregledih besedil smo izvedli pilotno študijo, ki je služila preverjanju razumljivosti in uporabnosti priročnika. Izvedli smo jo tako med uporabniki kot med zdravstvenimi delavci, in sicer smo priročnik pilotirali z 10 zdravstvenimi delavci in 10 tujejezičnimi uporabniki. Vsi prejeti komentarji so bili upoštevani pri pripravi končne verzije priročnika.

Med komentarji oz. težavami, ki so bile izpostavljene, naj kot primer navedemo le nekaj primerov v različnih jezikih. V angleškem prevodu se je na primer pri pilotiranju s strani angleško govorečih uporabnikov pojavil komentar na angleški prevod slovenske fraze »odvajati blato«, ki se glasi »to pass stool«. Gre za ustaljeno angleško frazo, ki je v rabi na medicinskem področju, vendar pogosto ni poznana govorcem angleščine, ki jim medicinsko področje ni domače (zlasti takim, ki angleščino uporabljajo kot *linguo franco*), zato so opozorili na nevarnost nerazumevanja in predlagali uporabo pogovornega izraza »to shit«. Kljub tej nevarnosti se avtorice po posvetovanju s strokovnjaki s področja medicine nismo odločile za spremembo v bolj pogovorno smer, saj se v medicini po mnenju strokovnjakov nikakor ne bi uporabilo tako pogovornega izraza.

V ruski različici so se pojavile težave v zvezi z jezikovnim registrom. Zdravnica, katere materni jezik je ruščina, je pri strokovni redakciji slogovno prevod popravila v zelo omikano register, pri tem pa večino osebnih zaimkov pisala z veliko začetnico (kot je to v višjih registrih v ruščini običajno). Glede na to, da je bil tak register težje razumljiv rusko govorečim uporabnikom v Sloveniji, smo se odločili, da njenih slogovnih popravkov ne bomo upoštevali, seveda pa smo ohranili njene strokovne izboljšave.

Velik problem so predstavljale tudi različne jezikovne norme določenega jezika v različnih regijah. Primer za te težave je prevod v arabščino, ki ga je opravil prevajalec iz Maroka in ki je bil deležen mnogih kritik s strani urednice, ki prihaja iz Sirije. Problem drugačne leksike in stavčnih struktur v teh dveh (in drugih) različicah arabščine smo rešili tako, da sta prvotni prevod skupaj pregledali omenjena urednica ter zdravnica, ki je po rodu iz Tunizije, pri čemer sta poskušali najti ravnotežje med strokovnostjo ter razumljivostjo tako za uporabnike, ki prihajajo iz Severne Afrike, kot za tiste, ki so z Bližnjega vzhoda.

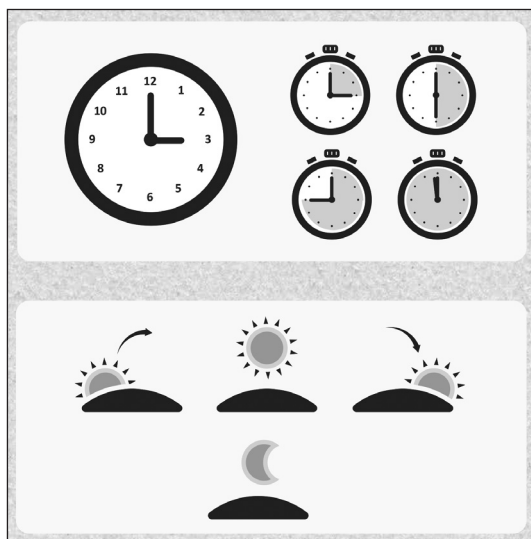
3.4 Grafična podoba



Slika 5: Naslovnice vseh štirih zvezkov *Večjezičnega priročnika za lažje sporazumevanje v zdravstvu*

Vzporedno z vsebinskimi pripravami priročnika je potekalo tudi načrtovanje grafične podobe, ki je ključnega pomena pri uporabnosti in razumljivosti tovrstnega priročnika. Tako sta se grafični oblikovalki pri načrtovanju grafične podobe morali soočiti z dvema načelnima težavama, ki sta sicer do neke mere soodvisni, vendar sta terjali ločeno obravnavo. Po eni strani se je bilo treba spopasti z vprašanjem, kako oblikovati priročnik tako, da bo razumljiv in sprejemljiv za osebe iz različnih okolij in z različnim predznanjem. Kot smo že večkrat omenili, imajo potencialni uporabniki priročnika zelo različno predznanje in prihajajo iz izrazito različnih okolij. Med njimi so lahko tudi nepismeni (v kateremkoli jeziku), kar pomeni, da je v priročniku edino sredstvo, ki jim ostane na voljo za komunikacijo, piktogram. Seveda to izrazito zmanjša možnost učinkovitega sporazumevanja, saj je nemogoče vse koncepte, ki se pojavljajo pri osnovni zdravstveni obravnavi bolnika, izraziti s sliko. Poleg tega smo se zavedale, da so simboli polisemični, njihov pomen pa je odvisen od kulturnega konteksta. Z zavestjo, da simboli niso univerzalni ter da so lahko popolnoma drugače razumljeni v različnih kulturnih kontekstih, smo pri oblikovanju piktogramov v priročniku poskušale biti čimbolj pozorne na potencialne interpretacije posameznih simbolov. Tak primer je na primer podoba ure, ki ima označene časovne intervale (15 minut, 30 minut, 45 minut, 60 minut), a jo lahko v različnih kulturah različno dojemamo, zato smo se odločili za bolj enostavno označevanje časa (sončni vzhod, dan, sončni zahod, noč; prim. Slika 6). Pred končnim izborom piktogramov, ki so vključeni v priročnik, smo jih najprej preverile tako med sodelavkami na projektu, nato pa še med tujejezičnimi uporabniki (npr. pokazan je bil piktogram brez razlage, da bi iz odziva opazovalcev ugotovili, ali dovolj jasno prikaže želeni koncept oz. predmet). Številne piktograme smo morale večkrat spremeniti, preden smo dosegle potrebno izraznost

in razumljivost. Tak primer je bil na primer piktogram za duševne motnje, katerega končna verzija je prikazana na Sliki 7.



Slika 6: Piktogrami, povezani s časom



Slika 7: Piktogram za težave v duševnem zdravju

Druga dilema, povezana z grafično podobo, pa zadeva vprašanje, kako z oblikovanjem celostne podobe priročnika zagotoviti spoštovanje kulturnih razlik in zadostiti praktičnim potrebam pri uporabi priročnika. Tako smo posebno pozornost namenili barvam, ki zaznamujejo posamezni jezik, ter pri tem pazili, da te

ne bi bile kakorkoli problematične za govorce določenega jezika. Tako bi lahko na primer pri različici priročnika v arabščini in jeziku farsi avtomatično izbrali zeleno barvo, ki je povezana z islamom, kar bi bilo lahko težje sprejemljivo za vse govorce teh jezikov, ki so ateisti ali druge vere, zaradi česar smo izbrali bolj nevtralno modro barvo. Prav tako smo pri označbah za posamezni jezik bili v dilemi, katero oznako uporabiti – klišejsko simboliziranje določenega jezika z zastavo le ene države, v kateri se govori, bi bilo problematično, saj bi s tem govorce iz drugih držav izključevali, zato smo se odločili zgolj za pisno navedbo vseh sedmih jezikov.

Zadnja večja dilema pa se je nanašala na velikost formata priročnika ter črk. V nekaterih primerih je bil namreč format sorodnih priročnikov (npr. irski priročnik *Emergency Multilingual Aid*) velik (A 4), kar je bilo dobro s stališča preglednosti vsebine, a povsem nepraktično v določenih situacijah (na terenu, v ambulanti brez mize ipd.), zato smo se odločile za manjši format (A 5). Podobno težavo smo imele pri izbiri velikosti črk: na eni strani bi majhne črke za slabovidne paciente pomenile veliko oviro, na drugi strani bi prevelik format črk pomenil preveč zajetne priročnike, zato smo se odločile za kompromis in izbrale črke srednje velikosti. Z oblikovalkama smo torej ves čas tesno sodelovali pri iskanju najustrežnejših oblikovnih rešitev, ki bi najbolj odgovarjale tako potrebam zdravstvenih delavcev kot tudi uporabnikov priročnika.

4 SKLEP

Priročnik, ki je nastal v sklopu projekta »Izdaja slovarja, namenjenega lažji komunikaciji migrantov z zdravstvenim osebjem«, je v slovenskem prostoru oral ledino. Predstavlja novost tako z vidika vsebine, ki v Sloveniji še nikoli ni bila podana na podoben način, kot tudi z vidika izbora jezikov, ki so vanj vključeni, in formata, ki je bil izbran. Pravzaprav končna oblika ni primerljiva z gradivi, ki so jih pripravile druge države za lastne potrebe pri komunikaciji v zdravstvu, saj ima kopico značilnosti, ki jih ne zasledimo drugod in ki predstavljajo kvalitativno nadgradnjo obstoječega (format platnic, razporeditev vsebin in prevodov ter piktogramov itd.).

Ker se dobro zavedamo, da živimo v digitalnih časih in da so zdravstveni delavci, pa tudi migranti, begunci in drugi tujci, ki živijo v Sloveniji, pogosto opremljeni s prenosnimi digitalnimi napravami (pametnimi telefoni, tablicami, prenosnimi računalniki), je naša želja, da vsebine priročnika ponudimo v digitalizirani obliki, in sicer kot aplikacijo, ki si jo lahko vsak, ki jo potrebuje, brezplačno naloži s spleta. Trenutno si zelo prizadevamo za pridobitev sredstev in primernih ponudnikov za pripravo potrebne aplikacije, sledilo pa bo tudi iskanje maternih govorcev vključenih jezikov, ki nam bodo pomagali posneti vsebine, da jih bodo lahko

zdravstveni delavci oz. uporabniki zdravstvenega sistema preprosto poiskali in predvajali. Na ta način bi skrajšali čas iskanja in povečali učinkovitost zdravstvenih pregledov in drugih stikov med zdravstvenim osebjem in uporabniki.

Kljub uporabnosti, ki jo pripisujemo priročniku (gl. tudi 9. poglavje), pa se zavedamo in poudarjamo, da to ni nadomestek za tolmača in da je jasno, da kakršenkoli poglobljeni pregled, na primer s strani družinskega zdravnika ali zdravnika specialista, ne more potekati le s pomočjo priročnika.

Reference

- Bagaglia, Carlotta, Sabrina Flamini, Maya Pellicciari in Chiara Polcri, 2014: *Mutilazioni genitali e salute riproduttiva*. Perugia: Fondazione Angelo Celli.
- Bofulin, Martina in Romana Bešter, 2010: Enako zdravstvo za vse? Imigranti v slovenskem zdravstvenem sistemu. Mojca Medvešek, Romana Bešter (ur.): *Državljeni tretjih držav ali tretjerazredni državljani?: Integracija državljanov tretjih držav v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za narodnostna vprašanja. 270–312.
- Brovč, Majda, Janja Ahčin, Marinka Šlajpah in Danica Rotar-Pavlič, 2009: Ekonomski imigranti v Sloveniji in njihova stališča o boleznih. *Zdravstveno varstvo* 48/1: 26–32.
- Comunicazione e gestione del paziente migrante in ambito sanitario*. 2013. ECM 33 IV/24. Milano: Lswr Srl. http://fad-paziente-migrante.ecm33.it/cm/pdf/ECM33_n24-LR.pdf (dostop 19. 9. 2018).
- Chiarenza, Antonio (ur.), 2014: *Standards for equity in health care for migrants and other vulnerable groups: Self-assessment tool for pilot implementation*. Reggio Emilia: Regional HPH Network of Emilia-Romagna.
- Domestic and Family Violence*, 2015: CALDworld. Avstralija. <https://www.youthsayno.wa.gov.au/wp-content/uploads/2015/05/Storyboard.pdf> (dostop 19. 9. 2018).
- Emergency Multilingual Aid. A Multilingual, illustrated communication phrasebook, for use by patients and staff*. Health Service Executive, Irska. <https://www.hse.ie/eng/services/publications/socialinclusion/ema.html> (dostop 19. 9. 2018).
- EQUAL EP TransKom, 2012: *Comparative study on language and culture mediation in different European countries*. Wuppertal: EQUAL EP TransKom – gesund & sozial.
- Farkaš-Lainščak, Jerneja (ur.), 2016: *Ocena potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle: ključni izsledki kvalitativnih raziskav in stališča strokovnih delovnih skupin*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/ocena_potreb_odrasli.unlocked.pdf (dostop 19. 9. 2018).

- First Aid. Icon based Communication Kit for Refugees.* Dunaj: Buerobauer. <http://buerobauer.com/first-aid-download/> (Dostop 19. 9. 2018).
- Gorjanc, Vojko in Nike Kocijančič Pokorn, 2013: We are not giving up. Training public-service translators and interpreters in the economic crisis. *mTm - A Translation Journal* 5: 18–39.
- Health information for refugees in multiple languages. <http://translation-clinic.com/multilingual-health-information-refugees-germany/> (dostop 19. 9. 2018).
- Informasalute. Access to the National Health Service by Non-EU nationals.* <http://www.inmp.it/index.php/eng/Archivo-de-noticias/Booklets-and-leaflets/INFORMASALUTE-Access-to-the-National-Health-Service-by-Non-EU-nationals> (dostop 19. 9. 2018).
- Ingleby, David, 2017: *Country Report Slovenia. MIPEX.* Bruselj: IOM MHD RO Brussels.
- International Pharmaceutical Federation. <http://www.fip.org/pictograms> (dostop 19. 9. 2018).
- Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns. <https://www.kzvb.de/zahnarztpraxis/asyl/> (dostop 19. 9. 2018).
- Lipovec Čebtron, Uršula, 2010: Slepa pega evropskega zdravstva. Analiza nekaterih vidikov zdravja migrantov. Medica, Karmen, Goran Lukič in Milan Bufon (ur.): *Migranti v Sloveniji. Med integracijo in alienacijo.* Koper: Univerza na Primorskem, Znanstvenoraziskovalno središče. 57–81.
- Pacifici, Laura in Flavia Riccardo, 2010: *Manuale di buone pratiche: Esperienze da un Centro di Accoglienza Richiedenti.* Rdeči križ Italije. <https://www.cri.it/flex/cm/pages/ServeAttachment.php/L/IT/D/D.5385afb5b4bd69f22d63/P/BLOB%3AID%3D4983/E/pdf> (dostop 19. 9. 2018).
- Medical Phrasebook for refugees.* Asylworms, Nemčija. <https://e-ucenje.ff.uni-lj.si/mod/url/view.php?id=161801>. (Dostop 19. 9. 2018)
- Medline Plus. <https://medlineplus.gov/languages/bosnian.html> (dostop 19. 9. 2018).
- MIPEX, 2015: *MIPEX – Country Report for EQUI-HEALTH.* Brussels: International Organisation for Migration. <http://www.mipex.eu> (Dostop 19. 9. 2018)
- Miyamasu, Flaminia, 2014: *History-Taking in English. A Booklet for Physicians.* Cukuba: University of Tsukuba. http://www.md.tsukuba.ac.jp/MECC/pdf/history_taking.pdf (dostop 19. 9. 2018).
- Multilingual health information in Germany – Part two. http://translation-clinic.com/multilingual-health-information-in-germany_2/. (Dostop 19. 9. 2018)
- Multilingual resources for Patients. http://hlwiki.slais.ubc.ca/index.php/Multilingual_resources_for_patients (dostop 19. 9. 2018).
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2017: *Facilitating health communication with immigrant, refugee, and migrant populations through the use of health literacy and community engagement strategies: Proceedings of a*

- workshop*. Washington, DC: The National Academies Press. doi: <https://doi.org/10.17226/24845> (dostop 19. 9. 2018).
- Personal Healthcare Record*. 2015. Luxembourg: Publications Office of the European Union. <http://re-health.eea.iom.int/e-phr> (dostop 19. 9. 2018).
- Piktogrammheft für die Zahnarztpraxis. Kommunikation ohne worte*. 2016. Bundeszahnärztekammer, Nemčija. <https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/b/piktogrammheft.pdf> (dostop 19. 9. 2018).
- Projekt Take Care. <http://www.takecareproject.eu/>. (Dostop 19. 9. 2018)
- Robert Koch Institut. https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/materialien_fremdsprachig_node.html (dostop 19. 9. 2018).
- Salute. Guida alla medicina per cittadini stranieri*. Integrazione. Fondazione per la promozione dei diritti, della solidarietà e della legalità <http://fondazioneintegrazione.it>. [tropaeolum.arvixe.com/UserFiles/File/Projects/8_Guida_salute_migranti_Layout_R\[1\].pdf](http://tropaeolum.arvixe.com/UserFiles/File/Projects/8_Guida_salute_migranti_Layout_R[1].pdf) (dostop 19. 9. 2018).
- Setzer Verlag. <http://www.setzer-verlag.com/> (dostop 19. 9. 2018).
- SH-CAPAC. 2016. *Supporting Health Coordination, Assessment, Planning, Access to Health Care and Capacity Building in Member States under Particular Migratory Pressure*. <https://www.sh-capac.org/> (dostop 19. 9. 2018).
- Zelko, Erika (ur.), 2010: *Slovar Medicinakro. Slovar medicinskih izrazov*. Murska Sobota: ZD. <http://www.drmed.org/wp-content/uploads/2014/06/Slovar-Sastipe.pdf> (dostop 19. 9. 2018).
- Statistični urad Republike Slovenije, 2011. *Statistični letopis Republike Slovenije 2010*. <http://www.stat.si/letopis/2010/Grafikoni/04-10.pdf> (dostop 19. 9. 2018).
- The Take Care Healthcare Language Guide for Migrants Word Fan*. The Take Care Project. <http://www.takecareproject.eu/upload/docs/GLOSSARY.pdf> (dostop 19. 9. 2018).
- The Take Care Phrase Book*. The Take Care Project. http://www.takecareproject.eu/upload/docs/phrase_books/brochure_EN.pdf (dostop 19. 9. 2018).
- Tip Doc Home*. <http://www.setzer-verlag.com/tp-doc> (dostop 19. 9. 2018).
- Universal Doctor Speaker*. <http://www.refugeespeaker.org/#Top> (dostop 19. 9. 2018).
- Zahnärztliche Behandlung von Asylbewerbern*, 2016. Bundeszahnärztekammer, Nemčija. https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/b/Zahnaerztliche_Behandlung_Asylobewerber.pdf (dostop 19. 9. 2018).

Usposabljanje zdravstvenih delavcev kot korak k bolj kakovostni zdravstveni obravnavi oseb iz drugih jezikovnih in kulturnih okolij

*Uršula Lipovec Čebtron, Simona Jazbinšek,
Danica Rotar-Pavlič, Vesna Homar*

Izvleček

V prvem delu poglavja so predstavljeni razlogi ter potek usposabljanja zdravstvenih delavcev, ki se je ukvarjalo s stikom med tujejezičnimi pacienti in zdravstvenim osebjem. Prikazane se teme in pristopi, preko katerih je interdisciplinarna skupina izvajalk udeležencem predstavila tako ovire, s katerimi se srečujejo migranti/begunci v zdravstvenem sistemu, ter izzive, ki jih tujejezični govorci predstavljajo za zdravstvene delavce, kot tudi načine, s katerimi je mogoče izboljšati odnos in komunikacijo s temi osebami. V drugem delu poglavja sledi ovrednotenje 14 usposabljanj v različnih krajih Slovenije, ki se jih je udeležilo 708 zdravstvenih delavcev. Na osnovi analize evalvacijskih vprašalnikov udeležencev usposabljanja je mogoče sklepati, da so se ga udeležili zdravstveni delavci najrazličnejših profilov, ki so ugotavljali, da je usposabljanje izpolnilo večino njihovih pričakovanj, obenem pa so ga večinoma ocenili kot vsebinsko kvalitetno in organizacijsko dobro pripravljeno, pri čemer so pogosto izrazili željo po nadaljnem izobraževanju na tem področju.

1 UVOD

Medicinski antropologi že več desetletij dokazujejo, da imajo kulturne dimenzije izredno pomembno vlogo v zdravstvu: »Kulturni dejavniki so ključni za diagnozo, zdravljenje in zdravstveno nego. Oblikujejo prepričanja, vedenja in vrednote, ki so povezane z zdravjem« (Kleinman in Benson 2006: 1673). Pri tem poudarjajo, da kulturni, družbeno-ekonomski in politični dejavniki ne oblikujejo le pacientovega dojemanja zdravja in bolezni, temveč tudi prepričanja in prakse zdravstvenih delavcev ter sam ustroj in organizacijo zahodne medicine (Good 1994, Gregg in Saha 2006, Kleinman in Benson 2006). Prav zato zahodna ali uradna medicina, ki izhaja iz zahodne tradicije in njenih vrednot, ne more biti ne vrednostno nevtralna ne univerzalna (Muaygil 2018: 15).

Ta spoznanja, ki so sprva naletela na nerazumevanje pri številnih zdravstvenih delavcih, so postopno pronicala v mnoge zdravstvene ustanove, kjer so se zaposleni vse bolj zavedali kulturnih razlik, obenem pa tudi dejstva, da se ob stiku s spreminjajočim in raznolikim prebivalstvom počutijo vse manj usposobljene (ibid.). Kot odgovor na to situacijo so od 70. let prejšnjega stoletja v ZDA, Kanadi ter nekaterih državah Zahodne Evrope in Latinske Amerike začeli vpeljevati različne vrste usposabljanj za zdravstveno osebje, s katerimi so želeli preseči ovire, ki preprečujejo zagotavljanje kakovostne zdravstvene oskrbe oseb z različnimi kulturnimi, religioznimi, etničnimi in družbeno-ekonomskimi ozadji (ibid.: 16). Usposabljanja so izrazito variirala ne le po vsebini, stopnji zahtevnosti, trajanju in organizaciji, temveč tudi po poimenovanjih, ki so jih v različnih kontekstih zanje uporabljali. Med najbolj pogostimi izrazi za to področje srečamo medkulturnost, interkulturnost, intrakulturnost, transkulturnost, interkulturno zdravje, v zadnjem času pa tudi kulturna občutljivost, kulturna varnost, kulturna ponižnost (Diallo in McGrath 2013: 122, Cai 2016: 268), pri čemer se je na Zahodu najbolj uveljavila sintagma kulturne oziroma medkulturne kompetence (Pulido-Fuentes et al. 2017: 366, gl. tudi Beach et al. 2005, Cai 2016). Ne glede na razlike pa je imela večina pobud na tem področju podoben cilj: zagotovitev enakega dostopa do kakovostne zdravstvene oskrbe za paciente iz različnih okolij, pri tem pa je izhajala iz priznavanja pomena kulture v klinični praksi, spoštovanja kulturnih razlik ter želje po zmanjšanju negativnih posledic teh razlik (Muaygil 2018: 15, Lipovec Čebtron et al. 2018).

V zadnjih desetletjih so izobraževanja o kulturnih vidikih zdravja, bolezni in zdravljenja v Severni Ameriki in Evropi postala nepogrešljiv del dodiplomskih in podiplomskih programov medicinskih in zdravstvenih fakultet ter trajnega profesionalnega razvoja za zdravstveno osebje, vzpostavili pa so se tudi centri za medkulturne kompetence (Muaygil 2018: 16) ter vrsta orodij, s katerimi merijo medkulturno kompetentnost zdravstvenih delavcev in zdravstvenih ustanov (Diallo in McGrath 2013, Pulido-Fuentes et al. 2017). Kljub temu pa je raziskav,

ki bi poglobljeno analizirale učinke, ki jih imajo taka usposabljanja na zmanjšanje neenake obravnave v zdravstvu, za zdaj še malo. Iz analize evalvacij različnih usposabljanj s področja medkulturnih kompetenc v ZDA je očitno, da ta usposabljanja izboljšajo znanje, odnos in večšine zdravstvenemu osebju ter povečajo zadovoljstvo z zdravstveno oskrbo pri pacientih (Beach et al. 2005: 356). Vseeno pa določeni avtorji (Gregg in Saha 2006, Kleinman in Benson 2006, Muaygil 2018) opozarjajo, da lahko nekvalitetni izobraževalni moduli, ki premalo poglobljeno podajajo koncepte, kot sta kultura ali etničnost, promovirajo posplošeno in stereotipno predstavo o značilnosti določenih kultur, kar vodi v mnoštvo novih nesporazumov in diskriminacij (Lipovec Čebren et al. 2018).

Za razliko od mnogih drugih držav, kjer so kulturni vidiki zdravja, bolezni in zdravljenja vključeni med obvezne vsebine študija medicinskih in zdravstvenih fakultet (Beach et al. 2005), pa v Sloveniji vsebine, ki se nanašajo na medkulturno kompetentnost zdravstvenih delavcev, le počasi prodirajo v študijske programe dodiplomskih in podiplomskih programov medicinskih in zdravstvenih fakultet. V okviru akreditiranih programov teh fakultet so medkulturne kompetence za zdaj predstavljene parcialno¹ ali v obliki dodatne obštudijske dejavnosti², pri čemer le na eni fakulteti obstaja predmet³ (MICE 2018), ki bi se mu iz naslova dalo pripisati bolj poglobljeno ukvarjanje s tem področjem.

Do dodatnih usposabljanj o medkulturnih kompetencah najtežje dostopajo že zaposleni zdravstveni delavci. Izjemo v tem smislu predstavlja 20-urno *Usposabljanje za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev*⁴ v organizaciji Nacionalnega inštituta za javno zdravje, ki se je izkazal za uspešnega (Lipovec Čebren et al. 2018), vendar pa je bilo to usposabljanje do sedaj omejeno na tri zdravstvene domove (Celje, Sevnica, Vrhnika) ter v osnovi namenjeno zdravstvenim delavcem v preventivnih programih, zato se ga mnogi zaposleni v zdravstvu, ki imajo dnevno stik s tujejezičnimi pacienti, niso udeležili.

V okviru projekta »Izdaja slovarja, namenjenega lažji komunikaciji migrantov z zdravstvenim osebjem« smo poleg oblikovanja večjezičnih priročnikov za lažje sporazumevanje med zdravstvenimi delavci in tujejezičnimi pacienti, razvili interdisciplinarni program izobraževanja o medkulturnih kompetencah za zdravstvene osebe. Z izobraževanjem smo želeli narediti korak k razvijanju medkulturnih

-
- 1 Običajno se študijski programi tega področja dotaknejo pri predmetih, ki obravnavajo javno zdravje, družinsko medicino, sporazumevanje idr.
 - 2 Primer za to je mednarodna poletna šola z naslovom Kulturne kompetence, sporazumevanje med zdravnikom-pacientom in zdravje manjšin, ki je julija 2018 potekala na Medicinski fakulteti v Ljubljani (Rotar-Pavlič et al. 2018).
 - 3 Gre za predmet Multikulturne kompetence v zdravstvu na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin.
 - 4 Usposabljanje je leta 2016 potekalo v okviru projekta »Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju – Skupaj za zdravje« v Zdravstvenem domu Celje, Sevnica in Vrhnika (Farkaš-Lainščak et al. 2016: 82–91). Za udeležence tega usposabljanja je bil oblikovan priročnik z naslovom *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba: viračnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev* (Lipovec Čebren 2016).

kompetenc med zdravstvenimi delavci v Sloveniji ter doprinesti k boljšemu komuniciranju zdravstvenega osebja z osebami iz drugih kulturnih in jezikovnih okolij. Dodatno motivacijo za organiziranje usposabljanja so nam dali rezultati vseslovenske spletne ankete (več v 5. poglavju), kjer je dobra tretjina anketirancev (175 ali 31 %) pri vprašanju »Kaj bi zdravstvenim delavcem koristilo pri premagovanju jezikovnih in drugih ovir pri obravnavi uporabnikov?« izbrala odgovor »Usposabljanje s področja kulturnih kompetenc«. Ob začetku projekta smo zato osnovali interdisciplinarno skupino sodelavk projekta, ki so z različnimi strokovnimi znanji in izkušnjami sodelovale tako kot soavtorice večjezičnega priročnika kot snovalke in izvajalke usposabljanja z naslovom »Pacient ne govori slovensko! Izziv za zdravstvene delavce v Sloveniji«.

2 POTEK USPOSABLJANJA

Usposabljanje je bilo sestavljeno iz dveh vsebinsko povezanih delov, ki sta skupaj obsegala 7 ur. V prvem delu so se udeleženci v obliki interaktivnih predavanj seznanili z različnimi vsebinskimi sklopi (celoten program usposabljanja je v prilogi na koncu poglavja). V prvem predavanju z naslovom *Migracije in zdravstvo* je bil predstavljen kontekst migracij v Sloveniji ter podani razlogi, zakaj predstavljajo migracije izziv za zdravstvene ustanove, na osnovi primerov s terena pa je bil prikazan pomen kakovostne komunikacije zdravstvenih delavcev z migranti/begunci. V drugem predavanju *Ovire migrantov in beguncev v dostopu do zdravstvene oskrbe* so se udeleženci seznanjali z zakonskimi določili, ki določajo dostop do zdravstvene oskrbe osebam v različnih pravnih statusih, ter različnimi ovirami v praksi, ki pogojujejo udeležanje njihovih zdravstvenih pravic. Tretje predavanje, *Medkulturni nesporazumi*, je bilo osredinjeno na prikaz razlogov za medkulturne nesporazume v klinični praksi ter na analizo nekaterih primerov nesporazumov in mehanizmov, s katerimi jih je mogoče presegati. V četrtem predavanju z naslovom *Jezik v klinični praksi* so bile razčlenjene ključne jezikovne ovire, s katerimi se sooča zdravstveno osebje v Sloveniji, ter postopki sodelovanja s tolmačem in/ali medkulturnim mediatorjem. Temu je sledila še predstavitev večjezičnih priročnikov. V drugem delu pa so udeleženci pridobljeno znanje poglobljali v dveh delavnicah. V prvi so se na osnovi vnaprej pripravljenih scenarijev preizkušali v uporabi večjezičnih priročnikov (več v 10. poglavju), v drugi pa so v okviru vodene diskusije analizirali različne (pravne, kulturne, jezikovne idr.) ovire, s katerimi se srečujejo pri zdravstveni obravnavi oseb iz drugih kulturnih in jezikovnih okolij (več v 5. poglavju). Vsak udeleženec je ob začetku usposabljanja dobil dva izvoda večjezičnih priročnikov, za prisostvovanje na usposabljanju pa pridobil določeno število kreditnih točk⁵.

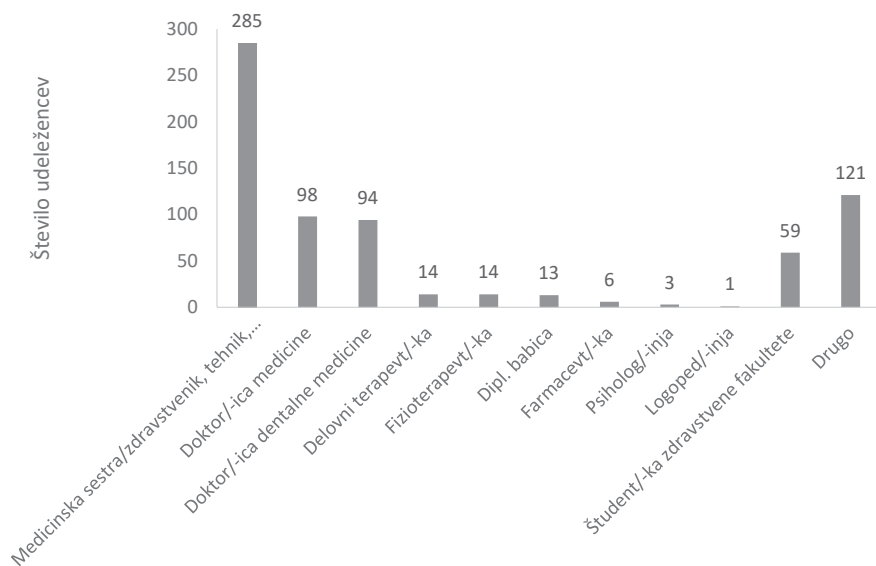
5 Zdravniška zbornica Slovenije je podelila 7 kreditnih točk, Zbornica babiške in zdravstvene nege 9 licenčnih točk, Zbornica delovnih terapevtov Slovenije pa 0,25 ECTS.

Usposabljanje je potekalo od marca do decembra 2017 v različnih krajih Slovenije (Celje, Koper, Kranj, Ljubljana, Maribor, Murska Sobota in Novo mesto), pri čemer je v Ljubljani potekalo 8-krat, v drugih krajih pa po enkrat. Število udeležencev na usposabljanjih je variiralo, kot kaže naslednja tabela:

Tabela 1: Usposabljanje po lokacijah ter številu udeležencev

Termin usposabljanja	Lokacija usposabljanja	Število udeležencev (n = 708)
24. marec 2017	Ljubljana (Zdravniška zbornica Slovenije)	30
7. april 2017	Ljubljana (Zdravstvena fakulteta)	54
21. april 2017	Koper (Območna enota Nacionalnega inštituta za javno zdravje)	39
5. maj 2017	Ljubljana (Zdravniška zbornica Slovenije)	52
2. junij 2017	Novo mesto (Območna enota Nacionalnega inštituta za javno zdravje)	51
16. junij 2017	Kranj (Območna enota Nacionalnega inštituta za javno zdravje)	37
14. julij 2017	Celje (Splošna bolnišnica Celje)	34
15. september 2017	Ljubljana (Zdravniška zbornica Slovenije)	57
29. september 2017	Maribor (Območna enota Nacionalnega inštituta za javno zdravje)	51
6. oktober 2017	Ljubljana (Zdravniška zbornica Slovenije)	47
20. oktober 2017	Murska Sobota (Alma Mater Europea)	90
10. november 2017	Ljubljana (Zdravstvena fakulteta UL)	64
17. november 2017	Ljubljana (Zdravniška zbornica Slovenije)	43
5. december 2017	Ljubljana (Zdravstvena fakulteta UL)	59

Iz tabele je razvidno, da se je usposabljanj udeležilo 708 oseb, pri čemer se je njihovo število spreminjalo ter doseglo največjo številko v Murski Soboti (90 udeležencev). Pri tem velja dodati, da je bilo pri večini usposabljanj število udeležencev omejeno, zato so bili v primerih prevelikega zanimanja za usposabljanje udeleženci premeščeni na kasnejša usposabljanja. Tabela 1 kaže tudi na večanje števila udeležencev v drugi polovici usposabljanj, kar je verjetno posledica postopnega kroženja informacij med zdravstvenim osebjem ter naraščajočega zanimanja za usposabljanje.



Slika 1: Profili udeležencev usposabljanja (n = 708)

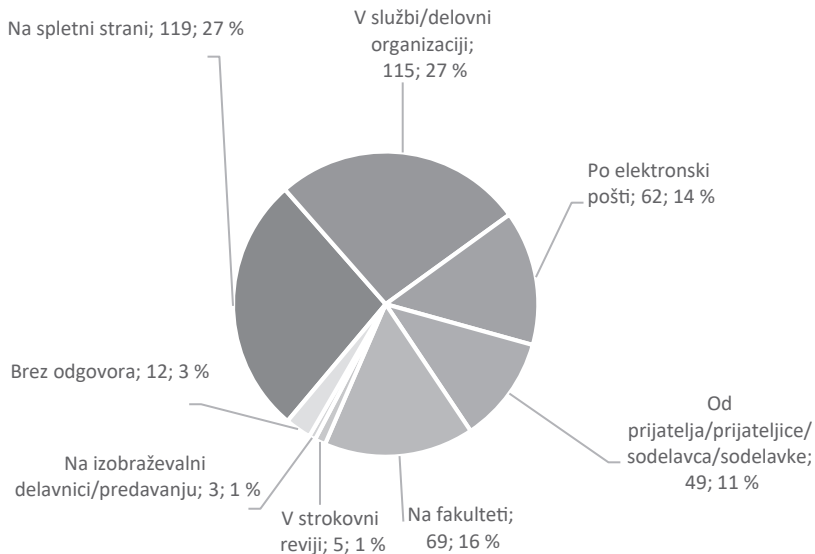
Graf kaže, da je bilo med udeleženci največ (285 oseb) diplomiranih/višjih/srednjih medicinskih sester oziroma diplomiranih zdravstvenikov ter zdravstvenih tehnikov, zobnih asistentov/-k in oseb z magisterijem iz zdravstvene nege. Zdravstveni delavci teh profilov so tudi sicer v Sloveniji najštevilčnejši. Sledijo jim doktorji/-ice medicine (98 oseb) in dentalne medicine (94 oseb). V manjšem številu so se usposabljanj udeležili fizioterapevti/-tke in delovni terapevti/-tke (po 14 oseb) ter diplomirane babice (13 oseb) in nekateri drugi strokovnjaki (farmaceuti/-tke, logopedi/-nje). Med udeleženci so bili tudi študenti/-tke zdravstvenih ved (59 oseb) z različnih fakultet. Pomembno je izpostaviti, da so v kategoriji »Drugo« (180 oseb) zajeti tudi nekateri drugi zaposleni v zdravstvenih ustanovah (psihologi/-nje, administratorji/-ke, inženirji/-ke radiologije, dietetiki/-čarke, sanitarni inženirji/-ke, laboratorijski tehniki, socialni delavci/-ke idr.), ki so na usposabljanje prihajali v manjšem številu.

3 EVALVACIJA USPOSABLJANJA

Z namenom, da bi lahko ocenili uspešnost izvedenih usposabljanj, smo oblikovali evalvacijski vprašalnik za merjenje zadovoljstva udeležencev z usposabljanji. V vprašalniku, ki je obsegal 8 vprašanj (dve odprtega in šest zaprtega tipa), so udeleženci sporočili, kako pogosto se pri svojem delu srečujejo s tujejezičnimi

uporabniki, kje so dobili informacijo o usposabljanju, kaj so pričakovali in v kolikšni meri so bila njihova pričakovanja uresničena. Poleg tega so ocenili organizacijo in dolžino usposabljanja ter se opredelili tako do posameznih vsebinskih sklopov (glede na razumljivost in uporabnost vsebin ter zadovoljstvo z vsebinami) kot do usposabljanja na splošno. V nadaljevanju predstavljamo ključne rezultate vprašalnika, ki ga je izpolnilo 434 udeležencev, kar predstavlja 61 % vseh udeležencev usposabljanj.

Na vprašanje odprtega tipa, ki se je glasilo »Kje ste dobili informacijo o usposabljanju?«, so udeleženci podali naslednje odgovore:

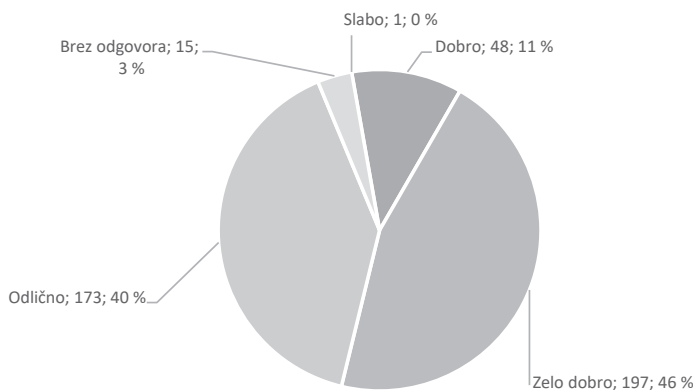


Slika 2: Pridobivanje informacij o usposabljanju (n = 434)

Kot je običajno pri odprtem tipu vprašanj, so odgovori udeležencev raznorodni, pri čemer je očitno, da so informacije dobili iz različnih virov. Najbolj pogosto (119 oz. 27 % odgovorov) navajajo, da so za usposabljanje izvedeli z različnih spletnih strani (pri tem omenjajo spletno stran Zdravniške zbornice Slovenije, Nacionalnega inštituta za javno zdravje, Zdravstvene fakultete idr.), na katerih smo v času izvajanja projekta tudi objavljali informacije o usposabljanju. Podobno število udeležencev (115 oz. 27 % odgovorov) je bilo o usposabljanju seznanjenih v službi ali delovni organizaciji, nekoliko manjši (62 oz. 14 % odgovorov) pa preko elektronske pošte. Pri tem je pomembno poudariti, da se omenjene tri kategorije morda med sabo prekrivajo, saj je lahko zaposleni informacijo o usposabljanju dobil v službi prek elektronske pošte, kjer je bila posredovana povezava

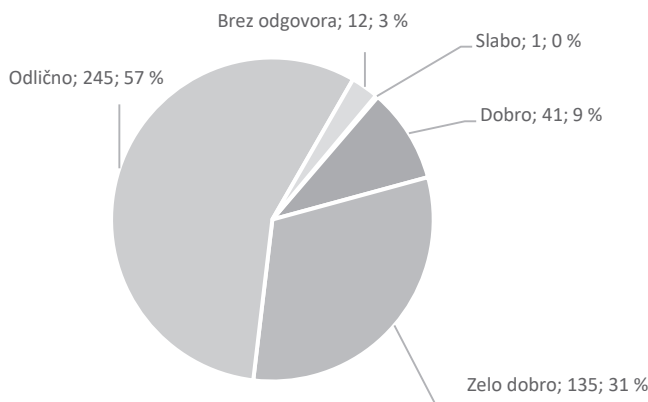
na določeno spletno stran. Določen delež (69 oz. 16 % odgovorov) udeležencev pa je informacije pridobil na različnih fakultetah ali na drugem usposabljanju oziroma v strokovni reviji (po 1 %). Zanimivo je dejstvo, da je kar 49 oseb (11 %) zapisalo, da je prišlo na usposabljanje na osnovi informacij, ki so jih dobili od prijateljev ali sodelavcev.

Pri naslednjih vprašanjih so udeleženci ocenjevali različne vidike usposabljanja na osnovi 5-stopenjske lestvice (1 = zelo slabo, 2 = slabo, 3 = dobro, 4 = zelo dobro, 5 = odlično). Na vprašanje »V kolikšni meri so se izpolnila vaša pričakovanja glede usposabljanja?« so udeleženci podali naslednje odgovore:



Slika 3: Izpolnitev pričakovanj (n = 434)

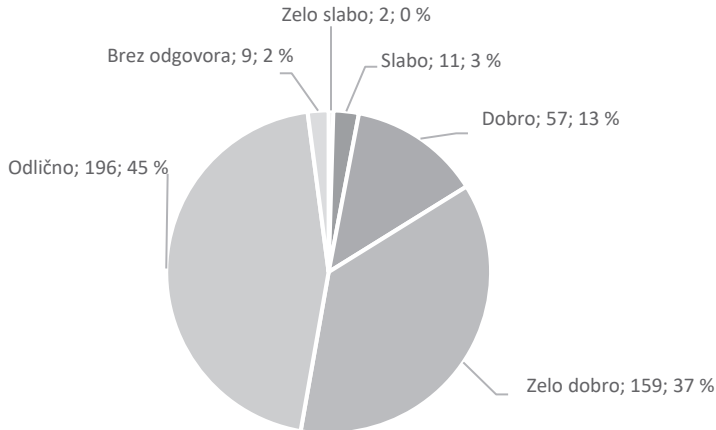
Kot kaže graf, je 370 oseb (85 %) ocenilo, da je usposabljanje »odlično« (40 %) ali »zelo dobro« (45 %) izpolnilo njihova pričakovanja. Preostali so bodisi izbrali oceno »dobro« (48 oseb ali 11 %) bodisi niso podali odgovora (15 oseb ali 3 %),



Slika 4: Organizacija usposabljanj (n = 434)

le en udeleženec pa je izbral »slabo« (manj kot 1 %). Podobno so udeleženci odgovorili na vprašanji »Kako ocenjujete organizacijo usposabljanj?« in »Ali se vam zdi dolžina usposabljanj primerno načrtovana?«:

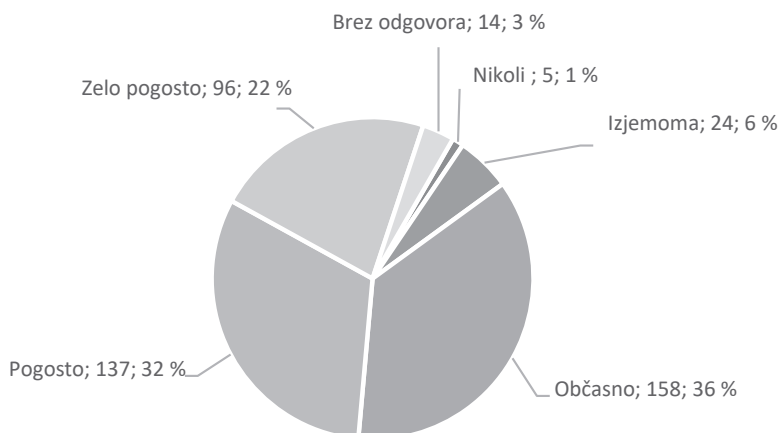
Veliki večini, 380 osebam (87 %), se je organizacija usposabljanj zdela »odlična« (245 oseb oziroma 57 %) ali »zelo dobra« (135 oseb oziroma 31 %). Manjši delež udeležencev (41 oseb oziroma 9 %) jo je ocenilo kot »dobro«, le 1 oseba »slabo« (manj kot 1 %), nekateri (12 oseb ali 3 %) pa niso odgovorili.



Slika 5: Dolžina usposabljanj (n = 434)

V primerjavi s prejšnjim je na vprašanje »Ali se vam zdi dolžina usposabljanj primerno načrtovana?« nekoliko manjši delež (355 oseb ali 82 %) odgovoril z »odlično« (196 oseb oziroma 45 %) ali »zelo dobro« (159 oseb oziroma 37 %). Po mnenju nekaterih (57 oseb oziroma 13 %) je bila dolžina usposabljanj »dobro« načrtovana, za 11 oseb (3 %) je bila »slabo«, za dve (manj kot 1 %) pa »zelo slabo«. Na vprašanje ni odgovorilo 9 oseb (2 %).

Glede na to, da je bila pri načrtovanju in izvedbi usposabljanj v ospredju želja po izboljšanju komunikacije med zdravstvenim osebjem in osebami, ki ne govorijo slovenščine, smo v vprašalniku želeli preveriti, koliko udeležencev usposabljanj ima dejansko stik s tujejezičnimi pacienti. Pri vprašanju »Ali se kot zdravstveni delavec pri svojem delu srečujete z uporabniki zdravstvenih storitev, ki ne znajo slovenskega jezika (vključno s srbsko/hrvaško/bošnjaško govorečimi)?« so lahko izbirali med petimi odgovori (1 = nikoli, 2 = izjemoma, 3 = občasno, 4 = pogosto, 5 = zelo pogosto).

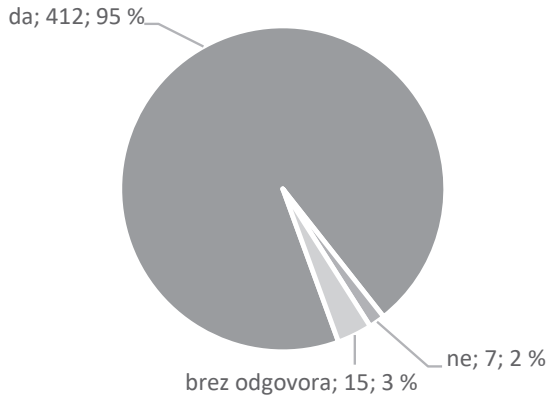


Slika 6: Stik s tujejezičnimi pacienti (n = 434)

Iz prvega poglavja tega zbornika, kjer so bili analizirani rezultati uvodnega dela vseslovenske spletne ankete, izhaja, da se med 564 anketiranci velika večina (94 %) pri svojem delu srečuje z bolniki, ki ne govorijo in ne razumejo slovenskega jezika. Na podobno velik odstotek stikov s tujejezičnimi pacienti kažejo tudi odgovori udeležencev usposabljanj, za katere lahko domnevamo, da jih je ravno stik z bolniki, ki ne govorijo slovenskega jezika, spodbudil k obisku usposabljanja. Kljub temu pa velja izpostaviti, da se udeleženci s temi pacienti večinoma ne srečujejo »zelo pogosto« (96 oseb oziroma 22 %), temveč »pogosto« (137 oseb oziroma 32 %) ali občasno (158 oseb oziroma 36 %). Vseeno pa prisotnost tujejezičnih oseb v njihovi zdravstveni praksi nikakor ni zanemarljiva, saj ima zgolj manjši delež (24 oseb oziroma 6 %) »izjemoma« stik z njimi, le pet oseb (1 %) pa »nikoli«. Odgovora ni podalo 14 oseb (3 %).

V zadnjem delu evalvacijskega vprašalnika smo želeli ugotoviti, ali je bilo usposabljanje za udeležence zanimivo do te mere, da so ga pripravljene priporočiti drugim. Na vprašanje »Ali boste usposabljanje priporočali svojim kolegom/-icam?« so imeli na voljo dve možnosti (da/ne).

Na pomen in koristnost usposabljanja za udeležence najbolj nedvoumno kaže skoraj »enoglasno« (412 oseb oziroma 95 %) izražena pritrditev, da bodo svojim kolegom in kolegicam priporočali usposabljanje. Le nekateri (7 oseb oz. 2 %) usposabljanja ne bi priporočali oziroma niso odgovorili (15 oseb oz. 3 %).



Slika 7: Priporočilo (n = 434)

Na koncu vprašalnika smo udeležence prosili za morebitne pripombe, predloge, pohvale in kritike, kamor je svoje komentarje zapisalo 191 oseb. Med temi komentarji se jih 120 nanaša tudi na usposabljanje, ostalih 71 pa izključno na večjezične priročnike. V tem zadnjem delu predstavitev rezultatov evalvacijskega vprašalnika nas bodo zanimali le zapisi, ki omenjajo usposabljanje. Glede na vsebino komentarjev bi jih lahko razdelili v štiri skupine, in sicer na tiste, ki izpostavljajo bodisi pozitivne vidike usposabljanja (87 komentarjev ali 72 %) bodisi negativne vidike (25 komentarjev 21 %) ali pa oboje (5 komentarjev ali 4 %). V zadnjo skupino (3 komentarji ali 2 %) pa lahko uvrstimo odzive, ki ne vrednotijo usposabljanja, temveč le podajajo predloge.

Večina oseb, ki so v komentarjih pisali le o pozitivnih vidikih usposabljanja, je izpostavljala pomembnost, koristnost in uporabnost vsebin. Navajamo nekaj primerov:

Menim, da so bila to predavanja odlična, zelo veliko novih informacij, tudi delavnice so bile zelo poučne, z dobrimi praktičnimi primeri, s katerimi se srečujemo v praksi. Z veseljem se še kdaj udeležim takšnega predavanja. Pohvalno, da se organizirajo dogodki in izobraževanja s tega področja, saj sem mnenja, da smo zdravstveni delavci premalo izobraženi na tem področju.

Nekateri med njimi so dodatno izpostavljali predavateljske veščine izvajalk, temeljito podano snov ter dobro organizacijo:

Izredna pohvala za res dobro organizacijo izobraževanja. Hvala vsem predavateljem za zelo nazorno podane vsebine, oplemenitenene s primeri iz prakse, ter za nakazane smernice za uporabnost podanih vsebin pri našem delu.

Pohvale pri organizaciji, dostopnost, parkirnina, prigrizek ter topel obrok. Zanimive teme! Hvala in uspešno delo naprej! :)

Poleg pohval so določene osebe na eni strani predlagale nadaljevalna usposabljanja s podobnimi vsebinami, na drugi pa potrebo po izobraževanju vseh zdravstvenih delavcev o teh tematikah oziroma po njihovem vključevanju v študijske programe medicinskih in zdravstvenih fakultet. Navajamo nekaj primerov:

Tovrstno izobraževanje bi moralo biti obvezno za vse zdravstvene delavce.

Zelo pa bi bilo koristno takšna predavanja/seminarje izvesti samo za študente, da bi lahko v svoj poklic že vstopali s takim znanjem, in se bi vnaprej znebili določenih stereotipov in predsodkov o tujegovorečih uporabnikih.

Komentarji, v katerih so udeleženci zapisali negativno kritiko usposabljanj, so se dotikali različnih tem. Nekateri so izpostavljali predvsem organizacijske šibkosti ter dolžino predavanj:

Lahko bi bilo nekoliko več časa za predavanja, da je čas tudi za razpravo. Zaradi zamude s koncem predavanj, je zmanjkalo časa za kosilo, zaradi česar sem zamudila začetek delavnice.

Vidljivost na projekciji je bila zelo slaba, tudi pisava premajhna, glasnost malo slabša (lahko bi bil mikrofoni).

Drugi pa so podajali bolj vsebinske kritike, kjer so kot negativno izpostavljali bodisi posamezna predavanja ali teme bodisi so videli usposabljanje preveč oddaljeno od njihovega konkretnega dela ter premalo usmerjeno k iskanju rešitev. Navajamo nekaj primerov:

Premalo prilagojeno našemu delu. Razlaga stvari, ki so samoumevne. Preveč teoretičnih rešitev ter premalo praktičnih.

Podanih je bilo zelo veliko problematik, ampak premalokrat so bile podane rešitve.

Komentarji, ki so izpostavljali tako pozitivne kot negativne vidike, se vsebinsko ponavljajo z že omenjenimi kritikami posameznih organizacijskih slabosti. Navajamo primer:

Predavanja na usposabljanju so bila zanimiva, uporabna tako za delo v zdravstvu kot za razvoj osebne rasti. Mogoče bi mogli razmisliti o časovni omejenosti predavanj, še posebej pri predavanjih, ki odpirajo veliko vprašanj pri poslušalcih, saj je pri nekaterih predavanjih zmanjkalo časa in predavanje ni bilo zaključeno, kot je bilo planirano.

Med predlogi pa so, poleg že omenjenih pozivov k nadaljevalnim usposabljanjem in vključevanju tega področja v akreditirane programe medicinskih in zdravstvenih fakultet, še druge pobude. Nekatere se nanašajo na zagotavljanje kontaktov tolmačev/medkulturnih mediatorjev, na katere se lahko zdravstveni delavci obrnejo, druge pa predlagajo določene vsebinske izboljšave ter vključevanje migrantov/beguncev ter drugih oseb (predstavnikov vlade,

Zavoda za zdravstveno zavarovanje, zdravnikov iz različnih regij Slovenije idr.) v usposabljanje:

Nadaljnji razvoj, posredovanje kontaktov tolmačev po regiji izvajalca, regijski kratki tečajji s poudarkom na manjšinah in posebnostih regije.

Povabiti zdravstvene delavce iz različnih koncev SLO, da opišejo lastne izkušnje in primere ter izhode iz teh situacij (dobre in slabe) in jih zbrati na enem mestu (gradivo).

Mogoče še povabiti koga, ki bi iz lastnih izkušenj lahko poročal, kako mu je bilo v vlogi ‚tujca‘/pacienta in kako je potekalo sporazumevanje.

4 KLJUČNE UGOTOVITVE

Iz odgovorov evalvacijskega vprašalnika lahko sklepamo, da je večina udeležencev usposabljanje ocenila pozitivno. Pri zaprtem tipu vprašanj je to prišlo bolj do izraza kot pri zaključnih komentarjih. Tako je delež udeležencev, ki ocenjujejo, da je usposabljanje »odlično« ali »zelo dobro« izpolnilo njihova pričakovanja, visok (85 %). Še večje zadovoljstvo je bilo izkazano pri ocenjevanju organizacije, ki se je 87 % respondentom zdela »odlična« ali »zelo dobra«. Pri tem je povedno dejstvo, da si pri teh dveh vprašanjih nobeden od udeležencev ni izbral ocene »zelo slabo«, le ena oseba pa se je odločila za »slabo«. Malce manjše zadovoljstvo so udeleženci pokazali z dolžino usposabljanj, saj so jo z »odlično« ali »zelo dobro« ocenili v 82 %, pri tem pa se je povečalo število tistih, ki so dolžino ocenili s »slabo« (3 %), eden med njimi pa je izbral »zelo slabo«. Najbolj nedvoumno pohvalo usposabljanju izražajo odgovori na vprašanje »Ali boste usposabljanje priporočali svojim kolegom/-icam?«, kar pomeni, da se je usposabljanje udeležencem kljub morebitnim manjšim organizacijskim ali vsebinskim nezadovoljstvom zdelo vredno obiska. Da so nekateri med njimi to tudi storili, kažejo odgovori na vprašanje »Kje ste dobili informacijo o usposabljanju?«, saj kar 27 % med njimi odgovarja, da so jo dobili v službi, dodatnih 11 % pa od prijateljev in sodelavcev. Pri tem velja poudariti, da so viri, prek katerih so bili seznanjeni o usposabljanju, raznorodni (spletne strani, elektronska pošta, fakulteta idr.) ter se med sabo lahko prekrivajo, zato je težko sklepati, kdo od njih je prišel na priporočilo osebe, ki se je že udeležila usposabljanja.

Kvantitativne ocene so še bolj povedne v povezavi s komentarji na koncu vprašalnika, kjer udeleženci pogosto natančno opišejo tako pozitivne kot negativne vidike usposabljanja. V njihovih zapisih je število pozitivnih odzivov manjše od odgovorov pri zaprtih vprašanjih (72 % : 95 %), obenem pa se pojavi določeno število negativnih (21 %) ali ambivalentnih (4 %) komentarjev na usposabljanje. V komentarjih, ki so se nanašali na pozitivne vidike usposabljanj,

so udeleženci pogosto izpostavljali pomen, koristnost in uporabnost vsebin, o katerih so mnogi vedeli premalo ali so bile zanje povsem nove. Med negativnimi kritikami so nekateri udeleženci omenjali premajhno uporabnost vsebin, ki se ne povezujejo dovolj z njihovim delom v praksi, obenem pa odpirajo preveč vprašanj in podajajo premalo rešitev. Podobno kot pri vprašanju »Kako ocenjujete organizacijo usposabljanj?«, kjer so mnogi organizacijo ocenili z visokimi ocenami, so tudi v zaključnih komentarjih namenili veliko pohval dobri organiziranosti usposabljanj. Nasprotno pa je bilo med komentarji, ki so izpostavljali negativne aspekte usposabljanj, opaziti kritiko določenih vidikov organizacije, ki so se bodisi nanašali na slabo vidljivost projekcij in izročkov bodisi na organizacijo predavanj (premalo časa za diskusijo, kosilo), pri čemer so bila za nekatere ta predolga, za druge pa prekratka. Med odzivi, ki so se osredotočili na predloge, pa velja omeniti pogost poziv udeležencev k nadaljevanju usposabljanj s tega področja ter vključitev teh tematik v akreditirane programe medicinskih in zdravstvenih fakultet.

Na pomen in aktualnost tem, ki so bile obravnavane na usposabljanju, kažejo odgovori na vprašanje o pogostosti stikov s pacienti, ki ne govorijo slovenskega jezika. Dobra polovica udeležencev (54 %) se namreč z njimi srečuje zelo pogosto ali pogosto, le pet oseb (1 %) pa se z njimi še ni srečala.

4 SKLEP

Usposabljanje »Pacient ne govori slovensko! Izziv za zdravstvene delavce v Sloveniji« je bilo prvo usposabljanje za zdravstveno osebje v Sloveniji, ki se je v celoti posvetilo vprašanju stika med tujejezičnimi pacienti in zdravstvenimi delavci. Preko različnih tem in pristopov (medicinski in javnozdravstveni vidiki, antropološki, pravni ter komunikacijski vidiki) je interdisciplinarna skupina izvajalk na štirinajstih usposabljanjih po Sloveniji udeležencem predstavila tako ovire, s katerimi se srečujejo migranti/begunci v zdravstvenem sistemu, in izzive, ki jih tujejezični govorci predstavljajo za zdravstvene delavce, kot tudi načine, s katerimi je mogoče izboljšati odnos in komunikacijo s temi pacienti.

Na to, da je tematika usposabljanja za zdravstvene delavce pomembna in aktualna kaže njihov odziv. V kratkem času (od marca do decembra 2017) se je usposabljanja udeležilo 708 oseb. Zdravstveni delavci najrazličnejših profilov so se izobraževanja udeležili prostovoljno ter ga v veliki večini ocenili kot vsebinsko kvalitetno in organizacijsko odlično pripravljeno. Usposabljanje je izpolnilo večino pričakovanj udeležencev, zato so ga pogosto priporočili sodelavcem. Številni zdravstveni delavci so izrazili željo po nadaljnjem izobraževanju na tem področju.

Kot snovalke in izvajalke usposabljanja pa ugotavljamo, da je odziv zdravstvenega osebja ne le izpolnil, temveč tudi presegel naša pričakovanja. Pričakovani ni presegel le v številčnosti udeležbe, temveč tudi v izkazanem interesu za teme usposabljanja. Na večini usposabljanj so zdravstveni delavci namreč izrazito zavzeto reagirali na posamezne teme ter aktivno sodelovali pri različnih dejavnostih usposabljanja. Poleg številnih zapisanih komentarjev na evalvacijskih vprašalnikih so udeleženci tudi po končanem usposabljanju angažirano komentirali posamezne vsebine ter izražali svoje predloge.

Tako pozitiven odziv na usposabljanja si lahko razlagamo na več načinov. Zagotovo je k povečanemu interesu za področje migracij prispeval t. i. begunski koridor, skozi katerega je Slovenijo 2015 in 2016 prečkalo večje število beguncev. Čeprav etnične manjšine ter migranti/begunci v Sloveniji živijo že vrsto let, se zdi, da so javne ustanove (med njimi tudi zdravstvene) ter splošna javnost njihovo prisotnost bolje »zaznale« šele ob vzpostavitvi koridorja, zato so teme, povezane z migracijami, postale aktualnejše. Naslednji razlog za pozitiven odziv na usposabljanje verjetno leži v pomanjkanju izobraževanj na področju migracij in zdravstva ter fragmentarnemu interesu za področje medkulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev Slovenije. Kot je bilo že zapisano, so – za razliko od mnogih tujih visokošolskih ustanov – v slovenskih programih medicinskih in zdravstvenih fakultet medkulturne kompetence slabo zastopane, prav tako pa ni opaziti, da bi bilo v te programe vključeni zdravstveni vidiki migracij ali osnove sporazumevanja s tujejezičnimi pacienti. Še težje do znanj in veščin na tem področju dostopajo že zaposleni zdravstveni delavci, ki jim je bilo usposabljanje »Pacient ne govori slovensko!« prvenstveno namenjeno. Poleg teh razlogov si dober odziv na usposabljanje lahko razlagamo tudi s samim potekom in organizacijo usposabljanja. Pri načrtovanju usposabljanja smo želeli k področju migracij in zdravstva pristopiti prek različnih tem in znanstvenih disciplin, zato smo ga zastavili izrazito interdisciplinarno, pri čemer smo poskušali posamezne strokovno-znanstvene pristope ohraniti v sozvočju. K temu je pripomoglo dejstvo, da so predavateljice posameznega vsebinskega sklopa osebe z večletnimi izkušnjami s tega področja. Z organizacijskega vidika je na obisk usposabljanj zagotovo vplivalo dejstvo, da usposabljanja niso potekala le v Ljubljani, temveč v različnih krajih Slovenije, pri čemer smo najvišjo udeležbo zabeležili v kraju, ki je bil najdlje od glavnega mesta – v Murski Soboti. Dodatno motivacijo za udeležbo usposabljanj pa je morda predstavljala odsotnost kotizacije, pridobljene točke ter večjezični priročniki, ki so jih vsi udeleženci usposabljanja dobili brezplačno.

Kljub vsem naštetim pozitivnim vidikom usposabljanja pa je treba poudariti tudi njegovo veliko pomanjkljivost. Glede na to, da je bilo usposabljanje projektno financirano, se je končalo z zaključkom projekta. Zato bi lahko rekli, da to usposabljanje sicer predstavlja dobrodošlo intervencijo, ki pa je zgolj enkratna oziroma kratkoročna, zaradi česar od nje ni mogoče pričakovati večjih ali trajnejših

sprememb na področju zdravstvene obravnave tujejezičnih oseb v Sloveniji. Dejanske spremembe bi lahko pričakovali od izobraževanja, ki bi bilo veliko daljše in bolj poglobljeno. Sklenemo lahko s predlogom, ki so ga zapisali tudi udeleženci usposabljanja: predlagamo, da se teme zdravstvenih vidikov migracij ter sporazumevanja s tujejezičnimi pacienti in, širše, področje medkulturnih kompetenc, vključi v formalno dodiplomsko in podiplomsko izobraževanje in v kontinuiran profesionalni razvoj vseh profilov zdravstvenih delavcev.

Reference

- Beach, Mary Catherine, Eboni G. Price, Tiffany L. Gary, Karen A. Robinson, Aysegul Gozu, Ana Palacio, Carole Smarth, Mollie W. Jenckes, Carolyn Feuerstein, Eric B. Bass, Neil R. Powe in Lisa A. Cooper, 2005: Cultural Competency: A Systemic Review of Health Care Provider Educational Interventions. *Medical Care* 43/4: 356–373.
- Cai, Duan-Ying, 2016: A concept analysis of cultural competence. *International Journal of Nursing Sciences* 3/2016: 268–273.
- Diallo, Anna in Jacqueline M. McGrath, 2013: A Glance at the Future of Cultural Competency in Healthcare. *Newborn & Infant Nursing Reviews* 13/2013: 121–123.
- Farkaš-Lainščak, Jerneja in Uršula Lipovec Čebtron (ur.), 2016: *Standard za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi "ranljivih" skupin in orodje za samoocenjevanje zdravstvenih ustanov*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Good, Byron, 1994: *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gregg, Jessica in Somnath Saha, 2006: Losing culture on the way to competence: The use and misuse of culture in medical education. *Academic Medicine* 81/6: 542–547.
- Kleinman, Arthur in Peter Benson, 2006: Anthropology in the clinic: The problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Medicine* 3/10. 1673–1676.
- Lipovec Čebtron, Uršula, Sara Pistotnik, Jerneja Farkaš-Lainščak, Ivanka Huber, 2018: *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba v Sloveniji*. Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju (v tisku).
- Lipovec Čebtron, Uršula, urednica, 2016. *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba: Priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/prirocnik_kulturne_kompetence_2016.pdf (dostop 25. 7. 2018).
- MICE, 2018: <http://www.vzsce.si/si/projekti/494> (dostop 1. 7. 2018).

- Muaygil, Ruaim A., 2018: From Paternalistic to Patronizing: How Cultural Competence Can Be Ethically Problematic. *HEC Forum* 2018: 13–29.
- Pulido-Fuentes, Monserrat, Luisa Abad González, Maria de Fátima da Silva Vieira Martins, Juan Antonio Flores Martos, 2017: Health competence from a transcultural perspective. Knowing how to approach transcultural care. *Procedia – Social and Behavioral Sciences* 237: 365–372.
- Rotar-Pavlič, Danica, Erika Zelko, Guus Busser, Dimitar Anakiev, Marija Petek Šter, Nataša Hirci, Uršula Čebren Lipovec, Lea Bombač, Sara Pistotnik, Christos Lionis, Elena Petelos, Maria Papadakaki, Enkeleint-Aggelos Mechili, Davorina Petek, Žan Trontelj in Nina Sodja, 2018: *Cultural competences, doctor-patient communication, and minority health: student guidebook*. Summer school program in medical healthcare: University of Ljubljana, Radboud University Medical Center, University of Crete, July 2nd-11th, 2018. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani.

Priloga

Program usposabljanja »Pacient ne govori slovensko!«: izziv za zdravstvene delavce Sloveniji

1. del – interaktivna predavanja: 4h 15min

Dolžina	Vsebina in predavatelji	Način izvajanja
8.30 – 8.40 (10 minut)	Uvodni pozdravi	
8.40 – 9.25 (45 minut)	Osebe, ki ne govorijo slovensko: izzivi za zdravstvo v Sloveniji (doc. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med./dr. Erika Zelko, dr. med./asist. Vesna Homar) <ul style="list-style-type: none"> • mednarodni standardi na področju zdravstvene oskrbe migrantov, beguncev in drugih tujejezičnih oseb, • neenakosti v zdravju in epistemološki podatki na področju migracij v Evropi, • primeri iz terena: zdravstvena obravnava migrantov in beguncev v namestitvenih centrih in zdravstvenih domovih. 	Interaktivno predavanje
9.25 – 10.10 (45 minut)	Predstavitve večjezičnega priročnika za lažje sporazumevanje (mag. Marija Milavec Kapun/Tanja Korošec, dipl. m.s.)	Interaktivno predavanje
10.10 – 10.20 (10 minut)	Odmor	
10.20 – 11.05 (45 minut)	Zakonodajni vidiki zdravstvene obravnave oseb v različnih pravnih statusih (Sara Pistotnik, dipl. etnologije in kult. antropologije) <ul style="list-style-type: none"> • zakonska določila za osebe v različnih pravnih statusih, • zakonske ovire v dostopu do sistema zdravstvenega varstva, • praktične ovire in problem informiranosti o zdravstvenih pravicah. 	Interaktivno predavanje
11.05 – 11.50 (45 minut)	Medkulturni nesporazumi in kako jih reševati? (doc. dr. Uršula Lipovec Čebtron) <ul style="list-style-type: none"> • razlogi za kulturne nesporazume v klinični praksi, • preseganje predsodkov, stereotipov in ksenofobije, • prednosti kulturno kompetentne zdravstvene obravnave. 	Interaktivno predavanje
11.50 – 12.00 (10 minut)	Odmor	

12.00 – 12.45 (45 minut)	Jezik v klinični praksi (red.prof.dr. Nike Kocijančič Pokorn/doc.dr.Nataša Hirci/doc.dr. Tamara Mikolič Južnič) <ul style="list-style-type: none"> • jezikovni nesporazumi in kako jih reševati, • prednosti kakovostnega sodelovanja s tolmačem in medkulturnim mediatorjem. 	Interaktivno predavanje
12.45 – 13.15 (30 minut)	Odmor	

2.del – delavnice: 2h 10min (vsak udeleženec se udeleži obeh delavnic)

Trajanje	Vsebina in izvajalci	Način izvajanja
13.15–14.15 (60 minut)	Scenariji za zdravstveno obravnavo oseb, ki ne govorijo slovenskega jezika ter praktična uporaba večjezičnega priročnika (red. prof. dr. Nike Kocijančič Pokorn/doc. dr. Nataša Hirci/doc. dr. Tamara Mikolič Južnič/mag. Marija Milavec Kapun/Tanja Korošec, dipl. m.s.)	Delavnica
14.15–14.25 (10 minut)	Odmor	
14.25–15.25 (60 minut)	Razvijanje kulturno kompetentne zdravstvene oskrbe za osebe v različnih pravnih statusih (doc. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med/dr. Erika Zelko, dr. med./asist. Vesna Homar/doc. dr. Uršula Lipovec Čebren/Sara Pistotnik, dipl. etnologije in kult. antropologije/mag. Ajda Jelenc)	Delavnica
15.25–15.30 (5 minut)	Evalvacija usposabljanja (ob koncu obeh delavnic)	

Študija uporabnosti *Večjezičnega priročnika* za lažje sporazumevanje v zdravstvu

*Nike K. Pokorn, Nataša Hirci, Erika Zelko,
Marija Milavec Kapun, Tanja Korošec,
Simona Jazbinšek, Tamara Mikolič Južnič*

Izvleček

V poglavju predstavljamo rezultate študije uporabnosti *Večjezičnega priročnika za lažje sporazumevanje v zdravstvu*. V poglavju najprej predstavimo izvedbo igre vlog in simulacij uporabe *Priročnika* pri nujenju zdravstvene oskrbe, ki smo jih izvedli v okviru izobraževanj, povezanih z izdajo *Priročnikov*, in v katerih je bilo udeleženih 450 zdravstvenih delavcev¹. Potem predstavimo rezultate analize polstrukturiranih opazovalnih listov 225 zdravstvenih delavcev, ki so opazovali in komentirali simulacije in igre vlog. Te podatke nadalje dopolnimo z analizo odgovorov na spletno anketo, na katero so odgovorili 203 zdravstveni delavci po nekajmesečni rabi *Priročnikov* v svoji praksi. Rezultati kažejo, da je sicer večina zdravstvenih delavcev (tako tistih, ki so *Priročnik* uporabili v simulacijah, kot tisti, ki so ga uporabili pri svojem delu) s *Priročnikom* zadovoljna, vendar pa ugotavlja, da raba *Priročnika* deloma odvzema pozornost od sogovornika in da je *Priročnik* uporaben predvsem pri osnovnih stikih z uporabniki zdravstvenih storitev. Uporabniki predlagajo, da bi se *Priročnike* prevedlo še v druge jezike ter da bi se odsotnost glasu pri rabi *Priročnika* nadomestila z nadgradnjo *Priročnika* v digitalno obliko, ki bi bila podprta z glasovnim materialom.

¹ Moške oblike so uporabljene generično in veljajo za vse spole. Edina izjema je izraz *medicinska sestra*, ki je prav tako rabljen generično in velja za vse spole.

1 UVOD

V tem poglavju se posvečamo uporabnosti *Večjezičnih priročnikov za lažje sporazumevanje v zdravstvu* (v nadaljevanju *Priročniki*). Želeli smo namreč ugotoviti, v kolikšni meri so *Priročniki*, ki so nastali v okviru našega projekta, in ostali podobni priročniki dejansko uporabni pri vzpostavljanju kvalitetne komunikacije med zdravstvenimi delavci in uporabniki zdravstvenih storitev, ki ne razumejo ne dominantnega jezika okolja (v našem primeru slovenščine) ne prevladujočih splošnosporazumevalnih jezikov (t. i. *lingue francae*) okolja (v Sloveniji angleščine ali srbščine, hrvaščine, bosanščine, črnogorščine). Osnovna teza, iz katere smo izhajali pri oblikovanju raziskave, je, da so večjezični priročniki v zdravstvu le delno uporabni, ker pisna oblika priročnika ovira prisotnost izražanja z glasom in ohranjanje očesnega stika med zdravstvenim delavcem in uporabnikom zdravstvenih storitev in s tem onemogoča vzpostavitev v bolnika usmerjene komunikacije in posledično obravnave, ki postavlja posameznika v središče zdravstvene oskrbe. Omejeni izbor vprašanj in odgovorov v *Priročnikih* pa tudi dovoljuje le najosnovnejšo oskrbo bolnika in ne zadostuje pri obravnavi kompleksnejših problemov.

Poglavje je razdeljeno na šest sklopov: po uvodu v drugem sklopu določimo osnovne pojme in standarde, ki določajo, kakšna naj bi bila kvalitetna obravnava bolnika v zdravstvenem okolju. V tem sklopu tudi pregledamo strokovno-znanstveno literaturo, ki poroča o rabi podobnih priročnikov v zdravstvenem okolju. V tretjem sklopu predstavimo metodološki pristop, ki smo ga uporabili v študiji uporabnosti, v četrtem sklopu predstavimo rezultate delavnice, v kateri smo prek igre vlog in simulacij raziskovali uporabo priročnika, v petem pa opišemo in podamo rezultate spletne ankete, na katero so odgovarjali zdravstveni delavci, ki so uporabili *Priročnike* pri svojem delu. Zaključke raziskave podamo v šestem sklopu, v katerem tudi razkrijemo omejitve izbranega pristopa in predlagamo možnosti nadaljnjih raziskav.

2 OSNOVNI POJMI IN PREGLED LITERATURE

Številne države nudijo zdravstvenim delavcem, ki se srečujejo z uporabniki zdravstvenih storitev, ki ne razumejo dominantnega jezika okolja, dvojezične brošure in priročnike v različnih jezikovnih kombinacijah. Daljšo tradicijo izoblikovanja takšnih priročnikov imajo večkulturne države, kot so ZDA (gl. npr. priročnike na spletni strani MedlinePlus²), Kanada (gl. npr. priročnike na spletni strani

2 <https://medlineplus.gov/languages/languages.html> (dostop 6. 5. 2018).

HealthLinkBC³) in Avstralija, kjer na primer v eni izmed zveznih držav Avstralije, v Novem Južnem Walesu, podajajo osnovne informacije o različnih področjih zdravstvene oskrbe kar v 61 jezikih⁴. Take priročnike poznajo tudi tiste evropske države, ki se že več let srečujejo z večjim številom migrantov, kot so na primer Velika Britanija, kjer je britanski Rdeči križ izdal brošure v 37 jezikih⁵, ali Francija, kjer je javna zdravstvena služba izdala priročnike v 22 jezikih, ki podajajo migrantom osnovne informacije o zdravstveni oskrbi in zdravem življenju.⁶ V zadnjem desetletju se tudi druge evropske države srečujejo z večjim pritokom migrantov, ki prihajajo iz raznolikih jezikovnih okolij in kultur, tako sedaj najdemo priročnike za zdravstvene delavce, ki stopajo v stik z migranti, ki ne govorijo in razumejo jezika države gostiteljice, v Nemčiji (npr. *TipDoc*⁷, ki podaja osnovne informacije v 9 jezikih), Italiji (npr. *InformaSalute* v 7 jezikih⁸) in na Irskem (*Emergency Multilingual Aid* v 21 jezikih⁹). Evropska unija pa je tudi financirala projekte, kot je bil na primer projekt *Take Care*¹⁰, v okviru katerega so se izoblikovale brošure za osnovno jezikovno pomoč v zdravstvu v 17 jezikih. Nekateri izmed teh priročnikov pokrivajo več področij zdravstvene oskrbe (npr. irski *Emergency Multilingual Aid*), drugi se osredotočajo le na posamezno področje (npr. nemški priročniki za zobozdravstvo¹¹).

Kljub razširjenosti takšnih priročnikov pa se zdi, da strokovnih člankov o uporabi teh priročnikov ni. Izjema je članek avtorjev Nicolai, Fuchs in Mutius (2015), v katerem avtorji opisujejo medicinsko oskrbo beguncev na Münchenski železniški postaji ob prihodu največje skupine migrantov v Nemčijo avgusta in septembra 2015. Avtorji v članku opišejo postopek sprejema beguncev na postaji, kjer so jih na hitro pregledali z namenom, da izločijo bolnike z urgentnimi težavami ali potencialno nalezljivimi boleznimi. Čeprav se osredotočajo predvsem na zdravstvene težave, ki so jih imeli begunci ob prihodu v Nemčijo, avtorji tudi priznajo, da so bile težave pri vzpostavljanju komunikacije ena najresnejših težav ob sprejemu prosilcev za mednarodno zaščito. Tolmači, ki so jim bili na voljo na terenu, namreč niso razumeli številnih dialektov, ki so jih govorili posamezni begunci. Na koncu zgolj v enem stavku dodajo, da so bolnišnice in urgence, ki so sprejele bolnike z zdravstvenimi težavami, ki so jih odkrili ob uvodnem pregledu na

3 <https://www.healthlinkbc.ca/services-and-resources/translated-resources> (dostop 6. 5. 2018).

4 <http://www.mhcs.health.nsw.gov.au/publicationsandresources/resources/publicationsandresources/resources-by-language> (dostop 6. 5. 2018).

5 http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130105192116/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4073230 (dostop 6. 5. 2018).

6 <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/resultatsTPSP.asp> (dostop 6. 5. 2018).

7 <http://www.setzer-verlag.com/> (dostop 6. 5. 2018).

8 http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_5_1.jsp?id=118 (dostop 6. 5. 2018).

9 <https://www.hse.ie/eng/services/publications/socialinclusion/ema.html> (dostop 6. 5. 2018).

10 <http://www.takecareproject.eu/> (dostop 6. 5. 2018).

11 <https://www.kzvb.de/zahnarztpraxis/asyl/> (dostop 6. 5. 2018).

postaji, uporabile piktograme in kartice s simboli, ki so jim bili v veliko pomoč pri razlagi simptomov in diagnostičnih posegov, pri jemanju anamneze in pri predpisovanju receptov (ibid.: 1594)¹². Vendar pa teh ugotovitev ne podkrepijo z analizo ali natančnejšo pojasnitvijo, kako so ugotovili, do kolikšne mere so bili ti piktogrami in kartice s simboli dejansko učinkovite. Drugih poročil ali študij uporabnosti večjezičnih pripomočkov za zdravstvene delavce, ki nudijo pomoč migrantom, nismo zasledili.

Če so Nicolai et al. (2015) pozitivno poročali o rabi piktogramov pri urgentni obravnavi bolnikov, se vseeno zastavlja vprašanje, v kolikšni meri je podobna pomoč učinkovita pri ambulantni in bolnišnični oskrbi bolnika. Pri obravnavi bolnika namreč zdravstveno osebje sledi smernicam, ki priporočajo v bolnika usmerjeno oskrbo, tj. obravnavo, ki postavlja posameznika v središče zdravstvene oskrbe (Institute of Medicine 2001). Pri takšni obravnavi bolnik postane partner v dualnem odnosu in soodločevalec v načrtovanju ter izvedbi terapevtskih ukrepov (Newell in Jordan 2015). Če bolnik namreč ni postavljen v središče obravnave, to negativno vpliva tudi na svojce in njihovo zaupanje v zdravstvene institucije, kjer poteka zdravljenje (Langewitz et al. 1998, Wellard et al. 2003, Maurer et al. 2012). V bolnika usmerjeno obravnavo pa lahko omogočimo le, če zagotovimo v bolnika usmerjeno komunikacijo, to pomeni komunikacijo, ki bolnika spodbuja k sodelovanju in dogovarjanju v procesu soodločanja o lastni zdravstveni oskrbi (McCabe 2004, Langewitz et al. 1998, Wellard et al. 2003).

Raziskave kažejo, da uspešna in učinkovita komunikacija pozitivno vpliva na dobro počutje bolnikov in omogoča varno zdravstveno oskrbo (Fleisher et al. 2009). Del uspešne komunikacije z bolnikom predstavlja tudi nebesedna komunikacija, v katero uvrščamo parajezik (barva in ton glasu, tekočnost govora), govorico telesa (proksemiko, mimiko in gestiko), ustrezno usmerjenost pogleda, dotik, obleko ipd. (Selič 2016). Glede očesnega stika raziskovalci priporočajo, naj imata zdravstveni delavec in uporabnik zdravstvenih storitev oči na približno isti ravni, da lahko ohranjata očesni stik skozi celotni pogovor (Berman in Chutka 2016, Rahman in Tasnim 2007). Številne študije namreč poročajo o tem, da v primeru, da zdravstveni delavci uporabljajo papir ali računalnik za beleženje podatkov pri obravnavi bolnika, to pogosto vodi do tega, da izgubijo očesni stik z bolnikom. To pa nadalje vodi k temu, da se zdravstveni delavci redkeje posvetijo psihosocialnim vidikom bolnikove bolezni, bolniki redkeje razkrijejo emocionalno plat svojih težav in povedo manj podrobnosti o svoji bolezni (Makoul et al. 2001, Margalit et al. 2006, Greatbatch et al. 1995, Duggan in Parrott 2001).

12 »Hospitals and emergency departments caring for patients with medical problems identified through screening found the use of pictorial and symbol cards useful in explaining symptoms and diagnostic procedures, establishing medical histories, and giving prescriptions.«

Čeprav obstajajo pomembne razlike glede usmerjenosti pogleda med zahodnimi in azijskimi kulturami (prim. npr. Watson 1970, Bond in Komai 1976), katere govorniki usmerjajo pogled praviloma v višino vratu (Elzinga 1978), se je treba zavedati, da pri večini drugih kultur, tudi zahodni, velja ohranjanje očesnega stika s sogovorncem za vljudno (Hall 1974, LaFrance in Majo 1978, gl. tudi Pokorn et al. 2013). Raziskave so namreč pokazale, da so bolniki zadovoljnejši, če jih zdravnik večkrat pogleda in z njimi ohranja očesni stik (Selič 2016: 18). Pri študiji uporabnosti *Priročnika* smo se zato še posebej posvetili vprašanju, v kolikšni meri bi preusmerjanje pogleda na *Priročnik* med obravnavo bolnika lahko povzročalo težave pri vzpostavitvi ustrezne komunikacije med zdravstvenim delavcem in uporabnikom zdravstvenih storitev.

3 METODOLOGIJA

V študiji uporabnosti smo uporabili dva pristopa: spletno anketo, sestavljeno iz petnajstih vprašanj, ki smo jo poslali zdravstvenim delavcem po nekajmesečni rabi *Priročnika* v klinični praksi, in raziskovalni tehniki igra vlog in simulacija, ki sta nam služili tudi kot metoda izkustvenega učenja pri delavnicah, ki smo jih izvajali v okviru izobraževanja zdravstvenih delavcev, ki so jim *Priročniki* namenjeni. Pri igri vlog udeleženci prevzamejo identiteto nekoga drugega in odigrajo v situaciji kar se da resnično vlogo osebe, ki jih je bila dodeljena (Yardley-Matwiejczuk 1997, Robinson 2004, Nestel in Tierney 2007, Yu in Kang 2017). Kot oblika izkustvenega učenja je igra vlog namenjena temu, da se posamezniki pripravijo na prihodnje delo in izboljšajo svoje sposobnosti, ki so potrebne za izvajanje specifičnih nalog. Pri simulaciji pa udeleženci v namišljeni situaciji ravnajo tako, kot bi ravnali pri svojem delu (Rupnik Vec et al. 2003). V naši raziskavi so bili udeleženci delavnice na usposabljanjih razdeljeni v skupine po štiri. Vsaka skupina je prejela en izvod *Priročnika*. V skupini so člani izbirali med štirimi vlogami: eden je prevzel vlogo uporabnika zdravstvenih storitev, ki ne razume slovensko, drugi je ohranil svojo identiteto in v predstavljeni situaciji odigral tako, kot bi ravnal pri svojem delu v zdravstveni ustanovi. Udeleženec, ki je igral vlogo uporabnika zdravstvenih storitev, je bil pisno seznanjen z opisom bolezenskega stanja ali težave, zaradi katere je poiskal pomoč zdravstvenega delavca (podrobneje so ti scenariji razloženi v naslednjem razdelku). Tretji udeleženec je ob pomoči vprašalnika opazoval in pisno komentiral obnašanje in ravnanje »uporabnika« storitev, četrti pa je ob pomoči vprašalnika opazoval in pisno komentiral obnašanje in ravnanje zdravstvenega delavca.

4 TESTIRANJE UPORABNOSTI PREK SIMULACIJE IN IGRE VLOG MED IZOBRAŽEVANJEM

Za testiranje uporabnosti *Priročnikov* je bilo pripravljenih 20 različnih scenarijev, ki so vključevali opise realnih situacij v službah za zdravstveno varstvo žensk, predšolskih otrok, ambulate družinske medicine, ambulate nujne medicinske pomoči, zobozdravstvene ambulate ter patronažnega zdravstvenega varstva. Pred pričetkom posameznega izobraževanja smo glede na seznam prijavljenih strokovnjakov vključili in izpostavili primere, ki so vključevali scenarije z njihovega strokovnega področja zdravstvene obravnave bolnikov (npr. scenarije smo izbrali glede na to, ali se je delavnic udeležilo večje število delovnih terapevtov, babic, fizioterapevtov, radioloških tehnologov oz. zdravnikov ali zobozdravnikov različnih specializacij). Scenarije, ki so udeležence usmerjali na zaznavanje in razumevanje kulturnih razlik, sta oblikovali dve medicinski sestri. V želji, da bi scenariji čim bolj zvesto odražali realno situacijo, sta za ta namen prilagodili in anonimizirali primere iz prakse. Spodaj navajamo dva primera: prvi je primer s področja zdravstvenega varstva žensk, drugi pa primer obravnave bolnika v ambulanti družinske medicine:

V ginekološko ambulanto pride 22 let stara, poročena uporabnica zdravstvenih storitev brez otrok, ki govori le arabsko. Pred 1 mesecem je prišla v Slovenijo in se pridružila možu. Že od včeraj močno krvavi iz nožnice in se slabo počuti. Ne jemlje kontracepcije, zanima jo, ali lahko dobi kontracepcijo brez vednosti moža in kakšna je cena.

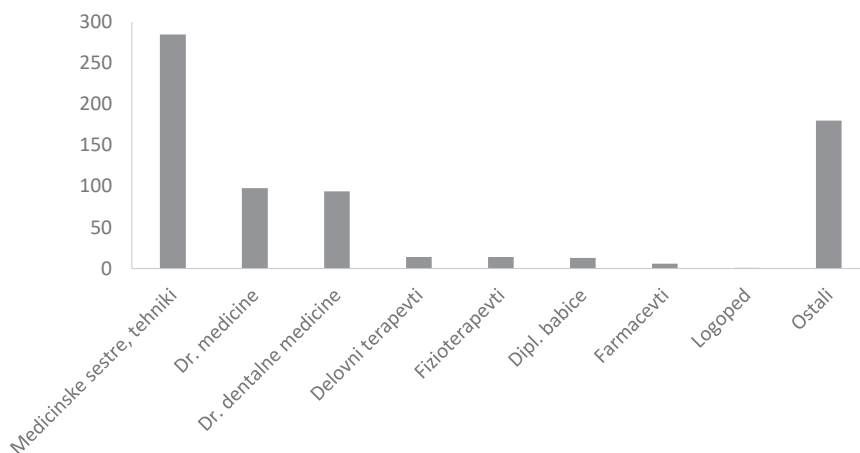
V ambulanto pride rusko govoreča bolnica Katjuša, ki je v Slovenijo prišla pred kratkim z možem, ki dela na ruskem veleposlaništvu. Potrebuje zdravniško pomoč, saj se slabo počuti, težko diha, ima povišano telesno temperaturo in kašlja z gnojnim izpljunkom.

Scenariji so bili opisani na listih in vstavljeni v kuverte, na katerih je bilo označeno področje oziroma zdravstvena dejavnost (npr. ambulanta družinske medicine, patronažno zdravstveno varstvo, zobozdravstvena ambulanta ipd.), v kateri se srečujejo z zdravstveno problematiko, ki jo je opisoval scenarij. Udeleženci izobraževanja, ki so bili v vlogi zdravstvenih delavcev, so lahko sami izbrali področje zdravstvene oskrbe in so se običajno določili za področje, v katerem so tudi sami delovali. Nato se je udeleženec, ki je prevzel vlogo bolnika, seznanil z vsebino kuverte. Scenariji so vsebovali opis zdravstvenih težav bolnika in zdravstveno storitev, ki jo je želel in pričakoval uporabnik zdravstvenih storitev. Udeleženca, ki sta prevzela vlogi zdravstvenega delavca in uporabnika zdravstvenih storitev, sta bila naprošena, naj ne uporabljata slovenščine ali pa kakega drugega jezika (npr. angleškega), ki bi ga lahko drugi udeleženec razumel, temveč naj vzpostavita komunikacijo zgolj s pomočjo *Priročnika*. Kot je bilo že omenjeno, sta bila v vsaki skupini še dva opozovalca, ki sta na predpripravljeni vprašalnik beležila svoja

opazovanja: prvi je opazoval udeleženca, ki je prevzel vlogo uporabnika zdravstvenih storitev, drugi pa tistega, ki je prevzel vlogo zdravstvenega delavca.

4.1 Populacija

Usposabljanj, ki so bila organizirana po vsej Sloveniji (ta so podrobneje predstavljena v poglavju »Usposabljanje zdravstvenih delavcev kot korak h bolj kakovosti zdravstveni obravnavi oseb iz drugih jezikovnih in kulturnih okolij«), se je na 14 izobraževanjih udeležilo skupno 708 oseb, njihovo zaposlitveno strukturo oz. profile pa najdemo na Sliki 1.¹³



Slika 1: Število udeležencev izobraževanj o uporabi *Privočnika* po osnovnih poklicih

Delavnic se je udeležilo 450 oseb, tj. 64 % vseh udeležencev izobraževanj. Opazovalcev udeležencev igre vlog in simulacije, ki so izpolnili anketne liste, je bilo skupno 225, od tega jih je 112 opazovalo tiste udeležence, ki so prevzeli vlogo zdravstvenega delavca (v nadaljevanju na kratko zdravstveni delavci), 113 pa tiste, ki so prevzeli vlogo uporabnika zdravstvenih storitev (v nadaljevanju uporabniki).

Izvajalke delavnic smo vnaprej pripravile opazovalne anketne liste, na katerih je bilo 9 vprašanj polodprtega tipa, ki so omogočala dodajanje komentarjev. Deseto

¹³ V kategoriji »Medicinske sestre, tehniki« so vključeni diplomirane medicinske sestre, višje medicinske sestre, srednje medicinske sestre, tehniki, zobni asistenti in magistri zdravstvene nege. Kategorija »Ostali« vsebuje zdravstvene delavce, ki v zdravstvu opravljajo različne druge poklice (administratorje, inženirje radiologije, dietetike, sanitarne inženirje, laboratorijske tehnike, socialne delavce), študente različnih fakultet (zlasti Zdravstvene fakultete, Medicinske fakultete in Fakultete za socialno delo), pa tudi nekaj takih, ki se glede izobrazbe/poklica niso želeli opredeliti.

vprašanje je bilo odprtega tipa in je brez dodatnih usmeritev naprosalo udeležence, naj podajo še kakršne koli komentarje uporabnosti *Priročnika*. Vprašanja na listu za uporabnika zdravstvenih storitev so zrcalila vprašanja na listu za zdravstvenega delavca. Spodaj navajamo vprašanja za opazovanje zdravstvenega delavca, pri vprašanjih za opazovanje uporabnika zdravstvenih storitev je bil izraz »zdravstveni delavec« zamenjan z izrazom »uporabnik zdravstvenih storitev«:

1. Ali se je zdravstveni delavec znašel pri uporabi *Priročnika*?
2. Ali je zdravstveni delavec hitro našel odgovore na vprašanja, ki jih je želel posredovati uporabniku zdravstvenih storitev? Komentirajte učinkovito izrabo časa.
3. Kakšno je čustveno stanje zdravstvenega delavca ob pogovoru z uporabnikom zdravstvenih storitev s pomočjo *Priročnika*?
4. Ali je uporaba priročnika dodatno vznemirjala udeležence v pogovoru? Opišite.
5. Ali je zdravstveni delavec želel izraziti več, kot mu to omogoča priročnik?
6. Če da, kako se je poskušal izraziti?
7. Ali je zdravstveni delavec ohranjal očesni stik eden z uporabnikom zdravstvenih storitev?
8. Ali je bil zdravstveni delavec osredotočen na priročnik?
9. Je format *Priročnika* ustrezen ali ni ustrezen?
10. Dodatne opombe in opažanja.

Ker nekateri izmed opazovalcev niso odgovorili na vsa vprašanja, v Tabeli 1 podajamo število odgovorov na posamezno vprašanje, in sicer posebej za opazovanje zdravstvenega delavca in za uporabnika zdravstvenih storitev, razen ko taka delitev ni smiselna oz. potrebna. Opazovalci so poleg odgovora da/ne lahko podali tudi dodatne komentarje v zvezi z dogajanjem med igro vlog, ki jih povzemamo v analizi odgovorov na posamezna vprašanja.

Nižje število odgovorov pri 6. vprašanju 6 ($n = 53$) je posledica dejstva, da se to vprašanje veže na 5. vprašanje, kar pomeni, da so nanj odgovarjali predvsem tisti, ki so na 5. vprašanje odgovorili z »da«. Število odgovorov pri 4. vprašanju ($n = 96$) pa je nižje zato, ker so nekateri anketiranci odgovor na to vprašanje vključili kar v svoj odgovor na 3. vprašanje in posledično pustili odgovor na 4. vprašanje prazen.

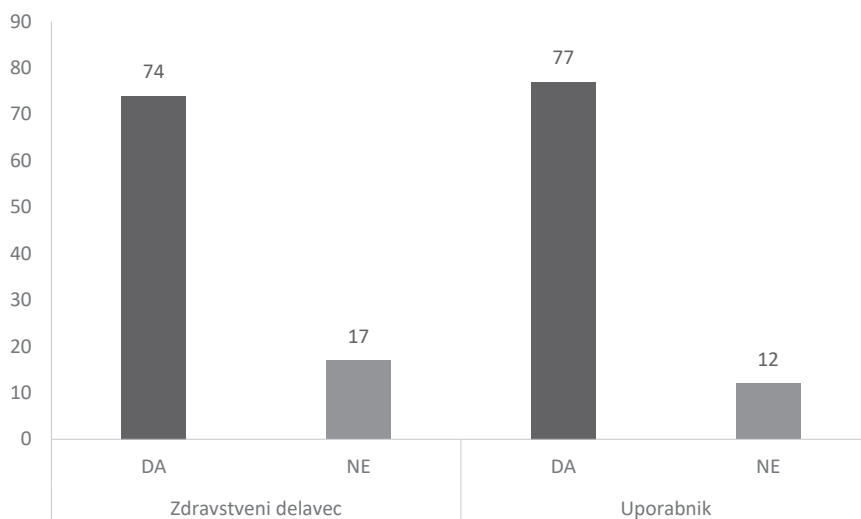
Rezultati ankete so v nadaljevanju predstavljeni s tabelami, v katerih so skupaj podani odgovori opazovalcev zdravstvenih delavcev in uporabnikov zdravstvenih storitev. Tabelam sledijo kratki komentarji.

Tabela 1: Število odgovorov na posamezno vprašanje v anketah

Zap. št. vprašanja	Število odgovorov na vprašanje		
	Zdr. delavec	Uporabnik zdr. storitev	Vsi
1	89	91	180
2	75	76	151
3	75	79	154
4	50	46	96
5	79	87	166
6	27	26	53
7	66	79	145
8	59	51	110
9	67	55	122

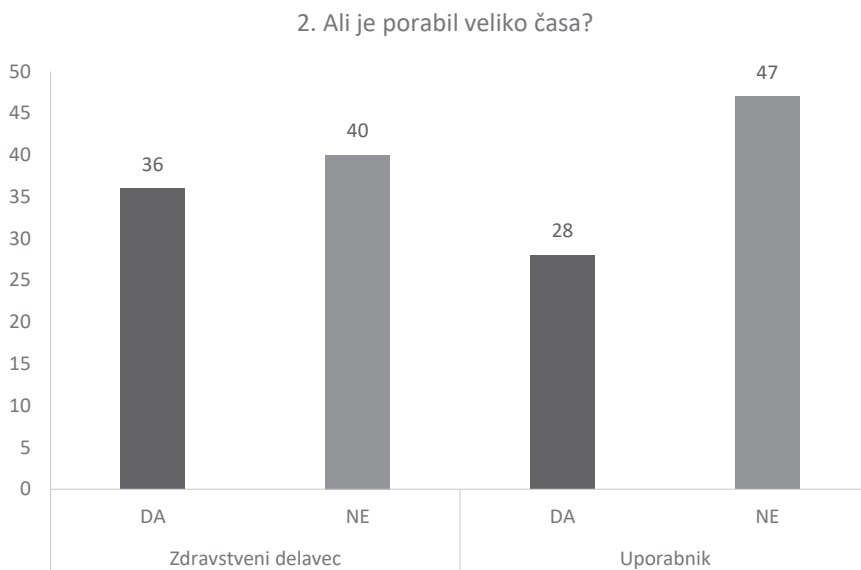
4.2 REZULTATI

1. Ali se je zdravstveni delavec/uporabnik znašel?



Slika 2: Število odgovorov na vprašanje »Ali se je zdravstveni delavec oz. uporabnik znašel pri rabi *Privočnika?*«

Na vprašanje o tem, kako so se zdravstveni delavci znašli pri rabi *Priročnika* (gl. Sliko 2), je kar 74 (prek 80 %) respondentov odgovorilo, da so se dobro znašli, le 17 jih je odgovorilo, da so na začetku imeli nekaj težav. Zdravstveni delavci so v komentarjih poudarili, da struktura *Priročnika* sledi ustaljenim standardom sprejema in obravnave bolnika, zato jim uporaba ni predstavljala večjih težav. Podobno velja za uporabnike zdravstvenih storitev, saj je 77 opazovalcev poročalo, da so se uporabniki dobro znašli pri rabi *Priročnika*, le manjši delež (13 % oz. 12 opazovalcev) jih ni bilo tega mnenja.

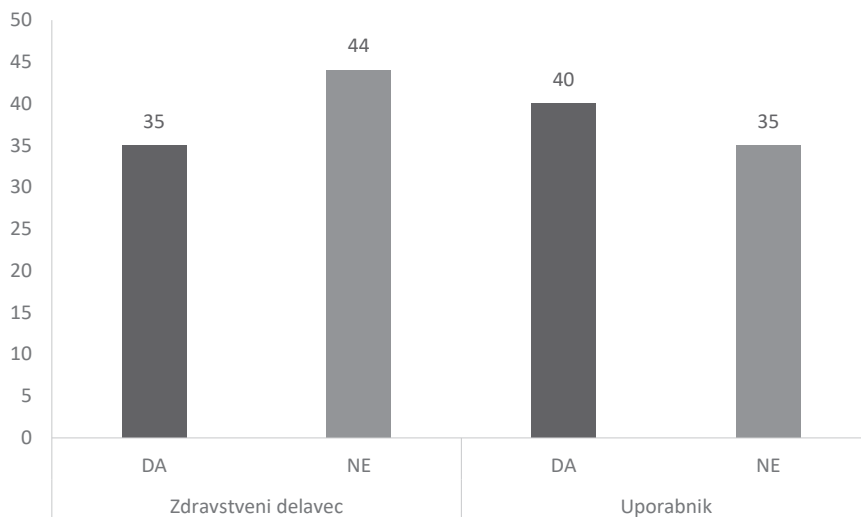


Slika 3: Število odgovorov na vprašanje »Ali se je zdravstveni delavec oz. uporabnik porabil veliko časa pri rabi *Priročnika*?«

Kljub temu da struktura *Priročnika* uporabnikom ni predstavljala večjih težav, pa so v skoraj polovici primerov opazovalci zdravstvenih delavcev ocenili, da so slednji zaradi uporabe *Priročnika* rabili več časa za pregled (gl. Sliko 3). To nakazuje, da je raba *Priročnika* v nezanemarljivi meri vplivala na samo trajanje pregleda. Opazovalci uporabnikov zdravstvenih storitev so podobno opazili v dobri tretjini primerov ($n = 28$), kar je sicer nekoliko manj pogosto kot pri zdravstvenih delavcih, je pa časovni dejavnik vendarle tudi tukaj bistveno bolj izpostavljen, kot bi lahko sklepali glede na odgovore v zvezi s tem, kako so se znašli pri uporabi *Priročnika*. V dodatnih komentarjih so opazovalci zdravstvenih delavcev kar 25-krat navedli, da bi bilo za učinkovitejšo uporabo treba *Priročnik* najprej dodobra spoznati še pred samim pregledom, torej brez prisotnosti bolnika, oz. da bi po nekajkratni uporabi situacija verjetno bila

precej drugačna, saj bi ob redni rabi *Priročnika* komunikacija s bolnikom postala bistveno hitrejša (npr. »Vaja dela mojstra.«). Podobno so razmišljali tudi opazovalci uporabnikov zdravstvenih storitev: 19 jih je bilo mnenja, da bi po nekajkratni uporabi bili rezultati drugačni oz. da bi stvari tekle bolj gladko. Dva komentatorja sta celo dodala, da bi bilo v realnosti komunikacijo še težje vzpostaviti.

3. Ali je bil zdravstveni delavec/uporabnik čustveno vznemirjen?

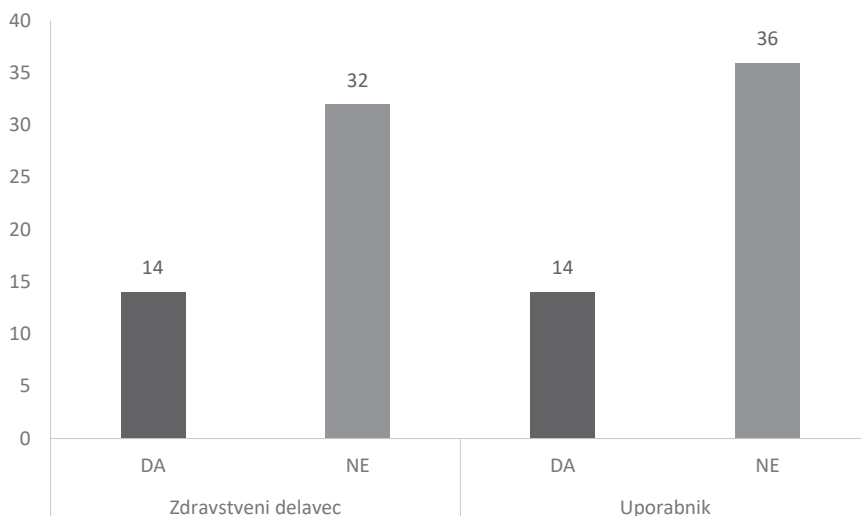


Slika 4: Število odgovorov na vprašanje »Ali je bil zdravstveni delavec oz. uporabnik pri rabi *Priročnika* čustveno vznemirjen?«

V nadaljevanju nas je zanimalo, ali je uporaba *Priročnika* vnašala vznemirjenost v interakcijo med zdravstvenim delavcem in uporabnikom zdravstvenih storitev (gl. Slika 4), saj smo želeli ugotoviti, ali se bodo udeleženci vživeli v igro vlog. Približno polovica opazovalcev v obeh skupinah (45 % opazovalcev zdravstvenih delavcev in 52 % opazovalcev uporabnikov zdravstvenih storitev) je poročala o tem, da sta bila udeleženca čustveno vznemirjena pri pregledu, pri čemer se vznemirjenost pogosteje pojavlja pri uporabnikih zdravstvenih storitev, kar je razumljivo, saj so bili ti soočeni s težjo nalogo opisa svoje zdravstvene težave zdravstvenemu delavcu.

Na izrecno vprašanje, ali je priročnik vnesel dodatno vznemirjenje, so opazovalci ocenili, da je bilo zaradi rabe *Priročnika* dodatno vznemirjenih 32 % zdravstvenih delavcev oz. 30 % uporabnikov zdravstvenih storitev (gl. Slika 5). Večina opazovalcev pa je ugotavljala, da raba *Priročnika* ni vnašala dodatnega vznemirjenja v

4. Ali je bil dodatno vznemirjen zaradi rabe priročnika?

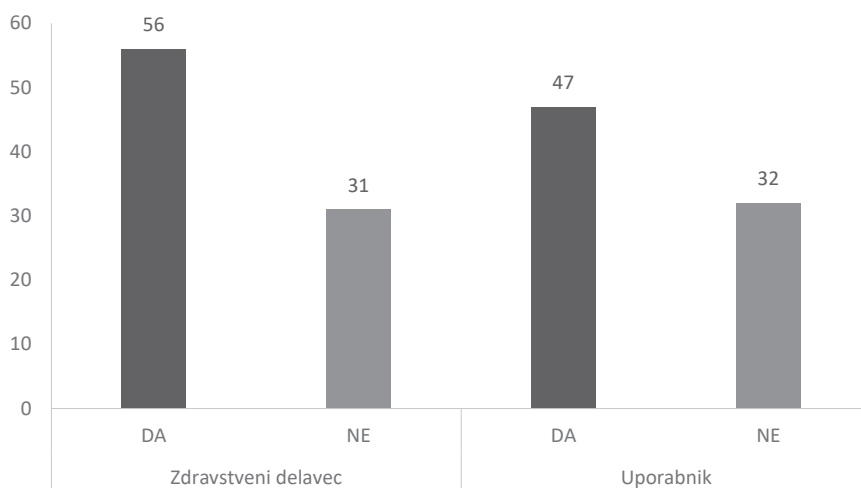


Slika 5: Število odgovorov na vprašanje »Ali je bil zdravstveni delavec oz. uporabnik dodatno vznemirjen zaradi rabe *Priročnika*?«

komunikacijo med zdravstvenim delavcem in uporabnikom zdravstvenih storitev. Štirje opazovalci uporabnikov zdravstvenih storitev in pet opazovalcev zdravstvenih delavcev so v svojih komentarjih izpostavili, da je prisotnost *Priročnika* delovala celo pozitivno in pomirjujoče, saj je priročnik omogočal, da je komunikacija sploh lahko potekala. Uporabniki zdravstvenih storitev (oz. tisti, ki so se na podlagi lastnih izkušenj vživeli v njihovo vlogo) so *Priročnik* dojemali kot pomoč, tj. kot pomagalo pri tem, da so vsaj na neki osnovni ravni lahko izrazili svoje zdravstvene težave in bili razumljeni kljub temu, da zdravstveno osebje ni govorilo njihovega jezika. Opazovalci uporabnikov zdravstvenih storitev so v petih komentarjih poročali, da je *Priročnik* koristen, ker z njegovo pomočjo lahko ugotovijo vsaj področje, na katerem so težave, četudi je pogosto (kot smo poročali pri analizi odgovorov na 2. vprašanje) potreben dodaten čas, da najdejo ustrezne informacije. Po drugi strani pa so štirje opazovalci zdravstvenih delavcev komentirali, da s pomočjo *Priročnika* bolniku ni mogoče razložiti diagnoze (prim. tudi nadaljevanje).

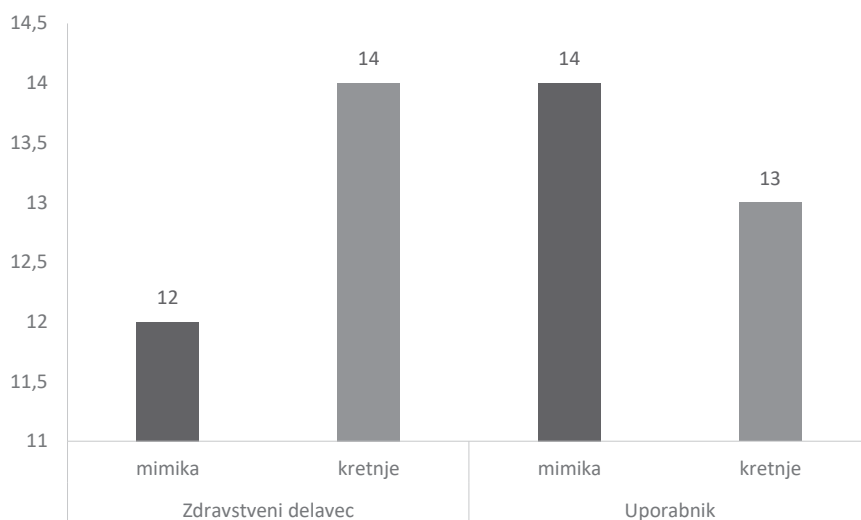
Obe skupini opazovalcev sta poročali o tem, da so udeleženci v igri vlog skušali izraziti več, kot jim to omogoča *Priročnik* (od tega 64 % zdravstvenih delavcev in 60 % uporabnikov zdravstvenih storitev) (gl. Sliko 6). Skladno z odgovori na prejšnje vprašanje tudi tukaj opazovalci v dveh primerih komentirajo, da je *Priročnik* uporaben zgolj kot osnovno pomagalo in nikakor ne kot glavno oz.

5. Ali je zdravstveni delavec/uporabnik želel izraziti več, kot mu omogoča priročnik?



Slika 6: Število odgovorov na vprašanje »Ali je zdravstveni delavec oz. uporabnik želel izraziti več, kot mu je to omogočal *Priročnik*?«

6. Kako se je skušal izraziti?

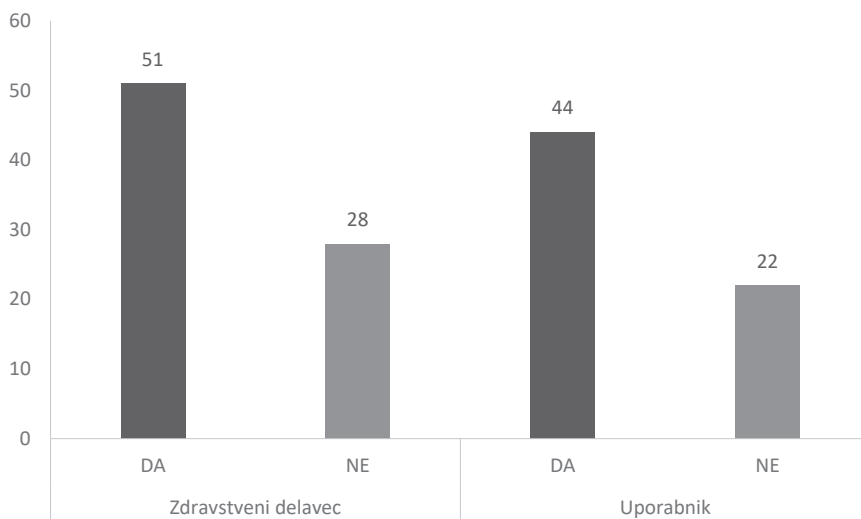


Slika 7: Število odgovorov na vprašanje »Kako se je zdravstveni delavec oz. uporabnik izražal?«

zadostno sredstvo sporazumevanja med posamezniki, ki ne govorijo skupnega jezika (npr. »Manjka del, ki omogoča pacientu boljše, bolj fleksibilno opisovanje. Zdravnik se bo le tako znašel, ko dobi dobre informacije od bolnika.« »Ne da se razložiti pacientu, kaj mu je.«). Pogosto opazovalci tudi omenjajo, da v *Priročniku* pogrešajo določene vsebine, ki jih zato ne morejo izraziti (npr. diagnoze, specifične posege ali procedure, kot sta ekstrakcija zoba ali merjenje krvnega sladkorja, nekateri simptomi): takega mnenja je 12 opazovalcev uporabnikov zdravstvenih storitev in 8 opazovalcev zdravstvenih delavcev.

V primerih, ko s *Priročnikom* niso mogli izraziti želenega, so si zdravstveni delavci oz. uporabniki pomagali predvsem z mimiko oz. kretnjami (gl. Sliko 7). Po prvi so pogosteje posegli uporabniki zdravstvenih storitev, po drugih pa zdravstveni delavci, vendar so bile razlike razmeroma majhne. V enem od komentarjev zasledimo, da so izjemoma uporabili tudi risanje.

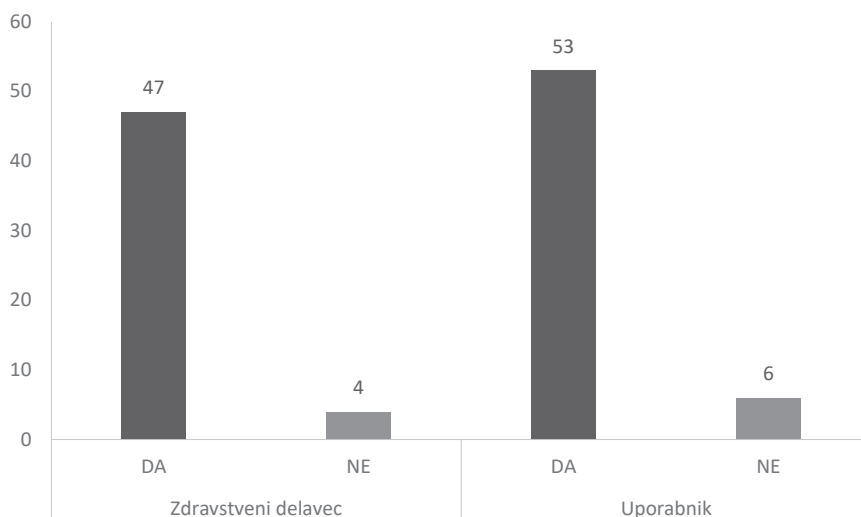
7. Ali je zdravstveni delavec ohranjal očesni stik s sogovornem?



Slika 8: Število odgovorov na vprašanje »Ali je zdravstveni delavec oz. uporabnik ohranjal očesni stik s sogovornem?«

Pomemben element pri odnosu med zdravstvenim delavcem in uporabnikom zdravstvenih storitev je ohranjanje neposrednega očesnega stika s sogovornikom. Obe skupini opazovalcev sta bili v večini primerov mnenja (65 % pri zdravstvenih delavcev oz. 67 % pri uporabnikih zdravstvenih storitev), da se očesni stik ohranja, čeprav primerov, ko do tega ne pride, ni zanemarljivo malo (gl. Sliko 8), kar se še bolj potrjuje v odgovorih na naslednje vprašanje.

8. Ali je bil osredotočen na priročnik?

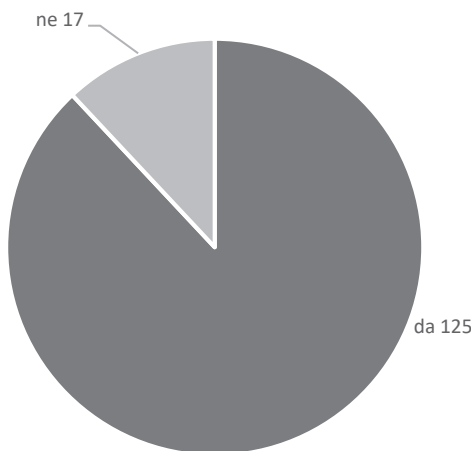


Slika 9: Število odgovorov na vprašanje »Ali je bil zdravstveni delavec oz. uporabnik prvenstveno usmerjen na *Priročnik*?«

V odgovorih na vprašanje, ali je bil udeleženec prvenstveno osredotočen na *Priročnik*, namreč zasledimo nekoliko protislovna stališča v primerjavi z vprašanjem glede očesnega stika zgoraj (gl. Sliko 9). Čeprav opazovalci poročajo, da se je očesni stik pri obeh skupinah izgubil le v tretjini primerov, pa po drugi strani ugotavljajo, da sta bila zdravstveni delavec oz. uporabnik zdravstvenih storitev osredotočena predvsem na priročnik kar v 90 % primerov.

Iz odgovorov na zadnje vprašanje lahko razberemo, da 86 % vseh opazovalcev igre vlog in simulacij meni, da je format *Priročnika* ustrezen, saj bistveno pripomore h komunikaciji med udeležencema (gl. Sliko 10). K tem vprašanju so opazovalci podali 37 komentarjev. Najpogosteje opazovalci poudarjajo, da bi bila uporaba hitrejša in učinkovitejša, če bi *Priročnik* že prej poznali in ga redno uporabljali (n = 18). Ob mnenjih tistih, katerim se *Priročnik* ne zdi ustrezen, najdemo zlasti komentarje glede formata, ki je po mnenju opazovalcev premajhen (npr. »Boljši bi bil format A4,« (n = 4), čeprav nasprotno v enem komentarju zasledimo željo po pol manjšem priročniku, hkrati pa nekateri ugotavljajo (n = 3), da je *Priročnik* predebel in pretežak. V dveh primerih bi si želeli ob *Priročniku* tudi kartice s piktogrami, ena oseba je pogrešala izgovorjavo tujih izrazov (»Dodati bi bilo potrebno izgovorjavo.«), ena pa jasneje označena poglavja (z zarezami). Ostali (n = 7) pa opozarjajo na vsebine, ki jih niso našli v *Priročniku*, pa menijo, da bi bile koristne (npr. predstavitev različnih prehranjevalnih navad, več zobozdravstvenih vsebin ipd.).

9. Je format priročnika ustrezen?



Slika 10: Število odgovorov na vprašanje »Ali je format *Priročnika* ustrezen?«

Pri odprtem pozivu po dodatnih komentarjih smo prejeli še 47 komentarjev: največ (n = 22) jih je bilo takih, ki so izražali zadovoljstvo, da je bil *Priročnik* izoblikovan (npr. »Priročnik je v veliko pomoč.«), drugi komentarji (n = 6) so se osredotočali na to, da raba *Priročnika* blagodejno vpliva na emocionalno stanje udeležencev (npr. »Uporaba priročnika je pacienta pomirjala in ni vnašala vzemirjenosti in nelagodja v pogovor.«), tretji (n = 7) so poudarjali, da je za učinkovito uporabo *Priročnika* potrebna vaja (npr. »Priročnik je uporaben, a ga je potrebno najprej spoznati.«). Dodatni komentarji razkrivajo še nekaj zanimivosti: respondenti so v 9 komentarjih prepričani, da bi bila elektronska oblika *Priročnika* (v obliki interaktivne aplikacije) dobrodošla, saj bi omogočala hitrejšo iskanje podatkov ter bi lahko vključevala tudi izgovorjavo tujih jezikov, kar bi bistveno olajšalo komunikacijo med zdravstvenim delavcem in uporabnikom zdravstvenih storitev (npr. »Priročnik je dober, vendar bi bilo v elektronski obliki lažje, saj se porabi veliko časa za iskanje.«). Elektronski format bi razrešil tudi številne zadržke, omenjene v prejšnjih odstavkih (kot so format, izgovorjava, hitrost pridobivanja podatkov itd.). Kot pomanjkljivost *Priročnika* je poleg tega v 4 komentarjih omenjena tudi pretežna naravnost na zdravstvenega delavca in ne na uporabnika zdravstvenih storitev, ki na ta način težko izrazi svoje težave oz. pride do zelene storitve.

5 TESTIRANJE UPORABNOSTI *PRIROČNIKA* PREK SPLETNE ANKETE UPORABNIKOV V KLINIČNI PRAKSI

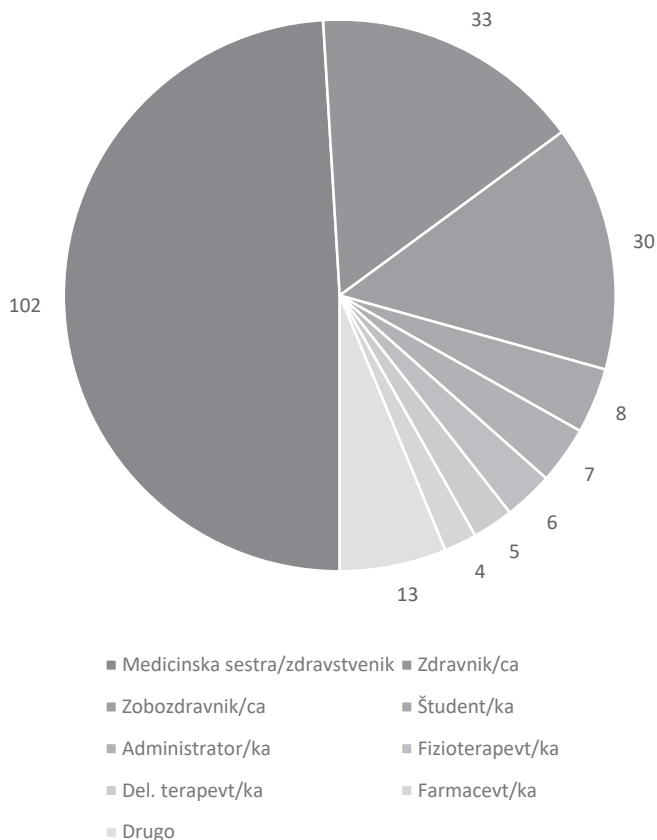
Vsak udeleženec usposabljanja je prejel dva *Priročnika* glede na željeno jezikovno kombinacijo. Po nekajmesečni uporabi *Priročnika* v vsakodnevni praksi smo udeležencem posredovali evalvacijski vprašalnik, s katerim so ocenili različne vidike uporabnosti *Priročnika* v praksi. Med junijem 2017 in januarjem 2018 je vprašalnik delno ali v celoti izpolnilo 208 oseb. Ker so nas zanimali odzivi zdravstvenih delavcev, ki pri svojem delu prihajajo v stik s tujejezičnimi bolniki in pri tem uporabljajo priročnik, smo izločili odgovore vseh tistih anketirancev ($n = 5$), ki pri svojem delu ne stopajo v neposredni stik s tujejezičnimi bolniki (npr. brezposelne osebe, nacionalni promotorji zdravja, predavatelji, sanitarni inženirji). To pomeni, da smo analizirali 203 izpolnjene anketne liste.

Podatke smo zbrali s pomočjo strukturiranega vprašalnika, ki je bil udeležencem posredovan prek prosto dostopne spletne platforme za anketiranje 1KA. Vprašalnik je vseboval 15 vprašanj odprtega in zaprtega tipa. S štirimi uvodnimi splošnimi vprašanji smo pridobili osnovne podatke o uporabnikih, kot so njihovo področje dela, delovno okolje, vrsta zaposlitve, stopnja izobrazbe in regija, v kateri so zaposleni. V specifičnem delu vprašalnika pa smo se osredotočili na njihove izkušnje pri uporabi *Priročnika* v vsakodnevnem delu s tujejezičnimi bolniki, pri čemer so nas zanimali pogostost uporabe, najpogosteje uporabljena poglavja in jezikovne kombinacije, ustreznost formata, oblike in piktogramov ter morebitne ovire oz. pomanjkljivosti pri uporabi *Priročnika*. Z vprašanjem odprtega tipa smo uporabnike spodbudili tudi k podajanju predlogov za nadgradnjo *Priročnika* in njegovih vsebin.

5.1 Populacija

Demografski podatki anketirancev (vprašanja 1 do 4) so razkrili, da je večina sodelujočih zaposlenih v zdravstvenih domovih ($n = 115$), ostali pa v bolnišnici ($n = 48$) in pri zasebnih izvajalcih zdravstvenih storitev ($n = 24$). Iz odgovorov smo lahko razbrali tudi osnovni poklic anketirancev (gl. Sliko 11).

Skoraj polovica anketirancev je medicinskih sester ($n = 102$), drugi obsežni skupini pa sta skupini zdravnikov ($n = 33$) in zobozdravnikov ($n = 30$). Poleg njih so odgovore prispevali še študenti ($n = 8$), administratorji ($n = 7$), fizioterapevti ($n = 6$), delovni terapevti ($n = 5$), farmacevti ($n = 4$) ter ostali ($n = 8$), med katere smo uvrstili dva psihologa, dve socialni delavki, logopeda, babico, radiološkega inženirja in zobno asistentko.



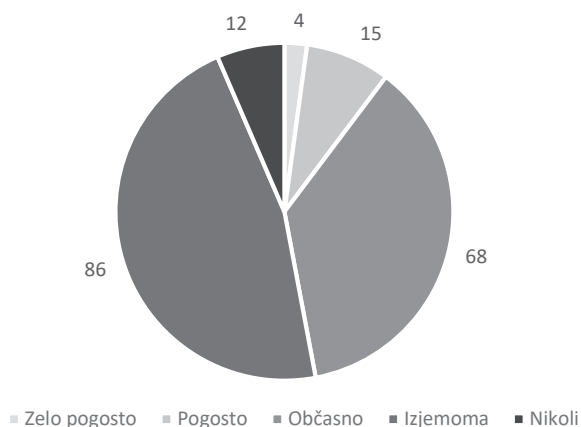
Slika 11: Število anketirancev, ki izvaja posamezni poklic v zdravstvu

5.2 Rezultati

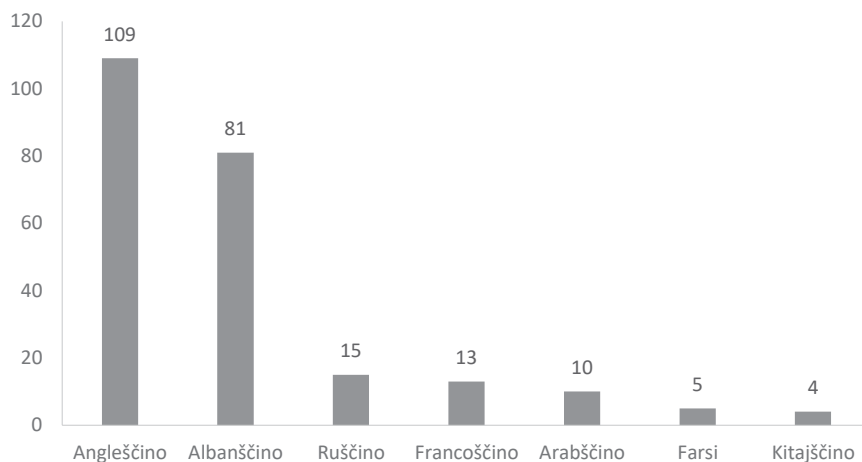
Najprej smo anketirance (5. vpr.) prosili, naj označijo, kako pogosto so uporabili priročnik, in ocenijo, kako pogosto bodo priročnik uporabljali v prihodnosti (gl. Sliko 12).

Tretjina (33 %) sodelujočih v anketi je uporabila *Priročnik* (ali pa pričakuje, da ga bo) občasno, 7 % pogosto, 2 % pa zelo pogosto. Poleg tega je 41 % takšnih, ki so ga (ali pa ga bodo) uporabljali izjemoma, 6 % pa nikoli.

S šestim vprašanjem smo skušali ugotoviti, katere jezike so anketiranci največkrat uporabili v vsakodnevni praksi (gl. Sliko 13).



Slika 12: Število anketirancev, ki je odgovorilo na vprašanje, kako pogosto uporabljajo oz. predvidevajo, da bodo uporabili *Priročnik*



Slika 13: Število anketirancev, ki je odgovorilo na vprašanje, katere jezikovne verzije *Priročnika* so najpogosteje uporabili.

Največ vprašanih je pri svojem delu s tujejezičnimi bolniki uporabilo *Priročnik* v angleščini (109) in albanščini (81). V precej manjši meri so si pomagali s *Priročnikom* v ruščini (15), francoščini (13) in arabščini (10). Najredkeje pa so za sporazumevanje s tujejezičnimi bolniki uporabili farsi (5) in kitajščino (4).

S sedmim vprašanjem smo anketirance vprašali, katera poglavja *Priročnika* so najpogosteje uporabili pri svojem delu, in sicer so lahko izbrali več poglavij hkrati (gl. Tabela 2).

Tabela 2: Katera poglavja *Priročnika* ste najpogosteje uporabljali?

Poglavje	Št. odgovorov
Splošne fraze	70
Sprejem	61
Simptomi	53
Navodila	51
Zobozdravstvo	33
Alergije, zdravila, navade	26
Pregled	23
Bolezni	23
Zdravje žensk in otrok	22
Dodatne informacije	16
Preiskave	14
Duševno zdravje	13

Odgovori pa kažejo, da so zdravstveni delavci in drugi vprašani *Priročnik* največkrat uporabili za vzpostavitev osnovne komunikacije z bolnikom, saj so bile najpogosteje uporabljene prav splošne fraze (70). Med vsebinskimi poglavji so pomoč pri svojem delu največkrat iskali v poglavjih Sprejem (61), Simptomi (53), Navodila (51) in Zobozdravstvo (33). Uporabljali so tudi vsa ostala poglavja, a manj pogosto (najmanj Preiskave (14) in Duševno zdravje (13)).

Udeleženci usposabljanj, ki so po nekajmesečnem delu s priročnikom izpolnili anketni vprašalnik, so podali tudi predloge za izboljšanje in nadgradnjo *Priročnika* (8. in 9. vprašanje). Njihovi komentarji so še posebej dragoceni, saj so priročnik prvi uporabljali v vsakodnevni praksi v zdravstvenih ustanovah. Izkazalo se je, da si uporabniki najbolj želijo digitalizacije *Priročnika*. V največji meri prepoznavajo potrebo po aplikaciji za tablične računalnike in mobilne telefone ($n = 11$), poleg tega pa predlagajo tudi zapise ali posnetke izgovorjave posameznih besed in fraz ($n = 5$).

V *Priročniku* so bili prevodom dodani piktogrami in poenostavljeno slikovno gradivo, ki so glede na pridobljene podatke uspešno pomagali pri preseganju ovir pri sporazumevanju. Anketirance smo vprašali, ali so jih bili ti piktogrami v pomoč ali ne (10. in 11. vprašanje). Velika večina vprašanih ($n = 162$) je potrdila, da je bila zaradi piktogramov njihova uporaba *Priročnika* učinkovitejša, le 13 ne.

Podobno so ocenili tudi ustreznost formata in oblike *Priročnika* (12. in 13. vprašanje), saj je 159 vprašanih s takšno obliko zadovoljnih, tisti, ki niso (n = 13) pa so večinoma izpostavili velikost, ki otežuje hitro iskanje.

V odgovorih na zadnji dve vprašanji so anketiranci lahko navedli svoje predloge za izboljšave (14. vprašanje) in podali dodatne komentarje (15. vprašanje). *Priročnik* je bil preveden v sedem jezikov, nekateri (zdravstveni) delavci, ki prihajajo v stik s tujejezičnimi bolniki, pa so v svojih odgovorih na odprta vprašanja izpostavili potrebo po novih, dodatnih prevodih v jezike, kot so nemščina (n = 5), italijanščina (n = 4), madžarščina (n = 2), romščina (n = 1), norveščina (n = 1), srbohrvaščina (n = 1). Poleg tega je na pogostost uporabe in učinkovitost *Priročnika* pri premoščanju jezikovnih/kulturnih ovir vplivala tudi skladnost vsebine *Priročnika* z delovnim področjem oseb, ki obravnavajo tujejezične bolnike. Pripadniki posameznih strok, npr. fizioterapevt, delovni terapevt in farmacevt, so predlagali dopolnitev vsebin *Priročnika* s poglavji, ki bi bila v večji meri namenjena obravnavi bolnikov v njihovem delovnem okolju. Ostali predlogi so vsebovali večje število piktogramov, prilagoditev vsebine za otroke ter dodatne kartice za samostojno uporabo.

6 ZAKLJUČKI

Opazovanje igre vlog in simulacij ter analiza spletne ankete uporabnikov *Priročnika* so nam dali komplementarne rezultate. Analiza 225 opazovalnih listov na delavnicah je pokazala, da je sestava in organizacija *Priročnikov* sledila pričakovani in priporočeni strukturi obravnave bolnika in da so se zato tako zdravstveni delavci kot tisti, ki so prevzeli vlogo uporabnikov zdravstvenih storitev, v veliki večini (prek 80 %) hitro znašli pri njihovi rabi. Udeleženci izobraževanj so nadalje ugotavljali, da raba *Priročnika* zahteva dodaten čas, a da ta ne vnaša dodatnega vnmirjenja v pogovor med uporabnikom zdravstvenih storitev in zdravstvenim delavcem. V skladu s pričakovanji so opazovalci simulacij in iger vlog ugotavljali, da so udeleženci v pogovoru poskušali izraziti več, kot jim je to omogočal *Priročnik*, in da je ta primeren le za prvi stik z bolnikom in njegovo osnovno obravnavo. Če uporabimo besede ene izmed udeleženk simulacije: »Ne da se razložiti pacientu, kaj mu je.« Da bi nadomestili pomanjkljivosti, so se tako zdravstveni delavci kot uporabniki zdravstvenih storitev v simulacijah in igrah vlog zatekali k neverbalni komunikaciji, npr. mimiki, gestam in risanju. Ker je komunikacija med uporabniki zdravstvenih storitev in zdravstvenimi delavci potekala le prek *Priročnika*, so se oboji prvenstveno osredotočali nanj in redkeje vzpostavljali očesni stik s sogovornikom. Udeleženci iger vlog in simulacij so nadalje ugotavljali, da je format *Priročnika* načeloma ustrezen (86 %), vendar pa je bila nekaterim

uporabnikom odsotnost glasu moteča (npr. »Dodati bi bilo potrebno izgovorjavo.«) in so zato tudi predlagali digitalizacijo *Priročnika*.

Podobne rezultate smo pridobili prek spletne ankete, ki so jo po nekajmesečni rabi izpolnili 203 uporabniki *Priročnika* v klinični praksi. Čeprav skoraj polovica anketirancev predvideva, da *Priročnika* ne bodo nikoli oz. le redko uporabljali, tisti, ki so ga že uporabili v praksi, poročajo, da so *Priročnik* najpogosteje uporabili v angleškem in albanskem jeziku, kar se sklada z rezultati analize potreb, ki smo jo izvedli v predpripravah na izoblikovanje *Priročnika*. V skladu s pričakovanji uporabniki poročajo, da so *Priročnik* uporabili predvsem pri vzpostavljanju osnovne komunikacije z bolnikom in pri sprejemu bolnika. Podobno kot udeleženci simulacij in iger vlog tudi uporabniki še bolj poudarjeno priporočajo digitalizacijo *Priročnika* in preoblikovanje v mobilno aplikacijo, ki bi vsebovala tudi posnetke izgovorjav posameznih besed in fraz, obenem pa predlagajo dopolnitve *Priročnika* z dodatnimi področji zdravstvene oskrbe in dodatnimi jeziki, in sicer predvsem z nemškimi in italijanskimi jeziki.

Na osnovi teh rezultatov tako lahko zaključimo, da so *Večjezični priročniki, namenjeni slovenskemu zdravstvenemu osebju za delo z migranti* in ostali podobni priročniki koristni in dobro sprejeti, vendar omejeno uporabni v zdravstvenem okolju, ker odsotnost glasu in prevelik poudarek na pisni podobi, ki ovira ohranjanje očesnega stika med zdravstvenim delavcem in uporabnikom zdravstvenih storitev, ne omogočata v polni meri vzpostavitve v bolnika usmerjene komunikacije, obenem pa izbor vprašanj in odgovorov v priročnikih dovoljuje le najosnovnejšo oskrbo bolnika in ne zadostuje pri obravnavi kompleksnejših problemov.

Na koncu naj omenimo še omejitve raziskav, ki smo jih izvedli: avtorice se zavedamo, da imata raziskovalni tehniki igre vlog in simulacije zmanjšano zunanjo veljavnost, ker se v resnični situaciji obnašamo drugače, kot če igramo vlogo nekoga drugega, še posebej, če se zavedamo, da se bo igrana situacija kmalu zaključila. Zavedamo se tudi, da informanti pogosto odgovarjajo v skladu s tem, kar mislijo, da pričakuje izpraševalec. Vsak pogovor namreč nastane med informantom in raziskovalcem v določenem socialnem, kulturnem in zgodovinskem kontekstu in je odvisen od konteksta izpraševanca in izpraševalca (Liamputtong in Ezzy 2005: 132): ker so igre vlog in simulacije potekale v okviru predstavitve rabe *Priročnika*, lahko predvidevamo, da so nekateri udeleženci poudarjali pozitivne lastnosti *Priročnika* in omilili negativne. Zaradi teh pomislekov menimo, da bi bilo treba za večjo relevantnost izsledkov študije uporabnosti dopolniti še z opazovanjem dejanske uporabe *Priročnikov* v zdravstveni oskrbi, ko se zdravstveni delavec s pomočjo *Priročnikov* poskuša sporazumeti s tujejezičnim uporabnikom zdravstvenih storitev.

Reference

- Berman, Anthony C. in Darryl S. Chutka, 2016: Assessing effective physician-patient communication skills: "Are you listening to me, doc?" *Korean Journal of Medical Education* 28/2: 243–249.
- Bond, Michael H. in Hiroshi Komai, 1976: Targets of gazing and eye contact during interviews: effects on Japanese nonverbal behaviour. *Journal of Personality and Social Psychology* 34. 1276–1284.
- Duggan, Ashley P. in Roxanne L. Parrott, 2001: Physicians' nonverbal rapport building and patients' talk about the subjective component of illness. *Human Communication Research* 27/2: 299–311.
- Elzinga, Robert H., 1978: Temporal organization of conversation. *Sociolinguistics Newsletter* 9. 29–31.
- Fleischer, Steffen, Almuth Berg, Markus Zimmermann, Kathleen Wüste in Johann Behrens, 2009: Nurse-patient interaction and communication: A systematic literature review. *Journal of Public Health* 17: 339–353.
- Greatbatch, David, Christian Heath, Peter Champion in Paul Luff, 1995: How do desk-top computers affect the doctor-patient interaction? *Family Practice* 12/1: 32–36.
- Hall, Edward T., 1974: *Handbook for proxemic research*. Washington, DC: Society for the Anthropology of Visual Communication.
- Institute of Medicine, 2001: *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the Twenty-first Century*. Washington (DC): National Academies Press.
- LaFrance, Marianne in Clara Mayo, 1978: Gaze direction in interracial dyadic communication. *Ethnicity* 5. 167–173.
- Langewitz, Wolf A., Phillip Erich, Alexander Kiss in Brigitta Wossmar, 1998: Improving communication skills a randomized controlled behaviourally oriented intervention study for residents in internal medicine. *Psychosomatic Medicine* 60: 268–276.
- Liamputtong, Pranee in Ezzy, Douglas, 2005: *Qualitative research methods*. South Melbourne, New York: Oxford University Press.
- Makoul, Gregory, Raymond Curry in Paul Tang, 2001: The use of electronic medical records: communication patterns in outpatient encounters. *The Journal of the American Medical Informatics Association* 8/6: 610–615.
- Margalit, Ruth, Debra L. Roter, Mary Ann Dunevant, S. Larson in Shmuel Reis, 2006: Electronic medical record use and physician-patient communication: an observational study of Israeli primary care encounters. *Patient Education and Counseling* 61/1: 134–141.
- Maurer, Maureen, Pam Dardess, Kristin L. Carman, Karen Frazier in Lauren Smeeding, 2012: *Guide to Patient and Family Engagement: Environmental Scan Report*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.

- McCabe, Catherine, 2004: Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing* 13: 41–49.
- Nestel, Debra in Tanya Tierney, 2007: Role-Play for Medical Students Learning about Communication: Guidelines for Maximising Benefits. *BMC Medical Education* 7: 1–9. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-7-3>.
- Newell, Stephanie in Zoe Jordan, 2015: The patient experience of patient-centered communication with nurses in the hospital setting: a qualitative systematic review protocol. *JBIC Database of systematic Reviews and Implementation Reports* 13/1: 76–87.
- Nicolai, Thomas, Oliver Fuchs in Erika von Mutius, 2015: Caring for the Wave of Refugees in Munich. *The New England Journal of Medicine* 373/17: 1593–1595.
- Pokorn, Nike K., Lars Felgner, Marko Pokorn, Blanka Kores-Plesničar in Uroš Ahčan, 2013: Položaj tolmača in usmerjenost njegovega pogleda v medicinskem okolju. Gorjanc, Vojko (ur.): *Slovensko tolmačeslovje*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete. 154–183.
- Rahman, Aminur in Saria Tasnim, 2007: Twelve tips for better communication with patients during history-taking. *The Scientific World Journal* 7: 519–524.
- Robinson, Dawn T., 2004: Role playing. Lewis-Beck, Michael S., Alan Bryman in Tim Futing Liao (ur.): *The SAGE Encyclopedia of Social Science Research Methods*. London: Sage Publications.
- Rupnik Vec, Tanja, Barbara Debeljak, Nataša Krošel, Branka Ribič Hederih, Mojca Zupan in Cirila Peklaj, 2003: *Igra vlog in simulacija kot učna metoda: Priročnik za učitelje psihologije in drugih družboslovnih predmetov ter razrednike*. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo.
- Selič, Polona, 2016: Nebesedno sporazumevanje. Petek, Davorina in Igor Švab (ur.): *Priročnik: sporazumevanje v družinski medicini*. Ljubljana: Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete. 17–20.
- Watson, Michael O., 1970: *Proxemic behaviour: A cross-cultural study*. The Hague: Mouton.
- Wellard, Sally, Jennifer Lillibridge, Christine Beanland in Michele Lewis, 2003: Consumer participation in acute care setting: An Australian experience. *International Journal of Nursing* 9: 255–260.
- Yardley-Matwiejczuk, Krysia M., 1997: *Role play: Theory and practice*. London: Sage Publications.
- Yu, Mi in Kyung ja Kang, 2017: Effectiveness of a Role-Play Simulation Program Involving the Sbar Technique: A Quasi-Experimental Study. *Nurse Education Today* 53: 41–47. <https://doi.org/10.1016/J.NEDT.2017.04.002>.

Priloga 1: Predlog napotkov za delo s tolmačem

Nike K. Pokorn



Claudia Angelelli v nedavni analizi stanja na področju tolmačenja in prevajanja za potrebe zdravstvene oskrbe v Evropi, ki jo je naročil Direktorat za prevajanje pri Evropski komisiji, ugotavlja, da v mnogih evropskih državah zdravstvene ustanove ne nudijo nobene formalne jezikovne podpore zaposlenim in da se vse prepogosto zanašajo na neformalne in neprofesionalne tolmače, ki opravijo tolmaško storitev brez plačila (Angelelli 2015: viii). Angelelli se zdi stanje v Evropi še posebej alarmantno v primerjavi s standardi, ki so se razvili v državah, ki se že več desetletij načrtno ukvarjajo z jezikovno inkluzijo priseljencev. Te države, kot so na primer ZDA, Avstralija in Kanada, imajo posledično razvitejšo in bolj organizirano jezikovno podporo v zdravstvenem okolju, kar pomeni, da v teh okoljih tudi nastajajo poklicni standardi za medicinske tolmače in razne smernice ter napotki za delo s tolmačem v zdravju (npr. Hilliard 2018, Paxton 2016, American Medical Association 2007, IMIA 2007, NCIHC 2003). V Sloveniji še nimamo izdelanih standardov za to dejavnost, kot tudi ne za soroden poklic medkulturnih mediatorjev, in smo do sedaj v okviru evropskega projekta *MedInt, Development of a curriculum for medical interpreters* (134007-LLP-2007-AT-GRUNDTVIG-GMP) izoblikovali le eno brošuro za zdravstvene delavce, ki podaja osnovne napotke za delo s tolmačem.

V smernicah za delo tolmačev v zdravstvu je dan poseben poudarek postavitvi tolmača v prostor, ko poteka tolmačenje med bolnikom in zdravstvenim delavcem. Različni dokumenti ponujajo različne rešitve: v nekaterih standardih, kot je *Best Practice Guide*, ki ga je izdala britanska Nacionalna zdravstvena služba (National Health Service, Soondar 2008), in določenih strokovnih člankih (Wadensjö 2001, 2002), je priporočena trikotna postavitvev. V drugih standardih, kot je *Medical Interpreting Standards of Practice* Društva tolmačev v zdravstvu v ZDA (IMIA 2007), je navedeno le, da mora biti postavitvev taka, da omogoča neposredno komunikacijo med zdravstvenim delavcem in bolnikom, v tretjih se priporoča t. i. paralelna postavitvev, kjer se tolmač postavi paralelno in malce za bolnikom ter usmeri oči proti tlorisu, kar naj bi omogočalo neprekinjeno usmerjenost pogleda zdravstvenega delavca v bolnika (e. g. Wiener & Rivera 2004, Fung et al. 2010, Centers for Disease Control and Prevention 2006). Smernice, ki jih na tem mestu še posebej priporočamo za postavitvev tolmača v prostor ob tolmačenem govoru v zdravstvu, so zapisane v dokumentu *Guide to Interpreter Positioning in Health Care Settings*, ki ga je razvil Nacionalni svet za tolmačenje v zdravstveni oskrbi ZDA (Haffner et al. 2003, gl. tudi Pokorn et al. 2013, Pokorn 2015, 2017) in ki priporoča fleksibilnost in postavitvev tolmača v skladu z razpoložljivimi okoliščinami in prostorsko situacijo.

Na podlagi navedenih dokumentov smo oblikovali napotke za delo s tolmačem in za delo z neprofesionalnim tolmačem, ki jih podajamo spodaj.

Viri in reference

- American Medical Association, 2007: *Office guide to communicating with limited English proficient patients* (2nd ed., 2007). <http://www.nyhq.org/doc/Page.asp?PageID=DOC000306> (dostop 11. 3. 2018).
- Angelelli, Claudia V., 2015: *Study on Public Service Translation in Cross-border Healthcare: Final Report for the European Commission Directorate-General for Translation* (Reference: DGT/2014/TPS). Luxembourg: Publications Office of the European Union. http://ec.europa.eu/dgs/translation/publications/studies/public_service_translation_healthcare_eu_en.pdf (dostop 11. 3. 2018).
- Centers for Disease Control and Prevention. 2006. *National Health and Nutrition Examination Survey: Interpretation Guidelines*. http://www.cdc.gov/nchs/data/nhanes/nhanes_07_08/Interpretation_Guidelines.pdf (dostop 11. 3. 2018).
- Fung, Cha-Chi, Regina Richter Lagha, Paula Henderson in Arthur G. Gomez, 2010: Working with interpreters: how student behavior affects quality of patient interaction when using interpreters. *Medical Education Online* 15/2010. http://www.med-ed-online.net/index.php/meo/article/view/5151/html_6 (dostop 11. 3. 2018).
- Haffner, Linda, Karin Ruschke, Shiva Bidar-Sielaff et al., 2003: *The National Council on Interpreting in Health Care Working Paper Series: Guide to Interpreter Positioning in Health Care Settings*. Washington, DC: National Council on Interpreting in Health Care. <http://www.ncihc.org/assets/documents/workingpapers/NCIHC%20Working%20Paper%20-%20Guide%20to%20Interpreter%20Positioning%20in%20Health%20Care%20Settings.pdf> (dostop 11. 3. 2018).
- Hilliard, Robert, 2018: *Using Interpreters in Health Care Settings*. Canadian Paediatric Society, <http://www.kidsnewtocanada.ca/care/interpreters> (dostop 11. 3. 2018).
- IMIA (International Medical Interpreters Association). 2007, 1998, 1997, 1996. *Medical Interpreting Standards of Practice*. <http://www.imiaweb.org/uploads/pages/102.pdf> (dostop 10. 3. 2018).
- MedInt, Development of a curriculum for medical interpreters (134007-LLP-2007-AT-GRUNDTVIG-GMP), *Brošura za delo s tolmači v slovenskem jeziku*.
- NCIHC, The National Council on Interpreting in Health Care, 2003: *NCIHC Guide to interpreter positioning in health care settings*. <http://www.ncihc.org/assets/documents/workingpapers/NCIHC%20Working%20Paper%20-%20Guide%20to%20Interpreter%20Positioning%20in%20Health%20Care%20Settings.pdf> (dostop 10. 3. 2018).
- Paxton, Georgia, 2016: Working with interpreters, The Royal Children's Hospital Melbourne, https://www.rch.org.au/immigranthealth/clinical/Working_with_interpreters/ (dostop 11. 3. 2018).

- Pokorn, Nike K., 2015: Positioning. Pöchhacker, Franz (ur.): *Routledge encyclopedia of interpreting studies*. Milton Park, Abingdon, Oxon; New York, NY: Routledge. 312–314.
- Pokorn, Nike K., 2017: »There is always some spatial limitation«: Spatial positioning and seating arrangement in healthcare interpreting. *Translation and Interpreting Studies* 12/3: 383–404.
- Pokorn, Nike K., Lars Felgner, Marko Pokorn, Blanka Kores-Plesničar in Uroš Ahčan, 2013: Položaj tolmača in usmerjenost njegovega pogleda v medicinskem okolju. *Slovensko tolmačeslovje*, (Prevodoslovje in uporabno jezikoslovje, ISSN 2335-335X), ur. Vojko Gorjanc, 154-183. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete.
- Soondar, Jordan, 2008: *Best Practice Guide: When Using Interpreters*. East London: NHS Foundation Trust. <http://www.eastlondon.nhs.uk/About-Us/Our-Staff/Interpreting,-Translating,-Sign-Language/Trust-Best-Practice-Guide-When-Using-Interpreters.pdf> (dostop 11. 3. 2018).
- Wadensjö, Cecilia, [1993] 2002: The double role of a dialogue interpreter. Pöchhacker, Franz in Miriam Shlesinger (ur.): *The Interpreting Studies Reader*. London, New York: Routledge. 354–370.
- Wadensjö, Cecilia, 2001: Interpreting in crisis: the interpreter's position in the therapeutic encounters. Mason, Ian (ur.): *Triadic Exchanges: Studies in Dialogue Interpreting*. Manchester: St. Jerome. 71–86.
- Wiener, Ethan S. in Maria I. Rivera, 2004: Bridging language barriers: how to work with an interpreter. *Clinical Pediatric Emergency Medicine* 5/2: 93–101.

NAPOTKI ZA ZDRAVSTVENE DELAVCE OB OBRAVNAVI TUJEJEZIČNEGA UPORABNIKA ZDRAVSTVENIH STORITEV

1. V medicinsko dokumentacijo je treba zabeležiti materni jezik bolnika (pri otrocih se zabeleži jezik staršev ali skrbnikov).
2. Bolniku povejte, da potrebuje tolmaško podporo za vsak obisk zdravnika. Če bolnik meni, da tolmača ne potrebuje, to zabeležite v njegovo dokumentacijo.
3. Če je prisoten tolmač, v medicinsko dokumentacijo bolnika zabeležite ime tolmača in jezik, ki ga uporablja tolmač.
4. Predlagajte, da tolmač spremlja bolnika tudi pri administrativnih postopkih v zdravstvenih ustanovah.
5. Zabeležite in opišite pogovor, ki spremlja podajanje soglasja za posege, in navedite, ali je bil pri tem prisoten tolmač (ne vlagajte samo podpisanih soglasij).

6. Zagotovite prevod soglasja, pisnih navodil ob odpustu iz zdravstvene ustanove in ostalih pomembnih medicinskih in pravnih dokumentov v materni jezik bolnika oz. v jezik, ki ga bolnik razume. Pojasnite, kaj je navedeno v teh dokumentih, in si zagotovite čas, da odgovorite na morebitna vprašanja bolnika ob pomoči tolmača. Vse prevode shranite v njegovi medicinski dokumentaciji.
7. Preverite, ali bolnik oz. bolnikovi svojci razumejo navodila, diagnoze in ostala pomembna in pisna pojasnila ter navodila, ki so jim bila posredovana.

PRIPOROČENI KORAKI ZA DELO S TOLMAČEM, KI NE POZNA BOLNIKA

Obravnava bolnika ob prisotnosti tolmača ponavadi traja enkrat dlje kot pregled brez tolmača. Svetujemo, da pregled vsebuje naslednje dodatne korake:

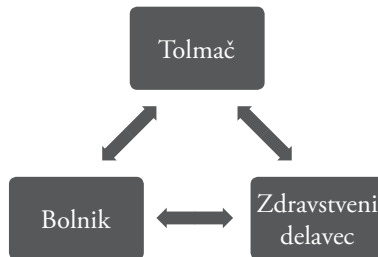
1. Predhodni pogovor med zdravstvenim delavcem in tolmačem
 - Tolmaču naj se poda kratek opis bolnikove anamneze.
 - Tolmač naj se seznani z vsebino, ciljem in potekom pogovora z bolnikom.
 - Tolmač naj vas opozori na morebitne kulturne posebnosti, relevantne za obravnavo bolnika.
2. Pogovor z bolnikom ob prisotnosti tolmača
 - Zdravstveni delavec naj predstavi tolmača in njegovo vlogo pri pogovoru.
 - Skupaj določite sedežni red oz. položaj v prostoru, ki ga bo zavzel tolmač.
 - Med pogovorom naj zdravstveni delavec gleda v bolnika (ne v tolmača) in govori neposredno njemu.
3. Pogovor po pregledu med zdravstvenim delavcem in tolmačem
 - Tolmač naj pojasni, če je v pogovoru z bolnikom prišlo do kakih nejasnosti.
 - Če je bil pogovor uspešen, naj pri nadaljnjih pogovorih z istim bolnikom sodeluje isti tolmač.

PRIPOROČEN POLOŽAJ V PROSTORU TOLMAČA V TOLMAČENEM POGOVORU V ZDRAVSTVENEM OKOLJU

Priporočeni položaj tolmača v tolmačenem pogovoru v zdravstvenem okolju je tak, da ne ovira pogleda in spodbuja ohranjanje neposrednega stika med zdravstvenim delavcem in bolnikom. Če gre za pregled gluhega bolnika, potem mora bolnik vedno jasno videti roke in obraz tolmača. V tem primeru se vse podredi tej zahtevi. V drugih primerih sta priporočena položaja naslednja:

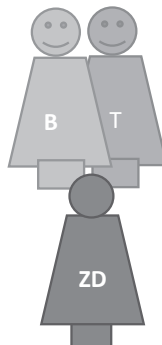
a) trikotni položaj

Ta položaj omogoča ohranjanje očesnega stika med zdravstvenim delavcem in bolnikom in obenem omogoča tolmaču, da vidi oba udeleženca v pogovoru ter da zavzame nevtralni položaj, saj je enakomerno oddaljen od obeh primarnih govorcev (tj. bolnika in zdravstvenega delavca). Še posebej se ta položaj priporoča v psihoterapevtskih srečanjih.



b) paralelni položaj

V tem položaju stoji tolmač paralelno in malce za bolnikom. Na ta način se omogoči zdravstvenemu delavcu in bolniku, da skozi celotni pogovor ohranjata usmerjenost pogleda eden v drugega.



Pri izbiri primernega položaja omenjena položaja nista vedno možna zaradi različnih dejavnikov, kot so:

a) velikost sobe in razporeditev pohištva v njej

Pomembna je velikost sobe, ali se v njej nahajajo stoli, je v sobi zavesa, ki pregrajuje prostor, ali bolnik leži ali lahko sedi, ali zdravstveno osebje potrebuje posebno opremo ali aparature za pregled bolnika. Pogosto so sprejemne ambulante tako majhne, da prostor sam določa položaj udeležencev.

b) vrsta pregleda

Položaj tolmača v prostoru lahko določa tudi dejstvo, ali gre za splošni pregled ali za specialistični (npr. psihiatrični) pregled, ali bo zdravnik opravil tudi fizični pregled, ali bo prišlo do sevanja. Še posebej specifično postavitev zahtevajo ginekološki pregledi, kjer se svetuje, da se tolmač nahaja za špansko steno ali pa sedi ob glavi bolnice in je obrnjen v drugo stran, proč od zdravnika. Podobna postavitvev tolmača se svetuje pri uroloških pregledih.

c) udeleženci, prisotni pri pregledu

Položaj tolmača v prostoru je lahko odvisen tudi od tega, kdo spremlja bolnika. Na primer, v primeru pediatričnega pregleda se že izoblikuje trikotnik med zdravstvenim delavcem, bolnikom in njegovimi starši, tako da je treba premisliti, kam naj se postavi tolmač. Položaj tolmača v tem primeru zavisi od starosti otroka: če se otrok še ne zna izraziti sam, se tolmač osredotoči in spremlja tistega spremljevalca, ki posreduje zdravstvenemu delavcu potrebne informacije.

d) čustveno stanje bolnika

Če je bolnik v razburjenem stanju in je potencialno nevaren za okolico, to vpliva na položaj tolmača, ki v tem primeru ne izbere paralelnega položaja.

e) kulturne razlike

Pomembno je, da se zavedamo, da v različnih kulturah obstajajo različne norme glede razdalje med govorcema in glede usmerjenosti pogleda. V določenih kulturah je gledanje neposredno v oči sogovornika znak nespoštovanja in nevljudnosti (npr. v številnih azijskih kulturah), zato je dobro, če se pred pregledom posvetujete s tolmačem, ki vam bo posredoval podrobnosti o kulturnih posebnostih, značilnih za okolje, iz katerega izhaja posamezni bolnik.

PRIPOROČENI KORAKI ZA DELO Z NEPROFESIONALNIM TOLMAČEM LAIKOM (NPR. SORODNIKOM UPORABNIKA ZDRAVSTVENIH STORITEV)

1. Predhodni pogovor med zdravstvenim delavcem in neprofesionalnim tolmačem laikom
 - Vprašajte tolmača, ali ima kakšno izobrazbo s področja medicinske stroke in ali pozna bolnika (poznavanje bolnika ali sorodstvene povezave lahko vplivajo na potek tolmačenja, saj se pojavi upravičen dvom glede zavezanosti k molčečnosti).
 - Vprašajte tolmača, ali govori materni jezik uporabnika zdravstvenih storitev ali ne. Če tolmač ne govori maternega jezika uporabnika zdravstvenih storitev, lahko to bistveno vpliva na kakovost tolmačenega govora.
 - Opozorite tolmača, da je zavezan k molčečnosti o zdravstvenem stanju bolnika.
 - Povejte mu, naj pri tolmačenju govori v prvi osebi tako kot uporabnik zdravstvenih storitev, čigar govor tolmači.
 - Opozorite tolmača, naj prevede vse točno in v popolnosti: naj ničesar ne izpusti in ničesar ne doda, razen če je potrebno dodatno razložiti besedo ali stavek, ki jo bolnik ali zdravstveni delavec ne razume.
 - Prosite ga, naj ohrani ton in čustvenost povedanega (tudi nelogičnosti in zmedenosti v izrazu), če je to potrebno za postavitev diagnoze (npr. pri psihiatričnem pregledu).
 - Prosite tolmača, naj ne razlaga bolnikovih besed po svoje in naj ne odgovarja v bolnikovem imenu. Poudarite, da se mora o poteku zdravljenja odločati bolnik sam (ali skupaj z družino) in da ne sme vsiljevati svojega mnenja.
 - Prosite ga tudi, naj vas opozori, če govorite prehitro, in mu povejte, da lahko stvari ponovite ali jih razložite, če jih ne razume.
 - Opozorite na morebitne občutljive vidike preiskave ali bolezni (npr. duševno stanje, spolne navade ipd.) in omogočite tolmaču, da vas vpraša glede posebnega izrazja, oziroma ga spodbudite, naj vam zaupa, če mu določena tema povzroča nelagodje.
 - Prosite tolmača, naj vam razkrije kakšne kulturne posebnosti, povezane z zdravjem in boleznimi, ki bi lahko bile relevantne pri pregledu.

2. Pogovor med zdravstvenim delavcem in bolnikom ob prisotnosti tolmača

- Najprej se predstavite bolniku.
- Pojasnite tolmačevo vlogo pri pregledu. To pomeni, da poveste bolniku, da je tolmač zavezan k molčečnosti in da ne bo govoril stvari, ki jih bo slišal v zdravstveni ustanovi, komur koli drugemu. Bolniku povejte, da bo tolmač govoril v prvi osebi: npr., če bo bolnik rekel: »Bolan sem«, bo tako rekel tudi tolmač, in če bo zdravstveni delavec rekel: »Razumem«, bo tako rekel tudi tolmač.
- Določite sedežni red oziroma pozicijo udeležencev pri pregledu.
- Med pogovorom bolnika glejte v oči in govorite neposredno njemu (in ne tolmaču).
- Če imate občutek, da tolmač ni prevedel vsega, ga poprosite, naj to stori.
- Če se začneta tolmač in bolnik pogovarjati med seboj, tolmač pa tega ne pretolmači v slovenščino, prekinite pogovor in poprosite tolmača, da vam pove, kaj je bilo povedano. Obenem se zavedajte, da ni primerno, če se zdravstveno osebje pogovarja s tolmačem in ta vsebine pogovora ne pretolmači bolnikom in svojcem, ki so prisotni pri pregledu.
- Večkrat se neposredno obrnite na bolnika. Uporabljajte metodo povratne informacije, to pomeni, da bolnika vprašate: »Prosim, povejte mi vse, kar sem vam ravnokar povedal.« Ko vam bo tolmač pretolmačil odgovor bolnika, boste ugotovili, ali je bilo sporočilo ustrezno prenešeno. Govorite preprosto, izogibajte se pretirano strokovnim izrazom in delajte premore med stavki.
- Če bolnik ali skrbniki razumejo slovensko, vendar slovensko slabo govorijo, jih vprašajte, če bi želeli, da tolmač prevaja le tisto, kar sami povedo. Če se ne morejo odločiti, se raje odločite za tolmačenje celotnega pogovora. Če se zdravstveni delavec pogovarja z otrokom ali najstnikom, ki govori slovensko, je prav, da tolmač prevede pogovor staršem ali skrbnikom, ki ne znajo slovensko.

3. Pogovor po pregledu med zdravstvenim delavcem in tolmačem

- Prosite tolmača, naj vam pove, če je pri pregledu opazil kaj, kar bi zdravstveni delavec moral vedeti.
- Če je potrebno, naj tolmač napiše napotke glede zdravljenja družini in bolniku.
- Prosite tolmača, naj pomaga družini in bolniku, da se naroči na kontrolo, če je to potrebno.

- Če je mogoče, prosite tolmača, da pospremi družino ali bolnika do laboratorija ali lekarne.
- Pogovorite se s tolmačem in mu nudite podporo, če je bil pregled oz. srečanje z bolnikom še posebej stresno.

Priloga 2:
Vseslovenska
anketa, namenjena
zdravstvenim
delavcem v slovenskih
zdravstvenih ustanovah,
o stikih s tujejezičnimi
uporabniki
zdravstvenih storitev

V okviru projekta »Izdaja slovarja, namenjenega lažji komunikaciji migrantov z zdravstvenim osebjem«, v katerem sodelujejo Medicinska fakulteta, Zdravstvena fakulteta in Filozofska fakulteta Univerze v Ljubljani ter Nacionalni inštitut za javno zdravje in Zdravniška zbornica Slovenije, načrtujemo izdajo priročnika, s katerim želimo olajšati komunikacijo med zdravstvenim osebjem in uporabniki, ki ne znajo slovenskega jezika. Oblikovati želimo čim bolj kakovostno orodje, ki bo uporabno pri vašem delu, zato bi bili veseli, da izpolnite vprašalnik, saj so nam vaše izkušnje pomembne pri izdelavi vsebine priročnika. Vprašalnik je anonimen, reševanje pa traja približno 5 minut. Pridobljene rezultate bomo uporabili le v raziskovalne namene. V vprašalniku je uporabljena moška slovnična oblika, ki velja enakovredno za oba spola. Projekt sofinancira Evropska Unija iz Sklada za azil, migracije in vključevanje.

1. Zaposleni ste kot:

- Medicinska sestra/zdravstvenik
- Zdravnik
- Zobozdravnik
- Drugo, prosimo dopišite:

1a. Vaša najvišja dosežena formalna izobrazba? Možnih je več odgovorov

- Srednja šola (4-letno izobraževanje)
- Višja/visoka
- Univerzitetna
- Magisterij
- Doktorat
- Specializacija, vpišite področje:

2. Katere jezike obvladate? Jezike, ki jih ne znate, lahko izpustite. Po potrebi jih dopišite. Označite vse možne odgovore

Jezik	zelo dobro	dobro	osnove	ne znam
Angleški				
Francoski				
Hrvaški/srbski/bošnjaški/črnogorski				
Italijanski				
Nemški				
Španski				
Drugo:				

3. V kateri regiji delate? Statistične regije Slovenije

- Pomurska regija
- Podravska regija
- Koroška regija
- Savinjska regija
- Zasavska regija
- Spodnjeposavska regija
- Jugovzhodna Slovenija
- Osrednjeslovenska regija
- Gorenjska regija
- Notranjsko - kraška regija
- Goriška regija
- Obalno - kraška regija

3a. Če želite, navedite kraj, kjer ste zaposleni:

4. Delovno okolje: Možnih je več odgovorov

- Zdravstveni dom
- Bolnišnica
- Zasebni izvajalec zdravstvenih storitev

5. Če se zasebni zdravstveni izvajalec, prosimo, kratko opredelite področje svojega dela (npr. patronaža, spec. amb.):

6. Če ste zaposleni v bolnišnici, določite svoje področje dela: Možnih je več odgovorov

- Urgentni center
- Delo na oddelku
- Specialistična ambulanta, navedite katera:
- Vodstveni položaj
- Drugo, prosimo dopišite:

7. **Če ste zaposleni v zdravstvenem domu, določite svoje področje dela:**
Možnih je več odgovorov

- Ambulanta družinske medicine
- Fizioterapija
- Ginekološka ambulanta
- Laboratorij
- Pediatrična/otroška/šolska ambulanta
- Patronaža
- SNMP
- Specialistična ambulanta, navedite katera:
- Vodstveni položaj
- Zobozdravstvena ambulanta
- Drugo, prosimo dopišite:

8. **Ali se kot zdravstveni delavec pri svojem delu srečujete z uporabniki zdravstvenih storitev, ki ne znajo slovenskega jezika (vključno s srbsko/hrvaško/bosansko govorečimi)?**

- Da
- Ne
- Drugo - napišite:

9. **Če ste odgovorili, da: katere jezike so govorili ti uporabniki?** Prosimo, izpolnite oba dela razpredelnice (NE označujte jezikov, s katerimi se niste nikoli srečali pri svojem delu).

Ali ste srečali uporabnika, ki je govoril naslednje jezike?

Jeziki	izjemoma	občasno	pogosto	izjemoma	občasno	pogosto
Albanski						
Angleški						
Arabski						
Bolgarski						
Francoski						
Farsi						

Jeziki	izjemoma	občasno	pogosto	izjemoma	občasno	pogosto
Hrvaški (tudi srbski, bosanski, črnogorski)						
Italijanski						
Kitajski						
Madžarski						
Makedonski						
Nemški						
Paštu						
Romski						
Romunski						
Ruski						
Španski						
Turški						
Ukrajinski						
Urdu						
Drugo, prosim dopišite:						

Ali ste imeli pri sporazumevanju z njim težave?

Jeziki	izjemoma	občasno	pogosto	izjemoma	občasno	pogosto
Albanski						
Angleški						
Arabski						
Bolgarski						
Francoski						
Farsi						
Hrvaški (tudi srbski, bosanski, črnogorski)						
Italijanski						
Kitajski						
Madžarski						

Jeziki	izjemoma	občasno	pogosto	izjemoma	občasno	pogosto
Makedonski						
Nemški						
Paštu						
Romski						
Romunski						
Ruski						
Španski						
Turški						
Ukrajinski						
Urdu						
Drugo, prosim dopišite:						

10. Če ste srečali tujejezične uporabnike zdravstvenih storitev, kako uspešno ste reševali te težave (če niste uporabljali navedenih načinov sporazumevanja, jih ne označujte)?

Komunikacijska strategija	Neuspešno	Delno uspešno	Uspešno
Govorili smo drug (svetovni) jezik			
Pomagal sem si s spletnimi slovarji in/ali spletnim prevajalnikom Google Translate.			
Tolmačili (prevajali) so druge osebe, ki so bile z uporabnikom			
Tolmačili (prevajali) so kolegi – zdravstveni delavci, ki govorijo ta jezik			
Tolmačili (prevajali) so drugi zaposleni v zdravstvu (ne zdravstveni delavci)			
Jaz sem govoril slovensko, uporabnik je govoril v svojem jeziku			
Poklicali smo tolmača (prevajalca)			
Poskušal sem se sporazumevati z mimiko, gestikulacijo, risanjem			
Poklicali smo po telefonu drugo osebo			
Drugo, prosim dopišite:			

11. Če ste govorili drug jezik, kateri jezik ste govorili (označite samo uporabljene jezike)?

Jezik	Izjemoma	Občasno	Pogosto
Angleški			
Francoski			
Hrvaški/srbski/bošnjaški/ črnogorski)			
Italijanski			
Nemški			
Španski			
Drugo:			

12. Če ste uporabili pomoč tolmača, označite osebe, ki so tolmačile/prevajale: Možnih je več odgovorov

- Ožji sorodniki (bratje, sestre, starši, otroci, partner)
- Širše sorodstvo (strici, tete, bratranci, sestrične ipd.)
- Prijatelji, znanci, sosedi
- Delodajalci, sodelavci
- Nisem izvedel
- Drugo, prosimo dopišite:

13. Če ste uporabili pomoč tolmača, je tolmačenje (prevajanje) drugih oseb potekalo: Možnih je več odgovorov

- Tolmač (prevajalec) je bil prisoten
- Tolmača (prevajalca) smo poklicali po telefonu
- S tolmačem (prevajalcem) smo se pogovarjali prek Skypa, Vibra ipd.
- Drugo:

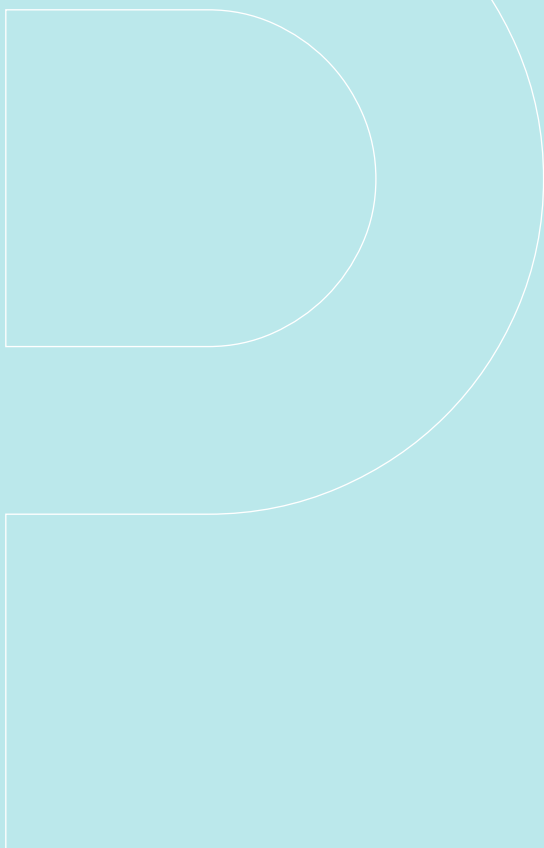
14. Če so tolmačili (prevajali) kolegi - zdravstveni delavci, je tolmačenje/prevajanje potekalo: Možnih je več odgovorov

- Tolmač (prevajalec) je bil prisoten
- Tolmača (prevajalca) smo poklicali po telefonu
- S tolmačem (prevajalcem) smo se pogovarjali prek Skypa, Vibra ipd.
- Drugo:

15. **Tolmačenje (prevajanje) drugih zaposlenih je potekalo:** Možnih je več odgovorov
- Tolmač (prevajalec) je bil prisoten
 - Tolmača (prevajalca) smo poklicali po telefonu
 - S tolmačem (prevajalcem) smo se pogovarjali prek Skypa, Vibra ipd.
 - Drugo:
16. **Kje se po vašem mnenju pojavlja največ težav v sporazumevanju z uporabniki v zdravstvu, ki ne znajo slovensko?** Možnih je več odgovorov
- Družinska medicina
 - Ginekologija
 - Kirurgija
 - Interna medicina
 - Lekarne
 - Patronaža
 - Pediatrija
 - Porodništvo
 - Psihatrija
 - Reševalni prevozi
 - Urgenca/SNMP
 - Zobozdravstvo
 - Drugo, prosimo, dopišite:
17. **Na katerem področju (poleg jezikovnega) še zaznavate težave z uporabniki, ki ne znajo slovensko?** Možnih je več odgovorov
- Odsotnost obveznega zdravstvenega zavarovanja
 - Odsotnost dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja
 - Neizbran osebni zdravnik
 - Druge administrativne prepreke pri urejanju njihovega statusa
 - Nepoznavanje zdravstvenega sistema v Sloveniji
 - Neupoštevanje naročenih terminov
 - Obisk zdravstvene ustanove brez predhodnega naročila

- Neskladje med urnikom ambulant in potrebami uporabnikov
 - Nerazumevanje navodil zdravljenja
 - Drugačne religiozne navade
 - Drugačne higienske navade
 - Drugačne prehranske navade
 - Drugačen način komunikacije
 - Drugačna spolna razmerja in vloge
 - Drugačne kulturne navade (vloga in prisotnost družinskih članov)
 - Drugo:
- 18. Kaj vam bi koristilo pri premagovanju navedenih jezikovnih in drugih ovir pri obravnavi uporabnikov, ki ne znajo slovensko? Možnih je več odgovorov**
- Usposabljanje s področja kulturnih kompetenc za delo z uporabniki, ki ne znajo slovensko
 - Uvedba medkulturnega mediatorja/tolmača
 - Večjezično orodje (priročnik, slovar, prevajalnik) za osnovno zdravstveno obravnavo
 - Informacijska podpora (mobilne aplikacije na pametnem telefonu, spletni prevajalniki ipd.)
 - Drugo, navedite:
- 19. Napišite najpogostejše zdravstvene težave (diagnoze), zaradi katerih so bili obravnavani uporabniki, ki ne znajo slovensko:**
- 20. Če nam želite karkoli posredovati, prosimo napišite. Veseli bomo, če opišete svoje izkušnje pri obravnavi uporabnikov, ki ne znajo slovensko:**

Priloga 3:
Evalvacija uporabe
*Večjezičnega priročnika
za lažje sporazumevanje
v zdravstvu*



1. Zaposleni ste kot:

- Medicinska sestra/zdravstvenik
- Zdravnik
- Zobozdravnik
- Drugo, prosimo dopišite:

2. Vaša najvišja dosežena formalna izobrazba?

- Srednja šola (4-letno izobraževanje)
- Višja/visoka
- Univerzitetna
- Magisterij
- Doktorat
- Specializacija, vpišite področje:

3. V kateri regiji delate?

- Pomurska regija
- Podravska regija
- Koroška regija
- Savinjska regija
- Zasavska regija
- Spodnjeposavska regija
- Jugovzhodna Slovenija
- Osrednjeslovenska regija
- Gorenjska regija
- Notranjsko-kraška regija
- Goriška regija
- Obalno-kraška regija

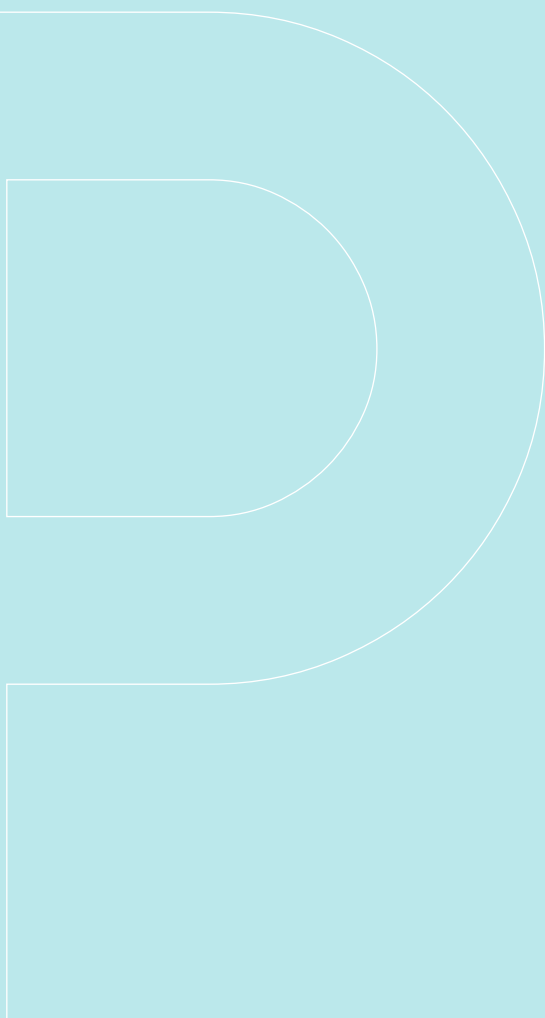
4. Delovno okolje:

- Zdravstveni dom
- Bolnišnica
- Zasebni izvajalec zdravstvenih storitev

5. **Prosimo, kratko opredelite področje svojega dela (npr. patronaža, spec. amb.):**
6. **Kako pogosto ste oziroma boste uporabili priročnik?**
- Zelo pogosto (večkrat na teden).
 - Pogosto (večkrat na mesec).
 - Občasno (večkrat na leto).
 - Izjemoma.
 - Nikoli.
7. **Katere jezike ste do sedaj največkrat uporabili (možnih je več odgovorov)?**
- Albanščino.
 - Angleščino.
 - Francoščino.
 - Arabščino.
 - Farsi.
 - Kitajščino.
 - Ruščino.
8. **Katera poglavja priročnika ste najpogosteje uporabljali (možnih je več odgovorov)?**
- 01 Sprejem.
 - 02 Simptomi.
 - 03 Bolezni.
 - 04 Alergije, zdravila, navade.
 - 05 Pregled.
 - 06 Preiskave.
 - 07 Navodila.
 - 08 Zdravje žensk in otrok.
 - 09 Duševno zdravje.
 - 10 Zobozdravstvo.

- Dodatne informacije.
 - Splošne fraze.
- 9. Ali ste naleteli na ovire in pomanjkljivosti ob uporabi priročnika?**
- Da
Če da, kakšne?
 - Ne
- 10. So piktogrami pripomogli k učinkovitejši uporabi priročnika?**
- Da
 - Ne
Če ne, prosimo za komentar:
- 11. Ali vam format in oblika priročnika ustrezata pri vašem delu?**
- Da
 - Ne
Če ne, prosimo za komentar:
- 12. Ali nam lahko svetujete, podate predloge za izboljšanje, nadgradnjo priročnika?**
- 13. Druge opombe, misli:**

Povzetek v slovenščini



VEČJEZIČNO ZDRAVJE: KOMUNIKACIJSKE STRATEGIJE IN VEČKULTURNI STIKI S TUJEJEZIČNIMI BOLNIKI V SLOVENSKEM ZDRAVSTVENEM SISTEMU

Monografija *Večjezično zdravje: komunikacijske strategije in večkulturni stiki s tujejezičnimi bolniki v slovenskem zdravstvenem sistemu* povzema rezultate projekta »Izdaja slovarja, namenjenega lažji komunikaciji migrantov z zdravstvenim osebjem«, ki ga je financiralo Ministrstvo za notranje zadeve s podporo Evropske unije iz Sklada za azil, migracije in vključevanje.¹ V okviru projekta je interdisciplinarna skupina, sestavljena iz prevodoslovc, medicinskih antropologinj, zdravnic, medicinskih sester in sociologinje, prek spletne ankete preverila, kako pogosto se zdravstveni delavci v slovenskem zdravstvenem sistemu srečujejo z uporabniki, ki ne razumejo slovenščine, s kakšnimi jezikovnimi ovirami se srečujejo in kako jih rešujejo. Spletna anketa je potekala jeseni 2016, v njej je sodelovalo 564 zdravstvenikov oz. medicinskih sester, zdravnikov, zobozdravnikov in ostalega zdravstvenega osebja (tj. fizioterapevti, defektologi, logopedi, socialni delavci, radiološki inženirji ipd.). Na osnovi rezultatov te ankete in ostalih sorodnih raziskav, je skupina izoblikovala osemjezični priročnik in izvedla 14 usposabljanj v različnih krajih Slovenije, ki se jih je udeležilo 708 posameznikov in v katerih so bili zdravstveni delavci seznanjeni s priročnikom in z različnimi strategijami reševanja medkulturnih, pravno-administrativnih in jezikovnih problemov, ki nastajajo ob stikih s tujejezičnimi uporabniki zdravstvenih storitev. Pričujoča monografija podaja kritično analizo rezultatov te ankete, opisuje potek izoblikovanja priročnika in ponuja ovrednotenje priročnika in izobraževanja, ki je potekalo po izdaji priročnika.

Monografija je razdeljena na dva večja sklopa:² v prvem, ki nosi naslov *Stiki zdravstvenih delavcev s tujejezičnimi pacienti: ovire in potrebe*, so podrobneje predstavljeni in analizirani rezultate vseslovenske ankete zdravstvenih delavcev. Ta sklop je sestavljen iz petih poglavij: v prvem poglavju Tamara Mikolič Južnič podrobneje predstavi uporabljene metode anketne raziskave in populacijo, ki jo je zajela anketa, tj. različne skupine zdravstvenih delavcev v slovenskem zdravstvu, ki se srečujejo s tujejezičnimi uporabniki zdravstvenih storitev pri svojem delu; v drugem Nike K. Pokorn analizira odgovore na vprašanja, v katerih so zdravstveni

1 V projektu so sodelovali Filozofska fakulteta (Oddelek za etnologijo in kulturno antropologijo, Oddelek za prevajalstvo), Medicinska fakulteta, Zdravstvena fakulteta Univerze v Ljubljani ter Nacionalni inštitut za javno zdravje in Zdravniška zbornica Slovenije in je bil financiran iz Sklada za azil, migracije in vključevanje EU ter Ministrstva za notranje zadeve RS. Vodja projekta je bila izr. prof. dr. Uršula Lipovec Čebren, sodelavke pa: doc. dr. Nataša Hirci, asist. Vesna Homar, Simona Jazbinšek, mag. Ajda Jelenc, red. prof. dr. Nike Kocijančič Pokorn, Tanja Korošec, doc. dr. Tamara Mikolič Južnič, mag. Marija Milavec Kapun, Sara Pistotnik, izr. prof. dr. Danica Rotar Pavlič, Mojca Vrečar, doc. dr. Erika Zelko in Tjaša Zidarič.

2 Monografijo je zasnovana tako, da jo lahko bralec bere v celoti, lahko pa tudi izbira posamezna poglavja, ki ga posebej zanimajo. Zaradi tega vsa poglavja vsebujejo temeljne elemente znanstvenega članka, za podrobnosti pa je bralec napoten na poglavja, ki se v večji meri posvečajo določeni problematiki.

delavci določili, katere tuje jezike govorijo in kako dobro jih obvladajo, katere jezike govorijo tujejezični uporabniki zdravstvenih storitev v slovenskem zdravstvenem sistemu in kateri izmed teh jezikov predstavljajo največje težave zdravstvenemu osebju v slovenskem zdravstvenem sistemu. V tem poglavju se tudi seznanimo z najpogostejšimi komunikacijskimi strategijami, tj. z načini, kako zdravstveni delavci rešujejo situacije, ko ne razumejo bolnikov in bolniki ne razumejo njih. Kot komentar rezultatom ankete so navedena tudi dognanja stroke in opozorila, kateri načini reševanja jezikovnih težav v zdravstveni oskrbi so potencialno problematični oziroma nesprejemljivi. V tretjem poglavju Marija Milavec Kapun in Nike K. Pokorn primerjata odgovore anketirancev glede na osnovni poklic v zdravstvu in doseženo stopnjo izobrazbe ter na posamezne statistične regije, v katerih delujejo. Iz rezultatov samoocen znanja tujih jezikov je razvidno, da je znanje tujih jezikov slabše pri medicinskih sestrah kot pri zdravnikih in zobozdravnikih, in sicer ne glede na doseženo stopnjo izobrazbe. Razlog za to je po vsej verjetnosti stopnja srednješolske izobrazbe, ki je zahtevana za vpis na univerzitetni študij medicine oz. zdravstvene nege. Primerjava rezultatov po regijah pa pokaže, da bližina državne (in s tem tudi jezikovne) meje le deloma vpliva na to, katere jezike govorijo neslovensko govoreči pacienti v določeni regiji, in da se večina zdravstvenih delavcev iz vseh statističnih regij srečuje predvsem s hrvaško in albansko govorečimi pacienti. V četrtem poglavju Sara Pistotnik analizira odgovore na vprašanje iz spletne ankete, v katerem so bili anketiranci pozvani, naj opredelijo, na katerem področju (poleg jezikovnega) še zaznavajo težave z uporabniki, ki ne govorijo slovensko. Odgovori anketirancev so pokazali, da največ težav, poleg jezikovnih preprek, predstavljajo pravno-administrativne ovire, med njimi tudi neurejena zdravstvena zavarovanja, saj se zdravstveno osebje ne srečuje le s prosilci za mednarodno zaščito, temveč veliko pogosteje prihaja v stik z osebami, ki imajo druge pravne statuse v Republiki Sloveniji, npr. z osebami z dovoljenjem za stalno in začasno prebivanje, sezonskimi delavci, osebami z dovoljenjem za zadrževanje, turisti in podobno. Ker so za te kategorije prebivalcev zdravstvene pravice opredeljene v več zakonih in predpisih, je bilo to področje dodatno raziskano prek analize različnih uradnih statistik in zakonodaje ter umeščeno v večjezični priročnik. V petem poglavju pa Uršula Lipovec Čebren predstavi in kritično ovrednoti anketne odgovore na vprašanja, ki so razkrivali medkulturne nesporazume, ki nastajajo v slovenskem zdravstvenem sistemu. Analiza pokaže, da zdravstveni delavci medkulturne nesporazume zaznavajo, vendar so pri njihovem reševanju – tako kot pri reševanju jezikovnih ovir – prepuščeni sami sebi. V nadaljevanju poglavja so na osnovi rezultatov ankete predstavljeni nekateri načini premoščanja nesporazumov, v zaključku pa podani ukrepi, ki bi izboljšali stik med zdravstvenim osebjem ter osebami iz drugih okolij.

Pomembnejše izsledke ankete bi lahko strnili v naslednje poudarke: jezikovne ovire so v zdravstveni obravnavi na Slovenskem vse bolj prisotne, saj kar 94 %

zdravstvenih delavcev, ki so sodelovali v spletni anketi, poroča, da ima stike s uporabniki zdravstvenih storitev, ki ne govorijo in ne razumejo slovenskega jezika. Odgovori anketirancev tudi odkrivajo, da slovenske zdravstvene ustanove nimajo vpeljanega nobenega sistemskega reševanja problemov, ki nastanejo zaradi otežene komunikacije med zdravstvenim osebjem in pacienti, ki prihajajo iz drugih kulturnih in jezikovnih okolij. Čeprav bi zdravstvenim delavcem pri premagovanju jezikovnih ovir najbolj koristili tolmači in mediatorji, v Sloveniji še ne obstajajo strokovno usposobljeni tolmači in medkulturni mediatorji za področje zdravstva. In nenazadnje, raziskava je tudi razkrila nestrpnost deleža zdravstvenih delavcev do pacientov, ki prihajajo iz drugih jezikovnih in kulturnih okolij, kar je deloma tudi posledica odsotnosti ustrezne jezikovne pomoči pri obravnavi teh bolnikov.

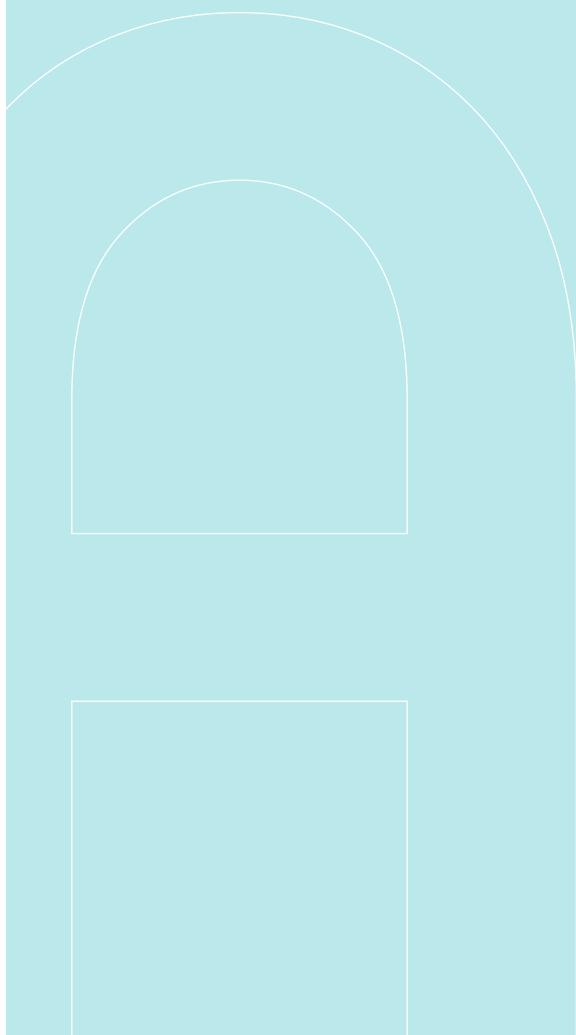
Drugi sklop monografije, ki nosi naslov *Dva koraka v smer večjezičnega zdravstva*, je usmerjen v predstavitev izoblikovanja priročnika in izobraževanja, ki je sledilo njegovi objavi. Sestavljen je iz štirih poglavij. V prvem Nike K. Pokorn obrazloži izbor osmih jezikov, v katerih je izdan priročnik. Glede na pridobljene podatke in v želji, da bi bil pripomoček uporaben za kar največ uporabnikov, je bila pri končnem izboru jezikov dana prednost tistim jezikom, ki na določenem območju delujejo kot splošnosporazumevalni jezik ali *lingua franca*: to so angleščina, arabščina, francoščina, ruščina, kitajščina in farsi. Tem jezikom je bila dodana še albanščina, ki se zarisuje kot največji jezikovni problem pri komunikaciji zdravstvenega osebja z uporabniki zdravstvenih ustanov v Sloveniji. K posameznim izrazom v knjižni albanščini so bili dodani še izrazi, ki se uporabljajo na Kosovu, in sicer v želji, da bi bil priročnik za uporabnike, ki niso vajeni knjižne albanščine, razumljivejši. V drugem poglavju Tamara Mikolič Južnič in Uršula Lipovec Čebren predstavita prevajalski proces ter terminološke in oblikovalske odločitve, ki so spremljale izoblikovanje priročnika; v tretjem poglavju Uršula Čebren Lipovec, Simona Jazbinšek, Danica Rotar-Pavlič in Vesna Homar predstavijo in ovrednotijo 14 usposabljanj zdravstvenih delavcev, ki so bila izvedena v različnih krajih Slovenije in se jih je udeležilo 708 zdravstvenih delavcev. Na osnovi analize evalvacijskih vprašalnikov udeležencev usposabljanja je mogoče sklepati, da so se ga udeležili zdravstveni delavci najrazličnejših profilov, ki so ugotavljali, da je usposabljanje izpolnilo večino njihovih pričakovanj, obenem pa so ga ocenili kot vsebinsko kvalitetno in organizacijsko dobro pripravljeno. Pomembna je tudi ugotovitev, da so številni zdravstveni delavci izrazili željo po nadaljnjem izobraževanju na tem področju. V četrtem pa Nike K. Pokorn, Nataša Hirci, Erika Zelko, Marija Milavec Kapun, Tanja Korošec, Simona Jazbinšek in Tamara Mikolič Južnič predstavijo rezultate študije uporabnosti *Večjezičnega priročnika za lažje sporazumevanje v zdravstvu*. V poglavju avtorice najprej predstavijo izvedbo in rezultate analize pisnih opažanj 216 zdravstvenih delavcev, ki so bili udeleženi v igri vlog in simulacijah uporabe *Priročnika* pri nudenju zdravstvene oskrbe, izvedenih

v okviru izobraževanj. Ti podatki so dopolnjeni z analizo odgovorov na spletno anketo, na katero so odgovorili 203 zdravstveni delavci, ki so *Večjezični priročnik* uporabili v svoji praksi. Rezultati kažejo, da so uporabniki sicer načeloma zadovoljni s priročnikom, ki pa je vseeno omejeno uporaben v zdravstvenem okolju zaradi naslednjih razlogov: odsotnost glasu in prevelik poudarek na pisni podobi ovirata ohranjanje očesnega stika med zdravstvenim delavcem in uporabnikom zdravstvenih storitev in ne omogočata kvalitetne izvedbe pregleda, obenem pa izbor vprašanj in odgovorov v priročnikih dovoljuje le najosnovnejšo oskrbo bolnika in ne zadostuje pri obravnavi kompleksnejših problemov.

Na koncu monografije je dodanih še nekaj prilog: seznam napotkov za delo s tujejezičnim uporabnikom zdravstvenih storitev, s profesionalnim tolmačem in z neprofesionalnim tolmačem. Poseben poudarek je dan tudi sedežnemu redu oz. postavitvi tolmača v prostor v zdravstvenem okolju. V prilogi se nahaja tudi anketa, ki je bila jeseni 2016 posredovana zdravstvenim delavcem, in evalvacijski vprašalnik, ki so ga izpolnili uporabniki po nekajmesečni uporabi *Priročnika*.

Rezultati projekta, ki so predstavljeni v pričujoči monografiji, kažejo, da med zdravstvenimi delavci in osebami, ki ne razumejo slovensko, nastajajo mnogi jezikovni in kulturni nesporazumi. Vse to prispeva k slabši dostopnosti zdravstvenih storitev in manj kakovostni zdravstveni obravnavi, predstavlja tveganje za varnost pacientov ter dodatno obremenjuje zdravstveno blagajno. Z izoblikovanjem večjezičnega priročnika, namenjenega slovenskemu zdravstvenemu osebju za delo z tujejezičnimi uporabniki zdravstvenih storitev, in serijo izobraževanj, namenjenih slovenskim zdravstvenim delavcem, ki so opisani in ovrednoteni v pričujoči monografiji, so sodelavke na projektu poskušale narediti korak v smer zmanjševanja tega tveganja in zviševanja kakovosti oziroma omogočanja večje dostopnosti zdravstvenih storitev.

Abstract



MULTILINGUAL HEALTH: COMMUNICATION STRATEGIES AND MULTICULTURAL CONTACTS WITH NON-SLOVENE-SPEAKING PATIENTS IN THE SLOVENE HEALTHCARE SYSTEM

Multilingual Health: Communication Strategies and Multicultural Contacts with Non-Slovene-Speaking Patients in the Slovene Healthcare System is a monograph providing an overview of the results obtained as part of the “Designing a Multilingual Aid for Better Communication of Migrants with Healthcare Personnel” project that was financially supported by the Slovene Ministry of the Interior with the help of the Asylum, Migration and Integration Fund of the European Union.¹ As part of the project, which was undertaken by an interdisciplinary team of experts in Translation Studies, medical anthropologists, doctors, nurses and a sociologist, an online survey questionnaire was designed to explore how often healthcare providers in Slovenia encounter patients who do not understand Slovene, as well as what language barriers they have to face and how they solve them. The online survey, issued in the autumn of 2016, was completed by 564 healthcare providers, i.e., nurses, doctors, dentists and other healthcare personnel (such as physiotherapists, speech therapists, social workers, radiology engineers and similar professionals). Based on the results obtained through the online survey and other similar studies, the team designed a handbook in eight languages and carried out fourteen training workshops throughout Slovenia. There were 708 healthcare providers who participated in the events. These workshops offered an opportunity to the participants to become familiar with *Multilingual Aid* and the different strategies that help solve intercultural, legal and administrative, as well as language-related problems which may arise in communication with non-Slovene-speaking patients. The present monograph provides a critical analysis of the results of the questionnaire, describes the process of designing *Multilingual Aid*, and offers an assessment of *Multilingual Aid* and the training workshops offered after its publication.

The monograph is divided into two main sections:² the first, entitled *Contacts of Healthcare Providers with Non-Slovene-Speaking Patients: Barriers and Needs*, provides a detailed analysis of the results of an all-Slovene questionnaire addressing healthcare providers.

1 The project was co-funded by the Faculty of Arts (Department of Ethnology and Cultural Anthropology, Department of Translation), the Faculty of Medicine and the Faculty of Health Sciences at the University of Ljubljana, the National Institute of Public Health and the Medical Chamber of Slovenia and was financed by the EU Asylum, Migration and Integration Fund and the Ministry of the Interior of the Republic of Slovenia. Project co-ordinator: Dr Uršula Lipovec Čebren. The team: Dr Nataša Hirci, Vesna Homar, Simona Jazbinšek, Ajda Jelenc, Dr Nike Kocijančič Pokorn, Tanja Korošec, Dr Tamara Mikolič Južnič, Marija Milavec Kapun, Sara Pistočnik, Dr Danica Rotar Pavlič, Mojca Vrečar, Dr Erika Zelko and Tjaša Zidarič.

2 The monograph is designed in such a way that the reader can read it as a whole, or they can select individual chapters that are of particular interest to them. For this reason, all chapters contain the basic elements of a scholarly article; however, for further details, the reader is referred to chapters which focus in more detail on specific issues.

This section consists of five chapters. In Chapter One, Tamara Mikolič Južnič gives a detailed overview of the methods applied in the questionnaire study and of the population it addressed, i.e., the different groups of healthcare providers in Slovene healthcare who, as part of their regular work, encounter non-Slovene-speaking patients. In Chapter Two, Nike K. Pokorn provides an analysis of responses on the foreign languages spoken by healthcare providers, their perception of how well they speak these languages, which languages are used by their patients, and which of those languages pose the greatest challenges in communication with non-Slovene-speaking patients. This chapter also offers guidelines for the most frequently used communication strategies, i.e., ways of solving situations where healthcare providers do not understand their patients and vice versa. The commentary on the results of the survey also takes into account the latest findings in the profession related to this topic and draws attention to those problem-solving strategies which are potentially problematic or unacceptable. In Chapter Three, Marija Milavec Kapun and Nike K. Pokorn analyse the survey responses according to the respondents' healthcare profession, their educational background and the area in which they work. It is evident from the results of their self-assessment of their knowledge of foreign languages that, regardless of the attained level of education, nurses have a lower foreign-language competence compared to doctors or dentists. The reasons for this are most likely related to the level of high school education which is a pre-requisite for enrolling in university-level studies in the area of medicine or healthcare. A comparison of the results shows that the proximity of national (and thus also linguistic) borders has only a partial impact on the language spoken by non-Slovene-speaking patients in a particular region, and that the majority of healthcare providers in all areas mainly encounter Croatian- and Albanian-speaking patients. In Chapter Four, Sara Pistotnik provides an analysis of the results of an online survey intended for healthcare providers to identify other areas (in addition to language) that pose a challenge in communicating with patients who do not speak Slovene. The results have shown that, besides language barriers, it is mostly legal and administrative problems that present the greatest challenge, including inadequate healthcare insurance. It is not only asylum seekers that are encountered by healthcare providers; much more frequently they come into contact with patients who have other legal statuses in the Republic of Slovenia, i.e., persons with a permanent or temporary residence permit, seasonal workers, persons with a retention permit, tourists and the like. Since healthcare rights for these categories of residents are defined in various laws and regulations, this particular area was also included in *Multilingual Aid*. In Chapter Five, Uršula Lipovec Čebroň gives a critical assessment of the survey responses to intercultural misunderstandings which arise in the Slovene healthcare system. The analysis has shown that healthcare providers are aware of intercultural misunderstandings, but are left with no support when solving these or language-related problems. Based on the results of the responses, some strategies

to overcome intercultural misunderstandings are provided and some measures are suggested to help improve contact between healthcare providers and people from other backgrounds.

The most important findings can be summarised as follows: language barriers are increasingly present in healthcare situations in Slovenia, since 94% of healthcare providers who participated in the online survey report having contact with patients who do not speak or understand any Slovene. Their responses have also revealed that healthcare institutions in Slovenia have so far failed to introduce any systemic solution addressing the difficulties in communication between healthcare providers and patients coming from different cultural and linguistic backgrounds. Although healthcare providers would benefit most from the help of interpreters and mediators when dealing with linguistic barriers, there are no interpreters or intercultural mediators trained in healthcare. Last but not least, the survey results also revealed a degree of intolerance among some healthcare providers towards patients coming from different linguistic and cultural backgrounds, which is partly due to inadequate language support when treating such patients.

The second part of the monograph, entitled *Two Steps Towards Multilingual Healthcare*, aims to introduce the development of *Multilingual Aid* and the training workshops organised after its publication. It comprises four chapters. In Chapter One, Nike K. Pokorn explains the reasons for the selection of the eight languages in which *Multilingual Aid* is published. Based on the data obtained, and given our wish to have *Multilingual Aid* used by as many users as possible, priority was given in the final selection to those languages which are used as a *lingua franca* in certain areas, such as: English, Arabic, French, Russian, Chinese and Farsi. The Albanian language was added to the chosen selection, since it seems to be posing the greatest challenges in communication between healthcare providers and their patients in Slovenia. In addition to individual expressions in Standard Albanian, some expressions that are typically used in the Kosovo region were added, specifically, because we wished to make *Multilingual Aid* more user-friendly and understandable to those who do not use Standard Albanian on a regular basis. In Chapter Two, Tamara Mikolič Južnič and Uršula Lipovec Čebtron discuss the translation process, terminological issues and design-related decisions taken when developing *Multilingual Aid*. In Chapter Three, Uršula Čebtron Lipovec, Simona Jazbinšek, Danica Rotar-Pavlič and Vesna Homar first describe and then provide an assessment of the fourteen training workshops for healthcare providers that were carried out in different parts of Slovenia and were attended by 708 participants. Based on the analysis of the evaluation of questionnaires administered to the participants, it can be concluded that healthcare providers from a variety of profiles who attended the training reported that most of their expectations were met. The participants also commended the quality and organisation of the workshops. What is also important to note is that many healthcare providers expressed

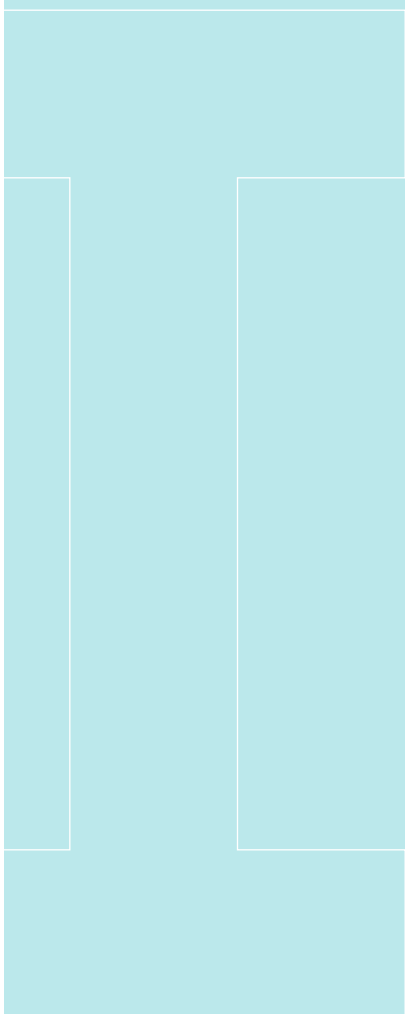
a wish for further training and education in this field. In Chapter Four, Nike K. Pokorn, Nataša Hirci, Erika Zelko, Marija Milavec Kapun, Tanja Korošec, Simona Jazbinšek and Tamara Mikolič Južnič provide the results of the usability study on *Multilingual Aid for Better Communication of Migrants with Healthcare Personnel*. The authors first present the implementation and results of the analysis of the written observations produced by the 216 healthcare workers who were involved in role playing and simulations using *Multilingual Aid* when offering healthcare services. These simulations were carried out during the course of the training workshops. Added to this data were the responses to an online survey completed by 203 healthcare providers who actually use *Multilingual Aid* in their practice. The results show that the users are, in general, quite satisfied with *Multilingual Aid*. However, *Multilingual Aid* can only be used to a limited extent in healthcare situations because absence of voice and over-reliance on the written format hinder eye contact between the healthcare provider and their patient and because they do not allow for a quality and thorough medical examination. In fact, the selection of questions and answers in *Multilingual Aid* allows only the most basic treatment and does not offer sufficient support in more complex situations.

Several appendices are also provided at the end of the monograph: a list of guidelines for working with non-Slovene-speaking patients, both with a professional interpreter and with a non-professional or an ad-hoc interpreter present. Special attention is paid to the seating arrangement or the positioning of the interpreter in healthcare settings. Also in the Appendix are the questionnaire sent to healthcare providers in the autumn of 2016 and the evaluation questionnaire completed by healthcare providers after having used *Multilingual Aid* for several months.

The results of the project, which are presented in the monograph, show that many linguistic and cultural misunderstandings arise in communication between healthcare providers and patients who do not understand Slovene. All this can result in poor access to healthcare services and treatments, posing a risk for the safety of patients and entailing an additional burden for the health insurance budget. By designing *Multilingual Aid* in hopes of ensuring better communication between healthcare providers and patients who do not speak Slovene, and by providing the series of training sessions for healthcare providers described and assessed in the present monograph, the project team tried to take a step towards reducing the risk of miscommunication – a reduction that would increase the quality of healthcare services and facilitate improved access to these services.

Translated by Nataša Hirci

Imensko kazalo



A

Albrecht, Tit 71
 Angelelli, Claudia V. 171

B

Bagaglia, Carlotta 114
 Barker, Judith C. 84
 Beach, Mary Catherine 128–129
 Benson, Peter 128–129
 Berman, Anthony C. 149
 Bešter, Romana 79, 85, 114
 Bofulin, Martina 79, 85, 114
 Bombač, Lea 79
 Bond, Michael H. 150
 Brovč, Majda 79, 114

C

Cai, Duan-Ying 128
 Calavita, Kitty 79
 Castañeda, Heide 79
 Chiarenza, Antonio 79, 87, 114
 Chutka, Darryl S. 149
 Cylus, Jonathan 71

Č

Čibej, Jaka 40, 97

D

Diallo, Ana F. 128
 Diamond, Lisa 40, 49, 63
 Duggan, Ashley P. 149
 Durieux-Paillard, Sophie 64

E

Elzinga, Robert H. 150
 Epstein, Leon 79
 Erjavec, Karmen 64
 Ezzy, Douglas 167

F

Farkaš-Lainščak, Jerneja 114, 129
 Fernandez, Alicia 49

Fleischer, Steffen 149
 Flores, Glenn 41
 Fuchs, Oliver 148
 Fung, Cha-Chi 171

G

Galanti, Geri-Ann 83
 Giannoni, Margherita 79
 Goldade, Kathryn 79
 Good, Byron 128
 Gorjanc, Vojko 31, 41, 43, 107
 Gosenca, Karmen 79, 87
 Greatbatch, David 149
 Gregg, Jessica 128–129

H

Haffner, Linda 171
 Hall, Edward T. 150
 Hannouna, Yasmin H. 41
 Harcet, Marjana 84
 Hilliard, Robert 171
 Hirci, Nataša 9, 12, 145, 146
 Hlavac, Jim 42
 Homar, Vesna 9, 12, 126, 144–145
 Horton, Sarah 84
 Hsieh, Elaine 43

I

Ingleby, David 79, 114

J

Jacobs, Elizabeth A. 49
 Jazbinšek, Simona 9, 11–12, 79, 126,
 146
 Jelenc, Ajda 9, 145
 John-Baptiste, Ava 44
 Jordan, Zoe 149

K

Kadric, Mira 41
 Kalčič, Špela 84
 Kale, Emine 64

Kang, Kyung-ja 150
 Kleinman, Arthur 84, 128–129
 Kocijančič, Nike Pokorn (gl. Pokorn,
 Nike Kocijančič)
 Kohn, Fay 41
 Komai, Hiroshi 150
 Korošec, Tanja 9, 12, 144–145, 146
 Kos, Suzana 42
 Kroke, Katja 64
 Kumaş-Tan, Zofia 80

L

LaFrance, Marianne 150
 Lange, Jean W. 85
 Langer, Thorsten 64
 Langewitz, Wolf A. 149
 Lesch, Harold M. 41
 Liamputtong, Pranee 167
 Like, Robert C. 79
 Lindholm, Mary 45
 Lion, K. Casey 40
 Lipovec Čebrown, Uršula 9, 11, 13,
 45, 71, 78–80, 82, 84, 86, 102,
 106, 114, 118, 126, 128–129,
 144–145
 Louckx, Freddy 86
 Lynch, Jessica 44

M

Majo, Clara 150
 Makoul, Gregory 149
 Margalit, Ruth S. 149
 Maurer, Maureen 149
 McCabe, Catherine 149
 McGrath, Jacqueline M. 128
 Meuter, Renata F. I. 63
 Meyer, Bernd 41
 Mikolič Južnič, Tamara 9–12, 16,
 106, 145, 146
 Milavec Kapun, Marija 9–10, 12, 48,
 64, 144–145, 146
 Miyamasu, Flaminia 113

Mladovsky, Philipa 79
 Morel, Alenka 31, 41
 Muaygil, Ruaim A. 80, 128–129
 Mutius, Erika von 148

N

Nestel, Debra 150
 Newell, Stephanie 149
 Nicolai, Thomas 148–149

O

Olišarová, V ra 79

P

Palaić, Tina 79
 Parrott, Roxanne L. 149
 Paxton, Georgia 171
 Pirih Svetina, Nataša 42
 Pistotnik, Sara 9–10, 66, 71, 79,
 144–145
 Pöchhacker, Franz 41
 Pokorn, Marko 118
 Pokorn, Nike Kocijančič 9–13, 30,
 40–41, 43, 48, 94, 97, 107, 145,
 146, 150, 170–171
 Pulido-Fuentes, Montserrat 80, 128
 Pym, Anthony 31

Q

Quan, Kelvin 44

R

Rahman, Aminur 149
 Rajgelj, Barbara 71
 Rechel, Bernd 79
 Rivera, Maria I. 171
 Robinson, Dawn T. 150
 Rosse, Floor van 49
 Rotar-Pavlič, Danica 9, 12, 126, 129,
 144–145
 Rupnik Vec, Tanja 150

S

- Saha, Somnath 128–129
 Saulse, Bernice 41
 Schimmel, Annemarie 84
 Selič, Polona 149–150
 Soondar, Jordan 171
 Soto, Christy 40
 Srivastava, Ranjana 41
 Syed, Hammad Raza 64

Š

- Škraban, Juš 84

T

- Tasnim, Saria 149
 Thijs, Jan D. ten 42
 Tierney, Tanya 150

V

- Verrept, Hans 86–87
 Vrečar, Mojca 9

W

- Wadensjö, Cecilia 171
 Watson, Michael O. 150
 Wellard, Sally 149
 Wiener, Ethan S. 171
 Wolz, Michael M. 49, 63

Y

- Yardley-Matwiejczuk, Krysia M. 150
 Yu, Mi 150

Z

- Zelko, Erika 9, 12, 144–145, 146
 Zidarič, Tjaša 9

