

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 prekarinih 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 znanke, 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:

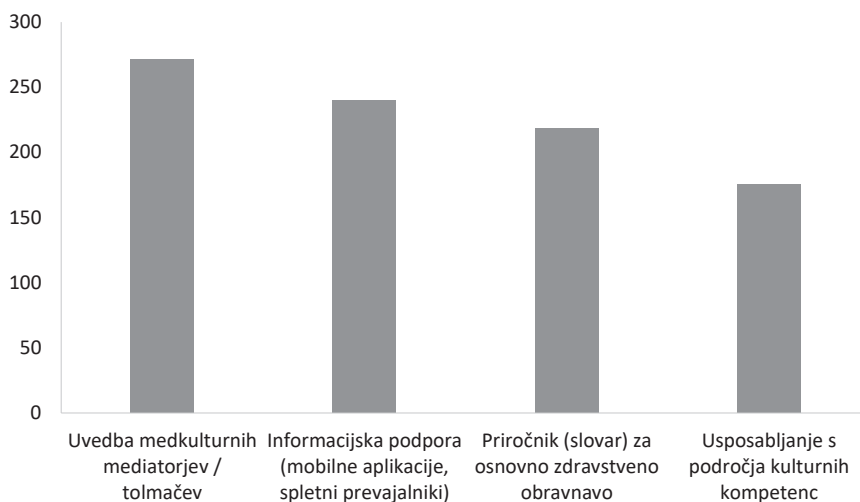
Zakrito žensko, angleško govorečo, smo naročili po delovnem času, a vseeno smo bili tudi zaposleni šokirani ob njenem prihodu. Priznam, da sem, ko sem jo videla, čisto zmrznila. Šele ko smo spoznali njo in njenega moža, smo videli, da se nimamo česa bati ... spoznali smo, kakšne predsodke smo imeli.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