

»KO NUJNO POSTANE NENUJNO« Raziskovanje zdravstvenih vidikov migracije v Sloveniji¹

Izvirni znanstveni članek | 1.01
Datum prejema: 29. 5. 2017

Izvleček: Prispevek se sprva ukvarja z raziskovanjem zdravstvenih vidikov migracij in pri tem izpostavlja nekatere šibkosti, ki jih kažejo določena dela na tem področju. V nadaljevanju avtorica predstavi kvalitativno raziskavo, ki je potekala v okviru projekta *Skupaj za zdravje* in nekatere rezultate raziskave, ki se nanašajo na osebe z izkušnjo migracije. Pri tem analizira določene ovire, s katerimi se ti prebivalci/-ke soočajo pri dostopanju do zdravstvenega sistema in v njem. V zaključku so predstavljene v projektu nastali poskusi premoščanja omenjenih ovir.

Ključne besede: migracije, zdravstvo, Slovenija, zdravstveni vidiki migracij, dostop do zdravstvene oskrbe

Abstract: Initially exploring research on the health aspects of migration, the text highlights some of the weak points in this area. The author then presents a qualitative study that was carried out within the program titled *Together for Health* as well as some of the findings relating to people with migration experience. Analyzed are certain obstacles that they have to face when assessing the health care system, and once they are already within it. In conclusion, the article presents certain attempts, which have emerged in the course of this program, at bridging these obstacles.

Key Words: migrations, health care, Slovenia, health aspects of migration, access to health care

Moški v štiridesetih pride na urgenco zaradi zelo močnih bolečin v predelu želodca, večkrat na dan bruha, že dva dni nič ne jé. Pred enim letom je v Sloveniji dobil status begunca, zato ima urejeno zdravstveno zavarovanje. Poleg maternega jezika tekoče govori francosko, pozna osnove angleščine, v slovenščini pa se zelo težko izraža. Na urgenco pride sam in dlje časa čaka, intravenozno mu dajo protibolečinska zdravila in ga po pregledu odpustijo. Ne razume, kaj mu je zdravnik povedal, tudi v slovenščini napisana odpustnica je zanj povsem nerazumljiva. Bolečina se čez noč vrne v še hujši obliki, zato naslednji dan spet odide na urgenco, tokrat v spremstvu prijatelja, ki mu za silo prevaja. Dobi isto zdravilo in je čez nekaj ur ponovno odpuščen, tokrat mu zdravnik napiše napotnico za specialistično obravnavo na gastroenterološki kliniki z oznako nujno, ob tem pa mu reče, naj ne hodi vsak dan na urgenco. Ne on ne prijatelj ne razumeta, kako naj ravnata. Noben od njiju ne pozna zdravstvenega sistema v Sloveniji, ne upata pa si vprašati za več informacij. Ponoči se bolečina ponovi. Moški pokliče na pomoč še druge prijatelje, ključno sem med njimi tudi sama. Ko ugotovimo, da ima napotnico za gastroenterološko kliniko, je že prepozno, saj bi moral biti tam sprejet do 15. ure. Ponovno ga odpeljemo na urgenco, kjer spet dobi napotnico za specialistično obravnavo na kliniki, kamor ga znanka odpelje naslednje jutro. Kmalu dobi ustrezno zdravljenje (Ustni vir 1).

Ženska v tridesetih kot ginekologinja pogosto obravnava prošilke za mednarodno zaščito. Svoje delo poskuša opravljati čim bolj strokovno, a priznava, da to pogosto ni mogoče – zna slovensko, angleško in osnove hrvaškega jezika, zato se z njimi, če ne govorijo nobenega od teh jezikov, ne more sporazumevati. Tolmačke so redko prisotne. Moti jo, da teh žensk ne razume, ne pozna njihovih navad, pogosto ima občutek, da se jim ne zna pravilno približati. Še bolj jo frustrirajo birokratski zapleti ob pregledih teh pacientk – čeprav imajo po zakonu pravico do nujnega zdravljenja, opaža, da jim tega ni vedno mogoče zagotoviti. Prihaja do situacij, »ko nujno postane nenujno«, saj nekateri njeni kolegi nekaj, kar bi lahko razumeli kot nujno, razumejo kot nenujno. Zaplete se tudi pri bolj enostavnih zadevah – na primer pri kontracepciji, ki prošilkam za mednarodno zaščito po zakonu pripada brezplačno. Če te pacientke želijo kontracepcijo, ne morejo priti k njej v času rednega obratovanja ambulante, ker je ta rezerviran le za pacientke z zdravstvenim zavarovanjem. Če bi jih obravnavala v tem času, bi zaradi poostrelega nadzora Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije lahko imela težave. Če prošilke za mednarodno zaščito napoti na urgenco, tam ne bodo dobile kontracepcijskih tabletk, saj to ne spada pod nujno medicinsko pomoč. Ena možnost je, da po izteku svojega delavnika poišče prazno ambulanto, kjer v računalnik zabeleži, da je na podlagi »azilne kartice« zunaj rednega dela opravila ginekološki pregled. Druga pa je, da kljub vsemu to osebo sprejme v času svoje redne ambulante, a njen obisk prikrije, ga ne zabeleži. Ve, da je to tvegano, a tako počnejo tudi drugi zaposleni in zaposle-

¹ Za temeljit pregled besedila in mnoge konstruktivne pripombe se zahvaljujem Sari Pistotnik, Jani Šimenc in Denisu Oprešniku.

* Uršula Lipovec Čebtron, dr. kulturne antropologije, doc. za področje kulturne in socialne antropologije, Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, Oddelek za etnologijo in kulturno antropologijo, Aškerčeva 2, 1000 Ljubljana; ursula.lipovec@gmail.com.

ne, obenem pa se ji zdi ta način bolj skladen z zdravniško etiko (Ustni vir 2).

Situacije, ki sem jih povzela iz pogovorov s svojim sogovornikom in sogovornico, nakazujejo množstvo ovir, s katerimi se pri iskanju zdravstvene oskrbe v Sloveniji spoprijemajo tako osebe z izkušnjo migracije kot zdravstveno osebje. Mnoge od teh situacij so lahko bolj dramatične in imajo še bolj negativne učinke na zdravje posameznika/-ce: od zavrnitev zdravstvene oskrbe osebam v kritičnih stanjih in nezdravljenja težjih kroničnih bolezni, do nepravilno postavljenih diagnoz in jemanja napačnih zdravil. Če jih postavimo v širši kontekst, niso ti dogodki nič novega, saj je v Sloveniji vse od začetka 90. let prejšnjega stoletja opazno drsenje iz socialne v postsocialno državo (Inda 2006), v kateri postajajo javne storitve, vključno z javnim zdravstvom, vse bolj pogojevane in težje dostopne (Leskošek 2013, 2016). Prav tako ne moremo trditi, da so opisani dogodki izjemni: hierarhizacija in selektivnost v dostopu do zdravstvenih pravic zadeva vse širši krog prebivalcev/-k, pri čemer je mogoče pri osebah z migrantsko izkušnjo, ki živijo v negotovih statusih, ovire le lažje zaznati, saj so običajno bolj intenzivne in številčnejše (Fassin 2004: 204).

V prispevku puščam ob strani razmišljanja o širših družbenoekonomskih procesih, ki so v ozadju spreminjanja slovenskega zdravstvenega sistema (Lipovec Čebtron 2011), obenem pa tudi kontekstualiziranje zdravstvenih pravic oseb z migracijsko izkušnjo v zdravstveni sistem Slovenije (Lipovec Čebtron idr. 2015b), saj sem o tem že pisala drugje. V prvem poglavju se ukvarjam z določenimi vidiki raziskovanja zdravstvenih vidikov migracij in navajam nekatere šibkosti, ki jih kažejo določena strokovna in znanstvena dela na tem področju. V nadaljevanju se osredotočam na stanje v Sloveniji ter predstavljam kvalitativno raziskavo, ki je potekala v okviru projekta *Skupaj za zdravje – Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju*.² Glede na to, da so bile osebe z izkušnjo migracije v tej raziskavi najpogostejše omenjene kot »ranljiva« skupina v zdravstvenem smislu, v zadnjem poglavju natančneje analiziram ovire, ki so jih v omenjeni raziskavi poudarili sogovorniki/-ce. Prispevek sklenem z razmislekom o nekaterih dilemah tovrstnega projektne delu ter s predstavivijo poskusov premoščanja opisanih ovir.

Raziskovanje zdravstvenih vidikov migracije

Iz strokovne in znanstvene literature (Koehn in Saniola-Rodriguez 2005; Calavita 2005; Mladovsky 2007a: 10, 2007b: 1; Giannoni in Mladovsky 2007; Castañeda 2008, 2009; Castañeda idr. 2015; Goldade 2009; Like 2011; Ingleby idr. 2012; Rechel idr. 2013; itn.) nedvomno iz-

haja, da je nepregledna množica oseb, ki jih imenujemo migranti/-ke in/ali begunci/-ke v zdravstvu izpostavljena številnim oviram. Raziskave poudarjajo, da se njihovo zdravje zaradi različnih oblik izključevanja v novem okolju slabša, pri tem pa imajo ključno vlogo zaostrene migracijske politike, ki množice oseb z izkušnjo migracije dolga obdobja ohranjajo v negotovih statusih ter strahu pred deportacijo. Kolikor bolj negotov je njihov status, toliko težje so ovire pri dostopu do zdravstvene oskrbe.

Ob tem pa je treba poudariti nekaj pogostih pomanjkljivosti v raziskavah zdravstvenih vidikov migracije. V njih pogosto zaznamo samoumevno rabo besed migranti, begunci, pri čemer se avtorji/-ice le redko vprašajo o ustreznosti izrazov. Ob uporabi izraza »migranti« ali »begunci«, se pogosto pozablja, da gre pravzaprav za kategoriji, ki ju definirajo oblastne strukture z namenom, da bi na eni strani vzpostavljale problematično ločnico med »begunci« in »ekonomskimi« migranti. Na drugi strani pa so v eno od obeh kategorij homogenizirane izrazito raznorodne skupine ljudi, ki so v povsem različnih življenjskih situacijah, z zelo različnimi izkušnjami in v različnih pravnih statusih (od ilegaliziranih migrantov, prosilcev za mednarodno zaščito in beguncev ali oseb z začasnim in s stalnim prebivališčem oziroma državljanstvom). Množice oseb, ki so se po naključju skupaj znašle v azilnih domovih, centrih za tujce ali begunskih taboriščih, bi lahko, skupaj z Malkki, imenovali naključne skupnosti spomina, saj so v določeni situaciji povezani ljudje, ki se v svojem običajnem življenju ne bi srečali (Malkki 1997: 92). Vendar pa je treba poudariti, da se te skupnosti ne ujemajo z nobeno etnološko znano skupnostjo in kot take običajno niso artikularne (Malkki 1997: 89). Ravno zato je težko brez velikega zadržka posplošeno govoriti o njihovem zdravju. Naslednja težava so zdravstveni podatki. Nacionalne raziskave zdravstvenega stanja prebivalstva posameznih evropskih držav so večinoma utemeljene na homogenih vzorcih, zaradi česar ne pridobijo podatkov o zdravju t. i. migrantov/-k, beguncev/k oziroma etničnih manjšin. Čeprav v določenih državah (Avstraliji, Kanadi in Združenih državah Amerike) epidemiološke podatke pridobivajo tudi na podlagi etnične pripadnosti, je v Evropi to redkost. Položaj še bolj zaplete dejstvo, da so etnične manjšine (med katere pogosto spadajo osebe z izkušnjo migracije) običajno slabo odzivne za epidemiološke raziskave. To velja posebno v primerih, če med njimi živijo ilegalizirani migranti, ki se zaradi strahu pred deportacijo izogibajo posredovanju kakršnihkoli podatkov državnim ustanovam. Tudi drugi metodološki pristopi, ki izhajajo iz pridobivanja informacij na podlagi priimkov, se kažejo kot vprašljivi, saj ne ločijo med posameznimi kategorijami migrantov/-k, beguncev/-k oziroma njihovim legalnim statusom (Mladovsky 2007a: 10, 2007b: 1; Rechel idr. 2013). Kljub temu da so epidemiološke raziskave potrebne, če želimo bolje razumeti učinke migracijskih politik in vpliva novega okolja na zdravje teh

² Projekt, financiran s sredstvi Norveškega finančnega mehanizma 2009–2014, je na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje potekal med letoma 2013 in 2016. Več na povezavi: <http://www.skupajza-zdravje.si/projekt/>.

oseb, pa so opisana prizadevanja etično sporna, saj lahko prispevajo k še večjemu biopolitičnemu nadzoru nad njimi. Druge pomanjkljivosti izhajajo iz konceptualnih šibkosti. Čeprav je število znanstvenih prispevkov o zdravstvenih vidikih migracije v zadnjih letih izrazito naraslo, pa številni ohranjajo relativno ozek fokus in se osredotočajo na vedenjske in kulturne vidike, redkeje pa na strukturne. Medicinska antropologinja Heide Castañeda skupaj z drugimi raziskovalci (Seth M. Holmes, Daniel S. Madrigal, Maria-Elena De Trinidad Young, Naomi Beyler in James Quesada) na podlagi strokovnih in znanstvenih raziskav v ZDA ugotavlja, da se večina teh prispevkov osredotoča na posameznikovo vedenje in njegove izbire (raziskujejo, na kakšen način prebivalci/-ke z izkušnjo migracije uporabljajo posamezne storitve zdravstvenega sistema, koliko se udeležujejo presejalnih testov, do katere mere je njihov življenjski slog tvegan za razvoj raka in drugih kroničnih bolezni idr.). V teh besedilih ključno mesto zaseda individualizacija odgovornosti za lastno zdravje in zdravstvena tveganja, spregledan pa je pomen socialnih, kulturnih, ekonomskih in političnih dejavnikov, ki ključno določajo posameznikovo vedenje (Castañeda idr. 2015: 378–379). Tako so, na primer, prezrte posledice vse bolj selektivnih politik na trgu dela, poostrelega nadzora na mejah in težje dostopnosti dovoljenj za bivanje, ki ključno vplivajo na odnos določene osebe do svojega zdravja ter zdravstvenih programov in ustanov. Naslednji najpogostejši pristop se osredotoča na vprašanje, kako kulturne značilnosti oblikujejo vedénje ter vplivajo na dojetanje tveganj za zdravje. Kot ugotavljajo avtorji/-ice, tovrstne raziskave koncept kulture pogosto uporabljajo na površen in stereotipen način, pri čemer sta kultura in etničnost običajno sopomenki, odnosi med člani posamezne skupnosti pa dojeti statično. Temeljna premisa tega pristopa je akulturacijska; osebe z izkušnjo migracije naj bi svoje vedénje vse bolj prilagajale večinskemu prebivalstvu in pri tem postopoma opuščale vse več elementov svoje kulture, ki ima – po mnenju večine raziskav – negativne učinke na njihovo zdravje. Če k tej akulturacijski logiki dodamo še dejstvo, da večinsko prebivalstvo – v nasprotju z migrantskimi skupnostmi – nikoli ni opisano s kulturnimi značilnostmi, postane jasno, da smo priča nevarnemu etnocentrizmu (Castañeda idr. 2015: 278–390). Poleg tega ta pristop predvideva, da članstvo v določeni etnični skupnosti določa individualno ravnanje v zvezi z zdravjem ter – tako kot prejšnji pristop – prelaga celotno odgovornost na posameznika, ki naj bi imel možnost izbire med (manj zdravim) vedénjem svoje etnične skupine ter (bolj zdravimi) praksami večinskega prebivalstva. Najmanj zastopan je način, ki se osredotoča na strukturne dejavnike, pri čemer se raziskave osredotočajo bodisi na dostop do zdravstvenih ustanov bodisi na vpliv, ki ga ima na zdravje migrantov pravni status (vključno z življenjskimi in delovnimi razmerami ter posledicami detencije in deportacije). Nekatere od teh študij so makro-

družbeno usmerjene in raziskujejo vpliv širših družbenih, političnih in ekonomskih dejavnikov, vključno z nacionalnimi in lokalnimi politikami, pri tem pa dokazujejo, da so osebe z izkušnjo migracije pogosto izključene iz dostopa do družbenih virov oziroma se spoprijemajo s podobnimi izzivi kot revno temnopolto prebivalstvo v ZDA. Čeprav ta način razkriva številne ravni neenakosti v zdravju in zdravstvu, pa so po mnenju avtorjev/-ic problematične tiste raziskave, ki zanemarjajo, da do izključevanja ne prihaja le v zdravstvenem sektorju, temveč se pojavljajo v širšem družbenem kontekstu (Castañeda idr. 2015: 281–282).

Raziskave v Sloveniji

SI (Slovenija) si skoraj z ničimer ne prizadeva, da bi pacienta, ki je na novo prišel v to državo, vključila v zdravstveni sistem, ga usmerjala in poskušala nasloviti njegove specifične potrebe. Slovenske zdravstvene politike so med vsemi 38 državami, ki jih je obravnaval MIPEX, druge najšibkejše ter podobno kot HR (Hrvaška) in LV (Latvija) veliko pod povprečjem Srednje Evrope. Pacientom, ki so prišli v državo, so na voljo le informacije o zakonskih pravicah in, če imajo srečo, jim je na voljo tolmač. Vendar pa so v praksi lahko tudi te načeloma naklonjene zakonske pravice nedostopne zaradi samovoljnih odločitev izvajalcev zdravstvenih storitev in zahtev po dokumentaciji. (Spletni vir 1)

Zgornja navedba je del poročila, ki je nastalo v okviru projekta *Kazalniki politik integracije migrantov* (MIPEX), v katerem so med 38 državami na kvalitativen in kvantitativen način primerjali zdravstvene politike in dostop do zdravstvenega sistema za različne skupine oseb z izkušnjo migracije. Čeprav bi bili kot antropologi/-inje lahko zadržani do metodologije pridobivanja podatkov za omenjeno poročilo, pa navedena kritika ni neutemeljena. Načrtovalci zdravstvenih politik v Sloveniji so prisotnost oseb z izkušnjo migracije sistematično zapostavljali. Morda zato, ker so ponotranjili predstavo, da je Slovenija za migrante/-ke tranzitna država, kjer so osebe z migracijsko izkušnjo tako maloštevilne in geografsko razpršene, da bi bili posebni ukrepi brez smisla. Še bolj verjetno pa zato, ker so sledili prej opisani akulturacijski logiki, po kateri se bodo prepričanja in prakse teh oseb stopile z večinskim prebivalstvom in jim zato ni treba namenjati posebne pozornosti. Če je v slovenskih zdravstvenih politikah nevidnost teh prebivalcev lažje razumeti (a vseeno težko sprejeti), pa ni enostavno dojeti, zakaj zdravstveni vidiki migracij ostajajo tako nepriljubeno raziskovalno področje. Redke raziskave se ukvarjajo predvsem s strukturnimi dejavniki, natančneje z različnimi ovirami v dostopu do zdravstva: nekatere avtorice so analizirale negativne učinke življenjskega in delovnega okolja na zdravje delavcev migrantov (Brovc idr. 2009), jezikovne ovire v dostopu do zdravstvene oskrbe (Bofulin in Bešter 2010), različne vidike izključevanja

v dostopu do zdravstvenega sistema in v njem (Lipovec Čebtron 2010, 2011; Lipovec Čebtron in Pistotnik 2015b, 2017b). Med nedavnim množičnim prihodom oseb skozi begunski koridor pa je skupina zdravnikov ob zdravstvenem pregledu beležila epidemiološke podatke prosilcev/-k za mednarodno zaščito³ (Bombač idr. v tisku). Zdi se, da je množičen prehod beguncev/-k čez ozemlje Slovenije povzročil nekatere spremembe na tem področju, ki niso zgolj negativne (rezalna žica na meji, povečana pooblastila vojske in policije, povečana ksenofobija in rasizem itd.). Opaziti je namreč vrsto projektov, ki se delno ali v celoti⁴ ukvarjajo z zdravstvenimi vidiki migracij ter oblikovanjem pobud, ukrepov in programov, ki bi pomagali premoščati ovire v dostopu do zdravstvenega sistema. Eden od projektov, ki je morda vplival na večjo prepoznavnost tega področja, je projekt *Skupaj za zdravje – Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju*, ki je med letoma 2014 in 2016 potekal na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje (NIJZ). Projekt je bil sprva načrtovan kot dopolnitev že obstoječih preventivnih programov in ni predvideval raziskav in/ali ukrepov, ki bi se osredotočali na osebe z izkušnjo migracije ali na etnične manjšine. Kljub temu pa je bilo v projektu načrtovano, da bi dopolnjeni programi izboljšali vključevanje »ranljivih« skupin. Projektna skupina se je zato odločila za kvantitativno raziskavo, v kateri je raziskala, kdo v določenem lokalnem okolju velja za »ranljivo« skupino, katere so njihove zdravstvene potrebe, s katerimi ovirami se najpogosteje srečujejo ter kako jih premoščajo. Raziskavo, ki je potekala v dveh fazah (junij–

julij 2014 ter avgust–september 2014) v osmih krajih,⁵ je opravilo 14 raziskovalk.⁶

Iz 68 intervjujev, v katere je bilo vključenih 121 oseb (zaposleni/-e v zdravstvenih in drugih javnih ustanovah in nevladnem sektorju ter uporabniki/-ce zdravstvenih storitev),⁷ izhaja, da je bilo kot odgovor na vprašanje »Kdo so ranljive skupine v zdravstvu?« omenjenih 37 različnih, zelo heterogenih skupin, pri čemer so bili najpogosteje omenjeni: »migranti« (31 odgovorov),⁸ »brezdomci« (24),⁹ »starejši prebivalci« (21),¹⁰ »uporabniki nedovoljenih drog«¹¹ (17), »brezposelni«¹² (17), »osebe s težavami v duševnem zdravju« (15), »Romi« (14), »samozaposleni«¹³ (10), »osebe z negotovimi, prekarnimi zaposlitvami« (7) ter »hendikepirani«¹⁴ (6). Glede na to, da so bili »migranti« najpogosteje omenjana »ranljiva« skupina, se v nadaljevanju prispevka ukvarjam z njimi.

Osebe z izkušnjo migracije v zdravstvenem sistemu Slovenije

Preden predstavim izsledke raziskave, bi rada poudarila, da v tem poglavju analiziram le ožji del zbranega gradiva, in sicer le del, povezan z ovirami, s katerimi se srečujejo osebe z izkušnjo migracije. Z izbiro tega ozkega fokusa ne želim dajati občutka, da imajo le te osebe težave z dostopom do primerne zdravstvene oskrbe. Primerjava med različnimi »ranljivimi« skupinami (Lipovec Čebtron idr. 2015a; Lipovec Čebtron in Pistotnik 2015b; Lipovec Čebtron idr. 2016) je namreč pokazala, da se mnogi

3 Na podlagi zdravstvenih pregledov skoraj 1000 beguncev/-k ugotovljajo: »Večina je imela lažja obolenja, kot so gastrointestinalne težave, respiratorne okužbe, bolečine v križu in glavoboli, kar je podobno kot pri državljanih Republike Slovenije« (Bombač idr. v tisku).

4 Med temi projekti velja omeniti projekt *Osem nevladnih organizacij za zdravje migrantov/beguncev iz enajstih držav (8 NGO's for migrants/refugees' health in 11 countries)*, ki je potekal leta 2016 in v katerega je bila kot partner v Sloveniji vključena Slovenska filantropija; projekt *CARE: Skupni pristop za zdravje beguncev in drugih migrantov (Common Approach for REfugees and other migrants' health)*, ki poteka od leta 2014 do leta 2020 in ga kot slovenska partnerja izvajata NIJZ ter Mednarodna organizacija za migracije (IOM); v okviru tega projekta je leta 2016 nastal *Vodnik po slovenskem zdravstvenem sistemu za migrante*. (<http://careformigrants.eu/wp-content/uploads/2017/01/leaflet-Slovenia-Slovenian.pdf>). Še vedno pa je v teku tudi projekt *Izdaja slovarja, namenjenega boljši komunikaciji migrantov z zdravstvenim osebjem*, ki poteka od leta 2016 do leta 2018 in ga koordinira Filozofska fakulteta Univerze v Ljubljani, financirata pa Sklad za azil, migracije in vključevanje EU in Ministrstvo za notranje zadeve. Znotraj tega projekta je nastal *Večjezični priručnik za lažje sporazumevanje v zdravstvu* v 8 jezikih (<http://multilingualhealth.ff.uni-lj.si/>) ter usposabljanje zdravstvenih delavcev o zdravstvenih vidikih migracij (<http://www.domusmedica.si/dogodki/pacient-ne-govori-slovensko--izziv-za-zdravstvene-delavce-v-sloveniji/9953--35573>).

5 Koper, Izola, Ljubljana, Kranj z okolico, Sevnica, Novo mesto, Celje z okolico ter Murska Sobota z okolico.

6 Raziskovalke so bile z območnih enot NIJZ (Simona Kipfut, Tanja Torkar, Alenka Hafner, Kati Rupnik, Tjaša Jerman, Natalija Korent, Marina Sučič Vukovič, Doroteja Kuhar, Jasmina Papič in Branislava Belović) ter z Inštituta za multikulturne raziskave ter Oddelka za etnologijo in kulturno antropologijo FF UL (Andreja Špitalar, Simona Jazbinšek, Sara Pistotnik in Uršula Lipovec Čebtron).

7 Polovica intervjujev je potekala z uporabniki/-cami zdravstvenih storitev oziroma posamezniki/-icami iz »ranljivih« skupin.

8 Poleg izraza migranti (19 odgovorov) so bili navedeni tudi priseljenci, prosilci za azil (1), tujci z dovoljenjem za zadrževanje (2), tujci z dovoljenjem za začasno bivanje (2), tujci brez statusa (1), državljani EU (1), delavci migranti (1), otroci nedržavljanov(1), izbrisani brez dokumentov (3).

9 Poleg izraza brezdomci (21 odgovorov) so sogovorniki zanje uporabili tudi izraz osebe brez prijavljenega bivališča (3).

10 Kategorija starostnikov je bila izrazito raznorodna, saj so bili večinoma omenjeni brezposelni starejši oziroma starejši z nizkimi dohodki, občasno pa tudi geografsko oddaljeni starejši občani ter osamljeni starejši. Zaradi izredno pogostega poudarka brezposelnosti starejših prebivalcev, sem to skupino uvrstila v kategorijo brezposelnih, prekarnih delavcev ter samozaposlenih.

11 Uporabljeni izrazi so bili tudi odvisniki in zasvojeni z nedovoljenimi drogami.

12 Govorili so na splošno o brezposelnih (9 odgovorov) ter o mladih brezposelnih nad 26 let (8).

13 Najpogosteje so bili omenjeni zadolženi samostojni podjetniki.

14 Običajno so uporabili izraz invalidi.

(brezdomne osebe, brezposelni in prekarni delavci, osebe z duševnimi težavami, uporabniki nedovoljenih drog, Romi idr.) soočajo s podobnimi ali z identičnimi ovirami. Razlika se kaže le v tem, da so za osebe z izkušnjo migracije v negotovih statusih te bariere pogosto intenzivnejše in številčnejše. Poleg tega bi rada ponovila, da so v raziskavi sodelovali zaposleni/-e v zdravstvenih in nezdravstvenih ustanovah ter nekateri uporabniki/-ce javnozdravstvenih ustanov, med katerimi ni bilo oseb z izkušnjo migracije. Verjetno je odveč dodati, da v spodnjem besedilu ni njihovih stališč. Pomembno je poudariti, da so sogovorniki/-ce sami poudarjali zaplete v dostopu do zdravja in zdravstva za te osebe, zato se tudi sama ukvarjam predvsem z ovirami ter šele v zaključku namenim nekaj besed možnim načinom premoščanja teh barrier. Navsezadnje naj omenim še, da oseb z izkušnjo migracije ne želim viktimizirati – čeprav se skozi citate sogovornikov/-ic morda kdaj kažejo kot nemočni, pasivni subjekti, to običajno ni tako, kar kažejo številne samoorganizirane migrantske skupine, pobude in protesti.¹⁵

Kot sem že omenila, je na terenu tema zdravstvene oskrbe oseb z izkušnjo migracije ves čas prihajala na dan, čeprav raziskovalke svojih sogovornikov/-ic niso eksplicitno spraševale o »ranljivosti« teh oseb. Zanimivo je, da so pogosto poudarjali že omenjeno nevidnost oziroma neopaznost njihovih problemov: »*Problem migrantov in beguncev je v naši regiji zelo velik, samo, da ga ljudje ne zaznajo toliko, kot mogoče kakšno drugo skupino, ki ima več zagovornikov. Med migranti je veliko stisk in problemov, vendar se oni ne želijo izpostavljati*« (Ustni vir 3).

Iz zbranega gradiva je mogoče tudi ugotoviti, da si nekateri sogovorniki/-ce vedenje oseb z migrantsko izkušnjo, ki se nanaša na skrb za zdravje ali odziv na zdravstvene ustanove, pogosto razlagajo s poenostavljenimi in stereotipnimi predstavami o kulturi. Neredko gre torej za kulturalistične razlage, kjer je ravnanje oseb z migrantskim ozadjem interpretirano le z ohlapnim pojmom »kulture«, ne pa tudi z družbenimi in ekonomskimi dejavniki:

Ti delavci pogosteje prihajajo z družinami, kjer pa velja načelo patriarhata, v takšni družini po navadi dela samo moški, in takšnim moškim se zdi popolnoma nerazumno, da bi njihove ženske delale. One so doma z otroci in skrbijo za gospodinjstvo, to je

njihovo edino poslanstvo. Da bi bolj skrbele zase, za svoje zdravje, hodile redno k zdravniku, to pa jim moč ne pusti, taka je njihova kultura. (Ustni vir 4)

V nekaterih besedah sogovornic/-kov je zaznati akulturalistično logiko, o kateri pišem v prvem poglavju: »[...] Oni imajo svoja pravila, držijo se jih. To je njihova izbira. Ampak potem morajo v Sloveniji sprejeti pravila igre družbe, v kateri živijo, tako kot jih mi sprejmemo, kamorkoli gremo« (Ustni vir 5). Iz te in nekaterih drugih izjav je opazna podmena, da je skrb za zdravje odvisna zgolj od individualne izbire, pri čemer se morajo osebe le odločiti, da se odrečejo »nezdravim« praksam »svoje kulture« ter jih zamenjati z »zdravimi« navadami večinske. V kolikor tega ne storijo, veljajo za neodgovorne, nezanesljive osebe, ki (potencialno) predstavljajo breme za državo prihoda (Inda 2006; Leskošek 2013, 2016). Ta individualizirana odgovornost ter kulturalistične razlage, ki prečijo nekatere intervjuje z zdravstvenim osebjem, je skladna s prvima predhodno opisanima pristopoma pri raziskavah o zdravstvenih vidikih migracije (Castañeda idr. 2015).

Mnogo pogosteje pa je bilo v intervjujih opaziti poudarjanje strukturnih ovir. Podobno kot raziskovalke v Sloveniji (Brovč idr. 2009; Bofulin in Bešter 2010; Lipovec Čebtron 2010) so tudi sogovorniki/-ice v raziskavi govorili predvsem o ovirah pri pridobitvi pravnega statusa (dovoljenja za stalno prebivanje in državljanstvo) ter težko dostopnih družbenih virih. Poleg tega so poudarjali odsotnost socialnih mrež, jezikovne in kulturne ovire ter slabe bivalne razmere in pomanjkljivo prehrano: »*Ti ljudje dejansko cele dneve delajo ali pa veliko ur delajo in ni redne prehrane, predvsem so na tem področju precej, se mi zdi, je veliko težav, se prehranjujejo s sendviči itn. Mogoče je ovira tudi jezik ...*« (Ustni vir 6).

Tako kot sogovornica iz Celja, so se tudi nekateri drugi v intervjujih osredotočili na zdravju škodljive delovne razmere, o katerih so poročale nekatere raziskave med delavci migranti v Sloveniji (Brovč idr. 2009; Lipovec Čebtron 2010; *Integracijski* 2012). Ti se nanašajo predvsem na problem zdravstvenih tveganj pri delu, ki nastajajo zaradi neprimerne delovne opreme, prevelikih delovnih obremenitev, predolgega delovnega urnika ter prikrivanja nesreč in poškodb pri delu s strani delodajalcev ter kratenja pravice do bolniškega staleža in dela prostih dni.

Najpogostejša ugotovitev sogovornikov/-ic pa je bila, da imajo osebe z izkušnjo migracije v Sloveniji slabši dostop do zdravstvenih storitev od preostalega prebivalstva. Na podlagi zbranega materiala bi lahko njihove razloge za slabši dostop razvrstili v tri skupine, ki jih v nadaljevanju na kratko predstavljam: a) oviran dostop do zdravstvenega zavarovanja, b) oviran dostop do (brezplačne) nujne medicinske pomoči, in c) jezikovni in kulturni nesporazumi.

58 15 Naj omenim le nedavne: skupina samoorganiziranih žensk, med katerimi so prosilke za mednarodno zaščito, osebe s statusom begunca ter druge, se v zadnjem času ukvarja z izboljšanjem dostopa do zdravstva. Organizira dogodke, na katerih o tej temi razpravlja z raziskovalci in zdravstvenim osebjem, pripravlja pa tudi brošuro o zdravstvenih pravicah za osebe v različnih statusih; brošura bo prevedena v več jezikov. Prav tako so v svojih protestih, vključno z zadnjim (19. 9. 2016), prosilci/-ke za mednarodno zaščito poudarjali negativne zdravstvene posledice življenja v azilnih domovih in centru za tujce ter otežen dostop do zdravstvene oskrbe, obenem pa oblikovali predloge za izboljšanje tega stanja.

a) Oviran dostop do zdravstvenega zavarovanja

Lahko bi rekli, da pri nobenem delu prebivalstva pravni status ne vpliva tako močno na dostop do zdravstvenega zavarovanja kot pri osebah z izkušnjo migracije (Farkaš Lainščak in Lipovec Čebtron 2016). Če imajo nekateri od njih zakonsko urejeno pravico do obveznega zdravstvenega zavarovanja – OZZ (osebe s statusom begunca; osebe z dovoljenjem za stalno bivanje; zaposleni/-e z dovoljenjem za začasno bivanje itn.), pa mnogi drugi v Sloveniji nimajo te pravice (nedokumentirane osebe; prosilci/-ke za mednarodno zaščito;¹⁶ osebe z dovoljenjem za začasno zadrževanje; nezaposlene osebe z dovoljenjem za začasno bivanje). Težave pa so opazne že pri tistih, ki jim zakonska določila omogočajo dostop do OZZ. Iz intervjujev ter drugih raziskav (*Integracijski* 2012) je očitno, da delavcem migrantom delodajalci v nekaterih primerih ne plačujejo prispevka za OZZ:

delavec, ki je 2 leti delal in je dal vlogo za podaljšanje bivanja, a se je izkazalo, da ni imel plačanih prispevkov, niti OZZ, taki ljudje imajo potrebo po zdravstvenih storitvah, vendar ko gredo k zdravniku, te ne morejo koristiti, ker so samoplačniki za storitve [...] Vsak peti delodajalec na področju gradbeništva v naši regiji krši pravice svojih delavcev, predvsem migrantov. (Ustni vir 7)

Ista sogovornica govori tudi o delavcih, ki izgubijo zaposlitev in s tem tudi pravico do OZZ (pa tudi druge pravice):

Veliko je primerov, ko so ljudje iz drugih držav delali veliko let, nato pa izgubijo službo [...] so v postopkih pri ZPIZ-u, a če nimajo državljanstva, nimajo nobenih pravic [...] so veliko let izgubili tukaj, potem pa, ko potrebujejo pomoč, jih država pusti na cedilu, ravno tako njihove družinske člane. OZZ bi moralo izhajati iz dela: če nekdo dela, pa delo potem izgubi, bi morala vsaj lokalna skupnost poskrbeti za to. (Ustni vir 7)

Tudi drugi primeri s terena kažejo, da tam, kjer zakonska podlaga nedvoumno dodeljuje pravico do OZZ, v praksi pogosto prihaja do kršitev. Tak primer so otroci nezaposlenih staršev, ki imajo v Sloveniji dovoljenje za zadrževanje ali začasno bivanje. Čeprav po zakonu¹⁷ vsem otrokom do 18. leta v Sloveniji pripada pravica do OZZ, nekateri otroci ostajajo brez zavarovanja:

Če je oče slovenski državljan, potem poskušamo s pomočjo njega, da je pač zavarovan otrok. Tako. Tako da ni univerzalnega recepta. Smo imeli tudi osebo, bila je deklica, rojena sicer v Sloveniji, a ni

bila slovenska državljanica, ker oče ni bil slovenski državljan, pa smo potem preko konzulata poskušali te stvari [OZZ, op. a.] urejati. Nismo bili uspešni. (Ustni vir 8)

Na še večje ovire pa naletijo skupine, ki tudi po zakonu nimajo pravice do OZZ. Če nimajo zdravstveno zavarovanih družinskih članov oziroma partnerja, si lahko uredijo le komercialno zdravstveno zavarovanje, ki pokriva omejen obseg zdravstvenih storitev, obenem pa je povezano z visokimi stroški, ki jih te osebe običajno ne morejo plačati:

Tak je primer tujke, ki je brez službe v Sloveniji, njena izvenzakonska skupnost je razpadla. Prej je bila zavarovana po zaposlenem partnerju, kot družinski član. Sedaj pa je brez zdravstvenega zavarovanja in dohodkov. Uredila bi lahko komercialno zavarovanje za tujce, vendar je brez sredstev, poleg tega so v komercialnem zavarovanju zdravstvene storitve zelo omejene. (Ustni vir 9)

Tako kot zgoraj omenjena oseba tudi druge v podobni situaciji ostajajo nezavarovane, zaradi česar nimajo pravice do izbire osebnega zdravnika, obenem pa morajo vsako zdravstveno storitev, ki ni opredeljena kot nujno zdravljenje, plačati same:

[...] pri nas je tujka z dovoljenjem za začasno prebivanje za dobo dveh let, brez zdravstvenega zavarovanja in brez dohodkov. Uporabnica je hudo in neozdravljivo zbolela – razsejan rak. Zdravljenje raka je sicer tretirano kot nujno zdravljenje, vendar je znotraj tega cel kup stvari, ki bi jih morala uporabnica zaradi neobstoječega zavarovanja plačati. Na primer, prevozi z reševalnim vozilom, posebni seti za izčrpavanje vode iz pljuč – en stane okrog 80 evrov, nekatera zdravila, sanitetni material ... (Ustni vir 9)

b) Oviran dostop do (brezplačnega) nujnega zdravljenja

Po zakonu¹⁸ je lahko vsak oboleli ali poškodovani, ne glede na zdravstveno zavarovanje, deležen nujnega zdravljenja, ki obsega neodložljive zdravstvene storitve oživljanja, ohranitve življenja in preprečitve poslabšanja njegovega zdravstvenega stanja.

Čeprav se zdi zakonsko določilo nedvoumno, pa se v praksi nujna medicinska pomoč pogosto zelo različno interpretira. Problem ni le v ohlapnosti pojma (Tiktin 2006), temveč tudi v številnih birokratskih ovirah, ki so v zadnjem času prispevale k vse bolj omejujočemu udejanjanju te osnovne pravice (Pistotnik in Lipovec Čebtron 2015). Podobno, kot je ginekologinja v uvodnem citatu pojasnjevala mnoge zaplete pri udejanjanju nujnega zdravljenja, so tudi sogovorniki/-ce pričali o primerih, ko administratorji

¹⁶ Z izjemo mladoletnih otrok, ki so v zdravstvenih pravicah izenačeni z državljani Slovenije.

¹⁷ Po 24. in 15. členu ZZVZZ-NPB25 in 9. členu Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (<http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=PRAV3562>).

¹⁸ 7. in 25. člen Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-NPB25) (<https://zakonodaja.com/zakon/zzvzz>).

ali zdravstveno osebje nezavarovanim osebam to pravico odrečejo ali jih obravnavajo kot samoplačnike, kljub temu da gre za nujno zdravljenje. Kljub temu da je ta praksa bolj pogosta le v določenih zdravstvenih ustanovah, pa je očitna tudi pri nekaterih ginekoloških pregledih v nosečnosti in pri porodih, čeprav naj bi spadali pod brezplačno nujno zdravljenje:

Tujke morajo plačati, če nimajo urejenega zdravstvenega zavarovanja.

S: Tudi porod?

MN: Mhm [pritrdi, op. a.].

S: To je verjetno kar nek znesek, ne?

MN: Ja, to je konkreten znesek. [...] Pa ni bilo nič, je bil čisto klasičen porod, kaj šele, da se kaj zakomplicira.

MN: Ja, prišla je iz ljubljanskega konca in je neka-ko do tri četrt nosečnosti obiskovala to brezplačno ambulanto. Ko je prišla k nam, bi seveda še mogla nadaljevati, ampak mi smo ji uspeli urediti finance glih toliko, da je šla potem še enkrat na ta pregled. Tukaj pa ni možno v Celju. Če nimaš urejenega zdravstvenega zavarovanja, nosečnic se vsi otepajo. (Ustni vir 8)

c) Jezikovni in kulturni nesporazumi

Znano je, da kulturni dejavniki pomembno determinirajo odnos med zdravstvenim osebjem in bolnikom, pri čemer ne gre le za pogoste jezikovne nesporazume (oziroma odsotnost tolmačev), temveč za prisotnost mnoštva kulturnih razlik, ki izhajajo iz bolnikovega in zdravnikovega različnega dojetja vzrokov in kategorij bolezni ter njihovega zdravljenja. Če medicinski antropologi (Kleinman 1980; Good 1994; Pizza 2005; Helman 2007 idr.) že leta dokazujejo, da je vsako srečanje med zdravnikom/-ico in bolnikom/-ico soočenje dveh različnih svetov, ki ga lahko zaznamuje serija nesporazumov, je ta možnost toliko večja, ko gre za osebe iz drugih regij sveta ter na tem področju neizobraženo zdravstveno osebje.

V pedagoških programih obeh slovenskih medicinskih fakultet (pa tudi v poznejših izobraževanjih) niso predvidene vsebine, ki bi bodoče zdravstveno osebje izobraževale o pomenu kulturnih, družbenih in ekonomskih dejavnikov zdravja in bolezni ter jih ustrezno pripravile na komunikacijo z osebami iz drugih okolij. Zato ni presenetljivo, da sogovorniki/-ice poročajo o seriji nesporazumov, ki se pojavljajo med zdravstvenim osebjem in osebami z izkušnjo migracije, pa tudi z drugimi marginaliziranimi skupinami. Kot je razvidno iz citatov na začetku tega poglavja, se zdravstveno osebje težko sooča z vrsto drugačnih navad (od prehrane, higiene, odnosa do telesa in zdravja ter medosebnih odnosov), ki jih pogosto interpretirajo po kriterijih lastne kulture ter jih v etnocentrični maniri vidijo kot »pomankljive« ali »napačne«.

Možnost nesporazumov dodatno povečujejo jezikovne bariere. Opazno je, da se zdravstvene ustanove niso prilagodile trendom priseljevanja po osamosvojitvi, ko v Slovenijo večinoma ne prihajajo le osebe iz nekdanje skupne države (in govorijo sorodne jezike), temveč osebe iz bolj oddaljenih regij (Bofulin in Bešter 2010). Angleščina, ki je v takih primerih najobičajnejši jezik sporazumevanja, je praviloma drugi jezik (ali tretji, četrti) tako za osebe z migrantsko izkušnjo kot tudi za zdravstveno osebje, kar ne zadostuje za uspešno komunikacijo (Bofulin in Bešter 2010). Čeprav je iz intervjujev opazno, da imajo zdravstveni delavci/-ke z jezikovnimi preprekami precejšnje težave, se zdi, da le redki tega problema ne podcenjujejo, med njimi je tudi zdravstvena delavka iz Izole:

Pri nas so Bolgari, so Romuni ... Potem so osebe, ki pridejo z ladjami [...] S tujci, ki ne govorijo znanega jezika, je problem, moramo biti iznajdljivi. Mi nimamo tako kot Italijani, ki pokličejo prevajalca. Oni imajo možnost konferenčnega klica. Oseba pove svoje težave in prevajalec istočasno prevaja. Mi pač te možnosti nimamo. Mi vprašamo, če ima sodelavca, ga pokličemo, pa nam on prevede. Bolgarščina je podobna makedonščini, pa se nekako razumemo. Večji problem so Rusi. Ali ne želijo ali ne znajo nobenega drugega jezika. Če govorijo počasi, mi jih razumemo, ampak zgleda, da oni nas nič ne razumejo. (Ustni vir 10)

Kot je opazno iz citata, zdravstvene ustanove poskušajo odsotnost strokovno usposobljenih tolmačev nadomestiti z »iznajdljivostjo«, s »sodelavci«, z znanci in družinskimi člani, v redkih primerih pa ustanove med svojimi zaposlenimi oblikujejo seznam tolmačev. Čeprav gre za rešitve, ki navidezno premostijo marsikatero komunikacijsko stisko, pa raziskovalci/-ke (Bowen 2001; Gorjanc 2013 idr.) tega področja ugotavljajo, da tovrstna spontana (*ad-hoc*), nestrokovna prevajanja neredko pripeljejo do še globljih nesporazumov in manj kvalitetne zdravstvene obravnave. Opisano stanje dodatno zaplete dejstvo, da so osebe z migracijsko izkušnjo pogosto neinformirane o zdravstvenih pravicah in delovanju zdravstvenega sistema v Sloveniji, o čemer govori uvodni citat moškega, ki je moral trikrat zapored na urgenco. Zaradi pomanjkljivega znanja slovenskega jezika in strahu, da bodo nerazumljeni in diskriminirani, se pogosto niti ne poskušajo izraziti. Ob prebiranju transkripcij intervjujev se tako zdi, da ovire v dostopu do zdravstvenega sistema v njem producirajo še nove in številčnejše ovire. To kopičenje zdravstvenih ovir pa ima, po mnenju ene od medicinskih sester, za rezultat: »[...] nezadovoljnega zdravstvenega delavca in še bolj nezadovoljnega migranta, ki v bolnico sploh noče več priti, no, vsaj nekaj časa ne bo več prišel« (Ustni vir 11).

Zaključno razmišljanje

Raziskovalci in raziskovalke se pogosto radi vidimo v vlogi odmaknjenih opazovalcev in kritikov družbe, pri čemer nam ta zorni kot tu in tam nudi ostrejšo in jasnejšo podobo družbenih fenomenov, obenem pa zagotavlja veliko mero varnosti. Na tiste, ki zavračajo tako vlogo in se odločajo za bolj angažirano raziskovanje, se neredko gleda z določenim nelagodjem ali zadržkom, pa tudi njihove raziskave so lahko označene kot »akcijske«, »angažirane«, »aplikativne«, čeprav se morda avtorji/-ice teh raziskav s takimi oznakami ne strinjajo. Ta zakoreninjeni in pogosto samo-umevni dualizem, ki ločuje med temeljnimi in aplikativnimi raziskavami, akademsko in aktivistično držo, pogosto introjiciramo in nerefektirano nadaljujemo, čeprav se nam sprva morda zdi nesprejemljiv in kratkoviden. Tovrstna nerefektiranost je bila opazna tudi pri skupini antropologov, antropologinj,¹⁹ ki je sodelovala v projektu *Skupaj za zdravje*. Dokler smo bili v projektu v vlogi raziskovalcev/-k, smo – na podlagi preverjenega znanstvenega aparata – suvereno podajali kritike obstoječe ureditve, metodoloških pristopov in številnih javnozdravstvenih konceptov. Veliko manj lagodno pa smo se počutili, ko so nas drugi sodelavci/-ke projekta na podlagi naših kritik prosili, naj za obstoječe probleme najdemo rešitve. Nelagodnosti sta sledila negotovost in strah, ne le zaradi neizkušenosti pri oblikovanju zdravstvenih politik in ukrepov na tem področju, temveč predvsem zaradi izgube varne vloge, ki smo je bili vajeni.²⁰ Vseeno smo sprejeli nalogo ter na podlagi predlogov, ki so jih podali sogovorniki/-ce v predhodno omenjeni kvalitativni raziskavi, študij iz tujine ter lastnih etnografskih raziskav, oblikovali predloge premoščanja ovir v dostopu do zdravstvenega sistema. Od vsega začetka nam je bilo jasno, da teh ovir ne smemo podcenjevati, saj v svoji heterogenosti zadevajo tako nacionalno in lokalno raven kot tudi specifične skupine ljudi in osebe v njih. Poleg tega pa se – kot je jasno iz predhodnega besedila – nanašajo na pravne, jezikovne in širše kulturne vidike ter imajo tako zdravstvene kot tudi ekonomske, socialne in politične razsežnosti. S tem v mislih smo oblikovali štiri različne vrste med seboj povezanih predlogov, ki so smiselni le, če so uporabljeni skupaj. Kot prva je bila oblikovana serija predlogov sistemskih ukrepov na nacionalni in lokalni ravni, ki na eni strani predvidevajo doslednejše izvajanje obstoječe zakonodaje, na drugi pa spremembo določenih zakonskih določil, ki preprečujejo oziroma otežujejo dostop do zdravstvenega zavarovanja in zdravstvenega varstva različnim kategorijam prebivalstva (Pistotnik in Lipovec Čebtron 2015). Nato je bil preveden in za slovenski kontekst pri-

lagojen *Standard za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi ranljivih skupin*, ki ga dopolnjuje orodje za samoocenjevanje zdravstvenih ustanov (Farkaš Lainščak in Lipovec Čebtron 2016). Standard z orodjem za samoocenjevanje je oblikovan kot »barometer« za diskriminacijo v zdravstvu in omogoča zdravstvenim ustanovam, da s kazalniki kakovosti ugotavljajo, do katere mere vključujejo različne obrobne, marginalizirane ali socialno šibkejše skupine. Sočasno so v treh pilotnih okoljih projekta – v Sevnici, Celju in na Vrhniki – potekale večmesečne terenske raziskave, ki so na podlagi že omenjene kvalitativne raziskave poskušale bolj poglobljeno analizirati posamezne ovire v dostopu do zdravstva ter v lokalnem okolju iskati načine premoščanja ovir. Tako so bile v Celju najopaznejše ovire, ki jih v zdravstvenih ustanovah doživljajo albansko govoreče ženske. Kot poskus preseganja teh ovir smo v lokalni skupnosti poiskali medkulturno mediatorko, ki ji albanska skupnost v Celju zaupa, obenem pa s svojim znanjem slovenščine in albansčine lahko mediira v zdravstveni ustanovi. Čeprav je bilo vpeljevanje mediatorke povezano s številnimi dilemami (odsotnost usposabljanja za to delo, pomanjkanje strokovnih smernic in poklicne kvalifikacije itd.), je kvalitativna in kvantitativna evalvacija pokazala, da so tako albansko govoreče ženske kot zdravstvene delavke njeno vlogo razumele kot potrebno in smiselno novost (Lipovec Čebtron idr. 2017a). Pri tem je bila oblikovana Deklaracija o pomenu vpeljevanja medkulturnega mediatorstva v zdravstvene ustanove v Sloveniji (Farkaš Lainščak in Lipovec Čebtron 2016: 93–96), ki je bila mišljena kot začetni korak k urejanju tega področja. Poleg odsotnosti medkulturnih mediatorjev in/ali tolmačev v zdravstvu se je kot velik problem kazalo pomanjkanje izobraževanja zdravstvenega osebja o primerni zdravstveni oskrbi oseb iz različnih kulturnih in socialnih okolij, vključno z osebami z izkušnjo migracije, ki ne govorijo slovenskega jezika. Tako sta nastala 20-urno izobraževanje z naslovom *Usposabljanje za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev*, ki jo je v treh projektih pilotnih okoljih izvajala interdisciplinarna skupina predavateljev (Farkaš Lainščak in Lipovec Čebtron 2016: 83–91), ter obsežnejši priročnik, ki je nastal kot učno gradivo za usposabljanje (Bofulin idr. 2016). Uspešnost in smiselnost omenjenih predlogov bo pokazal čas.

Na podlagi izkušenj s projektom *Skupaj za zdravje* prispevek končujem z ugotovitvijo, da se sodelovanje medicinskih antropologov in antropologinj v javnozdravstvenih projektih kaže kot zelo pomembno. Ne le, da je naša prisotnost potrebna zaradi preverjanja številnih konceptov, ki jih javnozdravstvene ustanove pogosto uporabljajo samoumevno in nerefektirano, temveč smo pomembni tudi v metodološkem oziru, saj zmoremo s poglobljenim terenskim delom videti svet, ki ostaja za kvantitativne metode neviden.

19 V tej skupini so sodelovali Karmen Gosenca, Simona Jazbinšek, Uršula Lipovec Čebtron, Sara Pistotnik in Juš Škraban.

20 Za zanimive uvide in diskusijo o zgoraj opisanih dilemah se zahvaljujem Sari Pistotnik.

Literatura

- BOFULIN, Martina in Romana Bešter: Enako zdravstvo za vse?: Imigranti v slovenskem zdravstvenem sistemu. V: Mojca Medvešek in Romana Bešter (ur.), *Državljeni tretjih držav ali tretjera-zredni državljani?: Integracija državljanov tretjih držav v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za narodnostna vprašanja, 2010, 270–311.
- BOFULIN Martina, Jerneja Farkaš Lainščak, Karmen Gosenca, Ajda Jelenc, Marjeta Keršič Svetel, Uršula Lipovec Čebtron, Sara Pistotnik, Juš Škraban in Darja Zaviršek: *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba: Priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016.
- BOMBAC, Lea, Uršula Lipovec Čebtron, Sara Pistotnik, Andreja Turk Šverko, Andrej Trojar, Simona Repar Bornšek, Nina Sodja, Aida Hadžiahmetović, Helena Liberšar in Erika Zelko: Zdravstvena obravnava prisilcev in prosilk za mednarodno zaščita v Sloveniji. V: Erika Zelko (ur.), *X. Zdravčevi dnevi*. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine, v tisku.
- BOWEN, Sarah: *Language Barriers in Access to Health Care*. Ottawa: Health Canada, 2001.
- BROVČ, Majda, Janja Ahčin, Marinka Šlajpah in Danica Rotar Pavlič: Ekonomski imigranti v Sloveniji in njihova stališča o boleznih – kvalitativna raziskava. *Zdravstveno varstvo* 48 (1), 2009, 26–32.
- CALAVITA, Kitty: *Immigrants at the Margins: Law, Race, and Exclusion in the Southern Europe*. Cambridge: Cambridge University Press, 2005.
- CASTAÑEDA, Heide: Perspectives on Gender, Health Care, and Illegal Migration in Germany and the United States. V: Marlou Schrover, Joanne van der Leun, Leo Lucassen in Chris Quispel (ur.), *Gender and Illegal Migration in Global and Historical Perspective*. Amsterdam: Amsterdam University Press, 2008, 171–185.
- CASTAÑEDA, Heide: Illegality as Risk Factor: A Survey of Unauthorized Migrant Patients in a Berlin Clinic. *Social Science & Medicine* 68 (8), 2009, 1552–1560.
- CASTAÑEDA, Heide, Seth M. Holmes, Daniel S Madrigal, Maria-Elena De Trinidad Young, Naomi Beyeler in James Quesada: Immigration as a Social Determinant of Health. *Annual Review of Public Health* 36, 2015, 375–392.
- FARKAŠ LAINŠČAK, Jerneja in Uršula Lipovec Čebtron (ur.): *Standard za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi ranljivih skupin in orodje za samoocenjevanje zdravstvenih ustanov*. Slovenska izdaja. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016.
- FASSIN, Didier: Social Illegitimacy as a Foundation of Health Inequality: How the Political Treatment of Immigrants Illuminates a French Paradox. V: Arachu Castro in Merrill Singer (ur.), *Unhealthy Health Policy: A Critical Anthropological Examination*. Walnut Creek, Lanham, New York, Toronto in Oxford: AltaMira Press, 2004, 203–214.
- GIANNONI, Marherita in Philipa Mladovsky: Migrant Health Policies in Italy. *Euro Observer: The Health Policy Bulletin of European Observatory on Health Systems and Policies* 9 (4), 2007, 5–6.
- HELMAN, Cecil: *Culture, Health and Illness*. New York: Oxford University Press, 2007.
- GOLDADE, Kathrin: “Health is Hard Here” or “Health for All”. *Medical Anthropology Quarterly* 23 (4), 2009, 483–503.
- GOOD, Byron: *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
- GORJANC, Vojko. Tolmačenje za skupnost in vprašanje nadnacionalne odgovornosti. V: Vojko Gorjanc (ur.), *Slovensko tolmačenje*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani, 2013, 120–133.
- INDA, Jonathan Xavier: *Targeting Immigrants: Government, Technology, and Ethics*. Malden, Oxford in Victoria: Blackwell Publishing, 2006.
- INGLEBY, David, Antonio Chiarenza, Walter Deville in Ioana Kotsioni (ur.): *Inequalities in Health Care for Migrants and Ethnic minorities, vol. 2. COST series on health and diversity*. Antwerp: Garant Publishers, 2012.
- INTEGRACIJSKI paket za brezposelne migrante, prisilce za azil in begunce*. Neobjavljeno gradivo. Ljubljana: Zveza svobodnih sindikatov Slovenije, 2012.
- KLEINMAN, Arthur: *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley, Los Angeles in London: University of California Press, 1980.
- KOEHN, Peter H. in Kristi Saniola-Rodriguez: Clinician/Patient Connections in Etnoculturally Nonconcordant Encounters With Political-Asylum Seekers: A Comparison of Physicians and Nurses. *Journal of Transcultural Nursing* 16 (4), 2005, 298–311.
- LESKOŠEK, Vesna: Vpliv paradigmatičnih sprememb. V: Vesna Leskošek, Simona Smolej, Lilijana Rihter, Ružica Bošković, Barbara Kresal in Maja Breznik (ur.), *Revščina zaposlenih*. Ljubljana: Sophia, 2013, 149–170.
- LESKOŠEK, Vesna: Migracije in dostop do socialnih pravic v EU in Sloveniji. *Dve domovini* 43, 2016, 91–102.
- LIKE, Robert C: Educating Clinicians About Cultural Competence and Disparities in Health and Health Care. *Journal of continuing education in the health professions* 31 (3), 2012, 196–201.
- LIPOVEC ČEBRON, Uršula: Slepa pega evropskega zdravstva: Analiza nekaterih vidikov zdravja migrantov. V: Karmen Medica, Goran Lukič in Milan Bufon (ur.), *Migranti v Sloveniji – med integracijo in alienacijo*. Koper: Univerza na Primorskem in Znanstveno-raziskovalno središče, 2010, 57–81.
- LIPOVEC ČEBRON, Uršula: Reformiranje zdravstvenega sistema Slovenije: Med »jugonostalgicnimi« in »lustracijskimi« težnjami. *Etnolog* 21, 2011, 179–201.
- LIPOVEC ČEBRON, Uršula, Marjeta Svetel in Sara Pistotnik: *Zdravstveno marginalizirane skupine: Prepreke, ovire, nepremostljivi zidovi do zdravja*. Neobjavljeno projektno poročilo. Ljubljana: NIJZ, 2015a.
- LIPOVEC ČEBRON, Uršula in Sara Pistotnik: Iluzija o univerzalnem dostopu do zdravstvenega zavarovanja: Nedržavljeni, prekarni, revni kot zdravstveno nezavarovani prebivalci. *Etnolog* 25, 2015b, 89–111.

LIPOVEC ČEBON, Uršula, Marjeta Keršič Svetel, Sara Pistotnik: Zdravstveno marginalizirane – »ranljive« skupine: Ovire v dostopu do sistema zdravstvenega varstva in v njem. V: Jerneja Farkaš Lainščak (ur.), *Ocena potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle: Ključni izsledki kvalitativnih raziskav in stališča strokovnih delovnih skupin*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016, 14–25.

LIPOVEC ČEBRON, Uršula, Sara Pistotnik, Simona Jazbinšek, Jerneja Farkaš Lainščak: Evaluation of the Implementation of Intercultural Mediation in Preventive Healthcare Programs in Slovenia. *Public Health. Panorama* 2 (1), 2017a, 114–119.

LIPOVEC ČEBRON, Uršula in Sara Pistotnik: (Im)Mobile Populations and Health Rights: Accessing the Healthcare System in Slovenia. V: Cecilia Vindriola-Padros, Ginger A. Johnson in Anne E. Pfister (ur.), *Health and Care (Im)Mobilities*. New York in Oxford: Berghahn, 2017b (v tisku).

MALKKI, Liisa: News and Culture: Transitory Phenomena in the Fieldwork Tradition. V: Akhil Gupta in James Ferguson (ur.), *Anthropological Locations: Boundaries and Grounds of a Field Science*, 1997, 86–102.

MLADOVSKY, Philipa: Migrant Health in the EU. *Eurohealth* 13 (1), 2007a, 9–11.

MLADOVSKY, Philipa: Migration and Health in EU Health Systems. *Euro Observer: The Health Policy Bulletin of European Observatory on Health Systems and Policies* 9 (4), 2007b, 1–2.

PISTOTNIK, Sara in Uršula Lipovec Čebtron: *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, 2015.

PIZZA, Giovanni: *Antropologia medica: Saperi, pratiche e politiche del corpo*. Roma: Carocci, 2005.

RECHEL, Bernd, Philipa Mladovsky, David Ingleby, Johan P

Mackenbach in Martin McKee: Migration and Health in Increasingly Diverse Europe. *Lancet* 381, 2013, 1235–1245.

TICKTIN, Miriam: Where Ethics and Politics Meet: The violence of Humanitarianism in France. *American Ethnologist* 33 (1), 2006, 33–49.

Ustni viri

Ustni vir 1: P. K., oseba s statusom begunca. Ljubljana, 23. 5. 2017.

Ustni vir 2: M. M., zaposlena v zdravstveni ustanovi v Ljubljani. Ljubljana, 12. 5. 2017 in 15. 5. 2017.

Ustni vir 3: R. S., zaposlena v državni ustanovi. Novo mesto, 15. 6. 2014.

Ustni vir 4: S. Ž., zaposlena v državni ustanovi. Novo mesto, 7. 6. 2014.

Ustni vir 5: M. R., zaposlena v zdravstveni ustanovi. Izola, 10. 8. 2014.

Ustni vir 6: N. J., zaposlena v zdravstveni ustanovi. Celje, 10. 6. 2014.

Ustni vir 7: M. K., zaposlena v državni ustanovi. Novo mesto, 5. 6. 2014.

Ustni vir 8: M. Ž., zaposlena nevladni ustanovi. Celje, 12. 9. 2014.

Ustni vir 9: B. R., zaposlena v nevladni ustanovi. Ljubljana, 25. 9. 2014.

Ustni vir 10: A. C., zaposlena v zdravstveni ustanovi. Izola, 28. 8. 2014.

Ustni vir 11: M. Č., zaposlena v zdravstveni ustanovi. Izola, 3. 9. 2014.

Spletni vir

Spletni vir 1: <http://www.mipex.eu/health>, 10. 5. 2017.



“When Urgent Becomes Non-Urgent”: Researching Health Aspects of Migration in Slovenia

The article initially presents some situations that illustrate different problems that have arisen in the access of people with migration experience to the health system in Slovenia. It then goes on to investigate the health aspects of migration, and analyzes certain weak points of previous scholarly research in this field. It critically discusses the questionably self-evident use of the terms "migrant" and "refugee", the issue of collecting their health data, and, consequently, fragmentary epidemiological generalizations. Furthermore, based on an analysis of medical anthropologist Heide Castañeda and her colleagues, the text presents three conceptual frameworks in which it is possible to install a number of studies on the health aspects of migration. While studies dealing with behavioral factors are the most numerous those emphasizing cultural characteristics are fewer; studies focusing on structural factors are fairly uncommon. The following chapter presents the situation in Slovenia. According to the assessment of MIPEX (Migrant Integration Policy Index), there is a marked lack of health policies and appropriate measures in the field of access to the Slovene health system for people with migration experience. A similar lack is evident in the research sphere, where few researchers decide on investigating this issue. However, recently there have been some research projects that focus, either partly or entirely, on health aspects of migration. One of them is the program *Together for Health – Towards Better Health and Reducing Inequalities in Health*, which was undertaken by the Slovene National Institute of Public Health (NIJZ) during the 2014–2016 period. The article discusses certain methodological dilemmas connected with the research part of this program and some of the results of the qualitative research. The study was designed to determine which segments of the population could be classified as "vulnerable" in terms of health; what are their needs and which obstacles they face in the context of health; and how these obstacles could be overcome. Since the "migrants" were defined as the most "vulnerable" group the last chapter analyzes some of the obstacles that they have to face when trying to access the health system, and once they are already within it. In conclusion, the article presents certain attempts, which have emerged in the course of this program, at bridging these obstacles (introduction of intercultural mediator in health care facilities; training in cultural competence for health professionals; Standards for Equity in Health Care for Migrants and Other Vulnerable Groups, etc.), and reflects on the limitations of these attempts.

