

STANDARD

ZA ZAGOTAVLJANJE ENAKOSTI V
ZDRAVSTVENI OSKRBI »RANLJIVIH« SKUPIN

IN **ORODJE**
ZA SAMOOCENJEVANJE
ZDRAVSTVENIH USTANOV



STANDARD ZA ZAGOTAVLJANJE ENAKOSTI V ZDRAVSTVENI OSKRBI »RANLJIVIH« SKUPIN IN ORODJE ZA SAMOOCENJEVANJE ZDRAVSTVENIH USTANOV

Slovenska izdaja

Izvirnik z naslovom *Standards for equity in health care for migrants and other vulnerable groups – Self-assessment tool for pilot implementation* so pripravili: Antonio Chiarenza, Elizabeth Abraham, Simone Atungo, Isabelle Coune, Julia Puebla Fortier, Manuel Garcia Ramirez, Bob Gardner, Margherita Giannoni, Paolo Giorgi Rossi, James Glover, Manuel Gonzales Fernandez, Eeva Hakkinen, Lidia Horvat, David Ingleby, Karima Karmali, Bernadette Nirmal Kumar, Christopher Le, Laura McHugh, Conny Seeleman, Marie Serdynska in Hans Verrept.

Avtorici uvoda v slovenski izdaji:

Jerneja Farkaš Lainščak, Uršula Lipovec Čebtron

Urednici slovenske izdaje:

Jerneja Farkaš Lainščak, Uršula Lipovec Čebtron

Jezikovni pregled:

Ivanka Huber

Oblikovanje:

Arhilog d.o.o.: Primož Roškar, u.d.i.a., Vito Cof

Izdajatelj:

Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva cesta 2, Ljubljana

Spletni naslov:

www.nijz.si

Kraj in leto izdaje:

Ljubljana, 2016

Brezplačen izvod.

Za vsebino so odgovorni avtorji.

Dokument je nastal v okviru projekta »Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju – Skupaj za zdravje« s finančno podporo Norveškega finančnega mehanizma. Za vsebino tega dokumenta je odgovoren izključno Nacionalni inštitut za javno zdravje in zanj v nobenem primeru ne velja, da odraža stališča nosilca Programa Norveškega finančnega mehanizma.

CIP - Kataložni zapis o publikaciji

Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

316.344:614(0.034.2)

STANDARD za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi ranljivih skupin in orodje za samoocenjevanje zdravstvenih ustanov [Elektronski vir] / [Antonio Chiarenza ... [et al.] ; avtorici uvoda v slovenski izdaji, urednici slovenske izdaje Jerneja Farkaš Lainščak, Uršula Lipovec Čebtron]. - El. knjiga. - Ljubljana : Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016

Prevod in priredba dela: Standards for equity in health care for migrants and other vulnerable groups - Self-assessment tool for pilot implementation

ISBN 978-961-6911-77-1 (pdf)

1. Chiarenza, Antonio

281652736

STANDARD

ZA ZAGOTAVLJANJE ENAKOSTI V
ZDRAVSTVENI OSKRBI »RANLJIVIH« SKUPIN

IN ORODJE

ZA SAMOOCENJEVANJE
ZDRAVSTVENIH USTANOV



KAZALO

Povzetek	9
Standard za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi »ranljivih« skupin	10
Uvod	11
Vzpostavitev in delovanje <i>Delovne skupine za migrantom prijazno in kulturno kompetentno zdravstveno oskrbo</i>	11
Razvoj <i>Standarda za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi »ranljivih« skupin</i> in orodja za samoocenjevanje zdravstvenih ustanov	13
Sodelovanje slovenske bolnišnice v pilotnem testiranju orodja za samoocenjevanje zdravstvenih ustanov na podlagi <i>Standarda za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi »ranljivih« skupin</i>	15
Priprava slovenske različice orodja za samoocenjevanje zdravstvenih ustanov na podlagi <i>Standarda za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi »ranljivih« skupin</i>	16
Razlogi za vpeljevanje <i>Standarda za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi »ranljivih« skupin</i>	21
Predstavitev zahtev <i>Standarda za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi »ranljivih« skupin</i>	25
Izvedba samoocenjevanja	27
Zahteve, elementi zahtev in merljivi elementi	27
Kazalniki kakovosti	28
Interpretacija rezultatov samoocenjevanja	28
Razvoj akcijskega načrta	29
Razdelitev nalog in odgovornosti	30

Orodje za samoocenjevanje zdravstvenih ustanov **34**

Zahteva 1: Enakost v politikah	35
Zahteva 2: Enak dostop in uporaba zdravstvenih storitev	42
Zahteva 3: Enaka kakovost zdravstvene oskrbe	49
Zahteva 4: Enakost pri sodelovanju	57
Zahteva 5: Spodbujanje enakosti	63
Zbirna stran samoocenjevanja	68
Akcijski načrt	69

Priloge **70**

Priloga 1: <i>Ocena potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle</i> <i>Ključni izsledki kvalitativnih raziskav in stališča strokovnih delovnih skupin</i>	71
Priloga 2: <i>Program integrirane preventive kroničnih bolezni in zmanjševanja neenakosti</i> <i>v zdravju pri odraslih</i> <i>Priročnik za izvajanje programa s primeri dobrih praks</i>	72
Priloga 3: <i>Katalog informacij Celje</i>	73
Priloga 4: <i>Katalog informacij Vrhnika</i>	74
Priloga 5: <i>Katalog informacij Sevnica</i>	75
Priloga 6: <i>Usposabljanje o ovirah »ranljivih« skupin v sistemu zdravstvenega varstva</i> <i>in pomenu zmanjševanja neenakosti v zdravju – učni načrt</i>	76
Priloga 7: <i>Usposabljanje za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev – učni načrt</i>	83
Priloga 8: <i>Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba</i> <i>Priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev</i>	92
Priloga 9: <i>Deklaracija o pomenu vpeljevanja medkulturne mediacije</i> <i>v zdravstvene ustanove v Sloveniji</i>	93

ZAHVALA

Za pomoč pri prevajanju besedila in prilagajanju pojmov slovenskemu zdravstvenemu kontekstu se zahvaljujeva Jasni Čebren, Maši Gergar, Karmen Gosenca, Mirchi Poldrugovacu, Jušu Škrabanu in Mihaeli Törnar.

Za sodelovanje Univerzitetne klinike za pljučne bolezni in alergijo Golnik v pilotnem testiranju orodja za samoocenjevanje zdravstvenih ustanov na podlagi *Standarda za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi »ranljivih« skupin* se zahvaljujeva Mitji Košniku.

Posebna zahvala gre predstavnikom *Delovne skupine za migrantom prijazno in kulturno kompetentno zdravstveno oskrbo* pod okriljem *Mednarodne mreže za promocijo zdravja v bolnišnicah in drugih zdravstvenih ustanovah* ter njenemu koordinatorju Antoniu Chiarenzi za vzpodbudo in nasvete pri pripravi slovenske izdaje.

POVZETEK

Na naslednjih straneh bo predstavljeno nastajanje *Standarda za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi »ranljivih« skupin* in orodja za samoocenjevanje zdravstvenih ustanov, komu je ta priročnik namenjen ter kako ga uporabljati. Uvodoma bo pojasnjeno, zakaj se je *Delovna skupina za migrantom prijazno in kulturno kompetentno zdravstveno oskrbo* odločila za pripravo takega orodja ter kakšni so bili ključni vsebinski in metodološki razlogi za njegovo vpeljavo. Poleg tega bo predstavljeno sodelovanje slovenske zdravstvene ustanove v pilotni fazi uporabe orodja, obravnavane pa bodo tudi nekatere druge aktivnosti, ki so potekale v okviru projekta *Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju – Skupaj za zdravje* in se vsebinsko navezujejo na teme neenakosti v zdravju in obravnave »ranljivih« skupin v zdravstvu.



STANDARD ZA ZAGOTAVLJANJE ENAKOSTI V ZDRAVSTVENI OSKRBI »RANLJIVIH« SKUPIN



UVOD

Vzpostavitev in delovanje Delovne skupine za migrantom prijazno in kulturno kompetentno zdravstveno oskrbo

Mednarodna mreža za promocijo zdravja v bolnišnicah in drugih zdravstvenih ustanovah je bila ustanovljena leta 1990 pod okriljem *Regionalnega urada Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) za Evropo*. Gre za mrežo, ki povezuje bolnišnice, zdravstvene domove in druge zdravstvene ustanove z namenom, da se v njihovo delovanje sistematično vključujejo aktivnosti krepitve zdravja in zmanjševanja neenakosti v zdravju tako za uporabnike in zaposlene v zdravstvenih ustanovah kot tudi za lokalno skupnost (1). Leta 2015 je bilo v mrežo vključenih okrog 900 zdravstvenih ustanov iz 40 držav sveta (2). Upravljata jo mednarodni upravni odbor in generalna skupščina (3), strokovno podporo njenemu delovanju pa zagotavljata *Kolaborativni center SZO za promocijo zdravja v bolnišnicah in zdravstvenem varstvu* z Dunaja (4) in *Kolaborativni center SZO za na dokazih temelječo promocijo zdravja v bolnišnicah* iz Kopenhagna (5).

Znotraj mednarodne mreže se povezujejo nacionalne in regionalne mreže, posamezne zdravstvene ustanove in številne delovne skupine. Delovne skupine se ukvarjajo z različnimi področji krepitve zdravja in zmanjševanja neenakosti v zdravju v bolnišnicah in drugih zdravstvenih ustanovah (na primer promocija zdravja za otroke in mladostnike v pediatričnih bolnišnicah, aktivnosti krepitve duševnega zdravja v zdravstvenih ustanovah in lokalni skupnosti, promocija okoljskega zdravja, spodbujanje telesne dejavnosti v zdravstvenih ustanovah, starostnikom prijazna zdravstvena oskrba, migrantom prijazna in kulturno kompetentna zdravstvena oskrba in drugo). V zadnjih letih se je okrepilo področje raziskovalnega dela in prenos raziskovalnih spoznanj v vsakodnevno klinično prakso (1, 3).

Delovna skupina za migrantom prijazno in kulturno kompetentno zdravstveno oskrbo je bila ustanovljena leta 2005, da bi v zdravstvene ustanove na celosten način prenašala izsledke projekta *Migrantom prijazne bolnišnice*. V okviru tega projekta, ki je potekal v letih 2002–2005 in v katerem so sodelovale pilotne bolnišnice iz 12 evropskih držav, so bili razviti modeli dobrih praks na področju promocije zdravja, povečanja zdravstvene pismenosti in izgradnje kulturno kompetentne zdravstvene oskrbe za migrante. Pomemben zaključek projekta je bil, da je za izboljšanje zdravstvene oskrbe

migrantov potrebno sočasno uvajati ukrepe na strani izvajalcev zdravstvenih storitev (usposabljanja), krepiti ozaveščenost uporabnikov, kot tudi nadgraditi organiziranost in izvajanje ciljnih zdravstvenih storitev (tudi z uvajanjem tolmačev in/ali medkulturnih mediatorjev) (6). Glede na razvijajočo se dinamiko migracij v Evropi in svetu ter možnost nadaljevanja raziskovalnega in strokovnega sodelovanja v primerjalnem mednarodnem kontekstu, je bila ustanovitev delovne skupine še toliko bolj smiselna.

Naslednja ključna projekta, *COST Action HOME* (2007–2011) (7) in *COST Action ADAPT* (2012–2015) (8), v katera je bila vključena tudi *Delovna skupina za migrantom prijazno in kulturno kompetentno zdravstveno oskrbo*, sta okrepila partnerstvo med zdravstvenim in socialnim varstvom ter podpirala sodelujoče ustanove, da bi migrantom in etničnim manjšinam postale prijaznejše (kot je zapisano v *Amsterdamski deklaraciji* iz leta 2004) (9).

V evropskih sistemih zdravstvenega varstva so bila prepoznana štiri področja, ki bi jih bilo potrebno prednostno izboljšati, in sicer:

1. vzpostavitev sistematičnega spremljanja zdravja migrantov, etničnih manjšin in drugih »ranljivih«¹ skupin prebivalstva;
2. zagotovitev pravice do zdravstvenega varstva in dostopa do zdravstvenih storitev tem skupinam;
3. spodbujanje uvedbe dobrih praks pri zagotavljanju kulturno kompetentne zdravstvene oskrbe in
4. povečanje vključenosti migrantov, etničnih manjšin in drugih »ranljivih« skupin prebivalstva v načrtovanje politik zdravja in organiziranje zdravstvenih storitev.

Kljub temu da so številne evropske države sprejele nacionalne politike na področju varovanja zdravja migrantov in etničnih manjšin, je hitrost njihovega udejanjanja v klinični praksi zelo počasna. Obenem ne obstaja dovolj dokazov, da bi bili vsi izvajani ukrepi dejansko učinkoviti (10).

¹ Izraz »ranljivi« oziroma »ranljive« skupine postavljamo v navednice, s čimer ne želimo relativizirati posameznikove ranljivosti, temveč se izogniti dodatni stigmatizaciji teh prebivalcev ter pokazati, da moramo biti pri rabi besede »ranljivi« zelo previdni. Z oznako »ranljivi« lahko skupine še dodatno stigmatiziramo, zato v izogib temu v pričujočem besedilu to besedo ohranjamo v narekovajih. Enako utemeljeno bi te skupine imenovali obrobne, marginalizirane, izključene, saj njihove izkušnje kažejo na številne prepreke pri skrbi za lastno zdravje kot tudi na ovire pri dostopu do sistema zdravstvenega varstva. Kot vsako splošno, homogenizirajoče pojmovanje, je tudi to povezano z vrsto težav, zato bomo v nadaljevanju uporabljali te izraze izmenično, obenem pa poskušali o teh skupinah pisati s čim manj posploševanja. Številni avtorji so že pokazali na vprašljivost tega izraza, natančneje pa je problematiziran v poglavju Lipovec Čebren U, ur. Zdravstveno marginalizirane – »ranljive« skupine: ovire v dostopu do sistema zdravstvenega varstva in v njem v publikaciji Farkaš Lainščak J, 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.

Razvoj *Standarda za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi »ranljivih« skupin* in orodja za samoocenjevanje zdravstvenih ustanov

Zamisel o razvoju *Standarda za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi »ranljivih« skupin* je nastala kot odgovor na prepoznane pomanjkljivosti evropskih sistemov zdravstvenega varstva na področju zagotavljanja zdravstvenih potreb migrantov, etničnih manjšin in drugih »ranljivih« skupin prebivalstva ter zmanjševanja neenakosti v zdravju. Leta 2011 so v *Delovni skupini za migrantom prijazno in kulturno kompetentno zdravstveno oskrbo* ob sodelovanju mednarodno uveljavljenih strokovnjakov s področja zdravstva in kakovosti v zdravstvu ter raziskovalcev z družboslovnih področij pripravili prvo različico *Standarda za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi »ranljivih« skupin* in v njem poskušali opredeliti pet ključnih področij, ki jih je potrebno upoštevati pri obravnavi »ranljivih« skupin prebivalstva (11). Hkrati se je pokazalo, da je potrebno za izvajalce zdravstvenih storitev pripraviti preprosto in uporabno orodje, s katerim bi lahko svoja prizadevanja na področju zagotavljanja enakosti v zdravstveni oskrbi »ranljivih« skupin ocenjevali in prepoznali področja za možne izboljšave. Končni izdelek je tako orodje za samoocenjevanje zdravstvenih ustanov na podlagi *Standarda za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi »ranljivih« skupin*, ki temelji na procesu nenehnega izboljševanja kakovosti zdravstvene oskrbe, prepoznavanja področij za izboljšave, razvoja akcijskega načrta in njegovega udejanjanja ter ponovnega ocenjevanja stanja (krog načrtuj, izvajaj, preverjaj, ukrepaj – krog NIPU) (12).

Prva različica orodja za samoocenjevanje zdravstvenih ustanov na podlagi *Standarda za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi »ranljivih« skupin* je bila pilotno preizkušena med aprilom in oktobrom 2012 v 45 zdravstvenih ustanovah (5 iz Avstralije, 10 iz Kanade in 30 iz Evrope). Namen pilotnega testiranja orodja je bil preizkusiti njegovo razumljivost, ustreznost in uporabnost. Za zbiranje podatkov med pilotnim testiranjem je bil na voljo pregledni obrazec, v katerega se je beležilo ocenjevanje posameznih merljivih elementov ter zapisovalo komentarje in predloge za izboljšave. Na podlagi rezultatov pilotnega testiranja je bilo orodje ustrezno nadgrajeno in leta 2013 predstavljeno na konferenci *Mednarodne mreže za promocijo zdravja v bolnišnicah in drugih zdravstvenih ustanovah* v Göteborgu na Švedskem. S tem se je tudi formalno zaključila prva faza razvoja orodja in se pričela druga, katere namen je bil spodbujanje zdravstvenih ustanov k udejanjanju enakosti v zdravstveni oskrbi »ranljivih« skupin ter uporabi orodja pri ocenjevanju in izboljševanju svoje dejavnosti na tem področju. Obdobje teh aktivnosti je potekalo od marca do oktobra 2014 (12).

Delovna skupina za migrantom prijazno in kulturno kompetentno zdravstveno oskrbo je k sodelovanju povabila različne zdravstvene ustanove (bolnišnice, zdravstvene domove, rehabilitacijske centre in drugo), socialne centre, nevladne organizacije in predstavnike lokalne skupnosti oziroma posameznih »ranljivih« skupin. Zdravstvene ustanove so najprej morale vzpostaviti skupino za izvedbo procesa samoocenjevanja

in nato izpolniti orodje na podlagi lastnih podatkov. Ob tem so lahko izbrale kazalnike kakovosti, ki so uporabni za njihovo ustanovo, in s katerimi bi kvantitativno ocenjevale skladnost s *Standardom za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi »ranljivih« skupin* ter ocenile potencialno razpoložljivost virov podatkov za sprotno spremljanje izbranih kazalnikov. Nato je bilo potrebno analizirati dobljene rezultate samoocenjevanja in opredeliti področja možnih izboljšav glede na posamezno zahtevo *Standarda za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi »ranljivih« skupin* ter izdelati akcijski načrt za doseg zastavljenih ciljev (12). Predstavniki sodelujočih ustanov so se ob zaključku druge faze razvoja orodja januarja 2015 srečali na delovnem srečanju v Bologni in dorekli dokončne dopolnitve dokumenta.

Vse pomembne informacije v zvezi z nadaljnjimi aktivnostmi *Delovne skupine za migrantom prijazno in kulturno kompetentno zdravstveno oskrbo* na področju zagotavljanja enakosti v zdravstveni oskrbi »ranljivih« skupin in navodila za samoocenjevanje zdravstvenih ustanov lahko najdete na spletni strani *Mednarodne mreže za promocijo zdravja v bolnišnicah in drugih zdravstvenih ustanovah*: www.hphnet.org.

Sodelovanje slovenske bolnišnice v pilotnem testiranju orodja za samoocenjevanje zdravstvenih ustanov na podlagi *Standarda za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi »ranljivih« skupin*

Od leta 2011 deluje *Slovenska mreža za promocijo zdravja v bolnišnicah*, ki trenutno povezuje 6 bolnišnic (13–15). Nekatere izmed njih so se aktivno vključevale v raziskovalne projekte *Mednarodne mreže za promocijo zdravja v bolnišnicah in drugih zdravstvenih ustanovah*, zlasti s področja aktivnejšega vključevanja promocije zdravja in zdravstvenovzgojnega dela v bolnišnično obravnavo bolnikov s kroničnimi boleznimi, boljše povezanosti zdravstvene oskrbe med sekundarno in primarno ravno zdravstvenega varstva, udejanjanja *Standarda za promocijo zdravja v bolnišnicah*, uporabe *Priročnika in orodja za samoocenjevanje na podlagi Standarda za promocijo zdravja v bolnišnicah* ter beleženja dejavnikov tveganja in zdravstvenovzgojnih nasvetov v zdravstveno dokumentacijo bolnikov (16–18).

Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik se je leta 2012 odzvala povabilu *Delovne skupine za migrantom prijazno in kulturno kompetentno zdravstveno oskrbo* za sodelovanje pri razvoju orodja za samoocenjevanje zdravstvenih ustanov na podlagi *Standarda za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi »ranljivih« skupin*. Kot edina slovenska bolnišnica je aktivno sodelovala tako v prvi kot tudi v drugi fazi razvoja orodja in svoje izsledke predstavila na delovnem srečanju v Bologni januarja 2015. Predstavniki *Slovenske mreže za promocijo zdravja v bolnišnicah* so bili ob tem povabljeni v *Projekt MEM-TP*, ki se osredotoča na razvoj izobraževalnih modulov za zdravstvene delavce z namenom izboljšanja dostopa in kakovosti zdravstvene oskrbe za »ranljive« skupine prebivalstva.

Vse informacije v zvezi z aktivnostmi *Slovenske mreže za promocijo zdravja v bolnišnicah* so dostopne na spletni strani: www.klinika-golnik.si/strokovna-javnost/promocija-zdravja-v-bolnisnicah/.

Priprava slovenske različice orodja za samoocenjevanje zdravstvenih ustanov na podlagi *Standarda za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi »ranljivih« skupin*

V okviru projekta *Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju – Skupaj za zdravje*, ki ga v okviru programa *Norveškega finančnega mehanizma 2009–2014* vodi Nacionalni inštitut za javno zdravje poteka nadgradnja preventivnih programov za otroke, mladostnike in odrasle, s posebnim poudarkom na večjem vključevanju »ranljivih« skupin v preventivno zdravstveno varstvo, zmanjševanju neenakosti v zdravju ter krepitevi zdravja v lokalnih skupnostih.

V delu projekta, ki se je ukvarjal z ovirami »ranljivih« skupin v dostopu do zdravstvene oskrbe so raziskovalci na osnovi kvalitativne raziskave v različnih krajih Slovenije ugotavljali, kateri deli prebivalstva so v Sloveniji najbolj zdravstveno marginalizirani, s katerimi ovirami v dostopu do sistema zdravstvenega varstva se najbolj pogosto soočajo in na kakšen način jih odpraviti (**Priloga 1**) (19).

Ključne ugotovitve raziskave so, da glede na splošno negotovo stanje v družbi, situacije izključenosti in »ranljivosti« ne predstavljajo izjeme, saj vanje drsi vse večji delež prebivalstva. Zato so ovire pri dostopu do sistema zdravstvenega varstva pri »ranljivih« skupinah sicer večje, a se z njimi soočajo tudi številni drugi prebivalci. Nadalje je bilo v raziskavi ugotovljeno, da neenakosti v zdravju najbolj prizadenejo tiste dele prebivalstva, ki imajo neenak dostop do drugih družbenih virov. Neenakost v zdravju zato ni pojav, ki bi ga lahko ločili od drugih dimenzij človekovega življenja, temveč ga je potrebno razumeti in raziskovati kot preplet in seštevke vrste izključevanj (na primer ekonomskih, socialnih, kulturnih, političnih). Iz raziskave izhaja, da so med skupinami, ki bi jih v zdravstvenem smislu lahko uvrstili med najbolj »ranljive« migranti, brezdomne osebe, starejši prebivalci, uporabniki nedovoljenih drog, osebe s težavami v duševnem zdravju, Romi, brezposelni, samozaposleni in osebe v negotovih (prekarnih) zaposlitvah ter osebe z različnimi oblikami oviranosti. Raziskava s prepoznavo naštetih skupin zagotovo ni izčrpala vseh, ki bi jih lahko uvrstili med »ranljive« skupine, saj je mednje mogoče vključiti tudi številne druge (na primer družine s številnimi otroki, žrtve nasilja, predstavnike LGBT skupnosti in druge).

Omenjena raziskava tudi ugotavlja, da »ranljivost« posameznika predstavlja preplet različnih dejavnikov, ki preči različne skupine. Podobno kot avtorji *Standarda za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi »ranljivih« skupin* tudi raziskovalci projekta *Skupaj za zdravje* ugotavljajo, da razlogov za »ranljivost« ni smiselno obravnavati le znotraj ene »ranljive« skupine, temveč se zdi pomembno izpostaviti ovire, s katerimi se sooča večina zdravstveno marginaliziranih posameznikov. Med temi ovirami se zdi potrebno ločiti ovire v dostopu do sistema zdravstvenega varstva in ovire znotraj zdravstvenih ustanov. Med ovirami v dostopu do sistema zdravstvenega varstva se kot pomembna kaže geografska oddaljenost od zdravstvenih ustanov: »ranljivi«

posamezniki (na primer brezposelni, prekarni delavci, migranti in drugi) so pogosto soočeni z velikimi finančnimi težavami, zato si težko privoščijo poti v kraj, v katerem je zdravstvena ustanova. To oviro še težje premoščajo starejši in/ali kronični bolniki, ki pot tudi fizično težje prenesejo.

Za številne je ključna ovira do sistema zdravstvenega varstva težko dostopno ali nedostopno zdravstveno zavarovanje. Nasprotno od običajno posredovanih informacij, da ima v Sloveniji velika večina prebivalstva urejeno zdravstveno zavarovanje, podatki raziskave kažejo, da v zadnjih letih med nezavarovanimi ne najdemo le družbeno marginaliziranih skupin (na primer brezdomcev, migrantov), temveč tudi vse večje število prebivalcev, ki do nedavnega na tem področju niso imeli težav, kot so številni zaposleni v negotovih poklicih, samostojni podjetniki in drugi.

Za »ranljive« skupine, kot tudi za ostale prebivalce, se kot velika ovira kažejo predraga doplačila za zdravstvene storitve in zdravila, za katera je potrebno, tudi v primeru urejenega zdravstvenega zavarovanja, doplačati. Posledično si jih mnogi ne morejo privoščiti, zato ostanejo brez (nujno) potrebnega zdravljenja.

Znotraj zdravstvenih ustanov pa raziskava izpostavlja pogosto oviran dostop do nujnega zdravljenja. Čeprav je po zakonu vsakdo, ne glede na zdravstveno zavarovanje, lahko deležen brezplačnega nujnega zdravljenja, imajo nezavarovane osebe pri tem mnogo težav, saj jih v zdravstvenih ustanovah neredko obravnavajo kot samoplačnike, kljub temu da gre za nujno zdravljenje. Poleg tega je postopek uveljavljanja pravice nujnega zdravljenja povezan z mnogimi zapletenimi administrativnimi ovirami, ki zdravstvenim delavcem nalaga veliko dodatnega dela.

Naslednja pomembna ovira, ki je bila v strokovni in splošni javnosti pogosto obravnavana, je pomanjkanje strokovnega kadra v več krajih Slovenije.

Nadalje raziskovalci izpostavljajo pogoste primere neenake obravnave »ranljivih« skupin v zdravstvenih ustanovah, zaradi katere so posamezniki deležni manj kakovostne zdravstvene obravnave. Pogosto je taka obravnava posledica nepoznavanja in neinformiranosti zdravstvenih delavcev o specifičnih težavah in potrebah »ranljivih« oseb. Med razlogi za neenako obravnavo so bili pogosto zaznani kulturni in jezikovni nesporazumi. Primeri s terena dokazujejo, da prihaja, zaradi nepoznavanja kulturnega ozadja in pomanjkanja kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev, do vrste nesporazumov, ki prispevajo k negativnim izkušnjam s sistemom zdravstvenega varstva. Predvsem pri migrantih se poleg kulturnih nesporazumov pojavljajo številni jezikovni nesporazumi, saj v slovenskih zdravstvenih ustanovah ni usposobljenih tolmačev in medkulturnih mediatorjev, kot je to praksa v tujini.

Na osnovi analize omenjenih ovir so sodelavci projekta *Skupaj za zdravje* oblikovali predloge ukrepov, s katerimi bi na nacionalni in na lokalni ravni premostili omenjene ovire

in zmanjšali neenakosti v zdravju (20). Med sistemskimi ukrepi, ki so bili posredovani pristojnim ministrstvom in drugim državnim institucijam, lahko na kratko izpostavimo naslednje:

1. vzpostavitev interdisciplinarne in medresorne skupine za spremljanje zdravja (zagotovitev kontinuiranih kvalitativnih raziskav) in pripravo sistemskih ukrepov na področju zdravja in zdravstvenega varstva »ranljivih« skupin;
2. ugotavljanje in zmanjšanje števila nezavarovanih oseb;
3. zagotavljanje pravice do nujnega zdravljenja: pravico do nujnega zdravljenja za nezavarovane osebe je potrebno interpretirati inkluzivno; ukiniti je potrebno prakso, da se z grožnjo plačila za zdravstvene storitve poskuša odvrniti nezavarovane osebe od iskanja nujnega zdravljenja; poenostaviti je potrebno postopek izstavljanja zahtevkov Ministrstvu za zdravje za povračilo stroškov nujnega zdravljenja ter ukiniti izjavo o osebni odgovornosti lečečega zdravnika; informirati vse zaposlene v zdravstvenih ustanovah o neodtujivi pravici do nujnega zdravljenja za nezavarovane osebe;
4. opolnomočenje zdravstvenih delavcev za obravnavo »ranljivih« skupin: uvesti je potrebno sistematično izobraževanje za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev; uvesti je potrebno sistem tolmačenja in/ali medkulturnega mediatorstva v slovenske zdravstvene ustanove;
5. omogočiti dostop do preventivnih storitev na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja za osebe z zadržanimi pravicami (po 78.a členu Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju);
6. ločitev dostopa do obveznega zdravstvenega zavarovanja od dostopa do denarne socialne pomoči: glede na to, da bi moral biti dostop do obveznega zdravstvenega zavarovanja univerzalen, je potrebno razkleniti povezavo med izpolnjevanjem pogojev za denarno socialno pomoč in pravico do kritja prispevka za obvezno zdravstveno zavarovanje, saj bo v nasprotnem primeru naraslo število nezavarovanih oseb;
7. zagotovitev spoštovanja zakonske pravice do prijave naslova stalnega prebivanja: dostop do obveznega zdravstvenega zavarovanja je potrebno rešiti na način, ki upošteva ovire za prijavo zakonskega prebivališča (vključujoč dokazovanje dejanskega bivanja na določenem območju) in možnostjo vstopa v javni zdravstveni sistem, ob tem pa dodatno upoštevati položaj oseb, ki ne izpolnjujejo pogojev za prejem pomoči;
8. zagotovitev spoštovanja zakonske pravice otrok, da so vključeni v obvezno zdravstveno zavarovanje: pristojne zdravstvene ustanove v Sloveniji naj začnejo udeležati zakonsko pravico otrok do neoviranega dostopa do obveznega zdravstvenega zavarovanja, vključno z dostopom do preventivnih programov;

9. zagotovitev dostopa do obveznega zdravstvenega zavarovanja za prekarne delavce: glede na to, da je prekarlost vse večjega števila delavcev treba vzeti kot dejstvo, bi bilo potrebno reorganizirati obračunavanje in vplačevanje prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje na osnovi dejansko razpoložljivega dohodka in drugih materialnih virov. Poleg tega je potrebno za prekarne delavce, ki so zaposleni zgolj na osnovi avtorskih in sorodnih pogodb, ukiniti obdavčitev 6,36 % ali jo preusmeriti v pravico do obveznega zdravstvenega zavarovanja. Sočasno pa je treba prekarnim delavcem, ki vplačujejo prispevek, zagotoviti možnost udejanjanja pravice do bolniškega staleža;
10. uvedba odpisa dolga: osebam brez finančnih prilivov ali z nizkimi finančnimi prilivi, ki imajo dolg do Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije zaradi nezmožnosti plačevanja prispevka za obvezno zdravstveno zavarovanje, naj se ponovno vrne pravica, da se jim dolg delno ali v celoti odpiše oziroma možnost za odlog plačila ali obročno plačevanje in
11. zagotovitev enakega dostopa do obveznega zdravstvenega zavarovanja za migrante: nekatere skupine priseljencev (osebe, ki imajo dovoljenje za začasno bivanje ali potrdilo o prijavi prebivanja in ne izpolnjujejo pogojev za zavarovanje po 15. členu Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju) nimajo dostopa do obveznega zdravstvenega zavarovanja. Tudi posebno zaščitene kategorije oseb (na primer žrtve nasilja, žrtve trgovine z ljudmi) nimajo polnega dostopa do zdravstvenih storitev. Potrebno bi bilo udejanjiti univerzalen princip, ki bo vse osebe, ki živijo v Sloveniji, v dostopu do obveznega zdravstvenega zavarovanja izenačil z ostalimi državljani; družinskim članom oseb z dovoljenjem za začasno bivanje bi bilo potrebno pri urejanju dovoljenja za prvo prebivanje v Sloveniji zagotoviti upoštevanje obstoja zdravstvenega zavarovanja po zaposlenem družinskem članu.

S ciljem doseganja boljšega zdravja, z zdravjem povezane kakovosti življenja in zmanjševanja neenakosti v zdravju v lokalni skupnosti, so sodelavci projekta *Skupaj za zdravje* v sklopu pilotnega testiranja preverjali tudi rešitve na področju večjega vključevanja »ranljivih« oseb v *Program integrirane preventive kroničnih bolezni in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih (Priloga 2)* (21). Razvili in preverjali so nekatere ciljne ukrepe za večje vključevanje »ranljivih« skupin v preventivni program, s posebnim poudarkom na medresornem sodelovanju in opolnomočenju vseh sodelujočih partnerjev za delo z »ranljivimi« osebami.

Kot pomemben ukrep pri zmanjševanju neenakosti v zdravju so prepoznali model skupnostnega pristopa, ki so ga v pilotni fazi projekta poskušali vpeljati v tri pilotna okolja (Sevnico, Celje in Vrhniko). Pri skupnostnem pristopu je v ospredju uporabnik programa, zato je tovrsten pristop prilagojen njegovim potrebam. Poudarek je na spretnostih in kompetencah vseh sodelujočih struktur in partnerjev v lokalnem okolju in na spoštovanju avtonomnosti posameznika. Skupnostni pristop omogoča boljši

dostop do storitev in programov, razvoj podpornih mrež in skupin za samopomoč ter upošteva formalne in neformalne oblike pomoči. V vseh treh pilotnih okoljih so se vzpostavili širši lokalni timi pilota, v katerih so sodelovali predstavniki Centra za socialno delo, Zavoda Republike Slovenije za zaposlovanje, Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, raznih nevladnih organizacij, lokalnega okolja (občine), zdravstvenega doma in Območne enote Nacionalnega inštituta za javno zdravje. Za lažjo komunikacijo in učinkovitejše sodelovanje se je vse partnerje oskrbelo s katalogi informacij (**Priloga 3, Priloga 4, Priloga 5**), ki so vključevali kontakte in informacije s širšega področja obravnave »ranljivih« oseb v posameznem lokalnem okolju (22–24).

Z namenom opolnomočenja vseh sodelujočih partnerjev (zlasti pa zdravstvenih delavcev) za obravnavo »ranljivih« skupin so sodelavci projekta *Skupaj za zdravje* pred pričetkom pilotnega testiranja v vseh treh pilotnih okoljih izvedli celodnevno usposabljanje, ki je zajemalo informiranje o ključnih ovirah »ranljivih« skupin v dostopu do sistema zdravstvenega varstva in znotraj njega, pomenu kulturno kompetentne zdravstvene oskrbe ter prednostih skupnostnega pristopa (**Priloga 6**). V nadaljevanju projekta je v istih okoljih predvideno tudi daljše usposabljanje s področja razvijanja kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev (**Priloga 7**), v katerem bo kot ključno orodje uporabljen priročnik z naslovom *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba: priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev* (**Priloga 8**) (25). Med projektnimi ukrepi na lokalni ravni velja omeniti še pilotno uvajanje medkulturne mediatorke za prebivalce albanske etnične skupine v Zdravstvenem domu Celje, pri čemer osnovo za vpeljevanje medkulturnega mediatorja predstavlja *Deklaracija o pomenu vpeljevanja medkulturne mediacije v zdravstvene ustanove v Sloveniji*, ki so jo sodelavci projekta *Skupaj za zdravje* pripravili skupaj z različnimi nevladnimi organizacijami (**Priloga 9**) (26).

Kot zadnji projektni ukrep, ki naj bi služil tako vodstvom zdravstvenih ustanov kot zdravstvenim strokovnjakom pri oceni stanja in morebitnem oblikovanju prioritetenih izboljšav na področju obravnave »ranljivih« skupin, velja izpostaviti prevod *Standarda za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi »ranljivih« skupin* in pripadajočega orodja za samoocenjevanje zdravstvenih ustanov *na podlagi Standarda za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi »ranljivih« skupin* (12).

Vse informacije v zvezi s projektom *Skupaj za zdravje* so dostopne na spletni strani: www.skupajzazdravje.si.

Razlogi za vpeljevanje *Standarda za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi »ranljivih« skupin*

Eno od ključnih opažanj delovne skupine projekta *Skupaj za zdravje*, ki se je ukvarjala z zdravstveno marginaliziranimi prebivalci, je, da imajo zaposleni v zdravstvenih ustanovah (pre)malo informacij in znanja o »ranljivih« skupinah. Poleg drugih ovir, ki so bile predhodno že naštet, je v raziskavi med zdravstvenimi delavci izstopalo skromno poznavanje področja migracij ter potreb priseljencev in drugih etničnih skupin. Razlog za to velja iskati v odsotnosti sistemskih ukrepov in programov, preko katerih bi bili zdravstveni delavci deležni ustreznega usposabljanja za obravnavo različnih etničnih skupin, obenem pa bi imeli dostop do kakovostne podpore (v obliki strokovnega tolmačenja in medkulturnega mediatorstva). Pomanjkanje ustreznih ukrepov in programov na tem področju se zdi še posebno kratkovidno ob dejstvu, da je v Sloveniji vse več priseljencev, njihov delež v demografski strukturi Slovenije pa se bo v prihodnje zagotovo povečeval. To je tudi razlog, da v pričujočem *Standardu* – skladno z izvirnikom – mestoma izpostavljamo področje migracij, obenem pa želimo v nadaljevanju tega poglavja predstaviti nekatera najosnovnejša dejstva, ki zadevajo zdravstvene vidike sodobnih migracij.

V zadnjih petdesetih letih so se migracijski trendi zelo spremenili. V primerjavi z obdobjem 1950–1970, ko so se v evropske države naseljevale velike in relativno homogene skupine migrantov, so danes te skupine manjše, prihajajo iz različnih delov sveta, so bolj družbeno razslojene, manj organizirane ter razdeljene v številne kategorije oziroma statuse (nedokumentirani migranti, prosilci za azil, osebe s subsidiarno zaščito ali s statusom begunca, posamezniki in posameznice z dovoljenjem za začasno ali za stalno bivanje in drugi) (12). V posameznih evropskih državah zato opazimo vse več manjših in bolj raznovrstnih skupin migrantov, živečih ob etničnih skupinah, ki so se priselile že pred časom. Prisotnost manjših skupin je očitna tudi na lokalni ravni, kjer prihajajo v stik z zdravstvenimi in socialnimi službami. V tako spremenjenem okolju ni potrebno 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. Novi migracijski trendi namreč vse jasneje kažejo, kako večplastna je različnost med prebivalci, ne le zaradi vse večjega števila pripadnikov različnih etničnih skupin, temveč tudi zaradi številnih drugih dejavnikov, ki vplivajo na njihovo vključevanje ali izključevanje (12, 27).

V tej novi situaciji se je razumevanje različnosti, ki je prvotno izhajalo iz izkušenj z manjšim številom etničnih skupin, radikalno spremenilo, saj mora vključevati tudi druge dimenzije različnosti, kot so: migrantov status in pravice, ki jih na podlagi tega statusa ima, njegovo kulturno ozadje, družbeno-ekonomska situacija ter njegove pretekle migracijske izkušnje. Za poglobljeno razumevanje različnih potreb uporabnikov zdravstvenih storitev je tako potrebno poznati različne ravni izključevanja, ki zadevajo

migrante, pripadnike etničnih skupin pa tudi nekatere druge »ranljive« skupine. Številni raziskovalci poudarjajo, da je njihova družbena, ekonomska in zdravstvena izključenost običajno nevidna tako za snovalce zdravstvenih politik kot za zaposlene v zdravstvenih ustanovah, zato je potreba po informiranju in usposabljanju zdravstvenih delavcev toliko večja (28–31).

Na tem mestu lahko podamo nekaj splošnih ugotovitev o ključnih razlogih za izključevanje tega dela prebivalstva. Kvalitativne in kvantitativne raziskave (12, 28–31) kažejo, da je zdravje migrantov ob prihodu običajno boljše od povprečja, vendar se njihovo zdravstveno stanje običajno poslabša v letih življenja v državah prihoda. Slednje je posledica pogojev, v katere so potisnjeni v novi družbi (32). Na osnovi raziskav v Sloveniji lahko te pogoje razvrstimo v tri skupine. V prvi skupini je potrebno izpostaviti družbeno-ekonomske pogoje: migranti so v primerjavi z ostalimi prebivalci običajno ranljivejši zaradi svojega nižjega družbeno-ekonomskega statusa, zaradi česar pogosto pristanejo v revščini. Mnogi med njimi so izključeni s trga dela ali pa opravljajo najnižje plačana, nizko kvalificirana dela, pri čemer so njihovi delovni pogoji neredko škodljivi za njihovo zdravje (28, 30).

Druga skupina zadeva kulturne dejavnike, ki pogosto prispevajo k mnogim oviram, pri čemer velja izpostaviti pomanjkljivo informiranost migrantov o dostopnih zdravstvenih storitvah v novem okolju. Mnogi med njimi namreč ne poznajo splošnih značilnosti sistema zdravstvenega varstva v državi prihoda, obenem pa jim primanjkuje (razumljivih) informacij o lokalnih zdravstvenih programih in ustanovah – o tem, kako naj dostopajo do njih, do katerih zdravstvenih storitev so upravičeni in podobno. Poleg tega kulturni dejavniki pomembno določajo odnos zdravstvenih delavcev do teh prebivalcev, pri čemer ne gre le za pogoste jezikovne nesporazume (zaradi odsotnosti tolmačev in/ali medkulturnih mediatorjev), temveč za prisotnost mnoštva kulturnih razlik, ki izhajajo iz uporabnikovega in zdravnikovega različnega dojemanja vzrokov in kategorij bolezni ter zdravljenja le-teh. Posledica serije kulturnih nesporazumov, ki jih pogosto spremlja neprimeren odnos zdravstvenih delavcev do oseb drugega etničnega porekla, je njihovo nezadovoljstvo z zdravstvenimi storitvami ter izogibanje zdravstvenim ustanovam (19, 28, 30).

Tretja skupina pa se nanaša na status migrantov. Vse bolj restriktivni zakoni v Sloveniji (in tudi v drugih evropskih državah) vedno bolj otežujejo pridobivanje in ohranjanje zakonitega statusa migrantov, zaradi česar se število nedokumentiranih migrantov povečuje. Nedokumentirani migranti, ki živijo brez legalnega statusa, morajo zaradi strahu pred deportacijo svoje življenje podrediti strategijam preživetja v nevidnosti, kar z drugo besedo pomeni družbeno izolacijo. Pri tem običajno nimajo dostopa do zdravstvenega zavarovanja kot tudi ne do zdravstvene oskrbe (izjemo predstavlja le nujno zdravljenje, a še do tega nimajo vselej dostopa). V podobni situaciji so tudi drugi migranti, ki v Sloveniji nimajo dostopa do obveznega zdravstvenega zavarovanja (prosilci za mednarodno zaščito, osebe z dovoljenjem za začasno zadrževanje, neza-

poslene osebe z dovoljenjem za začasno bivanje), zaradi česar so njihove zdravstvene pravice zelo okrnjene. Ostali, ki imajo pravico do pridobitve zdravstvenega zavarovanja, pa si – zaradi predhodno omenjenega nizkega ekonomskega statusa – plačevanja za zavarovanje pogosto ne morejo privoščiti oziroma jim ga nekateri delodajalci ne plačujejo (19, 28).

Opisano prispeva k vse manjši dostopnosti do zdravstvenih storitev za migrante, etnične manjšine in druge »ranljive« skupine. Tudi v primerih, ko tem osebam uspe vstopiti v zdravstveno ustanovo, raziskave kažejo, da je njihova oskrba običajno manj kakovostna v primerjavi z ostalimi prebivalci: v zdravstvenih ustanovah namreč pogosteje ne dobijo ustrezne diagnoze ter primerne preventivne in kurativne zdravstvene oskrbe (6). Glede na omenjene ovire člani *Delovne skupine za migrantom prijazno in kulturno kompetentno zdravstveno oskrbo* za zaposlene v zdravstvenih ustanovah vidijo naslednje ključne izzive (12):

1. kako bi zdravstvene storitve lahko bile dostopnejše, vključujoče in primerne za vse uporabnike;
2. kako zagotoviti, da bodo zdravstvene storitve uporabniki lahko učinkoviteje uporabljali;
3. kako zagotoviti, da bodo zaposleni v zdravstveni ustanovi imeli primerne veščine in nudili vključujočo zdravstveno oskrbo in
4. kako zmanjšati neenakosti v zdravju, ki se nanašajo na dostop do zdravstvene oskrbe, njeno kakovost in učinke.

Sedanja situacija v družbi zahteva, da zdravstvene ustanove te izzive jemljejo resno in se nanje poskušajo ustrezno odzvati. Do sedaj namreč zdravstvene politike in ustanove na te izzive večinoma niso znale ustrezno odgovoriti, zaradi tega tudi niso bile sposobne zagotoviti primerne zdravstvene oskrbe migrantom ter ostalim »ranljivim« skupinam, saj niso zaznavale in se odzivale na večplastnost njihovih različnih potreb. Ta večplastnost se pri posamezniku namreč kaže kot preplet razlik, ki izhajajo iz spola, starosti, etnične pripadnosti, družbeno-ekonomske situacije in drugih družbenih determinant zdravja (12, 33).

Kot pomoč pri iskanju odgovorov na zgornje izzive je *Delovna skupina za migrantom prijazno in kulturno kompetentno zdravstveno oskrbo* poskušala vpeljati nov pristop v zdravstveno oskrbo, ki bi učinkovito zmanjšal neenakosti v zdravju in zdravstvenem varstvu (12). Člani skupine so ugotovili, da je pri vpeljavi novega pristopa nujno potrebno spremeniti razumevanje nekaterih pojmov, zato so na novo opredelili:

1. **ciljne skupine:** poleg migrantov in etničnih manjšin morajo dejavnosti na področju zagotavljanja enakosti v zdravstveni oskrbi vključevati vse družbeno izključene ali »ranljive« skupine, pri katerih se pojavljajo neenakosti v zdravju in zdravstvenem varstvu;
2. **dimenzije različnosti:** osredotočiti se moramo na preplet vseh dejavnikov, ki prispevajo k marginalizaciji, družbeni izključenosti in pomanjkanju, saj pri razumevanju različnosti ne moremo izhajati le iz posameznega dejavnika, kot so kultura, jezik, starost, spol ali pravni status;
3. **učinkovite ukrepe:** celovitega in učinkovitega odziva na različne potrebe prebivalstva ne moremo doseči z ukrepi, ki se osredotočajo le na eno ciljno skupino (na primer migranti ali etnične manjšine, osebe z različnimi oblikami oviranosti, brezposelni), temveč morajo zajeti vse dejavnike, zaradi katerih »ranljive« skupine tvegajo izključenost (12).

Eno od smeri tega novega pristopa predstavlja *Standard za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi »ranljivih« skupin*, s katerim želijo zagotoviti podporo zdravstvenim ustanovam pri soočanju z novimi izzivi. Standardi, ki so obstajali do sedaj, so se običajno osredotočili na določeno ciljno skupino ter s tem povečali tveganje, da dodatno prispevajo k neenakosti in neenaki obravnavi med različnimi ciljnimi skupinami, ob tem pa jih še bolj stereotipizirajo. Poleg tega praksa kaže, da bi se morale zdravstvene ustanove odzvati tako na večplastne potrebe različnih skupin prebivalstva, kot tudi na potrebe posameznikov, za katere obstaja več možnosti za različne vrste diskriminacije. Če se želijo zdravstvene ustanove primerno odzvati na razlike v svojem okolju, se ne smejo osredotočiti le na eno ciljno skupino ali poskusiti odpraviti le en pojav neenakosti, temveč vzeti v obzir vse vrste »ranljivosti«, saj je med njimi pogosto veliko stičnih točk. Omenjen *Standard* poskuša prispevati k odpravljanju neenakosti tako, da se osredotoča na vse vrste razlik, pri čemer izpostavlja pomen ugotavljanja neenakosti na osnovi posameznega primera ter se na ta način izogiba posploševanju (12).

Predstavitev zahtev *Standarda za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi »ranljivih« skupin*

Med razvojem *Standarda za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi »ranljivih« skupin* je bilo prepoznano pet ključnih področij, ki jih moramo upoštevati pri zagotavljanju enakosti v zdravstveni oskrbi (12):

Zahteva 1: **Enakost v politikah**

Zahteva 2: **Enak dostop in uporaba zdravstvenih storitev**

Zahteva 3: **Enaka kakovost zdravstvene oskrbe**

Zahteva 4: **Enakost pri sodelovanju**

Zahteva 5: **Spodbujanje enakosti**

Prva zahteva, **Enakost v politikah**, ima namen spodbujati enakost preko zagotavljanja pravičnih možnosti, zmanjševanja neenakosti v zdravju in razvijanja trajnostnih ter stroškovno učinkovitih politik. Namen te zahteve je oblikovanje strategije za enakost in izvajanje enakosti v vseh vidikih delovanja zdravstvene ustanove: od programov in oddelkov/služb do sistemov vodenja kakovosti. Vsi sistemi spremljanja in procesi vrednotenja ustanove bi morali odražati ter podpirati ukrepe strategije za enakost. Da bi ustanova dosegla korenite spremembe v smeri enakosti, je potrebno zagotoviti stalno usposabljanje zaposlenih, še posebej na področju ozaveščanja o vplivu diskriminacije, oviranem dostopu do zdravstvene oskrbe ter razvijanju bolj senzibilnega in kulturno kompetentnega pristopa do »ranljivih« skupin.

Cilj druge zahteve, **Enak dostop in uporaba zdravstvenih storitev**, je spodbuditi zdravstvene ustanove k premoščanju ovir, ki ljudem preprečujejo dostop do kakovostnih zdravstvenih storitev. Po eni strani je treba zagotoviti fizično dostopnost in ustrezno geografsko porazdelitev zdravstvenih storitev, vključno z zdravstveno oskrbo, ki poteka izven zdravstvenih ustanov v lokalni skupnosti za najbolj »ranljive« skupine prebivalstva. Po drugi strani pa je z učinkovitimi ukrepi potrebno izboljšati komuniciranje z uporabniki in jih ustrezno informirati. Na področju premoščanja jezikovnih ovir je bilo v svetu že veliko storjenega, več pozornosti pa je potrebno nameniti ukrepom, s katerimi bi dvignili zdravstveno pismenost. Ta zahteva spodbuja zdravstvene ustanove tudi k odpravljanju drugih, težavnejših ovir, kot so neravnovesje moči v komunikaciji med uporabnikom in zdravstvenimi delavci ter pomen zaupanja, spoštovanja, odprtosti in empatije v odnosu z uporabniki. Druge težavne ovire so pravne in finančne, ki nastajajo izven sistema zdravstvenega varstva in se nanašajo na pravni status posameznika ter z njim povezano pomanjkanje pravic ali zavarovanja. Vendar pa ta zahteva spodbuja zdravstvene ustanove, da ukrepajo, če bi pravila o neupravičenosti do

zdravstvene oskrbe ogrozile človekove pravice. To pomeni, da bi morala zdravstvena ustanova tudi za osebe, ki formalno nimajo pravic do zdravstvene oskrbe, najti ustrezne rešitve ter jim priskrbeti potrebne informacije, oskrbo in podporo.

Namen tretje zahteve, **Enaka kakovost zdravstvene oskrbe**, je, da ustanova zagotavlja visoko kakovostno, na posameznika osredotočeno zdravstveno oskrbo za vse uporabnike ter pri tem upošteva raznolike značilnosti in potrebe posameznika pri ukrepih za izboljšanje njegovega zdravja in počutja. Izvajalci morajo pri načrtovanju procesa zdravstvene oskrbe upoštevati posameznikove izkušnje in mnenja. V primeru migrantov zato izvajalcev ne moremo usposobiti za ustrezno odzivanje s poenostavljenim izobraževanjem, ki bi temeljilo na teoretičnem podajanju snovi. Namesto tega je potrebno zaposlene v zdravstvenih ustanovah na vseh ravneh spodbujati, da se naučijo premostiti razlike in graditi odnose, iz katerih se bodo učili. Pri tem pristopu je dejansko lahko le uporabnik usposobljen, da pomaga izvajalcem zdravstvene oskrbe razumeti preplet vplivov, ki ga imajo njegova etnična pripadnost, spol, veroizpoved in družbeno-ekonomska situacija na obravnavano zdravstveno težavo.

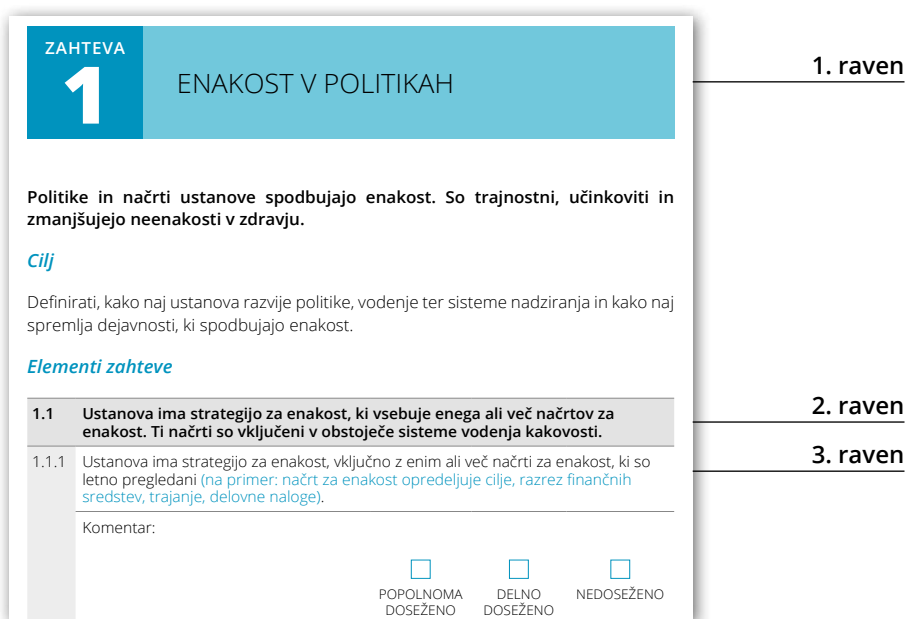
Četrta zahteva, **Enakost pri sodelovanju**, si prizadeva zagotoviti enake možnosti za uporabnike storitev in lokalno skupnost, da sodelujejo v načrtovanju, izvedbi in vrednotenju zdravstvene oskrbe. Spodbujanje aktivnega sodelovanja ne pomeni povezovanja izključno z dobro organiziranimi skupinami, ki niso nujno sposobne zastopati potrebe posameznika ali potrebe manjših, slabše organiziranih, ali povsem marginaliziranih skupin prebivalstva. Zaradi predpostavke, da so posamezne družbene skupine vedno homogene entitete (katerih člani imajo podobne interese, vrednote in identiteto), lahko zanemarimo dejstvo, da so na osnovi razlik (v spolu, etnični pripadnosti, veroizpovedi, ekonomskem položaju in drugo) znotraj skupnosti nekateri posamezniki izolirani in se jim odreka pravico do odločanja ali celo do udeležbe. Zato želi ta zahteva zagotoviti predvsem udeležbo tistih posameznikov in družbenih skupin, ki jim grozi, da bodo iz tovrstnih aktivnosti izključeni.

Peta zahteva, **Spodbujanje enakosti**, spodbuja ustanovo, da promovira svoje aktivnosti na področju enakosti v drugih družbenih resorjih. Ustanova naj dejavno sodeluje v omrežjih in raziskovalnih projektih s področja enakosti, kot so partnerstva za zagotavljanje kakovostnejših storitev za »ranljive« skupine prebivalstva in medresornih pobudah za celovitejšo obravnavo determinant zdravja.

IZVEDBA SAMOOCENJEVANJA

Zahteve, elementi zahtev in merljivi elementi

Vsaka zahteva *Standarda za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi »ranljivih« skupin* je organizirana na treh ravneh (Slika 1).



Slika 1: Tri ravni organiziranosti zahteve.

Prva raven je raven zahtev. Zahteve se nanašajo na ključna področja zagotavljanja enakosti v zdravstveni oskrbi »ranljivih« skupin kot so **Enakost v politikah**, **Enak dostop in uporaba zdravstvenih storitev**, **Enaka kakovost zdravstvene oskrbe**, **Enakost pri sodelovanju** in **Spodbujanje enakosti**.

Druga raven je raven elementov zahtev. Elementi zahtev konkretizirajo zahteve in jih razčlenijo na njihove glavne sestavine. Število elementov zahtev se med zahtevami razlikuje in znaša od 1 do 5.

Tretja raven je raven merljivih elementov. Merljivi elementi preprosto pokažejo, kaj je potrebno storiti za zadostitev *Standardu za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi »ranljivih« skupin*. Opredelitev merljivih elementov je namenjena zagotavljanju večje jasnosti in je lahko v pomoč zdravstvenim ustanovam pri izobraževanju zdravstvenih delavcev o zahtevah in pri pripravi na samoocenjevanje. Merljivi elementi so tisti, ki bodo v okviru samoocenjevanja opredeljeni kot popolnoma doseženi, delno doseženi ali nedoseženi.

Kazalniki kakovosti

V orodju so navedeni predlogi kazalnikov kakovosti, s katerimi lahko zdravstvene ustanove kvantitativno dopolnijo proces samoocenjevanja. Zdravstvena ustanova se odloči, katere kazalnike bo izbrala, priporočeno pa je vsako od 5 zahtev dopolniti z vsaj 1 kazalnikom.

Ker se večina podatkov za izračun kazalnikov kakovosti s področja enakosti v zdravstveni oskrbi »ranljivih« skupin ne zbira rutinsko, je potrebno postopek pridobivanja podatkov za kazalnike izvesti posebej. Nato je koristno uvesti kontinuirano zbiranje podatkov o kazalnikih, da bi lahko spremljali spremembe njihovih vrednosti skozi čas. Na podlagi samoocenjevanja, ki temelji na ugotavljanju skladnosti z zahtevami in doseženimi vrednostmi kazalnikov, se opredelijo področja za izboljšave in oblikuje akcijski načrt.

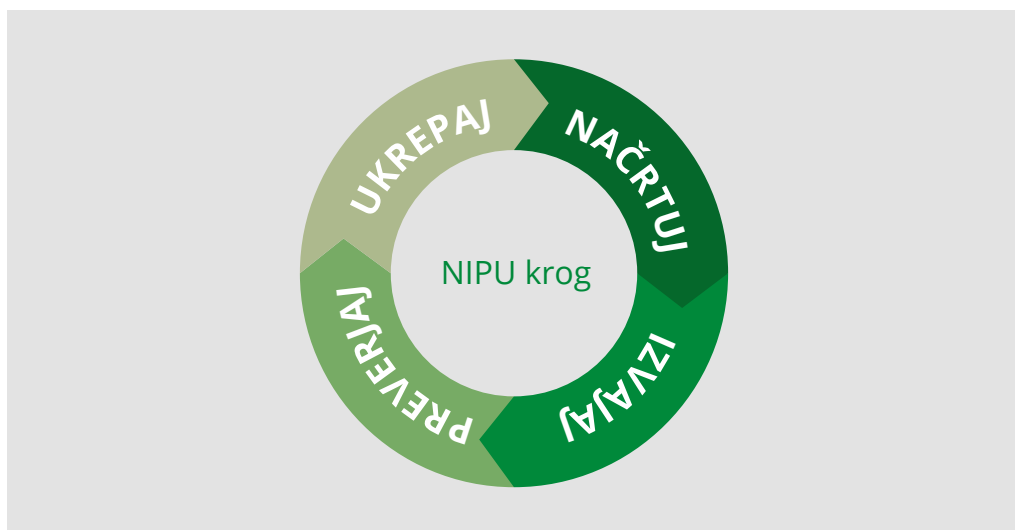
Interpretacija rezultatov samoocenjevanja

Rezultate samoocenjevanja je pogosto težko enoznačno opredeliti kot dobre ali slabe. Običajno jih primerjamo z vrednostmi, ki jih dosežejo primerljivi izvajalci zdravstvenih storitev v isti časovni točki ali v daljšem časovnem obdobju. Vrednosti lahko znotraj ustanove primerjamo glede na spremembe v času (na ta način preverjamo uspešnost sprejetih in izvedenih ukrepov) ali jih primerjamo z vnaprej predpisanimi pričakovanimi vrednostmi (kot so določene v nacionalnih politikah ali drugih dokumentih).

V nekaterih primerih pričakovane vrednosti kazalnikov, ki so opredeljene v politikah, predpisih ali smernicah, omogočajo jasno prepoznavanje področij, ki zahtevajo prednostno ukrepanje. Če nacionalno oziroma območno dogovorjenih referenčnih vrednosti ni, je priporočljivo, da vodstvo zdravstvene ustanove določi ciljne vrednosti kazalnikov, ki se spremljajo. Priporočljivo je o rezultatih samoocenjevanja razpravljati znotraj ustanove in tudi s predstavniki drugih ustanov, ki so ta postopek izvedle.

Razvoj akcijskega načrta

Pri razvoju akcijskega načrta sledimo krogu NIPU. Zasnovan je kot dinamičen model, kjer se konec enega cikla nadaljuje v začetek naslednjega. Pri tem sledi duhu stalnega izboljševanja kakovosti, saj se vsak proces ponovno analizira in se začne nov krog ustreznih sprememb (Slika 2).



Slika 2: NIPU krog.

Načrtuj: Načrtovanje aktivnosti, projekta ali procesa, s katerim želimo izboljšati kakovost dela. Ta faza vključuje analizo stanja na področju, ki ga želimo izboljšati, prepoznavanje priložnosti za izboljšave in odločitev o tem, kje se nahajajo priložnosti, ki predstavljajo največjo korist.

Izvajaj: Spremembo je priporočljivo sprva pilotno izvajati na majhnem vzorcu (na primer znotraj ene organizacijske enote) in jo nato razširiti v skladu z načrtom.

Preverjaj: To je ključna faza NIPU kroga. V tej fazi je potrebno odgovoriti na vprašanje, ali je uvedena sprememba prinesla pričakovano izboljšavo. V ta namen morajo biti določena jasna merila za opredelitev ravni izboljšave.

Ukrepaj: Sprejmi spremembo, opusti jo ali ponovno izvedi celoten krog.

Po uspešnem prepoznavanju priložnosti za izboljšave, načrtovanju in udejanjanju ukrepov je potrebno ponovno izvesti samoocenjevanje in nadaljevati krog neprestanih izboljšav. Po zaključku vsakega NIPU kroga je mogoče načrtovati in udejanjiti nov, kompleksnejši načrt za izboljšave. Pomembno je, da akcijski načrt upošteva lokalne in nacionalne prioritete ter razpoložljivost virov zdravstvene ustanove. Oblikovan naj bo na podlagi zaključkov razprave *Skupine za izvedbo samoocenjevanja*. Akcijski načrt bi moral biti vključen tudi v obstoječ sistem vodenja kakovosti ustanove, tako da se zagotovi ustrezno spremljanje njegove izvedbe.

Razdelitev nalog in odgovornosti

Ena oseba mora prevzeti odgovornost za celotno izvedbo samoocenjevanja (vodja izvedbe samoocenjevanja). Dodatne naloge in odgovornosti se lahko razdelijo po posameznih zahtevah, glede na organizacijsko strukturo zdravstvene ustanove in razpoložljivost zaposlenih. Pomembno je, da pridobimo naklonjenost in razumevanje čim večjega števila zaposlenih.

Vodstvo zdravstvene ustanove: Za uspeh izvedbe samoocenjevanja in udejanjanje akcijskega načrta je ključna podpora vodstva.

Vodja izvedbe samoocenjevanja: Pomembno je, da gre za osebo, ki dobro pozna področje enakosti v zdravstveni oskrbi in potrebe »ranljivih« skupin. Vodja izvedbe samoocenjevanja lahko imenuje odgovorno osebo za vsako posamezno zahtevo.

Skupina za izvedbo samoocenjevanja: Skupina naj se srečuje v rednih časovnih presledkih ter sledi napredku na področju zagotavljanja enakosti v zdravstveni oskrbi »ranljivih« skupin, oblikuje nove pobude in spodbuja usposabljanja zaposlenih na tem področju. Skupina naj bo multidisciplinarna, vključuje naj naslednje predstavnike: predstavnika vodstva zdravstvene ustanove, medicinsko sestro, zdravnika, predstavnika službe za upravljanje s človeškimi viri, administrativnega delavca, socialnega delavca, predstavnika službe za vodenje kakovosti, predstavnike »ranljivih« skupin v lokalni skupnosti, predstavnike nevladnih organizacij in po potrebi tudi druge.

LITERATURA

1. World Health Organization. The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services: Integrating health promotion into hospitals and health services. Concept, framework and organization. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 2007.
2. The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services. HPH members. Dostopno 2. 9. 2015 na: http://www.hphnet.org/index.php?option=com_content&view=article&id=2311&Itemid=370
3. Constitution of the International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services (HPH) and Memorandum of Understanding between WHO and the International HPH Network. Copenhagen: WHO Collaborating Centre for Evidence-Based Health Promotion in Hospitals and Health Services, 2010.
4. WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Health Care. Dostopno 22. 9. 2015 na: <http://www.hph-hc.cc>
5. WHO Collaborating Centre for Evidence-Based Health Promotion in Hospitals and Health Services. Dostopno 2. 9. 2015 na: <http://www.who-cc.dk>
6. Migrant Friendly Hospital Project. Dostopno 22. 9. 2015 na: www.mfh-eu.net
7. COST Action HOME – Health and Social Care for Migrants and Ethnic Minorities in Europe (2007-2011). Dostopno 7. 10. 2015 na: http://www.cost.eu/COST_Actions/isch/IS1103
8. COST Action ADAPT – Adapting European Health Systems to Diversity (2012-2015). Dostopno 7. 10. 2015 na: http://www.cost.eu/COST_Actions/isch/IS1103
9. The Amsterdam Declaration Towards Migrant Friendly Hospitals in an ethno-culturally diverse Europe, 2004. Dostopno 7. 10. 2015 na: http://www.mfh-eu.net/public/european_recommendations.htm
10. Mladovsky P, Bernd R, Ingleby D, McKee M. Responding to diversity: an exploratory study of migrant health policies in Europe. *Health Policy* 2012; 105: 1–9.
11. Cattacin S, Chiarenza A, Domenig D. Equity standards for health care organizations: a theoretical framework. *Divers Equal Health Care* 2013; 10: 249–58.
12. Standards for Equity in Health Care for Migrants and other Vulnerable Groups. Self-Assessment Tool for Pilot Implementation. Copenhagen: The Task Force on Migrant-Friendly and Culturally Competent Health Care, The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services, 2014. Dostopno 7. 10. 2015 na: http://hphnet.org/attachments/article/291/Equity%20Standards%20SAT%202014_Light.pdf
13. Farkaš Lainščak J. The National HPH Network of Slovenia: from idea to establishment. *Clin Health Promot* 2012; 2: 38.

14. Farkaš Lainščak J. Promocija zdravja v bolnišnicah: od ideje o podpornih okoljih do razvoja Mednarodne mreže za promocijo zdravja v bolnišnicah. V: Farkaš Lainščak J, Košnik M, ur. Promocija zdravja v bolnišnicah: strokovno srečanje ob ustanovitvi Slovenske mreže za promocijo zdravja v bolnišnicah. Zbornik prispevkov. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, 2011: 4–13.
15. Šprajcar D, Farkaš Lainščak J. Standard za promocijo zdravja v bolnišnicah. V: Farkaš Lainščak J, Košnik M, ur. Promocija zdravja v bolnišnicah: strokovno srečanje ob ustanovitvi Slovenske mreže za promocijo zdravja v bolnišnicah. Zbornik prispevkov. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, 2011: 28–39.
16. Farkaš Lainščak J, Sotler R, Jug B, Lainščak M. WHO-HPH Recognition Project in Slovenia: interim report. Clin Health Promot 2015; 5 (suppl. 1): 42.
17. Farkaš Lainščak J, Lainščak M, Kukec A, Košnik M. Health-related behaviour among managers of Slovenian hospitals and institutes of public health. South Eastern Eur J Public Health 2014; 2: 1-13.
18. Farkaš Lainščak J, Hodošček-Majc L, Števančec D, Lainščak M. Lifestyle and self-management advice in hospitalized patients with chronic heart failure. Clin Health Promot 2014; 4 (suppl. 1): 277.
19. Farkaš Lainščak J, 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.
20. Buzeti T, Farkaš Lainščak J, Horvat M, Lipovec Čebren U, Maučec Zakotnik J, Pistotnik S, et al. Izhodišča za izvajanje integrirane preventive kroničnih bolezni in zmanjševanje neenakosti v zdravju pri odraslih prebivalcih Slovenije. Pregled stanja in predlogi ukrepov. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015.
21. Farkaš Lainščak J, Huber I, Maučec Zakotnik J, Sedlar N, Vrbovšek S, ur. Program integrirane preventive kroničnih bolezni in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih: priročnik za izvajanje programa s primeri dobrih praks. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016.
22. Farkaš Lainščak J, Huber I, Mlakar K, ur. Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju odraslih. Katalog informacij Celje: za izvajalce pilotnega testiranja integriranih procesov vključevanja in obravnave ciljne populacije v okviru projekta Skupaj za zdravje. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015.
23. Huber I, Letnar Žbogar N, Peternel L, ur. Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju odraslih. Katalog informacij Vrhnika: za izvajalce pilotnega testiranja integriranih procesov vključevanja in obravnave ciljne populacije v okviru projekta Skupaj za zdravje. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015.
24. Huber I, Kuhar D, Tomšič V, ur. Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju odraslih. Katalog informacij Sevnica: za izvajalce pilotnega testiranja integriranih procesov vključevanja in obravnave ciljne populacije v okviru projekta Skupaj za zdravje. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015.

-
25. Lipovec Čebtron U, ur. Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba: priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016.
 26. Deklaracija o pomenu vpeljevanja medkulturne medicinske v zdravstvene ustanove v Sloveniji. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015.
 27. Vertovec S. Super-diversity and its implications. *Ethnic and Racial Studies* 2008; 30: 1024–54.
 28. Lipovec Čebtron U. Slepa pega evropskega zdravstva: analiza nekaterih vidikov zdravja migrantov. V: Medica K, Lukič G, Bufon M, ur. Migranti v Sloveniji – med integracijo in alienacijo. Koper: Založba Annales, 2010: 51–87.
 29. Mladovsky P. Migrant health in the EU. *Eurohealth* 2007; 13: 9–13.
 30. Bofulin M, Bešter R. Enako zdravstvo za vse: imigranti v slovenskem zdravstvenem sistemu. V: Medvešek M, Bešter R, ur. Državljeni tretjih držav ali tretjerazredni državljani: integracija državljanov tretjih držav v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za narodnostna vprašanja, 2010: 270–311.
 31. Castañeda H. Perspectives on gender, health care, and illegal migration in Germany and the United States. V: Schrover M, van der Leun J, Lucassen L, Quispel C, ur. Gender and illegal migration in global and historical perspective. Amsterdam: IMISCOE/Amsterdam University Press, 2008: 171–88.
 32. Smedley BD, Stith A, Nelson AR. Unequal treatment. Confronting racial and ethnic disparities in health care. Washington: The National Academic Press, 2003.
 33. Yuval-Davis N. Intersectionality and feminist politics. *Eur J Women's Studies* 2006; 13: 193–209.



ORODJE ZA SAMOOCENJEVANJE ZDRAVSTVENIH USTANOV



ZAHTEVA

1

ENAKOST V POLITIKAH

Politike in načrti ustanove spodbujajo enakost. So trajnostni, učinkoviti in zmanjšujejo neenakosti v zdravju.

Cilj

Definirati, kako naj ustanova razvije politike, vodenje ter sisteme nadziranja in kako naj spremlja dejavnosti, ki spodbujajo enakost.

Elementi zahteve

1.1	Ustanova ima strategijo za enakost, ki vsebuje enega ali več načrtov za enakost. Ti načrti so vključeni v obstoječe sisteme vodenja kakovosti.
1.1.1	Ustanova ima strategijo za enakost, vključno z enim ali več načrti za enakost, ki so letno pregledani (na primer: načrt za enakost opredeljuje cilje, razrez finančnih sredstev, trajanje, delovne naloge). Komentar: ☐ POPOLNOMA DOSEŽENO ☐ DELNO DOSEŽENO ☐ NEDOSEŽENO
1.1.2	Strategija za enakost je vključena v krovno strategijo ustanove (na primer: v krovni strategiji ustanove je strategija za enakost enakovredna drugim strategijam). Komentar: ☐ POPOLNOMA DOSEŽENO ☐ DELNO DOSEŽENO ☐ NEDOSEŽENO

1.2	Ustanova meri udejanjanje enakosti z raziskavami ter sistemi spremljanja in vrednotenja.
1.2.1	Ustanova zbira podatke o dostopnosti svojih storitev, da bi ugotovila, ali uporaba storitev odraža demografske značilnosti in zadovoljuje potrebe uporabnikov (na primer: na voljo so podatki o tem, kako vplivajo na dostopnost zdravstvenih storitev spol, starost, družbeni sloj, etnična pripadnost, državljanstvo, veroizpoved, različne oblike oviranosti).
	Komentar: ☐ POPOLNOMA DOSEŽENO ☐ DELNO DOSEŽENO ☐ NEDOSEŽENO
1.2.2	Ustanova zbira podatke (ali ima dostop do podatkov) o zdravstvenem stanju in neenakostih svojih uporabnikov (na primer: na voljo so podatki (epidemiološki in demografski; kvantitativni in kvalitativni) o zdravstvenih potrebah uporabnikov, iz katerih je lahko prepoznati neenakosti).
	Komentar: ☐ POPOLNOMA DOSEŽENO ☐ DELNO DOSEŽENO ☐ NEDOSEŽENO
1.2.3	Ustanova uporablja te podatke za nenehno izboljševanje enakosti pri dostopu in kakovosti zdravstvene oskrbe (na primer: izboljšana dostopnost se kaže v povečanem obisku ambulate za obravnavo posameznikov s sladkorno boleznijo).
	Komentar: ☐ POPOLNOMA DOSEŽENO ☐ DELNO DOSEŽENO ☐ NEDOSEŽENO
1.3	Ustanova bi morala zagotoviti, da njeni načrti, politike in odločitve spodbujajo enakost na vseh področjih njene dejavnosti.
1.3.1	Ustanova ima predvidene postopke za vrednotenje, kako načrti, strategije in odločitve spodbujajo enakost (na primer: evalvacijska poročila, ki vsebujejo podatke o enakosti).
	Komentar: ☐ POPOLNOMA DOSEŽENO ☐ DELNO DOSEŽENO ☐ NEDOSEŽENO

1.3.2	Vodstvo ustanove aktivno spodbuja in podpira enakost pri svojem delu (na primer: vodstvo je dolžno zagotoviti, da je med kazalnike kakovosti ustanove uvrščen vsaj en kazalnik, ki je usmerjen v enakost).
	Komentar: ☐ POPOLNOMA DOSEŽENO ☐ DELNO DOSEŽENO ☐ NEDOSEŽENO
	1.4 Ustanova zagotavlja, da bodo zaposleni na vseh ravneh izboljšali ozaveščenost, si pridobili znanje in povečali kompetence za zmanjševanje neenakosti v zdravstveni oskrbi.
	1.4.1
1.4.2	Temeljno usposabljanje v ustanovi vključuje izobraževanje o enakosti (na primer: področje enakosti je del temeljnega izobraževanja za novo zaposlene v ustanovi in vseh nadaljnjih izobraževanj). Komentar: ☐ POPOLNOMA DOSEŽENO ☐ DELNO DOSEŽENO ☐ NEDOSEŽENO
1.4.3	Ustanova spremlja in vrednoti učinke usposabljanja, s katerim razvija področje enakosti (na primer: na voljo so podatki o številu zaposlenih, ki so zaključili usposabljanje s področja enakosti; vzpostavljeno je vrednotenje sprememb v ozaveščenosti, znanju in veščinah zaposlenih (ovrednotenje pred usposabljanjem in po njem; odzivi uporabnikov)). Komentar: ☐ POPOLNOMA DOSEŽENO ☐ DELNO DOSEŽENO ☐ NEDOSEŽENO

1.5	Politike in prakse zaposlovanja v ustanovi so pravične in poštene, spodbuja pa se tudi spoštovanje dostojanstva vseh zaposlenih in prostovoljcev.
1.5.1	Politike zaposlovanja v ustanovi zagotavljajo enake možnosti pri razpisnih pogojih za zaposlitev, pri izbiri zaposlenih, napredovanju in ostalih vidikih zaposlitve za vse zaposlene (na primer: učinki politik zaposlovanja so bili ovrednoteni; sprejeti so bili ukrepi za zmanjševanje neenakosti pri zaposlovanju socialno ogroženih in marginaliziranih skupin prebivalstva (osebe z različnimi oblikami oviranosti in drugo)). Komentar: <input data-bbox="735 567 770 601" type="checkbox"/> POPOLNOMA DOSEŽENO <input data-bbox="886 567 920 601" type="checkbox"/> DELNO DOSEŽENO <input data-bbox="1047 567 1081 601" type="checkbox"/> NEDOSEŽENO
1.5.2	Ustanova aktivno spodbuja dostojanstvo in spoštovanje pri delu – tako med zaposlenimi kot med prostovoljci (na primer: ustanova ima dokument, ki vsebuje določene ukrepe za zaščito zaposlenih in prostovoljcev pred nasilništvom, nadlegovanjem in diskriminatornim obnašanjem (spolno nadlegovanje, rasizem, homofobija in drugo)). Komentar: <input data-bbox="735 906 770 940" type="checkbox"/> POPOLNOMA DOSEŽENO <input data-bbox="886 906 920 940" type="checkbox"/> DELNO DOSEŽENO <input data-bbox="1047 906 1081 940" type="checkbox"/> NEDOSEŽENO

Izbira kazalnikov za dopolnitev zahteve 1

Izberite do 3 kazalnike, ki bodo na kvantitativen način dopolnili oceno v skladu z zahtevo 1. Pri tem lahko uporabljate kazalnike, ki so v vaši ustanovi že v uporabi, ali pa tiste, ki so navedeni v nadaljevanju.

Pri izboru ustreznega kazalnika si lahko pomagata s spodnjimi vprašanji:

- 1. Kako izbrati kazalnik, da se bo smiselno navezoval na zahtevo?
- 2. Ali je kazalnik pomemben glede vpliva na enakost?
- 3. Ali je kazalnik uporaben pri spodbujanju enakosti?
- 4. Ali je kazalnik znanstveno utemeljen?
- 5. Kakšno je breme zbiranja podatkov?
- 6. Kako je kazalnik mogoče opisati?
- 7. Kako se lahko zberejo podatki za kazalnik (rutinski podatki, ankete, pregledi zdravstvene dokumentacije)?

Zahteva 1: Enakost v politikah

KAZALNIK	OPIS	ŠTEVEC	IMENOVALEC	VIR PODATKOV
1.				
2.				
3.				

Predlog kazalnikov

KAZALNIK	OPIS	ŠTEVEC	IMENOVALEC	VIR PODATKOV
% kazalnikov, ki so v ustanovi usmerjeni na področje enakosti.	Spodbujati vključitev kazalnikov na področju enakosti v procese izboljševanja kakovosti.	Število kazalnikov, ki so usmerjeni v enakost in vključeni v redna poročila meritev delovne uspešnosti.	Skupno število kazalnikov delovne uspešnosti.	- Proces revizije in načrtovanja; - podatki o delovni uspešnosti in kakovosti storitev.
% ciljev enakosti v politikah ustanove za spodbujanje storilnosti.	Spodbujati vključitev ciljev enakosti v politike za spodbujanje storilnosti zaposlenih.	Število ciljev enakosti v politikah spodbujanja uspešnosti za plačno politiko vodstva.	Skupno število ciljev, ki so osnova politik za spodbujanje storilnosti.	- Proces revizije in načrtovanja.
% zaposlenih z opravljenim usposabljanjem ocenjevanja, načrtovanja in izboljšanja enakosti.	Povečati kompetence zaposlenih, da bodo lahko nudili pravične, dostopne in odgovorne storitve.	Število zaposlenih (vključno z vodstvom), ki so v preteklih 12 mesecih sodelovali pri usposabljanju na temo enakosti.	Skupno število zaposlenih (vključno z vodstvom), ki so zaposleni v ustanovi.	- Izobraževalne politike ustanove; - revizija dejavnosti notranjega in zunanjega poslovnega razvoja, ki jih je načrtovala, zagotovila in ocenila ustanova, udeležili pa so se jih zaposleni.
% zaposlenih v vodstvu ustanove, ki odraža raznolikost demografskega profila na območju, za katerega je ustanova pristojna.	Ustanova spremlja, kako se pri zaposlenih v vodstvu ustanove odraža raznolikost območja, za katerega je ustanova pristojna.	Število raznolikosti na območju, za katerega je ustanova pristojna, ki se odražajo pri zaposlenih v vodstvu ustanove.	Štiri specifične raznolikosti: 1. spol; 2. etnična pripadnost; 3. matična država ali država odhoda; 4. veroizpoved ali versko prepričanje.	- Demografski profil prebivalstva, zaposlenih in vodstva; - politike in prakse zaposlovanja.

Opis področij, ki jih je potrebno izboljšati

Zahteva 1: Enakost v politikah

Potreben ukrep		Moteči dejavniki	Olajševalni dejavniki
Splošna zahteva			
Element zahteve 1.1			
Element zahteve 1.2			
Element zahteve 1.3			
Element zahteve 1.4			
Element zahteve 1.5			

Lahko se upoštevajo dejavniki, ki so povezani s politikami, zakonodajo, organizacijskimi ali ekonomskimi temami.

ZAHTEVA

2

ENAK DOSTOP IN UPORABA
ZDRAVSTVENIH STORITEV

Ustanova spodbuja enak dostop in uporabo zdravstvenih storitev.

Cilj

Spodbuditi ustanovo, da premošča ovire, ki ljudem preprečujejo ali omejujejo dostop do zdravstvenih storitev in njihovo uporabo.

Elementi zahteve

2.1	Ustanova si prizadeva, da bi zagotavljala enak dostop in razpoložljivost zdravstvenih storitev.			
2.1.1	Ustanova poskuša nenehno odkrivati ovire pri dostopu do zdravstvenih storitev (na primer: zbiranje podatkov za odkrivanje in spremljanje ovir (arhitekturnih, geografskih, jezikovnih, kulturnih in drugih), ki ljudem preprečujejo uporabo zdravstvenih storitev ali jih od tega odvračajo).			
	Komentar:			
		☐	☐	☐
		POPOLNOMA DOSEŽENO	DELNO DOSEŽENO	NEDOSEŽENO
2.1.2	Ustanova zmanjšuje arhitekturne, okoljske in geografske ovire pri dostopu do zdravstvenih storitev (na primer: jasni znaki za dostop do ustanove in razumljive usmerjevalne table znotraj nje; dostopnost za invalidske vozičke; urejen javni prevoz do ustanove; zdravstvene storitve se izvajajo tudi v lokalni skupnosti, vključno z njenimi ruralnimi deli).			
	Komentar:			
		☐	☐	☐
		POPOLNOMA DOSEŽENO	DELNO DOSEŽENO	NEDOSEŽENO

2.1.3	Ustanova zagotavlja dostop do zdravstvenih storitev za marginalizirane in socialno ogrožene osebe (na primer: ustanova ima postopke za zagotavljanje dostopa do zdravstvenih storitev za socialno ogrožene osebe in osebe, pri katerih obstaja večje tveganje za diskriminacijo (okuženi s HIV/AIDS, z različnimi oblikami oviranosti, odvisniki od prepovedanih drog in drugo)). Komentar: ☐ POPOLNOMA DOSEŽENO ☐ DELNO DOSEŽENO ☐ NEDOSEŽENO
2.1.4	Ustanova vzpostavlja komunikacijo z marginaliziranimi in socialno ogroženimi osebami (na primer: lokalnemu okolju posreduje informacije o razpoložljivih zdravstvenih storitvah (organizacija sestankov z neodzivnimi skupinami prebivalstva; informiranje brezdomnih oseb, prosilcev za mednarodno zaščito, oseb, ki nudijo spolne usluge, o njim dostopnih zdravstvenih storitvah)). Komentar: ☐ POPOLNOMA DOSEŽENO ☐ DELNO DOSEŽENO ☐ NEDOSEŽENO
2.1.5	Ustanova ovrednoti učinek ukrepov in programov, ki so namenjeni zmanjševanju ovir pri dostopu do zdravstvenih storitev (na primer: opravljena je kvantitativna in kvalitativna evalvacija posameznih ukrepov; vzpostavljeni so kriteriji za evalvacijo (med katerimi je vključeno zadovoljstvo uporabnikov, izvedljivost posameznih ukrepov in drugo)). Komentar: ☐ POPOLNOMA DOSEŽENO ☐ DELNO DOSEŽENO ☐ NEDOSEŽENO
2.2	Ustanova nenehno razvija, udejanja in spremlja pobude za zmanjševanje ovir pri informiranju in sporazumevanju.
2.2.1	Ustanova zagotavlja, da so pisna gradiva in usmerjevalne označbe v jeziku, ki je uporabnikom razumljiv, ter upošteva raven njihove zdravstvene pismenosti (na primer: ustanova ima strategijo komuniciranja z javnostmi in z uporabniki ter jih vključuje v pripravo informativnih gradiv, upošteva njihov jezik in raven zdravstvene pismenosti (ozaveščenost o promociji zdravja, preventivnih programih, zdravstvenovzgojnih aktivnostih, zdravljenju in drugo)). Komentar: ☐ POPOLNOMA DOSEŽENO ☐ DELNO DOSEŽENO ☐ NEDOSEŽENO

2.2.2	Ustanova ima politike, s katerimi zagotavlja, da se bo v primeru jezikovnih ovir uporabnik (in njegov skrbnik) lahko sporazumeval z zaposlenimi v zdravstveni ustanovi (na primer: določila o tolmačenju, medkulturnem mediatorstvu in drugih oblikah podpore pri sporazumevanju; določila vsebujejo napotke, kako naj zaposleni uporabljajo storitve tolmačenja in medkulturnega mediatorstva ter kriterije, kdo je upravičen do teh storitev). Komentar: ☐ POPOLNOMA DOSEŽENO ☐ DELNO DOSEŽENO ☐ NEDOSEŽENO
2.2.3	Ustanova se pri sporazumevanju prilagodi potrebam uporabnikov, ki imajo slušne, kognitivne in govorne motnje ter motnje vida (na primer: določila o tolmačenju, drugih oblikah podpore pri sporazumevanju; določila predvidevajo podporo uporabnikom s težavami pri branju ali pisanju ter uporabnikom s telesno in/ali duševno oviranostjo). Komentar: ☐ POPOLNOMA DOSEŽENO ☐ DELNO DOSEŽENO ☐ NEDOSEŽENO
2.2.4	Ustanova spremlja in ocenjuje delovanje in kakovost storitev, ki zagotavljajo pomoč pri sporazumevanju (na primer: anketa med uporabniki in zaposlenimi o obveščenosti in zadovoljstvu z uporabo tolmačenja, medkulturnega mediatorstva in drugimi oblikami podpore pri sporazumevanju; določitev kriterijev, kompetenc in etičnega kodeksa za tolmače, prevajalce, medkulturne mediatorje). Komentar: ☐ POPOLNOMA DOSEŽENO ☐ DELNO DOSEŽENO ☐ NEDOSEŽENO
2.2.5	Ustanova zagotavlja sodelovanje zaposlenih s tolmači, medkulturnimi mediatorji in ostalimi osebami, ki nudijo pomoč pri sporazumevanju (na primer: usposabljanje zaposlenih za sodelovanje s tolmači, prevajalci in medkulturnimi mediatorji; vključitev tovrstnega usposabljanja v temeljno usposabljanje za novozaposlene; spodbujanje tolmačenja in medkulturnega mediatorstva v ustanovi). Komentar: ☐ POPOLNOMA DOSEŽENO ☐ DELNO DOSEŽENO ☐ NEDOSEŽENO

2.3	Ustanova zmore zagotoviti zdravstveno oskrbo tudi v primerih, ko osebe niso upravičene do zdravstvenih storitev ali nimajo zdravstvenega zavarovanja.
2.3.1	Ustanova spremlja situacije, ko osebe ne morejo dostopati do zdravstvenih storitev, ker do njih niso upravičene (na primer: zbiranje informacij in podatkov o osebah, ki zaradi finančnih ali pravnih razlogov niso upravičene do koriščenja zdravstvenih storitev (osebe brez zdravstvenega zavarovanja, nedokumentirani migranti, prosilci za mednarodno zaščito in drugo).
	Komentar: <input data-bbox="744 538 775 576" type="checkbox"/> POPOLNOMA DOSEŽENO <input data-bbox="892 538 923 576" type="checkbox"/> DELNO DOSEŽENO <input data-bbox="1047 538 1078 576" type="checkbox"/> NEDOSEŽENO
2.3.2	Ustanova zagotavlja primerno podporo ljudem, ki nimajo zdravstvenega zavarovanja in/ali niso upravičeni do določenih zdravstvenih storitev (na primer: nabor ukrepov za zagotavljanje informacij, podpore in zdravstvene oskrbe za osebe, ki niso upravičene do koriščenja zdravstvenih storitev (kot so neformalna zagotovitev zdravstvenih storitev, napotitev teh oseb k nevladnim organizacijam v lokalnem okolju in drugo).
	Komentar: <input data-bbox="744 910 775 948" type="checkbox"/> POPOLNOMA DOSEŽENO <input data-bbox="892 910 923 948" type="checkbox"/> DELNO DOSEŽENO <input data-bbox="1047 910 1078 948" type="checkbox"/> NEDOSEŽENO

Izbira kazalnikov za dopolnitev zahteve 2

Izberite do 3 kazalnike, ki bodo na kvantitativen način dopolnili oceno v skladu z zahtevo 2. Pri tem lahko uporabljate kazalnike, ki so v vaši ustanovi že v uporabi, ali pa tiste, ki so navedeni v nadaljevanju.

Pri izboru ustreznega kazalnika si lahko pomagata s spodnjimi vprašanji:

1. Kako izbrati kazalnik, da se bo smiselno navezoval na zahtevo?
2. Ali je kazalnik pomemben glede vpliva na enakost?
3. Ali je kazalnik uporaben pri spodbujanju enakosti?
4. Ali je kazalnik znanstveno utemeljen?
5. Kakšno je breme zbiranja podatkov?
6. Kako je kazalnik mogoče opisati?
7. Kako se lahko zberejo podatki za kazalnik (rutinski podatki, ankete, pregledi zdravstvene dokumentacije)?

Zahteva 2: Enak dostop in uporaba zdravstvenih storitev

	KAZALNIK	OPIS	ŠTEVEC	IMENOVALEC	VIR PODATKOV
1.					
2.					
3.					

Predlog kazalnikov

KAZALNIK	OPIS	ŠTEVEC	IMENOVALEC	VIR PODATKOV
% uporabnikov, ki trdijo, da v preteklih 12 mesecih niso bili deležni primerne zdravstvene oskrbe – razdeljeni po spolu, starosti, matični državi/etnični pripadnosti, depriviligiranosti soseske, v kateri živijo.	Prepoznati uporabnike, ki so poročali, da v preteklih 12 mesecih niso bili deležni primerne zdravstvene oskrbe, bodisi zaradi finančnih ovir (predrago) bodisi zaradi čakalnih dob (niso mogli priti na vrsto v 12 mesecih) ali pa oddaljenosti.	Število uporabnikov z zdravstvenimi težavami, ki so poročali, da v preteklih 12 mesecih niso bili deležni primerne zdravstvene oskrbe – razdeljeni po spolu, starosti, matični državi/etnični pripadnosti, depriviligiranosti soseske, v kateri živijo.	Skupno število uporabnikov z zdravstvenimi težavami, ki so poročali, da v preteklih 12 mesecih niso bili deležni primerne zdravstvene oskrbe – razdeljeni po spolu, starosti, matični državi/etnični pripadnosti, depriviligiranosti soseske, v kateri živijo.	- Raziskava.
% uporabnikov, za katere se je v preteklih 12 mesecih izkazalo, da potrebujejo tolmača in so ga dobili.	Ovrednotiti priložnosti za tolmačenje glede na število (delež), način tolmačenja in posamezen jezik (vključno s tolmačenjem v živo, po telefonu ali preko videokonference).	Število uporabnikov, za katere se je v preteklih 12 mesecih izkazalo, da potrebujejo tolmača in so ga dobili.	Skupno število uporabnikov, za katere se je izkazalo, da potrebujejo tolmača in so ga v preteklih 12 mesecih dobili.	- Zbiranje podatkov o jeziku uporabnikov; - dogodki/priložnosti, kjer se je pokazala potreba po tolmačenju (po oddelkih/vrstah storitev ...).
% pisnih informacij, ki so primerne stopnji pismenosti lokalnega prebivalstva.	Zagotoviti, da bodo vse nove publikacije z zdravstvenimi informacijami napisane v uporabnikom razumljivem jeziku.	Število na novo napisanih, prirejenih ali prevedenih publikacij z zdravstvenimi informacijami iz preteklih 12 mesecev, ki so bile napisane v uporabnikom razumljivem jeziku.	Število na novo napisanih, prirejenih ali prevedenih publikacij z zdravstvenimi informacijami, objavljenih v preteklih 12 mesecih.	- Revizija modelov in strategij zdravstvenih informacij in komunikacij.
% uporabnikov, ki dostopajo do zdravstvenih storitev in nimajo zavarovanja ali/ in do njih niso upravičeni.	Ovrednotiti delež neupravičenih ali nezavarovanih uporabnikov, ki so deležni zdravstvene oskrbe.	Število uporabnikov, ki dostopajo do zdravstvenih storitev, a niso zavarovani in/ ali do njih niso upravičeni.	Skupno število uporabnikov, ki so deležni zdravstvene oskrbe.	- Podatki urgentnega ali sprejemnega oddelka.

Opis področij, ki jih je potrebno izboljšati

Zahteva 2: Enak dostop in uporaba zdravstvenih storitev

	Potreben ukrep	Moteči dejavniki	Olajševalni dejavniki
Splošna zahteva			
Element zahteve 2.1			
Element zahteve 2.2			
Element zahteve 2.3			

Lahko se upoštevajo dejavniki, ki so povezani s politiko, zakonodajo, organizacijskimi ali ekonomskimi temami.

ZAHTEVA

3

ENAKA KAKOVOST
ZDRAVSTVENE OSKRBE

Ustanova zagotavlja kakovostno zdravstveno oskrbo, ki je usmerjena na potrebe posameznika in v krepitev zdravja ter zmanjševanje neenakosti v zdravju.

Cilj

Podpreti ustanovo pri razvoju storitev, ki zadovoljujejo raznolike potrebe uporabnikov skozi celotno obravnavo ter pri tem zagotavljajo varno okolje in neprekinjeno zdravstveno oskrbo.

Elementi zahteve

3.1	Pri oceni uporabnikovih potreb se upošteva njegove osebne in družinske značilnosti ter izkušnje in pogoje, v katerih živi.
3.1.1	Pri prepoznavanju uporabnikovih zdravstvenih potreb se upošteva njegove osebne in družinske značilnosti ter izkušnje in pogoje, v katerih živi (na primer: v zdravstveni dokumentaciji uporabnika so navedeni podatki o njegovi starosti, jeziku, morebitnih oviranostih, duševnem zdravju, etnični pripadnosti, veroizpovedi, družbenem sloju, kulturnem ozadju in drugo). Komentar: ☐ POPOLNOMA DOSEŽENO ☐ DELNO DOSEŽENO ☐ NEDOSEŽENO
3.1.2	Pri prepoznavanju uporabnikovih psihosocialnih potreb se upošteva njegove osebne in družinske značilnosti ter izkušnje in pogoje, v katerih živi (na primer: v zdravstveni dokumentaciji uporabnika so navedeni podatki o njegovih življenjskih pogojih, bivalnih razmerah, psihosocialnih potrebah, »ranljivosti«, prepričanjih in praksah v zvezi z zdravjem in zdravljenjem). Komentar: ☐ POPOLNOMA DOSEŽENO ☐ DELNO DOSEŽENO ☐ NEDOSEŽENO

3.2	Raziskave ter sistemi spremljanja in presojanja vrednotijo udejanjanje enakosti v ustanovi.
3.2.1	V klinični praksi se upoštevajo značilnosti ter izkušnje vsakega uporabnika in njegove družine (na primer: načrt zdravstvene oskrbe vključuje vidik zagotavljanja enakosti ter je občutljiv na razlike med posameznimi uporabniki). Komentar: ☐ POPOLNOMA DOSEŽENO ☐ DELNO DOSEŽENO ☐ NEDOSEŽENO
3.2.2	Pri oskrbi uporabnika se spoštuje njegovo dostojanstvo, osebne vrednote, znanje ter predstave o zdravju in zdravstveni oskrbi (na primer: zaposleni uporabnike prosijo za povratne informacije o zdravstveni oskrbi v ustanovi, pri čemer preverijo, ali so bila spoštovana njihovo dostojanstvo in osebna prepričanja, verske in duhovne potrebe ter zagotovljena ustrezna prehrana, pomoč pri sporazumevanju in drugo). Komentar: ☐ POPOLNOMA DOSEŽENO ☐ DELNO DOSEŽENO ☐ NEDOSEŽENO
3.2.3	Ustanova ima postopke, s katerimi se odziva na psihosocialne potrebe posameznih uporabnikov (na primer: pri obravnavi marginaliziranih in/ali socialno ogroženih oseb je potrebno sodelovati s podpornimi organizacijami (svetovalne ali socialne službe, nevladne organizacije – društva za pomoč žrtvam nasilja ter službe na področju duševnega zdravja ali zdravljenja odvisnosti in drugo), kamor se uporabnika lahko napoti). Komentar: ☐ POPOLNOMA DOSEŽENO ☐ DELNO DOSEŽENO ☐ NEDOSEŽENO
3.2.4	Ustanova zagotavlja, da izobraževanje zaposlenih vključuje praktično usposabljanje o tem, kako pripraviti uporabnika, da izpove svoje občutke, izkušnje ter predstave o bolezni in zdravstveni oskrbi (na primer: usposabljanje zaposlenih vključuje učenje o tem, kako premostiti razlike in upoštevati posameznikove značilnosti ter vzeti v obzir njegovo doživljanje bolezni; na osnovi uporabnikovih povratnih informacij zaposleni lahko ugotovijo, ali je bila njegova perspektiva spoštovana). Komentar: ☐ POPOLNOMA DOSEŽENO ☐ DELNO DOSEŽENO ☐ NEDOSEŽENO

3.3	Ustanova ustvari okolje, v katerem se uporabniki počutijo varne in kjer sta spoštovana njihovo dostojanstvo in identiteta.
3.3.1	Ustanova si prizadeva ustvariti okolje, ki je primerno za vse uporabnike, ne glede na identiteto posameznika (na primer: informacijska gradiva so primerna za različne skupine uporabnikov; notranji prostori ne vsebujejo elementov, ki bi lahko bili žaljivi ali nespoštljivi do posameznih kultur; spodbuja se zavzemanje proti diskriminaciji, šikaniranju, nadlegovanju in zlorabi).
Komentar:	
☐ POPOLNOMA DOSEŽENO ☐ DELNO DOSEŽENO ☐ NEDOSEŽENO	
3.3.2	Ustanova se pri postopku pridobitve soglasja prilagaja različnim potrebam uporabnikov (na primer: pri postopku pridobitve soglasja se uporablja uporabniku razumljiv jezik; obrazci za soglasje so dostopni v različnih jezikih; v postopek pridobitve soglasja lahko vključimo tolmača, psihologa, socialnega delavca, logopeda in drugo).
Komentar:	
☐ POPOLNOMA DOSEŽENO ☐ DELNO DOSEŽENO ☐ NEDOSEŽENO	
3.3.3	Ustanova upošteva uporabnikove potrebe po zasebnosti med zdravstveno oskrbo (na primer: uporabnikom se pojasni, da imajo pravico do zasebnosti; zaposleni upoštevajo uporabnikovo potrebo po zasebnosti ter morebitne posebne potrebe uporabnika zabeležijo v zdravstveno dokumentacijo).
Komentar:	
☐ POPOLNOMA DOSEŽENO ☐ DELNO DOSEŽENO ☐ NEDOSEŽENO	
3.4	Ustanova upošteva posameznikove in družinske značilnosti, izkušnje in pogoje, v katerih živi, da zagotovi primeren odpust in neprekinjeno oskrbo.
3.4.1	Ustanova zagotavlja, da se ob odpustu uporabnika upoštevajo družbeno-kulturni kontekst ter osebne in družinske značilnosti (na primer: pri načrtovanju odpusta zaposleni upoštevajo uporabnikove družinske/življenjske okoliščine in bivalne razmere; odpustno pismo je na voljo v njemu razumljivem jeziku).
Komentar:	
☐ POPOLNOMA DOSEŽENO ☐ DELNO DOSEŽENO ☐ NEDOSEŽENO	

- 3.4.2 Ob uporabnikovem odpustu ustanova na standardiziran način sodeluje z izvajalci zdravstvenih in drugih storitev, da bi zagotovila neprekinjeno oskrbo (na primer: ustanova ima pisni dogovor o sodelovanju z izvajalci raznih storitev z namenom, da bi uporabnikom z različnimi potrebami (brezdomne osebe, odvisniki, osebe, ki tvegano/škodljivo uživajo alkohol in drugo) po odpustu zagotovila neprekinjeno oskrbo in podporo).

Komentar:

☐	☐	☐
POPOLNOMA DOSEŽENO	DELNO DOSEŽENO	NEDOSEŽENO

Izbira kazalnikov za dopolnitev zahteve 3

Izberite do 3 kazalnike, ki bodo na kvantitativen način dopolnili oceno v skladu z zahtevo 3. Pri tem lahko uporabljate kazalnike, ki so v vaši ustanovi že v uporabi ali pa tiste, ki so navedeni v nadaljevanju.

Pri izboru ustreznega kazalnika si lahko pomagata s spodnjimi vprašanji:

- 1. Kako izbrati kazalnik, da se bo smiselno navezoval na zahtevo?
- 2. Ali je kazalnik pomemben glede vpliva na enakost?
- 3. Ali je kazalnik uporaben pri spodbujanju enakosti?
- 4. Ali je kazalnik znanstveno utemeljen?
- 5. Kakšno je breme zbiranja podatkov?
- 6. Kako je kazalnik mogoče opisati?
- 7. Kako se lahko zberejo podatki za kazalnik (rutinski podatki, ankete, pregledi zdravstvene dokumentacije)?

Zahteva 3: Enaka kakovost zdravstvene oskrbe

	KAZALNIK	OPIS	ŠTEVEC	IMENOVALEC	VIR PODATKOV
1.					
2.					
3.					

Predlog kazalnikov

KAZALNIK	OPIS	ŠTEVEC	IMENOVALEC	VIR PODATKOV
% specifičnih značilnosti, ki so zapisane v zdravstveni kartoteki.	S pomočjo socialnih determinant zdravja in z upoštevanjem ključnih posameznikovih in družinskih značilnosti, ki jih le-ta navede, so določene uporabnikove potrebe.	Število specifičnih značilnosti, ki so zapisane v zdravstveni kartoteki.	Prikazanih je deset specifičnih značilnosti: 1. izbran jezik; 2. etnična pripadnost ali matična država/država odhoda; 3. družbeno-ekonomski status (poklic ali izobrazba ali status zaposlitve); 4. migracijski status/vrsta zdravstvene-ga zavarovanja; 5. zdravstvena pismenost; 6. življenjski pogoji (živi sam, brez družine ali družbenih vezi); 7. posebne potrebe, povezane z veroizpovedjo; 8. telesna sposobnost; 9. omejene kognitivne sposobnosti; 10. psiho-socialne potrebe.	- Zdravstvena kartoteka; - demografski podatki.

KAZALNIK	OPIS	ŠTEVEC	IMENOVALEC	VIR PODATKOV
% uporabnikov, ki v zvezi z omenjenimi 10 značilnostmi navajajo, da so bile v preteklih 12 mesecih njihove želje in potrebe spoštovane.	Ustanova implementira pristop, ki je osredotočen na uporabnika, kar se kaže pri ocenjevanju, oskrbi, zdravljenju in pri pridobivanju soglasij.	Število uporabnikov, ki v zvezi z omenjenimi 10 značilnostmi navajajo, da so bile v preteklih 12 mesecih njihove želje in potrebe spoštovane.	Skupno število anketiranih uporabnikov.	- Anketni podatki; - odzivi uporabnikov; - pritožbeni postopki uporabnikov.
% načrtov odpusta iz ustanove, ki glede na omenjenih 10 značilnosti vključujejo specifične potrebe uporabnikov.	Načrtovanje odpusta in oskrbe upošteva ključne uporabnikove značilnosti in potrebe za nadaljnjo nego.	Število načrtov odpusta, ki upoštevajo specifične potrebe uporabnikov, kot jih kaže omenjenih 10 značilnosti.	Skupno število načrtov odpusta v obdobju preteklih 12 mesecev.	- Pregledani ali revidirani načrti odpusta.

Opis področij, ki jih je potrebno izboljšati

Zahteva 3: Enaka kakovost zdravstvene oskrbe

	Potreben ukrep	Moteči dejavniki	Olajševalni dejavniki
Splošna zahteva			
Element zahteve 3.1			
Element zahteve 3.2			
Element zahteve 3.3			
Element zahteve 3.4			

Lahko se upoštevajo dejavniki, ki so povezani s politiko, zakonodajo, organizacijskimi ali ekonomskimi temami.

ZAHTEVA

4

ENAKOST PRI SODELOVANJU

Ustanova spodbuja sodelovanje vseh uporabnikov, posebej tistih, za katere v postopkih načrtovanja, izvajanja in ocenjevanja zdravstvenih storitev obstaja verjetnost, da bodo marginalizirani in diskriminirani.

Cilj

Podpreti ustanovo pri vpeljevanju postopkov, v katerih uporabniki sodelujejo na enakovreden način in ustrezajo njihovim potrebam in željam.

Elementi zahteve

4.1	Ustanova podpira sodelovanje uporabnikov pri načrtovanju, izvajanju in ocenjevanju svojih storitev.
4.1.1	Pri sodelovanju z uporabniki ustanova zmore prepoznavati tiste, ki bi lahko bili marginalizirani in diskriminirani (na primer: od lokalnih institucij, podpornih skupin in nevladnih organizacij ustanova pridobiva in zbira podatke o migrantih in etničnih manjšinah, verskih skupinah, mladostnikih in starejših prebivalcih, osebah z različnimi oblikami oviranosti, odvisnikih, brezdomnih osebah, LGBT in drugo). Komentar: ☐ POPOLNOMA DOSEŽENO ☐ DELNO DOSEŽENO ☐ NEDOSEŽENO
4.1.2	Ustanova spodbuja sodelovanje uporabnikov, posebej tistih, ki so pogosto diskriminirani in izključeni (na primer: vključevanje predstavnikov oseb z različnimi oblikami oviranosti in drugih marginaliziranih skupin prebivalstva v svetovalna telesa ustanove; uporaba metod, ki dosežejo tudi najbolj družbeno izolirane skupine prebivalcev: terensko delo med marginaliziranimi skupinami, organiziranje sestankov v prostorih, kjer se marginalizirani prebivalci običajno srečujejo in drugo). Komentar: ☐ POPOLNOMA DOSEŽENO ☐ DELNO DOSEŽENO ☐ NEDOSEŽENO

4.2	Ustanova prepoznava in premošča ovire, ki otežujejo sodelovanje.
4.2.1	Ustanova prepoznava in premošča ovire pri sporazumevanju, da bi zagotovila boljše sodelovanje (na primer: uporaba komunikacijskih pristopov, ki izboljšajo vključevanje uporabnikov in sodelovanje z njimi; uporaba uporabnikom razumljivega jezika, pisnih informacijskih gradiv s prilagojeno velikostjo pisave ali v Braillovi pisavi in drugo). Komentar: ☐ POPOLNOMA DOSEŽENO ☐ DELNO DOSEŽENO ☐ NEDOSEŽENO
4.2.2	Ustanova prepoznava in premošča ovire, ki otežujejo sodelovanje izvajalcev nezdravstvenih (podpornih) storitev (na primer: prepoznavanje organizacijskih ovir za sodelovanje z izvajalci podpornih storitev; ugotavljanje, v kolikšni meri izvajalci podpornih storitev upoštevajo potrebe uporabnikov (kot so pomoč pri dnevnih aktivnostih, dostava obrokov hrane, organiziranje prevoza do ustanove in drugo)). Komentar: ☐ POPOLNOMA DOSEŽENO ☐ DELNO DOSEŽENO ☐ NEDOSEŽENO
4.2.3	Pri izobraževanju o sodelovanju z uporabniki zagotavlja ustanova svojim zaposlenim praktično usposabljanje za delo z osebami, pri katerih obstaja verjetnost, da bodo marginalizirani in diskriminirani (na primer: usposabljanje vključuje učenje o tem, kako prepoznati in premagati ovire za učinkovito sodelovanje z uporabniki (učinkoviti komunikacijski pristopi, metode svetovanja in dogovarjanja, razvoj enakopravnih partnerstev s ključnimi skupinami uporabnikov in drugo). Komentar: ☐ POPOLNOMA DOSEŽENO ☐ DELNO DOSEŽENO ☐ NEDOSEŽENO
4.3	Ustanova spremlja in ovrednoti sodelovanje s svojim okoljem.
4.3.1	Ustanova spremlja in ovrednoti sodelovanje uporabnikov, pri katerih obstaja verjetnost, da bodo marginalizirani in diskriminirani (na primer: ustanova ovrednoti sodelovanje z uporabniki in odpravlja njihove potencialne ovire za vključevanje v procese načrtovanja; uporablja orodja za zaznavanje uporabnikov, ki so najmanj in najbolj zadovoljni in drugo). Komentar: ☐ POPOLNOMA DOSEŽENO ☐ DELNO DOSEŽENO ☐ NEDOSEŽENO

4.3.2	Ustanova preverja načine in potek sodelovanja (na primer: sistematično spremljanje procesa sodelovanja z uporabniki in njihove vključenosti v svetovalna telesa ustanove; seznam nevladnih organizacij, v katerih se povezujejo uporabniki (na primer klubi, društva, zveze in drugo)). Komentar: <input data-bbox="744 434 775 466" type="checkbox"/> POPOLNOMA DOSEŽENO <input data-bbox="893 434 924 466" type="checkbox"/> DELNO DOSEŽENO <input data-bbox="1048 434 1079 466" type="checkbox"/> NEDOSEŽENO
4.3.3	Ustanova beleži odzive uporabnikov in jih vključuje v ukrepe za izboljšanje načrtovanja, izvedbe in vrednotenja svojih storitev (na primer: beleženje pripomb in pohval uporabnikov; načrtovanje zdravstvenih storitev glede na njihove odzive; vključitev odzivov v nadaljnji razvoj strategije za enakost). Komentar: <input data-bbox="744 744 775 776" type="checkbox"/> POPOLNOMA DOSEŽENO <input data-bbox="893 744 924 776" type="checkbox"/> DELNO DOSEŽENO <input data-bbox="1048 744 1079 776" type="checkbox"/> NEDOSEŽENO
4.3.4	Ustanova posreduje povratne informacije uporabnikom ter obvešča splošno javnost o sodelovanju s svojim okoljem (na primer: ustanova posreduje svojemu okolju informacije in poročila o različnih oblikah sodelovanja z uporabniki; organizacija sestankov z lokalno skupnostjo ter uporaba primernih komunikacijskih pristopov pri posredovanju informacij v okolje). Komentar: <input data-bbox="744 1081 775 1113" type="checkbox"/> POPOLNOMA DOSEŽENO <input data-bbox="893 1081 924 1113" type="checkbox"/> DELNO DOSEŽENO <input data-bbox="1048 1081 1079 1113" type="checkbox"/> NEDOSEŽENO

Izbira kazalnikov za dopolnitev zahteve 4

Izberite do 3 kazalnike, ki bodo na kvantitativen način dopolnili oceno v skladu z zahtevo 4. Pri tem lahko uporabljate kazalnike, ki so v vaši ustanovi že v uporabi, ali pa tiste, ki so navedeni v nadaljevanju.

Pri izboru ustreznega kazalnika si lahko pomagata s spodnjimi vprašanji:

1. Kako izbrati kazalnik, da se bo smiselno navezoval na zahtevo?
2. Ali je kazalnik pomemben glede vpliva na enakost?
3. Ali je kazalnik uporaben pri spodbujanju enakosti?
4. Ali je kazalnik znanstveno utemeljen?
5. Kakšno je breme zbiranja podatkov?
6. Kako je kazalnik mogoče opisati?
7. Kako se lahko zberejo podatki za kazalnik (rutinski podatki, ankete, pregledi zdravstvene dokumentacije)?

Zahteva 4: Enakost pri sodelovanju

	KAZALNIK	OPIS	ŠTEVEC	IMENOVALEC	VIR PODATKOV
1.					
2.					
3.					

Predlog kazalnikov

KAZALNIK	OPIS	ŠTEVEC	IMENOVALEC	VIR PODATKOV
% uporabnikov in organizacij z različnimi kompetencami, s katerimi sodeluje ustanova.	V procese sodelovanja so vključeni različni uporabniki in organizacije, ki delujejo na območju, za katerega je ustanova pristojna.	Število uporabnikov in organizacij z različnimi kompetencami, s katerimi sodeluje ustanova.	Skupno število vseh uporabnikov in organizacij z različnimi kompetencami na območju, za katerega je ustanova pristojna.	- Organizacijski/ uporabniški profil; - lokalni demografski podatki; - regionalne, vladne agencije, vodilne organizacije; - sezname lokalnih skupnosti; - podatki/trendi migracij.
% posameznih aktivnosti ustanove, v katerih uporabniki in organizacije aktivno sodelujejo.	Uporabniki in organizacije aktivno sodelujejo z ustanovo v vodenju, načrtovanju, izboljševanju in vrednotenju tekočih storitev in programov.	Število posameznih aktivnosti ustanove, v katerih uporabniki in organizacije aktivno sodelujejo.	5 posameznih aktivnosti ustanove, kjer je prikazano sodelovanje uporabnikov in organizacij: 1. aktivnosti za izboljšanje kakovosti; 2. načrtovanje strategij ustanove; 3. razvoj in revidiranje storitev in programov; 4. zbiranje in spremljanje povratnih informacij uporabnikov ter pregled pritožb; 5. priprava zdravstvenih informacij za uporabnike.	- Strateški in delovni načrti; - zapisniki sestankov (na primer zapisnik sestanka svetovalne skupine).

KAZALNIK	OPIS	ŠTEVEC	IMENOVALEC	VIR PODATKOV
% zaposlenih, ki so sodelovali pri usposabljanju na temo obravnave in sodelovanja z osebami, pri katerih obstaja verjetnost, da bodo marginalizirani in diskriminirani.	Izboljšati kompetence zaposlenih za učinkovito delo z marginaliziranimi in diskriminiranimi skupinami.	Število zaposlenih, ki so sodelovali pri usposabljanju na temo obravnave in sodelovanja z osebami, pri katerih obstaja verjetnost, da bodo marginalizirani in diskriminirani.	Skupno število zaposlenih, ki so sodelovali pri usposabljanju v preteklem letu.	- Revizija kadrovskih dokumentov za pregled aktivnosti strokovnega usposabljanja; - postopki za pregled uspešnosti in načrti za strokovno usposabljanje.

Opis področij, ki jih je potrebno izboljšati

Zahteva 4: Enakost pri sodelovanju

Potreben ukrep	Moteči dejavniki	Olajševalni dejavniki
Splošna zahteva		
Element zahteve 4.1		
Element zahteve 4.2		
Element zahteve 4.3		

Lahko se upoštevajo dejavniki, ki so povezani s politiko, zakonodajo, organizacijskimi ali ekonomskimi temami.

ZAHTEVA

5

SPODBUJANJE ENAKOSTI

Ustanova se zaveda, da je del širšega okolja ter pri sodelovanju z drugimi organizacijami in sektorji spodbuja načelo enakosti.

Cilj

Podpreti ustanovo, da bo lahko v svojem širšem okolju spodbujala enakost s sodelovanjem, zagovorništvom, raziskovanjem in delom v praksi.

Elementi zahteve

5.1	Ustanova aktivno sodeluje v mrežah, posvetovalnih telesih in raziskovalnih pobudah, ki spodbujajo enakost.			
5.1.1	Ustanova spodbuja raziskave o zdravstvenih ukrepih in inovacijah na področju marginaliziranih in socialno ogroženih skupin, da bi bila zdravstvena oskrba zanje kakovostnejša in dostopnejša (na primer: ustanova v svoje raziskave vključuje področje neenakosti v zdravju in zagotavljanja enakosti v zdravstveni oskrbi marginaliziranih in socialno ogroženih; zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi teh skupin sodi med prednostna področja raziskav).			
	Komentar:			
		☐	☐	☐
		POPOLNOMA DOSEŽENO	DELNO DOSEŽENO	NEDOSEŽENO
5.1.2	Ustanova vzpostavlja trdne vezi z izvajalci podpornih storitev v lokalni skupnosti ter razvija mreže in partnerstva, da bi deprivilegiranim skupinam prebivalstva nudila sodobne zdravstvene storitve (na primer: strategija za enakost ustanove je integrirana s strategijami za enakost drugih ustanov oziroma partnerjev v lokalni skupnosti (druge zdravstvene službe, socialne službe, nevladne organizacije); vzpostavljena so lokalna strateška partnerstva za enakost).			
	Komentar:			
		☐	☐	☐
		POPOLNOMA DOSEŽENO	DELNO DOSEŽENO	NEDOSEŽENO

5.1.3	Ustanova vzpostavlja medresorno sodelovanje onstran sistema zdravstvenega varstva, da bi se lahko odzvala na širše determinante zdravja (na primer: ustanova vzpostavi formalne povezave z drugimi organizacijami, ki delujejo na področju zmanjševanja neenakosti v zdravju; sodeluje pri medresornih ukrepanjih na področju zmanjševanja neenakosti v zdravju (na primer sodeluje z organizacijami, ki delujejo na področju spodbujanja družbenega vključevanja, promocije zdravja ter zdravstvene vzgoje).
	Komentar:
	☐ POPOLNOMA DOSEŽENO ☐ DELNO DOSEŽENO ☐ NEDOSEŽENO
5.2	Ustanova aktivno posreduje rezultate raziskav in (dobrih) praks s področja enakosti.
5.2.1	Organizacija spodbuja širjenje rezultatov raziskav in/ali informacij o obstoječih dobrih praksah s področja razvoja zdravstvenih ukrepov, ki so namenjeni marginaliziranim in socialno ogroženim skupinam (na primer: ustanova posreduje rezultate raziskav s področja neenakosti v zdravju in zagotavljanja enakosti v zdravstveni oskrbi marginaliziranih in socialno ogroženih skupin; pripravi poročila za različne ciljne javnosti (raziskovalce, odločevalce, strokovne in splošne javnosti in drugo).
	Komentar:
	☐ POPOLNOMA DOSEŽENO ☐ DELNO DOSEŽENO ☐ NEDOSEŽENO
5.3	Ustanova zagotavlja, da je sodelovanje z vsemi partnerji osnovano na enakosti.
5.3.1	Ustanova zagotavlja, da vsi sporazumi o partnerskem sodelovanju in naročilu storitev odražajo zahteve enakosti (na primer: ustanova stremi k temu, da imajo partnerji (podizvajalci, pogodbeni izvajalci storitev) strategije za enakost, zaposleni pri partnerskih ustanovah pa so opravili usposabljanja na področju zagotavljanja enakosti).
	Komentar:
	☐ POPOLNOMA DOSEŽENO ☐ DELNO DOSEŽENO ☐ NEDOSEŽENO
5.3.2	Ustanova spremlja sporazume o partnerskem sodelovanju in naročilu storitev, ki so povezana z zdravstveno oskrbo (na primer: ustanova nadzira, če partnerji (podizvajalci, pogodbeni izvajalci storitev) spoštujejo načela enakosti pri izvajanju aktivnosti).
	Komentar:
	☐ POPOLNOMA DOSEŽENO ☐ DELNO DOSEŽENO ☐ NEDOSEŽENO

Izbira kazalnikov za dopolnitev zahteve 5

Izberite do 3 kazalnike, ki bodo na kvantitativen način dopolnili oceno v skladu z zahtevo 5. Pri tem lahko uporabljate kazalnike, ki so v vaši ustanovi že v uporabi, ali pa tiste, ki so navedeni v nadaljevanju.

Pri izboru ustreznega kazalnika si lahko pomagata s spodnjimi vprašanji:

- 1. Kako izbrati kazalnik, da se bo smiselno navezoval na zahtevo?
- 2. Ali je kazalnik pomemben glede vpliva na enakost?
- 3. Ali je kazalnik uporaben pri spodbujanju enakosti?
- 4. Ali je kazalnik znanstveno utemeljen?
- 5. Kakšno je breme zbiranja podatkov?
- 6. Kako je kazalnik mogoče opisati?
- 7. Kako se lahko zberejo podatki za kazalnik (rutinski podatki, ankete, pregledi zdravstvene dokumentacije)?

Zahteva 5: Spodbujanje enakosti

	KAZALNIK	OPIS	ŠTEVEC	IMENOVALEC	VIR PODATKOV
1.					
2.					
3.					

Predlog kazalnikov

KAZALNIK	OPIS	ŠTEVEC	IMENOVALEC	VIR PODATKOV
% raziskav, ki se v dvoletnem obdobju ukvarjajo s socialnimi determinantami zdravja, merijo neenakosti v zdravju in uporabo zdravstvenega varstva.	Spodbujati vključevanje kazalnikov enakosti med cilje, učinke in rezultate raziskav.	Število raziskav, ki se v dvoletnem obdobju ukvarjajo s socialnimi determinantami zdravja, merijo neenakosti v zdravju in uporabo zdravstvenega varstva.	Število raziskav v dvoletnem obdobju.	- Organizacijske strategije/politike enakosti; - raziskovalne aktivnosti, oddani predlogi/vloge, sredstva in drugo.
% partnerskih naročil storitev, ki prikazujejo spodbujanje enakosti.	Klavzule enakosti so vključene v naročila storitev.	Število partnerskih naročil storitev, ki prikazujejo spodbujanje enakosti.	Skupno število partnerskih naročil storitev.	- Revizija partnerskih pogodb in naročil storitev.
% financiranih projektov, ki premoščajo neenakosti pri dostopu do ukrepov na področju promocije zdravja v preteklem letu.	Zmanjšati neenakosti pri dostopu do ukrepov na področju promocije zdravja v zdravstveni ustanovi.	Število financiranih projektov, ki premoščajo neenakosti pri dostopu do aktivnosti za promocijo zdravja v preteklem letu.	Skupno število financiranih projektov na področju promocije zdravja, ki so se izvajali v preteklem letu.	- Raziskovalne aktivnosti, oddani predlogi/vloge, sredstva in drugo.

Opis področij, ki jih je potrebno izboljšati

Zahteva 5: Spodbujanje enakosti

	Potreben ukrep	Moteči dejavniki	Olajševalni dejavniki
Splošna zahteva			
Element zahteve 5.1			
Element zahteve 5.2			
Element zahteve 5.3			

Lahko se upoštevajo dejavniki, ki so povezani s politiko, zakonodajo, organizacijskimi ali ekonomskimi temami.

Zbirna stran samoocenjevanja

ZAHTEVA 1	Enakost v politikah	SKUPAJ:	POPOLNOMA DOSEŽENO	DELNO DOSEŽENO	NEDOSEŽENO
			12	12	12
ZAHTEVA 2	Enak dostop in uporaba zdravstvenih storitev	SKUPAJ:	POPOLNOMA DOSEŽENO	DELNO DOSEŽENO	NEDOSEŽENO
			12	12	12
ZAHTEVA 3	Enaka kakovost zdravstvene oskrbe	SKUPAJ:	POPOLNOMA DOSEŽENO	DELNO DOSEŽENO	NEDOSEŽENO
			11	11	11
ZAHTEVA 4	Enakost pri sodelovanju	SKUPAJ:	POPOLNOMA DOSEŽENO	DELNO DOSEŽENO	NEDOSEŽENO
			9	9	9
ZAHTEVA 5	Spodbujanje enakosti	SKUPAJ:	POPOLNOMA DOSEŽENO	DELNO DOSEŽENO	NEDOSEŽENO
			6	6	6
VSE ZAHTEVE		SKUPAJ:	POPOLNOMA DOSEŽENO	DELNO DOSEŽENO	NEDOSEŽENO
			50	50	50

Akcijski načrt

Potrebni ukrepi	
Moteči dejavniki	
Olajševalni dejavniki	
Odgovorne osebe in njihove zadolžitve	Odgovorna oseba (naziv/delovno mesto): Zadolžitev:
Sodelujoči zunanji partnerji	
Predvideni stroški	
Časovnica	
Vrednotenje izvedenega ukrepa	



PRILOGE



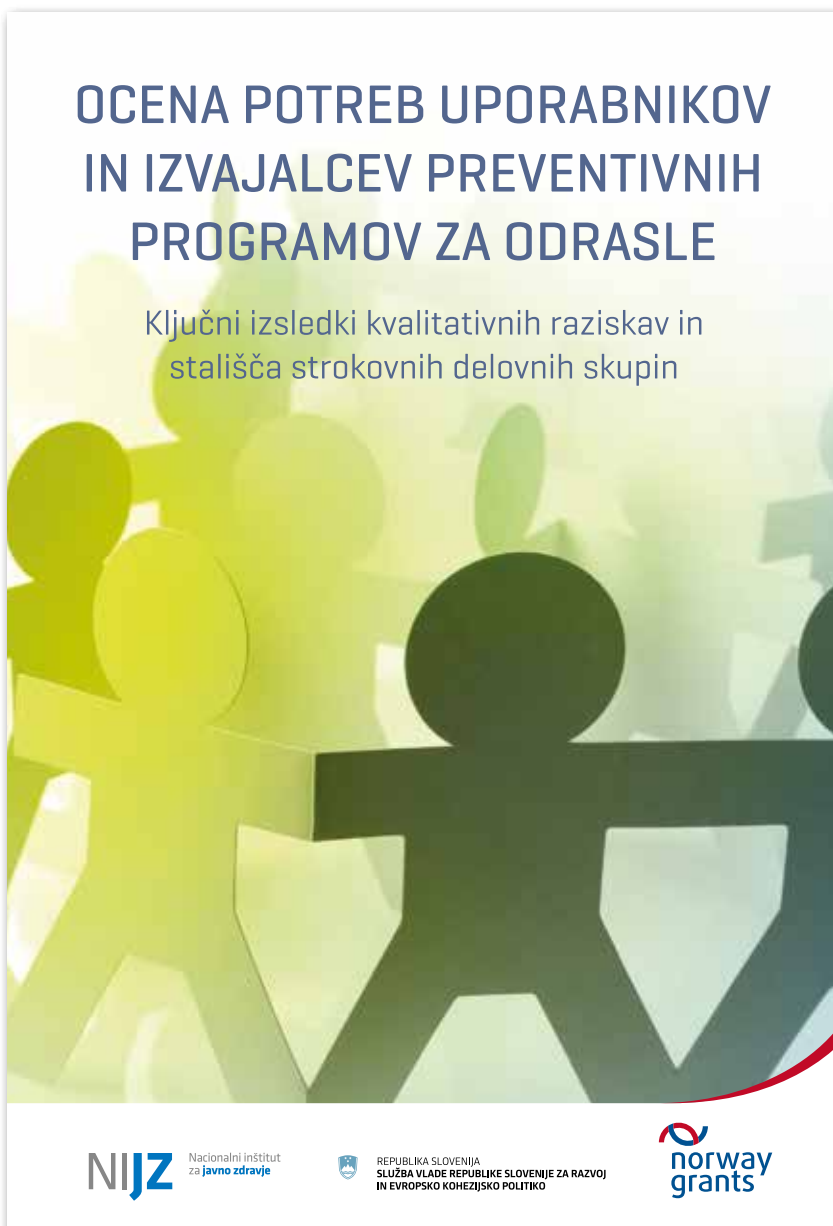
Priloga 1:

Ocena potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle
Ključni izsledki kvalitativnih raziskav in stališča strokovnih delovnih skupin

Dostopno na: <http://www.nijz.si/sl/publikacije>

OCENA POTREB UPORABNIKOV IN IZVAJALCEV PREVENTIVNIH PROGRAMOV ZA ODRASLE

Ključni izsledki kvalitativnih raziskav in
stališča strokovnih delovnih skupin



NIJZ Nacionalni inštitut
za javno zdravje



REPUBLIKA SLOVENIJA
SLUŽBA VLADE REPUBLIKE SLOVENIJE ZA RAZVOJ
IN EVROPSKO KOHEZIJSKO POLITIKO

norway
grants

Priloga 2:

Program integrirane preventive kroničnih bolezni in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih

Priročnik za izvajanje programa s primeri dobrih praks

Dostopno na: <http://www.nijz.si/sl/publikacije>



Priloga 3:

Katalog informacij Celje

Dostopno na: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/kataloginformacij_celje_web.pdf



Priloga 4:
Katalog informacij Vrhnika

Dostopno na: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/katalog_informacij_vrhnika.pdf



Priloga 5:
Katalog informacij Sevnica

Dostopno na: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/katalog_informacij_sevnica.pdf

Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju odraslih

KATALOG INFORMACIJ SEVNICA

Za izvajalce pilotnega testiranja integriranih procesov vključevanja in obravnave ciljne populacije v okviru projekta Skupaj za zdravje

Priloga 6:

Usposabljanje o ovirah »ranljivih« skupin v sistemu zdravstvenega varstva in pomenu zmanjševanja neenakosti v zdravju – učni načrt

Učni načrt

USPOSABLJANJE O OVIRAH »RANLJIVIH« SKUPIN V SISTEMU ZDRAVSTVENEGA VARSTVA IN POMENU ZMANJŠEVANJA NEENAKOSTI V ZDRAVJU

Pripravile:

doc. dr. Jerneja Farkaš Lainščak, dr. med., spec. jav. zdravja

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

doc. dr. Uršula Lipovec Čebren, univ. dipl. kulturologinja

mag. Marija Milavec Kapun, viš. med. ses., univ. dipl. org., prof. def.

Ljubljana, 2015

1 Vsebina

Usposabljanje o ovirah »ranljivih« skupin v sistemu zdravstvenega varstva in pomenu zmanjševanja neenakosti v zdravju, ki ga bo vodila interdisciplinarna skupina strokovnjakov tako s področja zdravstva kot humanistike in družboslovja, zajema naslednje vsebinske sklope:

1. Neenakosti v zdravju
 - Determinante zdravja
 - Socialno-ekonomski položaj in kazalniki zdravja
 - Neenakosti v zdravju v Sloveniji
 - Razlike v neenakostih v zdravju med evropskimi državami
 - Pristopi in politike za zmanjševanje neenakosti v zdravju
2. Nevidni in neslišni: »ranljive« skupine ter njihove ovire pri vstopu v sistem zdravstvenega varstva in znotraj njega
 - Kako se kaže »ranljivost« na področju zdravja in zdravstva?
 - Kdo so »ranljive« skupine?
 - Ovire »ranljivih« skupin v dostopu do sistema zdravstvenega varstva
 - Ovire »ranljivih« skupin v sistemu zdravstvenega varstva
3. Zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi »ranljivih« skupin: od mednarodnih standardov do lokalnih ukrepov
 - Enakost in zdravstvena oskrba
 - *Standard za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi »ranljivih« skupin*
 - Orodje za samoocenjevanje zdravstvenih ustanov na podlagi *Standarda za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi »ranljivih« skupin*
 - Razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev
 - Tolmačenje in medkulturna mediacija v zdravstvu
 - *Program integrirane preventive kroničnih bolezni in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih*

4. Skupnostni pristop

- Pojem skupnosti
- Kaj je skupnostni pristop?
- Vzpostavitev skupnostnega pristopa
- Partnerji skupnostnega pristopa
- Dinamika, koordinacija in udejanjanje skupnostnega pristopa
- Vloga in pomen skupnostnega pristopa za boljše zdravje in zmanjševanje neenakosti v zdravju v lokalni skupnosti
- Vloga zdravstvenega doma v skupnostnem pristopu
- Primer dobre prakse skupnostnega pristopa v projektu *Skupaj za zdravje*

Usposabljanje o ovirah »ranljivih« skupin v sistemu zdravstvenega varstva in pomenu zmanjševanja neenakosti v zdravju je namenjeno:

- zdravstvenim delavcem na primarni ravni zdravstvenega varstva (na primer zdravnikom, diplomiranim medicinskim sestram v referenčni ambulanti družinske medicine, diplomiranim medicinskim sestram v patronažnem varstvu, izvajalcem nemedikamentoznih obravnav v Centrih za krepitev zdravja in drugim);
- partnerjem skupnostnega pristopa v lokalnem okolju (na primer Centru za socialno delo, Zavodu Republike Slovenije za zaposlovanje, Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije, predstavnikom občine, različnim nevladnim organizacijam, Območni enoti Nacionalnega inštituta za javno zdravje in drugim).

2 Cilji in kompetence

Namen *Usposabljanja o ovirah »ranljivih« skupin v sistemu zdravstvenega varstva in pomenu zmanjševanja neenakosti v zdravju* je, da udeležence ob njihovem že pridobljenem strokovnem znanju opremi s tistimi znanji in kompetencami, ki so pomembna in potrebna za razumevanje »ranljivih« oseb, njihovih ovir v dostopu do sistema zdravstvenega varstva in znotraj njega ter pomena zmanjševanja neenakosti v zdravju.

Udeleženci se seznani s/z:

- različnimi determinantami zdravja ter njihovim vplivom na zdravje;
- neenakostmi v zdravju v Sloveniji in v Evropi;
- pristopi in politikami za zmanjševanje neenakosti v zdravju;
- različnimi »ranljivimi« skupinami;
- njihovimi potrebami in ovirami v dostopu do sistema zdravstvenega varstva in znotraj njega;
- mednarodnimi standardi za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi »ranljivih« skupin;
- *Standardom za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi »ranljivih« skupin*, njegovim razvojem in namenom uporabe;
- orodjem za samoocenjevanje zdravstvenih ustanov;
- pomenom razvijanja kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev;
- pomenom tolmačenja in medkulturne mediacije v zdravstvu;
- pojmom skupnosti;
- vlogo in pomenom skupnostnega pristopa;
- možnostjo udejanjanja skupnostnega pristopa;
- vlogo in pomenom skupnostnega pristopa za boljše zdravje in zmanjševanje neenakosti v zdravju v sodelovanju z različnimi partnerji;
- vlogo zdravstvenega doma v skupnostnem pristopu;
- *Programom integrirane preventive kroničnih bolezni in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih*;
- primerom dobre prakse skupnostnega pristopa v projektu *Skupaj za zdravje*.

3 Predvideni rezultati

Predvideni rezultati *Usposabljanja o ovirah »ranljivih« skupin v sistemu zdravstvenega varstva in pomenu zmanjševanja neenakosti v zdravju* so:

- Poznavanje ključnih determinant zdravja in njihovega vpliva na zdravje.
- Poznavanje neenakosti v zdravju v Sloveniji in v Evropi.
- Razumevanje pomena zmanjševanja neenakosti v zdravju.
- Poznavanje različnih »ranljivih« skupin, njihovih potreb in ovir v dostopu do sistema zdravstvenega varstva in znotraj njega.
- Poznavanje *Standarda za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi »ranljivih« skupin* in orodja za samoocenjevanje zdravstvenih ustanov.
- Razumevanje pomena razvijanja kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev.
- Razumevanje pomena tolmačenja in medkulturne mediacije v zdravstvu.
- Poznavanje skupnostnega pristopa, njegove vloge in pomena za boljše zdravje in zmanjševanje neenakosti v zdravju.
- Poznavanje vloge zdravstvenega doma v skupnostnem pristopu.
- Poznavanje *Programa integrirane preventivne kroničnih bolezni in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih*.

4 Metode poučevanja in evalvacija

Vsebinski sklopi so zastavljeni tako, da poleg predstavitev omogočajo delavnične oblike dela, kjer je snov obravnavana interaktivno preko dela v dvojicah ali manjših skupinah. Uporabljene so različne metode dela, kot so razlaga, delavnica z več didaktičnimi nalogami ter skupinska diskusija v manjših (do 5 udeležencev) ali večjih skupinah (do 20 udeležencev). Med predstavitvami potekajo tudi projekcije vizualnega gradiva, ki predstavlja aktualne primere iz Slovenije ter služi kot osnova za razpravo z udeleženci.

Usposabljanje o ovirah »ranljivih« skupin v sistemu zdravstvenega varstva in pomenu zmanjševanja neenakosti v zdravju predvidoma obsega 5 ur. Ob koncu usposabljanja se izvede evalvacija bodisi kvantitativno (z anketiranjem) bodisi kvalitativno (s pogovori z udeleženci).

5 Temeljna literatura in viri

1. Belović B, Zaletel-Kragelj L, Farkaš Lainščak J. Z zdravjem povezan življenjski slog Romov: prispevek k zmanjševanju neenakosti v zdravju. Murska Sobota: Pomursko društvo za boj proti raku, Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015.
2. Bofulin M, Bešter R. Enako zdravstvo za vse: imigranti v slovenskem zdravstvenem sistemu. V: Medvešek M, Bešter R, ur. Državljeni tretjih držav ali tretjerazredni državljani: integracija državljanov tretjih držav v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za narodnostna vprašanja, 2010: 270–311.
3. Brovč M, Ahčin J, Šlajpah M, Rotar-Pavlič D. Ekonomski imigranti v Sloveniji in njihova stališča o boleznih – kvalitativna raziskava. Zdrav Var 2009; 48: 26–32.
4. Buzeti T, Gabrijelčič Blenkuš M, Gruntar Činč M, Ivanuša M, Pečar J, Tomšič S, et al, ur. Neenakosti v zdravju v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2011.
5. Calavita K. Immigrants at the margins: Law, race and exclusion in the Southern Europe. Cambridge: Cambridge University Press, 2005.
6. Castañeda H. Perspectives on gender, health care, and illegal migration in Germany and the United States. V: Schrover M, van der Leun J, Lucassen L, Quispel C, ur. Gender and illegal migration in global and historical perspective. Amsterdam: IMISCOE/Amsterdam University Press, 2008: 171–88.
7. Farkas J, Pahor M, Zaletel-Kragelj L. Self-rated health in different social classes of Slovenian adult population: nationwide cross-sectional study. Int J Public Health 2011; 56: 45–54.
8. Farkaš Lainščak J, Huber I, Maučec Zakotnik J, Sedlar N, Vrbovšek S, ur. Program integrirane preventivne kroničnih bolezni in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih: priročnik za izvajanje programa s primeri dobrih praks. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016.
9. Helman C. Culture, health and illness. New York: Oxford University Press, 2007.
10. Javnozdravstveni vidiki obravnave ogroženih in ranljivih skupin prebivalstva. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, Sektor za zdravstveno varstvo ogroženih skupin prebivalstva, 2007.
11. Krek M. Ko si na dnu. Koper: Zavod za zdravstveno varstvo Koper, 2010.
12. Lipovec Čebren U. Slepa pega evropskega zdravstva: analiza nekaterih vidikov zdravja migrantov. V: Medica K, Lukič G, Bufon M, ur. Migranti v Sloveniji – med integracijo in alienacijo. Koper: Založba Annales, 2010: 51–87.
13. Lipovec Čebren U. The construction of a health uninsured: People without medical citizenship as seen by some Slovene health workers. Stud Ethnol Croat 2011; 22: 187–212.
14. Mladovsky P. Migrant health in the EU. Eurohealth 2007; 13: 9–13.

15. Razpotnik Š, Dekleva B. Brezdomstvo, zdravje in dostopnost zdravstvenih storitev. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2009.
16. Towards reducing health inequities: A health system approach to chronic disease prevention. A discussion paper. Vancouver, British Columbia: Population and Public Health, Provincial Health Services Authority, 2011.
17. Zdravje 2020. Temeljna evropska izhodišča za vsevladno in vsedružno akcijo za zdravje in blagostanje. Kopenhagen: Svetovna zdravstvena organizacija, 2014.

Priloga 7:

Usposabljanje za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev – učni načrt

Učni načrt

USPOSABLJANJE ZA RAZVIJANJE KULTURNIH KOMPETENC ZDRAVSTVENIH DELAVCEV

Pripravili:

doc. dr. Jerneja Farkaš Lainščak, dr. med., spec. jav. zdravja

Karmen Gosenca, univ. dipl. etnologinja in kult. antropologinja

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

mag. Ajda Jelenc, univ. dipl. kulturologinja

Marjeta Keršič Svetel, prof. zgod., dipl. etnologinja

doc. dr. Uršula Lipovec Čebren, univ. dipl. kulturologinja

Jožica Maučec Zakotnik, dr. med., spec. druž. med.

Sara Pistotnik, univ. dipl. etnologinja in kult. antropologinja

Juš Škraban, univ. dipl. etnolog in kult. antropolog

Ljubljana, 2015

1 Vsebina

Kulturne kompetence se nanašajo na širok nabor znanj in veščin, ki zdravstvenim delavcem omogočajo, da zagotovijo primerno zdravstveno oskrbo osebam iz različnih kulturnih in socialnih okolij. *Usposabljanje za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev* bo izvajala interdisciplinarna skupina strokovnjakov tako s področja zdravstva kot humanistike in družboslovja ter zajema naslednje vsebinske sklope:

1. Uvodni del: Zakaj so kulturne kompetence potrebne?
 - Mednarodni standardi in pristopi k enakovrednemu zagotavljanju zdravja
 - Neenakosti v zdravju in zdravstveni obravnavi ter kako jih zmanjševati
 - Prednosti kulturno kompetentne zdravstvene oskrbe
2. Zakaj pomena kulture ne smemo spregledati?
 - Kako se kultura kaže na področju zdravja in bolezni?
 - Kaj otežuje spoštovanje kulturnih razlik?
 - Telo: zakaj ga ne dojemamo univerzalno?
 - Bolečina: zakaj jo doživljamo tako različno?
 - Dojemanje zdravja in bolezni v različnih kulturnih kontekstih
3. Nesorazumi v zdravstveni obravnavi: kako jih reševati?
 - Nekateri primeri kulturnih nesporazumov
 - Avtonomija posameznika in vloga družine
 - Odločanje o zdravljenju
 - Hrana in prehranjevanje
 - Religija in duhovnost v zdravstveni obravnavi
 - Načini premoščanja kulturnih in jezikovnih nesporazumov
 - Kulturno kompetentna komunikacija v zdravstveni obravnavi
 - Kako lahko medkulturni mediator pomaga v zdravstveni oskrbi?
 - Pomen jezika v klinični praksi in vloga tolmača

4. Družbeno-ekonomski vidiki zdravja in bolezni

- Determinante zdravja in neenakosti v zdravju v Sloveniji
- Revščina: kako socialno-ekonomski položaj vpliva na zdravje?
- Različni vidiki »ranljivosti«: vpliv bivalnih razmer, dela in zaposlitve, družbene iz-/vključenosti, izobrazbe in drugih determinant
- »Ranljive skupine« v Sloveniji: ovire v dostopu do sistema zdravstvenega varstva in znotraj njega
- »Ranljive skupine« v lokalnem okolju: kako zmanjševati neenakosti v zdravju?
- Pravni vidiki zagotavljanja enakega dostopa do zdravstva za »ranljive« skupine
- Vloga nevladnih in drugih organizacij pri zmanjševanju neenakosti v zdravju v lokalnem okolju

5. Migracije, etnične manjšine in zdravstvo

- Migracije v Sloveniji: izziv za celotno družbo
- Etnične manjšine in zdravje: zakaj prihaja do neenakosti v zdravju in v zdravstveni obravnavi?
- Migranti, etnične manjšine in zdravstvo: dobre prakse in ovire
- Zdravstvene politike na področju migracij: koliko pravic imajo migranti v sistemu zdravstvenega varstva Slovenije?
- Kulturni in jezikovni nesporazumi: izkušnje migrantov, pripadnikov etničnih manjšin in zdravstvenih delavcev
- Kulturno kompetentna zdravstvena obravnava za migrante in etnične manjšine v Sloveniji

6. Zaključni del

- Evalvacija usposabljanja

Usposabljanje za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev je namenjeno:

- zdravstvenim delavcem na primarni ravni zdravstvenega varstva (na primer zdravnikom, diplomiranim medicinskim sestram v referenčni ambulanti družinske medicine, diplomiranim medicinskim sestram v patronažnem varstvu, izvajalcem ne-medikamentoznih obravnav v Centrih za krepitev zdravja in drugim);
- partnerjem skupnostnega pristopa v lokalnem okolju (na primer Centru za socialno delo, Zavodu Republike Slovenije za zaposlovanje, Zavodu za zdravstveno

zavarovanje Slovenije, predstavnikom občine, različnim nevladnim organizacijam, Območni enoti Nacionalnega inštituta za javno zdravje in drugim);

- medkulturnim mediatorjem in tolmačem, ki delujejo na področju zdravstva.

2 Cilji in kompetence

Namen *Usposabljanja za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev* je, da udeleženci ob svojem že pridobljenem strokovnem znanju razvijajo kulturne kompetence, s katerimi bodo znali ustrezno sodelovati z uporabniki iz različnih okolij. Cilj usposabljanja je tako zagotoviti, da bo zdravstvena oskrba kakovostna, enakovredna, pravična, varna, pravočasna ter osredotočena na uporabnika. Udeleženci pridobijo kompetence na treh ravneh in sicer, na ravni znanja, odnosa in veščin:

Znanje:

- razumevanje pomena, ki ga ima zmanjšanje neenakosti v zdravju in zdravstveni obravnavi;
- poznavanje različnih mednarodnih standardov in prostopov k zmanjševanju neenakosti v zdravju;
- prepoznavanje prednosti kulturno kompetentne zdravstvene oskrbe;
- zavedanje vpetosti v lastno kulturo, prepoznavanje lastnih predsodkov, stereotipov in pogledov na svet;
- dojemanje razlik med kulturami, različnega razumevanja telesa, zdravja, bolezni in bolečine;
- prepoznavanje vpliva, ki ga imajo raznoliki nazori in prakse posameznikov na izid zdravljenja;
- prepoznavanje kulturnih in jezikovnih nesporazumov ter vzrokov zanje;
- razumevanje pomena medkulturne mediacije in tolmačenja;
- poznavanje različnih determinant zdravja ter njihovega vpliva na zdravje;
- prepoznavanje neenakosti v zdravju prebivalcev Slovenije;
- spoznavanje trendov naraščajoče družbene neenakosti, pojava revščine ter vpliva družbeno-ekonomskega položaja na zdravje;
- prepoznavanje načinov reprodukcije družbene neenakosti znotraj zdravstvenega varstva;

- prepoznavanje različnih vidikov »ranljivosti« ter »ranljivih« skupin, njihovih potreb ter ovir v dostopu do sistema zdravstvenega varstva in znotraj njega;
- poznavanje relevantnih zakonskih določil na področju dostopa do sistema zdravstvenega varstva, pacientovih pravic ter vplivov pravne ureditve na dostop do zdravstvene oskrbe;
- spoznavanje mrež relevantnih nacionalnih in lokalnih organizacij (vključno z nevladnimi organizacijami in neformalnimi skupinami), njihovega delovanja ter načinov, na katere lahko prispevajo h kakovostnejši zdravstveni obravnavi;
- razumevanje konteksta migracij in prisotnosti etničnih manjšin v Sloveniji, prepoznavanje specifičnih potreb in ovir migrantov in pripadnikov etničnih manjšin v sistemu zdravstvenega varstva ter poznavanje ustreznih pristopov k zdravstveni obravnavi teh prebivalcev.

Odnos:

- pripravljenost prepoznati primere neenake zdravstvene obravnave ter jih poskušati po svojih najboljših močeh zmanjševati oziroma odpraviti;
- motiviranost za razvijanje kulturno kompetentne zdravstvene oskrbe, ki predstavlja postopen proces, v katerem se posameznik stalno izpopolnjuje;
- vzpostavljanje kulturno kompetentnega odnosa do vseh uporabnikov: primeren in senzibilen odnos tudi do oseb, ki imajo drugačno kulturo ali družbeno-ekonomski status od izvajalca zdravstvenih storitev;
- pripravljenost preseganja lastnih stereotipov in predsodkov pri obravnavi oseb, ki imajo drugačne poglede na zdravje in bolezni od zdravstvenih delavcev;
- občutljivost za različne potrebe uporabnikov pri zdravstveni obravnavi, s posebno pozornostjo na »ranljive« skupine ter nenehno iskanje načinov za kakovostnejše zadovoljevanje njihovih potreb;
- zagotavljanje vključujočega, nekonfliktnega odnosa do uporabnika tudi v situacijah, kjer se pojavljajo jezikovni, kulturni in drugi nesporazumi;
- kakovostno sodelovanje s tolmači, medkulturnimi mediatorji ter drugimi osebami, ki so udeležene pri zdravstveni oskrbi;
- občutljivost za različne družbeno-ekonomske in pravne omejitve, ki otežujejo dostop do zdravstvenega zavarovanja ter pripravljenost reševanja situacij, ko bi oseba brez zdravstvenega zavarovanja ostala brez nujno potrebne zdravstvene oskrbe;
- razlikovanje med ekonomskimi, družbenimi in kulturnimi dejavniki (razlikovanje med kulturnim vedenjem in vedenjem, ki je posledica socialno-ekonomske situacije);

- motiviranost za proaktivno delovanje v okolju zdravstvene ustanove ter sodelovanje z različnimi organizacijami in skupinami pri zagotavljanju kakovostnejše zdravstvene oskrbe za vse uporabnike.

Veščine:

- razvijanje občutljivosti za prepoznavanje neenakosti v zdravju in v zdravstveni obravnavi;
- razvijanje različnih medkulturnih veščin, prvenstveno empatične in senzibilne komunikacije, v kateri se upoštevajo kulturne (ali druge) razlike med svojim in uporabnikovim dojemanjem sveta;
- spoštovanje uporabnikovega razlagalnega modela in njegovo upoštevanje pri klinični praksi ter pripravljenost usklajevanja glede najboljše skupne rešitve;
- predvidevanje kulturnih, jezikovnih ter drugih vrst nesporazumov in vpliva, ki ga lahko imajo na potek zdravljenja ter sposobnost premoščanja nesporazumov;
- pripravljenost prilagoditi zdravstveno obravnavo potrebam uporabnikov, ki imajo različne ovire v komunikaciji;
- sposobnost oceniti, kdaj je potrebna prisotnost tolmača in/ali medkulturnega mediatorja ter učinkovito sodelovanje z njima;
- senzibilno komuniciranje o družbeno-ekonomski situaciji uporabnika ter upoštevanje njegove situacije pri klinični praksi;
- prepoznavanje potreb in ovir različnih »ranljivih« skupin v dostopu do sistema zdravstvenega varstva in znotraj njega ter sposobnost premoščanja teh ovir;
- prepoznavanje specifičnih potreb »ranljivih« skupin (vključno z migranti in pripadniki etničnih manjšin), sposobnost oceniti njihove možnosti dostopa do zdravstvenih storitev ter predvideti možne zaplete in načine njihovega reševanja;
- sposobnost samostojne interpretacije ključnih zakonskih določil ter udejanjanja teh določil v prid zmanjševanja neenakosti v zdravstveni obravnavi;
- uspešno sodelovanje z nacionalnimi in lokalnimi organizacijami, vključno z nevladnimi organizacijami ter neformalnimi skupinami, v katerih se organizirajo različne »ranljive« skupine.

3 Predvideni rezultati

Na *Usposabljanju za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev* bodo udeleženci v prvih treh tematskih sklopih začeli razvijati splošne kulturne kompetence, ki zajemajo širok nabor znanj in veščin, preko katerih se bodo zdravstveni delavci zavedali vpetosti v lastno kulturo, znali dojemati razlike med kulturami uporabnikov ter jih pri zdravstveni obravnavi upoštevati. V zadnjih dveh sklopih pa bodo udeleženci pričeli razvijati specifične kulturne kompetence, ki se nanašajo na primerno oskrbo v določenih situacijah in v odnosu do specifičnih skupin, predvsem »ranljivih« skupin, s katerimi se zdravstveni delavci pogosteje srečujejo.

4 Metode poučevanja in evalvacija

Vsebina bo predstavljena skozi vrsto sodobnih didaktičnih pristopov: predstavitev posameznega problemskega sklopa bodo sledile ponazoritve preko različnih konkretnih primerov, ki bodo udeležencem omogočile vpeljavo pridobljenega znanja v lastno klinično prakso. Predstavitve posameznih tem bodo utrjene preko diskusij (skupne diskusije ali diskusije v manjših skupinah) ter delavničnih oblik dela, kjer bo snov obravnavana interaktivno (v manjših skupinah, do 5 udeležencev). V vsakem tematskem sklopu je predvidenih več projekcij vizualnega gradiva, ki je bilo pripravljeno za potrebe tega usposabljanja in predstavlja nekatere aktualne primere ovir »ranljivih« skupin prebivalstva v dostopu do zdravstva v Sloveniji. Poleg udeležbe na usposabljanju bodo udeleženci del nalog opravili v obliki samostojnega dela, ki ga bodo predstavili v skupini, povratno informacijo o svojem delu pa bodo dobili preko individualnih konzultacij z izvajalci usposabljanja.

Usposabljanje za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev obsega organizirano izobraževanje s predavatelji in samostojno delo. Udeleženci usposabljanja bodo prejeli priročnik *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba: priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev*, ki bo služil kot učno gradivo.

Glede na posamezno lokalno okolje in njegove značilnosti se bo vsebina usposabljanja do določene mere spreminjala, z namenom, da bodo - poleg splošnih vsebin - zajete tudi specifične teme, ki so pomembne za posamezno okolje.

Evalvacija usposabljanja bo potekala kvantitativno (v obliki pisnega anketiranja udeležencev) in kvalitativno (z vodeno skupinsko diskusijo udeležencev).

Udeleženci bodo pred začetkom in na koncu usposabljanja opravili krajše preverjanje znanja na temo kulturnih kompetenc. Po uspešnem zaključku usposabljanja bodo prejeli potrdilo o opravljenem usposabljanju.

5 Temeljna literatura in viri

1. Albrecht GL, Fitzpatrick R, Schimshaw SC, ur. The handbook of social studies in health and medicine. London: Thousand Oaks; New Delhi: SAGE Publications, 2003.
2. Beach MC, Cooper LA, Saha S. Patient centeredness, cultural competence and healthcare quality. *J Natl Med Assoc* 2008; 100: 1275–1285.
3. Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE. Cultural competence in health care: Emerging frameworks and practical approaches. New York; Washington: The Commonwealth Fund, 2002. Dostopno 16. 9. 2015 na: <http://www.commonwealthfund.org/>.
4. Bofulin M, Bešter R. Enako zdravstvo za vse: imigranti v slovenskem zdravstvenem sistemu. V: Medvešek M, Bešter R, ur. Državljeni tretjih držav ali tretjerazredni državljani: integracija državljanov tretjih držav v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za narodnostna vprašanja, 2010: 270–311.
5. Bowen S. Language barriers in access to health care. Ottawa: Health Canada, 2001.
6. Brovč M, Ahčin J, Šlajpah M, Rotar-Pavlič D. Ekonomski imigranti v Sloveniji in njihova stališča o boleznih – kvalitativna raziskava. *Zdrav Var* 2009; 48: 26–32.
7. Buzeti T, Gabrijelčič Blenkuš M, Gruntar Činč M, Ivanuša M, Pečar J, Tomšič S, et al, ur. Ne-enakosti v zdravju v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2011.
8. Calavita K. Immigrants at the margins: Law, race and exclusion in the Southern Europe. Cambridge: Cambridge University Press, 2005.
9. Castañeda H. Perspectives on gender, health care, and illegal migration in Germany and the United States. V: Schrover M, van der Leun J, Lucassen L, Quispel C, ur. Gender and illegal migration in global and historical perspective. Amsterdam: IMISCOE/Amsterdam University Press, 2008: 171–88.
10. College of Nurses of Ontario. Practice guideline: Culturally sensitive care. Toronto: College of Nurses of Ontario, 2009. Dostopno 8. 9. 2015 na: http://www.cno.org/docs/prac/41040_CulturallySens.pdf.
11. EQUAL EP. Comparative study on language and culture mediation in different European countries. Wuppertal: EQUAL EP TransKom – gesund & sozial, 2012.
12. Garro LC, Mattingly C, ur. Narrative and the cultural construction of illness and healing. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press, 2000.
13. Helman C. Culture, health and illness. New York: Oxford University Press, 2007.
14. Holtz TH, Holmes SM, Stonington S, Eisenberg L. Health is still social: Contemporary examples in the age of the genome. *PloS Med* 2006; 3: 1663–1666.

15. Farkaš J, Pahor M, Zaletel-Kragelj L. Self-rated health in different social classes of Slovenian adult population: nationwide cross-sectional study. *Int J Public Health* 2011; 56: 45–54.
16. Farkaš Lainščak J, Huber I, Maučec Zakotnik J, Sedlar N, Vrbovšek S, ur. Program integrirane preventive kroničnih bolezni in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih: priročnik za izvajanje programa s primeri dobrih praks. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016.
17. Javnozdravstveni vidiki obravnave ogroženih in ranljivih skupin prebivalstva. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, Sektor za zdravstveno varstvo ogroženih skupin prebivalstva, 2007.
18. Jelenc A. Komplementarna in alternativna medicina: vpliv sodobne religioznosti in duhovnosti na pojmovanje zdravja in zdravljenja. Magistrsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, 2011.
19. Kersnik J. Predictive characteristics of users of alternative medicine. *Schweiz Med Wochenschr* 2010; 130: 390–394.
20. Krek M. Ko si na dnu. Koper: Zavod za zdravstveno varstvo Koper, 2010.
21. Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Skills for communicating with patients. London: Radcliffe Publishing, 2013.
22. Lipovec Čebren U. Krožere zdravja in bolezni: tradicionalne in komplementarne medicine v Istri. Ljubljana: Filozofska fakulteta, Zupaničeva knjižnica, 2008.
23. Lipovec Čebren U. Slepa pega evropskega zdravstva: analiza nekaterih vidikov zdravja migrantov. V: Medica K, Lukič G, Bufon M, ur. Migranti v Sloveniji – med integracijo in alienacijo. Koper: Založba Annales, 2010: 51–87.
24. Lipovec Čebren U. The construction of a health uninsured: People without medical citizenship as seen by some Slovene health workers. *Stud Ethnol Croat* 2011; 22: 187–212.
25. Mladovsky P. Migrant health in the EU. *Eurohealth* 2007; 13: 9–13.
26. Razpotnik Š, Dekleva B. Brezdomstvo, zdravje in dostopnost zdravstvenih storitev. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2009.
27. Srivastava R. The healthcare professional's guide to clinical cultural competence. Toronto: Mosby, 2006.
28. Szczepura A. Access to health care for ethnic minority populations. *Postgrad Med J* 2005; 81: 141–147.
29. Zakon o pacientovih pravicah (ZpacP). Uradni list RS, št. 15/2008. Dostopno 7. 10. 2015 na: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200815&stevilka=455>.
30. Zdravje 2020. Temeljna evropska izhodišča za vsevladno in vsedružbeno akcijo za zdravje in blagostanje. Copenhagen: Svetovna zdravstvena organizacija, 2014.

Priloga 8:

Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba

Priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev

Dostopno na: <http://www.nijz.si/sl/publikacije>



Priloga 9:

Deklaracija o pomenu vpeljevanja medkulturne medicije v zdravstvene ustanove v Sloveniji

DEKLARACIJA O POMENU VPELJEVANJA MEDKULTURNE MEDIACIJE V ZDRAVSTVENE USTANOVE V SLOVENIJI

Spodaj podpisane organizacije že dlje časa opažamo veliko potrebo po vpeljevanju medkulturnega mediatorstva v sistem zdravstvenega varstva Slovenije.

V Sloveniji se vse več zdravstvenih delavcev vsakodnevno srečuje z uporabniki iz drugih kulturnih in družbeno-ekonomskih okolij, ki ne govorijo in ne razumejo (dobro) slovenskega jezika in/ali imajo drugačne zdravstvene prakse in različno dožemanje telesa, bolečine, zdravja in bolezni ter slabše poznajo delovanje sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji. Zaradi odsotnosti medkulturnih mediatorjev in tolmačev so zdravstveni delavci pri obravnavi teh uporabnikov prepuščeni lastni presoji in iznajdljivosti, kar pogosto zelo otežuje njihovo delo, povzroča številne nesporazume ter ne hote niža raven kakovosti zdravstvene oskrbe. Posledično imajo uporabniki iz drugih okolij pogosto izkušnje neenake, manj kakovostne zdravstvene obravnave, zaradi česar so rezultati zdravljenja slabši, sami pa so izpostavljeni vse večjim zdravstvenim tveganjem.

V mnogih evropskih državah (pa tudi drugje v svetu) so tovrstne probleme rešili z vpeljavo medkulturnih mediatorjev v zdravstvene ustanove. Tam, kjer je bila medkulturna medicija ustrezno implementirana, jo evalvirajo kot zelo dobro prakso, ki znatno viša kakovost zdravstvenih storitev, pri čemer lahko razloge za vpeljavo medkulturnih mediatorjev strnemo v naslednje točke:

- **zmanjšuje neenakost v zdravstveni obravnavi** (zaradi boljšega razumevanja uporabnikovih potreb zdravstveni delavci lahko zagotavljajo dejansko, ne le formalno enakovredno, pravično in enako kakovostno obravnavo, preprečijo neželjene diskriminacije in obvladujejo tveganja za njihov nastanek);
- **povečuje kakovost zdravstvene oskrbe** (na primer ob prisotnosti medkulturnega mediatorja je zaradi natančnih informacij možna točnejša diagnoza, zagotovljeno pa je tudi uporabnikovo boljše razumevanje

navodil jemanja zdravil in drugih terapij ter preventivnih ukrepov);

- **povečuje odzivnost uporabnikov** (zaradi boljše komunikacije z zdravstvenimi delavci jim uporabniki bolj zaupajo ter lažje sledijo predpisanim terapijam in se, na splošno, bolje odzivajo na različne, tudi preventivne programe);
- **zmanjšuje stroške** (zaradi prisotnosti medkulturnega mediatorja zdravstveni delavci porabijo manj časa za premoščanje nesporazumov med obravnavo; zaradi kakovostnejše zdravstvene oskrbe je zdravje uporabnikov boljše, hkrati pa ti racionalneje uporabljajo storitve (manj je iskanja pomoči v urgentnih službah, manj hospitalizacij in drugega)).

V Sloveniji obstaja več določil, ki so lahko pravna podlaga za vpeljavo medkulturnih mediatorjev v sistem zdravstvenega varstva. Tako zakonsko podlago predstavljata Zakon o pacientovih pravicah in Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi. Do sedaj pa še nikjer ni bil natančneje določen postopek njihovega vključevanja v izvajanje zdravstvenih storitev ter način financiranja, **zato pristojne ustanove pozivamo, da predlog za uvedbo vpeljevanja medkulturne medicije v sistem zdravstvenega varstva skrbno preučijo in zagotovijo podlago za njeno sistemsko zagotavljanje.**

Podpisane ustanove predlagamo, da se ob uvajanju medkulturnega mediatorja sledi našim priporočilom:

1. Medkulturna medicija ne sme biti spontana in »laična«.

Funkcije in pomena medkulturne medicije ne more nadomestiti spontana ali neorganizirana oblika podpore (kot na primer svojci in drugi) pri reševanju kulturnih nesporazumov.

2. Medkulturni mediator mora delovati profesionalno in upoštevati načelo molčečnosti.

Organizirano in profesionalno delo medkulturnega mediatorja zavezuje k molčečnosti.

3. Medkulturni mediator mora biti ustrezno usposobljen:

- a. Izhajati mora iz istega jezikovnega in kulturnega okolja kot uporabnik ali pa ju mora zelo dobro poznati.

Dobro poznavanje jezika uporabnika je nujen, a nezadosten pogoj za opravljanje dela medkulturnega mediatorja, saj slednje zajema tudi zelo dobro poznavanje uporabnikove kulture.

- b. Poznati mora osnove medicinske stroke in način delovanja zdravstvenih ustanov.

Medkulturni mediator mora biti ustrezno izobražen o osnovah medicinske stroke in zdravstvenih ustanovah, obenem pa mora obvladati medicinske pojme v jeziku uporabnika in izvajalca zdravstvenih storitev.

- c. Strokovnouposabljanje medkulturnih mediatorjev mora izvajati interdisciplinarna skupina strokovnjakov.

Usposabljanje medkulturnih mediatorjev ne sme biti enkratno, posplošeno podajanje informacij zgolj na teoretični ravni, temveč mora zajemati celovito in poglobljeno usposabljanje, ki ga vodi interdisciplinarna skupina strokovnjakov.

4. Financiranje medkulturnega mediatorja mora zagotoviti neodvisnost njegovega dela.

Plačnik storitev medkulturne mediacije mora biti ustanova, ki zagotavlja nepristranost ter spoštuje načelo medkulturnega mediatorja kot neodvisnega strokovnjaka na svojem področju.

5. Medkulturni mediator si mora prizadevati za sodelovalni odnos do vseh vključenih strani, še posebej do uporabnika.

Deluje naj skladno z interesom vseh vpletenih, nikoli proti interesu uporabnika in brez njegovega privoljenja.

6. Medkulturni mediator mora dobro poznati lokalno okolje in imeti dobro razvito mrežo kontaktov (med vladnimi in nevladnimi organizacijami, stik s pobudami prebivalcev in podobno), s katerimi po potrebi sodeluje.

Za delo medkulturnega mediatorja so relevantne vse vladne in nevladne organizacije, pa tudi posamezne organizirane skupine prebivalcev, ki delujejo na področju zaščite »ranljivih« skupin in zagotavljanja njihovih pravic do zdravja.

7. Medkulturni mediator sme delovati v kontekstu različnih javnih zdravstvenih ustanov in služb.

Medkulturni mediator naj posreduje v zdravstvenih domovih, bolnišnicah, rehabilitacijskih centrih in drugo. Po potrebi naj deluje tudi na terenu, v okviru patronažne službe, obiskih na domu in ostalih oblikah zdravstvene pomoči, ki se izvajajo izven zdravstvenih ustanov.

8. Medkulturni mediator se mora zavedati pozicij moči v zdravstvenem okolju.

V odnos med izvajalcem in uporabnikom naj medkulturni mediator posega zgolj ob zaznani neenakosti obravnave, obenem pa se zaveda posledic neenakih pozicij v zdravstveni obravnavi in naj bo nanje posebno pozoren.

9. Vpeljava medkulturnega mediatorja je smiselna, če se hkrati izvaja tudi usposabljanje zdravstvenih delavcev o kulturnih kompetencah.

Medkulturna mediacija skupaj s kulturno kompetenco zdravstvenih delavcev tvori celostni odgovor na razumevanje medkulturnih in socialnih razlik ter pri premoščanju ovir, ki iz slednjih izhajajo.

10. Zdravstveni delavci morajo biti usposobljeni za delo z medkulturnim mediatorjem.

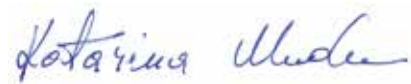
Ker je medkulturna mediacija v našem okolju nova praksa, naj zdravstveni delavci pridobijo večšine za sodelovanje s tretjimi osebami med zdravstveno obravnavo.

11. Medkulturni mediator mora za svoje delo prejeti ustrezno plačilo. Delo ne sme biti prostovoljno.

Le z ustreznim plačilom in dobrim načrtom dela se lahko trajno zagotovi ustrezno in kakovostno medkulturno mediacijo.

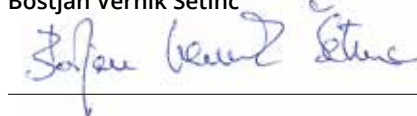
Podpisniki deklaracije:

Društvo Mozaik
Katarina Meden

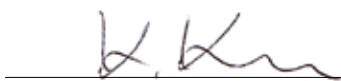


Društvo za osveščanje in varstvo – center antidiskriminacije (OVCA)

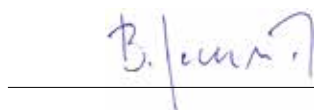
Boštjan Vernik Šetinc



Društvo za razvoj in povezovanje
družbenih ved in kultur - Odnos
Katarina Kromar



Inštitut za multikulturne raziskave
Božidar Jezernik



Mirovni inštitut
Neža Kogovšek Šalamon



Nacionalni inštitut za javno zdravje
Jožica Maučec Zakotnik



Slovenska filantropija
Tereza Novak



Zveza svobodnih sindikatov Slovenije
Marko Tanasić

