



Neenakosti in ranljivosti v zdravju v Sloveniji

KVALITATIVNA RAZISKAVA V 25 OKOLJIH

Neenakosti in ranljivosti v zdravju v Sloveniji: kvalitativna raziskava v 25 okoljih.

Urednice

Ivanka Huber, Uršula Lipovec Čebren, Sara Pistotnik

Recenzenta

Špela Razpotnik

Rade Pribaković Brinovec

Lektorica

Ivanka Huber

Oblikovanje

IDEARNA d.o.o.

Izdajatelj

Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva cesta 2, Ljubljana

Spletni naslov

www.nijz.si

Kraj in leto izdaje

Ljubljana, 2020

Elektronska izdaja.

Brezplačen izvod.

Za vsebino posameznega poglavja so odgovorni njegovi avtorji.

Oblikovanje in tisk gradiva sofinancirata Republika Slovenija in Evropska unija iz

Kohezijskega sklada - Evropskega socialnega sklada.

CIP – Kataložni zapis o publikaciji

Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

Kataložni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani

COBISS.SI-ID=44149763

ISBN 978-961-6945-27-1 (pdf)

Neenakosti in ranljivosti v zdravju v Sloveniji

Kvalitativna raziskava v 25 okoljih

Zahvala

Ob izidu pričujoče monografije se iskreno zahvaljujemo vsem sogovornikom in sogovornicam iz raziskave projekta *MoST - Analiza ranljivosti in neenakosti v zdravju v lokalnih skupnostih*, ki so z raziskovalci in raziskovalkami delili svoje izkušnje in opažanja glede neenakosti in ranljivosti v lokalnih okoljih.

Hvala raziskovalcem in raziskovalkam, kulturnim antropologom in antropologinjam ter magistrskim študentom in študentkam Oddelka za etnologijo in kulturno antropologijo Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani, ki so terensko raziskovanje opravili profesionalno in odgovorno, upoštevajoč senzibilnost raziskovane tematike. Hvala Alja Ajdišek, Blaž Andoljšek, Stella Cavalleri, Annemarie Culetto, Nisveta Dedić Sočan, Sebastian Dovč, Tjaša Franko, Karmen Gosenca, Karmen Hrovat, Tina Ivnik, Anja Jukič, Anja Kociper, Katarina Kranjec, Jasmina Kuduzović, Urška Martun, Barbara Novak, Andreja Otoničar, Tina Palaić, Anja Pogladič, Laura Radešić, Janko Rošker, Nika Rupnik, Kristina Seljak, Anja Škarabot, Monja Šebela, David Šebenik, Jerneja Šubelj, Muhamed Topić, Jaro Veselinovič, Veronika Vižintin, Sara Vombek, Stella Vlašič, Renato Zgrinskič, Ines Zupanič Tomažič.

Hvala sodelavcem in sodelavkam območnih enot Nacionalnega inštituta za javno zdravje za podporo in pomoč pri vstopanju v raziskovana okolja ter navezavi kontaktov s sogovorniki in sogovornicami.

Za večletno strokovno sodelovanje in podporo se zahvaljujemo Oddelku za etnologijo in kulturno antropologijo Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani.

Hvala sodelavcem in sodelavkam Centra za upravljanje programov preventive in krepitve zdravja Nacionalnega inštituta za javno zdravje za skupna razmišljanja, branja poglavij, konstruktivne usmeritve in moralno podporo.

Posebna zahvala velja recenzentoma za strokovno branje in konstruktivne napotke.

Seznam kratic

CSD	center za socialno delo
DSP	denarna socialna pomoč
DZZ	dopolnilno zdravstveno zavarovanje
EU	Evropska unija
IKT	informacijsko komunikacijska tehnologija
MoST	Model skupnostnega pristopa za krepitev zdravja in zmanjševanje neenakosti v zdravju v lokalnih skupnostih
NIJZ	Nacionalni inštitut za javno zdravje
NVO	nevladna organizacija
OEIKA	Oddelek za etnologijo in kulturno antropologijo
OE NIJZ	območna enota Nacionalnega inštituta za javno zdravje
OZZ	obvezno zdravstveno zavarovanje
op. a.	opomba avtorja
prim.	primerjaj
RK	Rdeči križ
RS	Republika Slovenija
SURS	Statistični urad Republike Slovenije
STA	Slovenska tiskovna agencija
SZO	Svetovna zdravstvena organizacija
UKC	Univerzitetni klinični center
UMAR	Urad Republike Slovenije za makroekonomske analize in razvoj
Ur. l.	Uradni list
ZD	Zdravstveni dom
ZMZ-1	Zakon o mednarodni zaščiti
ZPIZ	Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje
ZPZ	Zakon o partnerski zvezi
ZRIPS	Zakon o registraciji partnerske skupnosti
ZRSZ	Zavod za zaposlovanje Republike Slovenije
ZSVarPre	Zakon o socialno varstvenih prejemkih
ZUJF	Zakon za uravnoteženje javnih financ
ZUOPP-1	Zakon o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami
ZUPJS	Zakon o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev
ZUPJS-C	Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev
ZZVZZ	Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju
ZZZS	Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

Kazalo vsebine

Uvod

Uršula Lipovec Čebren, Ivanka Huber	8
---	---

Neenakosti in ranljivosti v zdravju: izhodišča za raziskavo

Juš Škraban, Sara Pistotnik, Uršula Lipovec Čebren	11
--	----

Metodologija in potek raziskave o ranljivosti in neenakosti v zdravju v lokalnih okoljih

Ivanka Huber, Uršula Lipovec Čebren, Denis Oprešnik	24
---	----

Skupine z ranljivostmi v lokalnih okoljih

Ivanka Huber	41
--------------------	----

Izključujoča univerzalnost: nezavarovani v slovenskem zdravstvenem sistemu in vpliv ekonomske krize na zdravstveno zavarovanje

Sara Pistotnik	71
----------------------	----

Oskrba starejših prebivalcev in vprašanje integracije v zdravstvu, sociali in skupnosti

Denis Oprešnik	100
----------------------	-----

Jezikovne in kulturne ovire v zdravstvenih ustanovah

Uršula Lipovec Čebren	120
-----------------------------	-----

Kompleksne potrebe in ovire ter vprašanja, izhajajoča iz institucionalnosti oskrbe

Juš Škraban	141
-------------------	-----

Zaključne ugotovitve in predlogi

Sara Pistotnik, Denis Oprešnik, Uršula Lipovec Čebren, Ivanka Huber, Juš Škraban	158
--	-----

Povzetek	165
----------------	-----

Summary	167
---------------	-----

Stvarno kazalo	169
----------------------	-----

Recenzija: Monografija o širokem spektru ranljivosti v zdravju	172
--	-----

Recenzija: Kompleksni izzivi raziskovanja neenakosti in ranljivosti v zdravju	174
---	-----

Uvod

Uršula Lipovec Čebtron, Ivanka Huber

Kako se kažejo ranljivosti in neenakosti v zdravju? S kakšnimi ranljivostmi se soočajo prebivalci Slovenije? Kateri prebivalci se najpogosteje soočajo z njimi? S katerimi ovirami se srečujejo v dostopu do zdravstvenih in drugih javnih ustanov? Kako se lokalna okolja odzivajo na te ovire? Kako ustrezno odgovoriti na ranljivosti in neenakosti, kako premoščati ovire in najti sistemske rešitve?

To so vprašanja, ki so bila ključna pri zasnovi raziskave *Analiza ranljivosti in neenakosti v zdravju v lokalnih skupnostih* projekta *Model skupnostnega pristopa za krepitev zdravja in zmanjševanje neenakosti v zdravju v lokalnih skupnostih – MoST*. Sodelavcem interdisciplinarne delovne skupine je bilo jasno, da brez obširne terenske raziskave ne bo mogoče priti do odgovorov na zastavljena vprašanja. Do iste ugotovitve smo člani te skupine prišli pred šestimi leti, leta 2014, ko smo v okviru projekta *Za boljše zdravje in zmanjševanje neenakosti v zdravju - Skupaj za zdravje*, ugotovili, da na podlagi obstoječih analiz ne bo možno sklepati o skupinah z ranljivostmi in njihovih potrebah (Lipovec Čebtron in drugi 2016). Veliko prednost je tokrat predstavljala ravno raziskava projekta *Skupaj za zdravje*, v kateri smo postavili metodološke in konceptualne temelje, na katere smo se lahko naslonili v novi raziskavi. Pri tem je bilo ključno, da so nekateri člani takratne interdisciplinarne delovne skupine, ki je načrtovala in pripravljala raziskavo, sodelovali tudi v raziskavi projekta *MoST*. V obeh raziskavah je bil cilj terenskega raziskovanja posameznih lokalnih okolij ugotoviti, kateri posamezniki in skupine se soočajo z ranljivostmi v zdravju, kakšne ovire doživljajo v dostopu do zdravja ter kakšne so prakse premoščanja teh ovir.

S kvalitativno raziskavo, ki je potekala v 25 lokalnih okoljih, smo dobili vpogled v veliko dimenzij vsakdanjega življenja posameznikov in skupin ter te dimenzije lahko razumeli znotraj širšega družbenega konteksta posamezne skupnosti. Terensko raziskovanje nam je tako omogočilo ne samo zaznavanje raznolikih neenakosti in številnih heterogenih skupin z ranljivostmi, temveč tudi specifičnosti posameznih okolij in različnih družbenih procesov, ki pogojujejo povečevanje ali zmanjševanje neenakosti v tem okolju. Intervjuji s sogovorniki, opazovanje z udeležbo in številni manj formalni stiki raziskovalcev z lokalnimi prebivalci so razkrili številne ovire, stiske in težave v dostopu do zdravja, pa tudi poskuse reševanja in premoščanja teh ovir, pri čemer so pokazali, da se v lokalnem okolju spontano pojavi marsikatera praksa, ki uspešno premošča različne ovire, četudi za to ni sistemskega okvirja. Na podlagi izsledkov raziskave smo za vsako raziskovano okolje pripravili analizo ranljivosti in neenakosti, ki smo jo predstavili v posameznem lokalnem okolju.^[1]

Ta monografija predstavlja prvo obširnejšo analizo terenskega materiala raziskave projekta *MoST*. Glede na to, da je raziskava obsegala 417 intervjujev s 629 sogovorniki, v

1 Analize izsledkov raziskave posameznih lokalnih okolij so predstavljale pomembno informacijo partnerjem v lokalnih skupnostih, predvsem lokalnim skupinam za krepitev zdravja in strokovnim skupinam zdravstvenega doma za preventivo pri načrtovanju aktivnosti v povezavi z neenakostjo in ranljivostjo.

monografiji nikakor ne analiziramo vsega zbranega materiala, obenem pa v poglavjih, ki sledijo, izpostavljamo le določene vidike neenakosti in ranljivosti v zdravju ter zapostavljamo druge. Tako se v monografiji osredotočamo na shematično predstavitev skupin z ranljivostmi ter na analizo nekaterih ovir v dostopu do zdravja, obenem pa se številnim drugim oviram in praksam njihovega premoščanja ne posvetimo ter ob tem upamo, da se bodo z njimi ukvarjale prihodnje analize. Verjetno je zato odveč dodajati, da monografija ne podaja celostne slike ranljivosti in neenakosti prebivalcev Slovenije in tudi ni »posnetek stanja«, temveč ponuja vpogled v določene skupine z ranljivostmi ter njihove specifične ovire v danem lokalnem okolju. Vsebino monografije tvorita dva obsežnejša dela, ki se medsebojno povezuje in nadgrajujeta. V prvem delu monografije avtorji (Juš Škraban, Sara Pistotnik, Uršula Lipovec Čebon) v poglavju *Neenakost in ranljivost v zdravju: izhodišča za raziskavo* najprej podrobneje obravnavajo vprašanje neenakosti v zdravstvu, predstavijo ključna konceptualna izhodišča za raziskavo ter izpostavijo teoretske pristope, s katerimi lahko medicinska antropologija prispeva k javnozdravstvenim raziskavam. Nadalje avtorji (Ivanka Huber, Uršula Lipovec Čebon, Denis Oprešnik) v poglavju *Metodologija in potek raziskave o ranljivosti in neenakosti v zdravju v lokalnih okoljih* natančno predstavijo metodologijo raziskave, ki je v letih 2018 in 2019 potekala v okviru projekta *MoST* in katere cilj je bil ugotoviti ranljivosti in neenakosti v zdravju v 25 lokalnih okoljih. V zadnjem poglavju prvega dela monografije z naslovom *Skupine z ranljivostmi v lokalnih okoljih* avtorica (Ivanka Huber) analizira heterogene skupine z ranljivostmi ter ob tem razmišlja, kako urbano in ruralno okolje vplivata na pojav ranljivosti. Avtorica opredeli 20 skupin z ranljivostmi in vsako od navedenih skupin z ranljivostmi na podlagi izsledkov nadalje razdeli na številne podkategorije, ki jih podrobneje ponazori. Predstavi ovire pri dostopu do zdravstvene in drugih oblik pomoči, ustanov ali virov ter sklene poglavje z opisom obstoječih praks premoščanja ovir.

Drugi del monografije sestavljajo štiri poglavja, ki analizirajo ovire v dostopu do zdravja, pri čemer izhajajo iz terenskega materiala, ki pa ga kontekstualizirajo v širše polje družbenih procesov. V poglavju *Izključujoča univerzalnost: nezavarovani v slovenskem zdravstvenem sistemu in vpliv ekonomske krize na zdravstveno zavarovanje* avtorica (Sara Pistotnik) analizira ovire, ki se nanašajo na (ne)zavarovanost različnih oseb ter različne preplete, ki ustvarjajo pogoje, da določeni prebivalci Slovenije ostajajo brez obveznega in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Obenem vprašanje (ne)zavarovanosti postavi v kontekst ekonomske krize, ki se je začela leta 2008 ter opozori na potencialno negativne učinke nove recesije, ki jo je pospešila ustavitev gospodarstev zaradi pandemije Covid-19. V poglavju *Izzivi oskrbe starejših in vprašanje integracije v zdravstvu, socialni in skupnosti* avtor (Denis Oprešnik) obravnava ovire, s katerimi se v zdravstvu (in v drugih družbenih podsistemih) srečujejo še posebej tiste starejše osebe, ki se soočajo s kroničnimi boleznimi in stanji ter multimorbidnostjo. Ob tem analizira nekatere vidike nepovezanosti v oskrbi, vključno s širšimi prizadevanji k njeni integraciji, ter preverja, kakšne so posledice različnih opredeljevanj problemov na tem področju. Avtorica (Uršula Lipovec Čebon) v poglavju *Jezikovne in kulturne ovire v zdravstvenih ustanovah* na osnovi analize terenskega materiala iz osmih obmejnih okolij analizira, kako so v lokalnih okoljih dojeti priseljenci ter s kakšnimi ovirami se soočajo v dostopu do zdravstvenih ustanov.

Med temi ovirami avtorica podrobneje analizira jezikovne in kulturne ovire, pri čemer pokaže na nekatere poskuse premoščanja teh ovir ter na odsotnost sistemskih rešitev na tem področju. V poglavju *Kompleksne potrebe in ovire ter vprašanja, izhajajoča iz institucionalnosti oskrbe* avtor (Juš Škraban) tematizira obliko organizacije zdravstvenih in socialnih služb kot vidik, ki lahko vpliva na dostopnost in sprejemljivost oskrbe. Avtor pokaže na paralelni (dvojni) obstoj institucionalne in skupnostne oskrbe, pri čemer analizira, kako lahko prvi in drugi zagotovita učinkovito oskrbo ljudem s kompleksnimi potrebami ter do kakšnih ovir prihaja pri prehodu iz institucionalne v skupnostne oblike oskrbe.

Zadnje poglavje monografije pa predstavlja zaključek, v katerem vsi avtorji poglavij (Sara Pistotnik, Denis Oprešnik, Uršula Lipovec Čebren, Ivanka Huber, Juš Škraban) strnejo ključne ugotovitve poglavij ter podajo glavne usmeritve za nadaljnje raziskovanje na tem področju. Med osrednjimi usmeritvami za prihodnje raziskovanje izpostavljajo, da bi morale biti raziskave na tem področju kvalitativne in kontinuirane, načrtuje in izvaja naj jih interdisciplinarna skupina, obenem pa naj ukrepi, ki izhajajo iz izsledkov teh raziskav, poskušajo povezati več sektorjev in izhajati iz že obstoječih praks v lokalnih skupnostih.

Neenakosti in ranljivosti v zdravju: izhodišča za raziskavo

Juš Škraban, Sara Pistotnik, Uršula Lipovec Čebren

O neenakosti v zdravju med različnimi skupinami prebivalstva je govora že od sredine 19. stoletja. Koncept enakosti v zdravju (angl. *health equity*) se je uveljavil v obdobju po drugi svetovni vojni, skoraj istočasno z oblikovanjem Splošne deklaracije človekovih pravic, ter se pojavil kot imperativ v številnih mednarodnih dokumentih, vključno z dokumenti Svetovne zdravstvene organizacije (Fee in Gonzalez 2017, 148). Tudi v Sloveniji je reševanje neenakosti pomemben deklarativni cilj zagotavljanja zdravja prebivalstva, saj predstavlja enega od poudarkov Resolucije o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja«, torej temeljnega strateškega dokumenta na področju zdravstva v Sloveniji.

Koncepta neenakost in ranljivost v zdravju odpirata veliko možnih perspektiv. V obsežni literaturi na tem področju (Holtz in drugi 2006; Marmot 2006; Marmot in Wilkinson 2006; Shaw, Dorling in Smith 2006; Bartley, Ferrie in Montgomery 2006 in drugi) lahko na primer beremo, da je neenakost v zdravju geografsko nesorazmerno razporejena, torej da imajo ljudje iz nekaterih predelov sveta nižjo pričakovano življenjsko dobo kot drugi; da so neenakosti v zdravju povezane s socialno-ekonomskim statusom oseb, saj revnejši ljudje načeloma dosegajo slabše rezultate pri standardiziranem merjenju neenakosti (na primer glede na pričakovano trajanje življenja ali smrtnost otrok) (Marmot 2006). Nadalje obstaja veliko raziskav, ki kažejo, kako določena vedenja ljudi vplivajo na zdravje (Lesnik in drugi 2018). Veliko je napisanega tudi o »ranljivih skupinah« in njihovem položaju v zdravstvenem sistemu ter ovirah, s katerimi se srečujejo pri dostopu do zdravstva (Baker in drugi 2005; Dixon Woods in drugi 2005; Reutter in Kushner 2010 in drugi). Nekateri raziskovalci pri tem poudarjajo, da gre navadno za presek področij, na katerih se tvorijo ranljivosti, zato je v obzir potrebno vzeti številne dejavnike. Našteto se navadno povezuje s katero izmed ključnih besed, kot so determinante zdravja, dejavniki tveganja, ranljive skupine, dostopnost zdravstva, intersekcijnost in podobno. Ob tem pa velja, da četudi je povezava med neenakostjo in ranljivostjo ter slabšimi zdravstvenimi izidi dokazana, raziskovalci še vedno ne razumejo dobro vseh mehanizmov, ki tej povezavi botrujejo.

V tem poglavju nimamo namena podati celovitega pregleda konceptov o neenakosti v zdravju ali poglobljeno predstaviti najpomembnejših znanstvenih del s tega področja. Namesto tega želimo predstaviti zemljevid ključnih točk, na katerih smo oblikovali izhodišča za terensko raziskavo v okviru projekta MoST. V naslednjih poglavjih bomo tako poskušali pokazati, zakaj je potrebno skrb za zdravje razumeti onstran osebne odgovornosti in zakaj ranljivosti in neenakosti v zdravju ne moremo analizirati ali reševati zgolj na individualni ravni. Nato bomo predstavili, kako medicinskoan-

tropološke raziskave^[2] razumejo pojave neenakosti in ranljivosti in zakaj je tako pomembno te pojave raziskovati znotraj širšega družbenega konteksta. Nadalje bomo prikazali, zakaj je potrebno nameniti pozornost različnim oblikam ranljivosti in neenakosti ter njihovi prepletenosti ter zakaj je zvajanje družbe in kulture na raven spremenljivk problematično. V zaključku pa bomo pojasnili, na kakšen način smo pri načrtovanju terenske raziskave konceptualno zajezili široko področje raziskovanja neenakosti in ranljivosti.

Skrb za zdravje onkraj osebne odgovornosti

Prva premisa, ki smo jo upoštevali ob načrtovanju in izvedbi raziskave *Analiza ranljivosti in neenakosti v zdravju v lokalnih skupnostih* v okviru projekta *MoST*, je bila, da sta ranljivost in neenakost družbena fenomena. Različni znanstveni ali strokovni pristopi namreč soustvarjajo dojemanje zdravstvenih problemov in skupin, ki jih ti zadevajo, ob tem pa so ti lahko konstruirani bodisi tako, da poudarjajo individualno krivdo bodisi družbeno odgovornost. Eno od izhodišč našega raziskovanja je bilo prepričanje, da zdravje, bolezen in zdravljenje pogojujejo družbeno-kulturne dimenzije (v javnozdravstvenem besednjaku pogosto imenovane »okolje«; glej Marmot 2006, 2082) ter da sta posledično zdravje in skrb za zdravje predvsem stvar družbene odgovornosti.

Koncept enakosti v zdravju je po mnenju nekaterih prenos socialne pravičnosti na področje zdravja (Ingleby 2019, 1). Angleška strokovnjakinja na področju javnega zdravja Margaret Whitehead je za Svetovno zdravstveno organizacijo napisala vpliven pregledni članek o konceptu (ne)enakosti v zdravju, v katerem je kot neenake definirala tiste razlike, ki vplivajo na zdravje, in so nepotrebne (angl. *unnecessary*), se jim lahko izognemo (angl. *avoidable*), so nepravilne (angl. *unjust*) oziroma nepošteno (angl. *unfair*) (Whitehead 1992, 431).^[3] Whitehead je kot bistveni kriterij med tem, kaj je nepravilno in nepošteno in kaj ni, postavila vpliv oziroma izbiro. Revnejši prebivalci imajo, na primer, malo ali nič direktnega vpliva na to, da ne bodo živeli v natrpanih stanovanjih ali ne bodo opravljali nevarnih, zdravju škodljivih del (Whitehead 1992, 432). Kot nepravilne pa ne moremo razumeti denimo razlike v prevalenci srčnih infarktov med 70-letniki in 20-letniki, saj višjo prevalenco med prvimi lahko pripišemo biološkim variacijam, povezanih s staranjem (prav tam, 432). Ker do teh razlik prihaja zaradi bioloških zakonitosti, na katere imamo ljudje malo vpliva, po Whitehead ne moremo govoriti o nepravilnosti, saj se s srčnimi infarkti bolj srečujejo 70-letniki kot 20-letniki.

2 Gre predvsem za raziskave, nastale v okviru kritične medicinske antropologije, ki se je začela razvijati sredi 70. let prejšnjega stoletja. Ta smer se je vzpostavila kot odgovor na raziskave medicinske antropologije, ki so v svojih analizah zdravstvenih sistemov pogosto zanemarjale vpliv makro-družbenih dejavnikov. Kritične medicinske antropologe, med drugim, zanimajo povezave med zdravjem in družbeno neenakostjo ter politično-ekonomskimi dinamikami na lokalni in globalni ravni (Scheper-Hughes 1998; Schrippa in Vulpiani 2000; Lock 2003).

3 Na tem področju prihaja do nekaterih terminoloških nejasnosti. V slovenščini uporabljamo izraz »neenakosti«, ki ga lahko uporabljamo bolj v matematičnem (nekaj ni enako nečemu drugemu, angl. *inequality*) ali pa bolj v etičnem smislu (angl. *inequity*). Whitehead opozarja, da tudi ta dva izraza v angleščini kdaj uporabljajo drugače, na primer da termin »inequality« nakazuje na nepoštenost določenih razlik (Whitehead 1992, 431).

Kot nepravilne ne moremo razumeti niti neenakomerne razporeditve primerov športnih nesreč, saj lahko predpostavljamo, da nastajajo v kontekstih, kjer si posamezniki sami izberejo tak način življenja in s tem tveganja prevzamejo nase (Whitehead 1992, 433). Ponovno je za presojanje o nepravilnih neenakostih po Whitehead pomemben kriterij izbire.

Zagotavljati enakost po Margaret Whitehead pomeni zagotavljati enake možnosti za zdravje, kar pomeni, da imajo ljudje z enakimi potrebami 1) enak dostop do zdravstvenih storitev; 2) možnost enakega koriščenja storitev; 3) in enako kakovost storitev (Whitehead 1992, 434). S prvo točko, kjer Whiteheadova izpostavi enak dostop do zdravstvenih storitev, avtorica meri na enake pravice do zdravstvenih storitev, na premoščanje finančnih, organizacijskih, jezikovnih, kulturnih in drugih ovir. V drugi točki opozarja, da čeprav posamezniki ali skupine različno koristijo zdravstvene storitve, je kot neenake potrebno razumeti le tiste razlike, ki so posledica socialno-ekonomskih vzrokov. In tretjič, enaka kakovost storitev v tej shemi pomeni, da zdravstvo zagotavlja storitve glede na zdravstveno potrebo ljudi in ne glede na njihovo družbeno moč ali vpliv (prav tam, 434–436).

Ironično ima prav možnost izbire, ki jo je Whitehead postavila v središče presojanja o nepravilnih in nepoštenih razlikah možnosti za doseganje zdravja, osrednje mesto v sodobnih neoliberalnih diskurzih, ki želijo ovreči vsakršne družbene dejavnike in nas prepričati, da smo za vse – tudi za svoje zdravje – odgovorni sami. Tovrsten pogled na zdravje in bolezen ima pomembne posledice pri načrtovanju javnozdravstvenih ukrepov, saj je denimo koncept tveganja (glej Kamin 2006) zelo prisoten v sodobnejših razpravah o doseganju zdravja. Na »tveganje« osredinjeni pristopi spreminjanja vedenja (prehranjevanja, gibanja in drugo) obravnavajo posameznika kot »stroj, v katerega se vstavi informacija o tveganju« (Kamin 2006, 57), in se potem od njega pričakuje, da bo spremenil svoje vedenje na način, da se bo izognil nevarnostim, ki bi mu prinesle bolezen. Tudi raziskave v javnem zdravju so pogosto usmerjene v izrazito instrumentalno doseganje ciljev promocije zdravja, pri čemer so cilji običajno usmerjeni v spremembo vedenja oziroma »življenjskega sloga« tistih skupin prebivalstva, ki zaradi svoje zdravstvene težave ali »tveganega življenjskega sloga« veljajo za najbolj »ogrožene« (Kamin in Tivadar 2004; Kamin 2006; Lipovec Čebren 2019). Ti pristopi pa so problematični, saj spregledajo širše družbene procese, ki ključno vplivajo na slabšanje zdravja in s tem na posameznika preložijo odgovornost za odpravljanje posledic družbeno ustvarjenih vplivov na zdravje, zaradi česar ne odpravijo dejanskih vzrokov za slabšanje zdravja prebivalcev.

Kontekstualna analiza neenakosti in ranljivosti

Neenakosti se ne manifestirajo le v tem, kar medicinske znanosti prepoznajo kot bolezen, temveč lahko privzamejo različne pojavne oblike. Medicinska antropologija se razumevanja neenakosti loteva veliko širše kot zgolj v odnosu do zdravja in bolezni. Tako Vinh-Kim Nguyen in Karine Peschard (2003) v svojem pregledu antropoloških raziskav na področju neenakosti v zdravju izpostavljata, da je telo zaznamovano z zgodovinskimi in družbenimi procesi. To omogoča medkulturni okvir za razumevanje načinov, na katere družbena razmerja učinkujejo na vzorce bolezni in na individualne oziroma kolektivne dejavnike, ki slabšajo zdravje. V tem smislu je možno razumeti raz-

merje med neenakostjo in zdravjem kot razmerje med družbo in telesom, zato nekateri antropologi bolezen v modernih družbah razumejo kot obliko nasilja, torej, kot družbene odnose, v katerih je nasilje neenakosti prepisano na telo kot biološka razlika in izraženo kot »tveganje«, s katerim upravljajo različne tehnike oblasti (Vinh-Kim in Peschard 2003, 448). Poimovanje, da se družbene neenakosti utelesijo v posamezna telesa, nam omogoča na eni strani prepoznavanje različnih oblik nasilja v določeni družbi in na drugi strani razumevanje načinov, na katere telo služi kot register oziroma prizorišče zoperstavljanja nasilju (prav tam, 467).

Zaradi svojega širokega pogleda medicinskoantropološki pristopi k neenakosti lahko prispevajo k boljšemu razumevanju kompleksnih mehanizmov, ki povezujejo neenakost in bolezen. To pomeni, da razkrivajo mehanizme, preko katerih se družbena hierarhija prevaja v bolezen kot tudi opisujejo načinov, kako se razmerja moči vpisujejo v širši zgodovinski in družbeno-kulturni okvir (Farmer 1992, 2003; Fassin 1996, 2004; Schepers-Hughes 1998, 2000). Prednost takšnih pristopov je njihova uporabnost pri terenskem raziskovanju, kjer »od spodaj navzgor« skušajo razumeti učinkovanje neenakosti na dinamiko vsakdanjega življenja lokalnih skupnosti, pri čemer raziskujejo, kako različne osebe razumejo neenakosti in kako se nanje odzivajo. Zato lahko raziskovalci povezujejo zaznane lokalne neenakosti s širokim naborom širših družbenih silnic (ekonomskih, političnih in drugih) ter razkrivajo, na kakšen način se različni družbeni procesi in politike prevajajo v dnevno realnost, pri tem pa ugotavljajo, kateri procesi ustvarjajo neenakosti (Nguyen in Peschard 2003, 450–453). Ugotovitev, da so neenakosti povezane s tem, kako se zgodovinski in družbeni procesi vpisujejo v naša telesa, nas pripelje do sklepa, da je potrebno pri razmišljanju o neenakostih v zdravju vedno vzeti v obzir tako biološke kot družbene in zgodovinske dimenzije.

Obenem pa nam lahko tovrstni pristopi pomagajo bolj jasno opredeliti raziskovalno pozicijo. Kulturna in socialna antropologija (skupaj z drugimi družboslovnimi in humanističnimi vedami) razume, da sama predstavlja specifičen kulturni sistem, ki proizvaja svojo družbeno realnost. Ne izhaja iz iluzije, da ima dostop do »objektivne« družbene realnosti, ki bi jo lahko nevtralno opisovala, temveč različne družbene prakse in interpretacije teh praks jemlje kot že zaznamovane z določenimi pogledi na svet in vpisane v razmerja moči. Skladno s tem nekateri antropologi opisujejo tudi javno zdravje kot prakso, ki preobraža naravne pojave v kulturna dejstva. Didier Fassin tako zapiše: »Javno zdravje se na splošno predstavlja kot akcijsko usmerjeno znanje, strokovno znanje v službi sprejemanja odločitev. Vsebine, vtakane v to znanje in stroko, so obravnavane kot naravna dejstva, ki jih je zgolj potrebno razkriti v statistiki ter v jeziku determinant in dejavnikov tveganja« (Fassin 2004, 175). Vendar pa isti avtor opozarja, da tudi javno zdravje – enako kot druge znanstvene discipline – ustvarja pomene in s tem določene poglede na svet, ki vplivajo na to, kako vidimo specifične zdravstvene probleme.

Na osnovi teh antropoloških izhodišč smo tudi v terenski raziskavi projekta *MoST* izhajali iz zavedanja, da ta raziskava, kot vse druge, ni le »odkrivala« objektivno obstoječih družbenih fenomenov, kategorij prebivalstva ter polj njihove ranljivosti, temveč jih je tudi konstruirala s svojimi teoretskimi lečami. Te leče so nam kdaj pomagale in kdaj otežile raziskovanje dogajanja na terenu, obenem pa smo se zavedali, da bi raziskava

z drugačnimi teoretičnimi in metodološkimi izhodišči dala druge rezultate. Poleg tega smo se zavedali, da je možnih več pogledov na dogodke, procese, postopke, skupine ali osebe, pri čemer je potrebno preizpraševati samoumevnosti in poskusiti razkrivati globlje povezave med pojavi. Antropološki pristopi so nam tako pomagali ne le pri ugotavljanju, kako nastajajo ranljivosti in neenakosti ter zakaj imajo negativen vpliv na zdravje, temveč tudi, kako se ranljivosti in neenakosti dodatno zaostrejejo ter nadgrajujejo (denimo, kako revščina vpliva na slabo zdravje, to pa dodatno zaostreje revščino). V raziskavi projekta *MoST* se zaradi takšnega razumevanja nismo osredotočili le na področje zdravstva, temveč smo neenakosti in ranljivosti raziskovali v širšem družbenem kontekstu (vključno z ustanovami na področju vzgoje in izobraževanja, sociale, zaposlovanja ter nevladnimi organizacijami, ki delujejo na številnih področjih), v katerem smo želeli razkriti kompleksne mehanizme, ki pogojujejo in potencirajo ranljivosti in neenakosti v posameznem lokalnem okolju.

Prepleti neenakosti in ranljivosti

Ranljivost in neenakost v zdravju sta precej neulovljiva pojma, saj se prekrivata z mnogimi drugimi koncepti, ki jih avtorji uporabljajo za opis družbenih in/ali individualnih dejavnikov, ki vplivajo na zdravje. Poleg koncepta ranljivosti se v znanstveni literaturi pogosto pojavljajo termini, kot so ogroženost, krhkost (Gabrijelčič Blenkuš 2017) in podobno. Vse te izraze družijo dejstva, da jih različni avtorji navadno definirajo v funkciji zdravja ali bolezni. To pomeni, da se na primer koncept ranljivosti uporablja za označevanje tveganja za razvoj nekaterih bolezni ali zdravstvenih težav (glej Grabovschi, Lorignon in Fortinin 2013; Zaletel-Kragelj in drugi 2011; SZO 2002). Medicinskoantropološke raziskave pa ranljivost razumejo širše, saj človeka postavljajo na presečišče različnih individualnih in družbenih procesov, ki sočasno potekajo na mikro, mezo in makro ravni ter vplivajo tako na ranljivost v zdravju kot na druga področja človekovega življenja. Obenem ga razumejo kot objekt teh procesov, a hkrati jemljejo v ozir tudi njegovo vlogo akterja, ki neprestano sprejema različne odločitve glede na dane okoliščine. Tak pogled vnaša procesno komponento, ki upošteva nenehno spremenljivost na ravni vedenja posameznika, njegove izpostavljenosti različnim vplivom ter morebitno sovpadanje in združevanje več oblik ranljivosti in neenakosti. Ena od posledic takšnega teoretskega pristopa je odmik od konceptov kot so »ranljiva skupina« ali »ranljiv posameznik«, saj jih je možno razumeti bodisi kot reifikacijo, torej ustvarjanje skupin ali oseb kot nespremenljivih objektov javnozdravstvenih intervencij bodisi kot esencializacijo, torej zvajanje oseb ali skupin na zgolj eno značilnost, in sicer tisto, ki naj bi povzročila specifično obliko ranljivosti.

Čeprav se nekateri raziskovalci in načrtovalci javnozdravstvenih politik še vedno usmerjajo na posamezne »ranljive skupine« (Ingleby 2019, 2), smo se zaradi zgoraj navedenih razlogov v analizi terenskega gradiva temu terminu skušali čim bolj izogniti. Ranljivost smo razumeli kot relacijski fenomen – nismo je imeli za lastnost določenih skupin, temveč za nekaj, kar se tvori v dinamiki med posameznikom in širšim družbenim, kulturnim in ekonomskim okoljem (Rogers 1997, 67). Nadalje smo izhajali iz zavedanja, da

»ranljive skupine« niso statične in strogo zamejene, temveč »se spreminjajo in prekrivajo: posameznik se lahko v nekem življenjskem obdobju nahaja v več »ranljivih« skupinah hkrati, v naslednjem pa se nahaja izven vsake od njih. Pri tem predstavlja »ranljivost« posameznika preplet različnih dejavnikov, ki preči različne »ranljive« skupine« (Lipovec Čebren in drugi 2016, 15). Če bi vztrajali pri tem, da obstajajo fiksne »ranljive skupine«, bi pripomogli le k stereotipnim in stigmatizirajočim pogledom na eno skupino, ne bi pa prepoznali ovir, ki so skupne več različnim skupinam, kot tudi ne raznolikosti znotraj posamezne skupine (Ingleby 2019, 3). Zato smo v raziskavi izhajali iz dejstva, da lahko redko govorimo le o eni obliki ranljivosti in da se pogosteje tvorijo različni prepleti neenakosti in ranljivosti, ki povzročajo različne posledice.

V literaturi najdemo različne izraze, ki na različne načine, na osnovi različnih teoretskih izhodišč opisujejo dejstvo, da součinkovanje različnih silnic proizvaja kompleksne slike izključenosti prebivalstva. Nekateri koncepti, ki jih uporabljajo raziskovalci različnih znanstvenih ved v Sloveniji, so: kompleksne neenakosti (Mladenović 2016), kompleksne potrebe (Kvaternik in Grebenc 2008), preseki odvečnosti (Razpotnik 2004), intersekcij-ska diskriminacija (Kuhar 2009) in podobno. Opaziti je, da se raziskovalci na različnih področjih zavedajo součinkovanja in prepletenosti izključenosti, a pri tem uporabljajo različne konceptualizacije, ki opisujejo to kompleksnost.

Po ameriški sociologinji Leslie McCall obstajajo trije odnosi pri raziskovanju intersekcij-skosti oziroma presečnosti (angl. *intersectionality*): antikategorična, intrakategorična in interkategorična kompleksnost (McCall 2005, 1773–1774). Prvi pristop radikalno podvo-mi v obstoj družbenih skupin – za naše potrebe lahko rečemo »ranljivih skupin« – saj jih razume kot konstrukt, ki preveč poenostavlja nereduktibilno kompleksnost družbene-ga sveta. Drugi pristop operira z družbenimi skupinami, a pokaže na njihovo notranjo nehomogenost s primeri, ki prečijo meje več skupin naenkrat. Tretji pristop pa pojem družbene skupine uporablja strateško, da bi pokazal na neenaka razmerja med njimi.

Če s pomočjo te sheme pomislimo na izsledke terenske raziskave projekta *MoST*, lahko rečemo, da smo se premikali med drugim in prvim pristopom. To pomeni, da smo intra-kategorično kompleksnost na terenu najprej opazili zaradi izrazite raznolikosti skupin, ki jim navadno pripisujejo veliko homogenost in o njih govorijo kot o »ranljivi skupini« (kot so »brezdomci«, »starejši«, »nezaposleni« in podobno). Zaradi tega smo bili zadržani do uporabe izraza »ranljive skupine« oziroma kakršnihkoli izrazov, ki so implicirali homogenost določene skupine. Obenem pa smo bili skladno z omenjenim pristopom antikategorične kompleksnosti, zadržani tudi do vnaprejšnje kategorizacije v skupine. Ta se je odražala tudi v metodološkem smislu, saj se nismo usmerili v raziskovanje dolo-čene skupine in teh v intervjujih tudi nismo vnaprej opredelili, so nas pa zanimale oblike ranljivosti, ki so jih sogovorniki izražali predvsem v odnosu do ovir, ki jih imajo različne osebe, tako v samem zdravstvu kot v dostopu do zdravstvenih in drugih institucij.

Onkraj razumevanja družbe in kulture kot spremenljivk

Ker je neenakost relacijski družbeni koncept (in je torej odvisna od odnosov v družbi), obenem pa privzema različne oblike, jo je možno raziskovati skozi različne pristope. Tako lahko, če poenostavimo, rečemo, da se del javnozdravstvene literature loteva enačbe med zdravjem in neenakostmi pri zdravstvenih kazalnikih, ki jih nato »križa« s socioekonomskimi spremenljivkami (tako imenovanimi družbenimi determinantami zdravja). Za medicinske in zdravstvene intervencije je koncept družbenih determinant zdravja pomenil nadgradnjo razumevanja, da na zdravje vplivajo le biološki vidiki in načini zagotavljanja zdravstvene oskrbe (Fee in Gonzalez 2017, 149, v Sloveniji glej predvsem Buzeti in drugi 2011; Lesnik in drugi 2018). Kljub temu pa so te raziskave neenakosti v zdravju navadno statistične in iščejo predvsem povezave med zdravstvenimi kazalniki in socialno-ekonomskimi determinantami ter le redko vključujejo širše družbene procese.

Z antropološkega zornega kota lahko opozorimo na dvoje. Prvič, študije neenakosti v zdravju socialno-ekonomske dejavnike pogosto predstavljajo kot izolirane spremenljivke oziroma kot spremenljivke, ki jih je moč izolirati od drugih (Lipovec Čebren 2019, 39). Zapleteno dinamiko družbenih in kulturnih razmerij torej operacionalizirajo tako, da iz nje izberejo določen fenomen in ga obravnavajo kot spremenljivko, kot »faktor«, ki vpliva na določen zdravstveni kazalnik. Drugič, podatki statističnih študij neenakosti v zdravju sicer razkrijejo pomembne korelacije med zdravstvenimi kazalniki (na primer obolevnostjo za srčno žilnimi boleznimi) in družbenimi dejavniki (na primer stopnjo izobrazbe), vendar pogosto ostanejo na ravni opisovanja teh povezav brez sinteze, ki bi to korelacijo pojasnjevala. Brez razumevanja, kako natančno ta korelacija v določenem kontekstu nastane, izgubimo ključna izhodišča za načrtovanje javnozdravstvenih ukrepov, saj lahko spregledamo marsikateri družbeni proces, ki vpliva na zdravje. To lahko ponazorimo na primeru izobrazbe kot spremenljivke, ki vpliva na zdravje: v zadnjih desetletjih se povečuje delež visoko izobraženih prebivalcev Slovenije, vendar pa se visoka izobrazba zaradi naraščajočega deleža prekarnih (negotovih) zaposlitev ne sklada nujno z boljšo finančno situacijo teh prebivalcev. Oba družbena procesa (povečevanje števila visoko izobraženih oseb in povečevanje števila prekarnih zaposlitev) lahko pomembno vplivata na razumevanje neenakosti v družbi, še posebej, če naš namen ni zgolj njeno merjenje, temveč zmanjševanje njenega negativnega vpliva na zdravje.

Kot smo že zapisali, medicinskoantropološki pristopi poudarjajo družbeno in kulturno konstrukcijo zdravja, bolezni in zdravljenja ter opozarjajo, da pride pri tem, ko zvedemo kulturo ali družbo na raven spremenljivk, do prevelikih poenostavitev (Jenkins in Barrett 2004, 4). S tem hkrati tudi preizprašujejo razširjeno prepričanje o univerzalnosti bioloških procesov, za katero se zdi, da nam lahko prikaže ustaljene poti, skozi katere neenakost povzroča biološke učinke. Nujno je namreč, da ne zamešamo vzrokov in posledic (biološke razlike so lahko vzrok ali posledica opazovanih razlik), saj lahko rigidna pojmovanja vzročnosti (kot so običajna pri socialnih determinantah) preveč poenostavijo »zelo kompleksne bio-socialne interakcije med okoljem, kulturo, prehrano in zgodovino« (Vinh-Kim Nguyen in Peschard Karine 2003, 452). Ker pa antropološki pristopi vsako znanstveno področje razumejo kot svoj kulturni

sistem (in ne kot nevtrarno opisovanje objektivno obstoječih procesov), je obenem potrebno upoštevati, da spremenljivke, ki so vključene v nabor javnozdravstvenih podatkov (oziroma so iz njega izključene) odsevajo odločitve posameznih raziskovalcev, katerih presojo pogosto vodijo prevladujoče teorije o vzrokih bolezni. Te teorije pa se večinoma skladajo s prevladujočimi političnimi, ekonomskimi in ideološkimi prepričanji v dani družbi (Krieger 1992).

Vse omenjeno je potrebno upoštevati zlasti takrat, kadar naš namen ni le raziskovanje ranljivosti in neenakosti v družbi, temveč želimo na podlagi zbranih podatkov razviti nove javnozdravstvene ukrepe s ciljem zmanjševanja neenakosti v zdravju. Če pri tem zanemarimo kompleksne družbeno-kulturne mehanizme, ki neenakost povzročajo, lahko ti ukrepi zgrešijo zaznan problem ali ciljano skupino in zato ne dosežejo svojega namena. Na to opozarja tudi Tanja Kamin, ki je zapisala, da so »problemi v zdravstvenem varstvu konstruirani kot popolnoma odvisni od statističnih izračunov, kar konotira, da problemov, ki jih zdravstvena statistika ne identificira, ni« (Kamin 2006, 76). Podobno izpostavlja Merrill Singer (1994), ki trdi, da je različne zdravstvene probleme nujno razumeti znotraj širšega zdravstvenega in družbenega konteksta, iz katerega so pogosto iztrgani zaradi namena javnozdravstvenih analiz in ukrepov. Po njegovih besedah odsotnost kontekstualne analize javnozdravstvenih problemov prispeva k vzpostavitvi kategorij, ki niso zares povezane z dejanskimi družbenimi identitetami tistih oseb, ki so prepoznane kot »ranljive« (Singer 1994, 931).

Kategorije, ustvarjene brez razumevanja širšega družbenega konteksta, zato pogosto zakrivajo družbeno in ekonomsko pogojenost zdravstvenih težav, saj statistične analize denimo zbirajo podatke kot so starost, spol in izobrazba, ne pa podatkov, kot so lastništvo stanovanja, razširjenost socialne mreže, dostop do zdravstvenega zavarovanja in podobno. Konceptualna izolacija določene bolezni od širšega okolja ima za učinek epidemiološko konstrukcijo pojmov, kot so »tvegano vedenje«, ki so postali glavni fokus javnozdravstvenih naporov, na ta način pa popolnoma izključujejo številne dejavnike kot so, na primer, nezdravi delovni ali življenjski pogoji, družbena izolacija ali diskriminacija. S takšnim pristopom izgubimo zavedanje, da se določene bolezni širijo v specifičnih zgodovinskih in družbeno-političnih kontekstih, kar ima lahko negativne posledice za javnozdravstvene ukrepe, kot je na primer zgrešeno razumevanje, kdo je zaradi določene bolezni ogrožen in zakaj ali osredotočanje javnozdravstvenih ukrepov na napačne skupine prebivalcev oziroma marginalizacija določenih skupin, ki jih obstoječe definicije ranljivosti ne zajamejo (Singer 1994, 937–941).

V raziskavi projekta *MoST* smo se zato enačbe lotili z druge strani, torej z zavedanjem, da neenakost v zdravju najbolj prizadene ravno dele populacije, ki imajo neenak dostop do drugih družbenih virov in da zato ranljivosti v zdravju ne moremo ločiti od drugih dimenzij človekovega življenja (Lipovec Čebren in drugi 2016, 15). Raziskovalci so z odhodom na teren v različna lokalna okolja dobili kontekstualiziran vpogled v specifične problematike, s katerimi se te skupnosti srečujejo, obenem pa so preko intervjujev s predstavniki institucij in nevladnih organizacij z različnih področij pridobili vpogled v isto problematiko z več zornih kotov. Poleg tega pa so v svoje raziskovanje vključili tudi

osebe, ki so jih različni sogovorniki izpostavili kot »ranljive« in na ta način ugotavljali, kakšno je njihovo razumevanje lastnega položaja. Pri načrtovanju raziskave in pri analizi izsledkov smo tako poskušali vnesti kar največ kontekstualnega razumevanja različnih družbenih fenomenov, ki jih nismo želeli zvajati na spremenljivke.

Osredotočenost na ovire v dostopu do zdravstvenih ustanov in znotraj njih

Upoštevajoč vse zapisano se pri antropološkem razumevanju ranljivosti in neenakosti v zdravju odpre cela paleta možnih vstopov v raziskovalni proces, zato smo pri načrtovanju in izvedbi raziskave projekta *MoST* morali vseeno zožiti njen fokus. Tako smo se, med drugim, osredotočili na ranljivosti izhajajoče iz neenakega dostopa do zdravstvenih ustanov in neenake obravnave v teh ustanovah, ki so posledica številnih ovir na različnih področjih. Pri tem smo se delno opirali tudi na definicije ranljivosti, ki smo jih povzeli na drugih mestih (glej Pahor in drugi 2018, 30–33). Kot je bilo že omenjeno, smo ranljivost razumeli kot relacijsko kategorijo, obenem pa tudi kot proces, ki se spreminja od ene do druge osebe, se razlikuje v različnih življenjskih obdobjih in v različnih okoliščinah, ob čemer se pri eni osebi lahko kombinirajo številne oblike ranljivosti.

Vprašanja v zvezi z dostopom do zdravstvene oskrbe in različnimi ovirami, ki to dostopnost pogojujejo, so bila tako med ključnimi vodili terenske raziskave projekta *MoST*. Kot lahko beremo v javnozdravstveni literaturi, je najpomembnejši vidik neenakosti v zdravju, poleg neenakosti v socialnih in ekonomskih razmerah, prav neenakost v dostopnosti do sistema zdravstvenega varstva (Zaletel-Kragelj, Eržen in Premik 2011, 86). Zdravstvene storitve so na eni strani neenakomerno dostopne, na drugi strani pa jih ljudje neenako uporabljamo (Buzeti in drugi 2011, 63). V raziskavi smo se tema dvema vidikoma, torej neenakomerni dostopnosti in neenaki uporabi storitev, sicer posvetili v precejšnji meri, vendar smo jih vključili v delitev ovir, kot smo jo vzpostavili v preteklih raziskavah, in sicer smo ločili ovire v dostopu do zdravstvenih ustanov in ovire znotraj njih (Lipovec Čebtron in drugi 2016, 18–24).

Osredotočenost na ovire v dostopu do zdravstvenih ustanov in znotraj njih se je izkazala za smiselno iz različnih razlogov. Prvič zato, ker te ovire niso omejene le na zdravstvo, temveč prečijo različna področja življenja v lokalni skupnosti. Drugič, ovire v dostopu do zdravstva razkrivajo številne družbene procese in mehanizme, ki vplivajo na stopnjevanje neenakosti in ranljivosti prebivalcev v vseh (ne le zdravstvenih) vidikih njihovega življenja. Tretjič, z osredotočanjem na ovire se oddaljimo od problematičnega kategoriziranja posameznikov v družbene skupine in s tem njihovega označevanja. In četrtič, pomembna prednost osredinjenja na ovire je to, da odpre možnost analize odnosa med osebo oziroma skupino prebivalstva in določeno službo. To pomeni, da tematiziramo dostopnost do služb, torej vstopamo v razpravljanje in neizogibno tudi vrednotenje obstoječih zdravstvenih in drugih politik ter organizacije zdravstvenih in drugih služb. Lahko bi rekli tudi, da je posvečanje oviram pomembno zato, ker je obstoj ovir posledica načina organiziranosti družbe: »Več kot je v njej ovir, ki preprečujejo prebivalcem organizirati svoje življenje in izboljševati kakovost svojega življenja, večji bo obseg

intervencij, ki jih bo morala skupnost izvesti za odpravljanje posledic« (Flaker in drugi 2008, 27). S fokusom na ovire smo se tako skušali izogniti temu, da bi se v terenski raziskavi osredinjali izključno na značilnosti »ranljivih oseb« ali »ranljivih skupin« in s tem zanemarili širše kompleksne in dinamične vzroke ranljivosti in neenakosti. S tem pa smo segli na področje, ki nam pri načrtovanju javnozdravstvenih intervencij omogoča premislek ne le o na posameznika osredotočenih ukrepih, temveč tudi o morebitni reorganizaciji služb in s tem prevzemanju širše družbene odgovornosti za vpliv ranljivosti in neenakosti na zdravje.

Zaključek

V tem prispevku smo predstavili osnovna vodila, s pomočjo katerih smo zasnovali izhodišča za terensko raziskavo projekta *MoST*. Kot bodo pokazala še druga poglavja te monografije smo vseskozi izhajali iz zavedanja, da moramo, če želimo raziskovati, predvsem pa odpravljati neenakosti in ranljivosti v zdravju, usmeriti pogled v družbo, in to od njenih mikro pa do makro ravni, torej vse od življenjskih svetov vsakega posameznika pa do širokih družbeno-ekonomskih in političnih procesov. Začeti pa je treba tam, kjer ljudje ranljivosti in neenakosti izkusijo na lastni koži – na terenu.

Naša terenska raziskava, kot bomo podrobneje predstavili v naslednjem poglavju (*Metodologija in potek raziskave o ranljivosti in neenakosti v zdravju v lokalnih okoljih*), predstavlja relativno novost v javnozdravstvenih raziskavah ranljivosti in neenakosti v zdravju v Sloveniji. Sklenemo lahko, da teoretična razumevanja dajejo horizont metodološkimi pristopom, izsledki raziskav pa dajejo smer razvijanju ukrepov za zmanjševanje ranljivosti in neenakosti. Vektorskih sil v tej shemi med teorijo, metodami raziskovanja in aplikativno uporabo raziskovalnih izsledkov je vsekakor več, želimo pa poudariti, da je tudi na področju javnega zdravja možnih več teoretskih in metodoloških pristopov, saj le tako zagotovimo tudi množico različnih pristopov k zmanjševanju neenakosti. S tem se izognemo učinku, ki naj bi ga Mark Twain nekoč opisal takole: če je kladivo edino orodje, ki ga imamo na voljo, so vsi problemi podobni žebeljem.

Literatura

Buzeti, Tatjana, Mojca Blenkuš Gabrijelčič, Mojca Gruntar, Marjan Ivanuša, Janja Pečar, Sonja Tomšič, Polonca Truden Dobrin in Brigita Vrabič Kek, ur. 2011. Neenakosti v zdravju v Sloveniji. Ljubljana: NIJZ.

Baker, Elizabeth A., Marilyn M. Metzger in Sandro Galea. 2005. Addressing Social Determinants of Health Inequities: Learning From Doing. *American Journal of Public Health* 95, 553–555. Pridobljeno 16. septembra 2020. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2005.061812>.

Bartley, Mel, Jane Ferrie in Scott M. Montgomery. 2006. Health and labour market disadvantage: unemployment, non-employment, and job insecurity. V *Social Determinants of Health*, ur. Michael Marmot in Richard G. Wilkinson, 78–96. Oxford in New York: Oxford University Press.

Farmer, Paul. 1992. *AIDS and Accusations: Haiti and the Geography of Blame*. Berkley, Los Angeles: University of California Press.

Farmer, Paul. 2003. *Pathologies of Power*. Berkley, Los Angeles: University of California Press.

Fassin, Didier. 1996. *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*. Paris: PUF.

Fassin, Didier. 2004. Public health as culture. The social construction of the childhood lead poisoning epidemic in France. *British Medical Bulletin*, 69: 167–177.

Dixon Woods, Mary, Deborah Kirk, Shona Agarwal, Ellen Annandale, Tony Arthur, Janet Harvey, Ronald Hsu, Savita Katbamna, Richard Olsen, Lucy Smith, Richard Riley in Alex Sutton. 2005. Vulnerable groups and access to health care: a critical interpretive review. London: National Coordinating Centre for the Service Delivery and Organisation (NCCSDO). Pridobljeno 9. oktobra 2020. http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_FR_08-1210-025_V01.pdf.

Fee, Elizabeth in Ana Rita Gonzalez. 2017. The History of Health Equity: Concept and Vision. *Diversity and Equality in Health and Care* 14 (3): 148–152.

Flaker, Vito, Jana Mali, Tadeja Kodele, Vera Grebenc, Jelka Škerjanc in Mojca Urek. 2008. *Dolgotrajna oskrba: Očrt potreb in odgovorov nanje*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Gabrijelčič Blenkuš, Mojca, ur. 2017. Perspektive: Krhkost. *Revija Javno zdravje* 1 (1): 92–127.

Grabovschi, Cristina, Christine Loignon in Martin Fortin. 2013. Mapping the concept of vulnerability related to healthcare disparities: a scoping review. *BMC Health Services Research* 2013, 13: 94.

Holtz, Timothy H., Seth M. Holmes, Scott Stonington in Leon Eisenberg. 2006. Health is Still Social: Contemporary Examples in the Age of the Genome. *PloS Medicine* 3 (10): 1663–1666.

Ingleby, David. 2019. Health Equity: where have we got to now? Meeting on Evaluating equity in health care: regional and international experiences. Bologna, 20. maj 2019.

Jenkins, Janis Hunter in Robert John Barrett. 2004. 'Introduction.' V: *Schizophrenia, Culture, and Subjectivity. The Edge of Experience*, ur. Janis Hunter Jenkins in Robert John Barrett, 1–25. Cambridge, New York, Melbourne, Madrid, Cape Town, Singapore, São Paulo: Cambridge University Press.

Kamin, Tanja in Blanka Tivadar. 2004. Mora biti dober državljani tudi zdrav? *Javnost* 11: 561–574.

Kamin, Tanja. 2006. *Zdravje na barikadah: dileme promocije zdravja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, Založba FDV.

Krieger, Nancy. 1992. The Making of Public Health Data: Paradigms, Politics, and Policy. *Journal of Public Health Policy*. 13 (4): 412–427.

Kuhar, Roman. 2009. Na križiščih diskriminacije: Večplastna in intersekcijska diskriminacija. Ljubljana: Mirovni inštitut.

Kvaternik, Ines in Vera Grebenc. 2008. Vrzeli med medicino in socialnim delom: primer »dvojnih diagnoz«. *Teorija in praksa* 45 (1–2): 129–143.

Lesnik, Tina, Mojca Gabrijelčič Blenkuš, Ada Hočevar Grom, Tatjana Kofol Bric in Metka Zaletel. 2018. *Neenakosti v zdravju v Sloveniji v času ekonomske krize*. Ljubljana: NIJZ.

Lipovec Čebren, Uršula, Marjeta Keršič-Svetel in Sara Pistotnik. 2016. Zdravstveno marginalizirane - "ranljive" skupine: ovire v dostopu do sistema zdravstvenega varstva in v njem.' V *Ocena potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle: ključni izsledki kvalitativnih raziskav in stališča strokovnih delovnih skupin*, ur. Jerneja Farkaš-Lainščak, 14–25. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Lipovec Čebren, Uršula. 2019. Antropologija in javno zdravje: izkušnje razhajanja, poskusi približevanja. *Etnolog* 29: 35–55.

Lock, Margaret. 2003. Accounting for Disease and Distress: Morals of the Normal and Abnormal. V: *The Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, ur. Gary L. Albrecht, Ray Fitzpatrick in Susan C. Schimshaw, 259–276. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications.

McCall, Leslie. 2005. The Complexity of Intersectionality. *Signs* 30 (3): 1771–1800.

Marmot, Michael. 2006. Health in an unequal world. *Lancet* 368: 2081–2094.

Marmot, Michael in Richard G. Wilkinson, ur. 2006. *Social Determinants of Health*. Oxford in New York: Oxford University Press.

Mladenović, Ana. 2016. Pomen intersekcionalnega pristopa pri obravnavi kompleksnih neenakosti. *Šolsko polje* 27(5–6): 95–116.

Nguyen, Vinh-Kim in Karine Peschard. 2003. Anthropology, Inequality, and Disease: A Review. *Annual Review of Anthropology* 32: 447–474. Pridobljeno 16. oktobra 2020. <https://doi.org/10.1146/annurev.anthro.32.061002.093412>.

Pahor, Majda, Milan Krek, Juš Škraban in Denis Oprešnik. 2018. Skupnost kot življenjsko okolje ljudi. V: Zdrava skupnost: Priročnik za razvoj skupnostnega pristopa k zdravju, ur. Majda Pahor, 13–39. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Razpotnik, Špela. 2004. Preseki odvečnosti: nevidne identitete mladih priseljenc v družbi tranzicijskih vic. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.

Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdrava«. Uradni list RS, št. 25/16. Pridobljeno 16. oktobra 2020. <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/O-ministrstvu/198ae56ddc/SKUPAJ-ZA-DRUZBO-ZDRAVJA-Resolucija-o-nacionalnem-planu-zdravstvenega-varstva-2016-2025-v2.pdf>.

Reutter, Linda in Kaysi Eastlick Kushner. 2010. Health equity through action on the social determinants of health: taking up the challenge in nursing Nursing Inquiry. (17): 269–280.

Rogers, Ada C. 1997. Vulnerability, health and healthcare. Journal of Advanced Nursing 26: 65–72.

Shaw Mary, Danny Dorling in George Davey Smith. 2006. Poverty, social exclusion, and minorities. V Social Determinants of Health, ur. Michael Marmot in Richard G. Wilkinson, 196–223. Oxford in New York: Oxford University Press.

Scheper-Hughes, Nancy. 1998. Culture, Scarcity, and Maternal Thinking: Maternal Detachment and Infant Survival in a Brazilian Shantytown. V: Understanding and Applying Medical Anthropology, ur. Peter J. Brown, 375–387. London, Toronto in Mountain View: Mayfield Publishing Company.

Scheper-Hughes, Nancy. 2000. Il sapere incorporato: pensare il corpo attraverso un'antropologia medica critica. V: L'antropologia culturale oggi, ur. Robert Borofsky, 281–295. Roma: Melemi.

Schrippa, Pino in Pietro Vulpiani, ur. 2000. L'ambulatorio del guaritore: Forme e pratiche tra biomedicina e medicine tradizionali in Africa e nelle Americhe. Perugia: Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute.

Singer, Merill. 1994. AIDS and the health crisis of the U.S. urban poor; The perspective of critical medical anthropology. Social Science and Medicine. 39 (7): 931–948.

Svetovna zdravstvena organizacija. 2002. World health report 2002: Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization. Pridobljeno 19. oktobra 2020. https://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf?ua=1.

Whitehead, Margaret. 1992. The concepts and principles of equity and health. International Journal of Health Services 22 (3): 429–445.

Zaletel-Kragelj, Lijana, Ivan Eržen in Marjan Premik. 2011. Uvod v javno zdravje. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje.

Metodologija in potek raziskave o ranljivosti in neenakosti v zdravju v lokalnih okoljih

Ivanka Huber, Uršula Lipovec Čebren, Denis Oprešnik

Uvod

Raziskava se umešča v precej redke raziskave v javnem zdravju, ki jih na eni strani zaznamuje kvalitativen pristop, na drugi pa velik kvantitativen obseg zbranega materiala. Metodologija pričujoče raziskave je nastajala postopoma: pri njenem snovanju smo izhajali iz predhodnih raziskovalnih aktivnosti, ki so potekale v okviru projekta *Skupaj za zdravje*. Na področju zmanjševanja neenakosti v zdravju je bila takrat med drugim izvedena raziskava o ovirah zdravstveno marginaliziranih (ranljivih) skupin v dostopu do sistema zdravstvenega varstva in znotraj njega (glej Lipovec Čebren in drugi 2016, 14–25). Izsledki raziskave, ki je temeljila na uporabi kvalitativne metodologije, so pokazali, da obstajajo številni ranljivi posamezniki in skupine, ki se srečujejo s kompleksnimi ovirami v dostopu do zdravstva in jih statistične analize ne zaznajo. Prav tako so izsledki takratne raziskave pokazali, da moramo poglobljeno, kontinuirano in sistematično raziskovati ovire pri dostopu do sistema zdravstvenega varstva in v njem ter analizirati širše družbene okoliščine, ki posamezne osebe oziroma skupine postavljajo v ranljiv položaj in tako otežijo oziroma onemogočijo dostop do celovite in kakovostne zdravstvene ter socialne oskrbe.

Na podlagi teh ugotovitev smo raziskavo projekta *MoST*, z naslovom *Analiza ranljivosti in neenakosti v zdravju v lokalnih skupnostih*, osnovali na uporabi kvalitativne metode polstrukturiranega intervjuja (glej Bernard 2011; Muršič 2011), z neposredno udeležbo raziskovalcev v raziskovanih okoljih. Takšna oblika raziskovanja je omogočila poglobljeno proučevanje okoliščin, ki prispevajo k ranljivostim in neenakostim v zdravju in hkrati omogočila osebam, ki se na terenu vsakodnevno soočajo z njimi, vključno s tistimi, ki se sami nahajajo v ranljivem položaju, da se njihovi pogledi in izkušnje v zvezi z dano problematiko neposredno odrazijo v analizi. Terensko raziskovanje je poleg izvedbe intervjujev potekalo tudi preko opazovanja z udeležbo: raziskovalci so se čim bolj spoznali z lokalnim okoljem in sodelovali v različnih aktivnostih, ki so v času raziskovanja v njem potekale. Tako so poleg polstrukturiranih intervjujev informacije zbirali tudi preko raznolikih in manj formalnih stikov s prebivalci, kar jim je dalo vpogled v vsakdanjo dinamiko življenja v danem okolju v različne družbene vidike tega okolja (oblike organiziranosti skupnosti, tipi in velikost naselbin, prisotnost ustanov in razmerja med njimi in podobno). Na ta način so raziskovalci lahko pridobili poglobljene informacije, ki jih z drugačnimi oblikami raziskovanja (kot so intervjuji preko telefona ali spleta) ne bi bilo mogoče zajeti.

Kvalitativno raziskavo o ranljivostih in neenakostih v zdravju smo med aprilom 2018 in avgustom 2019, v 25 okoljih (Slika 1) v Sloveniji, izvedli sodelavci Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ) v sodelovanju z Oddelkom za etnologijo in kulturno antropologijo.

jo Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani (v nadaljevanju OEIKA). Terenski del raziskave je v lokalnih okoljih izvajalo 34 raziskovalcev, in sicer antropologi z diplomo oziroma magisterijem iz etnologije in kulturne antropologije ter magistrski študenti OEIKA pod mentorstvom sodelavcev Nacionalnega inštituta za javno zdravje (Ivanke Huber, Juša Škrabana in Denisa Oprešnika) ter Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani (Uršule Lipovec Čebtron in Sare Pistotnik).



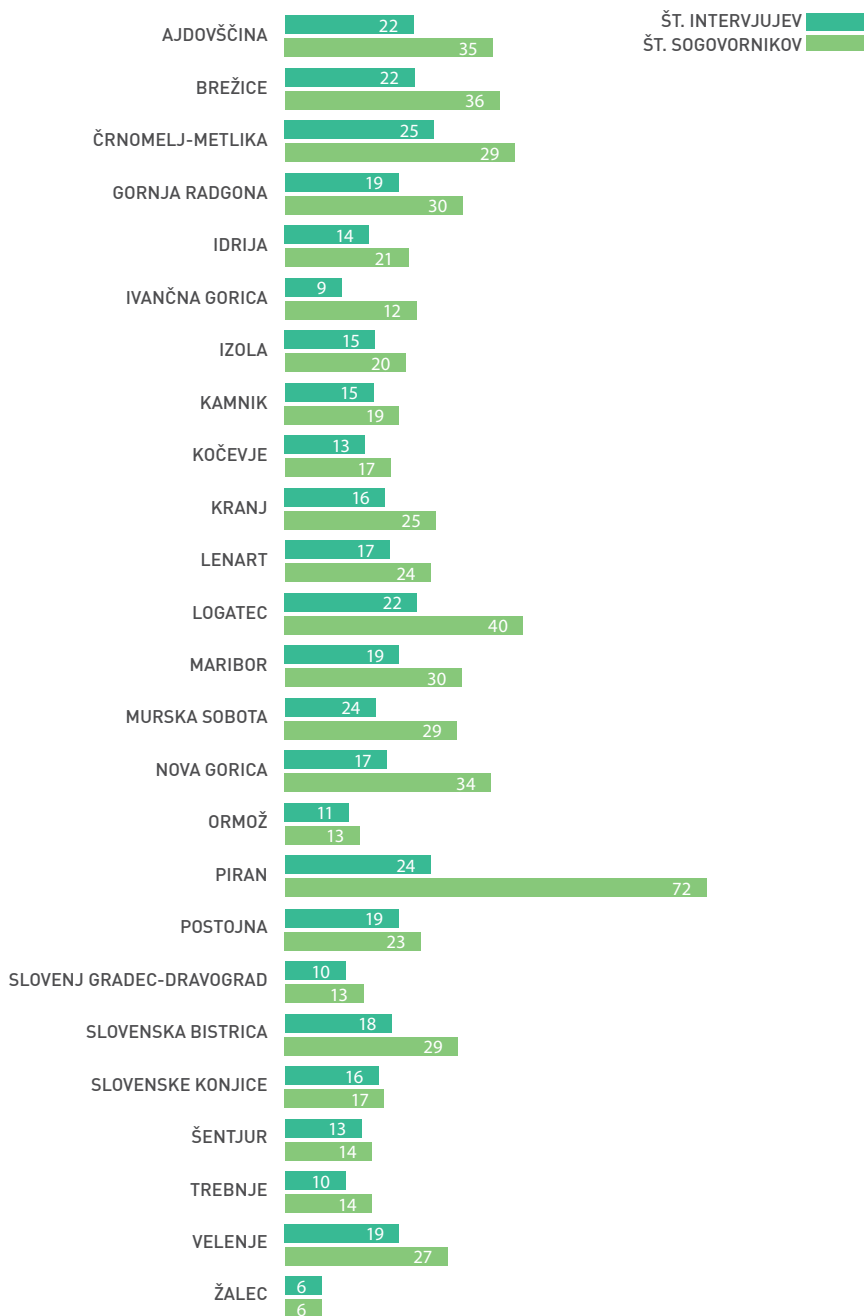
Slika 1. Raziskovana okolja.

Raziskava je potekala v okoljih tistih zdravstvenih domov, ki so bili vključeni v projekt *Nadgradnja in razvoj preventivnih programov ter njihovo izvajanje v primarnem zdravstvenem varstvu in lokalnih skupnostih - Krepitev zdravja za vse* (v nadaljevanju *Krepitev zdravja za vse*) in sicer, kot prikazuje Slika 1, v širšem okolju ZD Ajdovščina, ZD Brežice, ZD Črnomelj in ZD Metlika⁴, ZD Gornja Radgona, ZD Idrija, ZD Ivančna Gorica, ZD Izola, ZD Kamnik, ZD Kočevje, ZD Kranj, ZD Lenart, ZD Logatec, ZD Maribor, ZD Murska Sobota, ZD Nova Gorica, ZD Ormož, ZD Piran, ZD Postojna, ZD Slovenj Gradec in ZD Dravograd, ZD Slovenska Bistrica, ZD Slovenske Konjice, ZD Šentjur, ZD Trebnje, ZD Velenje in ZD Žalec.

V raziskavi je bilo izvedenih 417 polstrukturiranih intervjujev, v katerih je sodelovalo 629 sogovornikov, kar prikazujemo na Sliki 2.

4 Zdravstveni dom Črnomelj in Zdravstveni dom Metlika sta v projektu *Krepitev zdravja za vse* tvorila konzorcij, zato ju pišemo skupaj, čeprav s tem ne sledimo abecednemu vrstnemu redu. Ravno tako sta konzorcij tvorila tudi Zdravstveni dom Slovenj Gradec in Zdravstveni dom Dravograd.

ŠTEVILO INTERVJUJEV IN SOGOVORNIKOV GLEDE NA OKOLJA



Slika 2. Število intervjujev in sogovornikov glede na lokalna okolja.

Kot je razvidno s slike, je bilo število intervjujev in število sogovornikov različno glede na posamezna okolja, in sicer od 6 do 25 intervjujev ter od 6 do 72 sogovornikov. Prav tako raznoliko je bilo tudi število raziskovalcev, od 1 pa do 5 na posamezno okolje.

Sestava raziskovalne skupine in proces dela

Na NIJZ se je oblikovala ožja delovna skupina, ki je vključevala sodelavce NIJZ in OEIKA Filozofske fakultete v Ljubljani. Ožja delovna skupina je pripravila načrt raziskave, sestavila skupino raziskovalcev, razvila metodološko gradivo^[5], informirala sodelavce na NIJZ o poteku raziskave in vzpostavila sodelovanje s sodelavci na Območnih enotah Nacionalnega inštituta za javno zdravje (OE NIJZ^[6]).

Člani interdisciplinarne delovne skupine smo najprej izbrali in usposobili raziskovalce za terensko delo. Pri izbiri raziskovalcev smo dali prednost tistim, ki so posamezno okolje predhodno poznali in imeli v njem že vzpostavljene stike ter so bili pripravljeni v tem okolju preživeti več časa. Ob tem smo za raziskovalce izbrali zunanje neodvisne sodelavce in ne sodelavce NIJZ, ki bi lahko zaradi svojega položaja ali morebitnih službenih razmerij s sogovorniki posredno vplivali na izsledke raziskave. Za raziskovalce je bilo izvedenih več predavanj, delavnic in sestankov, v katerih so poglobili svoje znanje o terenskih raziskovalnih metodah in raziskovalni etiki ter se seznanili z metodološkimi gradivi, ki smo jih uporabili v raziskavi. Poleg tega so se raziskovalci poglobljeje spoznali z organizacijo zdravstvenega sistema v Sloveniji, s poudarkom na preventivnem zdravstvenem varstvu, ter delovanju in vlogi NIJZ v okviru projekta *Krepitev zdravja za vse*. Hkrati smo vzpostavili sistem mentorstva in podpore raziskovalcem pri terenskem delu v celotnem procesu raziskave ter skrbeli za medsebojno komunikacijo v času raziskovalnega procesa. V ožji delovni skupini smo kontinuirano spremljali posamezne korake raziskave in jih po potrebi prilagodili oziroma nadgradili. Na osnovi celotne evalvacije raziskave in procesov dela pa smo prišli do pomembnih zaključkov glede raziskovalnega procesa, ki jih velja upoštevati pri nadaljnjih raziskavah na tem področju. Ena izmed pomembnih ugotovitev je potreba po longitudinalnem kvalitativnem raziskovanju obravnavane tematike, zato evalvacija ne pomeni zadnje faze, temveč osnovo za nadaljnji raziskovalni proces, kot ga prikazuje Slika 3.

5 Metodološko gradivo je bilo namenjeno vsem raziskovalcem in je vključevalo:

- vprašanja za izvedbo polstrukturiranega intervjuja s podrobnejšo razlago vprašanj in podvprašanj,
- navodila za izvedbo, kodiranje, shranjevanje in preliminarno analizo podatkov,
- obrazec za povzemanje intervjujev po kategorijah vprašanj,
- obrazec za sintezo intervjujev/raziskovalno poročilo posameznega okolja,
- dopise za seznaneitev sogovornikov in sodelavcev v raziskavi o njenem namenu in okoliščinah izvajanja raziskave,
- soglasje o sodelovanju v raziskavi za sogovornike, s katerimi je bil opravljen intervju.

6 Območnih enot Nacionalnega inštituta za javno zdravje je devet, in sicer OE NIJZ Murska Sobota, OE NIJZ Maribor, OE NIJZ Celje, OE NIJZ Ravne na Koroškem, OE NIJZ Ljubljana, OE NIJZ Novo mesto, OE NIJZ Kranj, OE NIJZ Koper in OE NIJZ Nova Gorica. Sodelavci OE NIJZ že vrsto let delujejo v lokalnih okoljih, poznajo razmere v okolju in zato so lahko prispevali svoj uvid in zaznavanje problematike ranljivosti in neenakosti v zdravju ter pripomogli k uspešnemu vzpostavljanju stikov raziskovalcev s potencialnimi sogovorniki.



Slika 3. Proces dela od načrtovanja raziskave do evalvacije in analize materiala.

Potek raziskovanja

Cilj raziskave je bil ugotavljati ranljivosti in neenakosti v zdravju v lokalnih okoljih, identificirati skupine z ranljivostmi, njihove ovire in potrebe ter prakse premoščanja ovir, kar smo poskušali doseči z metodo polstrukturiranega individualnega ali skupinskega intervjuja ter opazovanja z udeležbo. Ob tem velja izpostaviti, da v raziskavi skupin z ranljivostmi, njihovih ovir in praks premoščanja nismo vnaprej določili, temveč smo želeli, da vsak sogovornik in sogovornica na lasten način ubesedi svoje dožemanje in izkušnje. Zato smo namesto strukturiranega vprašalnika oblikovali raziskovalne teme z odprtimi vprašanji, s katerimi smo sogovornike usmerjali k določenim področjem raziskave ter jih tako spodbudili, da so o ranljivosti in neenakosti spregovorili čim širše in iskreno. S tem, ko smo sogovornikom pustili popolnoma proste roke pri opredeljevanju skupin z ranljivostmi, smo se izognili pasti identificiranja teh skupin kot statičnih in hermetično zaprtih kategorij, ki bi obstajale neodvisno od konteksta, v katerem se vzpostavijo. Glede na to, da se je izraz »ranljive skupine« vseeno pogosto pojavljal v odgovorih naših sogovornikov in je splošno sprejet v javnem diskurzu, ga – kljub zadržkom do tega termina (glej poglavje *Neenakosti in ranljivosti v zdravju: izhodišča za raziskavo*) – mestoma ohranjamo tudi v pričujoči monografiji.

Nadalje so bile raziskovalne teme in vprašanja oblikovana tako, da smo lahko ugotavljali različne individualne in strukturne ovire^[7] ter okoliščine, s katerimi se srečujejo skupine oziroma osebe, ki z njimi prihajajo v stik v okviru svojega dela. Pri tem smo sogovornikom postavili ločeni vprašanja o ovirah, ki zadevajo dostop do sistema zdravstvenega varstva ter ovirah znotraj njega. Posebna podvprašanja so bila vezana na zdravstveno zavarovanje ter ovire, s katerimi se srečujejo osebe, ki nimajo slovenskega državljanstva in tujejezični prebivalci. Zadnji sklop vprašanj je bil namenjen ugotavljanju struktur, procesov in lokalnih praks, ki so namenjene premoščanju zaznanih ovir. Lokalna okolja namreč ne prepoznavajo zgolj ovir, ampak istočasno tudi že razvijajo rešitve. Te so lahko prisotne na ravni posameznih lokalnih že preizkušenih oziroma »pilotiranih« rešitev, na podlagi katerih je mogoče razviti sistemske rešitve ali pa so sistemske rešitve že uveljavljene/vpeljane.

Raziskava je na terenu potekala v več fazah (Slika 4), po pristopu, ki smo ga v interdisciplinarni delovni skupini poimenovali »metoda lijaka«^[8]. Ta predvideva raziskovanje proučevanega pojava od splošnega k posamičnemu in je primerna za kvalitativno raziskovanje družbenih pojavov večjega obsega in v različnih kontekstih. Metoda lijaka je v našem primeru slonela na implementaciji treh ključnih raziskovalnih faz, pri čemer so bili v prvi fazi vnaprej določeni tisti akterji (največkrat javne institucije), ki zaradi svoje strukturne pozicije in delovanja v lokalnem okolju temeljno zaznamujejo proučevani družbeni pojav, hkrati pa se pojavljajo v praktično vseh okoljih. S pomočjo prve faze, v kateri so bili praviloma opravljeni intervjuji s predstavniki javnih institucij, smo identificirali razsežnost in nianse proučevanega pojava na lokalni ravni, kakor so jih zaznavali predstavniki javnih institucij. Raziskavo smo nadaljevali z drugo fazo, ki je vključevala analizo posameznih pojavnih oblik proučevanega pojava. Ta faza je predvidela identifikacijo akterjev (nevladne organizacije, civilna združenja, društva) na lokalni ravni, ki delujejo na specifičnih področjih ter izvedbo intervjujev z njihovimi predstavniki. Tretja faza je identificirala osebe z ranljivostmi, ki so najbolj neposreden del proučevanega pojava. Z vidika ranljivosti in neenakosti v zdravju se je ta faza nanašala na neposredna izkustva oseb, ki se nahajajo v ranljivem položaju in se soočajo z ovirami pri dostopu do zdravstva. To nam je poleg osebne izkušnje omogočilo tudi preverjanje, ali sistemske definicije in rešitve dejansko ustrezajo dogajanju na terenu. Ker so ranljivosti in neenakosti v zdravju kompleksno in široko področje, ki se izraža v številnih pojavnih oblikah, nam je metoda lijaka omogočila, da na sistematičen način poenotimo raziskovalni postopek, kar je še posebej pomembno v kontekstu sodelovanja velikega števila raziskovalcev, ki izvajajo raziskavo v več okoljih.

7 Strukture ovire se navezujejo na sistemsko in/ali institucionalno raven (zakoni, institucionalna pravila in drugo), s katerimi se sooča posameznik ob stiku z javnimi ustanovami in tudi v vsakdanjem življenju v skupnosti.

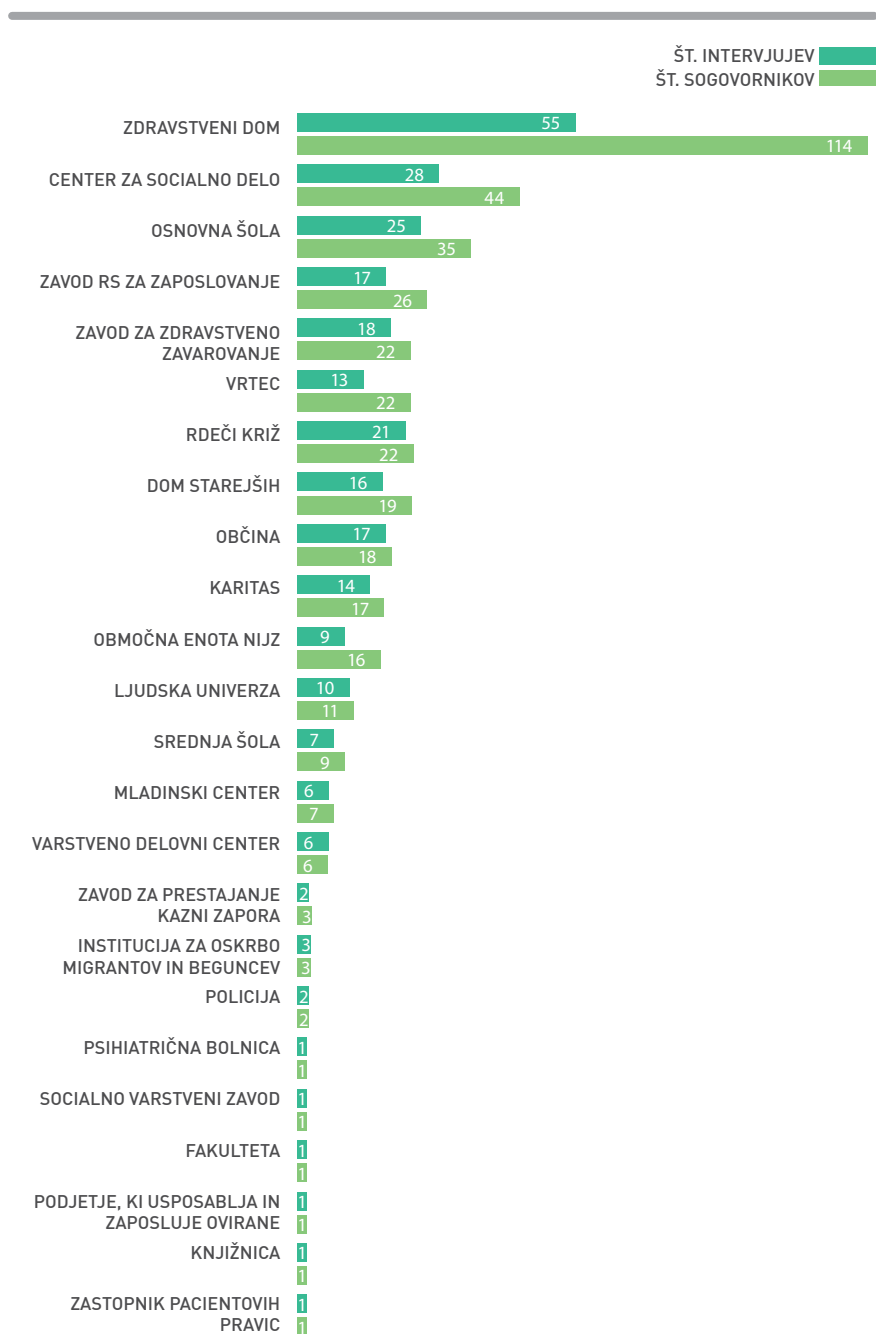
8 To metodo smo izbrali predvsem zaradi količine okolij, v kateri smo opravljali raziskavo. Izbiri metode lijaka je botrovala predvsem potreba po medsebojni primerjavi okolij. Nadalje je bilo za izbiro te metode pomembno dejstvo, da smo v vsa raziskovana okolja vstopali s primarnim namenom identifikacije skupin in pojavov, ki jih lokalna okolja razumejo kot pomembna v povezavi z neenakostmi in ranljivostmi v zdravju. Bržkone bi uporabili drugačen pristop k raziskovanju, če bi bila raziskovalna vprašanja že pred raziskovanjem zožena na posamezne, »ožje« teme (na primer migracije ali dostopnost do zdravstva in podobno).



Slika 4. Proces dela od načrtovanja raziskave do evalvacije in analize materiala.

Raziskava je v praksi potekala tako, da so raziskovalci v prvi fazi ob podpori interdisciplinarne delovne skupine vzpostavili stik s predstavniki posameznih OE NIJZ, ob pomoči katerih so identificirali predstavnike javnih institucij v proučevanem lokalnem okolju in preliminarno ocenili, katere so skupine, ki jih v skupnosti prepoznavajo kot ranljive. V nadaljevanju prve faze so se raziskovalci dogovorili za izvedbo intervjujev, praviloma s predstavniki zdravstvenih domov, centrov za socialno delo, izpostav Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, uradov za delo Zavoda Republike Slovenije za zaposlovanje, osnovnih šol, srednjih šol, vrtcev, ljudskih univerz, Projektnega učenja mladih odraslih - PUMO, mladinskih centrov, Rdečega križa in Karitasa. Ta faza je torej predvidela izvedbo intervjujev s predstavniki javnih institucij in večjih nevladnih organizacij (Rdeči Križ, Karitas), ki se v okviru svojega dela srečujejo z različnimi kategorijami ranljivosti. Hkrati so to tudi ustanove, kjer lahko nastajajo oziroma se udeležujejo sistemske neenakosti, zato smo sogovornike z raziskavo želeli spodbuditi k razmisleku o okoliščinah v njihovih lastnih ustanovah, ki prispevajo k ranljivostim in neenakostim v zdravju. V prvi fazi raziskave je bilo izvedenih 275 intervjujev s 402 sogovorniki. Na Sliki 5, ki prikazuje sodelujoče institucije in število intervjujev ter sogovornikov, lahko vidimo pomembno zastopanost ključnih javnih institucij, ki se pri svojem delovanju srečujejo z osebami z ranljivostmi.

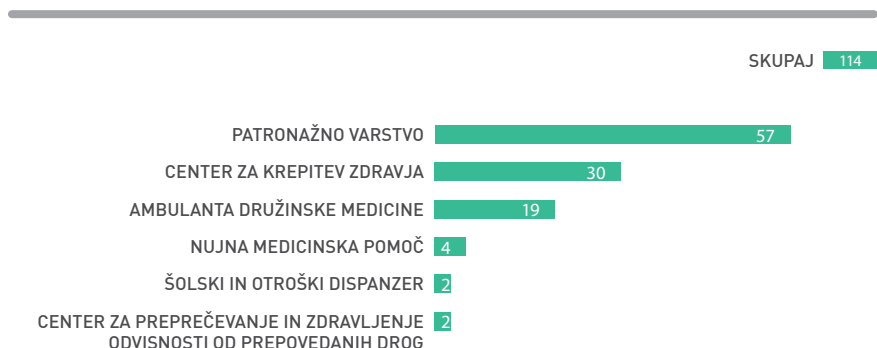
ŠTEVILO INTERVJUJEV IN SOGOVORNIKOV V PRVI FAZI RAZISKAVE



Slika 5. Število intervjujev in sogovornikov v prvi fazi raziskave.

Ker je bila ena od raziskovalnih tem »ovire v dostopu do zdravstva«, je bila vključitev zdravstvenih ustanov v raziskavo neizbežna in nujna. Zanimalo nas je videnje in doje-manje ranljivosti s strani zdravstvenih delavcev, koga vidijo kot skupine z ranljivostmi in katere ovire v dostopu do zdravstva zaznavajo. V raziskavo smo vključili 114 zdravstvenih delavcev z različnih področij dela (Slika 6).

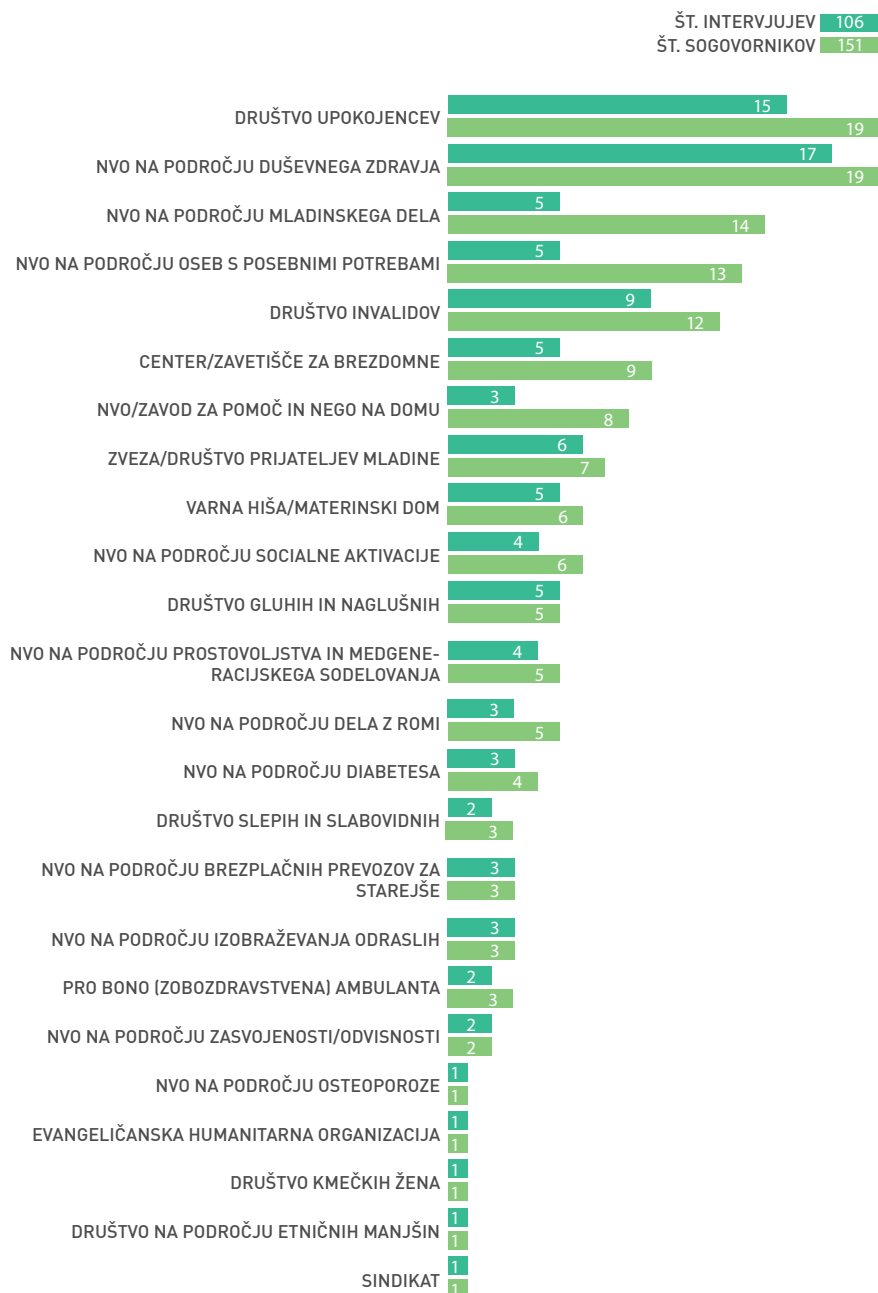
SOGOVORNIKI IZ ZDRAVSTVENIH DOMOV



Slika 6. Sogovorniki iz zdravstvenih domov.

Druga faza raziskave je bila namenjena poglobitvi razumevanja posameznih proučevanih pojavov, in sicer s pomočjo izvedbe intervjujev v nevladnih organizacijah, civilnih združenjih in društvih. Te organizacije in združenja, ki so namenjena socialnemu vključevanju, humanitarnosti ali nudijo različne oblike podpore skupinam in posameznikom, so prikazana na Sliki 7. Pomembno je izpostaviti, da smo pri izbiri sogovornikov dajali prednost osebam, ki se vsakodnevno srečujejo s skupinami in posamezniki z različnimi ranljivostmi v okviru svojih delovnih aktivnosti. V drugi fazi raziskave je bilo skupno izvedenih 106 intervjujev s 151 sogovorniki. Ob tem dodajamo, da se nevladne organizacije, civilna združenja in društva v lokalnem okolju razvijajo glede na zavzetost in potrebe lokalnega okolja, zato posplošitve, ki bi veljale za nacionalno raven tu niso mogoče. Hkrati pa opozarjamo, da raziskava ni imela namena zajeti vseh organizacij in društev v posameznem okolju, temveč zgolj tiste, ki so – zaradi različnih razlogov – imele največ znanja in izkušenj s področjem neenakosti v zdravju.

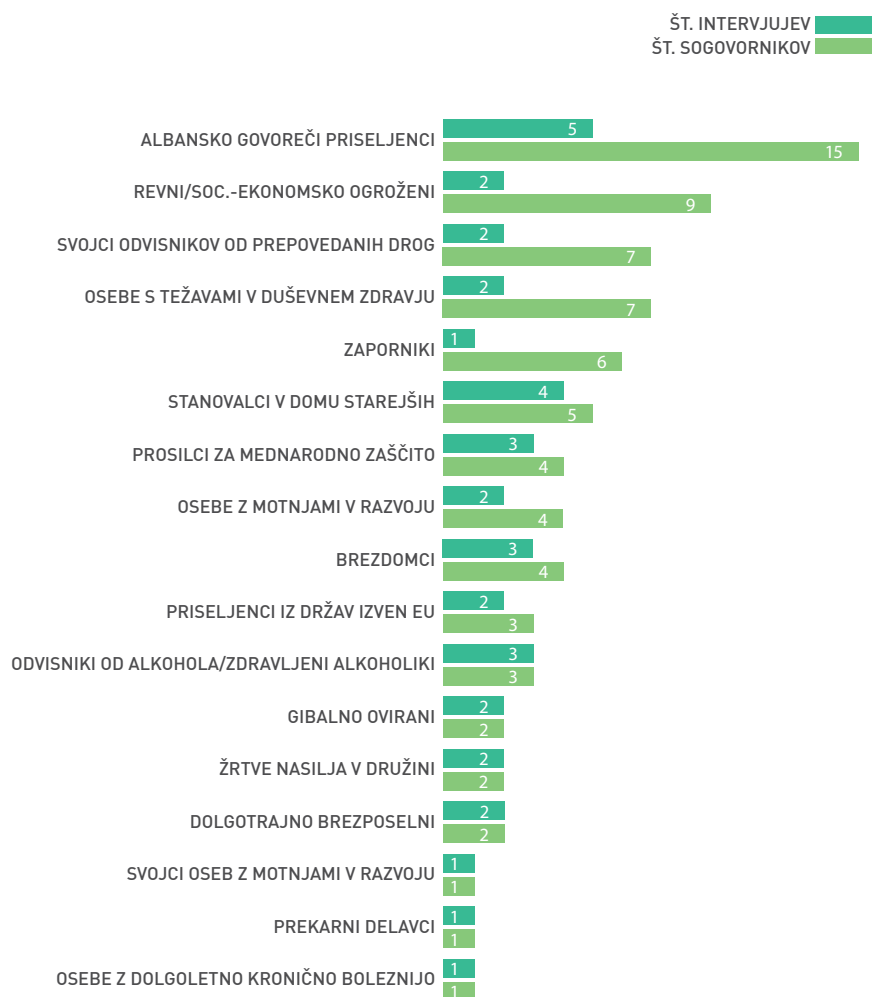
ŠTEVILO INTERVJUJEV IN SOGOVORNIKOV V DRUGI FAZI RAZISKAVE



Slika 7. Število intervjujev in sogovornikov v drugi fazi raziskave.

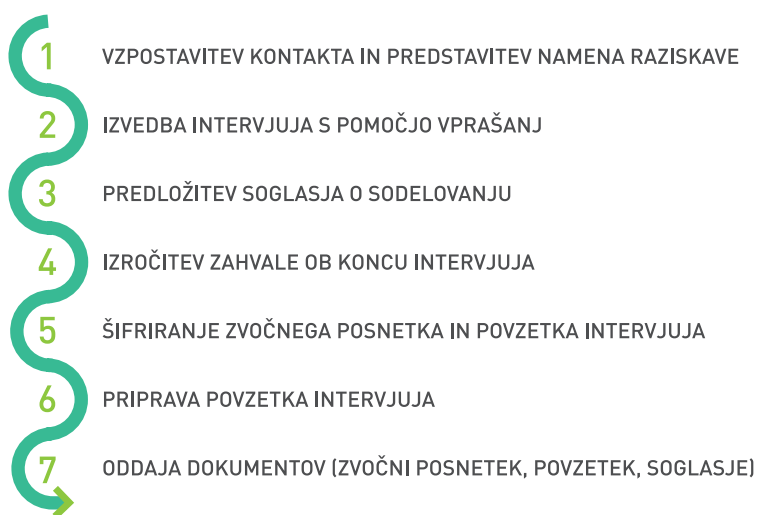
Tretja faza raziskave pa je vključevala intervjuje oziroma pogovore neposredno z osebami z ranljivostmi. Kot kaže Slika 8, je bilo v tej fazi opravljenih 36 intervjujev s 76 sogovorniki (pri razdelkih »svojci osebe z motnjami v razvoju« in »zaporniki« je šlo za skupinski intervju, zato smo število intervjujev v seštevku upoštevali v prvi fazi raziskave). V to fazo je bilo, v primerjavi z drugima dvema, vključenih najmanj oseb, saj je ravno ta faza predstavljala raziskovalcem največji izziv. V prvi vrsti zaradi tega, ker so te osebe praviloma tako družbeno izolirane in marginalizirane, da je dostop do njih otežen, hkrati pa tudi etično vprašljiv. Teme ranljivosti in neenakosti v zdravju so pri sogovornikih namreč pogosto sprožale občutek sramu, nelagodja in krivde, zaradi česar so bili redko pripravljeni odkrito spregovoriti o svojih izkušnjah. Navsezadnje pa je ranljivost »atribut«, ki ga posameznikom in skupinam pripisujemo od zunaj in se z izrazom le redko kdorkoli poistoveti. Zaradi teh okoliščin so raziskovalci v tej fazi iskali mehkejšo oziroma ustreznejše metodološke pristope, v obliki neformalnih pogovorov in nestrukturiranih intervjujev, s čimer so poglobili razumevanje posameznih pojavov in ovir preko poslušanja osebnih zgodb, izkušenj in stisk. Pogosto so tovrstne zgodbe le implicitno prisotne v raziskavi, saj jih zaradi etičnih načel raziskovanja večinoma ni bilo mogoče vključiti v analize raziskave, vključno s pričujočo monografijo. Hkrati pa izkušnje s to fazo raziskave pričajo o tem, da je potrebno biti izredno pazljiv pri uporabi pojma, kakršen je ranljivost, saj je ta lahko popolnoma odtujen od neposrednega izkustva ljudi, na katere se sicer nanaša.

ŠTEVILO INTERVJUJEV IN SOGOVORNIKOV V TRETJI FAZI RAZISKAVE



Slika 8. Število intervjujev in sogovornikov v tretji fazi raziskave.

Postopek izvedbe in analize intervjuja je bil standardiziran in je potekal po naslednjih korakih (Slika 9): 1.) Po vzpostavitvi kontakta je raziskovalec sogovorniku predstavil namen raziskave in 2.) opravil intervju s pomočjo vprašanj o ranljivosti in neenakosti v zdravju v lokalnih skupnostih. 3.) Nato je sogovorniku predložil soglasje o sodelovanju v raziskavi, ki jo je le-ta podpisal, s čimer se mu je zagotovila anonimnost osebnih podatkov⁹. 4.) Ob zaključku intervjuja je raziskovalec sogovorniku izročil zahvalo za sodelovanje v raziskavi, ki je med drugim vključevala kontaktne podatke izvajalcev raziskave ter namen in kontekst raziskave. 5.) Raziskovalec je nadalje ustrezno šifriral intervju (zvočni zapis in povzetek intervjuja sta bila shranjena pod isto šifro, soglasje o sodelovanju pa ločeno in brez šifre, tako ni možno identificirati sogovornika). 6.) Za vsak intervju je raziskovalec pripravil poseben dokument s povzetkom intervjuja. 7.) Raziskovalec je za posamezen intervju oddal ustrezno šifrirane dokumente, in sicer podpisano soglasje o sodelovanju v raziskavi, zvočni posnetek intervjuja ter povzetek intervjuja.



Slika 9. Postopek izvedbe intervjuja.

9 Ker smo predvideli občutljivost podatkov, ki bi lahko posredno škodovali našim sogovornikom, so bili vsi pridobljeni podatki anonimizirani in ustrezno šifrirani.

Metode analize podatkov

Pri analizi podatkov smo se oprli na hermenevitično metodo analize (glej Allwod 1989), ki pomeni interpretacijo podatkov v obliki besedil oziroma izjav v zvezi s predmetom raziskave, s čimer smo si prizadevali razumeti pomene, ki jih sogovorniki pripisujejo proučevanim pojavom. V ožjem smislu je analiza potekala preko kvalitativne vsebinske analize (Flick 2014), ki vključuje identifikacijo in analizo kategorij tematik, ki so se pojavile v posameznih intervjujih. Podatki so bili sprva klasificirani s pomočjo vnaprej pripravljenega obrazca za sistematično povzemanje intervjujev, pri čemer so bile glede na dano okolje najprej navedene skupine z ranljivostmi, ki so bile postavljene v intervjuju ter opisane ovire in prakse premoščanja teh ovir, kot so jih omenjali sogovorniki in sogovornice. Hkrati so bili opisani tudi metodološki vidiki izvedbe posameznih intervjujev. Nadalje so bili podatki preliminarно analizirani s strani raziskovalcev na terenu, ki so pripravili sinteze intervjujev za posamezno raziskovano okolje po standardiziranem postopku.

Da bi bila besedila posameznih sintez raziskav karseda poenotena, so bila za raziskovalce pripravljena navodila za pripravo analiz. Besedila so bila oblikovana po naslednjem postopku: 1.) Pri opredelitvi »ranljivih« skupin ali posameznikov s strani sogovornikov je morala biti razvidna pozicija izjavljanja, torej kako predstavniki različnih ustanov, organizacij oziroma iniciativ opredeljujejo skupine z ranljivostmi. Ob tem je bilo potrebno opozoriti na obstoj razlik pri navajanju in opredeljevanju »ranljivih« skupin s strani predstavnikov različnih ustanov (na primer ZD, CSD, NVO) in opisati načine, na katere se te razlike izražajo. Ob tem je bilo potrebno izpostaviti in opisati, katerim skupinam v posameznih okoljih namenijo poseben poudarek ter opredeliti razlike oziroma nianse v pojmovanjih okoliščin, ki določeno skupino postavljajo v ranljiv položaj. 2.) Pri opisovanju ovir so raziskovalci slednje predstavili po tematskih sklopih, ki so lahko skupni različnim »ranljivim« skupinam in ne v navezavi na posamezno »ranljivo« skupino. Pomembno je bilo čimbolj poglobljeno opisati posamezno oviro oziroma sklop ovir, s predstavitvijo primerov, navajanjem citatov in usmeritvijo na ustrezne (šifrirane) intervjuje, v katerih so ovire podrobneje predstavljene. 3.) Po podobnih principih so raziskovalci podali tudi opise praks naslavljanja ranljivosti, pri čemer je bilo potrebno opredeliti, kako določeno prakso vrednotijo različni akterji, ki so vanjo tako ali drugače vključeni. Analiza naj bi v tem delu vsebovala razmislek, katere ovire oziroma potrebe te prakse naslavlja oziroma česa ne. Opisi so bili opremljeni s citati posameznih sogovornikov. 4.) Pomemben vidik je bilo medsebojno primerjanje intervjujev oziroma informacij, s čimer je dana problematika obravnavana iz različnih vidikov. Na ta način smo želeli poglobiti razumevanje stanja na terenu.

Sistematizirano terensko gradivo je, poleg izpolnjenih povzetkov intervjujev, služilo kot osnova za pripravo podrobnejših analiz v obliki poročil raziskav po posameznih lokalnih okoljih ter pripravo pričujoče monografije.

Diseminacija rezultatov raziskave

Poleg raziskovalnega interesa, ki nas je vodil pri načrtovanju in izvedbi raziskave, so bili izsledki raziskave, pridobljeni na podlagi terenskega materiala, pomembni za oblikovanje in načrtovanje ukrepov, ki bi prispevali k zmanjševanju neenakosti v zdravju. Tako smo na osnovi tega gradiva pripravili analize in predloge za posamezne zdravstvene domove ter lokalne skupine za krepitev zdravja, obenem pa načrtovali prilagojene preventivne programe in delavnice ter podali predloge sistemskih rešitev.

Izsledki raziskav so bili v obdobju od 18. decembra 2018 do 18. decembra 2019 predstavljeni na 21 sestankih strokovnih skupin zdravstvenega doma za preventivo, na 19 sestankih lokalnih skupin za krepitev zdravja in na 13 izvedbah usposabljanja *Razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev*, ki se jih je udeležilo skupno 485 udeležencev. Že ob snovanju raziskave smo namreč sklenili, da bomo ključne izsledke analize terenskega materiala za posamezno okolje predstavili v tem okolju. Pri tem nismo predvideli, da bo to časovno in »geografsko« zahtevna naloga. V enem letu smo tako potovali v številne slovenske kraje, včasih smo izsledke v enem dnevu predstavljali na dveh geografsko oddaljenih lokacijah, kar je bila predvsem posledica velikega zanimanja za izsledke raziskave s strani strokovnih skupin zdravstvenega doma za preventivo in lokalnih skupin za krepitev zdravja. Čeprav so udeleženci predstavitev večinoma dobro poznali lokalno problematiko, so bili pogosto presenečeni nad izsledki raziskave in prikazom ranljivosti, ovir v dostopu do zdravja in drugih oblik pomoči ter praks premoščanja ovir. Zgodilo se je, da so ob že znanih praksah premoščanja, izvedli še za kakšno dotlej njim neznano. Nema lokrat so ob predstavitvi izpostavljali dodatne primere ranljivosti in nekateri tudi obžalovali, da niso sodelovali v raziskavi. Pogosto so izrazili tudi upanje, da bi bile sistemske ali druge rešitve, s katerimi bi premoščali predstavljene ovire, uspešno vpeljane. Lokalne skupine za krepitev zdravja pa so izsledke raziskave vključile v svoje strateške in akcijske načrte skupnosti.

Omejitve in težave pri izvedbi raziskave

Snovalci raziskave (člani interdisciplinarne delovne skupine) smo se že od samega začetka zavedali nekaterih težav in omejitev raziskave. V okviru načrtovanja in izvajanja raziskave smo predvideli nekatere dejavnike, ki otežujejo zagotavljanje reprezentativnosti sogovornikov in pridobljenih podatkov. Spraševali smo se namreč, v kolikšni meri so izbrani sogovorniki resnično seznanjeni z vsemi razsežnostmi preučevanega pojava in v kolikšni meri njihova pričevanja odražajo dejansko stanje. Ob tem smo se zavedali, da pri kvalitativnem načinu raziskovanja, kjer osrednjo metodo pridobivanja podatkov predstavlja polstrukturirani intervju, lahko pride do nečesa, kar Russell Bernard imenuje uslužnostni učinek (*deference effect*). Ta »nastopi takrat, ko nam sogovorniki in sogovornice povedo tisto, kar menijo, da bi mi želeli slišati, in tudi takrat, ko so sogovorniki in sogovornice v skrbeh, da nas ne bi užalili« (Muršič 2011, 98–99).

Podobno smo se zavedali, da na pridobivanje podatkov v obliki polstrukturiranega intervjuja lahko vplivajo tudi nekateri drugi dejavniki. Sogovorniki denimo različno zaznavajo pojave v svojem okolju, so različno motivirani za pogovor in različno ubesedujejo svoje misli (glej Flere 2000, 114). Nenazadnje pa se tudi zelo različno opredeljujejo do predmeta raziskave, torej do pojavov ranljivosti in neenakosti ter do oseb in skupin, na katere se ti pojavi nanašajo. To opredeljevanje pomembno zaznamujejo osebna prepričanja in izkušnje sogovornikov ter družbena razmerja, v katera so vpeti (na primer vloga in položaj v ustanovi, kjer je sogovornik zaposlen).

Opisane ovire smo skušali preseči tako, da smo proučevani pojav obravnavali iz različnih zornih kotov, torej s pomočjo različnih sogovornikov, ki delujejo v različnih ustanovah oziroma so sami tisti, ki se soočajo z ranljivostjo in neenakostjo na področju zdravja. Težave povezane z »uslužnostnim učinkom« smo skušali premostiti z vzpostavitvijo varnega in zaupnega odnosa med raziskovalcem in sogovornikom, hkrati pa smo za terensko delo izbrali raziskovalce, ki so bili zunanji sodelavci in ne sodelavci NIJZ, saj bi te sogovorniki lahko predhodno poznali oziroma z njimi celo službeno sodelovali. Pri analizi in sintezi podatkov smo ob tem vzdrževali jasno ločnico med dikcijo raziskovalca (ter pisca, ki analizira material) in sogovornika, ki izraža svoje mnenje. V ta namen smo proces izvedbe raziskave skrbno načrtovali, usposobili in mentorirali raziskovalce ter z njimi kontinuirano komunicirali.

Za konec tega poglavja naj zapišemo, da je bila raziskava zasnovana tako, da je identificirala širok spekter skupin z ranljivostmi in dejavnikov, ki prispevajo k ranljivostim in neenakostim v zdravju. Zaradi te široke usmeritve raziskave nekaterih pojavov in ovir ni bilo mogoče bolj poglobljeno analizirati. Na to je vplival tudi omejen časovni okvir raziskave (april 2018–avgust 2019), zaradi česar ni bilo mogoče spremljati procesov in sprememb na ravni posameznih okolij skozi daljše časovno obdobje. Zato raziskovalci opozarjamo, da je izvedena raziskava zgolj izhodišče za nadaljnja bolj poglobljena, kontinuirana in ožje usmerjena raziskovalna prizadevanja.

Literatura

Allwod, Carl Martin. 1989. Hermeneutics and Interpretation in Anthropology. *Cultural Dynamics* 2 (3): 304–322.

Bernard, H. Russell. 2011. *Research Methods in Anthropology: Qualitative and Quantitative Approaches*. Fifth edition. Lanhan, New York, Toronto and Plymouth, UK: Altamira press.

Flere, Sergej. 2000. *Sociološka metodologija: temelji družboslovnega raziskovanja*. Maribor: Pedagoška fakulteta

Flick, Uwe ur. 2014. *The SAGE handbook of qualitative data analysis*. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore and Washington DC: SAGE.

Lipovec Čebren, Uršula, Marjeta Keršič-Svetel in Sara Pistotnik. 2016. Zdravstveno marginalizirane - "ranljive" skupine: ovire v dostopu do sistema zdravstvenega varstva in v njem.' V *Ocena potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle: ključni izsledki kvalitativnih raziskav in stališča strokovnih delovnih skupin*, ur. Jerneja Farkaš-Lainščak, 14–25. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Muršič, Rajko. 2011. *Metodologija preučevanja načinov življenja. Temelji raziskovalnega dela v etnologiji ter socialni in kulturni antropologiji*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete.

Skupine z ranljivostmi v lokalnih okoljih

Ivanka Huber

Uvod

*»Bi pa res rekla, da se mi kar zelo problem zdi za družine, ki so ... ki še ni tok starejših, imajo še recimo šoloobvezne ali pa celo manjše otroke, ali pa redne šolce, še študente, pa oba starša brez službe. Meni se zdi, da je tam, zelo veliko revščine no. /.../ Ampak problem je, mogoče z vidika patronaže to, da če nimaš ti v taki družini mogoče enega dojenčka, ali pa nekoga, ki je bolan, da ga moraš obiskovat, patronaža do takih družin ne pride«
(zdravstvena delavka).*

Uvodni citat na eni strani razkriva ranljivosti, ki so posledica brezposelnosti, na drugi strani pa ovire v dostopu do zdravstva ter nas s tem povede do tematik, ki se jim posvečamo v tem poglavju. Tako se najprej posvetimo skupinam z ranljivostmi ter razmišljamo o urbanem in ruralnem okolju, ki lahko vplivata na pojav ranljivosti. Nato se dotaknemo ovir pri dostopu do zdravstvene in drugih oblik pomoči ter sklenemo poglavje z opisom obstoječih praks premoščanja ovir.

V tem poglavju bomo predstavili izsledke raziskave o zaznanih skupinah z ranljivostmi v lokalnih okoljih, pri čemer bomo prikazali kompleksnost in večznačnost pojava ranljivosti. Na podlagi izsledkov raziskave projekta MoST ugotavljamo, da sogovorniki in sogovornice iz lokalnih okolij pogosto zaznavajo raznolikost skupin z ranljivostmi. Na osnovi odgovorov sogovornikov na vprašanje, katere so »ranljive«^[10] skupine v vašem okolju, smo lahko prepoznali 20 skupin, ki jih nadalje razvrstimo v podkategorije.

Skupine z ranljivostmi ali koga sogovorniki opredeljujejo kot »ranlivega«

Najprej naj izpostavimo nujnost in potrebnost kvalitativnih raziskav^[11] v javnem zdravstvu, še posebej pri raziskovanju pojavov ranljivosti in neenakosti v zdravju, kot se je to izkazalo v našem primeru. S kvalitativnimi raziskavami, ki potekajo na terenu, namreč dobimo vpogled v veliko več dimenzij, s katerimi se približamo dejanskemu življenju posameznikov in skupin. Kot »bolj odprta« in »bolj prilagodljiva« (Huberman in Miles 1998, 185) kvalitativna metodologija razume samo po sebi umevno prožnost pristopa, ki med drugim vključuje tudi to, da raziskovalec prilagaja metodologijo raziskovani situaciji s kontekstualizacijo analitičnih okvirjev, metodoloških principov in pravil (Seale

10 Izraz »ranljive skupine« se je pogosto pojavljal v odgovorih sogovornikov in je splošno sprejet v javnem diskurzu, zato ga, čeprav imamo zadržke do tega termina (glej poglavje Neenakosti in ranljivosti v zdravju: izhodišča za raziskavo), mestoma ohranjamo tudi v tem poglavju, a ga dajemo v navednice.

11 O vrsti raziskave in njeni metodologiji natančneje pišemo v poglavju Metodologija in potek raziskave o ranljivosti in neenakosti v zdravju v lokalnih okoljih.

in drugi 2004, 7). Prilagodljivost v pristopu pa dobi še poseben pomen, ko je raziskovanje osredotočeno na spremembe, ki jih lahko opazimo z longitudinalnim kvalitativnim raziskovanjem^[12] (Saldana 2003). Pomembno vlogo kvalitativnih metodologij na področju zdravja in zdravstva je po mnenju Rogerja Jonesa že pred več pol stoletja predvideval Thomas Eliot s vprašanjema »Kje je razumevanje, ki smo ga izgubili v znanju? Kje je znanje, v katerem smo izgubili informacije?« Oba pristopa, kvalitativnega in kvantitativnega, je po njegovem potrebno obravnavati kot komplementarna in ne kot konkurenčna (Jones 1995, 42).

Izjemno pomembno pa je ob interpretaciji izsledkov raziskave projekta *MoST* upoštevati še naslednje vidike, ki so deloma pojasnjeni že v poglavju *Neenakosti in ranljivosti v zdravju: izhodišča za raziskavo*, a jih zaradi pomembnosti razumevanja interpretacije izsledkov izpostavljamo še enkrat, in sicer:

- da oseb ali skupin z ranljivostmi ni možno esencializirati (jim vnaprej pripisati določenih statičnih značilnosti) in tudi ne a priori katerokoli skupino definirati kot ranljivo, prav tako ranljivosti ni mogoče enoznačno pridati vsem pripadnikom določene skupine;
- znotraj ene skupine z ranljivostmi so lahko velike razlike (interkategoričnost), zato jih lahko nadalje delimo v več podskupin, ki se med sabo prekrivajo, med temi skupinami lahko posamezniki celo prehajajo (kot na primer stari – revni ali mladi – težave v duševnem zdravju);
- da je eden posameznik ranljiv zaradi različnih razlogov, ki se med seboj prepletajo – ena oseba lahko doživlja ovire na več nivojih ali zaradi več vzrokov, čemur lahko rečemo intersekcijskost (glej Lipovec Čebren in drugi 2016);
- da je nujno vedno upoštevati družbeno-kulturni kontekst: v določenem lokalnem okolju namreč neka skupina z ranljivostmi lahko izstopa in jo v tem okolju povezujejo s specifično problematiko, v drugem lokalnem okolju pa se ista skupina ne sooča z večjimi težavami;
- nenazadnje je nujno upoštevati, da se ob že dokazanem prečenju ranljivosti (prav tam), lahko posameznim skupinam z ranljivostmi ob že zaznanih ranljivostih pridružijo nove, na primer ranljivosti zaradi brezposelnosti se pridružijo duševne težave.

Izsledki raziskave projekta *MoST* (kakor tudi že predhodne raziskave projekta *Skupaj za zdravje*) kažejo na ranljivost številnih zelo heterogenih skupin, ki se soočajo z mnogimi strukturnimi ovirami, vključno z ovirami v dostopu do zdravstvenih ustanov in drugih institucij. Zaradi mnogo različnih izrazov, ki so se pojavljali v odgovorih na vprašanje, kdo so »ranljive« skupine oziroma za katere osebe/skupine bi lahko rekli, da so v vašem lokalnem okolju v ranljivem položaju, smo le-te združili v skupine, ki jih razumemo kot analitične kategorije ter jih navajamo po zastopanosti v terenskem materialu (pada-

12 Z raziskavo v projektu *Skupaj za zdravje* in v projektu *MoST* nismo uspeli doseči longitudinalnega kvalitativnega raziskovanja, ki bi bilo potrebno za raziskovanje tematiko ranljivosti in neenakosti v zdravju. Delno smo se temu približali, ko je šlo za ista raziskovana okolja v obeh raziskavah. Zagotovo pa bi longitudinalno raziskovanje na področju neenakosti in ranljivosti v zdravstvu bilo potrebno.

joče, od najpogostejše do redkeje omenjenih). V terenskem materialu, pridobljenem v 417 intervjujih s 629 sogovorniki¹³, smo zaznali veliko mest, kjer so sogovorniki neko skupino označili kot ranljivo. Skupine z ranljivostmi, ki so jih opredeljevali sogovorniki, smo razvrstili v 20 kategorij. Najpogostejše so kot skupine/osebe z ranljivostmi bili omenjeni:

- starejši prebivalci;
- priseljenci, tujejezični prebivalci;
- osebe z različnimi oblikami oviranosti;
- socialno-ekonomsko deprivilegirani posamezniki in družine;
- otroci in mladostniki z različnimi ranljivostmi;
- brezposelni;
- zdravstveno nezavarovani (osebe brez obveznega zdravstvenega zavarovanja in/ali brez dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja);
- Romi;
- osebe s težavami v duševnem zdravju;
- uporabniki nedovoljenih drog;
- brezdome osebe;
- osebe zasvojene z alkoholom;
- žrtve nasilja v družini;
- zaporniki in bivši zaporniki;
- ženske z različnimi ranljivostmi;
- osebe z dolgotrajno boleznijo;
- osebe, ki živijo na geografsko oddaljenih območjih;
- žrtve ekonomskega nasilja;
- istospolno usmerjene osebe in
- spolne delavke.

Teh 20 kategorij ni bilo mogoče sprovesti na enak imenovalec, ker jih tudi sogovorniki niso tako dojemali, zato smo skušali slediti jezikovnemu kodu sogovornikov. Tako imamo na primer kategorijo »otrok in mladostnikov z različnimi ranljivostmi«, ki jih sogovorniki vidijo kot ranljive s številnih zornih kotov (na primer z vidika socialno-ekonomske ogroženosti, družinskih odnosov, gibalne in drugih oviranosti). Iz odgovorov sogovornikov je mogoče zaznati, da mestoma nekatere kategorizacije skupin prebivalcev prevladajo nad kategorizacijami ranljivosti. Ponekod pa se zgodi ravno nasprotno in prevlada kategorizacija ranljivosti (kot na primer zasvojenost z alkoholom pri mladih ali težave v duševnem zdravju pri mladih).

Kot bo jasno iz nadaljevanja, vsako od navedenih 20 skupin z ranljivostmi lahko na podlagi izsledkov raziskave *MoST* razdelimo na številne podkategorije, ki jih podrobneje opredelimo, pri čemer izraze, ki so jih uporabljali sogovorniki, navajamo v navednicah. Pri določenih podkategorijah skupin z ranljivostmi navajamo citate sogovornikov iz raziskave, ki jih je potrebno razumeti zgolj kot ilustracijo primera, saj citati ne zajamejo vsega, kar je bilo izrečeno v raziskavi o določeni skupini.

13 Več o strukturi sogovornikov in intervjujih glej poglavje *Metodologija in potek raziskave o ranljivosti in neenakosti v zdravju v lokalnih okoljih*.

Starejši prebivalci

Najpogostejše so kot skupina z ranljivostmi bili omenjeni starejši prebivalci (skupaj 401 odgovorov), ki so jih sogovorniki izpostavili tudi že v raziskavi projekta *Skupaj za zdravje*. Tudi takrat jih je bilo mogoče razvrstiti v več podkategorij, kot so »brezposelni starejši, starejši z nizkimi dohodki, geografsko oddaljeni starejši občani ter osamljeni starejši« (Lipovec Čebren in drugi 2016, 16). Sogovorniki v raziskavi projekta *MoST* so glede starejših prebivalcev kot skupine z ranljivostmi navajali različne podkategorije, in sicer »starejše osebe« (141 odgovorov), »starejše osebe z nizkimi dohodki, kmečkimi pokojninami ali celo brez dohodkov« (60 odgovorov):

*»/.../ ki spadajo v skupino 55+. Med tiste starostnike [starejše delavke propadle tovarne, op. a.] bi jih dala, ki so ostali brez vsega. Ene so celo z nizkimi pokojninami, ene pa brez pokojnin, če pač niso imele takrat pogojev za upokojitev in so zdaj v bistvu brez dohodkov ... predvsem zaradi svojih zdravstvenih težav in življenjskega sloga – kajenje, slaba prehrana ...«
(zaposlena v terciarni zdravstveni instituciji).*

Zatem so sogovorniki izpostavili »starejše osebe, ki prebivajo na težko dostopnih, odročnih, odmaknjenih, oddaljenih krajih« (43 odgovorov), »starejše osebe, ki živijo same, so brez svojcev ali sorodnikov« (33 odgovorov), »starejše osebe, ki so osamljene« (20 odgovorov), »starejše osebe, ki so brez socialne mreže, izolirane, izključene« (9 odgovorov):

*»Ranljive skupine so starejši, posebej v odročnih krajih, kot je [pove kraj, op. a.], kjer nimajo več niti sosedov in so sami, zapuščeni. Ker se velikokrat srečujejo tudi z revščino /.../«
(zaposlen na Karitasu).*

Prav tako so sogovorniki kot skupine z ranljivostmi izpostavili »nepokretne starejše osebe« (13 odgovorov) in omenili tudi »svojce nepokretnih oseb« (1 odgovor):

*»Najbolj so tu ogroženi starostniki, ki so nepokretni in ne morejo iz hiše. Ampak tisti starostniki, ki so odvisni od svojcev ali negovalk, enostavno ne morejo nikamor. Enostavno imamo v [pove kraj, op. a.] ljudi, ki živijo v petem nadstropju, po stopnicah, liftov ni in že par let niso bili zunaj. In če ne pride nekdo do njih, so enostavno odstavljani od tega sveta. So v centru mesta, samo tiste stopnice so največja ovira in nepokretnost in starost in bolezen«
(zdravstvena delavka).*

Nekaj sogovornikov je izpostavilo tudi »starejše osebe brez prevoza« (9 odgovorov). Nadalje so sogovorniki kot skupine z ranljivostmi prepoznali »starejše vdove« (10 odgovorov), »starejše vdovce« (5 odgovorov), »starejše osebe, ki so samske« (9 odgovorov) in »starejše kmečke ženske« (5 odgovorov):

*»Ogromno je nezavarovanih žensk, popolnoma, ki nimajo delovne dobe. To so manjše kmetije in ni bilo dohodka za dvojno plačevanje in si je tako pač plačeval samo eden, ampak ko pride v penzijo, je pa to premalo ... dva ne moreta preživeti tako«
(zaposlena na nevladni organizaciji).*

Kot skupine z ranljivostmi so sogovorniki prepoznali tudi »starejše osebe s kroničnimi nenalezljivimi ali drugimi boleznimi« (16 odgovorov), »starejše osebe z demenco« (15 odgovorov), »starejše osebe, ki nimajo informacij o tem, kako priti do pomoči« (4 odgovori), »starejše osebe, ki jih je sram« (1 odgovor), »starejše osebe, ki čakajo na sprejem v dom upokojencev« (2 odgovora) in »tiste, ki so v domu upokojencev« (1 odgovor) ter »umirajoče« (1 odgovor). Pri »starejših osebah z demenco« kot skupini z ranljivostmi so sogovorniki izpostavili tudi »svojce oseb z demenco« (2 odgovora), ki ni nujno da so starejši, podatka o tem nimamo. Kot posebej »ranljiva skupina« starejših oseb so bili izpostavljeni »starejši neporočeni moški« (1 odgovor), ki so ostali sami na kmetijah v geografsko oddaljenih zaselkih:

*»Samski moški po 60 letu starosti ali po upokojitvi, ki po smrti matere ostanejo sami. Le-ti obdelujejo kmetije in so na področju vključevanja v preventivne programe (Svit) ali zdravja skoraj popolnoma neodzivni. Ranljivost skupine je nekoliko prikrita, tudi sami ne vidijo potrebe, se čutijo zdrave. So fizično in psihično še pri močeh (vozijo avto, niso osamljeni, itd.). Nimajo pa neke podpore, da bi se odločili za vključevanje. Mame so jim umrle, druge močne socialne mreže pa nimajo. Torej preden zbolijo ni odziva, ne hodijo v referenčno ambulantno in potem je dostikrat prepozno in lahko sledijo res samo še zadnji terminalni stadiji, ki so prepozni /.../ patronažna služba jih ne more in ne sme vključevati v patronažne programe, saj nima nobene zakonske podlage oziroma je omenjena skupina glede na starostne kriterije po zakonu še vedno premlada ... [po kriteriju jim pripada po 65. letu, op. a.]«
(zdravstvena delavka).*

Priseljenci, tujejezični prebivalci

Sogovorniki, ki so sodelovali v raziskavi projekta *Most*, so prepoznali ranljivost priseljencev in tujejezičnih prebivalcev (319 odgovorov), in sicer predvsem »priseljencev iz določenih držav (iz Albanije, Makedonije in Bolgarije« (93 odgovorov), »albanske skupnosti oziroma albanskih priseljencev« (45 odgovorov) in »albanskih žensk« (39 odgovorov):

»Albansko govoreče ženske absolutno najbolj ranljiva skupina v [pove kraj, op. a.]. Največja ovira je jezik, ki otežuje tako dostop do osnovnih zdravstvenih storitev, kot tudi vključevanje v vsakodnevno življenje. Otroški prevajalci so pogost povezovalni element med zdravstvenim ali šolskim osebjem, še posebej je izpostavljena njihova prisotnost na ginekoloških pregledih /.../ zaradi manjka razumevanja jezika niso celostno zdravstveno obravnavane /.../« (zdravstvena delavka).

Kot posebej »ranljive« so sogovorniki izpostavili »otroke priseljencev« (41 odgovorov), »otroke in mladostnike brez spremstva/begunce« (3 odgovori) in »otroke iz družin brez stalnega prebivališča/brez slovenskega državljanstva (1 odgovor)«:

»...so v nedeljo zvečer na avtobusu za Slovenijo, v ponedeljek so na slovenski šoli med novimi ljudmi, ne razumejo jezika, tu je šola čisto drugačna, kot je bila tam, ne poznajo nikogar in jih potem moramo dati v razred« (zaposlena v vzgojno-izobraževalni instituciji).

»Po mojih podatkih so najbolj ranljivi otroci iz tistih družin, ki nimajo stalnega prebivališča ali slovenskega državljanstva, saj je vključitev v obvezno zdravstveno zavarovanje pogojena z enim od teh dveh statusov. Podobno je tudi z upravičenostjo do socialno-varstvenih pravic na centru za socialno delo, zato se tudi ti s temi primeri ne srečujejo pogosto« (zaposlena na Karitasu).

Nadalje so sogovorniki prepoznali ranljivost »beguncev« (18 odgovorov), »migrantov« (16 odgovorov), »prosilcev za mednarodno zaščito« (12 odgovorov), »tujih sezonskih delavcev« (10 odgovorov), »tujih delavcev« (8 odgovorov) in »družin tujih delavcev« (4 odgovori), »agencijskih delavcev in njihovih družin - iz Bolgarije, Romunije in Makedonije (pogosto so trije različni posredniki med delavcem in delodajalcem)« (4 odgovori), »priseljencev iz bivših republik Jugoslavije« (5 odgovorov), »družin priseljencev« (3 odgovori), »oseb s statusom mednarodne zaščite« (4 odgovori), »oseb z dovoljenjem za zadrževanje« (2 odgovora), »tujcev z začasnim dovoljenjem za prebivanje« (3 odgovora), »izbrisanih oseb« (3 odgovori), »tujcev na avtocesti, ki potrebujejo nujno medicinsko pomoč« (2 odgovora) ter (po 1 odgovor) »tujih študentov, ki prihajajo iz držav brez sklenjenega bilateralnega sporazuma za zdravstvo«, »mladoletnih migrantov« in »mladoletnih beguncev brez spremstva«:

»Prva ovira je bila, kdo bo za koga poskrbel in kdo bo plačal. Prosilcem za mednarodno zaščito pripada le nujna zdravstvena oskrba, kar pa v dosti primerih ne zadošča za ureditev zdravstvenih stanj. Ali za njih potem poskrbi urgentna služba ali šolski zdravnik?

Zdravstveni dom mora najprej urediti dogovor z Azilnim domom oziroma notranjim ministrstvom, kdo bo plačnik storitev teh MBS [mladoletnih beguncev brez spremstva, op. a.]» (zaposlena na nevladni organizaciji).

Izsledki raziskave projekta *Skupaj za zdravje* so leta 2014 ravno tako pokazali na ranljivost priseljencev in tujejezičnih prebivalcev, le da takrat sogovorniki niso izpostavili toliko raznorodnih skupin, navedli so »migrante, priseljence, prosilce za azil, tujce z dovoljenjem za zadrževanje, tujce z dovoljenjem za začasno bivanje, tujce brez statusa, državljane EU, delavce migrante, otroke nedržavljanov ter izbrisane brez dokumentov« (Lipovec Čebren in drugi 2016, 16). Prav vse navedene skupine iz predhodne raziskave so bile prepoznane tudi v raziskavi projekta *MoST*.

Osebe z različnimi oblikami oviranosti

V kategorijo oseb z različnimi oblikami oviranosti^[14] smo na podlagi Konvencije Združenih narodov o pravicah invalidov (2017) združili osebe s telesnimi, duševnimi, intelektualnimi ali senzoričnimi oviranostmi.

Podobno kot v predhodni raziskavi projekta *Skupaj za zdravje* so sogovorniki tudi v raziskavi projekta *MoST*, kot skupino z ranljivostmi, prepoznali osebe z različnimi oblikami oviranosti (223 odgovorov). Navajali so »invalidne« (84 odgovorov), »osebe z motnjami v telesnem in duševnem razvoju« (51 odgovorov) »gibalno ovirane« (21 odgovorov), »gluhe« (22 odgovorov), »naglušne« (17 odgovorov), »slepe« (12 odgovorov), »slabovidne« (12 odgovorov), »dislektike« (2 odgovora), »senzorno ovirane« (1 odgovor) in »osebe z govorno jezikovno motnjo« (1 odgovor):

»Gluhi in naglušni in vsi, ki imamo okvaro sluha, imamo en velik problem – to je naša nevidna invalidnost. Če se na ulici srečate s tako osebo, niti ne boste sprva ugotovili, da ima okvaro sluha, medtem ko so vse ostale invalidnosti vidne – če težje hodiš ali imaš temna očala in belo palico, ali si na vozičku ... druge invalidnosti so prepoznavne, naša pa ni. Smo totalno neprepoznavni v okolju in imamo zato velik problem tudi pri uveljavljanju svojih pravic /.../ V čakalnicah se dogaja malo težja oblika diskriminacije ... že dvakrat sem čakal in me noben ni poklical, meni pa je čudno bilo, da so pred mano šli notri tisti, ki so prišli na pregled za mano ... v zdravstvu se izgublja kontakt z osebo. Na enem mestu se prijaviš, na drugem si na vrsti. Včasih zelo dolgo kdo sedi in čaka na vrsto, pa ne sliši, da je na vrsti, ne razume« (zaposlen na nevladni organizaciji).

¹⁴ Osebe z različnimi oblikami oviranosti so osebe, ki jih različne ovire lahko omejujejo pri polnem in učinkovitem sodelovanju v družbi. To so osebe, ki jih v slovenskem prostoru prepoznamo kot invalide oziroma invalidne osebe, ustrežnejša pa je raba izraza osebe z oviranostjo. Konvencija o pravicah invalidov invalidne osebe opredeljuje kot »ljudi z dolgotrajnimi telesnimi, duševnimi, intelektualnimi ali senzoričnimi okvarami, ki jih v povezavi z različnimi ovirami lahko omejujejo, da bi enako kot drugi polno in učinkovito sodelovali v družbi« (Konvencija Združenih narodov o pravicah invalidov 2017).

Če glede skupine z ranljivostmi - oseb z motnjami v telesnem in duševnem razvoju - primerjamo izsledke obeh raziskav (projekta *Skupaj za zdravje* in projekta *MoST*), ugotovimo podobno razločevanje kot glede oseb zasvojenih z alkoholom in uporabnikov nedovoljenih drog. Sogovorniki so namreč, v raziskavi projekta *MoST*, v svojih odgovorih ločili osebe s težavami v duševnem zdravju in osebe z motnjami v telesnem in duševnem razvoju. Ob skupini »oseb z motnjami v telesnem in duševnem razvoju« kot skupini z ranljivostmi so sogovorniki prepoznali še »svojce oseb z motnjami v telesnem in duševnem razvoju« (3 odgovori). Kot izhaja iz odgovora sogovornice, gre tudi pri skupini »oseb z motnjami v telesnem in duševnem razvoju« za preplet več ranljivosti hkrati:

»Včasih je bilo več uporabnikov s samo senzornimi in razvojnimi motnjami, zdaj pa se opaža porast oseb, ki imajo poleg tega tudi psihiatrične motnje [čemur potem pravijo "kombinirane motnje", op. a.]. /.../ S staranjem uporabnikov prihajajo pridruženi zdravstveni problemi, kot so inkontinenca in podobno, kar dokaj komplicira vsakodnevno delo na enoti, saj potrebujemo več časa za nego« (zaposlena v varstveno delovnem centru).

Socialno-ekonomsko deprivilegirani posamezniki in družine

V raziskavi projekta *Skupaj za zdravje* je bila revščina, poleg zdravstvene nezavarovanosti, tema, ki je bila izpostavljena v večini intervjujev in je prečila vse prepoznane skupine z ranljivostmi (Lipovec Čebren in drugi 2016, 16). Zelo podobno je razvidno tudi iz izsledkov raziskave projekta *MoST*, kjer veliko sogovornikov izpostavlja skupino socialno-ekonomsko deprivilegiranih posameznikov in družin (167 odgovorov). Posebej »ranljiva« skupina v tem oziru je prepoznana skupina, ki jo sogovorniki imenujejo »ekonomsko šibka in socialno ogrožena« (67 odgovorov), pri čemer posebej izpostavijo problem »prikrite revščine« in »prikritega brezdomstva«:

»Prikritega brezdomstva je bistveno več, kot si institucije in ljudje sploh predstavljajo. Veliko je ljudi, ki živijo v zelo slabih razmerah« (zaposlena na občini).

Nadalje sogovorniki prepoznavajo kot skupine z ranljivostmi »družine z nizkimi dohodki« (27 odgovorov), »prejemnike denarne socialne pomoči« (18 odgovorov), »ljudi, ki živijo pod pragom revščine« (10 odgovorov), »družine z več otroki« (7 odgovorov), »mlade družine z nizkimi dohodki« (7 odgovorov), »matere samohranilke« (16 odgovorov) in »enostarševske družine« (8 odgovorov). Omenili so še (po 1 odgovor) »očete samohranilce«, »družine, ki imajo slabše razvite starševske kompetence in so brez dobre socialne mreže«, »družine z nizko delovno intenzivnostjo«, »osebe, ki živijo v slabih bivanjskih razmerah«, »osebe iz nefunkcionalnih družin«, »osebe s težavami v družinskih odnosih« in »družine s težje bolnimi ljudmi«:

»Oseba mesečno plačuje skupaj za osnovno in dodatno zdravstveno zavarovanje okoli 55 evrov, kar ne zveni veliko, vendar nekemu, ki nima prihodkov, lahko predstavlja ogrožen problem. Prihaja do

problemov pri urejanju zdravstvenega varstva. Pri nezaposlenih je problem, da jim socialna podpora lahko pripada ali pa tudi ne. Nekateri se tudi ne želijo zavarovati preko socialne pomoči, drugim pa socialna podpora ne pripada tudi zaradi samega premoženja ali imetja, ki ga imajo. Zgodi se, da nekateri od njih ne morejo plačevati prispevkov za zdravstveno zavarovanje in pri tem zabredejo v dolgove»
(zaposlena na Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije).

Otroci in mladostniki z različnimi ranljivostmi

S primerjavo izsledkov raziskave projekta *Skupaj za zdravje*, kjer so sogovorniki kot skupino z ranljivostmi omenili »zdravstveno nezavarovane otroke« (1 odgovor) (Lipovec Čebren 2016, 16), in izsledkov raziskave *Most*, ugotovimo, da so slednji pokazali bistveno drugačno zaznavo s strani sogovornikov. Ranljivost otrok in mladostnikov je bila prepoznana v 166 odgovorih, in sicer so sogovorniki kot ranljive prepoznali »otroke« (12 odgovorov), »otroke in mladostnike iz socialno ogroženih družin« (26 odgovorov):

»Ker je položnica za 2 evra previsoka ali pa 1 evro previsoka, da starš pride s koledarjem, kjer ima točno označeno vsak dan, kdaj otrok je kosilo ali ga ne je, da bo ja do evra natančno. Potem je to jasno, da je verjetno v ozadju resnično razporeditev vsakega evra in to se ne vidi navzven»
(zaposlena v vzgojno-izobraževalni instituciji).

Nadalje so sogovorniki izpostavljali »otroke ločenih/razvezanih staršev« (10 odgovorov), »otroke brezposelnih staršev« (5 odgovorov) in »otroke s posebnimi potrebami« (29 odgovorov). Glede slednjih so sogovorniki izpostavili tudi »starše otrok s posebnimi potrebami« (6 odgovorov) in »družine otrok s posebnimi potrebami« (1 odgovor), kar je sicer v tesni povezavi z otroki s posebnimi potrebami in spada v kategorijo ranljivosti, ki so povezane z otroki in mladostniki. Sogovorniki so kot skupine z ranljivostmi izpostavili tudi »otroke v neurejenih družinah« (4 odgovori), pri čemer so omenili tudi ogrožene otroke, slabe bivanjske in socialne razmere, alkohol in prisotnost nasilja. Nadalje so sogovorniki izpostavili »otroke iz neugodnih socialnih okolij« (2 odgovora), »otroke v čustvenih stiskah in s socialnimi težavami« (2 odgovora) ter »zanemarjene otroke« (3 odgovori):

»/.../ smo imeli primer otroka iz družine z alkoholizmom, promiskuitetnostjo, nestalnostjo partnerja v materinem življenju, neodgovornostjo staršev. Pri otroku se je odražalo v motnjah pozornosti in hiperaktivnosti /.../ sta se starša lotevala s kaznovanjem /.../ Pri otrocih iz socialno šibkejših družin v kombinaciji s težavami v družini se odražajo v pomanjkanju osebne higiene, rutine, pomanjkanje topline, pravljič, rednega spanca»
(zaposlena v vzgojno-izobraževalni instituciji).

Ranljivost so sogovorniki prepoznali tudi pri skupini »dolgotrajno bolnih otrok« (11 odgovorov), »otrok s prekomerno telesno težo« (2 odgovora), »otrok z vedenjskimi/čustvenimi motnjami« (3 odgovori), »gibalno oviranih otrok« (3 odgovori), »otrok z govorno jezikovnimi težavami« (3 odgovori), »otrok s težavami v odraščanju« (3 odgovori), »mladih, ki so izven šolanja in izven sistema« (1 odgovor), »osipnikov«¹⁵ (2 odgovora) ter »neevidentiranih otrok v preventivnem (šolskem) sistemu« (3 odgovori):

»Neevidentirani otroci ... Otroci, ki se izgubijo iz preventivnega zdravstvenega sistema. Gre za otroke, ki predčasno končajo šolanje. Nekateri osnovno šolo končajo v Zavodu za izobraževanje in kulturo, v šoli za odrasle. Drugi so prijavljeni na Zavodu za zaposlovanje, tretji pa nikjer. Se ne izobražujejo, niti niso v službi. Če niso na seznamu osnovnošolcev ali srednješolcev potem osebni zdravnik ne dobi podatkov o otrocih, ki izvisijo. Včasih je tudi kakšen otrok napisan na seznamu, da obiskuje osnovno šolo, pa ga ni na spregled že več mesecev. Večinoma gre za romske otroke in tudi otroke iz težje ekonomsko-stoječe družine, s kakšnim blažjim deficitom« (zdravstvena delavka).

Kot skupina z ranljivostmi so bili prepoznani tudi »otroci odvisni od "ekranov" (4 odgovori) in »mladi z različnimi odvisnostmi« (1 odgovor), »odvisni od "IKT"«¹⁶ (1 odgovor) ter redko omenjene skupine (po 1 odgovor) – »otroci žrtve nasilja«, »otroci žrtve spletnega nasilja«, »otroci žrtve starševskih verskih ekstremov«, »otroci staršev, ki imajo motnje v duševnem razvoju«, »otroci odvisnikov« in »otroci v rejništvu«.

Na podlagi odgovorov sogovornikov smo lahko ločevali med ranljivostjo otrok in mladostnikov. Kot skupino mladostnikov z ranljivostmi so izpostavili »mlade« (9 odgovorov), »mlade brez perspektive (4 odgovori), »mlade z motnjami hranjenja« (4 odgovori) ter (po 1 odgovor) – »mlade z nagnjenostjo k samopoškodbam in samomorilnosti«, »mlade s čustveno-vedenjskimi motnjami«, »mlade z osebnostnimi tiskami«, »mlade žrtve medvrstniškega nasilja«, »mlade uživalce prehranskih dopolnil (kapsul, napitkov, beljakovin)« in »dijake iz enostarševskih družin, ki morajo delati ob šoli, za preživetje družine«:

»/.../ in ti dijaki, ki so na programih trgovcev in ekonomski tehnik, velikokrat izostajajo od pouka zaradi dela, ti otroci zelo veliko delajo ob šoli, ker pač pomagajo vzdrževati sami sebe ali pa družine« (zaposlena v vzgojno-izobraževalni instituciji).

15 Osipniki so mladi, ki iz različnih razlogov ne nadaljujejo izobraževanja po osnovni šoli ali ga opustijo še pred dokončanjem izobrazbe in pridobitvijo poklica ter so hkrati brezposelni (glej Pucelj 2020).

16 Ker smo pri poimenovanjih skupin z ranljivostmi skušali čimbolj slediti jezikovnemu kodu sogovornikov smo zapisali »odvisni od IKT« kar pomeni odvisni od informacijsko komunikacijske tehnologije.

Brezposelni

Če so izsledki raziskave projekta *Skupaj za zdravje* pokazali predvsem na ranljivost mlajših brezposelnih po 26. letu, oseb z negotovimi, prekarnimi zaposlitvami ter govorili na splošno o brezposelnosti kot ranljivosti (Lipovec Čebtron, 2016, 16), pa izsledki raziskave projekta *MoST* pričajo o večplastni ranljivosti kot posledici brezposelnosti, kateri so pridružene še druge ranljivosti, ki izhajajo iz težav v duševnem zdravju ali socialno-ekonomskih težav ali zasvojenosti od alkohola in drugih. Ranljivost brezposelnih je bila prepoznana v 149 odgovorih sogovornikov, in sicer so kot skupino z ranljivostmi prepoznali »težje zaposeljive oziroma dolgotrajno brezposelne« (68 odgovorov), »mlade brezposelne« (22 odgovorov), »brezposelne osebe z nizko ali brez izobrazbo« (21 odgovorov), »samostojne podjetnike« (12 odgovorov), »prekarne delavce«^[17] (12 odgovorov), »delavce na črno« (5 odgovorov) ter po enkrat omenjene »brezposelne s kategorijo invalidnosti«, »brezposelne osebe z zdravstvenimi omejitvami« in »propadle podjetnike« ter »ljudi, ki so utrpeli trajno poškodbo ali invalidnost pri delu«. Prepoznana ranljiva skupina, ki v prihodnje terja poglobljeno raziskovanje, so »ranljivi na delovnem mestu« (5 odgovorov) med njimi tudi »fizični delavci in delavci na terenu«:

»/.../ starejše osebe z osnovnošolsko izobrazbo, fizično bolj kot ne težja dela, pri različnih delodajalcih /.../ po možnosti jim delodajalci še prispevkov niso plačevali, seveda so iztrošeni, pri nas v evidenci pri 55 letih, brez delovne dobe, ker jim delodajalci niso prispevkov plačevali ali pa tudi sami niso želeli redne oblike dela, pogodbo ali kakorkoli že. Zdaj pa so zdravstvene težave prisotne, dejstvo je, da ima veliko ovir in težav«
(zaposlena na Zavodu Republike Slovenije za zaposlovanje).

»Jaz kot zdravnica lahko rečem, da se ne dotaknemo dovolj preventivnih dejavnosti sezonskih delavcev in delavcev tujcev, ki iščejo zdravstveno pomoč. Velikokrat vidimo, da se ne znajdejo, ne poznajo sistema, ne znajo urejati stvari, zapletamo se okrog urejanja bolniških staležev, urejanja dokumentacije«
(zdravstvena delavka).

Med »ranljivimi« brezposelnimi in težje zaposljivimi sogovornici izpostavita tiste osebe, ki imajo več ranljivosti hkrati:

»Dlje časa si pri nas, bolj si dolgotrajno brezposeln, bolj minevajo meseci ali leta. Najverjetneje problemi postanejo izrazitejši; čisto možno, da se potem vključijo tudi kakšne psihološke težave ali že zaradi brezposelnosti same ali potem zaradi težav, ki iz tega izhajajo... neke odmaknjenosti, občutki brezizhodnosti«
(zaposlena na Zavodu Republike Slovenije za zaposlovanje).

17 Prekarni delavci so delavci v zaposlitvah, ki zaradi različnih razlogov ne nudijo varnosti zaposlitve za nedoločen čas.

*»Brezposelnost je pač problem, ki ni samo to, da ni zaposlitve, ni samo to, da si odvisen od drugega družinskega člana oziroma od socialne podpore, ampak gre tu predvsem za psihični pristop, a ne. Ta spirala brezposelnosti dejansko je en tak vrtnec, ki gre do, zdravstveno dokazano, do težje oblike depresije in se mi zdi da dejansko bi ti ljudje morali dobiti en tak psihološki support«
(zdravstvena delavka).*

Zdravstveno nezavarovani

Zdravstvena nezavarovanost se je kot problem pokazala že v raziskavi v okviru projekta *Skupaj za zdravje* (Lipovec Čebren in drugi 2016), tokratna raziskava pa je odkrila razsežnost problema v malodane vsej v intervjujih prepoznani ranljivi populaciji. Sogovorniki so prepoznali ranljivosti oseb bodisi brez obveznega zdravstvenega zavarovanja bodisi brez dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (ali obojega) v kar 123 odgovorih, in sicer so v svojih odgovorih omenjali »nezavarovane« in pri tem posebej izpostavili »otroke«, »romske otroke«, »populacijo srednjih let zaradi alkoholizma«, »priložnostne oziroma sezone delavce, ki si ne uredijo zdravstvenega zavarovanja«, »upokojenca, ki si ne morejo privoščiti dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja ali si ga ne uredijo zaradi nemobilnosti«, »priseljence – ženske zaradi neinformiranosti, birokratskih ovir«, »mlade po 26. letu starosti«, »tiste, ki jim delodajalec ne plačuje prispevkov«, »samoplačnike, samostojne podjetnike«, »kmete«, »ljudi na samopreskrbnih kmetijah«, »podeželske ženske«, »osebe, ki nimajo zdravstvenega zavarovanja iz ekonomskih razlogov in zaradi dolgov«, »odvisnike«, »osebe po prihodu iz zapora«, »družine priseljencev (oče v obdobju menjave službe)«, »osebe, ki ne prejemajo denarne socialne pomoči«, »brezdomne«, »osebe z nizkimi dohodki«, »brezposelne«, »begunce«, »starejše osebe brez denarja«, »tuje dijake in študente« ter »turiste«.

*»Taki, za katere bi mislili, da so bogati obrtniki, so imeli težave z neplačevanjem zdravstvenega zavarovanja«
(zdravstveni delavec v Pro bono ambulantni).*

*»So bile prekinitve plačevanja zdravstvenega zavarovanja in so ljudje to pustili nekaj mesecev ali pa niti niso vedeli, da se jim ne plačuje, tako da smo potem nekaj časa urejali zadeve za nazaj ali pa smo ta čas pro bono določene stvari izvajali«
(zaposlena v domu starejših).*

»Tu in tam se najde kak, ki pove, da ne ve, kako ima zdravstveno zavarovanje urejeno. A tisti, ki je obsojeni in ga policija privede na prestajanje kazni na podlagi pravnomočne sodbe, tistega obvezno, ne glede na to, kaj je imel prej, obvezno prijavimo v zdravstveno zavarovanje. Pri priporu pa v okviru uvodnega razgovora povejo, ali so imeli in kako so imeli in če želijo, da bodo to zavarovanje obdržali. /.../ Se pa resda dogaja, da tu in tam je kakšen, ki ni prepričan, kako

je z njegovim zavarovanjem. Za osnovno še nekako, dopolnilno pa po navadi res ne vedo, če ga imajo. Pravijo, da naj bi jim mama plačevala, a sedaj vseeno niso prepričani, če ga imajo urejenega ali ne»
(zaposlen v zavodu za prestajanje kazni zapora).

»Tuji, natančneje hrvaški, dijaki, ker smo blizu meje, imamo kar nekaj hrvaških dijakov. Imeli smo težave, saj niso imeli urejenega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji»
(zaposlena v vzgojno-izobraževalni instituciji).

Romi

Sogovorniki so tako v raziskavi projekta *Skupaj za zdravje* kot v raziskavi projekta *MoST* pogosto prepoznali ranljivost romske skupnosti in posameznih Romov (98 odgovorov). V svojih odgovorih so tako izpostavili »Rome« (67 odgovorov), »romske otroke« (16 odgovorov), »romske ženske« (6 odgovorov), »romske družine« (3 odgovori), »starejše Rome« (2 odgovora), »Rome zapornike« (1 odgovor), »Rominje žrtve nasilja« (1 odgovor) in »romske nosečnice, tudi mladoletne« (2 odgovora). Nekateri sogovorniki zaznavajo diskriminacijo do romskih prebivalcev na sistemski ravni, ko so romski otroci ob vstopu v osnovno šolo na neenaki izhodiščni stopnji (ne znajo jezika) v primerjavi z drugimi otroci:

»In mi Rome smo v en sistem ... Ti moraš vedeti, on knjige ne vidi do šestega leta, on ne dela teh akademskih scen, kot se naši učenci pet let pripravljajo, ne, skozi vrtec in on že v štartu, tu pa je diskriminacija»
(zaposlen v vzgojno-izobraževalni instituciji).

Osebe s težavami v duševnem zdravju

Podobno kot v raziskavi projekta *Skupaj za zdravje* so sogovorniki tudi tokrat v raziskavi projekta *MoST* prepoznali (v 81 odgovorih) kot skupino z ranljivostmi osebe s težavami v duševnem zdravju. Omenili so »osebe s težavami v duševnem zdravju« (53 odgovorov), pri čemer so sogovorniki izpostavili domnevno občuten porast težav v duševnem zdravju pri otrocih in mladostnikih – »mladi s težavami v duševnem zdravju« (11 odgovorov) ter »osebe nagnjene k samomorilnosti« (8 odgovorov):

»Včasih smo reševali otroke tudi od kakšnih samomorov ali samouničevalnega vedenja /.../ včasih so v krizi prišli celo na dom po pomoč ... zadeve smo urejali naprej skupaj s centrom za socialno delo, da so napotili otroke naprej ali v varno hišo ali kam drugam»
(zdravstvena delavka).

»Samomorov je ogromno, kar je verjetno res povezano s sramom, kar je verjetno res povezano s strahom, da nisi sprejet v družbi ali pa res iz tistega obupa, ko res ne vidiš, da bi te kdo slišal»
(zaposlena v vzgojno-izobraževalni ustanovi).

Sogovorniki so posebej izpostavili paciente psihiatričnih bolnišnic ali paciente, ki so bili hospitalizirani v te bolnišnice, in sicer so govorili o »psihiatričnih bolnikih« (7 odgovorov) in »mladih psihiatrični bolnikih« (1 odgovor). Omenili so tudi »svojce in otroke psihiatričnih bolnikov« (1 odgovor).

Uporabniki nedovoljenih drog

Na ranljivost uporabnikov nedovoljenih drog so pokazali že izsledki raziskave projekta *Skupaj za zdravje* in prav tako tudi izsledki raziskave projekta *MoST*, kjer so sogovorniki izpostavili ranljivost »uporabnikov nedovoljenih drog« (76 odgovorov), pri čemer so posebej poudarili ranljivost mladih uporabnikov nedovoljenih drog ter njihovih svojcev:

»Pri mladih je zelo veliko sintetičnih drog. Največ oseb, ki uporabljajo nedovoljene droge, je starih od 16 do 23 let, v organizaciji imamo naval mladih, najmlajša je bila stara 14 let./.../ ni nujno, da je v družini zasvojska dinamika. Veliko povratnikov pa pride iz razbitih družin«
(zaposlena na nevladni organizaciji s področja zasvojenosti).

Sogovorniki so opozorili tudi na pojav novih sintetičnih drog in na dolgoletne prejemnike metadonske terapije (»osebe na metadonski terapiji«), med katerimi opažajo tudi izobražene in osebe v boljšem ekonomskem položaju. Kot skupino z ranljivostmi so omenili še »bivše odvisnike« in povezano z različnimi zasvojenostmi (sogovorniki govorijo o odvisnikih) tudi »kadilce«, »nekemične odvisnike«, »odvisnike od iger na srečo«, »osebe z digitalno odvisnostjo« in »osebe z odvisnostjo od odnosov« ter »osebe s hepatitisom C«. Pri uporabnikih nedovoljenih drog gre pogosto za preplet več ranljivosti hkrati in zelo kompleksno ranljivost. Iz navedb sogovornikov izhaja, da imajo uporabniki nedovoljenih drog pogosto še težave v duševnem zdravju ali tudi druge bolezni ali pa so obenem »zasvojenci, brezdomci in psihiatrični bolniki z diagnozo«:

»[Odvisniki od drog, op. a.] večinoma srednja generacija, stari okrog 50 let in imajo tudi duševne težave, kdaj tudi hepatitis C. Enkrat na leto imajo testiranja«
(zaposlena na nevladni organizaciji).

»Primer osebe, ki izpade iz vseh sistemov, je fant, ki je zasvojenec, brezdomec pa še psihiatrični bolnik z diagnozo. Od sistemov ga sprejme samo metadonska ambulanta. Brezdomci, ga ne morejo, ker se zadeva, iz neprofitnega stanovanja je bil vržen, ker ni bilo plačano, jaz pa ga ne morem sprejeti, ker je zadet, tudi mi smo ga izločili iz sistema./.../ Pri zasvojencih je par takih. Edini sistem, ki jih sprejme, je zapor. To so ljudje, ki jih noben v sistemu noče«
(zaposlena na nevladni organizaciji).

Brezdomne osebe

Na problem brezdomstva in ranljivosti izhajajoče iz slednjega so pokazali že izsledki raziskave projekta *Skupaj za zdravje* in ravno tako so to pokazali tudi izsledki raziskave projekta *MoST*. Iz odgovorov sogovornikov izhaja kot prepoznana skupina z ranljivostmi skupina »brezdomcev« (60 odgovorov). V odgovorih sogovornikov se, podobno kot že pri predhodno navedenih skupinah z ranljivostmi, kaže večplastnost in kompleksnost ranljivosti:

*»Razlogi za brezdomnost so odvisni od vsakega posameznika, pri nekaterih so ločitve, izguba socialne mreže, prijateljev, sorodnikov ali zaposlitve, se znajdejo v kakšnih konfliktnih situacijah, potem tudi deložacija ... ostanejo pač brez stanovanja /.../ nekateri si opomorejo in grejo dalje, dosti pa je takih, ki niso sposobni za samostojno bivanje in potrebujejo pomoč za vodenje, za lastno skrb, življenje ... od vodenja računov, torej skrbi za finance, do kuhanja, pospravljanja ... taki bolj ali manj ostajajo /.../ redkokdo, ki se pojavi v zavetišču za brezdomne, je sposoben pridobiti delo«
(zaposlena v zavetišču za brezdomce).*

Da je ranljivost, ki izhaja iz brezdomstva lahko zelo kompleksna, priča tudi naslednja navedba sogovornika glede vprašanja posthospitalne negi pri brezdomcih:

*»Mi imamo zavetišče za 12 ljudi, je trenutno polno. Se je pa zgodilo, ma ne enkrat, večkrat se je to zgodilo, da bolnice nimajo prostora za nego po zdravljenju. Za hišno nego, ker brezdomci nimajo hiše, kam bo šel v hišo. /.../ Ne moreš dati nekoga iz bolnišnične sobe v prikolico in to še pozimi. /.../ To mi rešujemo tako ... no enkrat so nam že pripeljali enega pred našo organizacijo. So nam ga pripeljali bolnega človeka pred vrata tle dol, tako na hitro. Nihče ni niti poklical. /.../ Če so [uporabniki], op. a.] dovolj stari, počakajo v bolnici toliko, da pridejo potem v dom za ostarele. Dva taka primera smo imeli. To potem naša služba [znotraj centra za socialno delo, op. a.], potem tam to uredijo. Ampak domovi za ostarele so bili dve leti brez enega prostega mesta«
(zaposlen na centru za socialno delo).*

Osebe zasvojene z alkoholom

Zasvojenost z alkoholom je bila v odgovorih sogovornikov raziskave *MoST* prepoznana kot razlog za ranljivost pri več skupinah prebivalcev, in sicer kot sočasna s še drugimi ranljivostmi. Sogovorniki so ob že omenjenih uporabnikih nedovoljenih drog posebej izpostavili osebe »zasvojene z alkoholom« (59 odgovorov). To je tudi razlog, da jih ne obravnavamo skupaj z drugimi zasvojenostmi, saj so te skupine sogovorniki v svojem dožemanju ranljivosti ločevali. Predhodna raziskava projekta *Skupaj za zdravje* tega ni

pokazala na tak način, zato tudi v izsledkih takratne raziskave ne zasledimo oseb zasvojenih z alkoholom kot skupine z ranljivostmi. Sogovorniki so v takratni raziskavi sicer omenjali alkoholizem, a ga tudi opravičevali kot sprejemljiv oziroma normaliziran del življenja. V raziskavi projekta MoST so sogovorniki pri skupini »zasvojenih z alkoholom« posebej izpostavili ranljivost »mladih zasvojenih z alkoholom« ali »mladih na poti v odvisnost od alkohola« ter »svojcev alkoholikov« in »žrtev alkoholizma«:

*»... se v vsaki skupini najdejo starši, ki imajo težave s prekomernim pitjem alkohola /.../ imeli smo že recimo primere, ko je prišel vinjen oče v vrtec /.../ zato smo večkrat bili primorani poklicati policijo v vrtec. Vsako leto se zgodijo dva do trije taki primeri«
(zaposlena v vzgojno-izobraževalni instituciji).*

Tudi pri osebah zasvojenih z alkoholom zaznamo večplastno in kompleksno ranljivost. Kot je razvidno iz odgovora sogovornika, so ranljivosti, ki izhajajo iz zasvojenosti z alkoholom, pridružene še ranljivosti, ki izhajajo iz brezposelnosti; ranljivosti, ki izhajajo iz pomanjkljive izobrazbe; ranljivosti, ki izhajajo iz socialnega okolja in ranljivosti, ki izhajajo iz pomanjkljive javne infrastrukture (neredni javni prevoz):

*»Ko so me odpustili, je bilo nemogoče najti novo službo. Vse, kar sem znal, je bilo voziti traktor. Potem pa nimaš dela, tu pa tam kakemu kolegu pomagaš pri opravilih za kako manjše plačilo, ampak ni dovolj. [Sogovornik je bil na zdravljenju od alkohola že dvakrat, obakrat neuspešno. Sogovornica (žena) je priznala, da mu je na zdravljenje kdaj »prinesla kako pivo«. Sogovornik je izgubil svoj izpit za avtomobil (ona ga nikoli ni imela) in tako tudi zelo težko hodita k zdravniku. Včasih gresta z javnim prevozom, ki pa je zelo nereden. Po navadi prosita koga, da ju pelje. op. a.]«
(oseba zasvojena z alkoholom).*

Žrtve nasilja v družini

Izsledki raziskave projekta MoST so, kot tudi že izsledki predhodne raziskave projekta *Skupaj za zdravje*, pokazali na ranljivost »žrtev nasilja v družini« (42 odgovorov), pri čemer so sogovorniki izpostavili »ženske žrtve nasilja« ali »matere v stiski«, ki imajo, kot izhaja iz odgovorov sogovornikov, kompleksne in prepletajoče se ranljivosti:

*»Pogoj za sprejem žensk v naš program je stiska, ki je lahko stanovanjska, materialna, osebnostna, zdravstvena, socialna stiska ... mi pri vsaki hitro ugotovimo, da ne gre zgolj za eno, ampak je večkrat kombinacija kompleksnih stisk. Tista, ki je brez strehe nad glavo, nekega lastnega bivanja, je največkrat tudi v hudi notranji, osebni stiski«
(zaposlena na nevladni organizaciji).*

*»Sprejemamo ženske iz celotne Slovenije. Veliko bolj previdni smo pri sprejemanju žensk iz našega območja [pove kraj, op. a.]. 'Težimo' in veliko sprašujemo o socialni mreži ženske, če pozna koga v tej občini, ali je v tem območju socialna mreža, povzročitelj nasilja. To so vse faktorji, razlogi, zakaj se tem ženskam ponudi možnost umika drugam. Ali mi to uredimo, morda pa tudi strokovni delavec na centru. Če ženska živi v naši občini, je veliko bolj nevarno, če pride k nam./.../. Za nas je bistvena varnost ženske«
(zaposlen na centru za socialno delo).*

Zaporniki in bivši zaporniki

Zapornike oziroma osebe po prestajanju zaporne kazni so kot skupino z ranljivostmi opredelili sogovorniki že v raziskavi projekta *Skupaj za zdravje*. Sogovorniki v raziskavi projekta *MoST* pa so ravno tako »zapornike« (7 odgovorov) in »bivše zapornike« (6 odgovorov) izpostavili kot skupino z ranljivostmi, ki je močno stigmatizirana in dodatno opozorili na priprte tujce:

*»/.../ zelo stigmatizirani, ko pridejo ven iz zapora, ožigosani, ko pridejo ven iz ambulate, že ko pridejo k medicinski sestri pred zdravnico, jih probajo čim hitreje odpraviti. To so tako majhni kraji, da ljudje takoj zvejo, še preden mi ven pridemo, imajo pa zapisano tudi v kartoteki. Če se ne boriš, si končal, tudi službo je težko dobiti. Ko je eden prišel iz zapora, je bil na zavodu osem mesecev in ga niti enkrat niso poklicali. Hodil je tudi na razna predavanja, od firme do firme po štempiljko, pa ni dela od nikoder«
(seba iz zavoda za prestajanje kazni zapora).*

*»Ranljive skupine v [pove kraj, op. a.] zaporu so tri: priporniki, obsojenci in tisti, ki so kaznovani v postopku za prekršek – za zdravstveno stanje zaprtih oseb je, ne glede na kategorijo, v zavodu zelo dobro poskrbljeno, ker tudi predpisi to določajo«. [Kot ranljivo skupino izpostavi še priprte tujce, op. a.]«
(zaposlen na zavodu za prestajanje kazni zapora).*

Ženske z različnimi ranljivostmi

Med ranljivostmi, ki izhajajo iz spola, lahko kot posebno kategorijo zaznamo ženske, o čemer priča 12 odgovorov sogovornikov raziskave projekta *MoST*, in sicer sogovorniki izpostavijo »ženske« na splošno (2 odgovora) in (po 1 odgovor) »ženske v socialni, materialni, stanovanjski stiski«, »ženske finančno odvisne od moža«, »ženske brez sredstev in brez zdravstvenega zavarovanja«, »gospodinje«, »ženske, ki se ločijo«, »mlade mamice«, »mamice z novorojenčki«, »ženske, ki ne morejo do ginekologa, ker ga ni« ter »ženske na kmetiji brez statusa« (2 odgovora):

»To je pa za [pove kraj, op. a.] značilno, da so to gorske, hribovske kmetije; niso zadostno velike, da bi bila oba zavarovana. In potem moški [poudarek sogovornice, op. a.] ima zavarovanje kmečko urejeno, zase si vse poštima, ženska je pa pri nas v evidenci. To so gospe, ki so zgarane. A veste, zaposlitve iskati ne more, ker ima toliko dela na kmetiji, mi od njih zahtevamo aktivno iskanje, kar je žalostno. Sistemsko bi to morali urediti, potem pa imajo nizke pokojnine, če jih sploh imajo, če nimajo tistih 15 let delovne dobe«
(zaposlena na Zavodu Republike Slovenije za zaposlovanje).

Iz odgovorov sogovornikov lahko vidimo, da gre pri skupini žensk z različnimi ranljivostmi za preplet ranljivosti, ki izhaja iz spola ter ranljivosti, ki izhaja iz socialno-ekonomskega položaja, starosti in ranljivosti, ki izhaja iz širših družbenih okoliščin.

Osebe z dolgotrajno boleznijo

Izsledki obeh raziskav tako projekta *Skupaj za zdravje* kot projekta *MoST* so pokazali na prepoznano ranljivost oseb z dolgotrajno boleznijo. V raziskavi projekta *Skupaj za zdravje* so sogovorniki omenjali osebe z več diagnozami in onkološke bolnike (Lipovec Čebren in drugi 2016, 16), v raziskavi projekta *MoST* pa »dolgotrajno bolne« (8 odgovorov) in »osebe s težko ozdravljivimi boleznimi«, pri čemer so izpostavili mlajše od 65 let, ki glede na zakonodajo ne morejo v dom starejših. Kot je razvidno iz odgovorov sogovornikov, gre tudi pri tej skupini z ranljivostmi za intersekcijskost oziroma prečenje različnih ranljivosti. Tako se ob ranljivostih, ki izhajajo iz zdravja (dolgotrajna bolezen) sočasno pojavljajo ranljivosti, ki izhajajo iz socialno-ekonomskega položaja in starosti:

»34 let sem bila zaposlena ... nato zbolela. Pred 8 leti sem šla za 4 ure v pokoj, 4 ure pa bila v službi. Pred letom dni pa postala brezposelna, ker zaradi bolezni nisem mogla več vzdigovat težkih bremen /.../ Je pa tudi prišlo, da nisem imela kaj v lonec dat«
(oseba z dolgotrajno boleznijo).

»Saj najprej probaš s tem, kar ti dajo, ampak ko ne pomaga in ne pomaga se pa lotiš zadeve sam. Probali smo že vse od konopljinega olja do raznih bio pripravkov. Sama sem že kmalu ugotovila, da so cene veliko nižje pri sosedih. /.../ Hodimo tja po zdravila. In kar dobiš tam, pride v Slovenijo šele čez kakšno leto. Finančno smo se zato zelo izčrpali ...«
(oseba z dolgotrajno boleznijo).

Osebe, ki živijo na geografsko oddaljenih območjih

Kot smo že pokazali na primeru skupine starejših prebivalcev, je geografska oddaljenost lahko vzrok ranljivosti in ne postavlja v ranljiv položaj zgolj starejših oseb, temveč tudi druge skupine prebivalcev (podobno so pokazali tudi izsledki raziskave *Skupaj za*

zdravje), kot so »družine na geografsko oddaljenih območjih« (1 odgovor), »ljudje, ki živijo v oddaljenih gorskih predelih« (1 odgovor), »ljudje, ki živijo v oddaljenih krajevnih skupnostih« (1 odgovor), »ljudje, ki živijo na osamelih kmetijah« (2 odgovora), »kmečke družine« (1 odgovor) ter »prebivalci na ruralnih območjih« (1 odgovor).

*»Ljudje, ki živijo v oddaljenih gorskih predelih, kjer nimajo niti mobilnega omrežja /.../ Ti ljudje dejansko nimajo dostopa do nekih čisto osnovnih informacij... to je recimo področje, ne vem, čim gremo gor proti [pove kraj, op. a.]. To je 30 km oddaljeno območje«
(zdravstveni delavec).*

Žrtve ekonomskega nasilja

Sogovorniki v raziskavi projekta *MoST* so, za razliko od prejšnje raziskave projekta *Skupaj za zdravje*, izpostavili »žrtve ekonomskega nasilja« (6 odgovorov). Med njimi predvsem starejše, za katere pravijo, da so s svojimi prejemki vir financ za vzdrževanje drugih mlajših družinskih članov, ki so brezposelni. Pri takih situacijah finančnega nasilja se pogosto, po besedah sogovornikov, ohranja obstoječi status, saj nihče ne želi nikogar prijaviti.

*»Kdaj dobim občutek, da ti starši živijo samo še zato, da lahko vzdržujejo družinske člane, ki na nek način niso zaposleni, ali imajo premalo ali kakorkoli. Zdaj imam jaz en primer, da je mama prepisala vse na hčerko, tudi vso penzijo ji da, s tem namenom, da bo zanjo skrbela /.../ Zdi se mi, da je te vrste nasilja kar precej. In ker je vsem nerodno, da se to dogaja, se vsi delamo, da nihče nič ne ve. Ker če želiš sprožiti debato, pa je treba takoj prijaviti tako nasilje na policijo, tega pa ljudje ne marajo«
(zdravstvena delavka).*

*»Zelo dobro sem videla ... razbita vrata, ono, tretje ... ampak ko sem pa vprašala, pa je rekla da ne /.../ lahko samo opazuješ in vidiš, da nekdo propada, pa ne smeš nič narediti«
(zdravstvena delavka).*

Istospolno usmerjene osebe

Za razliko od raziskave projekta *Skupaj za zdravje*, kjer izsledki niso pokazali na ranljivost izhajajočo iz spolne usmeritve, so nanjo pokazali izsledki raziskave projekta *MoST*. Glede ranljivosti izhajajoče iz spolne usmeritve so sogovorniki izpostavili »istospolno usmerjene posameznike« (1 odgovor), »istospolne družine« (1 odgovor) in »LGTB skupine« (2 odgovora):

»Ljudje, ki so zaradi svojih spolnih praks stigmatizirani in imajo zato strah hoditi k zdravniku, strah pred obravnavo, kakršnokoli, v okviru zdravstva, zaradi tega, ker se bojijo, da bi ljudje od njih zahtevali preveč informacij, da bojo te informacije nenadzorovano se širile

okrog in tako naprej /.../ obstaja pač kup enih klasifikacij tudi znotraj spolnih praks, spolnih identitet, ki so in jih ljudje prikrivajo ali pa ne, da jih prikrivajo, ampak na drugi strani nočejo niti vstopati v stik z zdravstvenim sistemom, ker se bojijo, da bo to en način razkritja in ostajajo izven zdravstvenega sistema /.../ ja, so zaposleni, ja imajo zavarovanja, ja, imajo na videz dostopnost do vseh storitev, kar se mobilnosti tiče in fizične dostopnosti, ampak ne izkoriščajo ne enega, ne drugega, ne tretjega, zaradi tega strahu, ki ga pač imajo pred tem, da se bo to razvedelo, da se bo to delilo, da bo to treba na nekem obrazcu napisati /.../ smo imeli ljudi, ki niso želeli priti k zobozdravniku zaradi tega, ker je bilo treba pač tam napisati, če obstaja možnost, da na tistem vprašalniku, da imaš pač HIV oziroma karkoli že»

(zdravstveni delavec).

Spolne delavke

Sogovorniki v raziskavi projekta *MoST* so kot »ranljive« osebe navedli tudi spolne delavke (ki jih raziskava projekta *Skupaj za zdravje* ni pokazala), in sicer »prostitutke« (2 odgovora) in »spolne uslužbenke« (1 odgovor), ki so stigmatizirane na več nivojih:

»Prostitucije je na [pove kraj, op. a.] ogromno. Veliko jih je tudi odvisnic, ki so stigmatizirane na več nivojih – zasvojenka, prostitutka, ženska, pogosto tujka« (zaposlena na nevladni organizaciji).

Urbano in ruralno okolje ter vplivi na ranljivost

Obsežen terenski material pridobljen z raziskavo v projektu *MoST* omogoča preizkušanje raziskovalcev glede različnih tem. Med neštetimi možnostmi smo se odločili za vprašanje, ki izhaja iz naslova tega razdelka. Sogovorniki v raziskavi projekta *MoST* so mestoma samodejno izpostavljali specifične urbanega ali ruralnega okolja. Urbano v tem poglavju razumemo kot mestno in ruralno kot vaško okolje.

Raziskovana okolja s svojo lokalno samoupravo (občine in mestne občine, mestne četrti in krajevne skupnosti), geografsko lego, naravnimi danostmi, različnim številom in sestavo prebivalstva, razvitostjo infrastrukture in gospodarskih panog ter potencialov razvoja in možnostjo zdravih izbir so prav tako heterogena, kot so skupine prebivalcev. Pristop kvalitativnega raziskovanja nam je omogočil ne samo zaznavanje raznolikih ranljivosti in številnih heterogenih skupin z ranljivostmi, temveč tudi zaznavo specifičnosti posameznih okolij. Pri obravnavi ranljivosti je potrebno zmeraj znova upoštevati družbeno-kulturni kontekst, saj kot smo ugotovili na podlagi izsledkov raziskave projekta *MoST*, nekje namreč določena skupina z ranljivostmi močno izstopa in jo v lokalni skupnosti povezujejo s specifično problematiko, v drugem lokalnem okolju pa se ista skupina ne sooča z večjimi težavami. Tip naselja namreč lahko vpliva na ranljivost na različne načine.

Tako je na primer v nekaterih okoljih izrazit problem z zasvojenostjo z alkoholom, izrazita je brezperspektivnost mladih, spet drugje opažajo močan porast težav v duševnem zdravju in nenazadnje je urbano ali ruralno okolje lahko tako prednost kot slabost, ki zmanjšuje ali povečuje ranljivosti. Giddens pravi, da so nekateri socialni delavci mnenja, da je socialna izključenost na vasi enaka, če ne celo večja, kot v mestu (Giddens 2007, 328). V majhnih vaseh in na redko poseljenih območjih je dostopnost do storitev in drugih ugodnosti manjša kot v gosteje poseljenih območjih. Bližino osnovnih storitvenih dejavnosti, kot so ambulate, pošta, šola, cerkev, knjižnica in javne službe razumemo kot nujno predpostavko za aktivno, polno in zdravo življenje, vendar imajo prebivalci vasi pogosto omejen dostop prav do osnovnih storitvenih dejavnosti in so odvisni od tistega, kar obstaja v lokalni skupnosti. Dostopnost do prevoza močno vpliva na izključenost vasi. Prav tako so nekatera območja povezana z javnim prevozom le nekajkrat na dan ali pa sploh ne (prav tam). Podobne vidike socialne izključenosti in omejenega dostopa do osnovnih storitvenih dejavnosti v ruralnem okolju, kot jih omenja Giddens, smo prepoznali tudi v raziskavi projekta MoST.

Na podlagi izsledkov raziskave MoST ugotavljamo, da v določenih predelih podeželja prihaja do težav na več nivojih. Že v prejšnjem razdelku tega poglavja, kjer smo govorili o skupinah z ranljivostmi, smo osebe, ki živijo na geografsko oddaljenih območjih, opredelili kot skupino z ranljivostmi. Sogovorniki so v povezavi s starejšimi osebami pogosto omenjali socialno izključenost, osamljenost, pomanjkanje socialne mreže in izoliranost. Slednje so omenjali tudi v povezavi s tujejezičnimi priseljenci, predvsem ženskami, ki ne znajo slovenskega jezika in nimajo veliko socialnih stikov. Socialno izključenost so povezovali tako z urbanim kot ruralnim okoljem. Osamljen je lahko človek na vasi ali tudi v mestu:

»Starejši na podeželju, starejši v mestih, različne oblike ranljivosti so. V mestu je dostopnost do storitev boljša, je pa osamljenost večja; na podeželju je ravno obratno, morda je manj osamljenosti, je pa veliko težja dostopnost do storitev. Najprej smo se zavedali te nedostopnosti na podeželju /.../ ampak potem smo se zavedali, da v samem mestu so pa starejši še bolj izolirani v svojih stanovanjih. Te stavbe so starejše, nimajo dvigal in zna biti še hujše kot na podeželju« (zaposlena na občini).

V nekaterih lokalnih okoljih, kot kažejo izsledki raziskave projekta MoST, pa je izrazita nedostopnost do storitev ravno zaradi geografske oddaljenosti in tudi naravnih danosti, kot so hriboviti in gorski predeli:

»Mislim podeželje je še kar problematično, bi ga moral še kdo obvladovati, ne samo prostovoljci. ... In sploh vedti, kaj se s temi ljudmi dogaja. Nimamo celovite slike. /.../ poleti ni problem, tudi kolesarji obveščajo, pozimi pa, če je huda zima, pa je to kar težava. ... Jaz mislim, da bi mogla biti v družbi ena institucija, ki bi dejansko skrbela, bi imela evidenco za vse prebivalce, tudi tiste ... ne te v mestu, ampak tiste, ki so bolj proč. A kdo pomisli tam na enega

človeka tam nekje, pri nas je na primer [pove kraj, op. a.] en tak oddaljen zaselek. A kdo pomisli tam, kako živijo, kako živi ena stara ženica sama?»
(zaposlena na nevladni organizaciji).

»Tam je po 10 km ponekod do zdravstvene postaje. Do sem, torej do zdravstvenega doma [pove kraj, op. a.], je 30 ali pa več km /.../ Tudi nedostopni tereni so, imeli so ogromno plazov, poplave so bile, in so bili tudi dolgo, nekaj dni, čisto odrezani /.../«
(zaposlena v terciarni zdravstveni instituciji).

Enoznačnega odgovora na vprašanje, ali je urbano oziroma ruralno okolje prednost ali slabost, ki zmanjšuje ali povečuje ranljivosti, ni mogoče podati. Sogovorniki so zaznavali ovire v dostopu do zdravstvene ali druge oblike pomoči, ustanov in drugih virov izhajajoče tako iz urbanega kot ruralnega okolja, vendar so večkrat omenjali slednje, in sicer: »zaprtost družin v lokalnem okolju«, »zaprta vaška okolja«, »strah in izgubljenost podeželskih ljudi pri napotitvah v druge kraje«, »izginjanje določenih storitev v oddaljenih krajevnih skupnostih in izseljevanje družin zaradi pomanjkanja delovnih mest«. Ob navedenih ranljivostih, ki izhajajo iz ruralnega okolja, pa so sogovorniki omenjali tudi prednosti, kot so »medsosedska pomoč na vasi«, »sosedska mreža, ljudje popazijo drug na drugega, povezanost ljudi na podeželju«, »skrb drug za drugega je večja kot v mestih«, »prednost manjšega okolja, kjer vedno koga poznaš«. Da je v primerjavi z mestnimi gospodinjstvi v kmečkih gospodinjstvih prisotna pogostejša skrb za bolne in ostarele člane gospodinjstva in sobivanje več generacij, sta ugotavljali tudi že Kneževič Hočevar in Črnič Istenič v svoji raziskavi (Kneževič Hočevar in Črnič Istenič 2010, 120–121). Izsledki raziskave projekta MoST pa kažejo na kompleksnost vzročno posledičnih ranljivosti, ki izhajajo iz specifičnosti okolja tako v urbanem kot ruralnem okolju. Za vsakršne natančnejše opredelitve pa bi bila potrebna dodatna poglobljena raziskava.

Ovire pri dostopu do zdravstvene in drugih oblik pomoči

Ranljivosti in neenakosti v zdravju smo v raziskavi projekta MoST razumeli kot družbene pojave, ki vplivajo na to, da ima posameznik ali družbena skupina otežen dostop do družbenih virov, s katerimi si zagotavljajo ohranjanje zdravja ali skrb zanj. Še več, izsledki raziskave projekta MoST kažejo, da se z neenakostmi v zdravju v veliki meri soočajo tisti, ki imajo otežen dostop tudi do drugih družbenih virov – to pa so pokazali tudi izsledki raziskave projekta *Skupaj za zdravje* (glej Lipovec Čebren in drugi 2016, 15). Zato je bil osrednji del raziskave osredotočen na ovire pri dostopu do zdravstvene ali tudi drugih oblik pomoči.

Izsledki raziskave projekta MoST so pokazali na številne zelo raznolike ovire, ki jih imajo posamezniki z ranljivostmi pri dostopu do zdravstvene in drugih oblik pomoči, storitev, različnih ustanov ter najrazličnejših virov. Tematika ovir v dostopu do zdravstva je bila ena

izmed treh ključnih raziskovalnih tem tudi že v raziskavi projekta *Skupaj za zdravje*, ko so izsledki le-te pokazali na podobne, ponekod identične, ovire v dostopu do zdravstva, kot so to pokazali izsledki raziskave projekta *MoST*. V obeh raziskavah ovir nismo želeli »izolirati« zgolj na dostop do zdravstva, saj, kot smo napisali v poglavju *Neenakosti in ranljivosti v zdravju: izhodišča za raziskavo*, zdravje, bolezen in zdravljenje razumemo kot družbene pojave, ki so odvisni od številnih dejavnikov in izsledki obeh raziskav kažejo prav to, da je dostop do zdravja v veliki meri pogojen z dostopom do različnih družbenih virov. Če pogledamo, katere ovire so bile identično zaznane v obeh raziskavah (v razmiku 5 let), vidimo, da so to: socialno-družbene ovire; ovire, ki izhajajo iz geografske oddaljenosti in neprilagojenosti ustanov za osebe z različnimi oblikami oviranosti; ovire v dostopu do zdravstvenega zavarovanja ter ovire, ki izhajajo iz delovanja zdravstvenega sistema, kot so dolge čakalne dobe, plačilo ali doplačilo zdravstvenih storitev in doplačila zdravil ter pomanjkanje strokovnega kadra. Izsledki obeh raziskav kažejo tudi na ovire v dostopu do preventivnih programov in obravnav. Sogovorniki v raziskavi projekta *MoST* so izpostavili ovire pri promociji zdravja v kontekstu revščine, premajhno prisotnost zdravstvenih delavcev/programov/delavnic v lokalni skupnosti, poplavo zavajajočih vsebin glede zdravja in pomanjkanje ustreznih znanj in veščin za delo z »ranljivimi skupinami«.

Ovire lahko zaznamo v različnih permutacijah, ki se, na podlagi odgovorov sogovornikov, pojavljajo v več raziskovanih okoljih. Ker se z nekaterimi ovirami podrobneje ukvarjamo v drugem delu monografije, ki sledi temu poglavju, naj na tem mestu opozorimo le na ključne vidike, ki lahko bralcem pomagajo pri krmarjenju po nadaljnjih straneh.

Ovire niso lastnost posameznika ali družbenih skupin. Na terenu smo velikokrat slišali izjave, v katerih so sogovorniki ovire določenih družbenih skupin pripisovali domnevno intrinzičnim lastnostim teh skupin. Sogovornica se je na primer takole izrekla o neki skupini prebivalcev: »Mi opažamo, da zelo veliko sami pripomorejo, da so ranljivi, ves čas pričakujejo, da samo ena stran sprejema, dela, vse pričakujejo, da jim bo dano na dlani«. Velikokrat smo tudi slišali, da naj bi določene skupine prebivalcev ne znale skrbeti za lastno zdravje, naj ne bi upoštevale pravil sistema zdravstvenega varstva in podobno. Take in podobne izjave so problematične tako z akcijskega vidika, saj morda potihoma sugerirajo, da v teh situacijah ni mogoče nič ukreniti, kot tudi z vidika stereotipnega in totalnega portretiranja – izrečeno naj bi veljalo za vse člane neke skupine – in to v navideznem družbenem vakuumu, brez družbenega konteksta. Še nevarnejša potencialna implikacija pa je želja po popravljalnih pristopih, ki bi imeli kot cilj zmanjševanja neenakosti to, da različni strokovnjaki »spremenijo« lastnosti določene družbene skupine. Če nevzdržnost pripisovanja ovir določeni strani (uporabnikom ali izvajalcem zdravstvenih storitev) pojasnimo na primeru: dejstvo, da tujejezični uporabniki ne govorijo slovensko, zdravstveno obravnavo ovira ravno v tolikšni meri kot dejstvo, da zdravstveni delavci ne govorijo določenega tujega jezika oziroma da v Sloveniji zaenkrat nimamo systemskega načina reševanja jezikovnih in kulturnih ovir (več o tem v poglavju *Jezikovne in kulturne ovire v zdravstvenih ustanovah*). Ovir pa ne gre razumeti nepristransko – neenakosti v zdravju in v dostopu do zdravstva terjajo opredelitev primernih načinov, kako naj jih zmanjšamo. Paradigma enakosti v zdravju, ki nam pomeni izhodišče za pristop k raziskovanju, analizi in akcijskemu angažmaju, izhaja iz predpostavke, da pristop zagotavljanja

enake obravnave za vse ne pomeni enakosti v njeni dostopnosti. To pomeni, da mora biti ista zdravstvena storitev vsakokrat prilagojena glede na specifične potrebe specifičnega uporabnika.

Ovire so relacijska kategorija. Če ovir ne razumemo kot lastnosti določenih posameznikov ali družbenih skupin, jih lahko razumemo kot take, ki vznikajo v odnosu med temi posamezniki ali skupinami in določeno zdravstveno storitvijo ali čim drugim. Za primer lahko vzamemo jezikovne ovire. To, da tujejezični uporabnik ne govori slovensko, še ne pomeni ovire same po sebi. Težava lahko nastane pri dostopu do storitve, ki se ne zmore odzvati na to specifiko. Če ima, na primer, določena klinika urejeno klančino ali dvigala za gibalno ovirane, se slednji ne bodo srečevali s težavami, s katerimi bi se, če klančine ali dvigala ne bi bilo. To, ali bo določen fenomen postal ovira ali ne, je torej stvar odnosa med različnimi družbenimi akterji, v našem primeru večinoma med uporabniki zdravstvenega sistema in tem sistemom.

Ovire so kontekstualne. Ob precejšnji količini intervjujev, ki smo jih opravili v raziskavi projekta *MoST*, se nam je najprej zdelo mikavno predstaviti ovire v kataloški obliki. Naštevane ovir pa ne bi bilo utemeljeno, kajti zgolj naštevane brez umestitve v kontekst in razlage lahko privede do napačne interpretacije. Do podobnih ovir lahko namreč v različnih družbenih kontekstih prihaja iz različnih razlogov. Tako se lahko na primer dve različni osebi soočata z zdravstveno nezavarovanostjo, vendar prva zato, ker zaradi stečaja podjetja ne more odplačati svojih dolgov do zavarovalnice, druga pa morda zato, ker v zakonu, ki ureja to področje, ni predvidena kategorija, v katero bi spadala.

Definiranje ovir je odvisno od pozicije izrekanja. Sogovorniki so ovire izpostavili vsak na svoj način, skladno s svojimi nazori, strokovnimi stališči, svojo umeščenostjo v vzpostavljene odnose z drugimi akterji v lokalnem okolju in podobnim. Pri analizi je treba biti senzibilen za samo formulacijo ovire s strani sogovornikov. Nekateri bodo rekli, da je ključna ovira žensk v dostopu do zdravstva v določenem kraju pomanjkanje specialista ginekologa, spet drugi pa bodo lahko kot poglavitno težavo videli pomanjkanje bolj razvitih prometnih povezav do specialista v drugem kraju. To je eden izmed dodatnih razlogov, zakaj se nismo odločili za posploševanje ovir ali za njihovo nekritično kataloško navajanje.

Do ovir prihaja na različnih ravneh. Najprej naj opozorimo na ovire, ki izhajajo iz odnosa med posameznikom ali določeno družbeno skupino na eni strani in normativno državno ureditvijo na drugi strani. Na kratko bi te ovire lahko opisali predvsem kot posledico neumeščenosti posameznika v administrativne kategorije, ki bi mu podelile upravičenost do koriščenja določenega paketa storitev, do vrste storitve ali denarne transakcije. V prvem primeru je pogosta administrativna ovira ta, da določeni statusi niso predvideni v zakonski podlagi za vstop v sistem na primer obveznega zdravstvenega zavarovanja (za več o tem glej poglavje *Izključujoča univerzalnost: nezavarovani v slovenskem zdravstvenem sistemu in vpliv ekonomske krize na zdravstveno zavarovanje*). V drugem primeru se ovira pojavi takrat, ko posameznik ne ustreza vsem kriterijem, ki bi mu podeljevale upravičenost do določene posamične storitve, na primer patronažnega obiska. V tretjem primeru, prav tako pogostem kot sta oba prejšnja, pa gre za to, da na primer posameznik kljub dejanskemu pomanjkanju in revščini presega cenzus za prejemanje denarne socialne pomoči. Vse te

ovire družijo dejstvo, da ovirajo dostop do določenih virov. V tem smislu jih lahko razumemo kot bolj sistemske in zato nadredne vsem drugim oviram. Na podobni »makro« ravni prihaja tudi do drugih družbenih procesov, za katere lahko rečemo, da odločilno vplivajo na dostop do družbenih virov – tudi takih, ki so povezani s skrbjo za zdravje – na primer revščina oziroma materialno prikrajšanje, družbena marginalizacija in diskriminacija. Seveda lahko poleg teh govorimo tudi o ovirah, ki so opaznejše na drugih ravneh (na primer v medosebnih kontekstih vsakdanjega življenja ali na ravni fizičnih ali duševnih stanj posameznika), za katere lahko domnevamo, da naredijo človeka ranljivejšega za iskanje pomoči/podpore, vendar je tudi za te vedno moč najti višje, bolj strukturne dejavnike.

Na porajanje ovir lahko pogledamo z vidika »kronologije« dostopanja do določene zdravstvene storitve, torej glede na to, ali se ovira pojavi pred ali med dostopom nje. Ovire, ki smo jih opisali v zgornjem odstavku, se zagotovo pojavljajo preden bi posameznik lahko resnično dostopal do določene storitve, saj dostop blokirajo že na deklarativni ravni. Za razliko od njih se ljudje srečujejo s kopico drugih ovir, ki nastajajo, medtem, ko že dostopajo do zdravstvenih storitev. Nekateri uporabniki nedovoljenih drog recimo imajo dostop do zobozdravstvenih storitev, vendar je lahko njihova stigma dejavnik, ki zdravstvene delavce odvrne od zagotavljanja storitev. Do težav lahko prihaja tudi pri zagotavljanju kontinuiranega dostopa do določene storitve, kar literatura marsikdaj označuje s pojmom »osip« – nekatere osebe s težavami v duševnem zdravju na primer ne dostopajo do psihiatričnih storitev zaradi preteklih izkušenj z njimi, ki jih dojemajo kot negativne. Če govorimo o ovirah z vidika dostopanja do določene storitve, je še posebej pri primerih dela z ljudmi z več hkratnimi in kompleksnimi potrebami pomembna koordinacija oziroma integracija teh storitev (več v poglavju *Oskrba starejših prebivalcev in vprašanje integracije v zdravstvu, sociali in skupnosti*), saj so lahko slednje nekoordinirane, kar lahko pomeni oviro z vidika uporabnika.

Ovire so pogosto medsebojno prepletene (podobno kot skupine z ranljivostmi), pri čemer so njihovi vzroki in posledice pogosto večplastni in ne enoznačni. Raznolikost in prepletenost ovir je lahko prisotna tudi v enem samem primeru, kot to izhaja iz spodnjega citata. Posamezniki imajo lahko v dostopu do storitev ali pomoči tako socialno-ekonomske ovire kot ovire, ki izhajajo iz zdravstvenega stanja, in ovire v dostopu do zdravstvenega zavarovanja:

»Bila sta mož in žena, ki sta oba izgubila denarno socialno pomoč, poleg tega sta bila kronična bolnika in leto, dve ali celo tri nista bila pri zdravniku, kar je njuno stanje zelo poslabšalo, možki je celo hitro po tem umrl./.../ Problem je v tem, da ne morejo prodati tisto eno šestino, katero presegajo in niti je ne morejo dati v najem. 50 evrov je ogromno denarja za nekoga, ki ga nima.«
(zaposlen na nevladni organizaciji).

Prakse premoščanja ovir

Ob številnih ovirah, s katerimi se srečujejo skupine ali osebe z ranljivostmi v dostopu do zdravstvene ali druge oblike pomoči, so izsledki raziskave projekta *MoST* pokazali tudi na mnogotere oblike premoščanja ovir. Načini premoščanja ovir so prav tako heterogeni kot skupine z ranljivostmi in izvzemši že vpeljane sistemske rešitve lastni posameznim lokalnim okoljem.

Ker bi bilo navajanje vseh oblik in načinov premoščanja ovir nemogoče, naj na tem mestu navedemo le glavne sklope. Na podlagi izsledkov raziskave projekta *MoST*, lahko povzamemo nekatere glavne vidike zaznanih praks premoščanja ovir v dostopu do zdravstvene ali drugih oblik pomoči.

Kot prvi sklop lahko opredelimo **sistemsko vpeljane prakse**, pri katerih gre za ureditve, politike in programe/storitve, ki naslavlja potrebe ljudi, ki se soočajo z ovirami v dostopu do zdravstva. Na ravni ureditev je na primer to najširše gledano vsa zakonodaja povezana z zdravstveno in socialno varnostjo ter okoljem in prostorom. Na ravni politik bi lahko rekli, da so to razni (strateški) dokumenti, resolucije in strokovne delovne skupine, ki obravnavajo oziroma naslavlja ovire skupin ali oseb z ranljivostmi. Kar se tiče storitev/programov pa med sistemsko vpeljane prakse sodijo le tisti, ki so sistemsko financirani.

Nadalje smo v raziskavi projekta *MoST* opazili **socialno naravnost lokalnih okolij** in institucij ter njihovo (ne)formalno sodelovanje. Velikokrat smo na terenu odkrili na primer požrtvovalnost nekaterih zdravstvenih ali drugih delavcev, ki so opravljali naloge izven svojega delovnega časa in podobno, da bi posameznikom zagotovili potrebno oskrbo, ki je sicer le-ti ne bi bili deležni. Kdaj je bilo tako naravnost čutiti ne le na ravni posameznega zaposlenega, temveč v celotnih timih ali organizacijah. Spet drugje so se v lokalnih okoljih organizirale posebne skupine za pomoč osebam z ranljivostmi.

Nadalje obstaja precej **programov in projektov** (financiranih iz različnih virov, tako tujih, državnih ali lokalnih), ki naslavlja ranljivosti in potrebe določenih skupin. Sem prištevamo zdravstvene storitve (ki so projektno financirane in še niso del sistema), socialnovarstvene programe namenjene specifičnim skupinam ter programe humanitarne in materialne pomoči in podobno. Ti odgovori niso vedno ozko usmerjeni na širjenje dostopa do zdravstva, vendar imajo lahko tudi take učinke. Te prakse so večinoma domena nevladnega sektorja in jih kot take ne razumemo kot sistemske, saj so podrejene sistemu razpisnega financiranja in projektne delovanja.

Obstaja tudi kopica **neformalne pomoči**. Nekateri na primer kdaj pospremijo starejšega sosesa s svojim avtom na zdravstveno obravnavo in s tem zagotovijo njegov dostop do nje. Spet drugim pravice in dostop do zdravstva pomagajo urejati družbena gibanja ali aktivistične skupine.

Morda še najmanj raziskane so ostale **storitve na trgu**. Predpostavljamo, da sogovorniki na terenu o njih niso izčrpno govorili prav zato, ker ostajajo take vrste pomoči nedostopne najranljivejšim predvsem zaradi njihove finančne nedostopnosti.

Kaj pa zdravstvo? Kako je in lahko prispeva zdravstvo na primarni ravni zdravstvenega varstva k zmanjšanju neenakosti?^[18] Zdravstveni domovi so v okviru projekta *Nadgradnja in razvoj preventivnih programov ter njihovo izvajanje v primarnem zdravstvenem varstvu in lokalnih skupnostih – Krepitev zdravja za vse*, ob strokovni podpori Nacionalnega inštituta za javno zdravje, v letih 2018–2019 izvajali vrsto aktivnosti, ki naslavlajo ranljivosti in premoščajo nekatere ovire v lokalnem okolju, in sicer

- odprta vrata za zdravje in aktivnosti centra za krepitev zdravja v lokalni skupnosti;
- posvetovalnice v lokalni skupnosti, ki jih izvaja diplomirana medicinska sestra iz patronažnega varstva;
- izvedli so dve samooceni zdravstvenega doma glede zagotavljanja enakosti v zdravstveni oskrbi ranljivih skupin z načrtovanjem in izvajanjem ukrepov;
- izvedli so presoje ustreznosti objektov in komunikacijskih ukrepov zdravstvenega doma za osebe z gibalno in senzorično oviranostjo ter namestili slušno induktivno zanko in/ali kupili prenosno slušno induktivno zanko;
- zagotovili so prisotnost medkulturnega mediatorja pri izvajanju preventivnih obravnav;
- sodelovali so pri *analizi ranljivosti in neenakosti v zdravju v lokalnih skupnostih*;
- se udeležili izobraževanja *Razvijanje kulturnih kompetenc za zdravstvene delavce* in izobraževanja *Pristopi za zmanjševanje neenakosti oviranih in invalidnih oseb v zdravju* ter
- vzpostavili so in sodelujejo pri delovanju lokalne skupine za krepitev zdravja, s čimer se udejanja skupnostni pristop k zdravju, ki je eden od učinkovitih načinov za naslavljanje ranljivosti, zmanjševanje neenakosti in krepitev zdravja vseh.

Naštete aktivnosti naslavljanja ranljivosti so bile v letih 2018 in 2019 projektne aktivnosti v 25 izbranih zdravstvenih domovih in bi jih kot take lahko umestili v sklop programov in projektov financiranih iz različnih virov. Vendar pa se te aktivnosti izvajajo tudi v letu 2020 (prav tako so že podani predlogi za izvajanje v letu 2021) in so financirane preko Splošnega dogovora za zdravstvo. Ker pa se še ne izvajajo v vseh zdravstvenih domovih, pomeni, da niso v celoti sistemsko financirane, zato jih še ne moremo umestiti med sistemsko vpeljane prakse.

Izsledki raziskave projekta *MoST* so pokazali na številne skupine z ranljivostmi, na kopicu ovir v dostopu do zdravstvene in drugih pomoči. Pokazali pa so tudi, da lokalna okolja pogosto niso distancirana od ranljivosti posameznikov ali skupin, da so ob sistemskih rešitvah kreirala tudi lastne načine premoščanja ovir bodisi z različnimi projekti in aktivnostmi bodisi s sodelovanjem z različnimi ustanovami ali z deležniki. Prav tako so bili zaznani tudi napor za vpeljavo sistemskih praks premoščanja ovir.

18 Gre za 25 izbranih zdravstvenih domov, v okoljih katerih se je izvedla tudi raziskava »Analiza ranljivosti in neenakosti v zdravju v lokalnih skupnostih«.

Sklepne misli in ugotovitve

Odkar obstaja družba, obstajajo tudi skupine in posamezniki z različnimi ranljivostmi. Le da je od vsakokratnih družbenih okoliščin in drugih silnic, ki se odvijajo tako na makro, mezo kot mikro ravni družbe, odvisno, ali jih ta ista družba zmore zaznati, prepoznati in ali je sposobna v danem času in prostoru eksplicitno odreagirati z namenom zagotavljanja občega blagostanja in kakovostnega bivanja za vse prebivalce.

V pričujočem poglavju smo na podlagi izsledkov raziskave projekta *MoST* (in mestoma primerjalno z izsledki raziskave projekta *Skupaj za zdravje*) predstavili in razpravljali o heterogenih skupinah z ranljivostmi. Ta razprava ne bi bila možna brez dojetanja interkategoričnosti, intersekcijskosti, videnja večplastnosti in kompleksnosti ranljivosti, ki prečijo številne skupine. Že znotraj ene same skupine z ranljivostmi so lahko velike razlike, ena ovira je lahko skupna več skupinam z ranljivostmi. Skupin z ranljivostmi in prav tako njihovih ovir v dostopu do različnih storitev ali oblik pomoči ni mogoče hierarhizirati, niti ukalupljati v enovite, hermetično zaprte kategorije. Pristop kvalitativnega raziskovanja nam je omogočil ne samo zaznavanje raznolikih ranljivosti in številnih heterogenih skupin z ranljivostmi, temveč tudi zaznavo specifičnosti posameznih raziskovanih okolij. Tako smo se spraševali o vplivih urbanega in ruralnega okolja na ranljivost in ugotovili, da enoznačnega odgovora ne moremo podati. Izsledki raziskave projekta *MoST* kažejo na kompleksnost vzročno posledičnih ranljivosti, ki izhajajo iz specifičnosti okolja tako v urbanem kot ruralnem okolju, prav tako pa izsledki kažejo tudi na prednosti enega in drugega okolja.

Podati smo želeli tudi odgovor na vprašanje, s katerimi ovirami v dostopu do zdravstvene ali drugih oblik pomoči, ustanov, storitev in drugih virov se soočajo skupine z ranljivostmi. Izsledki raziskave projekta *MoST* namreč kažejo, da je dostop do zdravja v veliki meri pogojen z dostopom do različnih družbenih virov. Ovire se medsebojno prepletajo, pri čemer so njihovi vzroki in posledice pogosto večznačni. Prepoznane so bile raznovrstne ovire, ki so se pojavljale na mnogih področjih od osebnih do zdravstvenih in širše družbenih. Tematika ovir v dostopu do zdravstvene in drugih oblik pomoči je bila ena izmed treh ključnih raziskovalnih tem tudi že v raziskavi projekta *Skupaj za zdravje*, ko so izsledki le-te pokazali na podobne, ponekod identične, ovire v dostopu do zdravstva, kot so to pokazali izsledki raziskave projekta *MoST*.

Ob številnih ovirah, ki jih imajo skupine ali osebe z ranljivostmi v dostopu do zdravstvene ali druge oblike pomoči, so izsledki raziskave projekta *MoST* pokazali tudi na mnogotere prakse premoščanja ovir. Načini premoščanja ovir so prav tako heterogeni kot skupine z ranljivostmi in izvzemši že vpeljane sistemske rešitve lastni posameznim lokalnim okoljem. Na podlagi izsledkov raziskave projekta *MoST* lahko prakse premoščanja ovir v dostopu do zdravstvene ali drugih oblik pomoči, v grobem razdelimo na sistemsko vpeljane (že uveljavljene) prakse ter lokalno specifične prakse. Čeprav prakse premoščanja ovir obsegajo tako lokalno specifične kot že sistemsko vpeljane in uveljavljene prakse, bo za mnoge prepoznane ovire potrebno šele poiskati načine premoščanja na več ravneh. Že zdavnaj, to je ob samem načrtovanju prve raziskave v projektu *Skupaj za zdravje*,

smo presegli okvire enega samega resorja. Tudi če bi si naredili okvir zgolj posameznega področja in pri njem vztrajali, bi nas izsledki raziskav ponesli izven njega. Iskanje rešitev na podlagi izsledkov pa nujno terja sodelovanje in usklajevanje več resorjev.

Poskus sistematizacije izsledkov raziskave v pričujočem poglavju, glede skupin z ranljivostmi, njihovih ovir v dostopu do zdravstvene ali drugih oblik pomoči in praks premoščanja težav, v celoto, je predstavljal nemalo ovir in preizpraševanj. Na eni strani zaradi obilice informacij in obsežnega terenskega materiala, na drugi pa zaradi vseh kompleksnosti, večplastnosti, interkategoričnosti in intersekcijskosti same ranljivosti. Zavedamo se, da ni bilo mogoče popisati vsega do podrobnosti in da smo morda tudi kaj spregledali, a vendar upamo, da smo s tem poglavjem vsaj delno zapolnili vrzel v poznavanju neenakosti in ranljivosti v zdravju v Sloveniji.

Literatura

Giddens, Anthony. 2007. Sociologija. Zagreb: Nakladni zavod globus.

Huberman, Michael in Miles Matthew. 1994. Qualitative data analysis: an expanded sourcebook. London: Sage.

Huberman, Michael in Miles, Matthew. 1998. Data Management and Analysis Methods. V Collecting and Interpreting Qualitative Materials, ur. Norman K. Denzin in Yvonna S. Lincoln, 179–211. London: SAGE.

Jones, Roger. 1995. Why do qualitative research? It should begin to close the gap between the sciences of discovery and implementation. British Medical Journal. 311: 42.

Knežević Hočevar, Duška in Majda Černič Istenič. 2010. Dom in delo na kmetijah: raziskava odnosov med generacijami in spoloma. Ljubljana: Založba ZRC, ZRC SAZU.

Konvencija Združenih narodov o pravicah invalidov. 2017. Pridobljeno 20. oktobra 2020. <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MK/Zakonodaja-ki-ni-na-PISRS/Kulturna-raznolikost/1c24133420/Konvencija-o-pravicah-invalidov.pdf>.

Lipovec Čebren, Uršula, Marjeta Keršič-Svetel in Sara Pistotnik. 2016. 'Zdravstveno marginalizirane - "ranljive" skupine: ovire v dostopu do sistema zdravstvenega varstva in v njem.' V Ocena potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle: ključni izsledki kvalitativnih raziskav in stališča strokovnih delovnih skupin, ur. Jerneja Farkaš-Lainščak, 14-5. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Pucelj, Vesna, ur. 2020. Promocija zdravja za mlade v lokalni skupnosti. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. V tisku.

Saldana, Johnny. 2003. Longitudinal Qualitative Research: Analyzing Change through Time, Walnut Creek CA: AltaMira Press.

Seale, Clive, Gianpietro Gobo, Jaber Gubrium in David Silverman. 2004. Introduction: Inside Qualitative Research. V Qualitative Research Practice, ur. C. Seale in drugi. 1–13 London: SAGE.

Izključujoča univerzalnost: nezavarovani v slovenskem zdravstvenem sistemu in vpliv ekonomske krize na zdravstveno zavarovanje

Sara Pistotnik

Uvod

*»Si vedno v precepu, kaj storiti, če bo rabil pomoč, pa da ni življenjsko nevarno. Kaj boš zdaj naredil, ali mu boš odrekel pomoč ali ne. Na nek način imaš dilemo, ali bo on to sposoben plačati. Potem te lahko vpraša, koliko to stane, pa mu ti odgovoriš 15 evrov, 16 evrov, pa se lahko on zaradi tega obrne, ker nima denarja«
(zdravstveni delavec).*

Dilema, ki izhaja iz zgoraj zapisanega citata sogovornika iz raziskave projekta MoST - Analiza ranljivosti in neenakosti v zdravju v lokalnih skupnostih, kaže, da se zdravstveni delavci v svoji vsakdanji praksi srečujejo z nezavarovanimi osebami. Obenem pa je v strokovni in laični javnosti v Sloveniji prisotno prepričanje, da je slovenski zdravstveni sistem univerzalno dostopen, saj ohranja široko pokritost prebivalstva z zdravstvenim zavarovanjem, ki ureja dostop do številnih zdravstvenih storitev. Zato se postavlja vprašanje, kako je možno, da se zaposleni v zdravstvu soočajo z dilemo, ali naj osebi brez zavarovanja zaračunajo za opravljeno storitev? Ter, če v Sloveniji dejansko obstajajo nezavarovane osebe, za katere skupine prebivalstva gre in zaradi katerih razlogov ostajajo brez zdravstvenega zavarovanja?

Odgovori na ta vprašanja so v središču pričujočega poglavja. Zato nas bo nadalje zanimala ureditev slovenskega sistema zdravstvenega zavarovanja, ki pogojuje dostop do zdravstvenih storitev in drugih zdravstvenih pravic ter njegova zvezanost z ekonomskimi zmožnostmi posameznikov. Obenem bomo ugotavljali, kakšen učinek je imela ekonomska kriza, ki se je začela leta 2008, na zdravstveni sistem ter pojasnili, zakaj je ta tako občutljiv na dogajanje na trgu dela. Predvsem pa se bomo osredotočili na rezultate dveh kvalitativnih raziskav, ki sta v letih 2014 ter 2018 in 2019 potekali v okviru projektov Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ), ob čemer bomo natančneje analizirali intervjuje iz lokalnih okolij, ki jih pokrivata Območna enota NIJZ Koper in Območna enota NIJZ Celje. Iz teh bomo izluščili, katere osebe so sogovorniki izpostavili kot ranljive na področju zdravstvene nezavarovanosti ter izsledke kontekstualizirali oziroma postavili v okvir širših družbenih procesov. V zaključku bomo opozorili na učinke, ki jih je povzročila razglasitev epidemije Covid-19, predvsem na možne posledice pričakovane recesije, ki jo je sprožil gospodarski zastoj v letu 2020, ter na nevarnosti, ki jih ta lahko prinaša za prihodnjo pokritost z zdravstvenim zavarovanjem in s tem za dostop prebivalcev Slovenije do zdravstva.

Organizacija zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji in vzroki nezavarovanosti

Obstoječi model slovenskega zdravstvenega sistema je bil utemeljen kot različica Bismarckovega modela zdravstvenega varstva s spremembo zakonodaje leta 1992, a je ohranil mnoge prvine starejšega socialističnega modela, ki je deloval po načelih, kot so univerzalni dostop do zdravstva, organizacija zdravstvene infrastrukture na ravni lokalnih skupnosti, poudarek na preventivi in drugo. Pri snovanju po-socialističnega sistema so se ta načela v veliki meri ohranila, vendar pa je hkrati postal prost dostop do zdravstva pogojen s prispevki za obvezno zdravstveno zavarovanje (OZZ), ki odtlej predstavljajo največji delež financiranja zdravstvene blagajne.

Zato imamo danes v Sloveniji sistem zdravstvenega zavarovanja, ki predvideva obvezno, z zakonom predpisano, zavarovanje za vse državljane Republike Slovenije s stalnim prebivališčem v Sloveniji. Prispevke zanj v največji meri plačujejo delovno aktivne osebe, tako delodajalci kot delojemalci, davek zanj pa je proporcionalen in znaša med 6 in 7 % od osnove za plačilo prispevkov.^[19] Obenem družbena solidarnost omogoča, da javni proračuni krijejo OZZ za različne osebe, ki ne zmorejo plačevanja prispevkov (nezaposleni in nezaposljivi). Tovrsten sistem OZZ temelji na solidarnosti premožnejših z revnejšimi, ker prvi zaradi višjega prihodka vplačujejo višji znesek, a tudi mladih s starimi in zdravih z bolnimi, saj predvideva, da so določeni prebivalci deležni več oziroma dražjih zdravstvenih storitev. Ravno zato, da je namen solidarnosti dosežen, je vključenost v zdravstveno zavarovanje obvezna, saj sistem dolgoročno ne more delovati brez sodelovanja mladih in zdravih, ki načeloma manj koristijo zdravstveni sistem in premožnejših, ki naj bi ga izdatneje financirali. Tako ni presenečenje, da največjo skupino zavarovancev predstavljajo zaposleni, tem pa sledijo upokojeanci. »V strukturi zavarovanj zavarovanih oseb so zavzemali na dan 31. 12. 2019 največji delež zavarovanj delavci oziroma zaposleni, ki so vključno s svojimi družinskimi člani predstavljali 58,9 % vseh zavarovanj. Naslednja večja skupina zavarovanj zavarovanih oseb so bile upokojene osebe in njihovi družinski člani s 26,9 %« (Kramberger 2019, 23).

Pomembna značilnost slovenskega zdravstvenega sistema je, da naj bi predpisana vključenost v obvezno zdravstveno zavarovanje zagotavljala široko pokritost prebivalstva Slovenije in s tem dostop do zdravstvenih storitev, kar poudarjajo različni viri. To izhaja tudi iz poslovnega poročila Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), v katerem je zapisano, da je bilo konec leta 2019 več kot 2 milijona zavarovancev (2.133.195). V primerjavi z letom 2018 pa se je število zavarovancev celo povečalo za 0,8 % (Kramberger 2019, 23).^[20] Podobno v svoji predstavitvi ZZZS Zvonka Zupanič Slavec pravi, da so obvezno zdravstveno zavarovani praktično vsi prebivalci Slovenije (99,97 %) (Zupanič Slavec 2019, 13). Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja« pa navaja podatke Organizacije za gospodarsko sodelovanje

19 Bolj natančno so različne prispevne stopnje predstavljene na spletni strani ZZZS (Preglednica prispevkov: <https://zavezanec.zzzs.si/wps/portal/portal/azap/prispevki-za-obvezno-zdravstveno-zavarovanje/preglednica-prispevkov>).

20 Število prebivalcev Slovenije (aprila 2020 jih je bilo po podatkih SURS 2.097.195 (SURS 2020)) in zavarovancev za obvezno zdravstveno zavarovanje se razlikuje, saj imajo OZZ v Sloveniji tudi osebe, ki imajo tu le začasno prebivališče.

in razvoj, po katerih ima Slovenija izmed vseh držav EU najnižji delež oseb, ki si niso mogle privoščiti zdravstvene oskrbe zaradi finančnih ali drugih razlogov. Avtorji resolucije so zapisali, da Slovenija sodi med »... 17 evropskih držav, ki vsem svojim prebivalcem, tudi migrantom, zagotavljajo dostop do zdravstvenega varstva. Po obstoječem ZZVZZ [Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, op. a.] so v obvezno zdravstveno zavarovanje vključene vse skupine oseb ...« (Resolucija 2016–2025).

Kljub široki pokritosti prebivalstva z OZZ pa vendarle ne moremo trditi, da je v Sloveniji dostop do zdravstva univerzalen. Zaradi različnih družbenih procesov (kot so razvoj različnih državljskih statusov, povečevanje prekarnih zaposlitev, naraščanje revščine in podobno), ki se odvijajo od leta 1992, lahko celo trdimo, da se pravica do zdravstva v določenih primerih krha. Tako obstoječi sistem že ob svoji vzpostavitvi določenim skupinam prebivalstva (denimo nekaterim kategorijam nedržavljanov) ni omogočil pravice do OZZ. Obenem pa se zaradi različnih družbenih in ekonomskih sprememb v zadnjih desetletjih v zdravstvu ves čas pojavljajo nezavarovane osebe. Med ključnimi vzrodi za takšno situacijo so zakonsko določene kategorije, na podlagi katerih so posamezniki zdravstveno zavarovani.^[21] Organizacija slovenskega zdravstvenega sistema namreč temelji na družbeni organizaciji, značilni za evropsko povojno (socialistično ali liberalno-demokratično) državo-nacijo blaginje. Zanaša se na predpostavke, da je socialna varnost večine prebivalstva v neki državi utemeljena v redni zaposlitvi za nedoločen čas; da osnovo družbene organizacije predstavlja jedrna družina^[22] in da je večina prebivalstva njenih državljanov (prim. Rajgelj 2012). Lahko rečemo, da sistem OZZ v Sloveniji predvideva, da imajo zavarovanci bodisi redno zaposlitev, ali da so družinski člani redno zaposlene osebe bodisi da imajo slovensko državljanstvo oziroma vsaj dovoljenje za stalno prebivanje v državi. Večina prebivalcev naj bi bila tako zdravstveno zavarovana prek svojega preteklega ali sedanjega delovnega razmerja oziroma zakonskega partnerja ali starša, ki je v delovnem razmerju, v primeru brezposelnosti ali nezmožnosti dela pa predvsem preko sistema socialnega varstva. Glede na to, da sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja sloni na prispevkih oseb v delovnih razmerjih, za ostale prebivalce pa dostop do zdravstva omogoča le prek natančno določenih poti, ta nikoli ne bi mogel biti popolnoma univerzalen, saj se bodo v družbi vedno pojavile določene osebe, ki ne bodo spadale v zakonsko določene kategorije.

Ob tem je potrebno poudariti, da v Sloveniji OZZ v večini primerov krije le določen delež zdravstvenih storitev. Čeprav zakon (7. člen ZZVZZ) predvideva, da je zdravstveno varstvo v določenem obsegu v breme proračuna Republike Slovenije zagotovljeno tudi tistim, ki bodisi niso zavarovani ali pa kot tujci potrebujejo zdravstveno oskrbo, a je niso zmožni poravnati, je tudi osebam z obveznim zdravstvenim zavarovanjem plačilo zdravstvenih storitev, vključno z zdravili in medicinskimi pripomočki, zagotovljeno le

21 Zavarovance v obveznem zdravstvenem zavarovanju določa 15. člen ZZVZZ.

22 ZZVZZ predvideva možnost zavarovanja naslednjih družinskih članov: zakonca in otrok, pa tudi pastorkov, vnukov, bratov, sester in drugih otrok brez staršev ter staršev. Zakon o partnerski zvezi pa je (še) leta 2017 izenačil sklenjeno ali nesklenjeno partnersko zvezo z zakonsko zvezo (z izjemo posvojitve in oploditve) ter tako omogočil pravico do OZZ kot družinski član v istospolnih partnerstvih. Zakon o registraciji partnerske skupnosti iz leta 2006 je v 21. členu omogočil le pravico do pridobivanja informacij o zdravstvenem stanju obolelega partnerja in obiskov v zdravstvenih ustanovah.

v obsegu^[23], ki ga določa taisti zakon.^[24] To za zavarovance v večini primerov pomeni obveznost plačevanja različnih doplačil. Spremembe zakonodaje po letu 1992 so zato omogočile vzpostavitev (prostovoljnega) dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (DZZ), ki (že obvezno zavarovanim) osebam ob zdravstveni obravnavi krije doplačilo storitev, tako da ti nimajo nepričakovano visokih stroškov v primeru resnejših zdravstvenih težav. Prostovoljna zdravstvena zavarovanja je v letu 1993 pričel izvajati ZZSZ, a jih je v letu 1999 na podlagi zakona prenesel na novoustanovljeno zdravstveno zavarovalnico »Vzajemna« (Zupanič Slavec 2019, 13) in na druge zavarovalnice. Sčasoma je DZZ postalo skorajda nujno zaradi velikega obsega storitev, ki zahtevajo doplačila in ker so ta lahko zelo visoka, ima DZZ sklenjeno večina prebivalstva. Zvonka Zupanič Slavec je tako navedla podatek, da se je do konca leta 1993, ko je bilo uvedeno prostovoljno zdravstveno zavarovanje, dopolnilno zavarovalo že okoli 1.200.000 oseb, leta 2019 pa je bilo tako zavarovanih okoli 1.450.000 oseb (prav tam). V DZZ je tako vključenih več kot 95 % zavarovancev (Lesnik in drugi 2018, 128). Vendar ima sistem DZZ bistvene pomanjkljivosti, ki jih ugotavlja tudi veljavna Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva: »Financiranje dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, kot je zasnovano zdaj, pa ne temelji na principu pravičnosti in solidarnosti, saj so premije regresivne in predstavljajo nesorazmerno večje breme za socialno ranljivo prebivalstvo kot za srednji oziroma višji razred. Premije za dopolnilno zdravstveno zavarovanje so previsoke glede na izplačane škode (zdravstvene storitve), zavarovalnice ustvarjajo dobiček tudi zaradi varčevanja v zdravstvu – nižanja cen zdravstvenih storitev« (Resolucija 2016–2025).

Organizacija slovenskega sistema zdravstvenega zavarovanja je tako sicer zgrajena na principu univerzalne dostopnosti, a je ta zaradi različnih družbenih sprememb, povezanih predvsem s področji državljanstva, zaposlovanja in ekonomske varnosti prebivalcev, vse bolj vprašljiva. V nadaljevanju prispevka bomo zato obravnavali, na kakšen način je zadnja ekonomska kriza, ki se je začela leta 2008, vplivala na stabilnost sistema OZZ ter na njegovo dostopnost za različne skupine prebivalcev Slovenije.

Ekonomska kriza in pomanjkljivosti sistema zdravstvenega zavarovanja

*»Glede nezavarovanosti se sodeč po njenih izkušnjah stanje izboljšuje; nekaj let nazaj, "cirka pet let", pravi, da je naletela v svojem delu na posameznike, ki niso bili zavarovani. V tem primeru jih je Rdeči križ naslovil na center za socialno delo ter na območno enoto Zavoda za zdravstveno zavarovanje«
(zaposlena na nevladni organizaciji).*

Zaradi prej opisanega načina plačevanja prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje, ki se neposredno stekajo v ločeno zdravstveno blagajno (državni proračun jo

23 Obseg zdravstvenih storitev, ki jih krije obvezno zdravstveno zavarovanje, določa 23. člen ZZVZZ.

24 Zagotavljajo pa se jim tudi tiste pravice iz zdravstvenega zavarovanja, s katerimi se zagotavlja socialna varnost v primeru bolezni, poškodb ali poroda (Resolucija 2016–2025).

financira minimalno), so v Sloveniji glavni viri financiranja zdravstvenega varstva skladi socialne varnosti. Ti pa so v letu 2017 (zadnje leto, za katerega imamo javno dostopne podatke), prispevali le še malo več kot dve tretjini tekočih izdatkov za zdravstvo.^[25] V zadnjih desetletjih se tako spreminja tudi razmerje med javnimi in zasebnimi viri financiranja zdravstvenega varstva, ki je bilo v letu 2017 že 72,2 % proti 27,8 %, kar pomeni, da posamezniki za vse več zdravstvenih storitev plačujemo iz žepa. Med zasebnimi izdatki sta bila največja deleža iz prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj (51,3 %) in neposrednih izdatkov gospodinjstev (44,3 %) (SURS 2019). Nujno je opozoriti, da kljub ključni vlogi prispevkov za OZZ, od katerih je slovenski zdravstveni sistem popolnoma odvisen, v splošnem narašča delež zasebnih izdatkov za zdravstvo, kar se je še bolj izrazilo v zadnji ekonomski krizi (prim. Lesnik in drugi 2018).^[26]

Da odvisnost sistema od prispevkov izplačanih plač ni več finančno vzdržna, je potrdila analiza zdravstvenega sistema, ki jo je izvedlo Ministrstvo za zdravje v sodelovanju s Svetovno zdravstveno organizacijo in Evropskim observatorijem za zdravstvene sisteme in politike (Thomas in drugi 2015). Poleg drugih perečih vprašanj je ekonomska kriza, ki se je začela leta 2008, razkrila, da je slovenski zdravstveni sistem izjemno izpostavljen različnim nihanjem na trgu dela, saj sta naglo znižanje zaposlenosti in plač ogrozila dotok sredstev v nacionalno zdravstveno blagajno.

Avtorji analize so zapisali: »Na splošno je zadnja kriza vodila k znatnim znižanjem prispevkov za ZZZS zaradi rastoče nezaposlenosti, počasnejše rasti plač, povečanj deleža neaktivnih upravičencev, ki prispevajo razmeroma nizke mesečne prispevke, visoke nezaposlenosti ter nezadostnih proticikličnih mehanizmov v sistemu financiranja zdravstva« (Thomas in drugi 2015, 10). Zato so avtorji analize zdravstvenega sistema predlagali prenovu modelov plačevanja zdravstvenih storitev ter večjo diverzifikacijo finančnih virov za zagotavljanje finančne stabilnosti sistema zdravstvenega varstva.

Obenem je ekonomska kriza povzročila še en proces, ki izhaja iz odvisnosti zdravstvenega sistema od stabilnih vplačil zavarovancev, in sicer naraščanje ovir pri dostopu do obveznega zdravstvenega zavarovanja za različne družbene skupine (Pistotnik in Lipovec Čebren 2015; Lipovec Čebren in Pistotnik 2018). Tudi Resolucija »Skupaj za družbo zdravja«, sprejeta do leta 2025, navaja, da se je v času gospodarske krize povečalo »... število oseb, ki iz različnih razlogov nimajo urejenega zdravstvenega zavarovanja in jim je zagotovljena samo nujna medicinska pomoč. Razlogi so predvsem v neplačevanju prispevkov za zdravstveno zavarovanje, neureditvi statusa pri dolgotrajni brezposelnosti in nestalnih oblikah zaposlitve (prekarne zaposlitve)« (Resolucija 2016–2025).

25 Prispevki za socialno varnost so znašali 66,1 %, transferji iz državnega in občinskih proračunov 5,7 %, prostovoljna plačila zavarovanj 14,3 %, drugi viri sredstev (neposredni izdatki iz žepa, izdatki podjetij in drugo) pa 14,0 % (SURS 2019).

26 V času krize se je spremenilo razmerje med javnimi in zasebnimi izdatki za zdravstvo. Javni izdatki so leta 2009 znašali 73,8 %, leta 2014 pa so upadli na 71,9 % (povprečje EU 2012: 73 %). Mednarodno primerljivi podatki kažejo, da je delež zasebnih izdatkov za zdravstvo (prostovoljno zavarovanje, neposredna plačila) v letu 2014 znašal 28,1 % in je bil nad povprečjem držav EU (26,5 % leta 2012). A v obdobju krize niso porasli neposredni izdatki iz žepa, saj je DZZ nadomestilo del izpada javnih sredstev, breme dodatnih zasebnih virov pa se je enakomerno porazdelilo na vse zavarovance in starostne skupine (ne le na bolne in starejše). Zato se je povečal predvsem delež izdatkov iz DZZ (z 12,4 % v letu 2009 na 14,2 % v letu 2014) (Resolucija 2016–2025).

Na primeru slovenskega sistema zdravstvenega zavarovanja lahko vidimo, kako ta, navkljub stremljenjem k solidarnosti in široki pokritosti, zaradi prepletenosti s trgom dela ne zmore udejanjiti svojih načel. Vendar pa za to ne smemo kriviti le gospodarske krize, temveč tudi ukrepe, ki so jih slovenske oblasti sprejele kot odgovor nanjo. Nekateri ukrepi, sprejeti z namenom varčevanja po ekonomski krizi, so negativno vplivali na položaj prekarne delavce, saj so jih v iskanju novih virov za zdravstvo dodatno obdavčili in povečali delež (do)plačil. Od nastopa finančne krize je Slovenija namreč sprejela ukrepe za izboljšanje vzdržnosti zdravstvenega sistema, ki so omogočili ustvarjanje dodatnih prihodkov in znižanje stroškov. Napori so »... vključevali povečanje prispevkov za samozaposlene, zahtevo po prispevkih delodajalcev študentov, omejevanje upravičenosti do brezplačnih storitev, zviševanje deleža dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja pri plačilih zdravstvenih storitev ter zniževanje cen zdravil in zdravstvenih storitev« (Thomas in drugi 2015, 10).^[27] Lahko rečemo, da so se družbeni procesi, ki spodbujajo prekarizacijo, v času krize še poglobili in pospešili, tudi zaradi varčevalnih ukrepov.

Te procese, pa tudi druge, ki so neposredno vplivali na dostop do zdravstvenega zavarovanja za različne skupine prebivalstva, smo spremljali v raziskavah, ki so bile opravljene v okviru projektov NIJZ. Prva je potekala v okviru projekta *Skupaj za zdravje* leta 2014, torej v obdobju, ko so bili učinki ekonomske krize zelo izraziti, druga pa v okviru projekta *MoST* v letih 2018 in 2019, ko bi morali negativni učinki krize že izzveneti. Rezultate omenjenih raziskav na področju zdravstvenega zavarovanja bomo predstavili v nadaljevanju.

Pregled sistemskih ovir na področju zdravstvenega zavarovanja: rezultati raziskav projekta *Skupaj za zdravje* in projekta *MoST*

»Ko nisem imela zavarovanja, nisem hodila k zdravniku. Njo [hči, op. a.] pa sem peljala k zdravniku, ko je bila bolna. Je bilo nekaj za plačat, 3 evre, 5 evrov /.../. Pa tudi ko sem bila zaposlena v eni piceriji, mi delodajalec ni plačeval zavarovanja. Jaz nisem vedela. Potem, ko sem zbolela in sem šla k zdravniku, so mi rekli: "Gospa, vi nimate urejenega zavarovanja." In sem morala plačati. Tudi, ko sem šla k zobozdravniku, sem plačala /.../. Ko pa sem uredila [dopolnilno, op. a.] zavarovanje, tri mesece nisem imela pravice, da se vključim nazaj. Ker sem bila brez zavarovanja tri mesece, sem morala tri mesece

27 Med ukrepi, ki so bolj prizadeli prekarne delavce in brezposelne, so:

1) novela ZZZVZ-M: Od 1. 2. 2014 zaposleni na osnovi avtorskih ali drugih pogodb civilnega prava pri vsaki pogodbi odvajajo 6,36 % dohodka v zdravstveno blagajno, a s tem nimajo zagotovljenega OZZ. Tega pogosto plačujejo sami na podlagi 20. točke 15. člena ZZZVZ, saj je to edina podlaga, za katero izpolnjujejo pogoje, pri čemer nimajo pravice do bolniškega staleža. Od 1. 2. 2015 to velja tudi za delo preko študentskih napotnic, pri čemer so na slabšem predvsem študenti, starejši od 26 let, ki nimajo več urejenega OZZ kot družinski člani. Poleg tega je takrat za osebe, zavarovane na podlagi 20. točke 15. člena ZZZVZ, vlada najprej predlagala povišanje premije za OZZ iz tedanjih 14,17 evrov na 31,81 evrov, kar je za več kot 100 %. Na koncu se je premija zvišala na 22,70 evra, do danes pa je narasla na 25 evrov;

2) uveljavitev 203. člena Zakona za uravnoteženje javnih financ (ZUJF) z dne 31. 5. 2012, s katerim je začasno prenehal veljati Pravilnik o odpisu, obročnem plačilu in odlogu plačila dolga iz naslova prispevkov za OZZ. Ta je omogočal fizičnim osebam odpis dolga zaradi neizterljivosti ali socialne ogroženosti zavezanca ter delni odpis dolga, odlog plačila dolga in obročno odplačevanje dolga;

3) povezava med izpolnjevanjem pogojev za pridobitev DSP in plačilom prispevka za OZZ, ki jo določa Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev (ZUPJS-C).

*plačevati [za zdravstvene storitve, op. a.] /.../ Sistem zavarovanja je
kompliciran, ker ne veš, kako pa kaj. /.../ Bog ne daj, če bi zbolela ali
morala v bolnico, veš koliko bi bilo za plačati /.../«
(žrtev nasilja).*

Po štirih letih upadanja so se javni izdatki za zdravstvo v letu 2014 povečali. Država je beležila večletno gospodarsko rast, ki se je zaradi posledic epidemije Covid-19 naglo prekinila v letu 2020. Raziskava oosebah z ranljivostmi in njihovih ovirah v zdravstvu je v okviru projekta MoST potekala v letih 2018 in 2019, torej v obdobju, ko so se posledice gospodarske krize iz leta 2008 že umirile. V raziskavi smo s pomočjo kvalitativne metode polstrukturiranih intervjujev med drugim želeli preveriti, kakšne trende na področju zdravstvenega zavarovanja zaznavajo sogovorniki iz različnih družbenih podsistemov v 25 izbranih lokalnih okoljih. V tem razdelku bomo obravnavali rezultate iz raziskovanih okolij dveh območnih enot (OE) NIJZ, in sicer OE NIJZ Celje (Brežice, Slovenske Konjice, Šentjur, Velenje, Žalec) in OE NIJZ Koper (Izola, Piran, Postojna), v katerih je bilo izvedenih 134 intervjujev z 215 sogovorniki (glej poglavje *Metodologija in potek raziskave o ranljivosti in neenakosti v zdravju v lokalnih okoljih*). Ti dve OE NIJZ smo izbrali za natančnejšo analizo zaradi možnosti primerjanja rezultatov obeh omenjenih raziskav. V veliki meri se namreč izbrani OE NIJZ prekrivata z okolji, v katerih smo leta 2014 že opravili podobno raziskavo, takrat v okviru projekta Skupaj za zdravje (Celje z okolico, Izola in Koper), zato so podatki primerljivi. V nadaljevanju bomo obravnavali rezultate obeh raziskav ter oblikovali zaključke o tem, ali sogovorniki zaznavajo podobne ovire v dostopu do zdravstvenega zavarovanja, ne glede na to, da se je ekonomska situacija v državi v vmesnem obdobju precej spremenila. Še prej pa se bomo na kratko posvetili vprašanju, kakšne prednosti prinašajo kvalitativne raziskave na področju zdravstvene nezavarovanosti.

Prednosti kvalitativnih raziskav na področju zdravstvenega zavarovanja

Upravičeno si je postaviti vprašanje, zakaj so kvalitativne raziskave nujne na področju dostopa do zdravstvenega zavarovanja, saj ZZS beleži redno četrtletno statistiko števila nezavarovanih oseb. Največkrat je namreč v zvezi z nezavarovanostjo primarno govora o njeni razsežnosti, torej o številu oseb brez obveznega zdravstvenega zavarovanja (OZZ), kar je gotovo nujno za sledenje obćim trendom. Tako lahko napišemo, da je bilo 31. 12. 2017 brez OZZ 10.068 oseb. To število predstavlja vse zabeležene nezavarovane osebe, vključno s tistimi, ki so se v tem položaju znašle le za kratek čas. Če pogledamo število nezavarovanih oseb v daljšem časovnem obdobju, denimo število oseb, ki zavarovanja niso imele urejenega več kot dva meseca, vidimo, da je njihovo število precej nižje. Na dan 31. 12. 2018 je bilo takih oseb 3.430 in na dan 31. 12. 2019 3.050. Po navedbah ZZS pa tudi to število zajema različne situacije, saj so vanj vštete »začasno« nezavarovane osebe^[28] in osebe, ki imajo sicer v Sloveniji prijavljeno stalno prebivališče, a

28 Osebe, ki čakajo na priznanje pravice do pokojnine, pravice do nadomestila za brezposelnost in podobno, in si za čas do izdaje odločbe o taki pravici, glede na to, da se jim potem ta pravica praviloma prizna tudi za nazaj, začasno niso uredile zavarovanja po drugi podlagi.

obstaja dvom, da v državi dejansko stalno prebivajo in s tem izpolnjujejo pogoje za vključitev v OZZ (na dan 31. 12. 2019 je bilo takih oseb 275) (Kramberger 2019, 24–25).

Na podlagi zgolj statističnih podatkov tako zlahka dobimo vtis, da nezavarovanost v Sloveniji ne predstavlja večje težave, če pa že, je v mnogih primerih hitro rešljiva. Še več, ker je OZZ za državljane RS s stalnim prebivališčem v Sloveniji obvezno, se temu ne morejo odpovedati, zato v državi uradno ni nezavarovanih oseb, temveč le takšne, ki trenutno nimajo urejenega zavarovanja. Vendar pa so stvari bolj kompleksne, saj statistika ne odraža realnega števila nezavarovanih oseb v Sloveniji. Zaradi svoje metodologije namreč ne zajame vseh prebivalcev Slovenije, kar pomeni, da je v državi ves čas več oseb brez OZZ, kot jih kažejo statistični podatki o osebah brez urejenega zavarovanja.

Razlog je v tem, da ZZZS pridobiva podatke iz primerjave med številom oseb z državljanstvom RS in s stalnim prebivališčem v Sloveniji ter številom zavarovanih oseb, saj teoretično te osebe izpolnjujejo pogoje za OZZ kot samoplačniki (20. točka 15. člena ZZVZZ). Nezavarovanost pa ZZZS rešuje tako, da mesečno poziva k ureditvi obveznega zavarovanja osebe, ki nimajo urejenega zavarovanja več kot 20 dni. Če se te osebe ne odzovejo in si same ne uredijo zavarovanja, ZZZS po uradni dolžnosti izda »... odločbo o lastnosti zavarovanca, saj mora biti vsak, ki ima v Republiki Sloveniji stalno prebivališče, zavarovan po 20. točki prvega odstavka 15. člena ZZVZZ, če ne izpolnjuje pogojev za zavarovanje po drugi podlagi« (Kramberger 2019, 24). Ta pristop je po letu 2011 precej prispeval k odpravi nezavarovanosti, saj omogoča hitro obveščanje oseb, ki nimajo urejenega zavarovanja, obenem pa osebe avtomatično zavaruje, ko se ne odzivajo na opozorila. Vendar pa hkrati ta pristop ne upošteva vseh oseb, ki imajo pravico do OZZ. Zakon (ZZVZZ) namreč ureja možnost obveznega zdravstvenega zavarovanja za vse osebe s stalnim prebivališčem v Sloveniji in slovenskim državljanstvom, pa tudi za vse osebe, ki se ukvarjajo s pridobitno dejavnostjo na območju Republike Slovenije ter za nekatere druge skupine prebivalstva. Statistika ZZZS tako ni popolnoma zanesljiva, saj so vanjo uvrščeni (zgoraj omenjeni) slovenski državljani, ki morda dejansko živijo v tujini in so tam zavarovani, niso pa uvrščeni vanjo nedržavljeni s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji in tudi ne osebe, ki imajo v Sloveniji le začasno prebivališče, a izpolnjujejo pogoje za vključitev v OZZ (Pistotnik in Lipovec Čebren 2015) oziroma osebe, ki so v Sloveniji le zaposlene in imajo stalno prebivališče v tujini (denimo dnevni ali tedenski delavci migranti).

Kvalitativne raziskave na področju zdravstvenega zavarovanja so tako pomembne, saj nam razkrijejo, da onkraj statistike obstajajo različne skupine, ki so nezavarovane, a jih le-ta ne beleži. Hkrati pa nam pomagajo odgovoriti na vprašanje, zakaj določeni ljudje ali skupine ostajajo nezavarovani, saj nam razjasnijo preplet ovir, ki jim otežujejo ali onemogočajo, da bi vstopili v sistem zdravstvenega zavarovanja. Pomagajo nam razkriti sistemske razloge, ki povzročajo nezavarovanost ter ponujajo odgovore na to, kako se nanje odzvati. Za razliko od štetja nezavarovanih oseb, ki nam pokaže, da je njihovo število odvisno od vsakokratne družbene situacije, kvalitativne raziskave razkrivajo razloge, zakaj se določen delež slovenskega prebivalstva nenehno sooča s potencialno izgubo

obveznega zdravstvenega zavarovanja. Kljub temu pa temeljitih analiz tega področja ni, zlasti ne terenskih raziskav, ki bi edine lahko razkrile dejanski obseg problema. Ta manko sta naslovili obravnavani raziskavi, ki ju je v preteklih šestih letih izpeljal NIJZ.

Ovire na področju zdravstvenega zavarovanja

»Ko govorimo o urgenci, vsi mislimo, da ti to pripada brezplačno. To ne drži. Sem zdravstveni delavec, delam na urgenci, jaz vem, kako je s tem. Meni se izstavi račun, ko dam človeka v sistem, če nima urejenega [zavarovanja, op. a.]. Če imaš Corris, ne štima, ker to ti pokrije potem, ko prideš nazaj, tvoja država z računom. Ko imaš pa ti /.../ evropsko kartico zavarovanja /.../ tega večkrat študenti nimajo urejenega, kar je škoda, ker večina držav te stvari pokriva. Če imam evropsko kartico, me sistem pusti skozi in temu človeku ni potrebno plačati niti centa. Ni problem samo tujec, kaj pa naši ljudje, ki nimajo zavarovanja? Recimo, brezdomci. Takrat je vedno neka opcija, pro bono, ok, jaz še nikoli nisem dobil pro bono napotnice za koga, ki bi rad shujšal. Govorimo nasploh o možnosti, kje so te pravice in krivice« (zdravstveni delavec).

Sogovorniki v raziskavi, ki je bila opravljena v osmih lokalnih okoljih OE NIJZ Celje in OE NIJZ Koper, so govorili o širokem naboru ovir, s katerimi se v zdravstvu srečujejo različne osebe. Med naštevanjem ovir so omenili tudi številne težave, povezane z dostopom do zdravstvenega zavarovanja, ki nas bodo zanimale v tem poglavju. V njem bomo analizirali podatke, pridobljene tako v raziskavi projekta *Skupaj za zdravje* kot projekta *MoST*, saj smo želeli izvedeti, kakšna kontinuiteta obstaja med njunimi rezultati. Ovire, o katerih so poročali sogovorniki, smo razvrstili na ovire pri urejanju obveznega in pri urejanju dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, nato pa smo jih dodatno razčlenili na podkategorije. Splošni vtis je, da se številni intervjuvanci z nezavarovanostjo redno srečujejo (med njimi pa so tudi takšni, ki je sploh ne zaznavajo), a se glede na naravo dela oziroma aktivnosti srečujejo le s posameznimi nezavarovanimi osebami, manj pa imajo splošni pregled nad trendi na tem področju. Zato smo zaznane kategorije kontekstualizirali ter skušali razumeti, zakaj v določenem prepletu dejavnikov nastajajo okoliščine, ki spodbujajo nezavarovanost. Na podlagi izsledkov obeh raziskav lahko sklenemo, da številne zaznane ovire niso inherentne le proučevanim lokalnim okoljem, temveč se z njimi srečujemo na nacionalni oziroma sistemski ravni.

Osebe brez obveznega zdravstvenega zavarovanja (OZZ)

Državljski statusi

Kot smo omenili v začetnih poglavjih, sta sistema obveznega in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji deklarativno zasnovana z namenom univerzalnega dostopa za vse prebivalce. A že v zasnovi obstoječega modela zdravstvenega zavarovanja načelo široke pokritosti ni bilo polno implementirano na področju državljskega statusa. V projektu *Skupaj za zdravje* smo na podlagi pridobljenih izsledkov kvalitativne raziskave ugotavljali, da imajo osebe brez slovenskega državljanstva ali dovoljenja za stalno prebivanje v Sloveniji²⁹ pravico do OZZ zgolj v določenih primerih (denimo, če so v rednem delovnem razmerju, če so zavarovani kot družinski člani, če imajo status begunca in podobno) (Lipovec Čebren in drugi 2016). Zato poleg nedržavljanov s kratkotrajnejšimi statusi (denimo prosilci za mednarodno zaščito, turisti, nekateri državljani EU, osebe z dovoljenjem za zadrževanje in podobno), v Sloveniji od začetka devetdesetih živijo tudi druge osebe, ki zaradi svojega državljskega statusa ostajajo nezavarovane (kot so izbrisane osebe, ilegalizirane osebe, osebe, ki so imele status začasnega zatočišča in podobno). Povzamemo lahko, da so nekatere kategorije nedržavljanov v dostopu do OZZ izenačene s slovenskimi državljani, medtem ko imajo druge kategorije nedržavljanov omejen dostop do zdravstvenega sistema oziroma nimajo pravice do ureditve OZZ in lahko dostopajo le do nujnega zdravljenja, pri nenujnih zdravstvenih storitvah pa so obravnavane kot samoplačniki (Pistotnik in Lipovec Čebren 2015).

To potrjujejo tudi izkušnje sogovornikov iz raziskave *MoST*, saj so pogosto med osebami brez zdravstvenega zavarovanja omenjeni nedržavljeni. Kot ugotavlja sogovornica iz nevladne organizacije:

»Problem so bolj tujci, vsaj mi zaznavamo, da so tujci ranljiva skupina. To so tujci, ki bivajo tu že dlje časa, lahko preko združitve družine, pridejo v iskanju kruha, zaposlitve, predvsem to. V večini primerov nimajo urejenega začasnega ali stalnega prebivališča. Potem pridejo k nam, kjer se skuša iskati neka izhodišča. Najprej je potrebno urediti bivanje. V tem trenutku je pro bono ambulantna edina možnost«
(zaposlena na nevladni organizaciji).

Sogovorniki zaznavajo, da so med nezavarovanimi nedržavljeni tako osebe, ki so se v Slovenijo preselile iz drugih držav bivše Jugoslavije, večinoma kot družinski člani, kot tudi drugi priseljenci. Med slednjimi trije sogovorniki zaznavajo tudi državljane držav Evropske unije. Ena izmed njih je rekla:

²⁹ Nedržavljeni z dovoljenjem za stalno prebivanje so lahko zdravstveno zavarovani kot socialno ogrožene osebe šele zadnjih nekaj let, in sicer od uveljavitve pravice do plačila prispevka za OZZ 1. 1. 2014, ko je začel veljati spremenjen Zakon o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev (ZUPJS). Pred tem so imeli le pravico do kritja razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev in so tako imeli krito dopolnilno zdravstveno zavarovanje, za OZZ pa so bili samoplačniki.

*»Sem imela eno gospo, državljanko Italije, ni mogla dobiti na CSD pomoči in ni imela zavarovanja, to je bilo lani, potem vem, da je šla v Koper, k temu zdravniku, ki je za tujce [Pro Bono ambulanta, op. a.]«
(zaposlena na Zavodu Republike Slovenije za zaposlovanje).*

Med osebami z različnimi državljskimi statusi so bili v intervjujih največkrat omenjeni družinski člani, predvsem partnerke v Sloveniji zaposlenih oseb. Sogovorniki se strinjajo, da imajo te, če so brezposelne, večinoma urejeno OZZ kot družinski člani prek zaposlenih zakonskih partnerjev. Da se lahko obvezno zavarujejo na tak način, morajo imeti urejeno vsaj dovoljenje za začasno bivanje, kar pomeni, da mora družina izpolnjevati pogoje za združitve. Tako je nosilec njihovega državljskega statusa in OZZ (vsaj v začetnem obdobju življenja v Sloveniji, dokler si ne najdejo zaposlitve) njihov partner in so v tem oziru odvisne od njega. Šele ko si uredijo dovoljenje za stalno prebivanje, imajo možnost biti zavarovane kot socialno ogrožene osebe. Zaradi te sistemske pogojene odvisnosti od partnerjev, se težave v zdravstvenem zavarovanju lahko pojavijo v primeru ločitve ali umika partnerke pred nasiljem, ko lahko partner, kot nosilec zavarovanja, svojo partnerko odjavi iz zdravstvenega zavarovanja. Na probleme, ki se pojavijo zaradi neizpolnjevanja pogojev za dovoljenje za stalno bivanje, je opozorila sogovornica, zaposlena v organizaciji, ki nudi pomoč žrtvam nasilja:

*»Večinoma jih [pogojev za pridobitev dovoljenja, op. a.] nimajo zagotovljenih: [so, op. a.] premalo časa tukaj, nimajo opravljenega tečaja slovenskega jezika /.../ nimajo pogojev. Tukaj potem nastanejo težave, ker niso zaposlene, nimajo pravice do zdravstva, nimajo pravice do stanovanja, težko dobijo službo ...«
(zaposlena na nevladni organizaciji).*

Podobno opaža več sogovornic, zaposlenih v podobnih organizacijah ter žrtev nasilja, kar kaže na sistemske omejitve glede OZZ, s katerimi se soočajo ženske, ki so doživljale nasilje, po tem, ko se umaknejo iz nevarnega družinskega okolja.

Sogovorniki pa zaznavajo težave z OZZ še pri eni kategoriji družinskih članov, in sicer pri nedržavljanih, starejših osebah, ki imajo odrasle otroke v Sloveniji. Sogovornika sta poročala o težavah, s katerimi se soočajo v zdravstvu, bodisi ko so le na daljšem obisku bodisi tedaj, ko se želijo v Slovenijo preseliti, ker potrebujejo skrb družinskih članov. Sogovorniki so poročali, da so temeljna težava zapleteni postopki za dovoljenje za začasno bivanje, ki so pogoj za ureditev OZZ:

*»Kar se tiče starejših, če so bili samski, so večinoma šli v Bosno oziroma v svoje matične države in nihče ni ostajal tukaj. Ena oseba ni mogla dobiti papirjev [dokumentov za bivanje v Republiki Sloveniji, op. a.], človek bolan in starejši kot 75 let, ni imel v Bosni nikogar in je hotel živeti s hčerko. Borili smo se dve leti, da bi dobil tukaj papirje in na žalost nam ni uspelo urediti papirjev. Tukaj so ga dve leti držali na črno, torej so tvegali tisto, kar je, niso ga sploh mogli peljati v Bosno«
(verski voditelj).*

Omenjene so bile tudi druge kategorije nedržavljanov, kot so turisti, tuji študenti, sezonski delavci in prosilci za mednarodno zaščito. O zavarovanju sezonskih delavcev trije sogovorniki, niso vedeli veliko. Čeprav so slišali, da bi to lahko bil problem, so menili, da so za to vprašanje pristojne druge službe, predvsem inšpektorat za delo. Prosilci za mednarodno zaščito pa so bili omenjeni zaradi iskanja zobozdravstvene oskrbe. Ker imajo zaradi svojega državlanskega statusa dostop le do nujnega zdravljenja, zobozdravniško pomoč, skupaj z drugimi osebami z neurejenim statusom, pogosto iščejo v edini pro bono zobozdravstveni ambulanti v Sloveniji.

Prekarni delavci

V zadnjem desetletju so zelo opazni politični in ekonomski trendi, ki načenjajo univerzalnost dostopa do OZZ tudi za stalne prebivalce Slovenije. Eden izmed bolj problematičnih za vzdržnost zdravstvene blagajne je vse večja fleksibilizacija in s tem prekarizacija delovne sile, ki se kaže v povečevanju deleža samozaposlenih oseb (samostojnih podjetnikov, zaposlenih prek avtorskih in podjemnih pogodb, študentskih napotnic in drugo), ki so same odgovorne za plačevanje prispevkov za zdravstveno zavarovanje.^[30] Te zaposlitve ne zagotavljajo varnosti trajnih delovnih razmerij in s tem povezanih pravic, zato se niža delež oseb, ki imajo urejeno OZZ na podlagi delovnega razmerja za nedoločen čas ter tako trajno prispevajo v zdravstveno blagajno na predvidljiv način. V projektu *Skupaj za zdravje* smo v povezavi z naraščajočo prekarnostjo pozvali k temeljitejšim raziskavam področja, obenem pa izluščili naslednje ovire:

- a) razkorak med predvidenimi prispevki za zdravstveno zavarovanje in dejanskimi dohodki prekarnih delavcev;
- b) dodatno obdavčevanje avtorskih in podjemnih pogodb s 6,36 % za zdravstveno blagajno, ki nosilcu pogodbenega razmerja ne omogočajo OZZ;
- c) problem naraščanja zavarovancev, ki si sami plačujejo prispevke za OZZ (na podlagi 20. točke 15. člena ZZVZZ), ker ne izpolnjujejo pogojev, da bi bili zavarovani na kakšni drugi podlagi in
- d) ovire pri udejanjanju pravice do bolniškega staleža in umanjkanje preventivnih pregledov za prekarne delavce (Pistotnik in Lipovec Čebren 2015).

Prekarne delavce torej zaznamuje situacija, v kateri nimajo pravic (in s tem varnosti), ki izhajajo iz zaposlitve za nedoločen čas. Zaradi značilnosti fleksibilnega dela so lahko izpostavljeni prekinitvam dela in s tem zaslužka, a hkrati ne izpolnjujejo pogojev za denarno socialno pomoč, saj pogosto delajo. Trije sogovorniki v raziskavi ranljivosti v projektu *MoST* so kot zelo ranljive izpostavili osebe, ki so na Zavodu Republike Slovenije za zaposlovanje (ZRSZ) prijavljene kot iskalci zaposlitve, a ne prejemajo nadomestila za brezposelnost:

30 Prekarni delavci so za OZZ zavarovani na podlagi več kategorij 15. člena ZZVZZ. V najtežji situaciji se nahajajo predvsem tisti prekarne delavci, ki so zavarovani na podlagi 5., 6., 7. in 20. točke 15. člena ZZVZZ (različne oblike samozaposlenih ter osebe, ki si same plačujejo prispevek, ker ne izpolnjujejo pogojev za zavarovanje po katerikoli drugi točki tega člena), saj si kot samostojni zavezanci večinoma sami plačujejo prispevke in zato je njihov dostop do obveznega in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja pogojen predvsem z njihovim gnotnim položajem.

»Na Zavodu za zaposlovanje imaš pravico do zavarovanja po prenehanju delovnega razmerja, če se sam prijaviš na zavodu, pa nimaš te pravice. Tako da ta kategorija, iskalci zaposlitve, to je ena ranljiva skupina, če nimajo pravice pri Zavodu za zaposlovanje do nadomestila«

(zaposlena na Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije)

Prav tako so sogovorniki kot zelo ranljive izpostavili osebe, ki niso zaposlene, a njihovi dohodki malo presegajo cenzus za upravičenost do denarne socialne pomoči:

»Lažje je pri tistih, ki so prejemniki denarne socialne pomoči, če pa osebe niti te pomoči ne prejemajo, pa tudi na zavodu ne prejemajo ničesar, takrat se pa v posameznih primerih kdaj zgodi, da oseba nima niti osnovnega, niti dodatnega zavarovanja in ima težave pri dostopu do zdravnika«

(zaposlena na Zavodu Republike Slovenije za zaposlovanje).

Do prekinitve obveznega zdravstvenega zavarovanja lahko pride tudi zaradi poteka pogodbe o zaposlitvi, ki ni podaljšana, ob čemer je objavljen nosilec zavarovanja (in morebitni družinski člani, ki so po njem zavarovani).

Med prekarne delavce lahko uvrstimo tudi osebe, ki delajo v negotovih pogojih v ruralnih okoljih. Razlog za nezavarovanost so lahko neobičajne oblike dela, pogosto »delo na črno«, ki so značilne za odmaknjene samopreskrbne kmetije. Na Zavodu za zaposlovanje se denimo srečujejo z osebami, ki so celo življenje delale kot hlapci. Dve sogovornici pa sta opozorili na položaj kmečkih žena, ki nimajo urejenega ustreznega zaposlitvenega statusa:

»To je pa za [pove kraj, op. a.] značilno, da so to gorske, hribovske kmetije; niso zadosti velike, da bi bila oba zavarovana. In potem moški [poudarek sogovornice, op. a.] ima zavarovanje kmečko urejeno, zase si vse poštima, ženska je pa pri nas v evidenci. To so gospe, ki so zgarane. A veste, zaposlitve iskati ne more, ker ima toliko dela na kmetiji; mi od njih zahtevamo aktivno iskanje, kar je žalostno. Sistemsko bi to morali urediti, potem pa imajo nizke pokojnine, če jih sploh imajo, če nimajo tistih 15 let delovne dobe«

(zaposlena na Zavodu Republike Slovenije za zaposlovanje).

Dejstvo, da te osebe nimajo urejenega zaposlitvenega statusa na podlagi kmetijske dejavnosti, tako vpliva na delovno dobo in s tem pokojnino, povzroča ekonomsko odvisnost, pa tudi nezavarovanost in neupravičenost do bolniškega staleža. Slednje je zaposlena na ZRSZ izpostavila tudi v primeru samostojnih podjetnikov, ki delajo na različnih projektih:

»To je gotovo težava, ta projektna dela /.../. Tudi razlog za izgorevanja, tudi razlog za težave v duševnem zdravju. Dosti teh oseb ne prepoznamo, ker niso pri nas v evidenci, ker se borijo na trgu dela in prehajajo iz enega projektnega dela na drugega, ali celo več hkrati.

... Ta gospod mi je govoril, da je po ves dan delal, po 16 ur, vikende, tudi ponoči in tako ni čudno, da se je zalomilo. Zdeje pri nas /.../ zdravstveno okrevja, ni še zmožen za vključitev v delo (je že pet let na zavodu, po spominu). Meni je res večja težava pri teh prekarnih, ki so prisiljeni biti samostojni podjetniki, brez bolniških. Redno delajo za enega delodajalca, to bi morale biti redno delovno razmerje» (zaposlena na Zavodu Republike Slovenije za zaposlovanje).

Osebe z zadržanimi pravicami do zdravstvenih storitev

Med ovire, s katerimi se pri dostopu do zdravstvenega sistema soočajo prekarni delavci, smo v projektu *Skupaj za zdravje* uvrstili tudi uporabo 78.a člena ZZVZZ. Ta člen določa, da se posameznim zavarovancem za obvezno zdravstveno zavarovanje (samozaposlenim osebam ter po njih zavarovanim partnerjem (ne pa tudi otrokom) in drugim samoplačnikom zavarovanja³¹⁾) v primerih, ko ne plačujejo prispevkov za OZZ, zadrži pravice do zdravstvenih storitev in denarnih dajatev. ZZS jim zadrži pravice do zdravstvenih storitev, ko njihovi dolgovi za prispevek OZZ presegajo 50,00 evrov. Ker pa je vključenost v OZZ v Sloveniji obvezna, njihov dolg vsak mesec narašča. Dokler dolgov ne poravnajo, lahko osebe z zadržanimi pravicami na račun OZZ uveljavljajo le nujno zdravljenje, za vse ostale zdravstvene storitve pa so samoplačniki. Če in ko poravnajo svoje dolgove za OZZ, lahko sicer pri ZZS uveljavljajo povračilo stroškov za plačane storitve, a je to bržkone odvisno od tega, koliko sredstev za zalaganje imajo ter kako visoka je cena zdravstvenih storitev, ki jih potrebujejo. To zakonsko določilo tako ustvarja skupino oseb, ki jih ZZS umešča med zavarovane osebe, a so dejansko nezavarovane, saj do večine zdravstvenih storitev nimajo brezplačnega dostopa. Nekatere med njimi pa, kot smo že pojasnili, ustvari tudi ZZS, ko jih v primeru neodzivnosti na pozive avtomatično zavaruje kot samoplačnike. Če prispevka za OZZ nato ne plačujejo, imajo zadržane pravice do zdravstvenih storitev.

Tudi v raziskavi projekta *MoST* je pet sogovornikov kot zelo ranljive navedlo osebe, ki imajo zadržane pravice do zdravstvenih storitev in denarnih dajatev; tako tiste, ki opravljajo gospodarsko ali poklicno dejavnost kot tiste, ki si prispevek za OZZ krijejo sami. Imenujejo jih različno: »neplačniki prispevkov«, »mali obrtniki, ki so se zadolžili in si ne morejo plačevati OZZ«, »samostojni podjetniki ali samoplačniki, ki redno ne plačujejo zdravstvenega zavarovanja«, »ljudje, ki so imeli dolgove«. Eden sogovornik je tudi menil, da je bilo sedem do devet let nazaj to vprašanje veliko bolj pereče, kar sovпада s trditvijo, da je ekonomska kriza povečala tveganje za nezavarovanost pri prekarnih delavcih. Hkrati je poudaril bistveno razsežnost te ovire, in sicer njeno sistemsko pogojenost. Tako pravi, da gre za ljudi, ki jim sistem onemogoča, da bi imeli zavarovanje, saj imajo dolgove, ki jih z manjšimi zneski ne morejo poravnati, zato so zelo hitro čez mejo gotovosti. Podobno ugotavlja tudi druga sogovornica:

31 Denimo samostojnim podjetnikom; družbenikom družb in zavodov, ki so poslovalne osebe; kmetom; osebam, ki prejemajo pokojnino od tujega nosilca zavarovanja; tujcem, ki se izobražujejo v Republiki Sloveniji; osebam, ki si same plačujejo prispevek, ker niso zavarovane na nobeni drugi podlagi in drugim.

»Prav zdaj imam eno družino, ki si ne bi mislil, da nimajo [urejenega OZZ, op. a.]. Otroka imata, sta šoloobvezna, onadva [starša, op. a.] pa nimata, ker si ne moreta privoščiti plačati še prispevkov. Oba garata. Tu je še večja stigma – sram te je povedat. Tu v regiji je veliko sezonskega dela, še sploh, če se ukvarjaš s kakšno bolj gostilniško dejavnostjo, kar hitro lahko pride do izpada, čez zimo recimo« (zaposlena na nevladni organizaciji).

Precej pa se razlikujejo odgovori sogovornikov o tem, kaj se zgodi z zavarovanjem tistih, katerih delodajalci ne vplačujejo prispevkov za OZZ, kar so kot potencialno oviro omenili štirje sogovorniki. Oseba, ki ji delodajalec ni plačeval obveznega zdravstvenega zavarovanja trdi, da je morala v zdravstveni instituciji za storitev plačati. Zaposlena na ZZZS pa pravi, da težave nastanejo, ko zavarovanci potrebujejo nadomestilo za bolniški stalež, zdravstvene storitve pa menda lahko uporabljajo brez plačila.

Osebe, ki izpolnjujejo pogoje za denarno socialno pomoč (DSP)

V raziskavi, ki je potekala v projektu *Skupaj za zdravje*, smo ugotovili, da je bila nezavarovanost povezana tudi z naraščanjem revščine, kar se je še posebej izrazilo v času ekonomske krize.^[32] Ta je prispevala k naglemu povišanju števila oseb, ki so potrebovale družbeno pomoč za preživetje, obenem pa je služila kot argument za okrepitev specifičnega upravljanja z revščino. To je vodilo v strožjo socialno zakonodajo, ki je določila (30. člen ZUPJS-C), da so leta 2012 za urejanje obveznega zdravstvenega zavarovanja (OZZ) za socialno ogrožene osebe postali pristojni centri za socialno delo (CSD). Ta sprememba je bila povezana s tem, da je pravica do OZZ za socialno ogrožene osebe (državljanke Republike Slovenije in nedržavljanke z dovoljenjem za stalno prebivanje) od tedaj dalje pogojena z upravičenostjo do prejemanja denarne socialne pomoči (DSP). Ker pa je zakonodaja hkrati zaostila pogoje za upravičenost do DSP (denimo uvedla enotno vstopno točko za vse prejemke, določen vrstni red uveljavljanja pravic, dostop do uradnih zbirk podatkov o dohodkih in premoženju oseb in predvsem možnost zaznambe na lastnini upravičencev do DSP v korist države), so določene materialno prikrajšane osebe ostale brez socialne pomoči in s tem tudi brez kritja OZZ.

V raziskavi projekta *Skupaj za zdravje* smo tako ugotavljali jasen trend zmanjševanja števila oseb, ki so jim zaradi socialne ogroženosti OZZ krile občine, saj je bilo njihovo število leta 2014 za 6.318 nižje kot leta 2008, ob začetku gospodarske krize, ko sta bila stopnja tveganja revščine in število registriranih brezposelnih nižja.^[33] Tako smo ugotovili, da so kljub velikemu povečanju brezposelnosti in višanju odstotka oseb, ki živijo pod pragom tveganja revščine, občine manj osebam krile OZZ, čeprav bi moral biti ta trend ravno obraten. Četudi so določene ukrepe kasneje omilili (kot je census za vrednost nepremičnine), pa to ni popolnoma odpravilo škodljivih posledic (denimo odpovedovanja varstvenemu

32 Stopnja tveganja revščine v Sloveniji je v letu 2013 zajela 14,5 % prebivalcev. Leta 2013 je v Sloveniji živelo pod pragom revščine 50.000 ljudi več kot leta 2008, kar je v veliki meri posledica gospodarske krize. V obdobju krize se je najbolj povečala stopnja tveganja revščine brezposelnih oseb, družin z otroki, samskih oseb, zlasti starejših žensk (nad 75 let), gospodinjstev brez delovno aktivnih članov, enostarševskih gospodinjstev z vsaj enim vzdrževanim otrokom ter ostarelih enočlanskih gospodinjstev (nad 65 let) (Kazalniki blaginje v Sloveniji).

33 Septembra 2008 jih je bilo 59.303, oktobra 2014 pa 115.901 (http://www.ess.gov.si/trg_dela/trg_dela_v_stevilkah).

dodatku^[34]; za več glej poglavje *Izzivi oskrbe starejših in vprašanje integracije v zdravstvu, socialni in skupnosti*), ki jih je povzročila prvotna zakonodaja. Ker določene osebe niso več upravičene do kritja zdravstvenega zavarovanja iz javnih proračunov, ostajajo nezavarovane na ravni obveznega, še pogosteje pa dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja.

Tudi v raziskavi projekta *MoST* so sogovorniki izpostavljali različne ovire pri dostopu do OZZ, s katerimi se srečujejo socialno ogrožene osebe. Tako so sogovorniki iz treh uradov za delo ZRSR in enega CSD ugotavljali, da trenutna ureditev, kjer je prijava v evidenco ZRSZ pogoj za prejemanje DSP, ni vedno smiselna, saj so v aktivno iskanje zaposlitve prisiljeni tudi posamezniki, ki bi za vključitev v delovno okolje potrebovali veliko podpore ali pa tega sploh niso zmožni. Ena izmed sogovornic je bila kritična do takšnega generaliziranega pogojevanja prejemanja DSP, saj meni, da so s tem v iskanje zaposlitve prisiljene tudi osebe, ki se zaradi socialnih ali zdravstvenih težav ne zmorejo vključiti v delo:

*»Da so prejemniki denarne socialne pomoči, je pogoj, da so prijavljeni v evidenci zavoda. Torej, prejemniki socialne pomoči so tudi osebe, ki ne iščejo aktivno zaposlitev, oziroma zgolj z namenom, da pridobijo socialno pomoč. Zdaj, mi si želimo /.../, če se že ugotovi, ko oseba je pri svetovalcu na centru za socialno delo, pa našteje preveč /.../ predvsem socialnih ovir, da se vidi, da ne zmore vključitve v delo, da bi bil prejemnik socialne pomoči, brez da se prijavi v evidenco k nam in se /.../ kontinuirano dela na odpravi določenih ovir in ko se pride do nekega nivoja, da bi pa oseba zmogla počasi se vključiti vsaj v te programe pomoči, da bi se potem osebe prijavile /.../«
(zaposlena na Zavodu Republike Slovenije za zaposlovanje).*

V tem kontekstu so bili omenjeni tudi starejši od 55 let, ki so v primeru brezposelnosti ravno tako napoteni na ZRSZ, čeprav so njihove možnosti za zaposlitev omejene. Druga sogovornica je sicer omenila, da ima ZRSZ ob večjih socialnih stiskah, odvisnostih, težavah v duševnem zdravju ali drugem možnost dogovora s CSD o tem, da se osebi dodeli status začasno nezaposljive osebe, a je obenem izpostavila, da pogrša sistemsko ureditev takšnih primerov (oziroma določen protokol). Poleg tega, da ta situacija pripomore k zgolj navideznemu reševanju težav, kjer referenti napotujejo na delo brezposelne, a nezaposljive osebe, ima tudi potencialno neugodne posledice za njihovo zavarovanost, saj jih lahko zaradi neizpolnjevanja pogojev ZRSZ izbriše iz evidence iskalcev zaposlitve. Teoretično bi sicer lahko bile še vedno upravičene do kritja OZZ, saj zakon (30. člen ZU-PJS-C) določa, da so do plačila prispevka za OZZ upravičene tudi osebe, ki le izpolnjujejo pogoje za pridobitev DSP, pri čemer se krivdni razlogi (med katerimi je tudi odjava iz

34 Varstveni dodatek je namenjen zagotavljanju sredstev za kritje življenjskih stroškov, ki nastanejo v daljšem časovnem obdobju (stroški z vzdrževanjem stanovanja, nadomeščanjem trajnih potrošnih dobrin ...). Namenjen je osebam, ki si materialne varnosti ne morejo zagotoviti zaradi okoliščin, na katere sami ne morejo vplivati. Do varstvenega dodatka so upravičene osebe, ki imajo v Sloveniji stalno prebivališče in so:

- trajno nezaposljive ali trajno nezmožne za delo ali starejše od 63 let (ženske) oziroma od 65 let (moški) in niso delovno aktivne (niso zaposlene);
- upravičene do denarne socialne pomoči oziroma bi lahko bile upravičene do denarne socialne pomoči;
- ali če njihov dohodek oziroma lastni dohodek družine presega cenzus za pridobitev denarne socialne pomoči, ne presega pa cenzusa za varstveni dodatek (<https://www.gov.si teme/druge-oblike-pomoci/>).

evidence brezposelnih (28. člen ZSVarPre)) ne upoštevajo. Vendar je to odvisno tudi od presoje zaposlenih na CSD, ki lahko zakon berejo bolj ali manj dobesedno. Ena izmed njih je mnenja, da bi morale socialne delavke po terenskem obisku presoditi, če je prijava v evidenci ZRSZ res nujen pogoj:

*»Če si odjavljen iz evidence brezposelnih oseb, potem žal pri nas te osebe nimajo pravice do denarne socialne pomoči. Jaz ne bom rekla, da nikoli nobenemu ne damo, zaradi tega, ker so spet specifične na terenu. /.../ Če si strokovni delavec na centru, ne moreš gledati samo zakona in /.../ pogledati: 'Aha, ta oseba ni prijavljena na zavodu, /.../ nima pravice do denarne pomoči.' To je moje mišljenje. In jaz upam, da vse strokovne delavke razmišljajo enako. So ljudje v naših okoljih, ki enostavno ne zmorejo in ne znajo slediti družbenim normam. Ne moreš ti tam enega človeka, ki živi 'Bogu za ledjima', ne vem, kje in je brez vsega, brez elektrike, brez vode /.../ Ne moreš ti njega prisiliti, da bo šel na Zavod za zaposlovanje, se prijavil v evidenco brezposelnih oseb zato, da bo imel za življenje! Meni je to absurd, da bi bili taki birokrati, da ne more imeti denarne pomoči zato, ker ne izpolnjuje pogoja. Zdaj, mogoče vsak ne razmišlja tako«
(zaposlena na centru za socialno delo).*

Sogovorniki so kot oviro pri dodeljevanju DSP omenili tudi druge razloge, kot je neizpolnjevanje pogojev zaradi previsokega premoženja, čeprav z njim nekatere osebe ne morejo razpolagati. Sogovornica, samohranilka z dvema otrokoma, žrtev družinskega nasilja, je rekla:

*»Ko sem še živela in bila poročena z možem, je mož takrat vzel kredit, jaz sem pa zastavila hišo. Potem /.../ sva šla narazen in on kredita ni odplačeval. In to sem morala odplačevati jaz, ampak jaz tega več nisem zmogla in kaj mi je preostalo drugega, kot da grem v osebni stečaj. /.../ In zdaj meni pač ta hiša, ki se prodaja na dražbi, že četrtič hodi povsod v napoto. Pri denarni socialni pomoči in povsod, ker je kljub temu na papirju še vedno moja. Zdaj, od /.../ lanskega [leta op. a.] /.../ lahko imaš ti nepremičnino v vrednosti do 120 tisoč evrov, pa se ti ne upošteva. Ampak meni se upošteva, ker jaz imam že od prej. Vrednost moje nepremičnine preseže tričlansko družino /.../«
(žrtev nasilja).*

Zaposlena v varni hiši pritrdjuje, da stanovalke včasih niso bile upravičene do DSP zaradi prejemkov partnerja, ki je izvajal nasilje, zaradi česar so morale najprej sprožiti postopek razveze. Kot razlog za neupravičenost do DSP pa so bili omenjeni tudi prihranki. V povezavi s tem so trije sogovorniki kot zelo ranljivo skupino izpostavili osebe, ki ravno za malo presežejo cenzus za upravičenost do DSP, za katere centri za socialno delo ne morejo storiti skorajda nič, saj so omejeni z zakonodajo, zato se z njimi pogostejše srečujejo humanitarne organizacije. Sogovorniki mednje uvrščajo »družine, ki imajo sicer zaposlene,

ampak so minimalni prejemki, to pomeni, da se spet vračajo k nam, ker ta dela ne zadoščajo za normalno življenje» (zaposlena na nevladni organizaciji). Sklepamo lahko, da so osebe, ki s svojimi prihodki ne zmorejo preživeti, izjemno socialno ogrožene, saj ne prejemajo nobene pomoči pri dostopu do zdravstvenega zavarovanja, zdravil, različnih pripomočkov in drugega, kar se v obdobjih ekonomske krize lahko zgolj poglobi.

Naslednja ovira, ki so jo omenili sogovorniki, je bila dolgotrajnost postopkov za DSP, saj so v obdobju, ko traja postopek, osebe nezavarovane, če zavarovanj ne plačujejo same.

»Največja ovira so – ti postopki, vsi dolgo trajajo. Problem je recimo, ko pride ženska k nam brez vsega, brez nekih virov prihodka. Recimo, da pride iz enega razmerja, kjer je partner zaposlen in je ona čisto odvisna od njega, pride k nam brez česar koli. Je recimo danes težava v tem, da je ženska upravičena do socialne pomoči, ko k vlogi zraven doda še potrdilo, da je v postopku ločitve. To se sicer na centru zdaj nekaj ureja, da bi naj veljalo, /.../ da mi napišemo nek dopis, da je ženska pri nas in da bo vložila za ločitev. Potem upoštevajo samo njo, ne upoštevajo še partnerjevih dohodkov. Ti postopki se včasih kar vlečejo. Potem jim pač mi kupujemo hrano in druge potreščine« (zaposlena v varni hiši).

K temu pa je treba dodati tudi primere, ko osebe same zaradi različnih (subjektivnih in objektivnih) razlogov ne vložijo vloge za podaljšanje DSP, ki se vedno odobri le za določen čas, zaradi česar nimajo podaljšanega niti zdravstvenega zavarovanja.

Posebno skupino so v raziskavi *Skupaj za zdravje* predstavljale tudi osebe, ki niso imele prijavljenega stalnega prebivališča, zato niso mogle sprožiti uradnega postopka za pridobitev DSP. Ta ovira se kljub zakonskim spremembam pojavlja tudi v intervjujih v raziskavi projekta *MoST*. Sogovornik iz CSD je povzel problem v primeru brezdomcev:

»Nima osebne izkaznice, ker nima osebne izkaznice, nima stalnega prebivališča, da pa lahko stalno prebivališče prijavi, mora pa spet en drug pogoj izpolniti in se vrtimo v nekem začaranem krogu. In ta oseba nima ne obveznega in ne dodatnega zdravstvenega zavarovanja« (zaposlen na centru za socialno delo).

Da iz zdravstvenega sistema pogosto izpadejo brezdomci, je omenilo več sogovornikov. Vendar pa se s to težavo ne srečujejo le osebe, ki jih stereotipno uvrščamo med brezdomce, ampak se »brez doma« najdejo tudi mnogi drugi posamezniki in posameznice. Sogovornica iz CSD je omenila osebe, ki so v rejništvu, ko rejniki ne želijo podaljšati pogodbe, pa tudi dejstvo, da določene institucije ne določajo stalnega prebivališča na svojem naslovu (kot so različni socialno varstveni ali vzgojni zavodi, institucije, ki delajo z žrtvami nasilja, nekateri domovi za starejše in podobno). Da ne gre za zanemarljivo število oseb, priča tretja sogovornica iz CSD, ki dela v srednje velikem slovenskem mestu:

*»Osebe, ki ostanejo brez stalnega bivanja, ker je tega kar nekaj in jih imamo tudi kar nekaj prijavljenih pri nas na centru za socialno delo /.../ Zdaj, lani je bil sprejet Zakon o prijavi prebivališča, nov, tako da zdaj po tem zakonu lahko prijavimo žrtve nasilja na centru za socialno delo. Mi jih imamo tu na centru prijavljenih veliko, okoli 40 verjetno, imamo prijavljenih oseb. Tisti ostali, ki prejemajo pomoč, so pa lahko tudi na naslovu občine prijavljeni. In tudi teh je zdaj že nekaj, /.../ 64 ljudi prijavljenih, celo«
(zaposlena na centru za socialno delo).*

Čeprav je novela Zakona o prijavi prebivališča iz leta 2016 (19. člen) jasneje uredila dolžnost prijave prebivališča na naslovu občine oziroma CSD in tako naslovila probleme, ki se v povezavi s tem pojavljajo, pa lahko sklepamo, da postopki prijave ne potekajo gladko predvsem pri osebah, ki so izven sistema, torej pri osebah, za katere tega postopka ne izvedejo različne institucije.

Zdravstveno nezavarovani otroci

V povezavi z osebami brez obveznega zdravstvenega zavarovanja bomo nazadnje obravnavali še vprašanje nezavarovanih otrok. V Sloveniji obstaja prepričanje, da nezavarovanih otrok ni, saj veljajo za 'ranljivo skupino', zato zakonodaja določa posebne ukrepe na tem področju. Tako otroci in študenti, ki se redno šolajo oziroma do 26. leta, niso zavezanци za doplačila, zato ne potrebujejo dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (23. člen ZZVZZ). Obenem so obvezno zdravstveno zavarovani po enem od staršev kot družinski člani, v primeru, da staršev nimajo, ti zanje ne skrbijo oziroma ne izpolnjujejo pogojev za vključitev v OZZ, pa do 18. leta (če se šolajo) zanje zavarovanje plačuje občina (24. točka 15. člena ZZVZZ). To velja tudi za otroke priseljence, pri katerih naj bi vodil postopek center za socialno delo. Vendar pa smo že v raziskavi *Skupaj za zdravje* ugotavljali, da se v praksi sogovorniki kljub tem zakonskim varovalkam še vedno srečujejo s primeri nezavarovanih otrok.

Primeri iz raziskave projekta *MoST* kažejo, da gre v zadnjih letih redkeje za slovenske državljane (v intervjujih sta bila omenjena dva otroka, od katerih je eden bil rejenc), pogostejše se pojavljajo otroci nedržavljanov. Tako je bil omenjen primer otroka, ki je v Slovenijo prišel zaradi združitve z družino:

*»Bil je en primer z otrokom. Možakar je pripeljal ženo in otroka sem. Starejši [sin, op. a.] je imel astmo ali bronhitis /.../. Otrok je izgubil sapo, tako da smo klicali enega prijatelja in ga je prišel pogledati. Pride do takšnih stvari«
(verski voditelj).*

Po besedah sogovornikov naj bi bili nekateri otroci nezavarovani, ker se njihovi starši ne znajdejo v slovenskem zdravstvenem sistemu, čeprav izpolnjujejo pogoje za OZZ. Drugi pa ostajajo nezavarovani, ker njihovi starši za vstop v OZZ ne izpolnjujejo pogojev,

obenem pa jih centri za socialno delo ne prepoznajo oziroma se ti na CSD ne obrnejo. Za kakršnekoli dokončne trditve bi bilo potrebno dodatno raziskati, kako se izvaja zakonsko določilo (24. točka 15. člena ZZVZZ), ki vsem šoloobveznim otrokom omogoča obvezno zdravstveno zavarovanje. Kljub temu pa je možno trditi, da centri za socialno delo ne zaznajo vseh nezavarovanih otrok, saj z njimi nimajo stika, zato bi bilo nujno ugotoviti, kaj se na primer zgodi v primerih otrok, ki imajo v Sloveniji le dovoljenje za zadrževanje ali pa so brez vsakršnega statusa.

Da določeni otroci ostajajo brez dostopa do zdravstva, čeprav imajo do njega pravico, izhaja tudi iz besed sogovornikov, ki nudijo pomoč mladoletnim proslcem za mednarodno zaščito:

*»Prva ovira je bila, kdo bo za koga poskrbel in kdo bo plačal. Proslcem za mednarodno zaščito pripada le nujna zdravstvena oskrba, kar pa v dosti primerih ne zadošča za ureditev zdravstvenih stanj. Ali za njih potem poskrbi urgentna služba ali šolski zdravnik? ZD mora najprej urediti dogovor z Azilnim domom oziroma notranjim ministrstvom, kdo bo plačnik storitev /.../«
(zaposlena na nevladni organizaciji).*

Pogosto naj bi bil problem tudi definicija nujne zdravstvene oskrbe in kaj storiti s pripomočki, kot so očala. Ker je dostop do zdravstvenega sistema otežen, poleg redne šolske ambulate v ZD pogosto uporabljajo tudi storitve pro bono ambulant, kar so potrdili tudi v eni izmed njih, hkrati pa zatrdili, da teh otrok »niso planirali, saj imajo po zakonu iste pravice kot ostali otroci« (Pro bono). Kar drži, mladoletni prosilci za mednarodno zaščito so na podlagi zakona (86. člen ZMZ-1) upravičeni do zdravstvenega varstva v enakem obsegu kot otroci, ki so obvezno zdravstveno zavarovani kot družinski člani. Zakaj torej hodijo v pro bono ambulanto?

Osebe brez dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (DZZ)

Raziskava *Skupaj za zdravje* je razkrila tudi težave na ravni urejenosti DZZ. Obstoječi sistem je namreč nepošten, saj vsem zavarovancem za DZZ zaračunava enako visoke premije, ne glede na njihove dejanske prihodke ali premoženje. Poleg tega so osebe v primeru dolgotrajnejše nezavarovanosti sankcionirane z višanjem odstotka premije (vsako nezavarovano leto za 3 %, a največ do 80 % veljavne premije in sicer od 1. 1. 2006 dalje (62.b člen ZZVZZ)) kot z vplačevanjem premije med čakalno dobo, ki traja prve tri mesece po sklenitvi pogodbe, ne da bi jim ob tem dopolnilno zdravstveno zavarovanje veljalo. Plačevanje premij za DZZ zato lahko predstavlja breme za socialno ogrožene prebivalce. Osebe, ki izpolnjujejo pogoje za denarno socialno pomoč, imajo pravico do kritja razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev, kar pomeni, da jim država v primerih zdravstvene obravnave pokrije strošek doplačil. Osebe, ki prejemajo varstveni dodatek, pa pravice do kritja razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev nimajo, čeprav so v postopku za pridobitev varstvenega dodatka morale dokazati, da so njihovi prejemki izjemno nizki.

Večina sogovornikov v raziskavi projekta MoST je kot 'ranljivo skupino' v zdravstvu nasploh izpostavila starejše osebe z nizkimi pokojninami. Med sogovorniki so tri osebe, ki delujejo v okviru nevladnih organizacij in dve zaposleni na CSD, omenile, da se srečujejo z upokojenci, ki si ne plačujejo dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, ker jim ta predstavlja previsok izdatek. Sogovornica je navedla primer upokojenega gospoda, ki se je obrnil nanje, ker je zbolel za rakom, ni pa imel sklenjenega DZZ, zato naj bi stroške zdravljenja kril sam. V takšnih primerih jim CSD pomaga z izrednimi denarnimi pomočmi, humanitarne organizacije pa s plačevanjem položnic za zavarovanje, ki jih pokrivajo z donacijami. Iz druge humanitarne organizacije so opozorili, da je njihovo terensko delo nujno za ugotavljanje stisk, saj se pomoči potrební pri njih ne zglasijo vedno sami, zato je verjetno takšnih upokojencev še več. Druga sogovornica iz Rdečega križa je povedala, da prepoznavajo različne kombinacije preživetja, saj »starostnikom v nekaterih primerih dodatno zdravstveno zavarovanje krijejo otroci, v nekaterih primerih si plačajo DZZ in zaradi tega žrtvujejo nakup živil, ki jih potem prevzamejo na Rdečem križu« (zaposlena na nevladni organizaciji). Pojavljajo pa se tudi primeri, ko si svojci ali osebe, ki so se zavezale k oskrbi v zameno za plačilo, prisvojijo starostnikovo pokojnino, zato si ti zavarovanja ne morejo plačati. Po besedah sogovornikov se nekateri starejši ne zavarujejo tudi zato, ker naj se ne bi zavedali stroškov bolnišnične hospitalizacije in doplačil za zdravila, saj gledajo na bolj kratkoročne stroške. Po besedah zaposlene na CSD so, ko se soočijo s starejšim posameznikom brez dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, ki je zbolel ali se poškodoval, v hudi stiski, saj so postopki kompleksni in dolgotrajni, oskrba pa nujna:

»Tukaj je tudi kritika na te zavarovalnice, pač oni delajo s profitom in jaz vem, da so tudi to uvedli, ko so se ljudje zavarovali, ko so zboleli, so prvi dan šli k zdravniku, so plačali en mesec in so spet prekinili. Zdaj moraš plačevati tri mesece ... samo jaz pravim, vedno je treba pogledati, kdo želi izigravati sistem, kdo pa je zaradi neke stiske prišel v to situacijo«
(zaposlena na centru za socialno delo).

V povezavi z DZZ se je odprlo še več vprašanj, ki jih je sprožila sogovornica iz NVO:

»Tisti, ki imajo samo DSP, ni problem, ker je vse pač krito s strani proračuna. Tisti, ki pa imajo varstveni dodatek ali pa kako pokojnino, seveda si morajo sami plačevati in to je problem, velik problem. /.../ In pridejo obdobja, ko si dodatnih zavarovanj ne plačujejo. /.../ Ali pa pridejo k nam ljudje, ki jih pač sprejmemo v program, pa je dolžen Vzajemni, ne vem koliko denarja, pa nima nič. Seveda skušamo te stvari reševati skupaj s CSD-jem, s kako izredno pomočjo, iščemo poti. To je /.../ naporno in zelo zoporno, ker veš, da je pomembno, ne moreš pa več kot uporabiti neke poti, jaz se dogovarjam na sto in en način, ampak v končni fazi pač mora človek te stvari urediti ali pa plačati po obrokih«
(zaposlena na nevladni organizaciji).

Prva težava tako je, da si morajo osebe, ki prejemajo varstveni dodatek za razliko od oseb, ki prejemajo DSP, dopolnilno zdravstveno zavarovanje plačevati same, čeprav so v postopku pridobivanja dodatka dokazale, da so socialno ogrožene. Po spremembi socialne zakonodaje v letu 2012 se je njihova situacija še zaostрила, saj je takrat država začela uveljavljati možnost zaznambe na lastnini upravičencev, kar pomeni, da si je lahko s prodajo njihovega premoženja po smrti zagotovila povrnitev sredstev socialnih pomoči, obenem pa so zanje postali dolžni primarno skrbeti njihovi otroci, kinajjih staršine bi želeli obremenjevati. Več sogovornikov je poročalo, da se je zaradi tega razloga veliko starejših odpovedalo varstvenemu dodatku: »Tri četr jih je vrnilo nazaj in živijo pod pragom revščine« (zaposlen v zdravstvenem domu). Omenili pa so tudi, da so od takrat razrahljali zakonodajo in da merila niso več tako stroga. Vendar pa o tem upravičenci niso dobro informirani:

»Varstvenega dodatka nima veliko ljudi, saj so se ti prej na varstveni dodatek lahko usedli in so se ljudje tega bali, ogromno ljudi (starostniki, naši) se ga je odreklo. Marsikdo za ta varstveni dodatek sploh ne ve. CSD za takšne stvari informacij sploh ne posreduje, v nasprotju s spremembo pred leti, ko je prišlo do negativnega obrata. Zdaj do 120.000 evrov se ti država več ne more uvesti. Raje se temu odrečejo, kot pa da otroku nimajo nič za pustiti«
(zaposlena na nevladni organizaciji).

Še ena kategorija, ki jo je izpostavilo več sogovornikov kot potencialno socialno ranljivo zaradi nizkih dohodkov in zato takšno, pri kateri bi bilo potrebno preveriti vplačevanje dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, so osebe s statusom invalida. Kot bolj ranljivi so bili omenjeni »brezposelni invalidi« in pa »invalidi«, ki imajo zgolj status invalida na Zavodu za zaposlovanje, »kar jim ne prinaša nobenih prejemkov. V boljši situaciji naj bi bile osebe, ki imajo status invalida prek Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje (ZPIZ), saj naj bi bile upravičene do nadomestila za invalidnost, po katerem je proračunsko krito OZZ, DZZ pa si lahko uredijo prek centra za socialno delo. V primeru plačevanja dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja so se sogovorniki spraševali, ali to zmorejo, saj je najnižje nadomestilo za invalidnost izjemno nizko: »stvar ni ne za živeti, ne za umreti, ker je minimum približno 200 evrov« (zaposlena na Zavodu RS za zaposlovanje). Poleg tega so izpostavili, da v primerih, ko oseba nima delovne dobe, na Zavodu za pokojninsko in invalidsko zavarovanje ni obravnavana in ostane brez denarne podpore, hkrati pa beležijo poostreitev obravnave na invalidskih komisijah ZPIZ, tudi v primeru težjih bolezni:

»Raka imajo /.../ in je zavrnjeno, da zdravljenje ni zaključeno. A zdravljenje ne bo nikoli zaključeno. /.../ Že tako je bolan, je bolezen, se ukvarja z nami, z Zavodom, mora hoditi sem, se javljati, zdravljenje še ni zaključeno, se tudi vleče, tudi če je zaključeno, gre na obravnavo na ZPIZ ali pa k nam, spet se zavleče, ta krog je zelo /.../, hitro se leto obrne. Ampak itak si v tisti najhujši življenjski situaciji. Težko je biti invalid v naši družbi. Ma, ljudje so delali, imajo delavno dobo, /.../ so garali, fizična dela, v domu, sobarice /.../ in tako pristanejo s tistimi 200 evri /.../«
(zaposlena na Zavodu Republike Slovenije za zaposlovanje).

Osebe s statusom invalida in osebe, ki prejemajo varstveni dodatek, so tako tiste, ki so zaradi zdravstvenega stanja ali starosti nezmožne za delo, pa kljub nizkim prihodkom nimajo pravice do kritja razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev. Torej, da bi jim kot socialno ogroženim osebam državni proračun poravnal doplačila za zdravstvene storitve.

Poleg omenjenih skupin sogovorniki prepoznajo tudi druge osebe brez dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, ki pa jih večinoma družijo ekonomska stiska ali nepoznavanje sistema oziroma začasna ali stalna nezmožnost, da bi se mu prilagodili. Sogovorniki so tako omenjali »osebe z nizko izobrazbo in nezaposlene«, »osebe v finančni stiski«, »prekarne delavce«, »samostojne podjetnike«, in »obrtnike«, »uporabnike nedovoljenih drog«, nekatere priseljence, predvsem družinske člane »brezposelne albansko govoreče žene« in »migrantske delavce«, »ženske, žrtve nasilja«, ki se zatečejo v varne hiše, »osebe s težavami v duševnem zdravju« ter »osebe, ki so prijavljene na ZRSZ« (tako tiste, ki prejemajo nadomestilo za brezposelnost, a je to nizko, kot tiste, ki ga ne prejemajo, a nimajo DSP), predvsem »mlade« oziroma »osebe, ki malo presegajo cenzus za DSP«. Hkrati so sogovorniki poudarjali nejasnost poimenovanja pravice do DZZ za socialno ogrožene osebe (pravica do kritja razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev), zaradi česar si je posamezniki, ki sicer pogoje zanj izpolnjujejo, ne uredijo oziroma tudi če si jo, niso seznanjeni s postopkom, da morajo z zavarovalnico vseeno skleniti pogodbo o DZZ in potem naknadno urejati uveljavljanje pravice.

Več sogovornikov je omenjalo tudi težave zaradi trimesečne čakalne dobe, ki mora preteči po sklenitvi DZZ preden ta začne veljati, predvsem pa problem dolga do zavarovalnic, ki onemogoča vključenost v dopolnilno zavarovanje:

»Ja, pri njih [obrtnikih, op. a.] je težava, /.../ ker imajo dolgove. In dokler imaš ti dolg, ne moreš podjetja zapret. /.../ In potem tudi ne plačujejo zdravstvenega zavarovanja in imajo na zdravstvenem zavarovanju dolg in potem tako dolgo, kot imaš dolg, tako dolgo se potem pri njih ne moreš ponovno zavarovati za dodatno zavarovanje«

(zaposlena na centru za socialno delo)

Dostop do OZZ - spremenljiva pravica

»Vsak državljan ima na neki podlagi možnost, da pridobi obvezno zdravstveno zavarovanje, ki ga plačuje občina«

(zaposlena na Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije).

Zgornji citat kaže, da še vedno prihaja do precej poenostavljenega razumevanja dostopa do zdravstvenega zavarovanja. Med analizo izsledkov raziskav projektov *Skupaj za zdravje* in *MoST* je večkrat prišel do izraza en vidik, in sicer razhajanje pri razumevanju situacije (ne)zavarovanosti med osebami, ki delajo z ljudmi celostno, na terenu ali celo v njihovem življenjskem okolju in med osebami, ki delajo zgolj na urejanju posameznega področja človekovega življenja, denimo le na urejanju OZZ. Prvi namreč na področju

zdravstvenega zavarovanja prepoznavajo mnogo več ovir in s tem mnogo več nezavarovanih oseb. Razlog za to je bržkone v tem, da umanjkanje obveznega in/ali dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja po navadi povzroči preplet različnih okoliščin v človekovem življenju in to pogosto tudi takrat, kadar imajo te osebe »pravico do OZZ«. Ena izmed okoliščin, ki se v obravnavanih raziskavah kaže kot izjemno pomembna, je vprašanje ekonomskih zmožnosti, ki imajo – kljub vgrajenim varovalkam sistema OZZ – bistven vpliv na (ne)zavarovanost.

Če pa celostno povzamemo v tem poglavju predstavljene rezultate obeh raziskav, lahko sklenemo, da se ti v večji meri prekrivajo, saj nam kažejo iste ali vsaj podobne ovire pri dostopu do OZZ in DZZ. Tako smo pri obeh raziskavah zaznali:

- težave pri določenih pravnih statusih nedržavljanov, ki nimajo pravice do OZZ;
- ovire, s katerimi se soočajo prekarne osebe, kot so nezadostna sredstva za vplačevanje prispevkov in plačevanje bolniškega staleža, pri čemer smo na novo ugotavljali ruralne oblike prekarnosti;
- problem nakopičenih dolgov in zadržanih pravic do zdravstvenih storitev;
- ovire, ki izhajajo iz prepletenosti izpolnjevanja pogojev za upravičenost do DSP z dostopom do OZZ in težave oseb, ki nimajo pravice do pomoči iz javnih sredstev, ker ravno za malo presegajo cenzus za DSP;
- pojav nezavarovanih otrok in
- probleme povezane z DZZ, ki so bili v tokratni raziskavi veliko bolj izraženi, sogovorniki pa so v povezavi s tem našli tudi več skupin z ranljivostmi.

Primerljivi rezultati obeh raziskav niso presenetljivi, saj gre v veliki meri za ovire pri dostopu do zdravstvenega zavarovanja, ki so sistemsko pogojene, sistem OZZ in DZZ pa v vmesnem obdobju ni bil deležen večjih sprememb. Tako lahko sklepamo, da bodo, dokler zaznane ovire ne bodo sistemsko naslovljene, povzročale ranljivost na področju (ne)zavarovanosti. Spremembe pa bi se lahko kazale v njihovi razširjenosti, torej v kakšni meri se kažejo v celotni populaciji glede na širše družbene procese, ki zaradi specifične organiziranosti sistema zdravstvenega zavarovanja vplivajo na dostop posameznic in posameznikov do zdravstvenega zavarovanja.

Kot smo že omenili, je namreč med obema raziskavama pomembna razlika. Prva raziskava je bila izvedena v letu 2014, ko so bili učinki ekonomske krize veliko bolj izraženi, zato je bila nanje tudi posebej pozorna. Druga raziskava pa je bila izvedena v letih 2018 in 2019, ko je bilo slovensko gospodarstvo v konjunkturi, zato bi morali biti negativni učinki krize na zdravstveno zavarovanje bolj ali manj odpravljeni. V zvezi s tem je nekaj sogovornikov poročalo, da je bila pred leti situacija bolj zaostrena, saj so se soočali z več nezavarovanimi osebami. A ta podatek ni dovolj, da bi potrdili ali ovrgli trditev o izboljšanju situacije. Če bi želeli izvesti natančnejšo analizo dinamike (ne)zavarovanosti na področju prekarnosti, bi morali primerjati statistike o številu nezavarovanih oseb,

oseb, ki si same plačujejo OZZ (na podlagi 20. točke 15. člena ZZVZZ) ali oseb z zadržanimi pravicami do zdravstvenih storitev in denarnih dajatev v obdobju od leta 2008 do 2020. Vendar teh podatkov v raziskavi projekta *MoST* nismo sistematično zbirali. Glede na pomanjkanje statistične potrditve izboljšanja v obdobju po krizi lahko na tem mestu trdimo le, da je ekonomska kriza povečala nedostopnost sistema OZZ in/ali DZZ za različne skupine prebivalcev v Sloveniji, saj smo to ugotovili v raziskavi *Skupaj za zdravje*. Obenem pa velja tudi, da so sistemske ovire, ki vplivajo na dostop do zdravstvenega zavarovanja, v celotnem obdobju raziskovanja ostale iste.

To dejstvo je v času pandemije Covid-19 izjemno pomembno. Poleg številnih družbenih procesov, ki jih je ta že sprožila, bodo ukrepi, ki so jih in jih bodo ob tem sprejele oblasti, prinesli veliko novih izzivov. Eden izmed njih je zagotovo nova gospodarska kriza, saj je večina držav v prvi polovici leta 2020 padla v globoko recesijo. Urad RS za makroekonomske analize in razvoj je v aprilu 2020 podal oceno, »... da je svetovno gospodarstvo že vstopilo v recesijo, ki bo najmanj tako resna kot leta 2009, okrevanje pa bo ključno odvisno od nadaljnega širjenja in trajanja pandemije ter od intervencij ekonomskih politik« (Kosi Antolič in Todorović Jemec 2020, 4). V prihodnjih letih bo tako tudi na področju dostopa do zdravstvenega zavarovanja ključno, na kakšen način bodo slovenske oblasti novo ekonomsko krizo naslovile, saj je dostop do OZZ in/ali DZZ prepleten z zaposlitvenim oziroma ekonomskim položajem posameznikov in posameznic. Naše raziskave, pa tudi ocena, podana v Resoluciji »Skupaj za družbo zdravja«, kažejo, da se v zadnji ekonomski krizi Slovenija ni najboljšje odrezala: »Čeprav je Slovenija še vedno med evropskimi državami, v katerih je stopnja tveganja revščine nizka, se je število prebivalcev v tej skupini od začetka krize povečalo za 22 %, kar je več kot povprečje EU. Dostopnost javnih storitev /.../ se je po začetku krize še izboljševala /.../. Od leta 2012 pa pri večini javnih storitev ni bilo nadaljnega izboljšanja. Zastoj je posledica ukrepov za konsolidacijo javnih financ in hkrati poslabšanega socialnega položaja prebivalstva, saj je nekatere javne storitve treba plačati ali doplačati iz zasebnih virov. /.../ Zaradi znižanja plač, brezposelnosti in manj razpoložljivega dohodka gospodinjstev, mnogi zavarovanci komaj še zmorejo plačevati premijo prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja ali pa tudi ne« (Resolucija 2016–2025). In ti družbeni procesi niso abstraktni, ampak se neposredno prenesejo na zdravje prebivalcev, od odziva oblasti pa je odvisno, koliko in na kakšen način se bo splošna situacija na področju javnega zdravja spremenila. Med državami, ki so v pretekli ekonomski krizi izbrale reševanje bank in varčevalne ukrepe, je bila tudi Slovenija in določene težave, s katerimi se danes soočamo v zdravstvu, lahko z njimi neposredno povežemo. Novi varčevalni ukrepi bi tako lahko za mnoge posameznice in posameznike dodatno omejili dostop do zdravstva in s tem poslabšali njihovo zdravje.

Dilema vsiljenih izbir

»In potem narediš patronažne obiske in potem neredni plačniki in potem naj bi izstavila račun. Sem rekla, to mi ne bomo delali, ker je meni absurdno. In potem smo, čisto odkrito povedano, smo se znašli, dali oseba brez kzz [kartice zdravstvenega zavarovanja, op. a.], ali pa zavarovali po očetu, namesto po mami, ali pa očeta poklicali: "Lepo vas prosim, dajte to urediti, da ne bomo izstavljali računov". Če ne, sem pa katerega naredila zastoj, pa nisem edina. Verjetno so tudi sestre v patronaži že to naredile, za dobrobit ljudi« (zdravstvena delavka).

V pričujočem poglavju smo na podlagi rezultatov dveh raziskav o ranljivosti in neenakosti v zdravju iz okolij OE NIJZ Celje in OE NIJZ Koper, ki sta v letu 2014 in letih 2018, 2019 potekali pod okriljem NIJZ, predstavili bistvene sistemske ovire, ki vplivajo na zmanjšan dostop do obveznega in/ali dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja za različne prebivalce Slovenije in s tem povzročajo njihovo nezavarovanost. Te ovire smo postavili v širši kontekst, ki nam ga je omogočil kvalitativni značaj raziskav. Na eni strani so nam polstrukturirani intervjuji, ki smo jih opravili z množico različnih deležnikov v lokalnih okoljih, omogočili vpogled na dogajanje v drugih družbenih podsistemi, ki so z zdravstvom tako ali drugače povezani. Na drugi strani pa so nam dali natančnejši pregled dinamike na področju zdravstvenega zavarovanja v obdobju, ki ga je najprej zaznamovala ekonomska kriza, nato pa konjunktura slovenskega gospodarstva, ki se je naglo zaključila leta 2020. Ob tem nam je pregled organiziranosti sistema OZZ in DZZ razkril, zakaj in na kakšen način je ta občutljiv na nihanja na trgu dela, ki ključno vplivajo na obseg (ne)zavarovanosti in na same zmožnosti financiranja javnega zdravstva. Te ugotovitve so bistvene za njegovo dostopnost v prihodnje, ko bo zastoj svetovnega gospodarstva, ki so ga sprožili odzivi na pandemijo Covid-19, začel kazati učinke nove recesije v poslabšanju življenjskih okoliščin za mnoge posameznice in posameznike.

V tem času je tako treba z vso resnostjo obravnavati načela, zapisana v Resoluciji nacionalnega plana zdravstvenega varstva 2016–2025, ki predstavlja podlago za razvoj zdravstva v Sloveniji in za sprejem ustreznih zakonov s področja zdravstvenega zavarovanja in zdravstvene dejavnosti. Ta ohranjajo vizijo kakovostnega, varnega in vsem dostopnega javnega zdravstva, enakost, solidarnost in pravičnost financiranja pa kot poglavitne vrednote zdravstvenega sistema, pri čemer zdravje ne sme biti odvisno od kupne moči posameznikov. Ena izmed razvojnih vizij resolucije je tako tudi zagotavljanje finančne vzdržnosti OZZ ob bolj solidarni prispevni obremenitvi zavarovancev, večji raznolikosti virov, ohranitvi obstoječih pravic in vpeljavi proticikličnih mehanizmov v financiranje, obenem pa obljublja še preoblikovanje DZZ v smeri večje solidarnosti in manjše potrebe po doplačilih (Resolucija 2016–2025). Ob implementaciji teh načel je zagotovo nujna posebna pozornost, saj lahko bolj solidarna prispevna obremenitev zavarovancev ob neupoštevanju drugih družbenih procesov (denimo prekarizacije dela) pomeni tudi povečanje obremenitev za že »ranljive populacije«, kakor se je izkazalo leta 2014. Poleg tega ni možno zanemariti niti drugih političnih in ekonomskih interesov, ki

zgornjim načelom nasprotujejo, kot je bilo možno zaznati v burnih javnih diskusijah, ki so v povezavi s preoblikovanjem dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja potekale v letih 2019 in 2020. Novi izzivi v prihajajoči ekonomski krizi v vsakem primeru prinašajo temeljite spremembe na področju zdravstva, odprto je le vprašanje, v katero smer bodo šle. Ali v zagotavljanje univerzalnega dostopa do zdravstva in s tem pravice do zdravja ali pa v dileme vsiljenih izbir, ko bo (kot izhaja iz zgornjega citata) vse več zdravstvenih delavcev paciente zaradi nezavarovanosti prisiljeno zavračati oziroma svoje storitve opravljati proti navodilom, torej na skrivaj.

Literatura

Kosi Antolič, Tanja in Nataša Todorović Jemec, ur. april 2020. Scenarij Covid19. Ljubljana: UMAR. Pridobljeno 28. avgusta 2020. https://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/napovedi/vmesna/marec_2020/A_PN2020_Covid19_p.pdf.

Kazalniki blaginje v Sloveniji. Pridobljeno 1. avgusta 2020. <http://www.kazalniki-blaginje.gov.si/mat-blag/mb-revsc.html>.

Kramberger, Boris, ur. 2019. Poslovno poročilo ZZZS za leto 2018. Ljubljana: ZZZS. Pridobljeno 28. avgusta 2020. [https://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/0/8ba7cb093e9155ebc12583c80038f7cd/\\$FILE/Poslovno%20poročilo%20ZZZS%20za%20leto%202018_16.4.2019.pdf](https://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/0/8ba7cb093e9155ebc12583c80038f7cd/$FILE/Poslovno%20poročilo%20ZZZS%20za%20leto%202018_16.4.2019.pdf).

Lesnik, Tina, Mojca Gabrijelčič Blenkuš, Ada Hočevar Grom, Tatjana Kofol Bric in Metka Zaletel. 2018. Neenakosti v zdravju v Sloveniji v času ekonomske krize. Ljubljana: NIJZ. Pridobljeno 28. avgusta 2020. <https://www.nijz.si/sl/publikacije/neenakosti-v-zdravju-v-sloveniji-v-casu-ekonomske-krize>.

Lipovec Čebtron, Uršula, Keršič-Svetel Marjeta in Sara Pistotnik. 2016. 'Zdravstveno marginalizirane - "ranljive" skupine: ovire v dostopu do sistema zdravstvenega varstva in v njem.' V Ocena potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle: ključni izsledki kvalitativnih raziskav in stališča strokovnih delovnih skupin, ur. Jerneja Farkaš-Lainščak, 14–25. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Lipovec Čebtron, Uršula in Sara Pistotnik. 2015. Iluzija o univerzalnem dostopu do zdravstvenega zavarovanja: nedržavljeni, prekarni, revni kot zdravstveno nezavarovani prebivalci. Etnolog: glasnik Slovenskega etnografskega muzeja. 25: 89–111.

Pistotnik, Sara in Uršula Lipovec Čebtron. 2015. Predlogi sistemskih ukrepov za lažji dostop do zdravstvenega zavarovanja in zdravstvenega varstva za odrinjene skupine. Neobjavljeno poročilo. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Republika Slovenija. Druge oblike pomoči. Pridobljeno 1. avgusta 2020. <https://www.gov.si teme/druge-oblike-pomoci/>.

Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravlja«. Uradni list RS, št. 25/16. Pridobljeno 1. avgusta 2020. <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/O-ministrstvu/198ae56ddc/SKUPAJ-ZA-DRUZBO-ZDRAVJA-Resolucija-o-nacionalnem-planu-zdravstvenega-varstva-2016-2025-v2.pdf>.

SURS. Prebivalstvo. Pridobljeno 1. avgusta 2020. <https://www.stat.si/StatWeb/Field/Index/17>.

Thomas, Steve, Tamás Evetovits in Sarah Thomson. 2015. Analysis of the health system in Slovenia: Summary and Key Findings. Final Report. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

ZRSZ. Trg dela v številkah. Pridobljeno 1. avgust 2020.
http://www.ess.gov.si/trg_dela/trg_dela_v_stevilkah.

ZZZS. Preglednica prispevkov. Pridobljeno 1. avgusta 2020.
<https://zavezanec.zzs.si/wps/portal/portali/azap/prispevki-za-obvezno-zdravstveno-zavarovanje/preglednica-prispevkov>.

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ).
Ur. l. RS 114/2006.

Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev (ZUPJS-C). Ur. l. RS 99/2013.

Zakona o mednarodni zaščiti (ZMZ-1). Ur. l. RS 16/2017.

Zakon o partnerski zvezi (ZPZ). Ur. l. RS 33/2016.

Zakon o registraciji partnerske skupnosti (ZRIPS). Ur. l. RS 65/2005.

Zakon za uravnoteženje javnih financ (ZUJF). Ur. l. RS 40/2012, 96/2012.

Zupanič Slavec, Zvonka. 2019. Razvoj zdravstvenega zavarovanja pri Slovencih 1889–2019. Ljubljana: ZZZS. Pridobljeno 5. avgusta 2020. [https://www.zzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/8d7230bd3c86d0b6c125848200314ea3/\\$FILE/bro%C5%A1ura%20Razvoj%20zdravstvenega%20zavarovanja%20pri%20Slovincih_9.10.2019.pdf](https://www.zzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/8d7230bd3c86d0b6c125848200314ea3/$FILE/bro%C5%A1ura%20Razvoj%20zdravstvenega%20zavarovanja%20pri%20Slovincih_9.10.2019.pdf)

Oskrba starejših prebivalcev in vprašanje integracije v zdravstvu, sociali in skupnosti

Denis Oprešnik

Uvod

Obsežna raziskava, ki je predmet pričujoče publikacije, je identificirala vrsto skupin z različnimi ranljivostmi in predvsem raznolikih ovir, ki so lastne bodisi specifičnim posameznikom in skupinam bodisi so v temelju širše in kot take prečijo različne kontekste – od zdravstva in sociale do drugih oblik delovanja skupnosti. Skupina, ki so jo sogovorniki na terenu najpogostejše in najštevilčnejše navajali in jo obravnavamo v tem besedilu, so starejši prebivalci (v nadaljevanju: starejši), ki pa jih zaradi svoje inherentne heterogenosti pravzaprav le s težavo dojemamo kot enovito skupino. Starejši se seveda razlikujejo glede na svoje zdravstveno stanje, osebnostne značilnosti in socioekonomski položaj (glej Petek Šter 2016), hkrati pa tudi glede na družbeno-kulturni in politični kontekst, v katerem živijo. Tako tudi hitro ugotovimo, da je praktično nemogoče določiti »objektivno mejo starosti«, čeprav se ta včasih načelno določa pri letih, ki simbolno utelešajo prehod v novo življenjsko obdobje (na primer z upokojitvijo) oziroma po dopolnjenem 65. letu starosti. Sogovorniki so starejše kot ranljivo kategorijo opredeljevali predvsem z vidika »atributov« in okoliščin, ki naj bi prispevali k njihovi ranljivosti. Kot je razvidno v poglavju *Skupine z ranljivostmi v lokalnih okoljih* pričujoče monografije, so to povezovali z njihovim zdravstvenim stanjem, okoljem, v katerem prebivajo, infrastrukturo in storitvami, ki so jim na voljo, socialnimi mrežami, premoženjem, upravičenostjo do različnih oblik pomoči ter osebnimi življenjskimi nazori. Na ta način so starejši v razmišljanjih sogovornikov postali raztegljiva kategorija, ki vključuje starejše delovno aktivne oziroma brezposelne in upokojene osebe od 55 let naprej, vse do pozne starosti. Nekateri starost pojmujejo tudi kot »obdobje, ko človek prepušča skrb za materialni razvoj naslednji generaciji, sam pa ob nadaljnji aktivnosti človeško dozoreva do polne samouresničitve« (Valjavec 2009, 2). Prav tako je neutemeljeno sploševati, da gre pri starejših v celoti za ranljivo kategorijo, saj so že sami sogovorniki pri svojih opisih starejših kot ranljivih praviloma izhajali iz konteksta, ki starejše postavlja v ranljiv položaj (zaradi socialne ogroženosti, krhkosti, bolezni in podobno).

V tem poglavju bomo osvetlili nekatere najpogostejše vidike ovir starejših, ki so jih izpostavili sogovorniki v raziskavi *Analiza ranljivosti in neenakosti v zdravju v lokalnih skupnostih*, ki je potekala v okviru projekta *MoST*, hkrati pa bomo poseben poudarek namenili vprašanju integrirane oskrbe starejših oseb s pridruženimi kroničnimi nenalezljivimi boleznimi oziroma komorbidnostjo. Izsledki raziskave, ki slonijo na analizi pričevanj sogovornikov in so predmet obravnave v pričujočem prispevku, kažejo, da je oskrba starejših kronično bolnih oseb praviloma razdrobljena, pri čemer eden izmed ključnih razlogov tiči v sami organiziranosti sistema zdravstvenega varstva, ki se le redko povezuje s sistemom socialnega varstva in širšo skupnostjo nasploh.

O zdravstvenih problemih starejših, kroničnih nenalezljivih boleznih in komorbidnostih

O starejših se pogosto razmišlja preko statistik, ki napovedujejo temeljne demografske spremembe v številnih evropskih državah in drugod po svetu, kjer se soočajo s trendom nižanja rodnosti na eni strani in staranjem prebivalstva na drugi. Te spremembe se odražajo v pojmi, kot sta dolgoživa in starajoča se družba (glej UMAR 2017; glej K. T. 2015), na ta način pa se diskurzivno uteleša nujnost preoblikovanja družbenih podsistemov na način, da bi se soočili z novimi okoliščinami, ki so nujna posledica teh sprememb. Ob izpostavljenih družbenih okoliščinah v slovenskem prostoru tako potekajo tudi vse pogostejše politične razprave o spremembah in dopolnitvah zakonodaje, pri čemer prednjačijo prizadevanja za uvedbo zakona o dolgotrajni oskrbi in oblikovanju Urada RS za demografijo^[35], ki naj bi pripravljala analize stanja ter ukrepe na tem področju.

Argumenti za ta prizadevanja se utemeljujejo tudi v nekaterih statističnih podatkih, ki niso zanemarljivi. Glede na podatke Statističnega urada RS iz leta 2019 starejše osebe z dopolnjenimi najmanj 65 leti predstavljajo 19,8 % populacije, kar pomeni skoraj petino prebivalstva Slovenije (Božič Verbič 2019). Te osebe so tudi najpogostejši uporabniki zdravstvenih storitev. Predstavljajo skoraj tretjino vseh obiskov v splošnih ambulantah (29,5 %), pri čemer je velik delež administrativnih obiskov (36 %), v okviru katerih prednjači predpisovanje receptov (72 %). Povprečni obisk pri izbranem osebnem zdravniku je daljši kot pri mlajših (7,9 nasproti 6,7 minute), pri tem pa je ob vsakem obisku povprečno obravnavanih več zdravstvenih problemov (1,9 nasproti 1,4 pri mlajših od 65 let). Najpogostejši razlog obiska so pregledi zaradi kroničnih bolezni (61 %), poleg že izpostavljenih administrativnih obiskov. Najpogostejše diagnoze, zaradi katerih so obravnavani, vključujejo bolezni srčno-žilnega sistema (64 %), bolezni kostno-mišičnega sistema (26,4 %) in endokrine motnje (17,2 %) (Petek Šter 2016).

Čeprav se kronične bolezni ne pojavljajo izključno pri starejših, se te praviloma v starosti kopičijo in seštevajo. Takrat se posameznik pogosto sooča s sočasnimi bolezenskimi stanji, pojav pa se označuje tudi s terminoma komorbidnost oziroma multimorbidnost. Slednje vodi v pogostejše stike z zdravstvenim sistemom, ki so nemalokrat zapleteni in dolgotrajni, s pogostejšimi hospitalizacijami in invazivnimi posegi ter oskrbo, ki sega onkraj okvirov zdravstvenega varstva (glej Poredoš 2004).

Raziskava projekta *MoST* je identificirala številne ovire, s katerimi se srečujejo starejši in njihovi bližnji ter predstavniki različnih ustanov, ki sodelujejo pri njihovi oskrbi. Te ovire se pojavljajo tako na ravni vsakdanjega življenja starejših, ki bivajo v specifični skupnosti, kot tudi na ravni zdravstvenega sistema, ki poskuša odgovoriti na njihove kompleksne zdravstvene potrebe. Kot je bilo izpostavljeno že v poglavju o metodologiji in poteku raziskave, v raziskavi ovir nismo vnaprej predpostavili, temveč so bile te opredeljene s pomočjo kvalitativne metodologije, pri kateri izhajamo neposredno iz

35 V skladu z odlokom o ustanovitvi naj bi bil urad zadolžen predvsem za spremljanje in analizo demografskega gibanja na nacionalni ravni in v posameznih regijah. Pripravljati bi strateške državne dokumente, politike s področja demografije ter oblikoval ukrepe na področjih oskrbe in položaja starejših, medgeneracijskega sodelovanja in solidarnosti ter družinske politike. Ob tem naj bi bil zadolžen za koordinacijo bivanjske politike starejših ter ozaveščanje družbe o demografskih izzivih. Spremljal bi tudi demografske politike v drugih državah in na podlagi dobrih praks predlagal prilagojene ukrepe (Selan in Vertačnik 2020).

izkušnje terenskega raziskovanja. Zaradi takšne oblike raziskovanja so bile ugotovljene številne in raznolike ovire, ki se pojavljajo v različnih družbenih podsistemi in na njihovih presečiščih. V tem poglavju ne predstavimo vseh posebnih podskupin starejših z ranljivostmi in ne analiziramo ovir v njihovih najrazličnejših pojavnih oblikah, temveč se osredotočamo predvsem na nekatere ključne sklope ovir, zaradi katerih je celovita zdravstvena in socialna oskrba starejšim nedostopna, njihov položaj pa je tako še toliko bolj ranljiv.

Ključne ovire v dostopu do zdravstvene in socialne oskrbe prepoznane v raziskavi

Starejši so bili kot skupina z ranljivostmi izpostavljeni v vseh 25 raziskovanih okoljih. Najpogosteje so jih kot ranljive opredeljevali predstavniki zdravstvenih domov, centrov za socialno delo, društev upokojencev, združenj (kroničnih) bolnikov, domov starejših občanov ter večjih humanitarnih nevladnih organizacij, kot sta Rdeči križ in Karitas. Sogovorniki iz naštetih organizacij so praviloma vključevali zdravnike, patronažne sestre, diplomirane medicinske sestre, socialne in druge strokovne delavce ter prostovoljce, ki se z omenjenimi osebami in skupinami tudi sicer najpogosteje srečujejo. Na ovire starejših so v manjšem obsegu opozarjali tudi predstavniki občin, območnih enot Nacionalnega inštituta za javno zdravje (OE NIJZ), Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) in Zavoda Republike Slovenije za zaposlovanje (ZRSZ), ter nekaterih drugih nevladnih organizacij, ki delujejo v lokalnih okoljih.

Način opredeljevanja ovir starejših je bil primerljiv ne glede na okolje, iz katerega so prihajali sogovorniki. Lokalne specifikke so prihajale do izraza predvsem v izrazito ruralnih okoljih, z razpršenimi naselji in pomanjkanjem storitev oziroma služb, vezanih na oskrbo starejših in kronično bolnih. Večinoma so bili starejši v pogovorih izpostavljeni kot ranljiva skupina zaradi značilnosti, ki naj bi spremljale osebe v kasnejših življenjskih obdobjih, čeprav se potek staranja izrazito razlikuje od osebe do osebe in je odvisen od številnih dejavnikov, kot so posameznikova vpetost v okolje, razpredenost in trdnost socialnih mrež, splošno zdravstveno stanje, mobilnost in njihov družbenoekonomski položaj. Ovire, ki so jih tako navajali sogovorniki, so se pretežno nanašale na osebne okoliščine, s katerimi se srečuje oseba in zaradi katerih ne zmore oziroma ne želi iskati pomoči, manj pa je bilo zaznati refleksije sogovornikov o tem, katere okoliščine, ki porajajo ali poglobljajo ranljivosti in neenakosti v zdravju, so lastne sistemu zdravstvenega in socialnega varstva. S postavitvijo opisanih ovir v širši kontekst pa bomo predstavili nekatere vidike preprek, ki so lastne organizaciji sistema zdravstvenega in socialnega varstva, saj ti vidiki pomembno prispevajo k dodatnemu poglobljanju ovir v dostopu do oskrbe, s katerimi se neposredno soočajo starejše osebe. V sklepnem poglavju bomo obravnavali nekatere vprašanja povezana z integrirano oskrbo, ki se izkazuje kot še posebej potrebna na področju oskrbe starejših in kronično bolnih.

Geografska oddaljenost od zdravstvenih ustanov ter delovanje zdravstva na terenu

Pomembna ovira, ki je bila prepoznana že v kvalitativni raziskavi projekta *Skupaj za zdravje* (Lipovec Čebren in drugi 2016, 18) in so jo tudi v pričujoči raziskavi sogovorniki najpogostejše navajali v odnosu do starejših kot »ranljive kategorije«, je geografska oddaljenost starejših od zdravstvenih ustanov. Zaradi nje je otežena predvsem kontinuirana in kakovostna oskrba tistih starejših, ki imajo zdravstvene težave. Praviloma se geografska oddaljenost kot problematična izkazuje v primerih, ko posamezniki nimajo socialnih mrež, na katere bi se lahko naslonili za pomoč pri prevozu na preglede in prevzem zdravil v lekarnah oziroma ko jim prevoz ni kako drugače omogočen, kadar sami ne vozijo. Sogovornica z Rdečega Križa, ki deluje na izrazito razpršenem območju, kjer je dostop do zdravstvenih in drugih ustanov otežen, opazuje, da se zaradi tega starejši pogosto ne udeležujejo predvidenih zdravstvenih pregledov: »Velikokrat dobijo kakšno napotnico, potem niti ne gredo ker nimajo prevoza, ali se v oddaljene kraje sami ne upajo peljati. Do osebnega zdravnika še gredo, potem pa tega ne speljejo več do konca«. Podobno opažajo tudi številni drugi sogovorniki. Še posebej pri kroničnih in multimorbidnih bolnikih se lahko slednje odraža v kroničnih komplikacijah in pogostejših hospitalizacijah, kar posledično povečuje ekonomsko in socialno breme teh bolezni (glej Eržen in Govc-Eržen 2005, 9), tako z vidika posameznika, kakor tudi njegove okolice in širše družbe. Problem geografske oddaljenosti je bil pogostejše izpostavljen v bolj ruralnih okoljih, kjer so naselja razpršena. V teh primerih ima zdravstveni dom tudi zdravstvene postaje, kjer pa je zdravnik redkeje prisoten, ob tem pa niso zagotovljene vse storitve, ki jih zagotavlja zdravstveni dom. V skupinskem intervjuju direktor zdravstvenega doma, vodja reševalne službe in psiholog s tem v zvezi podajo svoj razmislek:

*»Starostniki, še posebej tisti na periferiji, nimajo dostopa. Imamo štiri zdravstvene postaje /.../ na vsako od teh gre zdravnik enkrat tedensko /.../ pridejo ljudje tudi z zastaranimi stanji. Zdravstvene postaje rešujejo težave starejših po svoji zdravi kmečki pameti, vsaj šest dni v tednu, ko ni zdravnika. Velikokrat se zgodi, da te osebe že težko pridejo do postaje, kaj šele do zdravstvenega doma. Deluje pa tam patronažna služba. Za vse ostale storitve, kot so laboratorij, rentgen, fizioterapija, morajo k nam«
(zaposleni v zdravstvenem domu).*

Do reševalnih prevozov, ki jih zagotavljajo zdravstvene ustanove, te osebe niso vselej upravičene, še posebej, če gre za prevoze, ki niso opredeljeni kot nujni (glej opombo 36). Predstavnik ene izmed lokalnih izpostav ZZS kot pomembno oviro izpostavi pomanjkanje oziroma neupravičenost do prevozov do zdravstvenih ustanov, zaradi katere se v enakem položaju znajdejo predvsem osebe, ki so geografsko oddaljene in težje mobilne:

»To je za moje pojme najbolj ogrožena skupina. /.../. Mi imamo večkrat težave, ko nekdo pride, pa reče, nimam nobenega, ki bi me peljal, dajte mi rešilca zrihtat. Ampak reševalni prevozi so točno določeni kdaj lahko. Zdravnik določi, kdaj reševalno vozilo in kdaj ne.

*In tukaj iz raznih zaselkov, malo bolj oddaljenih, ti ljudje so bolj med ranljivimi. Govorim pa tudi o prevozih do specialističnih zdravnikov, ki so v Ljubljani, ki so v Novem mestu, ki so kjerkoli in ti ljudje ne morejo takrat reči, zdaj pa zdravnik naj me pelje. Te situacije so po mojem občutku, kar tukaj doživljamo, najbolj pereče»
(zaposlen na Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije).*

Takšne izkušnje imajo številni sogovorniki. Pravila Obveznega zdravstvenega zavarovanja (OZZ) omogočajo dostop do prevoza z reševalnim oziroma drugim vozilom zgolj v primeru nujnih prevozov oziroma v primerih, ko je oseba nepokretna^[36].

Sicer je izbrani osebni zdravnik na koncu tisti, ki presodi upravičenost in dodeli prevoz s strani zdravstvenega doma, na terenu pa je opaziti različne prakse. Nekateri so v omogočanju dostopa do nujnih prevozov benevolentnejši in kriterij nepokretnosti tolmačijo nekoliko širše kot drugi. Po poročanju ene izmed sogovornic, ki je v zdravstvenem domu zaposlena kot specialistka družinske medicine, je pri izbranih osebnih zdravnikih v ambulantah družinske medicine prisoten strah pred sankcijami ZZZS, če bi prevoz do zdravstvene ustanove omogočili osebi, ki ima sicer slabše zdravstveno stanje in je težje mobilna, a hkrati ni popolnoma nepokretna. Na terenu smo tako recimo zaznali primer težje pokretne, geografsko oddaljene in revne osebe, ki je v krajšem časovnem razdobju prehajala med dvema izbranimi osebnima zdravnikoma. Eden izmed njiju je osebi prevoz z reševalnim vozilom omogočil, drugi ne. Iz takšnih primerov je razvidno, da med zdravstvenimi delavci obstajajo različne interpretacije pravil in zakonodaje, nenazadnje pa tudi dejstvo, da so nekateri med njimi v vsakodnevnih praksah oziroma pri sprejemanju odločitev v zvezi z oskrbo pripravljeni nase prevzeti večje tveganje kot drugi.

Nadalje bi lahko težave z geografsko oddaljenostjo deloma reševali z večjim obsegom patronažnih in zdravniških obiskov na terenu, a se ob tem pojavljajo nekateri zapleti, predvsem nesorazmerje med potrebami prebivalcev in pomanjkanjem števila zdravnikov, ki zaradi obsežnega ambulantnega dela težje obiskujejo paciente na terenu. Ob tem pa se pojavljajo tudi argumenti, ki vzroke za neobiskovanje pacientov na domu pripisujejo administrativnim omejitvam. Sogovornica iz zdravstvenega doma predstavi primer osebe, ki je njegov lečeči zdravnik ni obiskal šest let:

»Pove, da gospod je njegov pacient, ampak ni krajevno pristojen, da bi ga obiskal ... da to ni njegovo področje in da ga ne bo šel pogledat. Potem pa smo prosili drugo zdravnico, ki spada pod ustrezno občino, ona pa se tudi ni hotela opredeliti, kakšno diagnozo ima, ker ga ni poznala. Je rekla, ja, jaz sem krajevno pristojna, ampak jaz ne morem

36 54. člen Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (2020) zavarovanim osebam dodeljuje pravico »do prevoza z reševalnimi in drugimi vozili, kadar iz zdravstvenih razlogov ni mogoče opraviti prevoza z javnim prevoznim sredstvom. Ti prevozi so:

1. nujni prevozi, ko je potrebno zagotoviti čimprejšnjo zdravniško pomoč in preprečiti najhujšo možno posledico za življenje ali zdravje zavarovane osebe, za zdravje drugih in v vseh primerih, ko zavarovana oseba potrebuje takojšnje nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč;
2. prevozi, ki niso nujni, ker ne gre za reševanje življenja ali prevoz zaradi nujnega medicinskega posega, ampak za prevoz nepokretne zavarovane osebe do zdravstvenega zavoda ali zdravnika in nazaj ali prevoz osebe na in iz dialize;
3. v primeru, ko bi bil prevoz z javnim prevoznim sredstvom ali osebnim avtomobilom lahko škodljiv;
4. prevozi zavarovane osebe s spremstvom zdravstvenega delavca.«

*odločat o tem kakšno diagnozo on ima /... / ker pač ona ni bila
njegova osebna zdravnica«
(zaposlena v zdravstvenem domu).*

Podobno kot primer o dodelitvi prevoza, tudi ta priča o tem, da je prevzemanje individualnega tveganja s strani zdravnika pogosto tisto, ki privede do tega, da je oseba bodisi deležna oskrbe bodisi ostane prepuščena sama sebi. Tudi patronažna služba se srečuje z omejitvami pri svojem delu na terenu. Iz pogovorov s predstavnicami patronažne službe je opaziti precejšnje konceptualno razhajanje med vrednotenjem njihovih storitev s strani ZZSZS in dojemanjem lastne vloge patronažne službe, ki kontinuirano, skozi daljše časovno obdobje, prihaja v stik s posameznimi osebami in družinami na terenu.

*»Mi leta in leta, dostikrat, spremljamo družine. Ne vem, 10, 15 let
prihajaš v eno družino, spremljaš tistega človeka, tudi ga spremljaš
pri umiranju, si skupaj z njegovo družino. ... To je kr, to je večja
povezanost, recimo, kakor pa če se gre kdaj pa kdaj na kak pregled«
(zaposlena v zdravstvenem domu).*

Patronažne sestre ob tem opozarjajo, da nekatere obiske, ki jih izvajajo z željo po celoviti obravnavi posameznika oziroma celotne družine, težko finančno ovrednotijo, predvsem, ko je osrednji namen teh obiskov namenjen socialni ali psihološki podpori. Po trditvah sogovornic iz patronažne službe pa so starejše, geografsko oddaljene in izolirane osebe takšnih oblik pomoči še posebej potrebne.

Ovire, povezane z geografsko oddaljenostjo, zadnja leta skušajo premostiti predvsem občine in prostovoljska združenja. V številnih lokalnih skupnostih se namreč uvajajo brezplačni prevozi za starejše (»Prostofer«, »Sopotniki«, »Rudi« in podobno), vključeni v različne prostovoljske mreže in financirani s strani posameznih občin. Prevozi so namenjeni starejšim osebam, ki nimajo možnosti uporabe drugih oblik prevoza oziroma so finančno šibkejše, izvajajo pa jih prostovoljci. Prevozi se najpogosteje izvajajo za omogočanje obiskovanja javnih ustanov, kot sta zdravstveni dom in upravna enota. Sogovorniki ob tem dodajajo, da v praksi izvajajo tudi prevoze do drugih pomembnih ustanov (trgovina, banka, druge javne ustanove) ter prevoze, ki služijo bolj kakovostnemu socialnemu življenju osebe (obiskovanje interesnih skupin, društev, dogodkov, prijateljev in bližnjih). Ob tem je potrebno dodati, da ne omogočajo prevozov za obiske specialistov v drugih krajih (na primer v UKC Ljubljana). Pokritost s tovrstnimi oblikami prevoza torej nikakor ni vseobsegajoča, a predstavlja pomemben korak pri premoščanju geografskih preprek na lokalni ravni, s čimer se vsakodnevno soočajo starejši. V tem oziru bi si bilo bržkone potrebno prizadevati tudi za čimbolj sistematično vključevanje tovrstnih prostovoljskih mrež v sistem zdravstvenega varstva. Ob dejstvu dolgožive družbe pa to seveda ne pomeni, da korenitejše sistemske spremembe na tem področju niso potrebne.

Krhkost, otežena mobilnost in pridružene (kronične) bolezni

»Vsak, ki je bolan, je na določen način prizadet, ranljiv v primerjavi z ostalimi.«

(Zastopnica pacientovih pravic)

Poleg geografske oddaljenosti, ki je bila še posebej v ruralnih okoljih izpostavljena kot ključna ovira pri dostopu do zdravstva, so sogovorniki starejše kot ranljive opredeljevali zaradi njihove krhkosti in otežene mobilnosti, kot posledice poškodb in slabšega funkcionalnega zdravja. Enotne definicije krhkosti sicer ni, a se iz klinične perspektive pojem med drugim nanaša na »postopen, s starostjo povezan upad fizioloških sistemov pod določeno funkcionalno mejo, kar je povezano z zmanjševanjem rezerv v zmogljivosti različnih fizioloških sistemov posameznika. Posledično se poveča občutljivost za stresorje in povečuje tveganje za nastanek številnih neugodnih zdravstvenih izidov« (Gabrijelčič Blenkuš in Robnik 2017, 101). Pri celostnem koncipiranju krhkosti sicer pomembno vlogo igrajo tudi družbeni in duševni vidiki, z vidika telesa pa ključen temelj predstavlja propadanje skeletne mišične mase (prav tam). Staranje prebivalstva na splošno anticipira povečevanje obolenj in poškodb pri starejših. Obvladovanje krhkosti tako predstavlja eno izmed pomembnih prioritet javnega zdravja v prihodnosti, poleg preventive padcev, demence in inkontinence kot treh velikih zdravstvenih problemov starejših (Gabrijelčič Blenkuš in drugi 2017, 87).

Tudi sogovorniki v raziskavi projekta *MoST* so navedene težave starejših pogosto izpostavljali in opisovali situacije, v katerih je osebam zaradi slabšega zdravstvenega stanja oteženo opravljanje najosnovnejših vsakodnevnih opravil, kot so dvigovanje bremen, nakupi v trgovinah, obiski zdravstvenih ustanov, hoja po stopnicah in podobno. V povezavi s tem so sogovorniki odpirali tudi vprašanja povezana z zmožnostjo plačevanja oskrbe na domu ter upravičenostjo do nekaterih storitev zdravstvenega in socialnega varstva, kot so nastanitve v domu za starejše, bolnišnični prevozi in dostop do sanitetnega materiala (na primer plenice za osebe z inkontinenco). Iz izjav sogovornikov je mogoče sklepati, da osebni ekonomski položaj bistveno zaznamuje kakovost oskrbe takšnih oseb, saj se zdravstvo in sociala nista zmožna odzvati na vse bolj številčno populacijo s tovrstnimi težavami.

Pravice iz zdravstvenega zavarovanja, ki opredeljujejo dostop do ustreznih storitev in materiala, so praviloma omejujoče, s tem pa se le stežka zagotavlja ustrezno oskrbo osebam z zdravstvenimi težavami, ki vplivajo na njihovo zmanjšano mobilnost. Sogovorniki poročajo, da je dostop do pripomočkov pogosto omejen in so zanje potrebna doplačila. Več sogovornikov je denimo opozorilo na problem doplačevanja plenice pri nepokretnih osebah, ki jim v skladu s Pravili OZZ pripadajo zgolj tri plenice na dan, slednje pa naj ne bi zadostovalo potrebam teh oseb. S podobnimi težavami se soočajo tudi številni sladkorni bolniki tipa 2, ki ne jemljejo insulina. Tem osebam mesečno dodeljeno število merilnih lističev krvnega sladkorja ne zadošča za kakovostno samooskrbo bolezni, zato morajo dodatne lističe doplačati ali pa opraviti manj meritev. Slednje vodi v slabše spremljanje bolezni, kar dolgoročno lahko prispeva k

številnim bolezenskim zapletom. Sogovorniki so na podobne probleme opozarjali tudi na področju oskrbe oseb, ki se soočajo z različnimi oblikami kroničnih ran. Te osebe so upravičene do osnovnega sanitetnega materiala, kakovostnejše obloge pa jim niso na voljo, zato se podaljšuje oskrba, po mnenju nekaterih sogovornikov pa slednje vodi tudi v pogostejše hospitalizacije in zaplete. Te težave so še posebej pereče, ko je oseba finančno šibkejša in brez podpore bližnjih. Iz navedenih primerov, ki smo jih zaznali v raziskavi, je razvidno, da upravičenost do pripomočkov ni utemeljena na podlagi dejanskih potreb posameznika, temveč je ta določena normativno. V praksi se pri zdravstvenih delavcih posledično pojavljajo številne improvizacije, ki smo jih zaznali na terenu. Nekateri zdravstveni delavci namreč solidarnostno »racionalizirajo« uporabo materiala, na primer z »rezanjem kakovostnih oblog« za večkratno prevažanje ran ter »dajanjem materiala pacientom pod mizo«, na ta način pa vsaj nekaterim osebam omogočijo bolj kakovostno oskrbo. A so pri teh praksah premoščanja preprek v dostopu do oskrbe v prekršku.

Sogovorniki so pri razmišljanjih o ovirah na področju kroničnih, torej dolgotrajnih bolezenskih stanj, pogosto izpostavili spremljajoče težavne socialne okoliščine, pri čemer prednjači otežen dostop do ekonomskih virov. Diagnoza kronične bolezni lahko vodi v brezposelnost, še posebej kadar so ljudje vpeti v negotova delovna razmerja (glej Žagar 2020). V različnih okoljih smo denimo zaznali primere, kjer so osebe zaradi zmanjšane možnosti opravljanja dela, kot posledice kronične bolezni, izgubile delo. Eden izmed takšnih primerov je zgodba starejše ženske, ki je bila več desetletij zaposlena v enem izmed domov starejših občanov kot negovalka. Ko so se začeli pojavljati zdravstveni problemi (sklepna revma in artritis), je bila napotena na komisijo za invalidsko upokožitev. Dobila je odločbo za lažje delovno mesto, a ji ga delodajalec ni zagotovil in je še naprej opravljala isto delo.

»Hodila sem po injekcije, tablete, na infuzijo. Bila na bolniških. Bila sem tudi na berglah in delala. Kako naj delam v domu, da mi še kdo iz vozička pade ali pa zdrsne med tuširanjem v banji in se ubije? Saj ne moreš. Pa jaz sem vse te ljudi 34 let na roke vzdigovala sama, ne tako kot danes, ko je vse na gumb. Zjutraj uro in pol samo prste razgibavam in maksimalno pet kil vzdignem«. [Ko so bremena postala pretežka in ni bila več zmožna zadovoljivo opravljati dela, je bila odpuščena. op. a.] »Pa pravijo pojdi jih tožit. Ja, s čim?« (ranljiva oseba).

Staranje družbe in povečevanje kronično bolnih zadeva tako zdravstvo in socialo, kar tudi trg dela. Zgornje pričevanje pa kaže, v kakšnem težavnem položaju se lahko znajdejo starejše zaposlene osebe, ki imajo kronično bolezen. Hkrati primer priča o odsotnosti vsakršne varnosti in prilagojenosti delovnega mesta potrebam sogo- vornice, kar posledično lahko mnoge vodi v socialno in ekonomsko stisko. Evropske raziskave kažejo, da ima več kot tretjina delovno aktivne populacije vsaj eno kronično obolenje, ob upokožitvi pa to število naraste na dve tretjini (Nazarov in drugi 2019, 1).

Kljub temu dejstvu, so v okviru nekaterih evropskih projektov^[37] raziskovalci ugotovili, da obstoječe evropske in nacionalne zakonodaje na področju trga dela niso prilagojene osebam s kroničnimi boleznimi. Raziskovalci zaradi tega trdijo, da je potrebno oblikovati socialne politike in ukrepe, ki bodo osnovane na novih definicijah »produktivnosti« in »delovne prisotnosti« oziroma absentizma, izhajajoč iz usklajevanja potreb zaposlenega in delodajalca (Silvaggi in drugi 2020, 2).

Domovi za starejše in težave v oskrbi uporabnikov

Sogovorniki na terenu so pogosto izpostavili problem dostopa do domov za starejše. Ta ovira se praviloma izraža na dva načina, in sicer v pomanjkanju kapacitet domov za starejše v lokalnem okolju oziroma v širši regiji ter v revščini, še posebej ruralnega prebivalstva, ki si nastanitev v domu le stežka privošči. Institucionalizacija oskrbe je sicer v mnogih ozirih problematična in zahteva poglobljene analitične premisleke (glej poglavje Kompleksne potrebe in ovire ter vprašanja izhajajoča iz institucionalnosti oskrbe v pričujoči monografiji), kljub temu pa sta nastanitev in oskrba v domovih za starejše za številne dobrodošli, še posebej, kadar kontinuirana in celovita oskrba na domu posamezniku ni zagotovljena. Še posebej imajo pri dostopu do domov za starejše težave starejši, ki so osamljeni, revni in brez neformalnih oblik pomoči ter si nastanitve ne morejo privoščiti. Ob tem velja dodati, da se cena oskrbe v domu za starejše razlikuje glede na zdravstvene potrebe posamezne osebe, saj kompleksnejša oskrba narekuje tudi višjo ceno nastanitve^[38].

Zaradi pomanjkanja kapacitet v domovih za starejše in dolgih čakalnih dob oziroma finančnih težav, se starejše osebe na nekaterih obmejnih območjih odločajo tudi za nastanitev v sosednji državi. O tem so poročali sogovorniki v nekaterih občinah, ki se nahajajo v neposredni bližini Republike Hrvaške. Čeprav je za nekatere to lahko finančno ugodnejša rešitev, so takšni posamezniki v marsičem prepuščeni sami sebi, saj matična država tam nima pristojnosti in vzvodov nadzora. Strokovna sodelavka iz centra za socialno delo je povedala, da oseb, ki so tam nastanjene, ne more obiskovati in tako ni seznanjena, kaj se z njimi dogaja. Nekateri sogovorniki so izpostavili, da je kakovost oskrbe v teh domovih vprašljiva, težavo pa predstavlja tudi izolacija starejših, ki posledično živijo v njim tujem, nepoznanem okolju.

Pomembna okoliščina, ki vpliva na dostop starejših do nastanitve v domovih za starejše, je tudi ekonomska odvisnost bližnjih od dohodkov starejše osebe. Patronažne sestre v nekaterih okoljih opažajo, da obstaja veliko upokojencev, ki s svojimi pokojninami preživljajo potomce, ki se sami nahajajo v težavni situaciji. »Nekako je to začaran krog, mladi delajo, dohodka pravega pa ni. Upokojenci imajo majhne penzije. V dom jih ne dajo, ker bi mogli od teh slabih plač še plačevati. In potem so trenja«. Nekateri patronažne sestre tako zaznavajo različne oblike subtilnih in neposrednih pritiskov na starejše, ki naj zavrnejo nastanitev v domu in druge oblike pomoči, češ da bi slednje

37 Glej na primer rezultate delovnega paketa 8 v projektu CHRODIS+ (<http://chrodis.eu/>) ter Silvaggi in drugi (2020).

38 Oskrba, ki jo zagotavljajo domovi za starejše je klasificirana v več kategorij, od manj do bolj zahtevne oziroma obširne, cene pa se ob tem bistveno razlikujejo (glej Skupnost socialnih zavodov Slovenije 2020).

povzročile dodatno finančno breme gospodinjstvu. Nasilje nad starejšimi po besedah sogovornikov še vedno ostaja tabu tema in je praviloma prikrito, zelo pogosto pa naj bi se le to izražalo v obliki ekonomskega nasilja³⁹ s strani svojcev, ki razpolagajo z dohodki starejše osebe.

Ovire pa se ne pojavljajo le pri dostopu do domov za starejše, temveč tudi pri oskrbi starejših znotraj teh ustanov. Sogovorniki so izpostavili nekatere ovire, ki se še posebej pojavljajo pri izvajanju oskrbe oseb s kompleksnimi zdravstvenimi težavami. Številni stanovalci potrebujejo infuzije, nekateri imajo za prehranjevanje vstavljeno gastrično sondo ali pa perkutano endoskopsko gastrostomo za hranjenje, pogosto osebe potrebujejo tudi traheostom za dihanje ter kisik. Številni stanovalci so deležni terapij v obliki tablet, kapsul, kapljic, zdravstveno osebje pa ima ob tem veliko dela z njihovo pripravo in razdeljevanjem. Vsakodnevno izvajajo tudi različne meritve in preiskave. Namestnica direktorja zdravstvene nege iz enega izmed domov starejših občanov predstavi njihovo stisko: »Domovi smo se spremenili v negovalne bolnišnice, izvajamo najzahtevnejšo zdravstveno nego ... po istih smernicah, z enakimi pripomočki in materiali kot bolnišnica, a smo plačani veliko, veliko manj«. Nadaljuje, da ima »več kot 80 % stanovalcev« kompleksne zdravstvene potrebe, ki zahtevajo vsakodnevno izvajanje vrste zdravstvenih storitev.

Oskrba na domu in drugi sistemi pomoči v skupnosti

Podobno kot v drugih primerljivih kvalitativnih raziskavah oskrbe starejših na lokalni ravni (glej Knežević Hočevar 2014), tudi v naši opažamo, da prakse oskrbe v domačem okolju odražajo finančne zmožnosti posameznikov. Številni sogovorniki so revščino starejših izpostavili kot zelo pogosto in ključno oviro, ki vpliva na izvajanje samooskrbe in dostopa do oskrbe, pri kateri so potrebna doplačila. Sogovorniki iz prostovoljnih humanitarnih organizacij (Rdeči križ, Karitas) so povedali, da pogosto prejemajo prošnje za pomoč starejših prebivalcev pri plačilu položnic. Pri tem sogovorniki iz teh organizacij izpostavljajo, da starejšim prioriteto predstavlja plačilo elektrike in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (DZZ), saj so po besedah ene izmed sogovornic stroški ponovnega vklopa elektrike ter obresti na neplačevanje DZZ veliki. Z vidika (samo)oskrbe pa opažajo, da si te osebe ne zmorejo privoščiti nakupa »pripomočkov oziroma dodatkov, ki bi jim zvišala raven zdravja«.

Sogovorniki, ki revne starejše osebe obiskujejo po službeni dolžnosti, prepoznavajo, da so sami pogosto tisti, s katerimi imajo te osebe edini stik. Vloga patronažne sestre se v tem oziru kaže kot še posebej pomembna:

*»... dostikrat, ko pridem tja ji izmerit pritisk, pripraviti zdravila, ona pove, pokaže, da že tri dni ni jedla, ne mleka, ne kruha, ne nič. Če ne bi jaz hodila, ona bi umrla«
(zaposlena v zdravstvenem domu).*

39 Več sogovornikov je opisane situacije označevalo s terminom ekonomsko nasilje, zato ga v taki obliki ohranjamo tudi v tem besedilu.

Podobne izkušnje imajo tudi številni drugi, ki takšne osebe kontinuirano obiskujejo na domu. Mednje med drugim spadajo tudi predstavniki projekta prostovoljstva »Starejši za starejše – Starejši za višjo kakovost življenja doma«, s katerimi smo izvedli intervjuje. Projekt, ki se na nacionalni ravni od leta 2004 izvaja v okviru Zveze društev upokojencev Slovenije, je namenjen pomoči ranljivim starejšim osebam nad 69 let^[40]. Sogovorniki, ki so v okviru projekta zaposleni oziroma delujejo na terenu kot prostovoljci, koordinirajo obiske starejših oziroma jih obiskujejo neposredno na domu, hkrati pa kontinuirano izpolnjujejo vprašalnike, s čimer ugotavljajo, kakšne so njihove življenjske okoliščine in potrebe ter beležijo statistične podatke o obiskih in socialnem stanju obiskovancev. Slednjim nudijo pomoč v obliki gospodinjstskih opravil, druženja, v nekaterih primerih pa sodelujejo s patronažno službo in centri za socialno delo. Večinoma gre pri obiskovanih osebah za socialno in ekonomsko ogrožene osebe. Ena izmed sogovornic je denimo predstavila podatek, da kar dve tretjini vseh obiskovancev ne zmore kriti tekočih stroškov brez pomoči bližnjih in CSD.

Tako si tudi številni niso zmožni zagotoviti plačljivih oblik pomoči na domu. Še posebej starejše osebe z nizkimi dohodki in brez razvite socialne mreže so po mnenju sogovornikov najbolj prizadete. Kot pove sogovornica »pomoč na domu je v primerjavi z institucijo predraga. Če na dan oseba potrebuje več ur pomoči, to preseže znesek oskrbe v domu« (zaposlena v domu starejših občanov). Cene se glede na različna okolja in ponudnike precej razlikujejo in po nekaterih izračunih znašajo med 5–15 € na uro (Stradovnik 2019). Ob tem je oseba ob izpolnjevanju pogojev upravičena do subvencije, ki jo zagotavlja občina v obsegu najmanj 50 %, v povprečju pa naj bi krila stroške pomoči na domu za starejše v višini približno 70 % (Direktorat za socialne zadeve 2020a). V primerih revščine to za posamezno osebo oziroma gospodinjstvo še vedno predstavlja precejšnje breme.

Dostop do pravic socialnega varstva

Vprašanje dostopa do pomoči socialnega varstva je široko ter večplastno in je poglobljeno obravnavano v poglavju *Izključujoča univerzalnost: nezavarovani v slovenskem zdravstvenem sistemu in vpliv ekonomske krize na zdravstveno zavarovanje*. Na tem mestu pa bomo obravnavali le nekatere vidike dostopa do pravic socialnega varstva, ki so neposredno vezane na ovire starejših. Pomembna ovira, ki jo prepoznavajo nekateri sogovorniki na terenu, zadeva vezanost upravičenosti do plačevanja obveznega in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja na denarno socialno pomoč, ki ima starostno omejitev. Po določeni starosti (moški po 65. letu in ženske po 63. letu) oseba namreč ni več upravičena do denarne socialne pomoči, temveč do varstvenega dodatka, ta pa ne predvideva kritja dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja s strani države. Ob tem sicer velja dodati, da je znesek varstvenega dodatka višji od socialne podpore^[41], a plačevanje dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja lahko kljub temu

40 Projekt je bil v pogovorih s številnimi sogovorniki v različnih okoljih izpostavljen kot primer dobre prakse premoščanja mnogih ovir, s katerimi se soočajo starejše osebe.

41 Za samsko osebo ta trenutno znaša 591,20 € (Direktorat za socialne zadeve 2020b).

predstavlja precejšen strošek^[42]. Sogovornica enega izmed centrov za socialno delo je v pogovoru povedala, da se starejši pogosto obračajo k njim po pomoč:

*»Socialne ovire so pri starejših precej prisotne, saj so še posebej kmečke penzije izjemno nizke in če potem še nimajo pravic do dodatkov, se težko preživijo. Starejši pogosto zaprošajo za varstveni dodatek ali nakup ozimnice«
(zaposlena na centru za socialno delo).*

Sogovornica iz društva upokojencev je ob tem izpostavila, da starejše osebe pogosto tudi niso seznanjene o svojih pravicah:

»Velikokrat ne vejo do česa so upravičeni in na kak način lahko določene pravice uveljavljajo; na primer za varstveni dodatek«.

Težave pri uporabi elektronskih storitev v zdravstvu in navigaciji skozi zdravstveni sistem

Pregovorno velja, da živimo v digitalni dobi, ki jo zaznamujejo hitre tehnološke spremembe in inovacije, ki se vse pogosteje uveljavljajo tudi v okvirih javnih storitev v različnih družbenih podsistemi. Na področju zdravstva smo tako priča vpeljavi sistemov elektronskega naročanja (eNaročanje) in izdaje receptov (eRecept). Številni sogovorniki so ob tem poudarili, da imajo starejše osebe pri uporabi teh storitev pogosto velike težave. Pri elektronskem naročanju je težava največkrat takrat, ko osebe nimajo dostopa do spleta in računalnika, zaradi česar se zatekajo k telefonski komunikaciji ali pa zdravstveno ustanovo obiščejo neposredno brez naročanja. Drugačne ovire se pojavljajo pri uporabi eReceptov in eNapotnic, kjer sogovorniki izpostavljajo, da imajo še posebej starejše osebe težave z nerazumevanjem, kako sistem deluje. Posameznik namreč ne prejme napotnice ali recepta v fizični obliki. Sogovorniki, ki so na ta problem opozorili, opažajo, da starejše osebe pogosto ne vedo, da so sploh prejele recept oziroma bile napotene na specialistični pregled in zato storitve ne koristijo. Slednje vodi v podvajanja izdaje napotnic in receptov ter podaljševanje poteka oskrbe oziroma zdravljenja.

*»Zgodi se, da oseba dobi napotnico v ambulant, potem te napotnice stojijo doma. 14-dnevni rok veljave mine, pričakujejo, da jih bodo poklicali iz zdravstvenega doma. Šele ko mine en mesec, oni pokličejo sami v ambulant. Veliko se je dogajalo, da so jim stali celi kupi napotnic. Ovira je, če res nimajo nikogar, ki bi jim razložil delovanja na primer e-naročanja. 14 dni hitro mine in pogosto napotnice pretečejo ... pozabijo na njih ali pa ne vedo, kaj morajo z njo narediti«
(zaposlena v zdravstvenem domu).*

42 Cena dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja se sicer nekoliko razlikuje glede na posamezno zavarovalnico, v povprečju pa znaša 35€ (Dopolnilno zdravstveno zavarovanje 2020)

Težave številnim starejšim torej predstavlja predvsem abstraktnost storitev, ki so odtujene od njihovih preteklih izkušenj, ko so pri naročanju na preglede prihajali v neposredni stik z zdravstvenim osebjem ter prejeli recepte in napotnice v papirnati obliki.

S težavami pri naročanju⁴³ pa se srečuje tudi zdravstveno osebje. Zdravnica pove:

»Na splošno, sploh program ne odpre. To ni tako enostavno, kakor je napisano. Vtipkaš dve številki in dobiš datum, super če deluje, ne. Ampak, ker to zelo slabo deluje, se dejansko vračamo nazaj na pošto, kjer zapakiraš v kuverto in pošlješ naprej«

Ob tem izpostavi, da težavo predstavlja tudi naročanje po telefonu ter telefonska komunikacija s splošno bolnišnico v regiji, kjer deluje.

»Telefoni v bolnicah so nedosegljivi. Za naročanje za vse kirurške ambulate se naroča na eno telefonsko številko, naročanje pa poteka samo od 12. do 15. ure. Mislím, res je znanstvena fantastika dobit termin, saj že za našo ambulantno, rečejo pacienti, da kličejo in da ne dobijo. Pa imam občutek, da se res veliko oglašam na telefon, ampak res zvoni. In veliko jih je«
(zaposlena v zdravstvenem domu).

Izpostavljene težave so nekoliko širše in zadevajo boljše usklajevanje sodelovanja med zdravstvenimi ustanovami ter kontinuiran razvoj informatizacije zdravstvenega sistema. Na področju eZdravja pa kljub povedanemu zdravstveni delavci prepoznavajo tudi prednosti, na primer v tem, da se napotnice ne izgubljajo in je sledljivost pacientu večja. Podobno je pokazala tudi evalvacija učinkov eNaročanja in eRecepta (Ministrstvo za javno upravo 2019), ki med drugim izpostavlja, da se zaradi njune uvedbe znižujejo administrativni stroški ter izboljšuje komunikacija ter izmenjava podatkov med izvajalci zdravstvene dejavnosti.

Ovire pri uporabi informacijskih orodij lahko umestimo v širši kontekst težav, povezanih z navigacijo skozi zdravstveni sistem. Več sogovornikov iz različnih okolij je poudarilo, da še posebej starejše osebe pogosto ne vedo, kakšne so njihove pravice in kam se lahko obrnejo po pomoč. Na več mestih so sogovorniki izpostavili, da nekatere osebe sploh nimajo izbranega osebnega zdravnika, da več let ne obiščejo zdravstvenega doma in da se v sistemu večkrat »izgubijo«, če ni zdravstveni dom tisti, ki skuša sam aktivno vzpostaviti stik z njimi. Težave pri navigaciji v sistemu zdravstvenega varstva pa se še povečujejo v primeru, ko oseba nima podpornih socialnih oziroma družinskih vezi. Osamljene in izolirane osebe, ki se soočajo s kompleksnimi kroničnimi stanji, imajo praviloma večje težave pri naročanju na zdravstvene preglede, obiskovanju zdravstvenih ustanov, samooskrbi in rokovanju z zdravstveno dokumentacijo (glej Piletič in drugi 2020). Pri tem ostaja odprto vprašanje, v kolikšni meri naj bo posameznik sam odgovoren za uporabo zdravstvenih storitev in v kolikšni meri je za to odgovoren zdravstveni sistem. V situacijah, kjer se posamezne osebe

43 Področje eRecepta poglobljeno analizira Jana Šimenc (2017), ki obravnava večplastne vidike uporabe omenjenega sistema s strani zdravstvenih delavcev in njene posledice v razmerju med pacientom in zdravnikom.

nahajajo v še posebej ranljivem položaju in je zato zmožnost njihovega avtonomnega odločanja zmanjšana, so ravno prizadevanja zdravstvenih ustanov in večja povezanost v sistemih zdravstvenega in socialnega varstva tista, ki lahko premostijo številne prepreke, s katerimi se osebe z ranljivostmi soočajo.

Vprašanje fragmentirane oskrbe in prizadevanja k integraciji v zdravstvu, sociali in skupnosti

V prejšnjem razdelku smo predstavili nekatere najpogostejše izpostavljene ovire, s katerimi se srečujejo starejši pri dostopu do oskrbe. Te ovire so sogovorniki umestili predvsem na raven osebnih okoliščin starejših, ki so zaradi njih postavljeni v ranljiv oziroma neenak položaj pri dostopu do sistemov zdravstvenega in socialnega varstva. Hkrati smo pri vsakem sklopu ovir predstavili in analizirali tudi nekatere vidike širših organizacijskih in sistemskih ovir, ki so lastne sistemom zdravstvenega in socialnega varstva. Te ovire so tiste, ki prispevajo k nepovezani in razdrobljeni oskrbi, ki se kot posebej problematične izkazujejo na področju oskrbe (starejših) oseb s (sočasnimi) kroničnimi stanji oziroma boleznimi.

Takšne osebe imajo večdimenzionalne potrebe v oskrbi, ki se izražajo na ravni zdravstva in socialnega varstva ter na individualni ravni vsakdanjega življenja v skupnosti. Pri vsakem izmed predstavljenih sklopov ovir je razvidno, da so ovire v oskrbi in njihovo premoščanje odvisne od prepleta okoliščin, ki se odvijajo na različnih ravneh. Geografska oddaljenost kot ena izmed najpogostejše izpostavljenih težav pri dostopu do oskrbe denimo tako ni le objektivno dejstvo, s katerim se sooča »ranljiva oseba«, temveč uteleša številne vidike omejitev obiskovanja zdravstvenih in socialnih delavcev na terenu, selektivnega financiranja prevozov, prisotnosti oziroma odsotnosti osebnih sistemov pomoči in nenazadnje mobilizacije prostovoljskih oblik pomoči. Podobno je tudi z navigacijo in premikanjem krhkih, kronično bolnih starejših oseb po zdravstvenem sistemu, ki ni le stvar individualnega opolnomočenja, temveč zadeva kompleksne interakcije znotraj sistema zdravstvenega varstva med različnimi ravnmi oskrbe^[44]. Organiziranost sistema kaže na to, da ta ni osredotočen na celostno oskrbo osebe v skladu z njenimi potrebami, temveč na obravnavo posameznih bolezenskih stanj, kar je še posebej problematično v primerih kompleksnih kroničnih stanj in prisotnosti več bolezenskih stanj hkrati, s čimer se soočajo številne starejše osebe. Kot je razvidno iz analize najpogostejših ovir (v raziskavi projekta *MoST*), se številne starejše osebe srečujejo tudi s pomanjkanjem ekonomskih virov za preživetje, kar vpliva na zagotavljanje institucionalnih oblik pomoči ali nege na domu. Na podlagi raziskave smo ugotovili,

44 Na ravni zdravstva se te osebe premikajo med nivoji oskrbe, pri čemer so deležni številnih diagnostičnih oziroma specialističnih obravnav. Komunikacija in usklajevanje oskrbe med nivoji oskrbe je pri tem otežena, saj so nivoji med seboj organizacijsko ločeni. Kljub nekaterim inovacijam na področju digitalizacije zdravstva (»Interoperabilna hrbtnica«, »e-Posvete«) napotnica ostaja glavno komunikacijsko sredstvo med specialisti medicine, ki pa v osnovi predstavlja sredstvo obračunavanja zdravstvenih storitev. Zdravstveni strokovnjaki na bolnišnični ravni tako pogosto ne prejmejo celovitih zdravstvenih informacij s primarnega nivoja (zdravstvenih domov), zdravniki v zdravstvenih domovih pa nujno ne vedo, kaj se dogaja s pacienti med in po obravnavi v bolnišnici. Pacient tako pogosto ostaja edini prenašalec zdravstvenih informacij o lastnem zdravstvenem stanju med nivoji oskrbe, zaradi česar se številne informacije lahko izgubijo. Oskrba se zaradi takšne organiziranosti lahko tudi podaljša, saj se pacient premika med nivoji zdravstvenega varstva za obravnavo posameznega bolezenskega stanja, za vsako obravnavo pa je postavljen v čakalno vrsto. Zaradi splošnega kadrovskega pomanjkanja zdravstvenega osebja je otežena tudi telefonska komunikacija med nivoji oskrbe, ki bi sicer preprečila marsikatero napotitev pacienta na sekundarno raven (za podrobnejšo analizo fragmentirane oskrbe na področju obravnave kompleksnih kroničnih stanj glej Piletič in drugi 2020).

da je ta pomoč zaznamovana s kompleksnimi odnosi v gospodinjstvu, ki lahko prispevajo k temu, da posamezne osebe ne iščejo ali celo zavračajo pomoč. Zato je oskrba takšnih oseb prepletena s sistemom socialnega varstva, ki pa z zdravstvom ni povezana na sistematičen način. V praksi sicer obstajajo številna povezovanja med zdravstvenimi delavci (predvsem patronažnimi sestrami) in delavci s področja socialnega dela, a je to povezovanje odvisno predvsem od lokalnih praks in medsebojnih odnosov v lokalnem okolju. Osebe v ranljivem položaju pogosto niso seznanjene s pravicami na področju socialnega varstva oziroma ne želijo ali zmorejo iskati pomoči. Kot je razvidno iz prejšnjih razdelkov o ovirah, na oskrbo oseb torej vplivajo številni dejavniki, ki segajo daleč onkraj zdravstvenega sistema, pri čemer obstajajo tudi številne oblike pomoči, ki med seboj praviloma niso sistematično povezane.

Zdravstveni sistem namreč ni organiziran tako, da bi spodbujal integracijo oskrbe na področju obravnave zdravstvenih težav starejših. Pojem integrirane oskrbe se sicer v zdravstvu v zadnjih letih vse pogostejše uveljavlja, pri čemer se opredeljuje na številne načine in iz različnih zornih kotov^[45]. Iz zdravstveno-sistemske perspektive Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) pojem opredeli kot: »pristop, ki zdravstvene sisteme utemeljuje na potrebah oseb (*people-centred*), tako da podpira celovite in kakovostne storitve v času življenja oseb – te storitve so zasnovane v skladu z multidimenzionalnimi potrebami populacije in posamezne osebe, izvajajo pa jih usklajeni multidisciplinarni timi, ki delujejo v različnih kontekstih in nivojih oskrbe« (SZO 2016, 4). Definicija, ki so jo v Veliki Britaniji opredelili v koordinaciji skupine predstavnikov pacientov National voices, je nemara pomenljivejša, saj izhaja iz perspektive uporabnika. Slednjega poskuša postaviti v izhodišče, iz katerega nastopi kot subjekt – in ne zgolj objekt – oskrbe: »moja oskrba je načrtovana skupaj z ljudmi, ki sodelujejo zato, da razumejo mene in moje skrbnike, mi omogočijo nadzor ter usklajujejo in izvajajo storitve, ki prispevajo k zame najboljšim izidom«^[46] (prav tam).

Po mnenju SZO (2016) je integrirana oskrba pomembna tudi zaradi izboljšanja pacientove izkušnje zdravljenja, kakovosti oskrbe in izidov zdravljenja, kljub temu pa je moč opaziti pomanjkanje evropskih in nacionalnih politik, ki bi se odzivale na potrebe po integrirani oskrbi, še posebej na področju kroničnih bolezni oziroma multimorbidnih in kompleksnih kroničnih stanj. Odsotnost sistematičnega usklajevanja in povezanosti oskrbe pa se tako pogosto odraža v fragmentirani, nezadostni in neučinkoviti oskrbi ter oteženi navigaciji po zdravstvenem sistemu s strani pacientov in njihovih bližnjih (Albrecht in drugi 2016).

Podobno ugotavljajo tudi v Resoluciji o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 (2016) ter Analizi zdravstvenega sistema v Sloveniji (2016), kjer med drugim opozarjajo na pomanjkanje celovitosti obravnave in kontinuirane sledljivosti pacientom ter na razdrobljenost sistema in oteženo sodelovanje med različnimi profili, izvajalci in

45 V literaturi se sicer izmenično pojavljajo še nekateri drugi izrazi kot so brezplačna, usklajena in koordinirana oskrba ter drugi (glej Leichsenring in Alaszewski 2019).

46 Opisana definicija je pomembna tudi zaradi dejstva, da so pri njeni opredelitvi skozi enoleten proces sodelovali predstavniki pacientov, hkrati pa jo je kot definicijo integrirane oskrbe potrdila tudi angleška vlada. Kot taka predstavlja »osrednji narativ strategij integrirane oskrbe na nacionalni ravni« (prav tam).

ravnmi v slovenskem zdravstvu (Resolucija 2016, 3411). V tem oziru Resolucija zagovarja prizadevanja za boljšo horizontalno (znotraj posameznega nivoja) in vertikalno (med nivoji) integracijo, kar naj bi omogočilo bolj »celovit pristop k pacientu v celotnem procesu obravnave (diagnostika, zdravljenje, preprečevanje zapletov, rehabilitacija), ki zagotavlja najboljši možen rezultat« (prav tam, 3430). Predlagane spremembe vključujejo uvedbo nekaterih organizacijskih oziroma konceptualnih rešitev, ki bi poenotile oskrbo – klinične smernice, klinične poti, koordinator obravnave in protokoli sodelovanja med ravnmi zdravstvenega varstva in s socialnim varstvom, premik specialistične obravnave pacienta iz bolnišnice v specialistično ambulanto in domače okolje) – takšna »nadgradnja sistema zdravstvenega varstva [pa] je še zlasti pomembna na področju paliativne dejavnosti, duševnega zdravja, obravnave demence, geriatrične in dolgotrajne oskrbe« (prav tam).

Opisani pristopi za doseganje bolj usklajene in povezane oskrbe so utemeljeni na mehanističnem razumevanju integrirane oskrbe (glej SZO 2016), ki predvideva, da lahko pod določenim nizom pravil in postopkov celovito povežemo vse akterje, ki so za oskrbo ključni. Takšne in drugačne organizacijske inovacije pa same po sebi ne morejo biti zagotovilo za boljše sodelovanje med strokami in s pacienti, saj praviloma izključujejo razmislek o kulturnih temeljih, ki zaznamuje pristope, razumevanja in odzive predstavnikov različnih strok, institucij, pacientov ter na splošno širše skupnosti.

Pojem kulture v zdravstvu praviloma nastopa kot determinanta zdravja, kot zunanja entiteta, kot atribut posameznika ali skupine, na podlagi katerega je utemeljeno razumevanje njihovih (največkrat zdravstveno tveganih ali pa ustreznih) vedenj in prepričanj. Redko je kultura razumljena kot vseobsegajoč in vseprežemajoč sistem percepcij, simbolov, prepričanj, institucij, vrednot, pravil in obnašanj, ki smo mu podvrženi prav vsi, vključno s tistimi, ki oblikujejo(mo) in reproducirajo(mo) tisto, kar imenujemo zdravstveni sistem. Z vidika premislekov o značilnostih in izrazih ranljivosti ter neenakosti v zdravju je epistemološka pozicija, ki zagovarja bolj poglobljeno umevanje kulture (glej Campbell 2011), nemara ključna. Iz tovrstnega antropološkega razumevanja kulture namreč nujno sledi priznanje, da se lahko tisto, kar postavimo pod pojme ranljivosti in neenakosti ter integrirane oskrbe, oblikuje, postavi in vzdržuje v samem polju zdravstva. Zato je izjemno pomembno, na kakšne načine opredeljujemo probleme, saj so iz teh opredelitev vselej izpeljane tudi rešitve, ki so lahko same po sebi izključujoče.

Zaključek

V pričujočem prispevku smo na podlagi izsledkov raziskave o ranljivosti in neenakosti v zdravju v lokalnih okoljih osvetlili nekatere najpogostejše ovire, s katerimi se pri dostopu do sistemov zdravstvenega in socialnega varstva srečujejo starejše osebe, še posebej tiste, ki imajo kronične nenalezljive bolezni.

Glede na izkušnje sogovornikov, ki znotraj proučevanih okolij delujejo v zdravstvu, sociali in javnih ustanovah ter nevladnih organizacijah oziroma se sami nahajajo v ranljivem položaju, smo ugotovili, da se ranljivosti in neenakosti pojavljajo v različnih oblikah, ki se tvorijo na presečiščih individualnih oziroma lokalno specifičnih okoliščin ter širših družbenih dejavnikov. V prvi vrsti so sogovorniki o osebah in skupinah z ranljivostmi razmišljali z vidika osebnih okoliščin posameznika. Pozornost so usmerjali na to, kako njihovo zdravstveno, socialno in ekonomsko stanje vpliva na dostop do različnih sistemov pomoči v skupnosti. Na ta način so opredeljevali, kako na življenje in oskrbo posamezne osebe vpliva njena umeščenost v okolje, interakcije z bližnjimi oziroma z družbenim okoljem, mobilnost, možnosti iskanja pomoči in finančne zmožnosti osebe oziroma gospodinjstva. Hkrati so sogovorniki posredno ali neposredno izpostavili tudi druge ovire, ki so lastne prav tistim sistemom pomoči, ki se odzivajo na potrebe omenjene skupine zaradi česar se njihova ranljivost lahko še poglobi. Sem spadajo različni vidiki organiziranosti pomoči in oskrbe, zaznamovanih z zakonskimi okviri, institucionalnimi pravili in administrativnimi omejitvami, ki se jim (v želji po boljši in solidarnější oskrbi še posebej »ranljivih skupin«) zoperstavljajo različne improvizacije v praksi, tudi takšne, ki zdravstvene delavce vodijo v kršitve opisanih pravil.

Na podlagi izsledkov iz raziskave projekta *MoST* lahko trdimo, da je oskrba v praksi pogosto razdrobljena in nepovezana, kar se še posebej izkazuje na področju oskrbe starejših, kronično bolnih oseb z multidimenzionalnimi potrebami, ki prečijo različna polja – od zdravstva, sociale in zaposlovanja do vsakdanjega življenja posameznih oseb v skupnosti. Na nacionalni ravni sicer obstajajo prizadevanja k večji integraciji oskrbe, kar predpostavljajo različni strateški in raziskovalni dokumenti (Analiza zdravstvenega sistema v Sloveniji, Strategija dolgožive družbe, Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025), razvoj modelov integracije oskrbe (glej. Piletič in drugi 2020; na Evropski ravni glej Albrecht in drugi 2016) ter politične razprave in ukrepi na področju naslavljanja izzivov dolgožive družbe (Urad za demografijo, Demografski sklad, Zakon o dolgotrajni oskrbi). Na evropski ravni se oblikujejo in vse pogostejše uveljavljajo tudi nova pojmovanja integrirane oskrbe, ki slednjo opredeljujejo tako iz systemske perspektive, kot tudi perspektive posameznika in predpostavljajo večje povezovanje vseh akterjev, ki so na najrazličnejše načine vključeni v polja oskrbe (SZO 2016). Kljub vsemu se zdi, da v ozadju obstaja nekakšno predvidevanje, da je uspeh takšnih in drugačnih intervencij odvisen predvsem od oblikovanja ustreznih pravil, postopkov in struktur, na podlagi katerih se bodo ljudje medsebojno povezovali in harmonično sodelovali. Ob tem pa večinoma obstaja prezrt premislek o naravi in kontekstih človeških interakcij, o njihovih perspektivah, percepcijah in vrednotah, o kulturi v najširšem pomenu besede, ki temeljno zaznamuje načine naših opredeljevanj problemov in odzivanja nanje, vključno s tistim, kar razumemo s pojmi starosti, ranljivosti in neenakosti v zdravju ter oskrbe.

Literatura

Albrecht, Tit, Mariana Dyakova, Francois G. Schellevis, Stephan Van den Broucke. 2016. Many diseases, one model of care? *Journal of Comorbidity*. 6 (1): 12–20.

Analiza zdravstvenega sistema v Sloveniji. 2016. Pridobljeno 22. avgusta 2020. https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/Organizacija-zdravstvenega-varstva/Analiza-zdravstvenega-sistema-v-Sloveniji/SLO_-analiza_ZS_povzetek_in_kljucne_ugotovitve_lektorirana_verzija.pdf.

Božič Verbič, Ana. 2019. Mednarodni dan starejših: Skoraj vsak peti prebivalec Slovenije je starejši od 65 let. Pridobljeno 2. septembra 2020. <https://www.stat.si/StatWeb/news/Index/8374>.

Campbell, Dave. 2011. Anthropology's contribution to Public Health Policy Development. *McGill Journal of Medicine*. 13 (1): 76–81.

CHRODIS+ projekt. 2017-2020. Pridobljeno 12. septembra 2020. <http://chrodis.eu/>.

Direktorat za socialne zadeve, Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. 2020a. Pomoč na domu. Pridobljeno 30. avgusta 2020. <https://www.gov.si teme/pomoc-na-domu/>.

Direktorat za socialne zadeve, Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. 2020b. Druge oblike pomoči. Pridobljeno 30. avgusta 2020. <https://www.gov.si/teme/druge-oblike-pomoci/>.

Dopolnilno zdravstveno zavarovanje cena. Pridobljeno 18. septembra 2020. <http://www.dodatnozdravstvenozavarovanje.com/ponudniki/>.

Eržen, Ivan in Jana Govc-Eržen. 2005. Javnozdravstveni pomen sočasnih bolezni in stanj. V Monografija: Sočasne bolezni in stanja ob 22. učnih delavnicah za zdravnike družinske medicine, ur. Janko Kersnik, 7–11. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD (Zbirka PiP).

Gabrijelčič Blenkuš, Mojca in Monika Robnik. 2017. Starostniki: Od epidemiologije do specifičnih lastnosti populacije – nekateri spregledani (javno)zdravstveni problem starejših. *Farmacevtski vestnik* 68: 97–105.

Gabrijelčič Blenkuš, Mojca, Rok Simon Mateja, Zager Kocjan Gaja in Korošec Aleš. 2017. Neenakosti v zdravju pri starejših prebivalcih. V Neenakosti v zdravju v Sloveniji v času ekonomske krize, ur. Ada Hočevar Grom, Tatjana Kofol Bric, Tina Lesnik, Metka Zaletel in Mojca Gabrijelčič Blenkuš, 87–93. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

K.T. 2015. Starajoča se družba kot vir novih priložnosti. *RtvSlo*. Pridobljeno 1. septembra 2020. <https://www.rtvlo.si/moja-generacija/novice/druzba/starajoca-se-druzba-kot-vir-novih-priloznosti/367735>.

Knežević Hočevar, Duška. 2014. Community care of older people in rural setting: A case study from Slovenia. *Anthropological notebooks*. 20 (1): 35–50.

Leichsenring, Kai in Alaszewski Andy M., ur. 2019. Providing Integrated Health and Social Services for Older Persons: A European Overview of Issues at Stake. Routledge revivals.

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

Ministrstvo za javno upravo, Služba za odpravo administrativnih ovir in boljšo zakonodajo. 2019. Evalvacija ukrepov iz enotne zbirke ukrepov . Vrednotenje učinkov implementacije projekta eZdravje: eRecept in eNaročanje. Ljubljana: Ministrstvo za javno upravo. Pridobljeno 1. septembra 2020. https://www.stopbirokraciji.gov.si/fileadmin/user_upload/mju/templates/pdf/POROCILO_eZdravje.pdf.

Nazarov, Soja, Ulf Manuwald, Matilde Leonardi, Fabiola Silvaggi, Jérôme Foucaud, Kristopher Lamore, Erika Guastafierro, Chiara Scaratti, Jaana Lindström in Ulrike Rothe. 2019. Chronic Diseases and Employment: Which Interventions Support the Maintenance of Work and Return to Work among Workers with Chronic Illnesses? A Systematic Review. International Journal of Environmental Research and Public Health. 16 (10): 1964.

Petek Šter, Marija. 2016. Najpogostejši zdravstveni problemi starostnikov v ambulantni družinske medicine. Pridobljeno 25. avgusta 2020. <https://www.mf.uni-lj.si/application/files/7415/3842/7820/Star_Petek.pdf.

Piletič, Milivoj, Denis Oprešnik, Mila Mršič in Sabina Klemenčič. 2020. Model of integration across primary and secondary level of healthcare and the community, based on JA CHRODIS Recommendations and criteria. Individual pilot action report for Slovenia – CHRODIS+.

Poredoš, Pavel. 2004. Zdravstveni problemi starostnikov. Zdravstveni vestnik 73: 753–756.

Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (neuradno prečiščeno besedilo št. 32). 2020. Pridobljeno 25. avgusta 2020. <https://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/o/5580D0555F5A1FEAC1256CFB003BB45C>.

Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja«. Ur. L. RS, št. 25/16. Pridobljeno 19. septembra 2020. <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/O-ministrstvu/198ae56ddc/SKUPAJ-ZA-DRUZBO-ZDRAVJA-Resolucija-o-nacionalnem-planu-zdravstvenega-varstva-2016-2025-v2.pdf>.

Selan, Igor in Žana Vertačnik. 2020. Urad za demografijo naj bi zaživel v 15 dneh. Večer. Pridobljeno 1. septembra 2020. <https://www.vecer.com/urad-za-demografijo-naj-bi-zazivel-v-15-dneh-10210338>.

Silvaggi, Fabiola, Michaela Eigenmann, Chiara Scaratti, Erika Guastafierro, Claudia Toppo, Jaana Lindstrom, Eeva Rantala, Inaki Imaz-Iglesia, Andrew Barnfield, Alison Maassen in Matilde Leonardi (2020). Employment and Chronic Diseases: Suggested Actions for The Implementation of Inclusive Policies for The Participation of People with Chronic Diseases in the Labour Market. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17 (3): 802.

Skupnost socialnih zavodov Slovenije. Splošno o domovih za starejše. Pridobljeno 27. avgusta 2020. <http://www.ssz-slo.si/splosno-o-domovih-in-posebnih-zavodih/>.

Stradovnik, Mojca. 2019. Pomoč na domu cenik: Povprečne cene za oskrbo, nego in varstvo starejših na domu. Pridobljeno 20. septembra 2020. <https://omisli.si/nasvet-strokovnjaka/pomoc-na-domu/pomoc-na-domu-cenik-povprecne-cene-za-oskrbo-nego-varstvo-starejsih/>.

SZO - Svetovna zdravstvena organizacija. 2016. Integrated Care Models: An Overview. Working document. World health organization Europe: Health Services Delivery Programme Division of Health Systems and Public Health.

Šimenc, Jana. 2017. Sinhronizacija digitalnosti v medicinski praksi. *Glasnik SED* 57 (1–2): 45–53.

UMAR – Urad RS za makroekonomske analize in razvoj, Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, Vlada Republike Slovenije. 2017. Strategija dolgožive družbe. UMAR. Pridobljeno 25. avgusta 2020. https://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/kratke_analize/Strategija_dolgozive_druzbe/Strategija_dolgozive_druzbe.pdf.

Valjavec, Maja. 2009. Vloga socialne službe pri obravnavi pacientov v času hospitalizacije – multidisciplinarni pristop pri oskrbi starejših in kronično bolnih. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije 7 (232G): 1–6.

Žagar, Brina. 2019. Bolezen kot mejnik: družbeni in kulturni vidiki izkušenj oseb z rakom: doktorska disertacija. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, Oddelek za etnologijo in kulturno antropologijo.

Jezikovne in kulturne ovire v zdravstvenih ustanovah

Uršula Lipovec Čebren

Uvod

V zadnjih letih je protipriseljski oziroma anti-imigracijski diskurz postal del nove normalnosti: vsakodnevno se pojavlja tako v političnih govorih kot v množičnih medijih. Glavna značilnost tega diskurza je, da migracije z globalnega juga predstavlja izključno z negativnimi konotacijami, pri čemer priseljence običajno portretira kot grožnjo za varnost, zdravje, ekonomsko in družbeno blagostanje ostalih prebivalcev. V podobah, ki jih ta diskurz slika, so priseljenci deležni zelo omejenega števila vlog, med katerimi so najpogostejše prikazani kot kriminalci in moralni izprijenci, ki so nevarni za državni red in varnost; kot kužne in nehygienične osebe, ki širijo nevarne nalezljive bolezni; kot brezdelneži in lenuhi, ki živijo na državni račun in se ne želijo vključiti v okolje ter kot civilizacijsko zaostali subjekti, ki niso sposobni doskočiti kulturne ravni ostalih prebivalcev.

Ta diskurz ni problematičen le zato, ker je odkrito ksenofoben in rasističen, temveč je problematičen tudi zaradi vsega, kar načrtno prezre, prikrije ali odmisli. Med drugim odmisli splošno znano dejstvo, da so migracije temeljni del človeške zgodovine ter da so ključno zaznamovale preteklost celotne Evrope. Pri tem tovrsten diskurz namenoma prikrije, da se migracij ne da ustaviti, lahko pa se priseljencem pot v nove države in bivanje v njih tako oteži, da ogroža njihova življenja. Ob tem ne pove, da to oteževanje povzročajo evropske migracijske politike, zaradi katerih večina priseljencev iz globalnega juga ne more priti v Evropsko unijo z legalnimi dokumenti in na legalen način. Ko ta diskurz poudarja »problem ilegalnih migracij« in »ilegalnih migrantov«, zato načrtno prikrije, da so jih v ilegalnost potisnile evropske migracijske politike, ki jih nehote, nevede finančno podpiramo vsi državljani držav Evropske unije. Poleg tega protipriseljski diskurz temelji na ostrem ločevanju emigracije in imigracije, pri čemer zavestno prezre, da je tako danes kot nekoč povečano izseljevanje prebivalcev pojav, ki je primerljiv s pojavom priseljevanja v Slovenijo. Nadalje tovrsten diskurz odmisli dejstvo, da so številne gospodarske panoge pretežno ali v celoti odvisne od priseljskih delavcev, ki so se tako v preteklosti kot danes odzvali na vabila delodajalcev iz Slovenije in na prosta delovna mesta, ki bi brez njih ostala nezasedena. Ena od značilnosti tega diskurza je tudi, da vključevanje v novo skupnost vidi izključno kot odgovornost priseljenca in ne tudi okolja, v katerega se ta oseba priseli. S porastom protipriseljskega diskurza zato v družbi začnejo izginjati vprašanja, kot so: S katerimi ovirami se soočajo priseljenci v svojem okolju? Kako se javne ustanove, s katerimi imajo stik, odzivajo nanje? Ali zaposleni v teh ustanovah zaznavajo ovire, s katerimi se priseljenci srečujejo in ali jih znajo premoščati?

Ravno s temi vprašanji se ukvarja pričujoče poglavje, v katerem bomo izhajali iz terenske raziskave, ki je potekala v okviru projekta *MoST* na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje (v nadaljevanju NIJZ). Zaradi količine materiala, ki se v opravljenih intervjujih nanaša

na priseljence, bomo v tem poglavju bolj podrobno analizirali le gradivo iz osmih okolij (od 25, ki jih je zajemala raziskava), in sicer iz Brežic, Ormoža, Slovenj Gradca in Dravograda^[47], Gornje Radgone, Nova Gorice, Ajdovščine, Izole in Pirana, v katerih je bilo opravljenih 140 intervjujev z 253 sogovorniki. Ta okolja so bila izbrana zato, ker imajo kot obmejna območja več čezmejnih stikov, obenem pa tudi daljšo zgodovino več-etničnih stikov, zaradi česar smo domnevali, da imajo prebivalci bolj reflektiran odnos do priseljencev in do ovir, s katerimi se srečujejo. Preden se posvetimo analizi posameznih ovir, je potrebno izpostaviti nekaj ključnih tem, ki so se pojavljale v večini intervjujev v naštetih okoljih.

Priseljenci kot ranljivi

Prva tema se nanaša na dejstvo, da so številni sogovorniki med »ranljive skupine« uvrstili priseljence. Pretekle javnozdravstvene raziskave, ki so se v Sloveniji ukvarjale z neenakostmi in ranljivostmi v zdravju priseljencev niso zaznale (Buzeti in drugi 2011) ali pa so jih zgolj mimobežno uvrstile med ranljive skupine, a se z njimi niso posebej ukvarjale (Leskovšek 2007; Lesnik in drugi 2018). Nasprotno pa je kvalitativna raziskava, ki je leta 2014 potekala v okviru projekta *Skupaj za zdravje*, pokazala, da so sogovorniki iz zdravstvenih in nezdravstvenih organizacij v osmih okoljih^[48] ravno migrante oziroma priseljence najpogosteje prepoznali kot »ranljivo skupino« (Lipovec Čebren in drugi 2015a, 2015b, 2016). Ko je nekaj let kasneje potekala metodološko primerljivo zastavljena raziskava projekta *MoST*, so sogovornice in sogovorniki v 25 okoljih med ranljive ponovno zelo pogosto uvrščali priseljence (glej poglavje *Skupine z ranljivostmi v lokalnih okoljih* v pričujoči publikaciji), pri čemer to velja tudi za osem okolij, ki jih analiziramo v tem poglavju, kjer so kot ranljivi omenjeni v večini oziroma več kot polovici intervjujev^[49].

To, da so sogovorniki v obeh kvalitativnih raziskavah o ranljivosti in neenakosti v zdravju tako pogosto izpostavljali prav priseljence, ne preseneča. Ravno kvalitativne raziskave zmorejo razkriti ranljivosti družbeno marginaliziranih skupin, med katere običajno spadajo priseljenci, ki ostajajo za kvantitativne študije, na katere se naslanjajo zdravstvene politike, običajno nevidni. Na podobne težave kvantitativnih raziskav opozarjajo tudi drugi raziskovalci (Mladovsky 2007a, 2007b; Rechel in drugi 2013; Bombač in drugi 2018), ki poudarjajo, da nacionalne epidemiološke raziskave v evropskih državah večinoma ne razkrijejo podatkov o zdravju večine priseljencev oziroma etničnih manjšin. Razlogov za to je več. Na eni strani večina evropskih držav, vključno s Slovenijo, ne zbira epidemioloških podatkov na osnovi etnične pripadnosti (Bombač in drugi 2018; Lipovec Čebren in Bombač 2018). Na drugi strani so priseljenci običajno slabo odzivni na epidemiološke raziskave (Mladovsky 2007a, 2007b) oziroma

47 Slovenj Gradec in Dravograd sta bila v raziskavi obravnavana kot eno okolje, ker sta Zdravstveni dom Slovenj Gradec in Zdravstveni dom Dravograd združeno izvajala aktivnosti projekta Krepitev zdravja za vse, na katerega sta se prijavila kot konzorcij. Več aktivnosti omenjenega projekta, s katerimi se odzivajo na ranljivosti in neenakosti v zdravju izvaja skupni center za krepitev zdravja, in sicer Center za krepitev zdravja Koroška.

48 Raziskava je potekala v Celju z okolico, Izoli, Kopru, Kranju z okolico, Ljubljani, Murski Soboti z okolico, Novem mestu z okolico in Sevnici.

49 Tako so bili v Slovenj Gradcu omenjeni v 9 od 10 intervjujev; v Ajdovščini v 9 od 11 intervjujev; v Izoli v 13 od 15 intervjujev; v Brežicah v 16 od 22 intervjujev; v Novi Gorici v 11 od 16 intervjujev; v Piranu v 13 od 25 intervjujih. Le v dveh okoljih so izpostavljeni redkeje, in sicer v Gornji Radgoni, kjer so bili omenjeni v 6 od 16 intervjujev in v Ormožu v 3 od 10 intervjujev.

jih te zaradi prekarne statusov in družbene marginaliziranosti ne zajamejo, pa tudi prilagodijo se ne tako, da bi jih vključile^[50].

Priseljenci kot homogena skupina

Druga tema, ki je opazna ob analizi terenskega gradiva, se nanaša na samoumevno, nekritično rabo izraza priseljenci. Ko sogovorniki govorijo o »priseljencih«, pogosto ne vemo, ali s tem izrazom mislijo na osebe, ki so se pred kratkim preselile v Slovenijo, na tiste, ki tu živijo že dolga leta, ali celo na njihove potomce. Imajo slovensko državljanstvo ali katerega od začasnih pravnih statusov? Od kod so se priselile? Kakšne so njihove življenjske okoliščine? Izraz »priseljenci« namreč pod enim krovnim, a povsem abstraktnim pojmom homogenizira ljudi, ki živijo v povsem različnih situacijah, imajo povsem drugačne življenjske izkušnje in se v svojem vsakdanjiku soočajo s povsem različnimi ovirami. Te razlike se kažejo tudi v njihovi ranljivosti, na katero vpliva množstvo dejavnikov, med katerimi imajo pomemben vpliv pravni status (ter z njim povezane pravice na področju zdravstva, sociale, izobraževanja in zaposlovanja), dostopnost in kvaliteta integracijskih programov ter splošna družbena klima do priseljencev v državi prihoda, pa tudi družbeno-politična situacija v državi odhoda, izkušnje na poti ter mnoge druge okoliščine: od jezikovnih in kulturnih značilnosti skupin priseljencev, razvejanosti njihovih socialnih mrež do povsem individualnih lastnosti, sposobnosti in aspiracij (Sargeant in Tucker 2009; Viruell-Fuentes in drugi 2012).

Kljub temu pa velja dodati, da so sogovorniki poleg posplošenega termina priseljenci uporabljali tudi nekatere druge izraze, s katerimi so določene skupine opredeljevali preko pravnih kategorij (»tujci iz tretjih držav«, »prosilci za azil«), na osnovi etničnosti (»Albanci«, »Bosanci«, »Romuni«, »Rusi« in drugo), spola (»albanske ženske«, »tujke«, »priseljene ženske« in drugo), starostnih skupin (»tujejezični otroci«, »otroci tujcev«, »otroci iz albanskih družin«, »otroci priseljencev«) in/ali jezika (»tujejezični«, »albansko govoreče osebe«, »arabskogovoreči«, »priseljenci, ki ne govorijo slovanskih jezikov« in drugo). Kot kažejo navedeni primeri, v intervjujih izstopajo omembe oseb iz albanske skupnosti. V tem oziru kaže analiza intervjujev drugačno sliko od raziskave, ki je potekala leta 2014, ko so bili pripadniki in pripadnice albanske skupnosti veliko redkeje omenjeni (Lipovec Čebren in drugi 2015a, 2015b; Lipovec Čebren in drugi 2016). Poleg tega so bili v pretekli raziskavi projekta *Skupaj za zdravje*, za razliko od novejšje v projektu *MoST*, priseljenci pogostejše poimenovani na osnovi specifičnih pravnih statusov (»tujci z dovoljenjem za začasno bivanje«, »tujci z dovoljenjem za zadrževanje« in drugo), pri čemer je bila njihova ranljivost pogosto dojeta kot posledica prekarne statusov teh začasnih statusov. Vendar pa je tako v pretekli kot v sedanjí raziskavi večina sogovornikov uporabljala posplošen termin »priseljenci«, zato ga bomo uporabljali tudi v tem prispevku, a bomo na mestih, kjer bo to mogoče, pisali s čim manj posploševanja.

50 Poleg tega, da te raziskave običajno niso jezikovno prilagojene tako, da bi jih lahko tujejezični prebivalci razumeli, oblikovalci tovrstnih raziskav metodologije ne prilagodijo tako, da bi dosegli najbolj družbeno marginalizirane osebe, ki uhajajo državnim statistikam, saj, denimo, živijo v azilnih domovih ali samskih domovih.

Priseljenci, kot odgovorni za uspešno vključevanje

Tretja tema, ki jo velja izpostaviti ob branju terenskega materiala, je pogosto nihanje sogovornikov med viktimiziranjem žensk in otrok iz skupnosti priseljencev, ki jih opisujejo kot nemočne, pasivne žrtve ter obtoževanjem priseljencev kot tistih, ki so v celoti odgovorni za (ne)uspešno vključevanje v večinsko družbo. Kot kažejo raziskave (Mladovsky 2007a, 2007b; Bofulin in Bešter 2010; Lipovec Čebtron 2010; Ingleby in drugi 2012), velika večina priseljencev nikakor ni nemočna ali ranljiva sama po sebi, temveč je njihova ranljivost običajno posledica odnosa, ki ga ima do njih družba, v katero se priselijo. Po prepričanju raziskovalcev (Harrel-Bond 1992; Vrečer 2007) bi moral ta odnos temeljiti na integraciji kot dvosmernem procesu, ki zahteva sprejemanje in prilagoditve tako s strani priseljencev kot s strani ostalih prebivalcev in institucij v posamezni družbi. Namesto tega pa običajno prevladuje asimilacijska logika, po kateri bi morali priseljenci svoja prepričanja in prakse čim bolj prilagajati večinskemu prebivalstvu, pri čemer naj bi čim hitreje opuščali vse več elementov svoje kulture, ki naj bi imela – že zato, ker je drugačna od večinske – negativne učinke na njihovo življenje in njihovo zdravje. Poleg tega ta logika prelaga celotno odgovornost na posameznika, ki naj bi imel možnost izbire med (manj zdravim) vedanjem svoje etnične skupine ter (bolj zdravimi) praksami večinskega prebivalstva (Castañeda in drugi 2015, 278–290).

Nerazumevanje strukturnih ovir

Z asimilacijsko logiko je bila povezana tudi četrta tema. V številnih intervjujih z zaposlenimi v različnih javnih ustanovah (zdravstvenih domovih, centrih za socialno delo, šolah ali vrtcih) je namreč opaziti, da sledenje tej logiki zaposlenim preprečuje, da bi zaznali in razumeli strukturne ovire, s katerimi se soočajo priseljenci, zaradi česar jih pogosto opisujejo kot neodzivne, nemotivirane in neodgovorne osebe. Ne le, da nekateri sogovorniki niso pripravljeni razmišljati o strukturnih ovirah, s katerimi se soočajo ti prebivalci, temveč določeni – v maniri protipriseljskega diskurza – njih same vidijo kot oviro. Ne delijo pa vsi sogovorniki tega stališča. V obeh kvalitativnih raziskavah NIJZ je namreč razvidno, da so nekateri prepoznavali velike ovire priseljencev pri pridobivanju trajnejših pravnih statusov (dovoljenja za stalno prebivališče in državljanstva), pri čemer izpostavljajo, da zaradi tega težje dostopajo do mnoštva pravic, vključno s pravico do zdravstvenega zavarovanja (Lipovec Čebtron idr. 2015; glej poglavje *Izključujoča univerzalnost: nezavarovani v slovenskem zdravstvenem sistemu in vpliv ekonomske krize na zdravstveno zavarovanje* v tej publikaciji). To potrjujejo tudi raziskave med prosilci za mednarodno zaščito (Jazbinšek in Palaić 2009) in begunkami (Lipovec Čebtron in Bombač 2018), ki kažejo, da imajo te skupine zaradi izključenosti iz zdravstvenega zavarovanja zelo omejen dostop do zdravstvene oskrbe. Nadalje intervjuji v obeh raziskavah kažejo na velike težave priseljencev na področju zaposlovanja, ki so skladne z ugotovitvami drugih raziskav v Sloveniji (Pajnik 2010; Lukič 2010; Pajnik in drugi 2011). Ne le, da sogovorniki poudarjajo velike težave z dostopom do trga dela, temveč tudi pogoste primere kratenja pravic priseljskih delavcev in neprimernih delovnih razmer (od neprimerne delovne opreme in drugih zdravju škodljivih praks, prevelikih delovnih obremenitev in predolgega delovnega urnika do neplačevanja prispevkov, prikrievanja

nesreč in poškodb pri delu s strani delodajalcev ter kratenja pravice do bolniškega dopusta in dela prostih dni). Po mnenju nekaterih sogovornikov te strukturne ovire na področju pridobivanja (trajnejšega) pravnega statusa in zaposlovanja priseljence ne redko vodijo v revščino, ki na eni strani povečuje pojav zdravstvenih težav, na drugi pa zmanjšuje dostop do kvalitetne zdravstvene oskrbe.

Zanimivo pa je, da sogovorniki, kljub omembi različnih drugih ovir, tako v pretekli raziskavi projekta *Skupaj za zdravje* kot v novejši kvalitativni raziskavi projekta *MoST*, najbolj pogosto izpostavljajo jezikovne in kulturne ovire, zato se jim bomo v nadaljevanju besedila temeljiteje posvetili. Čeprav te ovire prečijo številne družbene realnosti, s katerimi imajo stik priseljenci, in jih zaznavajo v različnih ustanovah (izobraževalnih, socialnih, zdravstvenih), bomo v nadaljevanju besedila v ospredje postavili predvsem ovire, ki so prisotne v zdravstvu, mestoma pa se bomo navezali tudi na druge sektorje družbe.

Jezikovne ovire

V zadnjih desetletjih javne ustanove različnih evropskih držav namenjajo vedno več pozornosti raznolikim potrebam svojih uporabnikov, pri čemer opažajo številne ovire, s katerimi se soočajo vse bolj heterogene skupine priseljencev (Chiarenza in drugi 2014). Zaposleni v mnogih javnih ustanovah, med njimi tudi zdravstveni delavci, ugotavljajo, da jezikov teh skupin pogosto ne razumejo, obenem pa se ne znajo približati njihovim predstavam in praksam, povezanih z zdravjem, boleznijo in zdravljenjem (Pulido-Fuentes in drugi 2017, 366). Posledica so mnogi jezikovni in kulturni nesporazumi ter slabši rezultati zdravljenja, ki jasno kažejo, da prevladujoč model, po katerem naj bi bilo zdravstvo ukrojeno po isti meri za vse (*»one-size-fits-all health care«*) ne zmore zadovoljiti potreb vse bolj heterogenega prebivalstva (Carpenter-Song in drugi 2007; Barker in Beagan 2014).

Tako kot v drugih evropskih državah se tudi v Sloveniji zaposleni v številnih ustanovah vse pogosteje srečujejo z osebami, s katerimi se, zaradi jezikovnih ovir, ne morejo sporazumeti. V raziskavi, ki je potekala v okviru projekta *Skupaj za zdravje*, še veliko bolj izrazito pa v raziskavi projekta *MoST*, sogovorniki iz vseh osmih analiziranih okolij množično poročajo o stiskah, težavah in dilemah, ki jih povzroča nezmožnost vzpostavitve uspešne komunikacije. Zelo pogosto na jezikovne ovire opozarjajo zaposleni v vrtcih in šolah, centrih za socialno delo in zavodih za zaposlovanje pa tudi v številnih drugih organizacijah, vključno z zdravstvenimi.

Na velike jezikovne težave v zdravstvenih ustanovah jasno kažejo tudi rezultati vseslovenske anketne raziskave med 564 zdravstvenimi delavci, v kateri jih je kar 94 % poročalo, da imajo stike z uporabniki zdravstvenih storitev, ki ne govorijo slovenskega jezika (Kocijančič Pokorn 2019). Ista anketna raziskava je pokazala, da so zdravstveni delavci na vprašanje, s katerimi jeziki so imeli težave pri komunikaciji z uporabniki zdravstvenega sistema, najpogosteje omenili albanščino, nato pa še druge jezike (nemščino, makedonščino, italijanščino, hrvaščino/srbsščino/bosanščino/črnogorščino, romščino, ruščino, angleščino, kitajščino, arabščino in druge) (Kocijančič Pokorn 2019a, 100). Podobno izrazito je bila izpostavljena albanščina v obeh kvalitativnih raziskavah NIJZ. S sogovorniki v projektu *Skupaj za zdravje* so poleg albanščine omenjali še romščino,

ruščino, kitajščino, romunščino in bolgarščino, v osmih okoljih projekta *MoST* pa so ob množičnem poudarjanju albanščine, posamezni sogovorniki in sogovornice omenjali še italijanščino, bosanščino, makedonščino, arabščino in turščino. Če pogosta omemba albanščine ne preseneča, saj državljani Kosova po statističnih podatkih predstavljajo eno od najštevilčnejših skupin z dovoljenem za prebivanje v Sloveniji⁵¹, obenem pa se zdravstveni delavci z albanščino niso srečali v času izobraževalnega procesa, pa med navedenimi jeziki preseneti navedba italijanščine in bosanščine. Italijanščina je bila namreč izpostavljena v zdravstvenih ustanovah na dvojezičnem, slovensko-italijanskem, območju, kjer sogovornice priznavajo, da imajo težave pri uresničevanju zahteve po dvojezičnosti zdravstvenega kadra:

»Je pa res, da smo tukaj vsi dolžni obvladati italijanski jezik, zaradi pač uradno dvojezičnega območja, pa ga ne, aktivno vsaj ne«
(zdravstvena delavka).

»V našem zdravstvenem domu marsikdo dobi dodatek za dvojezičnost, da bi pa suvereno govoril italijansko, pa ne vem, če jih lahko na eno roko preštejem«
(zdravstvena delavka).

Omembe težav z razumevanjem bosanščine, ki jih zaznava tudi vseslovenska anketna raziskava (Kocijančič Pokorn 2019a), kažejo na to, da tega jezika ne razumejo predvsem mlajše generacije zdravstvenih delavcev, kar opaža tudi sogovornik: »Problem je, da mlajši kolegi dobro obvladajo angleščino, ne obvladajo pa več jezikov nekdanje Jugoslavije« (zdravstveni delavec).

Nadalje je iz intervjujev, ki so potekali v raziskavi projekta *MoST*, razvidno, kako negativne posledice imajo jezikovne ovire na kakovost zdravstvene obravnave. Številni zdravstveni delavci tako izpostavljajo nezmožnost ustrezne komunikacije s pacienti, saj jih ti ne razumejo: »/. . /mnogokrat se zgodi, da pacienti sploh ne razumejo, kaj jim govori zdravnik« (zdravstvena delavka). Ob tem pogosto poudarjajo neuspešno komunikacijo s tujejezičnimi starši, s katerimi se ne morejo sporazumeti o zdravstvenem stanju njihovih otrok, pri čemer velikokrat omenjajo jezikovne ovire albansko govorečih mater: »/. . / in pridejo večkrat mamice Albanke, ki ne znajo sploh govorit slovensko, sploh, nekaj jim poveš, vprašaš in gleda« (zdravstvena delavka). Identične jezikovne ovire, ki povsem onemogočijo sporazumevanje med materami bolnih otrok in zdravstvenimi delavci, zaznavajo tudi pripadniki albanske skupnosti: »Problem je, ko otrok zboli in mora iti v bolnico, mama pa ne razume, kaj se z njenim otrokom dogaja in ne razume, da je hudo bolan« (oseba iz albanske skupnosti).

Nekateri zdravstveni delavci odkrito priznajo, da jim tako neobvladljive jezikovne ovire povzročajo stiske: »Ma meni to predstavlja stres. Kaj bom jaz?« (zdravstvena delavka), pri čemer ista sogovornica tudi poudari, podobno kot nekateri drugi sogovorniki, da ji tovrstne zdravstvene obravnave vzamejo veliko več časa:

51 Tako so bili leta 2017 po številu izdanih dovoljenj za prebivanje v Sloveniji državljani Kosova na drugem mestu na seznamu držav, ki so izven območja EGP (Direktorat za upravne notranje zadeve, migracijo in naturalizacijo 2018, 31), leta 2018 pa na tretjem mestu (Direktorat za upravne in notranje zadeve, migracijo in naturalizacijo. 2019, 35).

»Vdaš se v usodo, delaš ta obisk dolgo časa, ko pa greš ven in začneš študirat, koliko obiskov imaš, in da jih ne boš zmogel narediti v določenem času, avtomatsko nam grejo ure izven delovnega časa, ko jih nimaš nikomur za dati, da plača, ker ti za zavarovalnico toliko na dan jih moraš narediti. In če imaš dva Kitajca in enega Japonca, si gotov«
(zdravstvena delavka).

Posledice takih komunikacijskih ovir so, kot so opozarjali že mnogi tuji raziskovalci (Verrept in Louckx 1997; Szczepura 2005; Verrept 2008; Farini 2013, 2015; Verrept in Coune 2016), številni nesporazumi. Nesporazumi, ki jih navajajo sogovorniki, imajo lahko izredno negativne posledice za posameznika, saj se pojavljajo tako pri postavljanju in sporočanju diagnoze, navodilih med pregledom ali pri predpisovanju ustrezne terapije in nadaljnjem zdravljenju. Obenem pa lahko predstavljajo tveganje za širšo skupnost, kot kaže primer tujejezičnih pacientov z ošpicami, ki niso razumeli navodila, da ne smejo prihajati v zdravstveni dom:

»Neke ošpice so bile recimo pri nas. Ko niso govorili slovensko in so jim iz ambulate večkrat povedali, da ne smejo priti toliko dni, pa na koncu so vseeno prišli v zdravstveni dom«
(zdravstveni delavec).

Ob zavedanju, da jezikovne ovire sprožajo številne nesporazume, so se določeni zdravstveni delavci odločili zdravstveno obravnavo prekiniti. Drugi pa se za tak korak ne odločijo, saj ugotavljajo, da so za pripadnike etničnih manjšin, ki ne govorijo slovensko, določeni zdravstveni programi zaradi jezikovnih ovir že v osnovi težje dostopni ali nedostopni, pri čemer posebej izpostavljajo preventivne programe:

»S tem problemom se verjetno srečuje bolj patronažna služba – ko mamice rodijo, ne pridejo v materinsko šolo, težko se kaj sporazumevajo tam /.../ Trenutno vse poteka v slovenskem jeziku. Veliko ljudi je izključenih iz preventivnih programov. Tudi, ko predavam za mladostnike in otroke, so tam otroci, ki ne razumejo in nimajo od predavanj nobene koristi«
(zdravstvena delavka).

Čeprav predstavljene jezikovne ovire zelo otežujejo delo zdravstvenih delavcev, pa najtežje posledice teh ovir nosijo tujejezični pacienti, ki so deležni manj kakovostne zdravstvene oskrbe in so soočeni s slabo dostopnimi ali nedostopnimi zdravstvenimi programi. Kot kaže terenski material, to vpliva na večjo neodzivnost priseljencev, ki se redkeje odločijo za zdravstvene preglede oziroma z njimi zavračajo. O podobnih praksah pišejo tudi raziskovalci v tujini (Becker 2004; Goldade 2009), ki dokazujejo, da priseljenci zaradi strahu pred zavrnitvijo ali diskriminatorno obravnavo zdravstvenih delavcev z zdravstvenimi pregledi odlašajo toliko časa, dokler ni (pre)pozno.

Poskusi premoščanja jezikovnih ovir

Poleg jezikovnih ovir so sogovorniki v raziskavi projekta *MoST* pogosto izpostavljali načine, na katere poskušajo te ovire presegati. Preden se lotimo predstavitve teh načinov, pa velja opozoriti, da terenski material kaže na podobno situacijo, kot jo je pred leti pokazala raziskava projekta *Skupaj za zdravje*, in sicer, da so zaradi odsotnosti institucionalnih odgovorov na jezikovne ovire zdravstveni delavci in pacienti prepuščeni samoiniciativnosti oziroma lastni iznajdljivosti, kar se kaže v mnoštvu različnih praks. Glede na to, da je večino teh praks zaznala tudi vseslovenska anketna raziskava med zdravstvenimi delavci (Kocijančič Pokorn 2019 30–48), bomo v nadaljevanju izsledke raziskave projekta *MoST* primerjali z rezultati anketne raziskave^[52].

V vseslovenski anketni raziskavi so zdravstveni delavci izbrali med različnimi, vnaprej podanimi strategijami, ki jih uporabljajo, ko poskušajo reševati jezikovne težave s tujejezičnimi pacienti. Če so anketiranci najbolj pogosto izbrali splošnosporazumevalni jezik ali *linguo franco* (na primer angleščino), pa v kvalitativni raziskavi projekta *MoST* ta strategija ni bila omenjana. Le domnevamo lahko, zakaj je tako. Glede na to, da so se sogovorniki v svojih odgovorih osredotočali na skupine z največjimi ranljivostmi in v zvezi z njimi izpostavljali predvsem situacije, ki so se jim zdele težko premostljive, je mogoče, da so si v primerih, ko so lahko našli skupen splošnosporazumevalni jezik, predstavljali, da je bila jezikovna ovira presežena.

Nasprotno pa kaže strategija uporabe ad-hoc tolmačev oziroma oseb, ki nimajo tolmaške izobrazbe in spremljajo tujejezičnega posameznika, pri čemer razumejo tako jezik zdravstvenega delavca kot jezik uporabnika zdravstvenih storitev (Kocijančič Pokorn 2019, 41). Tak način premoščanja jezikovnih ovir je bila med anketiranci druga najpogostejša strategija, obenem pa so jo označili kot najuspešnejšo. Podobno so v kvalitativni raziskavi projekta *MoST* sogovorniki najpogosteje omenjali, da jezikovne ovire rešujejo s prisotnostjo osebe, ki zna jezik tujejezičnega pacienta. Običajno so navajali, da so v tej vlogi znanci, prijatelji, delodajalci ali sodelavci, predvsem pa zakonci in drugi bližnji sorodniki:

*»Jezik sploh ni največja ovira, ker oni imajo s sabo nekoga, ki govori jezik. V splošno ambulanto pride mogoče s hčerjo, ki se je naučila jezika, na urgenco prihajajo, ženske običajno ne znajo jezika, pa pridejo z moškimi, ki navadno tu že nekaj časa delajo in govorijo jezik«
(zaposlena v nevladni organizaciji).*

Kot je razvidno iz zgornjega citata in številnih drugih intervjujev, so v vlogi ad-hoc tolmačev najbolj pogosto omenjeni moški (predvsem možje ali partnerji) in otroci, pri čemer so ženske tiste, ki največkrat rabijo tovrstno pomoč. Del sogovornikov v takih praksah ne vidi problema, še več, dojemajo jih kot dobrodošlo pomoč pri različnih zdravstvenih pregledih, vključno s psihiatričnimi in ginekološkimi. Vseeno pa nekateri zavračajo možnost, da bi bili otroci primerni za jezikovno posredovanje v zdravstvu,

52 Pri tem velja opozoriti, da sta raziskavi metodološko povsem različni (spletna anketa vs. terenska raziskava), obenem pa so v raziskavi projekta *MoST* poleg zdravstvenih delavcev sodelovale osebe, ki delujejo ali imajo izkušnje na številnih drugih področjih. Kljub temu pa se del obeh raziskav vsebinsko dotika istega področja, zato se zdi ohlapna primerjava upravičena.

pri čemer poudarjajo odgovornosti in obremenitve, ki jih nosijo mladi ad-hoc tolmači:

*»Imamo eno družino, kjer en starejši otrok prevaja že toliko let /.../
To se mi zdi resen problem, da tako obremenjujejo otroke z odraslimi
zadevami. Pa ona mora iti k zdravniku z materjo, pa če so kakšni
psihični problemi, ni samo, ti dam recept«
(zaposlena v osnovni šoli).*

*»Iste probleme imajo potem na upravni enoti, ko pride mama z
otrokom in rešuje neko osebno upravno okoliščino in ker ne zna
jezika, je otrok prevajalec oziroma tisti vmesni člen med staršem in
uradnikom. Kar se po eni strani da premostiti. Problem nastane, če je
ta otrok mediator v zdravstvenem sistemu. Recimo kadar gre mama
k zdravniku in se gre za neke delikatne zdravstvene informacije. To
mora potem otrok posredovati in to potem ni v redu«
(zaposlena na občini).*

Kljub pogosti vlogi otrok kot ad-hoc tolmačev v zdravstvenih ustanovah, pa se tudi nekateri zdravstveni delavci zavedajo pasti tovrstnega premoščanja jezikovnih ovir ter prevelikih psihičnih obremenitev, ki jih prinaša ta vloga. Podobno strokovnjaki odsvetujejo tovrstne prakse in izpostavljajo, da so v nekaterih okoljih otroci v vlogi ad-hoc tolmačev nezaželeni ali celo prepovedani (Kocijančič Pokorn 2019, 41). Tudi pri uporabi odraslih ad-hoc tolmačev raziskovalci poudarjajo številna tveganja, saj te osebe običajno niso vešče tolmačenja in medkulturne mediacije ter ne poznajo medicinske terminologije, zato lahko netočno tolmačijo (Meyer 2009 po Kocijančič Pokorn 2019, 41), obenem pa niso zavezani k molčečnosti in lahko kršijo načelo zaupnosti in zasebnosti podatkov (Díaz-Duque 1982, 1380), kar ugotavljata tudi dve sogovornici:

*»Prevajajo predvsem družinski člani, prijatelji. To pomeni, da drugi
ljudej poznajo zdravstvena stanja pacientov, kar je problem«
(zdravstvena delavka).*

*»Zdravnik ne more biti prepričan, da je ta oseba [ad-hoc tolmač, op. a.]
pravilno prevedla, da je tako pacient dobil vse potrebne informacije«
(zdravstvena delavka).*

Naslednja strategija, ki je bila v vseslovenski anketni raziskavi tretji najpogostejši način premoščanja jezikovnih ovir se nanaša na gestikuliranje, mimiko in risanje. Kot ugotavlja Nike Kocijančič Pokorn se zdi, da je »tako pogosta raba te strategije posledica zmotnega prepričanja, da se pomen v kliničnem pogovoru da prenesti z gestami, ker je ta objektivnejši in bolj znanstven od jezika v drugačnih komunikacijskih situacijah« (Kocijančič Pokorn 2019, 41). Vendar pa raziskovalci opozarjajo, da v klinični praksi geste nikakor ne morejo nadomestiti jezika, ki je v zdravstveni obravnavi ključen element komunikacije (prav tam). Iz analize intervjujev kvalitativne raziskave projekta MoST izhaja, da je tudi ta strategija v zdravstvenih ustanovah pogosta, ko ni na voljo

drugega načina sporazumevanja, pri čemer se zdravstveni delavci le redko zavedajo problematičnosti takega pristopa:

*»Pomagam si z neverbalno komunikacijo, vidim, če približno zadenejo bistro, kar je bil moj cilj vprašanja /.../ Jaz sem imela ene Kitajce enkrat /.../, ampak smo si potem pomagali kar s predmeti. Jaz sem nekaj potrebovala in so mi rekli, naj grem po hiši, je šel partner z menoj, in naj si vzamem tisto, kar rabim. Čeprav se nismo mogli sporazumet. In recimo najbolj je bilo zanimivo, ko smo se pogovarjali o prehrani doječe mame, so mi odprli hladilnik, tam so imele neke stvari, špajzo, in smo se tako, kar je bilo ja, smo dali na eno stran, prav zabavno je bilo pravzaprav, smo se vse zmenili«
(zdravstvena delavka).*

Redkeje pa so sogovorniki in sogovornice omenjali druge načine premoščanja jezi-
kovnih ovir. Med njimi so omenjali uporabo »google« in drugih spletnih prevajalnikov,
ki je bil manj zastopana strategija tudi v vseslovenski anketni raziskavi. Raziskovalci
pri tem opozarjajo, da spletni prevajalniki informacij ne zagotavljajo varstva osebnih
podatkov ter niso dovolj zanesljivi (Kocijančič Pokorn 2019, 42), kar še posebej velja
za dvojice jezikov, iz katerih uporabniki redkeje prevajajo (na primer, slovenščina in
arabščina). Nadalje so sogovorniki opisali posamezne primere, ko za pomoč prosijo
zaposlene v zdravstvenih ustanovah, ki znajo jezik tujejezičnih pacientov. Ta strategija
je bila manj opazna tudi v vseslovenski anketni raziskavi, pri čemer raziskovalci tudi
pri tej strategiji opozarjajo na vprašljivo kakovost prenosa informacij, če zaposleni ni-
majo medicinske izobrazbe in niso večči tolmačenja (prav tam, 43). Povedno pa je, da
v intervjujih nekatere druge strategije, ki jih je pokazala anketna raziskava, niso bile
omenjene. Tako sogovorniki v osmih raziskovanih okoljih niso opazili, da bi tolmačili
zdravstveni delavci ali bi po telefonu poklicali osebo, ki bi tolmačila, oziroma upo-
rabljali medjezikovno sporazumevanje, pri katerem se zdravstveni delavci in pacienti
poskušajo razumeti tako, da vsak govori v svojem jeziku. Omeniti pa velja, da so v
nekaterih primerih na pomoč poklicali tolmača ali medkulturnega mediatorja, kar je
bila strategija, ki jo omenja tudi vseslovenska anketna raziskava:

*Bil je primer osebe, ki jo je sogovornica peljala k dežurnem zdravniku
/.../ gospa je govorila arabsko. Malo polomljene angleščine, pa
je šlo, kar ni šlo, je sogovornica pomagala. V osnovi je bil to bolj
znakovni jezik. Nekaj časa pred tem so imeli razgovor, ko je bil zraven
prevajalec, da so potem razumeli, kaj je bilo z gospo, njeno zgodbo.
(zapis pogovora z zaposleno v nevladni organizaciji).*

Kot je razvidno iz citata, so šele ob prisotnosti »prevajalca« uspeli razumeti situacijo
tujejezične osebe, po njegovem odhodu pa so se ponovno vrnili na raven gestikulacije.
Podoben preskok v kakovosti komunikacije so sogovorniki opazili v dveh zdravstvenih
ustanovah, kjer se je nedavno zaposlila medkulturna mediatorka. Tako kot druge razi-
skave s področja vpeljevanja medkulturnih mediatorjev v zdravstvo (Verrept in Louckx

1997; Verrept in Coune 2016; Lipovec Čebtron in drugi 2017; Škraban in drugi 2020) tudi sogovorniki izpostavljajo, da je ob prisotnosti medkulturnih mediatorjev komunikacija lažja in bolj kakovostna, obenem pa vpliva na večjo odzivnost tujejezičnih pacientov:

»Z mediatorko se je vidno povečal obisk albanskih žensk na preventivne programe, na primer Šola za starše, katere se pred tem niso udeleževale.«
(zdravstvena delavka)

Kulturne ovire

Kot je bilo že omenjeno, so poleg jezikovnih ovir sogovorniki v obeh kvalitativnih raziskavah (projekta *Skupaj za zdravje* in projekta *MoST*) Nacionalnega inštituta za javno zdravje izpostavljali tudi kulturne ovire. Če so bile v terenski raziskavi projekta *Skupaj za zdravje* omembe teh ovir zastopane bolj fragmentarno, pa so v novejši raziskavi projekta *MoST* predstavljene malce obširneje, vendar po količini in poglobljenosti nikakor ne dosegajo opisov jezikovnih ovir, poleg tega se pri teh ovirah sogovorniki ne ukvarjajo z načini njihovega premoščanja. Razlogov za to je več. Prvi morda izhaja iz dejstva, da so kulturne ovire, v primerjavi z jezikovnimi, pogosto manj otipljive, zato se jih zdravstveni delavci redko zavedajo in še redkeje rešujejo. Drugi verjetno leži v nedorečenosti koncepta kulture, o katerem v antropologiji, pa tudi v drugih vedah, ni soglasja, zaradi česar ni mogoče jasno ločiti med jezikovnimi, družbeno-ekonomskimi, pravnimi ter drugimi kulturnimi dimenzijami zdravstvene obravnave. Tretji pa se morda nahaja v rabi koncepta kultura, ki je med zdravstvenimi delavci pogosto uporabljen na poenostavljen, stereotipen in zavajajoč način (Kleinman in Benson 2006; Diallo in McGrath, 2013; Cai 2016; Pulido-Fuentes in drugi 2017). Raziskovalci namreč opozarjajo, da se koncept kulture v zdravstveni sferi neredko uporablja kot sinonim za etničnost (Pulido-Fuentes in drugi 2017: 367), pri čemer se spregleduje, da se v vsaki etnični skupini pojavlja izrazita raznolikost kulturnih prepričanj in praks. Podobno pogosto zdravstveni delavci pristajajo na kulturalistične razlage, v katerih so socialne in ekonomske neenakosti predstavljene kot kulturne razlike, pri čemer koncept kulture služi za prikrivanje teh neenakosti (Pulido-Fuentes in drugi 2017: 366; Muaygil 2018: 20). Obenem pa je opaziti, da se v zdravstvenih ustanovah ta termin pogosto dojema kot atribut skupin pacientov, ki so drugačni od večinske (Kumas-Tan 2007), pri čemer zdravstveni delavci pogosto spregledajo tako vpliv lastne kulture na zdravstveno obravnavo kot tudi kulturno determiniranost zdravstvenih ustanov ter zdravstvenega sistema v celoti (Lipovec Čebtron in drugi 2018; Lipovec Čebtron 2019). Glede na to, da zdravstveno osebje običajno ne prepozna kulturne pogojenosti zdravstvenih načel in postopkov, jih običajno dojema kot kulturno nevtralne, objektivne in univerzalne.

Kot bo jasno iz nadaljevanja, je v intervjujih, ki so bili opravljeni v okviru raziskave projekta *MoST*, opaziti nekatere od omenjenih poenostavitev koncepta kulture. Preden se jim posvetimo, pa velja omeniti, da sogovorniki med kulturnimi ovirami pogosto navajajo ovire, ki izhajajo iz drugečnega zdravstvenega sistema, ki so ga bili navajeni priseljenci v državi odhoda:

*»Zaradi tega, ker pripadniki teh skupnosti tudi precej potujejo, kombinirajo naše okolje z nekim drugim okoljem, kjer veljajo neki drugačni zdravstveni standardi in temu primerno se lahko hitro pojavijo neke okoliščine, ki pri nas niso običajne, neke drugje pač so, spričo slabše zdravstvene oskrbe«
(zaposlen na občini).*

*»/.../ če prideš iz sistema, kjer nisi imel redne zdravstvene oskrbe, se tudi tu ne boš navadil. Ko so prišli v Slovenijo je bil nivo zavedanja o zdravju višji – govorilo se je o cepljenjih, sistematski pregledi, zobozdravstveni pregledi in tako dalje. Priseljen človek lahko ne bo razumel tega sistema, ne bo se zavedal takega pomena skrbi za svoje zdravje in bo lahko tudi ta sistem zasovražil, ker ga sili v neke stvari«
(zaposlen v nevladni organizaciji).*

Citata obeh sogovornikov ovire pripisujeta drugačni organizaciji in dostopnosti zdravstvene oskrbe, ki je po njunem mnenju priseljenci ne poznajo dovolj in ne razumejo njenega delovanja. Čeprav se pri obeh sogovornikih kaže problematično stereotipno prepričanje, da je v državah odhoda priseljencev zdravstvena oskrba »slabša« oziroma je v Sloveniji nivo zavedanja o zdravju »višji«, pa je poveden poudarek pri drugem citatu, da nerazumevanje preventivne dejavnosti povzroči občutek prisile, zaradi česar »bo lahko tudi ta sistem zasovražil«. Ob tem je zanimivo, da so tudi v vseslovenski anketni raziskavi zdravstveni delavci, poleg jezikovnih ovir, opazali, da imajo tujejezičnimi pacienti največ težav, ki zadevajo organizacijo in delovanje zdravstvenega sistema (Lipovec Čebren 2019, 81). Podobno kot v omenjeni anketni raziskavi tudi sogovorniki v raziskavi projekta MoST opazajo, da so posledica nepoznavanja zdravstvenega sistema v Sloveniji številni nesporazumi, ki se kažejo predvsem pri sistemu naročanja, urejanju administrativnih zadev ter pri pogostem odlaganju obiska zdravnika:

*»Sej verjetno zato tud bol dolgo čakajo a ne, preden sploh grejo, ko je že neki resnega [...]«
(zdravstveni delavec).*

Naslednja tema, ki se je v intervjujih pogosto pojavljala, se nanaša na prakse, ki so jih zdravstveni delavci prepoznali kot »drugačne« ter jih zato uvrščali med kulturne ovire. V nadaljevanju bomo predstavili dva primera kulturnih nesporazumov, ki sta bila v terenskem materialu večkrat omenjena, kar pa ne pomeni, da ni tovrstnih nesporazumov veliko več ter bi jim veljalo v prihodnje posvetiti posebno pozornost.

Prvi primer se nanaša na kopanje novorojenčkov, pri katerem je patronažna služba sledila načelu, da novorojenčka prvič skopa patronažna sestra, a šele, ko se mu popek dokončno zaceli. V nekaterih albansko govorečih družinah pa so bile patronažne sestre soočene z navado, da novorojenčka takoj po prihodu domov skopa starejša ženska oseba (običajno mati ali tašča dojenčkove matere). Iz izsledkov raziskave projekta MoST izhaja, da nekateri zdravstveni delavci te navade pogosto obsodijo kot »neprimerne«

oziroma »napačne«, obenem pa ne zaznajo kulturne pogojenosti lastnih postopkov, zato jih jemljejo kot objektivne in univerzalno veljavne. V njihovih stališčih je pogosto prepoznati asimilacijsko logiko, po kateri naj bi matere svoje prakse čim hitreje opustile in se povsem prilagodile ustaljenim navadam večinskega prebivalstva. Kljub vsemu pa velja poudariti, da posamezni zdravstveni delavci kažejo večjo odprtost do navad, ki ne sodijo v njihov kulturni register:

»Vedno nekdo je, to že oni med seboj poskrbijo. Če prideš v družino pač spoštuješ njihove navade in se prilagodiš. Če bo zraven mame kakšna tašča ali babica ne bojo nikoli pustile, da bi ti skopal dojenčka, bodo vedno one, ker je takšna navada«
(zdravstvena delavka).

Drugi primer medkulturnih nesporazumov pa se nanaša na prisotnost svojcev, ki so pogosto želeli biti prisotni pri zdravstveni obravnavi bolnega člana družine tudi takrat, ko ni bil mladoleten. Zdravstveni delavci so tako prakso pogosto dojemali kot nepotrebno in nerazumno vmešavanje svojcev ter kot kratenje pravic posameznika, vendar so to mnenje zadržali zase:

»Spomnim se iz diabetičnega dispanzerja, ki so imeli mlado mamico, ki je imela gestacijski diabetes, in tista tašča ji je visela na glavi, premaknit se ni smela brez nje. /.../ Tu so različne situacije, ki se jim prilagodiš, si tiho, da ga ne izpostavljaš še dodatno, ker če bi jaz rekla: hej, gospa tašča, umakni se, ker je mamica že polnoletna in ima pravico, da je sama tukaj z mano, tu je individualni pogovor!«
(zdravstvena delavka)

Čeprav je iz fragmentarnega opisa situacije nemogoče ugotoviti, kaj je bilo ozadje te situacije ter ali je bila tašča prisotna na pacientkino željo, pa ta in podobni deli intervjujev kažejo, da imajo zdravstveni delavci težavo s sprejemanjem vloge svojcev, ki je značilna za nekatera druga okolja. Kot ugotavljajo raziskovalci, je v zdravstvenih ustanovah številnih zahodnih držav posameznikova individualnost in avtonomija načeloma visoko spoštovana, vendar pa to ne velja za vsa okolja: »Poudarjanje posameznikovih pravic in bolnikove pravice do informacij in informiranega pristanka so mnogim kulturam tuji. Veliko bolnikov daje prednost družinski povezanosti pred osebnimi pravicami« (Car in Rifel 2004, 9). Iz teh dveh primerov lahko le slutimo, da se v praksi dogajajo številni kulturni nesporazumi, ki potencialno zajemajo različne vidike življenja posameznikov v določeni skupnosti.

Nazadnje pa se velja ustaviti še pri zelo pogostih opisih »kulture« priseljencev. Iz terenskega materiala je razvidno, da se zdravstveni delavci soočajo z vrsto drugačnih navad (od prehrane, higiene, odnosa do telesa in zdravja ter medosebnih odnosov) priseljencev, ki jih pogosto interpretirajo po kriterijih lastne kulture ter zato vidijo kot »pomankljive« ali »napačne«. V tem okviru velikokrat izpostavljajo »Albance«, pri katerih kulturo dojemajo kot sinonim za etničnost ter jo opisujejo kot homogeno, brez posluha za množstvo raznolikih prepričanj in praks, ki so odvisne že od tega, ali posamezniki

prihajajo s Kosova, iz Makedonije ali Albanije. Edina razlika, ki jo sogovorniki opazijo med »Albanci« se nanaša na spol, pri čemer so moški stereotipno opisani kot patriarhalni, ženske pa kot podrejene, družbeno izolirane in nemotivirane osebe, ki se ne želijo vključiti v družbo:

*»Trudimo se tu, pišemo vabila za delavnice v albanščini, da bi le prišle te dame k nam, a one se zgovarjajo, da imajo delo doma ... imamo eno študentko, ki je pripravljena, da bo prevajala, ma nič. One pridejo ob petih popoldne ven, zavite, s tistimi otroci ... taka je njihova kultura. Rajši bi imela, iskreno povedano, Cigane«
(zdravstvena delavka).*

*»Albanske ženske so neasimilirane, ker so iz drugačne kulture. Zamujajo na preglede, ker da nima kdo čuvati otrok, ne pridejo, ko smo dogovorjeni. Same so si krive, da po štirih, petih letih ne govorijo slovensko, ne poznajo zdravstvenega sistema«
(zdravstvena delavka).*

Oba citata, ki sta odkrito diskriminatorna, kažeta, da zdravstveni delavki vključevanje v zdravstveni sistem (in širše, v družbo) vidita kot izključno odgovornost žensk albanske skupnosti, pri čemer se ne vprašata, koliko je ta sistem zanje odprt in dostopen. Poleg tega ne vzameta v obzir številnih strukturnih ovir, s katerimi so soočeni mnogi posamezniki v novem okolju, ki so bili opisani uvodoma, ter v kulturalistični maniri neenakosti predstavljata kot kulturne razlike. Podobne primere nestrpnosti zdravstvenih delavcev do priseljencev je zaznala tudi vseslovenska anketna raziskava (Lipovec Čebon 2019, 85) in kvalitativna raziskava v projektu *Skupaj za zdravje* (Lipovec Čebon in drugi 2015, 2016). Vse to predstavlja plodna tla za razrast rasističnega in šovinističnega odnosa do priseljencev, ki ga je doživela sogovornica:

Pripovedovala je tudi o svojih izkušnjah rojstev v Sloveniji (tu je rodila 3 otroke). Pri enem od porodov je imela zelo velike bolečine in je kričala. Pravi, da se takrat tudi ni prav zavedala, kaj počne in kako zelo glasna je bila, ker so bile bolečine nevzdržne. Zahtevali so, da stoji, česar ni mogla storiti, zato je klečala na kolenih. Zdravnica jo je vprašala, če misli, da je v Albaniji. Gospo je to zelo prizadelo. Ko je kričala, ji je zdravnica tudi rekla naj ne kriči in jo vprašala, če ni na to mislila, ko je z možem v postelji uživala, da ji je v postelji bilo v redu in je znala reči ja. Ko je rodila, je možu postalo slabo. Gospa ga je poklicala in ga spraševala, kako je. Zdravnica ji je rekla, da je ona za to kriva, ker je tako vreščala. Gospa se je zdravnici opravičila in ji povedala, da je kričala, ker je bila v bolečinah. Ona pa ji je rekla, da zato, ker je z juga. Pravi, da ko jo v bolnici kje sreča, ji postane slabo (zapis iz pogovora z osebo iz albanske skupnosti).

Zaključek

Čeprav smo se v tem poglavju posvetili jezikovnim in kulturnim oviram le v zdravstvu, terenski material iz osmih okolij kaže na podobno globoke in številčne ovire na področju vzgoje in izobraževanja (v vrtcih, osnovnih in srednjih šolah), sociale (v centrih za socialno delo in nevladnih organizacijah na tem področju) ter zaposlovanja (v zavodih za zaposlovanje ter nevladnih organizacijah na tem področju). Ne gre torej za to, da bi bile te ovire množično prisotne zgolj v zdravstvu, vendar je iz analiziranega terenskega materiala jasno, da imajo v zdravstvenih ustanovah najtežje posledice. Kot je bilo predstavljeno v predhodnih poglavjih, jezikovne in kulturne ovire pogosto zmanjšajo kakovost zdravstvene obravnave in zdravstvenim delavcem otežijo njen potek, saj se pojavljajo tako pri navodilih med pregledom, pri sporočanju diagnoze in pri predpisovanju ustrezne terapije. Obenem pa te ovire številnim tujejezičnim priseljencem poglobljajo zdravstvena tveganja, zelo otežijo dostop do zdravstvenih programov, zaradi česar so manj odzivni in se redkeje odločijo za zdravstvene preglede.

Nadalje je iz intervjujev razvidno, da zaposlenih, ki delujejo v zdravstvu, s tistimi s področja sociale, vzgoje in izobraževanja ne družijo le zaznavanje teh ovir, temveč tudi prepuščenost lastni iznajdljivosti pri poskusih njihovega premoščanja. Vendar pa, kot kaže analiza terenskega materiala s področja zdravstva, ti poskusi običajno ne zagotavljajo kakovostnega jezikovnega in medkulturnega posredovanja (na primer, uporaba ad-hoc tolmačev, spletnih prevajalnikov ali gestikulacije in mimike) ter so pogosto etično sporni (na primer, otroci v vlogi tolmačev). Ravno zato je v intervjujih, ki so bili opravljeni v različnih javnih ustanovah zaznati vse bolj jasno zavest zaposlenih, da sami ne znajo in ne zmorejo premoščati teh ovir. Kot smo pokazali v predhodnih poglavjih, te ovire zaposlenim povzročajo mnoge strokovne in etične dileme ter časovne stiske, zaradi česar se zaposleni vse pogosteje sprašujejo, kdo je odgovoren za to nevzdržno situacijo. Iz njihovih besed je očitno, da bolj, ko so soočeni s tiskami na tem področju, bolj intenzivno iščejo tisto ali tistega, ki bi mu lahko pripisali odgovornost za nastalo situacijo. Nekateri med njimi odgovornost pripisujejo izključno priseljencem. Tako določeni zaposleni, skladno z asimilacijsko logiko, vse jezikovne in kulturne značilnosti, ki se ne skladajo s prepričanji in navadami večinskega prebivalstva dojemajo kot problematične ter od priseljencev pričakujejo, da jih bodo čim hitreje opustili. Nekateri pa gredo še dlje in v ksenofobnih in rasističnih tonih že samo prisotnost priseljencev vidijo kot oviro. Obema odzivoma je skupno to, da sogovorniki integracije ne dojemajo kot dvosmernega procesa, ki odgovornost nalaga tako priseljencem kot ostalim v skupnosti, ter ne poznajo ali ne razumejo strukturnih ovir, s katerimi se soočajo priseljenci. To nestrpnost zaposlenih do priseljencev pa potencira pomanjkanje sistemskih rešitev pri premoščanju jezikovnih in kulturnih ovir.

Ravno pomanjkanje sistemskih rešitev izpostavljajo mnogi drugi sogovorniki iz zdravstva, šolstva, sociale in zaposlovanja, ki odgovornost za neurejenost tega področja ne prelagajo na tujejezične osebe, temveč jo vidijo na ravni institucij. Nekateri sogovorniki rešitve prepoznavajo v sistemski vpeljavi medkulturnih mediatorjev in tolmačev ter izpostavljajo pozitivne izkušnje z njihovim sodelovanjem pri zdravstveni

obravnavi, drugi pa se sprašujejo, zakaj v njihovih ustanovah niso deležni teh oblik pomoči ter kako lahko spodbudijo njihovo čimprejšnjo vpeljavo.

Glede na izkušnje iz drugih evropskih držav (Chiarenza in drugi 2014; Verrept 2008, 2019) in nekaterih zdravstvenih ustanov v Sloveniji (Škraban in drugi 2020) lahko zaključimo, da bi sistemska vpeljava medkulturne mediacije v zdravstvo pomenila pomemben korak k zagotavljanju bolj dostopne in kakovostne zdravstvene obravnave priseljencev. Vendar pa velja opozoriti, da samo ta korak ne more odpraviti neenakosti teh prebivalcev, če ga ne spremljajo drugi koraki, ki vključujejo dostop do zdravstvenega zavarovanja za vse skupine priseljencev, usposabljanje zdravstvenih delavcev na področju kulturnih kompetenc (s posebnim poudarkom na migracijskih temah) ter dejanska – ne le deklarativna – institucionalna zavezanost zdravstvenih ustanov antidiskriminaciji in antirasizmu.

Literatura

Barker, Kelly in Brenda Beagan. 2014. Making Assumptions, Making Space. An Anthropological Critique of Cultural Competency and Its Relevance for Queer Patients. *Medical Anthropology Quarterly* 1–24.

Becker, Gay. 2004. 'Deadly Inequality in the Health Care »Safety Net«: Uninsured Ethnic Minorities' Struggle to Live with Life-Threatening Illnesses.' *Medical Anthropology Quarterly* 18 (2): 258–275.

Bofulin, Martina in Romana Bešter. 2010. Enako zdravstvo za vse?: Imigranti v slovenskem zdravstvenem sistemu. V: Državljeni tretjih držav ali tretjerazredni državljani?: Integracija državljanov tretjih držav v Sloveniji, ur. Mojca Medvešek in Romana Bešter, 270–311. Ljubljana: Inštitut za narodnostna vprašanja.

Bombač, Lea, Tanja Premru-Sršen, Miha Lučovnik in Uršula Lipovec Čebren. 2018. Perinatal outcomes of pregnant refugees/asylum seekers in Slovenia during the 2015–2016 humanitarian corridor. *Gynaecologia et Perinatologia: journal for gynaecology, perinatology, reproductive medicine and ultrasonic diagnostics* 27 (3/4): 53–57.

Buzeti, Tatjana, ur. 2011. Neenakosti v zdravju v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Cai, Duan-Ying. 2016. A Concept Analysis of Cultural Competence. *International Journal of Nursing Sciences* 3: 268–273.

Car, Josip in Janez Rifel. 2004. Načela zdravstvene oskrbe ljudi iz drugih kultur. V *Družinska medicina na stičišču kultur*: 21. učne delavnice za zdravnike družinske medicine, ur. Janko Kersnik, 1–13. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD.

Carpenter-Song, Elizabeth A., Megan Nordquest Schwallie in Jeffrey Longhofer. 2007. Cultural Competence Reexamined. Critique and Directions for the Future". *Psychiatric Services* 58 (10): 1362–1365.

Castañeda, Heide, Seth M. Holmes, Daniel S Madrigal, Maria-Elena De Trinidad Young, Naomi Beyeler in James Quesada. 2015. Immigration as a Social Determinant of Health. *Annual Review of Public Health* 36: 375–392.

Chiarenza, Antonio, ur. 2014. Standards for equity in health care for migrants and other vulnerable groups: Self-assessment tool for pilot implementation. Reggio Emilia: Regional HPH Network of Emilia-Romagna.

Diallo, Ana F. in Jacqueline M. McGrath. 2013. A Glance at the Future of Cultural Competency in Healthcare. *Newborn & Infant Nursing Reviews* 13: 121–123.

Díaz-Duque, Ozzie F. 1982. Advice from an interpreter. *The American journal of nursing* 82 (9): 1380–1382.

Direktorat za upravne notranje zadeve, migracijo in naturalizacijo. 2018.

Poročilo o delu Urada za migracije za leto 2017. Ljubljana: Ministrstvo za notranje zadeve RS. Pridobljeno 1. oktobra 2020. http://emm.si/wp-content/uploads/Porocilo_2017_SLO_1652018.pdf.

Direktorat za upravne notranje zadeve, migracijo in naturalizacijo. 2019. Poročilo o delu Urada za migracije za leto 2018. Ljubljana: Ministrstvo za notranje zadeve RS. Pridobljeno 11. septembra 2020. http://emm.si/wp-content/uploads/Porocilo_2018_SLO.pdf.

Farini, Federico. 2013. Interpreting and intercultural mediation in Italian healthcare settings.' *Journal of intercultural communication* 33: 1–19.

Farini, Federico. 2015. Talking emotions in multilingual healthcare settings: A qualitative study of interpreted-mediated interaction in Italian hospitals. *The Interpreters' Newsletter* 20: 123–128.

Goldade, Kathryn. 2009. »Health is Hard Here' or 'Health for All«: The Politics of Blame, Gender, and Health Care for Undocumented Nicaraguan Migrants in Costa Rica.' *Medical Anthropology Quarterly* 23 (4): 483–503.

Harrel-Bond, Barbara E. in Eftihia Voutira. 1992. Anthropology and the Study of Refugees. *Anthropology Today* 8 (4): 6–10.

Ingleby, David, Antonio Chiarenza, Walter Deville in Ioanna Kotsioni, ur. 2012. Inequalities in Health Care for Migrants and Ethnic minorities, vol. 2. COST series on health and diversity. Antwerp: Garant Publishers.

Jazbinšek, Simona in Tina Palaić. 2009. Zdravje, človekova pravica? Prosilke in prosilci za mednarodno zaščito. *Časopis za kritiko znanosti* 37 (238): 154–162.

Kleinman, Arthur in Peter Benson. 2006. Anthropology in the Clinic. The Problem of Cultural Competency and How to Fix It. *PLoS Medicine* 3 (10): 1673–1676.

Kocijančič Pokorn. 2019. Reševanje jezikovnih ovir v slovenskem zdravstvu: analiza stanja. V *Večjezično zdravje. Komunikacijske strategije in večkulturni stiki s tujejezičnimi bolniki v slovenskem zdravstvenem sistemu*, ur. Kocijančič Pokorn, Nike in Uršula Lipovec Čebren, 30–47. Ljubljana: Filozofska fakulteta. Pridobljeno 11. septembra 2020. <https://e-knjige.ff.uni-lj.si/znanstvena-zalozba/catalog/book/137>.

Kocijančič Pokorn. 2019a. Izbor jezikov za Večjezični priročnik za lažje sporazumevanje v zdravstvu. V *Večjezično zdravje. Komunikacijske strategije in večkulturni stiki s tujejezičnimi bolniki v slovenskem zdravstvenem sistemu*, ur. Kocijančič Pokorn, Nike in Uršula Lipovec Čebren, 94–104. Ljubljana: Filozofska fakulteta. Pridobljeno 11. septembra 2020. <https://e-knjige.ff.uni-lj.si/znanstvena-zalozba/catalog/book/137>.

Kumas-Tan, Zofia, Brenda Beagan, Charlotte Loppie, Anna MacLeod in Blye Frank. 2007. Measures of Cultural Competence. Examining Hidden Assumptions. *Academic Medicine* 82 (6): 548–557.

Leskovšek, Evita, ur. 2007. Javnozdravstveni vidiki obravnave ogroženih in ranljivih skupin prebivalstva. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Lesnik, Tina, Mojca Gabrijelčič Blenkuš, Ada Hočevar Grom, Tatjana Kofol Bric in Metka Zaletel, ur. 2018. Neenakosti v zdravju v Sloveniji v času ekonomske krize. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Lipovec Čebtron, Uršula. 2010. Slepa pega evropskega zdravstva: Analiza nekaterih vidikov zdravja migrantov. V: Migranti v Sloveniji – med integracijo in alienacijo, ur. Karmen Medica, Goran Lukič in Milan Bufon, 57–81. Koper: Univerza na Primorskem in Znanstveno-raziskovalno središče.

Lipovec Čebtron, Uršula, Marjeta Keršič-Svetel in Sara Pistotnik. 2015a. Zdravstveno marginalizirane skupine: Prepreke, ovire, nepremostljivi zidovi do zdravja. Neobjavljeno projektno poročilo. Ljubljana: NIJZ.

Lipovec Čebtron, Uršula in Sara Pistotnik. 2015b. Iluzija o univerzalnem dostopu do zdravstvenega zavarovanja: Nedržavljeni, prekarni, revni kot zdravstveno nezavarovani prebivalci. Etnolog 25: 89–111.

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

Lipovec Čebtron, Uršula, Sara Pistotnik, Simona Jazbinšek in Jerneja Farkaš-Lainščak. 2017. Evaluation of the implementation of intercultural mediation in preventive healthcare programmes in Slovenia.' Public health panorama 3 (1): 114–119.

Lipovec Čebtron, Uršula in Lea Bombač. 2018. Pregnant women on the move and the response of the Slovenian health system to their needs. Glasnik Etnografskog instituta (66): 657–673.

Lipovec Čebtron, Uršula in Sara Pistotnik. 2018. Migrants/Refugees in Slovene Healthcare. Many Open Questions and Some Possible Answers. V Contemporary Migration Trends and Flows on the Territory of Southeast Europe, ur. Marijeta Rajković Iveta, Petra Kelemen in Drago Župarić-Ilić, 161 – 180. Zagreb: Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Zagreb, Department of Ethnology and Cultural Anthropology.

Lipovec Čebtron, Uršula. 2019. Medkulturni (in drugi) nesporazumi v zdravstvu. V Večjezično zdravje. Komunikacijske strategije in večkulturni stiki s tujejezičnimi bolniki v slovenskem zdravstvenem sistemu, ur. Kocijančič Pokorn, Nike in Uršula Lipovec Čebtron, 78–92. Ljubljana: Filozofska fakulteta. Pridobljeno 11. septembra 2020. <https://e-knjige.ff.uni-lj.si/znanstvena-zalozba/catalog/book/137>.

Lukič, Goran. 2010. Delavci migranti v času ekonomske krize – ali kakšna je razlika med delavci in delovno silo. V Migranti v Sloveniji - med integracijo in alienacijo, ur. Karmen Medica, Goran Lukič in Milan Bufon, 129 –145. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Univerzitetna založba Annales: Zgodovinsko društvo za južno Primorsko.

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

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

Muaygil, Ruaim A. 2018. From Paternalistic to Patronizing. How Cultural Competence Can Be Ethically Problematic. *HEC Forum* 2018: 13–29.

Pajnik, Mojca. 2010. Socialno državljanstvo, migracije in trg dela. V *Migranti v Sloveniji - med integracijo in alienacijo*, ur. Karmen Medica, Goran Lukič in Milan Bufon, 13–36. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Univerzitetna založba Annales: Zgodovinsko društvo za južno Primorsko.

Pajnik, Mojca in Veronika Bajt. 2011. »Third country« migrant workers as »third class non-citizens« in Slovenia. V *Precarious migrant labour across Europe*, ur. Mojca Pajnik in Giovanna Campani, 97 – 118. Ljubljana: Mirovni inštitut.

Pulido-Fuentes, Montserrat, Luisa Abad González, Maria de Fátima da Silva Vieira Martins in Juan Antonio Flores Martos. 2017. Health Competence from a Transcultural Perspective. Knowing How to Approach Transcultural Care. *Procedia – Social and Behavioral Sciences* 237: 365–372.

Rechel, Bernd, Philipa Mladovsky, David Ingleby, Johan P Mackenbach in Martin McKee. 2013. Migration and Health in Increasingly Diverse Europe *Lancet* 381: 1235–1245.

Sargeant, Malcolm in Eric Tucker. 2009. Layers of Vulnerability in Occupational Health and Safety for Migrant Workers: Case Studies from Canada and the United Kingdom. *Comparative Research in Law & Political Economy*. Research paper 2009 (8). Pridobljeno 11. septembra 2020. <https://digitalcommons.osgoode.yorku.ca/cgi/viewcontent.cgi?article=1123&context=clpe>.

Szczepura, Ala. 2005. Access to health care for ethnic minority populations. *Postgraduate medical journal* 81: 141–147.

Škraban, Juš, Denis Oprešnik, Sara Pistotnik in Uršula Lipovec Čebren. 2020. Implementation of intercultural mediation at the primary level in preventive healthcare in Slovenia. *Javno zdravje* 1: 1–7. Pridobljeno 11. septembra 2020. https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/skraban_et_al._jz_20201.pdf.

Verrept, Hans in Fred Louckx. 1997. Health Advocates in Belgian Health Care. V *Health and social services among international labor migrants: a comparative perspective*, ur. Antonio Ugalde in Gilberto Cárdenas, 67–86. CMAS Books: The Center for Mexican American Studies.

Verrept, Hans. 2008. Intercultural mediation: An answer to health care disparities? V *Crossing Borders in Community Interpreting. Definitions and dilemmas*, ur. Carmen Valero-Garcés in Anne Martin, 187–201. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company.

Verrept, Hans in Isabelle Coune. 2016. Guide for intercultural mediation in health care. Brussels: FPS Health, Safety of the Food Chain and Environment.

Verrept, Hans. 2019. Health evidence network synthesis report 64: What are the roles of intercultural mediators in health care and what is the evidence on their contributions and effectiveness in improving accessibility and quality of care for refugees and migrants in the WHO European Region?. Copenhagen: WHO. Pridobljeno 11. oktobra 2020. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327321/9789289054355-eng.pdf>.

Viruell-Fuentes, Edna A. Viruell-Fuentes, Patricia Y. Miranda, Sawsan Abdulrahim. 2012. More than culture: Structural racism, intersectionality theory, and immigrant health. *Social Science & Medicine* 75 (2012): 2099–2106.

Vrečer, Natalija. 2007. Integracija kot človekova pravica: prisilni priseljenci iz Bosne in Hercegovine v Sloveniji. Ljubljana: Založba ZRC SAZU.

Kompleksne potrebe in ovire ter vprašanja, izhajajoča iz institucionalnosti oskrbe

Juž Škraban

Raziskava projekta *MoST* je pokazala na kopico ovir, s katerimi se najrazličnejši ljudje srečujemo pri dostopu do zdravstva. Posameznik ali družbena skupina se v določenem trenutku bolj kot le z eno srečuje z več ovirami. Kot smo pokazali v poglavju *Neenakost in ranljivost v zdravju: izhodišča za raziskavo*, so te v medsebojnem odnosu, velikokrat se seštevajo, medsebojno potencirajo, kar pomeni vse večjo odrinjenost ljudi, ki jih izkušajo na lastni koži. To pomeni, da moramo preseči analizo vpliva posameznih dejavnikov (kajenja, uporabe alkohola in podobno; glej na primer Lesnik in drugi 2018) na neenakosti v zdravju. Moramo se torej posvetiti presečnosti teh in drugih dejavnikov, ki vplivajo na otežen dostop do zdravstva ali ovir, ki na splošno prispevajo k družbeni izključenosti. V poglavju *Neenakost in ranljivost v zdravju: izhodišča za raziskavo smo omenili*, da so za opis in analizo takih pojavov raziskovalci in raziskovalke na različnih področjih uporabili koncepte, kot so kompleksne neenakosti (Mladenović 2016), kompleksne potrebe (Grebenc in Kvaternik 2008), preseki odvečnosti (Razpotnik 2004), intersekcijska diskriminacija (Kuhar 2009) in podobno. Tako terenski material, pridobljen v raziskavi projekta *MoST* kot tudi izkušnje drugih raziskovalcev in raziskovalk torej od nas terjajo upoštevanje kompleksnosti součinkovanja različnih ovir.

V pričujočem besedilu uporabljamo izraz kompleksne potrebe, ko imamo v mislih potrebe ljudi, na katere mora koordinirano odgovoriti več služb na več področjih hkrati (na primer ko ima nekdo hkrati zdravstvene težave, težave pri ohranjanju stanovanja in nizke prihodke). V besedilu omenjamo tudi intenzivne potrebe, s tem pa želimo poudariti primere, ko se v določenem času potrebe posameznika zgostijo in bodisi postanejo večje kot navadno bodisi se v določenem obdobju intenzivno pojavijo, pa jih pred tem obdobjem človek ni imel (na primer ob večjih zdravstvenih zapletih, izgubi bivališča, duševnih stiskah in podobnem). V isti sapi lahko govorimo tudi o kompleksnih ali intenzivnih ovirah, saj se ljudje, ki imajo kompleksne potrebe, navadno soočajo tudi s kopico ovir v dostopu do virov, ki bi na te potrebe lahko odgovarjali.

V raziskavi projekta *MoST* so nas poleg ovir zanimale tudi obstoječe prakse reševanja teh ovir. V raziskavo smo vključili številne javne ustanove in nevladne organizacije v lokalnih skupnostih, opazno manj pa njihove uporabnike (glej poglavje *Metodologija in potek raziskave o ranljivosti in neenakosti v zdravju v lokalnih okoljih*). S tem smo dobili določen vpogled v delovanje storitev in programov ter njihovih različnih vstopnih pogojev, različnih načinov dela in podobno. Slednji jih delajo kdaj bolj in kdaj manj dostopne ljudem, ki izkušajo kompleksne neenakosti in različne ovire v vsakdanjem življenju.

Pričujoče poglavje ima namen primerjati razliko med kompleksnimi neenakostmi in odgovori nanje. Ker s tem nismo zamejili področja, ki še vedno ostaja izjemno široko, bomo v središče analize postavili nekatera vprašanja, ki izhajajo iz institucionalnosti oskrbe. Ker tak fokus terja, da analiza preči različne družbene skupine (področje starej-

ših, brezdomnih, uporabnikov drog in psihiatrije ter drugih), bomo slednja vključili, a jih ne obravnavali tako poglobljeno, kot bi jih lahko, če bi bilo poglavje primarno namenjeno le njim.

Ob omembi različnih področij se moramo ustaviti tudi pri raziskavi projekta *Skupaj za zdravje* (Lipovec Čebren in drugi 2016), ki je bila raziskavi projekta *MoST* predhodna in jo lahko razumemo kot zasnovo za slednjo raziskavo. Opazimo lahko, da je prejšnja raziskava zaznala podobne »ranljive skupine« kot pričujoča, denimo tudi v tem poglavju omejene starejše, uporabnike nedovoljenih drog, osebe s težavami v duševnem zdravju in osebe z različnimi oblikami oviranosti (prav tam, 16–17). Čeprav so si izsledki raziskav v marsičem podobni (glej poglavje *Skupine z ranljivostmi v lokalnih okoljih* in *Jezikovne in kulturne ovire v zdravstvenih ustanovah*), pa je v pričujoči raziskavi opaziti določene nove ugotovitve. V primerjavi z raziskavo projekta *Skupaj za zdravje* so na področju duševnega sogovorniki v raziskavi projekta *MoST* kot ranljive jasneje in intenzivneje zaznavali otroke in mladostnike s težavami v duševnem zdravju⁵³. Podobno kot v raziskavi projekta *Skupaj za zdravje* pa smo tudi v raziskavi projekta *MoST* zaznali prepletenost ovir in hkratno umeščenost istih oseb v več »ranljivih skupin«, zato se tega termina skušamo izogibati (prav tam, 14–15; za več o primerjavi izsledkov obeh raziskav glej poglavje *Skupine z ranljivostmi v lokalnih okoljih*). Na kratko, raziskava projekta *MoST* hkrati potrjuje izsledke raziskave projekta *Skupaj za zdravje*, ponuja širši nabor raziskanih področij in ovir ter jih postavlja v nove analitične okvire.

Pred raziskavo projekta *MoST* smo se v raziskovanju osredotočali predvsem na različne vidike dostopnosti zdravstvene in druge pomoči. Pri tem se nismo posvečali le dostopnosti, ki jo otežujejo geografske ovire oziroma ovire v prevozu ali pa finančne ovire (na primer doplačevanje nekaterih storitev), temveč smo bili pozorni tudi na to, ali je pomoč človeku prilagojena (pri tem smo uporabljali pojem »kulturno kompetentne oskrbe«). Pričujoči prispevek to nadgrajuje z izpostavljanjem vprašanja institucionalnosti oskrbe, torej problematizira način organiziranosti služb kot možno oviro in dejavnik dostopnosti oskrbe.

Pričujoči prispevek se od drugih v tem delu monografije torej bistveno razlikuje po tem, da ne obravnava tematike, ki bi bila izrazito prisotna v terenskem materialu. Prej bi lahko rekli ravno obratno – o vprašanju institucionalnosti oskrbe smo informacije pridobili precej bolj posredno, kot velikokrat neprevprašano ozadje v intervjujih s sogovorniki na terenu. Taka zasnova besedila vpliva med drugim tudi na drugačen način sklicevanja na terenski material raziskave projekta *MoST*, saj ga v tem prispevku najdemo v bolj anekdotični rabi.

53 To področje je v zadnjih letih vzbudilo medijski, odločevalski in raziskovalni interes. Ministrstvo za zdravje je leta 2018 financiralo analize o dostopnosti organiziranih oblik podpore mladim v psihosocialnih in duševnih težavah (Dekleva in drugi 2018; glej tudi revijo *Socialna pedagogika* 23(3-4)). Od raziskave projekta *Skupaj za zdravje* do konca pričujoče smo v Sloveniji (na začetku leta 2019) dobili enoto za intenzivno otroško in adolescentno psihiatrijo v Ljubljani. Aktivnosti na tem področju s tema dvema omembama nismo izčrpali.

Uvodno tematiziranje vprašanja institucionalnosti oskrbe

Kritike institucionalne oskrbe so najmočnejše na področju dolgotrajne oskrbe in se vežejo na oskrbo z namestitvijo ter njeno nezmožnost odgovarjanja na kompleksne potrebe ljudi:

»Pomanjkljivost standardnih [institucionalnih] odgovorov na stisko se je pokazala še zlasti tam, kjer ni mogla odgovoriti na kompleksne potrebe posameznikov, kjer je treba, da bi res odgovorili na potrebe posameznika, organizirati posebne storitve na poseben način. Pojavili so se različni načini organiziranja osebnih paketov storitev pa tudi individualiziranega in neposrednega financiranja paketov storitev«
(Flaker in drugi 2008, 20; glej tudi Saraceno 2017, 39).

Gibanje za dezinstitutionalizacijo se je iz navedenih in drugih razlogov v večjem valu pojavilo v 50. in 60. letih prejšnjega stoletja, tarča kritik in inovacij pa je bilo predvsem področje duševnega zdravja. Pionirsko delo so izvedli reformatorji italijanske psihiatrije na čelu s Francom Basaglio, kar je privedlo do »Zakona 180« leta 1978, s katerim so med drugim izpraznili psihiatrične bolnišnice in jih spremenili v skupnostne službe (Flaker 1998, 187–218). Psihatrijo so, na sicer nekoliko drugačen način, spremenili tudi v Veliki Britaniji – spremembe so se dogajale od 50. let prejšnjega stoletja dalje, z letom 1992 pa jih je utrdil zakon o skupnostni oskrbi (Flaker 1998, 218–229). Dezinstitutionalizacija je kmalu presegla okvirje duševnega zdravja – trenutno je to široko sprejeta usmeritev, ki jasno zagovarja pravico ljudi do bivanja in prejemanja oskrbe v skupnosti, ne glede na vrsto dolgotrajnih tisk. Dezinstitutionalizacija si prizadeva doseči cilje, kot so: razumeti stanovalec ustanov kot polnopravne državljane, zagotoviti njihovo vključevanje in moč odločanja, zagotoviti udeležanje njihove pravice do življenja v skupnosti, krepitev njihovega vpliva in izbire, oskrba po osebni meri, oskrba brez zapiranja in prisile (Rafaelič in drugi 2017, 187–192). Ti cilji so po mnenju zagovornikov dezinstitutionalizacije nedosegljivi, če je oskrba organizirana v ustanovah, saj ustanove predstavljajo oviro oskrbi po osebni meri zaradi kvantitete (namenjene so odzivanju na potrebe velikega števila ljudi) in načina zagotavljanja oskrbe (ta je večinoma skrbniška, torej pokroviteljska in prejemnika oskrbe nemalokrat izloči iz enačbe v procesih pomoči). Težave ustanov so torej tako njihovi zidovi (ki omogočajo le »industrijsko« procesiranje ljudi) kot tudi način zagotavljanja oskrbe (na ta vidik nakazuje pogosto uporabljen izraz »institucionalna kultura«) in seveda dejstvo, da se ta oskrba vrši neke strani od vsakdanjega življenja ljudi, ki niso označeni z isto oznako kot ljudje, ki so nameščeni v teh ustanovah.^[54] Usmeritev v dezinstitutionalizacijo se v nekaterih državah izvaja bolj, v nekaterih pa manj intenzivno – med slednje se uvršča tudi Slovenija, saj smo bili priča že marsikateremu poskusu in inovaciji, a zaenkrat še nismo dosegli sistemskih sprememb (Rafaelič in drugi 2017).

Dezinstitutionalizacija je kot načelo zapisana v marsikaterem mednarodnem dokumentu. Skupne evropske smernice o prehodu z institucionalne na skupnostno oskrbo (European

54 Seveda s tem nismo podali celovite kritike tako imenovanih totalnih ustanov. Za več o tem glej na primer Flaker, 1998.

expert group 2012) ponujajo najbolj celovit vpogled v evropske usmeritve oskrbe v skupnosti. Zgovorna je tudi Konvencija Združenih narodov o pravicah invalidov, ki na primer v svojem 19. členu zapiše, da »imajo invalidi enako kot drugi možnost izbrati stalno prebivališče in se odločiti, kje in s kom bodo živeli in jim ni treba bivati v posebnem okolju« in da imajo »dostop do različnih storitev na domu ter bivalnih in drugih podpornih storitev v skupnosti« (Konvencija Združenih narodov o pravicah invalidov 2017).^[55]

Kritike institucij kot odgovorov na kratkotrajne stiske so za razliko od področja dolgotrajne oskrbe manj številčne.^[56] Zdi se, da se pri kratkotrajnih namestitvah poraja predvsem vprašanje, ali so različne točke na kontinuumu oblik pomoči, na primer institucionalne oblike in oblike oskrbe v skupnosti, med seboj povezane (zvezne, kontinuirane) kar je najbolj opazno po odpustu uporabnika iz ustanove. Za dezinstitutionalizacijo dolgotrajne oskrbe je bistveno, da skuša posamezniku zagotoviti koordinirano oskrbo v njegovem življenjskem svetu (brez premestitve v umetno institucionalno okolje). V okviru kratkotrajnih premestitev pa ta izziv ostaja: med kratkotrajno institucionalno oskrbo je, če problematiziramo način zagotavljanja oskrbe, potrebno biti pozoren na potencialno razdiralne učinke, ki jih lahko ima na posameznika premestitev v institucionalno okolje; po njej pa je ključno vprašanje zveznosti oskrbe, ki jo posameznik potrebuje po zaključku zdravljenja.

V nadaljevanju besedila bomo predstavili metodologijo, ki smo jo upoštevali pri pisanju prispevka, nato pa obravnavali različne vidike nedostopnosti oskrbe, pri čemer se bomo osredotočili na vprašanja, izhajajoča iz njene institucionalnosti. Jedrni del poglavja bomo začeli z nekaterimi vidiki, ki jih poraja dvotirnost institucionalne in skupnostne oskrbe, kar bomo prikazali na podlagi izsledkov raziskave in nadgradili z vpogledom v nacionalni strateški dokument na področju duševnega zdravja. Nato bomo na primeru poboljšnišne oskrbe brezdomnih problematizirali nezveznost institucionalnih in skupnostnih oblik pomoči in to razumeli kot produkt zgoraj omenjene dvotirnosti. Nadalje bomo pokazali na vprašanja nedostopnosti ustanov za ljudi s kompleksnimi potrebami, nazadnje pa bomo izpostavili razumevanje potreb ljudi v jeziku že obstoječih odgovorov nanje kot enega izmed vidikov, ki ohranja prevladujočo institucionalno oskrbo. V sklepih bomo razpravo zaključili predvsem z razmislekom o različnih vidikih omogočanja dostopa do storitev v skupnosti.

55 Slovenska izdaja Konvencije je angleški termin »disability« nerodno prevedla kot »invalidnost« (ustrezneje kot o invalidih bi bilo govoriti o »oviranih« ali o »ljudih z oviro«), vendar ta koncept Konvencija uporablja kot krovni izraz za več vrst dolgotrajnih oviranosti (telesnih, duševnih, intelektualnih, senzoričnih). Navajanje Konvencije je smiselno, ker so ljudje s temi oznakami v veliki meri deležni institucionalnih oblik pomoči.

56 Na področju duševnega zdravja so spremembe v odgovorih na kratkotrajne stiske sprožili prav premiki k dolgotrajni oskrbi v skupnosti. Tako je na primer dezinstitutionalizacija italijanske psihiatrije pomenila tako zapiranje institucij za dolgotrajno namestitev kot tudi reorganizacijo oskrbe kratkotrajnih stisk, da ta ni ostala institucionalna, temveč postala bolj terenska, ostanki oskrbe z namestitvijo v ustanovo pa vključujejo kratkotrajne namestitve po principu »odprtih vrat«, torej brez zapiranja in prisile (Mezzina 2014).

Metodologija

Poglavitno vprašanje, ki se razteza čez celotno besedilo, je vprašanje, kako in kje je najbolje organizirati oskrbo, da kar najbolje odgovarja posameznikovim potrebam in da bo čim bolj dostopna svojim uporabnikom, da bi lahko tako odgovorila na različne kompleksne neenakosti.

Kot prikazujemo v poglavju *Metodologija in potek raziskave o ranljivosti in neenakosti v zdravju v lokalnih okoljih*, smo v raziskavo projekta *MoST* vključili raznolike sogovornike. V prvi fazi smo raziskovalci v vsakem okolju stopili v stik z največjimi uradnimi ustanovami;^[57] v drugi fazi smo raziskovalci posamezne teme poglobljali z intervjuji z zaposlenimi ali prostovoljci v nevladnih organizacijah, v domovih za starejše in drugih organizacijah v lokalni skupnosti; zbrano gradivo pa smo v tretji fazi dopolnili tudi z intervjuji z ljudmi, ki ranljivosti in neenakosti v zdravju izkušajo na lastni koži. Med našimi sogovorniki so torej bili predvsem izvajalci storitev in programov, ki pa jih izvajajo tako znotraj ustanov kot tudi v skupnosti – torej s svojimi uporabniki delajo bodisi izven njihovega življenjskega sveta bodisi se temu svetu med izvajanjem storitev približajo.

Sogovorniki v raziskavi prihajajo iz različnih ustanov, ki zagotavljajo institucionalno varstvo. To so domovi za starejše, posebni socialnovarstveni zavodi, zavodi za prestajanje kazni zapora, zavetišča, krizni centri in podobno, med katerimi prva dva tipa ustanov zagotavljata dolgotrajno namestitve, ostali pa prehodno ali začasno. Poleg tega je bil terenski material raziskave informativen tudi o delovanju bolnišnične oskrbe, ki prav tako zagotavlja kratkotrajnejše namestitve v času zdravljenja. Poglavitno za naše besedilo je, da je oskrba v ustanovah, ki zagotavljajo institucionalno varstvo, pogojena z namestitvijo prejemnika te oskrbe (zato bi jih lahko označili tudi kot »rezidenčne« oziroma namestitvene).

Druge večje v raziskavo vključene ustanove ne zagotavljajo namestitve, temveč izvajajo storitve pretežno znotraj svojih ustanov (uradi za delo, lokalne izpostave Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, centri za socialno delo, dnevni centri in svetovalnice nevladnih organizacij, dnevno varstvo varstveno delovnih centrov in drugi). Lahko bi jih označili kot »ambulantne« ali »intramuralne«, saj niso terenske.

Med našimi sogovorniki pa so bili tudi taki, ki svoje storitve in programe izvajajo zgolj ali pretežno terensko oziroma blizu uporabnikovega življenjskega sveta. Izrazito terensko je usmerjeno na primer patronažno varstvo v zdravstvenih domovih, nekatere storitve centrov za socialno delo (med drugim pri koordinaciji obravnave v skupnosti na področju duševnega zdravja), nekateri terenski programi nevladnih organizacij, storitve pomoči na domu (ki jo kdaj izvajajo domovi za starejše ali druge organizacije) in podobno.^[58]

Dodati velja dve večji metodološki opombi. Prvič, tematike, povezane z institucionalnostjo oskrbe, niso bile fokus raziskave, zato smo informacije o njih dobili posredno, kot ozadje in ne kot lik v intervjujih s sogovorniki na terenu; v pričujočem poglavju pa smo

57 To so bile največkrat: zdravstveni dom, center za socialno delo, urad za delo (ZRSZ), lokalna izpostava ZZZS, izobraževalne ustanove in občine.

58 Za razmislek o tej delitvi na »intramuralne« in terenske storitve se zahvaljujem Bojanu Deklevi.

iz ozadja naredili lik, torej izpostavili manj opazne teme iz raziskave.^[59] Drugič, obstoj »velikih ustanov« (če z njimi mislimo na ustanove, ki zagotavljajo oskrbo z namestitvijo) so sogovorniki razumeli predvsem kot dejstvo in ga posledično tudi niso preizpraševali. Vseeno so ustanove postale osrednja tema v intervjujih na mestih, ko so bili sogovorniki mnenja, da je oskrbe premalo, ali pa ko so ugotavljali, da oskrba po odpustu iz ustanove umanjka. Oba metodološka poudarka sta botrovala temu, da smo terensko gradivo v pričujočem članku vključili predvsem kot vinjeto, ilustracijo, in kot tako služi predvsem kot spodbuda za razmislek o tem, kako institucionalni vidiki oskrbe vplivajo na nedostopnosti te oskrbe.

Skupnostna in institucionalna oskrba: sistemska dvotirnost

Dvotirnost razumemo kot soobstoj skupnostnih in institucionalnih oblik oskrbe. Čeprav sam soobstoj ni a priori vprašljiv, želimo v tem poglavju problematizirati določene vidike tega soobstoja, kot na primer dejstvo, da se v institucionalne oblike vključujejo ljudje s kompleksnejšimi težavami in da obstoj skupnostnih oblik pomoči ne pomeni zmanjševanja institucionalnih kapacitet.

V raziskavi projekta *MoST* smo dobili precej več informacij o institucionalnih oblikah oskrbe kot o skupnostnih. Od storitev v skupnosti na področju oskrbe starejših smo na primer zaznali predvsem pomoč na domu in različne projekte prostovoljstva na tem področju. Pomoč na domu so sogovorniki izpostavili kot dobro obliko pomoči, ki nadomešča namestitev v domu za starejše, dokler ta »ni potrebna«. Različne projekte prostovoljstva na tem področju pa so sogovorniki navadno izpostavljali kot pomemben vir v skupnosti, ki omogoča vzdrževanje stikov in mobilnost starejših – torej predvsem kot odgovor na socialno izolacijo in ovire pri prevozu starejših do zdravstvenih in drugih storitev. Na področju oskrbe oseb z intelektualnimi ovirami smo v raziskavi projekta *MoST* zaznali namestitev v drugi družini^[60] (a le v enem okolju). Ostale vrste pomoči in podpore (osebna asistenca, družinski pomočniki, koordinacija obravnave v skupnosti) so ostale manj opazne, čeprav obstajajo, kar je verjetno pripisati metodologiji raziskave in kapilarnosti teh storitev (ki so morda prav zato manj opazne v primerjavi z velikimi ustanovami). Omembe služb, ki delujejo v skupnosti oziroma v življenjskem svetu svojih uporabnikov, spominjajo na že dokumentiran fenomen. To je, da kljub mreži skupnostnih služb ljudi z intenzivnimi potrebami navadno še vedno oskrbujemo v ustanovah (Flaker in drugi 2015, 50–51). Vzrok za trdovratnost tega fenomena je bržkone iskati med drugim tudi v dejstvu, da namestitev v ustanovo zagotavlja uporabniku poleg storitev tudi dostop do sredstev (hrane, prevoza, drugih pripomočkov), česar prejemniki storitev v skupnosti niso deležni (Flaker 2015, 31).

59 Kot obširneje predstavljamo v poglavju *Metodologija in potek raziskave o ranljivosti in neenakosti v zdravju v lokalnih skupnostih*, so bile glavne tri teme raziskave identifikacija »ranljivih skupin«, njihovih ovir in načinov njihovega premoščanja.

60 To obliko pomoči omenja Zakon o socialnem varstvu v 16. členu, natančneje pa jo definira Pravilnik o postopkih pri uveljavljanju pravice do institucionalnega varstva (od 36. do 40. člena); vendar jo oba zakona razumeta kot del institucionalnega varstva.

Na drugi strani smo v izsledkih raziskave zaznali pretežno institucionalno »ponudbo« oskrbe in posledično »transinstitucionalizacijo«, torej seljenje oseb iz ene ustanove v drugo. Sogovornica iz enega izmed centrov za socialno delo v vzhodni Sloveniji je na primer opazila, da v njenem lokalnem okolju ni razvejane mreže skupnostnih služb na področju duševnega zdravja, zaradi česar mladi »s hujšimi vedenjskimi motnjami« krožijo med različnimi ustanovami. Psihiatrična bolnišnica jih sprejme večinoma na krajše hospitalizacije, mladinski vzgojni zavodi pa, po izkušnjah sogovornice, neradi sprejemajo mlade s psihiatričnimi diagnozami (zaposlena na centru za socialno delo). Podobno so izpostavili v nekem varstveno delovnem centru. Varstveno delovni center je namenjen ljudem z intelektualnimi ovirami in zagotavlja dnevno varstvo. Do dopolnjenega 26. leta starosti so uporabniki lahko vključeni v šole s posebnim programom (ZUOPP-1, 1. člen), po dopolnjenem 26. letu pa varstvo zagotavljajo varstveno delovni centri. V primerih čakalnih vrst v varstveno delovnem centru to pomeni, kot nam je v intervjuju povedala strokovna delavka, da je skrb za osebe z intelektualnimi ovirami na ramenih svojcev (zaposlena v varstveno delovnem centru). Omenjena primera pričata o tem, da imajo najrazličnejše skupine ljudi potrebe po kompleksni oskrbi, a se podporne storitve na različnih področjih kopičijo znotraj institucionalnih okvirjev in redčijo v skupnosti.^[61] To pomeni, da je podpora v večji meri pogojena z vključitvijo v storitve posamezne ustanove. Kot nakazuje primer iz varstveno delovnega centra, ob precej razviti mreži institucionalne in šibkejši mreži skupnostne oskrbe težave nastopijo, ko ta selitev iz ustanove v ustanovo ni tekoča, zvezna, torej pri prehajanju uporabnika iz ene ustanove v drugo, prihaja do prekinitve ali ovir pri zagotavljanju oskrbe.

Rekli bi lahko, da so trenutno skupnostne službe dopolnilo institucionalnim oblikam oskrbe tam, kjer slednjim »zmanjka«. Torej ima skupnostna oskrba funkcijo obliža oziroma zagotovila, da sistem, ki še vedno temelji na institucionalni oskrbi, bolje deluje. Vendar je treba skupnostne službe razumeti predvsem kot alternativo institucionalnim oblikam oskrbe. Dosedanji poskusi dezinstitutionalizacije v Sloveniji so uvedli nove metode in oblike oskrbe v skupnosti, a to ni pomenilo opuščanja ali preobrazbe velikih ustanov v skupnostne službe, zato so novosti v skupnosti postale namesto alternative prav dopolnilo ustanovam – temu nekateri avtorji pravijo »dvotirni sistem« (Flaker in drugi 2015, 50).

V nadaljevanju bomo videli, da tovrstno dvotirnost nakazujejo tudi nekateri dokumenti na državni ravni. Ker zaenkrat še čakamo na zakon o dolgotrajni oskrbi (ki naj bi urejal področje oskrbe vseh, ki zaradi različnih razlogov – starosti, bolezni, različnih vrst oviranosti in podobnega potrebujejo dolgotrajno oskrbo), se bomo osredotočili na Nacionalni program duševnega zdravja 2018–2028 (Maučec Zakotnik in drugi 2019), ki je najnovejši strateški dokument na tem področju.

Program si deklarativno prizadeva približati storitve uporabnikom preko »skupnostnega pristopa«, zato z vrsto načrtovanih ukrepov širi mrežo storitev v skupnosti.

61 To potrjujejo tudi drugi podatki. Republika Slovenija ima precej visoko stopnjo institucionaliziranih oseb – v socialnovarstvenih zavodih za odrasle (to so za ustanove, ki zagotavljajo namestitve, prehrano, varstvo in zdravstveno varstvo, namenjene pa so odraslim z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju, z zmerno motnjo v duševnem razvoju, z več motnjami in s težjo ali težko obliko gibalne ali senzorne oviranosti) je okoli 10,7 na 1000 prebivalcev (pri računu so izzeti otroci v institucionalnem varstvu in ljudje v zdravstvenih ustanovah), kar nas postavlja v družbo bolj institucionaliziranih držav v Evropi (Flaker in drugi 2015, 50).

Vprašanje institucionalnosti oskrbe oziroma vpeljevanje dezinstitutionalizacije je precej v ozadju, saj se teh tem dotika v zgolj dveh od šestih prednostnih področij. Prvo prednostno področje, »zagotavljanje skupnostnega pristopa pri krepitevi duševnega zdravja«, vsebuje specifični cilj »zagotavljanje kakovostnih in dostopnih storitev in programov osebam s težavami v duševnem zdravju v skupnosti in dezinstitutionalizacijo«, kjer je kot eden izmed ukrepov zapisano »vzpostavljanje pogojev in načrtovana preselitev oseb iz institucij v skupnost« (Maučec Zakotnik in drugi 2019, 29).

Dezinstitutionalizacija je zapisana tudi v tretjem prednostnem področju »mreža služb za duševno zdravje« v razdelku »zagotavljanje dolgotrajne obravnave oseb s težavami v duševnem zdravju in oseb z motnjami v duševnem razvoju«. V prvem specifičnem cilju namreč zapisuje »zagotavljanje pogojev v skupnosti za zmanjševanje in preprečevanje institucionalizacij oseb s težavami v duševnem zdravju«, v drugem pa »načrtno postopno zmanjševanje števila odraslih s težavami v duševnem zdravju in kombiniranimi motnjami, ki so vključeni v socialnovarstvene zavode, ter njihova preselitev v skupnostne oblike bivanja in trajno izvajanje socialnovarstvenih programov, namenjenih skupnostni obravnavi oseb s težavami v duševnem zdravju« (Maučec Zakotnik in drugi 2019, 40).

Glede dezinstitutionalizacije lahko torej opazimo, da je v nacionalnem programu omejena le mestoma (v posameznih specifičnih ciljih in ukrepih) in ne zaseda osrednje vloge pri načrtovanju reform na tem področju. Nadalje je opaziti, da program ne vključuje moratorija na gradnjo novih ustanov, kar bi bil pomemben ključ za »zagotavljanje pogojev« za več skupnostne oskrbe. Vzpostavljanje novih in obnova obstoječih ustanov je v Sloveniji pravzaprav v razmahu. Medtem ko so reformo na področju duševnega zdravja in z njo odpravo velikih totalnih ustanov ter zapiranja v Italiji leta 2014 z zakonom razširili tudi na področje forenzične psihiatrije, smo v Sloveniji leta 2011 v Mariboru dobili prvo enoto forenzične psihiatrije (STA 2011). Hkrati se obnavlja in nadgrajuje že obstoječe zaprte (varovane) oddelke, na primer nedavno v posebnem socialnovarstvenem zavodu Dom Lukavci (M. V. 2020). Prakse obravnave, ki temelji na zapiranju ljudi v ustanove, pa je Slovenija leta 2019 z novim varovanim oddelkom za pedopsihiatrijo razširila tudi na področje mladih (G. K. 2019).^[62]

Omembe dezinstitutionalizacije v Nacionalnem programu lahko razumemo kot nadaljevanje dvotirnosti med skupnostnimi in institucionalnimi oblikami oskrbe pri načrtovanju sprememb na področju duševnega zdravja. Program sicer prinaša kopico novosti v skupnosti, a se pri tem le bežno dotakne zmanjševanja institucionalnih kapacitet (ki jih omeji zgolj na zmanjševanje števila postelj v socialnovarstvenih zavodih, ne pa tudi v psihiatričnih bolnišnicah), še manj pa njihovega spreminjanja v skupnostne službe. To nas v marsičem spomni na razvoj skupnostnih služb v 90. letih. Takrat se je izkazalo, »da ustanavljanje stanovanjskih skupin, dnevnih centrov in drugih služb v skupnosti ni zmanjšalo števila stanovalcev v zavodih ali pa števila postelj v psihiatričnih bolnišnicah« (Flaker 2012, 22).

62 Pomenljivo je, da vse te novosti stroka in širša javnost praviloma razumeta kot zagotavljanje višjega standarda spoštovanja človekovih pravic. Zelo redko taka mnenja v Sloveniji spremlja mednarodno sprejeto stališče, da je treba oskrbo zagotoviti v skupnosti, brez zapiranja in da bi prav to pomenilo tudi spoštovanje človekovih pravic (glej Mezzina in drugi 2019).

Nezveznost pomoči kot produkt dvotirnosti: primer pobolnišnične oskrbe brezdomnih

Kot smo že poudarili, se oskrba kopiči znotraj ustanov in redči v skupnosti. Ena izmed posledic tega pojava je, da prehod med eno in drugo obliko pomoči ni zvezen, torej da prihaja do ovir pri koordinaciji pomoči ob prehodu iz ene v drugo obliko ali pa da pomoč kdaj celo umanjka. Ta pojav bomo ilustrirali na področju oskrbe brezdomcev po odpustih iz bolnišnic. Ta tema se je namreč pojavila v raziskavi projekta MoST v več lokalnih okoljih, hkrati pa je nedavno pritegnila tudi medije (Lukič 2018; Lukič 2019; Vrbnjak 2020). Da je tema strateško pomembna, priča tudi dejstvo, da Evropsko združenje organizacij na področju brezdomstva razume močno pobolnišnično podporo kot enega izmed ključnih dejavnikov za končanje brezdomstva (Feantsa 2010, 12–14).

Sogovornica iz enega izmed zavetišč za brezdomce je povedala, da marsikdaj po odpustu iz bolnišnice brezdomcev v zavetišče ne morejo sprejeti, saj potrebujejo nadaljnjo zdravstveno oskrbo, ki pa je zavetišče ne more zagotoviti. Druga sogovornica iz zavetišča na drugem koncu države se je takole spomnila podobnega primera: »Hoteli so nam iz bolnišnice poslati enega brezdomca s sondno prehrano«. S še posebej težavnimi situacijami se srečujejo takrat, ko bolnišnice izvedejo odpust brez dialoga z organizacijami na področju brezdomstva:

*»Se je pa zgodilo, ne enkrat, večkrat se je to zgodilo, da bolnice nimajo prostora za nego po zdravljenju. Za hišno nego, ker brezdomci nimajo hiše, kam bo šel v hišo... / Ne moreš dati nekoga iz bolnišnične sobe v prikolico in to še pozimi. / ... / No, enkrat so nam ga že pripeljali enega pred našo organizacijo. So nam ga pripeljali bolnega človeka pred vrata tukaj dol, tako na hitro. Nihče ni niti poklical«
(zaposlena v dnevnem centru za brezdomne).*

Problem, na katerega se nanašajo zgornji citati, je vsaj dvojen: nego je nemogoče izvajati kakovostno, če se brezdomni osebi ne uredi ustrezno bivališče; hkrati pa se težave pojavljajo tudi, če je oseba nastanjena v zavetišču, ker je »namestitev pogosto neustrezna in nezadostna, saj zavetišča nimajo ustreznega koncepta dela, ustrezne infrastrukture in ustrezno usposobljenih kadrov za pobolnišnično nego« (Razpotnik in Dekleva 2009, 32–33).

Kot lahko beremo iz literature, brezdomni pogosto opozarjajo na »prelaganje odgovornosti med ustanovami (zdravstveni in socialni resor)^[63] in pa na to, da rešitve za njihove stiske ne ponuja ne prvi ne drugi«, kar spominja na učinek »vrtljivih vrat« (prav tam, 51). Oskrbo po odpustu načeloma prevzemajo storitve v skupnosti, načrtovala pa naj bi jih že socialna služba v ustanovi. Zgovoren je podatek iz raziskave glede uporabe zdravstvenih storitev s strani brezdomcev, v kateri so ugotovili, da ima le tretjina anketiranih izkušnjo stika s socialnim delom v zdravstvenih ustanovah (Razpotnik in Dekleva 2009, 99).

Med institucionalno oskrbo in oskrbo v skupnosti vlada ostra ločnica, zaradi nje ali pa kot njen rezultat pa smo priča »posvajanju« uporabnikov: preden se na primer človek vključi

63 O težavah v sodelovanju med zdravstvom in socialno je poročalo veliko sogovornikov tudi v raziskavi projekta MoST.

v institucionalno oskrbo, ni smatran kot njen uporabnik, enako pa se zgodi tudi, ko ustanovo zapusti. Ta fenomen so nekateri raziskovalci imenovali »conska obramba« (Flaker in drugi 2008, 25–26), saj službe večinoma pokrivajo bodisi fizičen bodisi virtualen prostor (torej so bodisi zadolžene za skrb za ljudi na določenem geografskem področju bodisi za ljudi z določenimi težavami). Tako odgovorijo le na potrebe ljudi, ki stopijo v ta prostor.

Nedostopnost ustanov: ko en tir odpove

V raziskavi projekta *MoST* so sogovorniki kot oviro pri dostopanju do institucionalne oskrbe pogosto izpostavljali problematičnost kriterijev, ki za vsako vrsto ustanove posebej določajo upravičenost posameznikov za njihov sprejem.^[64] V primeru domov za starejše je poleg slovenskega državljanstva oziroma dovoljenja za stalno bivanje v Sloveniji (za tujce) pogoj za sprejem starost 65 let ali več. Starostni kriterij se lahko zniža, če ustanova pri potencialnem bodočem stanovalcu ugotovi zdravstvene težave ali druge podobne razloge.^[65] Kljub temu je sogovornica, zaposlena v enem izmed domov za starejše, opazila, da določeni ljudje ne ustrezajo kriterijem za sprejem v ustanove, hkrati pa bi potrebovali intenzivno pomoč v vsakdanjem življenju. Ker jim je oskrba z namestitvijo nedosegljiva, saj ne ustrezajo kriterijem za sprejem, so prepuščeni predvsem neformalni oskrbi:

*»Vedno več je ljudi, ki imajo hudo diagnozo, recimo raka, multiplo sklerozo, ALS, huntingtonovo bolezen. V bistvu neozdravljive bolezni ali bolezni, ki kronično napredujejo in svojci ne morejo poskrbet. Je pa ta oseba mlajša od 65 let, kar pomeni, da po zakonu ne more še v dom starejših občanov. /.../ In ti ljudje nikamor ne pašejo. /.../ so čisto prepuščeni svojcem ali to, da nekako doma organizirajo. /.../ Zdaj smo imeli eno gospo ... ona ima multiplo sklerozo, njena bolezen napreduje, stara je pa 58 let. Sedem let premalo«
(zaposlena na centru za socialno delo).*

Na selektivnost pri vključevanju potencialnih uporabnikov v institucionalno varstvo dodatno vpliva tudi neprilagojenost nekaterih ustanov za ljudi, ki se soočajo s kompleksnimi potrebami. V raziskavi smo zaznali predvsem to, da so domovi za starejše večkrat nedostopni za nekatere uporabnike z dolgoletno izkušnjo brezdomstva, saj slednji (in verjetno tudi drugi, ki te izkušnje nimajo) kdaj ne zmorejo življenja med štirimi stenami in s tem motijo hišni red ustanove, ki se ni zmožna prilagoditi na njihove potrebe. Podobno velja tudi za starejše, ki se soočajo s težavami z alkoholom. Sogovornik iz psihiatrične bolnišnice se takih primerov spomni takole:

»... so bili napoteni v domove za starejše, tam so imeli težave z odvisnostjo, so na primer začeli piti in potem so leteli ven. Domovi so polni, za take pa ni prostora«.

64 Kriteriji za vključitev v posamezno storitev niso problem izključno v dostopu do institucionalnega varstva, temveč tudi na drugih področjih.

65 Glej: <https://e-uprava.gov.si/podrocja/delo-upokojitev/upokojitev/domovi-za-ostarele.html>

Gre torej za ovire, ki ne izvirajo iz denimo geografske ali fizične nedostopnosti pomoči ali pa, kot smo že omenili, neupravičenosti do pomoči, ki bi temeljila na neustreznemu birokratskim kriterijem. Nasprotno, gre za ovire, ki kažejo na nesprejemljivost oskrbe s perspektive določenih uporabnikov. Take ovire, zasilno jim recimo »notranje« ali »subjektivne« (čeprav se, kot vse, tvorijo v odnosu osebe s storitvijo, do katere (ne) dostopa), imajo lahko na vključenost različne učinke, odvisno od faze vključenosti v pomoč. Lahko vplivajo na to, da se posameznik izogiba iskanju določene vrste pomoči – v raziskavi projekta *MoST* smo od sogovornikov velikokrat slišali, da imajo ljudje strah pred stigmato in izgubo svojega vpliva v procesih odločanja o oskrbi, ki bi jo bili deležni (na primer pri vključevanju v psihiatrične obravnave in podobno). Te ovire lahko vplivajo tudi na osip pri vključevanju v pomoč (na primer ko se nekdo odloči, da ne bo več obiskoval zdravnika) ali pa, kot smo pokazali v zgornjem primeru, krši pravila ustanove, kjer se odvija oskrba, zato je iz nje izključen. Te ovire v principu težje opazimo (še posebej, ko vplivajo na neiskanje pomoči), a so vseeno ključni dejavnik nedostopnosti.

Za nekatere ljudi torej že obstoječa oskrba z namestitvijo ni dosegljiva bodisi zato, ker ne ustrezajo kriterijem za sprejem bodisi ker se ta oskrba težko prilagodi na kompleksne potrebe nekaterih oseb.^[66] O drugih, skupnostnih odgovorih na te potrebe iz navedenih primerov iz raziskave projekta *MoST* ne izvemo veliko, jasno pa je, da je ena izmed možnosti vključevanje v različne programe v skupnosti (predvsem programe nevladnih organizacij) ali pa zanašanje na neformalne vire pomoči (če ljudje z njimi razpolagajo). Ti primeri kažejo na to, da nekateri ljudje z najkompleksnejšimi potrebami ostanejo brez pomoči. Take skupine lahko označimo kot težko dosegljive in posebej ogrožene, njihov obstoj pa nam kaže na potrebo po terenskem delu (Dekleva 2008), tako v raziskovanju kot tudi v širjenju dostopa do zdravstva zanje, saj zahtevajo bodisi kompleksnejšo in bolj koordinirano oskrbo bodisi imajo več ovir pri dostopu do oskrbe in je slednja večkrat neprilagojena njihovim potrebam.^[67] Primeri, kjer skorajda celoten kontinuum pomoči odpove, so precej neraziskani in nedokumentirani, zato še posebej kličejo po nadaljnjem raziskovanju in akciji, saj kažejo na slepe pege tako zdravstvenega sistema kot preseka več sistemov. Veliko izkušenj na tem področju je najti v nevladnih organizacijah (Košan 2019; Jaušovec Sodja 2020), nekateri primeri pa so nedavno vzbudili tudi zanimanje medijev (Lukič 2018; Lukič 2019).

66. Če omenjeni fenomen, da je skupnostna oskrba dostopnejša za »lažje primere«, ljudi z intenzivnimi potrebami pa navadno čaka institucionalna oskrba, se nadaljuje tudi znotraj samih ustanov. V stanovanjskih skupinah so navadno samostojnejši posamezniki, ljudje z intenzivnejšimi potrebami pa »pod ključem«, na varovanih oddelkih.

67. Za več o pomenu terenskega dela glej revijo *Mreža drog*, letnik 4, številki 2 in 4.

Potrebe, izražene z jezikom že vzpostavljenih odgovorov nanje

Vprašanje institucionalnosti oskrbe smo v raziskavi projekta MoST posredno zasledili tudi takrat, ko so sogovorniki govorili o tem, kakšne oblike podpore bi morale obstajati oziroma kaj trenutno manjka v njihovi lokalni skupnosti. Poleg vprašanja pobolnišnične oskrbe brezdomnih smo slišali kar nekaj odgovorov, ki so nakazovali na potrebo po vzpostavitvi skupnostnih odgovorov. Take potrebe zaznavajo na eni strani nekateri dnevni centri na področju duševnega zdravja, ki opazijo, da ne zmorejo odgovoriti na vse potrebe svojih uporabnikov:

*»Osebe imajo po končani [psihiatrični, op. a.] hospitalizaciji zelo slabo socialno mrežo ali pa je sploh nimajo. In se potem po hospitalizaciji še težje vključijo v družbo, prekinejo stike. /.../ Dobro bi bilo v tej smeri narediti kaj več«
(zaposlena na dnevnem centru).*

Podobne potrebe je omenil tudi sogovornik iz psihiatrične bolnišnice, saj je opazil podhranjenost programov v svoji lokalni skupnosti:

*»Vse se centralizira v Ljubljano, tam imajo ogromno teh društev in skupin za pomoč. Pri nas tega ni, pa bi nujno rabili«
(zaposlen v psihiatrični bolnišnici).*

Navedeni izjavi sta redki izjemi v odgovorih sogovornikov raziskave projekta MoST, sicer precej bolj razširjenega mnenja, da lokalne skupnosti za boljšo oskrbo ljudi potrebujejo le več zdravstvenih strokovnjakov na področju duševnega zdravja (predvsem psihiatrov, pedopsihiatrov^[68] in kliničnih psihologov). To je bil odziv bodisi na zaznane dolge čakalne vrste v obstoječih službah bodisi odziv na dejstvo, da takih strokovnjakov ponekod sploh ni ali pa da do njih ljudje težko dostopajo zaradi geografskih ovir in težav pri prevozu. Podobni odzivi prevladujejo na področju dolgotrajne oskrbe starejših, kjer so sogovorniki skoraj brez izjeme govorili o tem, da lokalno okolje potrebuje »več domov« (za starejše)^[69], saj so opažali, da je institucionalno varstvo na tem področju pogosto nedostopno zaradi dolgih čakalnih vrst in visoke cene tovrstne oskrbe.^[70]

S takimi odzivi so sogovorniki (predvsem strokovni delavci) potrebe uporabnikov izrazili predvsem z jezikom že vzpostavljenih oziroma že poznanih odgovorov na določene potrebe. Ti odgovori pa so, kot smo že omenili, pretežno institucionalni: bodisi se storitve

68 V večini okolij so sogovorniki ob omenbi področja duševnega zdravja poudarjali predvsem to, da opažajo, da so potrebe otrok in mladostnikov prezre oziroma, da ni učinkovitih odgovorov nanje.

69 Pri tem jih je verjetno vodilo prepričanje, da ustanove zagotavljajo intenzivno obravnavo ljudi z intenzivnimi potrebami. Vendar je treba poudariti, da je intenzivnost obravnave ustanovi, kakršna je dom za starejše, predvsem v funkciji premetitve, v skupnosti pa intenzivnost zagotavlja kompleksnost koordinacije različnih služb (Flaker 2015, 121). Slednje lahko na potrebe, ki so v ozadju namestitvev v ustanove (potreba po razbremenitvi, gotovosti in smiselnosti), odgovorijo neposredno (Flaker in drugi 2008, 48).

70 Izsledki raziskave projekta MoST so pokazali, da se zato nekateri starejši, ki živijo na območjih blizu meje s Hrvaško, odločajo za namestitvev v domove za starejše na Hrvaškem, saj so ti cenovno dostopnejši in naj ne bi imeli tako zasedenih kapacitet (glej poglavje Oskrba starejših prebivalcev in vprašanje integracije v zdravstvo, socialni in skupnosti). Tudi ta rešitev je sicer institucionalna, hkrati pa so nastanjeni v okolju, ki ga ne poznajo in v katerem nimajo sorodnikov. Za osebe, ki nimajo svojcev, zaposlene na centrih za socialno delo opravljajo funkcijo skrbnika po uradni dolžnosti, a naj bi po besedah sogovornic te pravice izgubile izven meja Republike Slovenije.

izvajajo v ustanovah (kot so ambulantni pregledi in ne terensko delo) bodisi je oskrba vezana na namestitev v ustanovi (kot je dom za starejše, hospitalizacija v psihiatrični bolnišnici, namestitev v socialnovarstvenem zavodu in podobno).

Tako logiko lahko razumemo kot »logiko hladilnika« (Flaker in drugi 2008, 393–394). To metaforo lahko razložimo z miselnim eksperimentom. Ali bomo, ko smo lačni in imamo v hladilniku le hrenovke, rekli, da potrebujemo hrenovke? Svoje lakote verjetno ne bi zvedli na potrebo po edini vrsti hrane, ki jo imamo na razpolago. Ta logika je precej kočljiva, ker potrebe izraža v jeziku storitev. To lahko privede do tega, da proizvajamo storitve, ki naj bi jih potencialni uporabniki potrebovali, a so morda prav tisto, česar ne marajo ali ne potrebujejo. Izražanje potreb v jeziku že vzpostavljenih odgovorov nanje torej razumemo kot eno izmed pomembnejših ovir, saj ta logika nereflektirano ohranja obstoječ (pretežno) institucionalni nabor oskrbe. Dosledno analitično ločevanje med potrebami in odgovori nanje – čeprav se v resničnosti prepletajo – nam pomaga, da se izognemo zgoraj opisani logiki hladilnika.

Sklepi

V besedilu smo skušali osvetliti nekaj vidikov, povezanih z institucionalnostjo oskrbe ljudi s kompleksnimi potrebami. Vprašanje njene (ne)dostopnosti preči celotno besedilo. Z vidika človeka, ki potrebuje oskrbo, »lahko shematsko govorimo o storitvah, ki so na voljo in so dostopne, o tistih, ki so na voljo, a mu niso dostopne, o tistih, ki bi mu sicer bile dostopne, pa jih je treba še ustvariti, in o tistih, ki še ne obstajajo, pa tudi če bi obstajale, mu ne bi bile dostopne« (Flaker 2015, 113).

Učinkovito omogočanje dostopa do virov mora torej fleksibilno prehajati med vrsto vidikov, ki so medsebojno prepleteni (po Flaker 2015, 113–117). Že vzpostavljene vire, ki so uporabnikom dostopni, je potrebno vzdrževati (konzervacija). Do obstoječih virov, ki so ljudem nedostopni, je potrebno omogočiti dostop (korekcija), kar kdaj pomeni tudi njihovo preobrazbo (transformacija). Potrebno pa je tudi vzpostavljati storitve, ki jih še ni (inovacija).

Vsi v tem poglavju omenjeni primeri od nas poleg analize situacije terjajo tudi akcijsko usmerjenost za njihovo reševanje. Pri tem je možnih več rešitev. Najbolj priročno bi bilo bržkone ustvarjanje »več istega«, torej konzervacija in krepitev obstoječega. V primeru reševanja nedostopnosti starejših do dolgotrajne oskrbe bi to pomenilo gradnjo več domov za starejše, v primeru reševanja področja poboljšanih oskrbe več negovalnih postelj v bolnišnicah ali vzpostavljanje novih negovalnih ustanov, na področju duševnega zdravlja pa na primer več postelj za akutne stiske otrok in mladostnikov in več zdravstvenega kadra. Vseeno pa bi moral pri vpeljevanju sprememb smernice razvoja ključno voditi teoretični razmislek, katerega velik del je tudi poudarek na preizkuševanju institucionalnosti oskrbe. Če se vrnemo na štiri vidike omogočanja dostopa do virov, bi to bržkone pomenilo več inovacije in transformacije. Pri reševanju kompleksnih neenakosti moramo oskrbo organizirati prilagojeno potrebam uporabnikov, da presežemo trenutno stanje, kjer »nastajajo enovrstni paketi storitev, načrtovani za povprečne potrebe neobstoječih povprečnih skupin uporabnikov« (Flaker in drugi 2008, 14–15). Pri tem izpostavljamo nekaj ključnih točk, ki jih predstavljamo v nadaljevanju.

Trenutno lahko govorimo o dvotirnosti oskrbe, saj na nekatere dolgotrajne stiske lahko odgovarjajo skupnostne službe, ki storitve izvajajo v posameznikovem življenjskem svetu, oskrbo v ustanovah pa navadno prejemajo ljudje s kompleksnejšimi potrebami. Ta dvotirnost poraja etična vprašanja doslednega udejanjanja človekovih pravic in tehnična vprašanja, kako oskrbo organizirati v skupnosti tudi za ljudi s kompleksnimi potrebami. Na področju kratkotrajnih namestitev smo opazili, da je ključno vprašanje (ne)zveznosti med institucionalnimi odgovori in skupnostnimi službami. Nadalje smo opozorili na to, da institucionalne odgovore na stiske ključno določa njihova standardiziranost (ki sicer velja tudi za druge odgovore, a v manjši meri), kar se izkaže kot njihova velika pomanjkljivost posebej pri oskrbi ljudi s kompleksnimi potrebami, saj slednje zahtevajo organiziranost storitev na nestandarden način (Flaker in drugi 2008, 20). Na kompleksne potrebe ustanove ne zmorejo učinkovito odgovarjati tudi zato, ker svoje odgovore ustvarjajo na podlagi kategorij (navadno diagnostičnih) – ljudi s kompleksnimi potrebami pa ustrezajo več kategorijam hkrati, imajo več »nalepk« naenkrat (na primer težave v duševnem zdravju in težave z odvisnostjo), zato »spadajo« povsod in nikamor hkrati (Grebenc in Kvaternik 2008). Nazadnje smo izpostavili, da je govor o potrebah v jeziku že obstoječih odgovorov nanje ena izmed ovir, ki ohranja prevladujočo institucionalno oskrbo.

Zadnja desetletja je znanost na različnih področjih, še posebej pa na presečnih področjih medicine in družboslovja, zaznamoval konflikt med biomedicinskim, psihobiološkim in biopsihosocialnim razlagalnim modelom. Prvi je iskal razlago za na primer duševne stiske v delovanju možganov, drugi je te povezoval s psihološkimi vidiki in pomenil pomembno dopolnilo prvega. Nazadnje se je ustoličil relativni konsenz, da je na primer duševno zdravje (pa tudi zdravje nasploh) preveč kompleksen fenomen, da bi ga redukcioniistično razumeli le z enega zornega kota, zato je na deklarativni ravni obveljal biopsihosocialni model kot najbolj vključujoč in najširši razlagalni model. Italijanski psihiater Benedetto Saraceno predstavljeni konflikt med temi modeli razume kot »lažni konflikt«, saj slednji po njegovih besedah zanemari precej globlje vidike organizacije služb. Po njegovem se na področju duševnega zdravja soočamo primarno s konfliktom med bolnišničnim modelom (ki oskrbo kopiči znotraj zidov bolnišnic) in modelom javnega zdravja, ki naj bi zagovarjal skupnostni model obravnave, torej oskrbo izven bolnišničnih zidov (Saraceno 2017, 139).

Prispevek lahko zaključimo tako, da Saracenov premislek razširimo na več področij in da tisto, kar on imenuje bolnišnični model, razumemo širše kot institucionalni model, saj smo pokazali, da ustanove, ki zagotavljajo oskrbo z namestitvijo, niso le domena duševnega zdravja. S tem, ko smo institucionalnost oskrbe iz ozadja raziskave projekta *MoST* postavili kot osrednjo temo tega prispevka, smo želeli opozoriti na to, da lahko že način organiziranja oskrbe ključno prispeva k njeni (ne)dostopnosti, zato mora biti vprašanje (de)institucionalizacije eno izmed ključnih vprašanj v razpravi o nedostopnosti podpore in pomoči.

Literatura

Dekleva, Bojan. 2008. Posebno ogrožene skupine brezdomcev. *Socialna pedagogika* 12 (1): 1–18.

Dekleva, Bojan, Mija Marija Klemenčič Rozman, Špela Razpotnik, Matej Sande, Juš Škraban in Darja Tadič. 2018. Dostopnost organiziranih oblik podpore mladim v psihosocialnih in duševnih težavah in konteksti teh težav (preliminarna študija). Ljubljana: Pedagoška fakulteta. Pridobljeno 6. oktobra 2020. <http://pefprints.pef.uni-lj.si/id/eprint/5010>.

European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care. 2012. Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care (Guidance on implementing and supporting a sustained transition from institutional care to family-based and community-based alternatives for children, persons with disabilities, persons with mental health problems and older persons in Europe). Bruselj. Pridobljeno 18. aprila 2020. <https://deinstitutionalisationdotcom.files.wordpress.com/2017/07/guidelines-final-english.pdf>.

Feantsa. 2010. Končanje brezdomstva: Priročnik za oblikovalce politike. Pridobljeno 6. oktobra 2020. https://www.feantsa.org/download/ending_homelessness_manual_slovenian_final467734454859148809.pdf.

Flaker, Vito. 1998. Odpiranje norosti. Vzpon in padec totalnih ustanov. Ljubljana: Založba / *cf.

Flaker, Vito. 2012. Kratka zgodovina dezitucionalizacije v Sloveniji: v spomin Katje Vodopivec. Iz: *hod iz totalnih ustanov med ljudi*. Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo 250: 13–30.

Flaker, Vito. 2015. Prispevki k taksonomiji socialnega dela in varstva – 1. del. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Flaker, Vito, Jana Mali, Tadeja Kodele, Vera Grebenc, Jelka Škerjanc in Mojca Urek. 2008. Dolgotrajna oskrba: Očrt potreb in odgovorov nanje. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Flaker, Vito, Andreja Rafaelič, Sonja Bezjak, Katarina Ficko, Vera Grebenc, Jana Mali, Andreja Ošlaj, Jože Ramovš, Simona Ratajc, Iztok Suhadolnik, Mojca Urek in Nina Žitek. 2015. Priprava izhodišč dezitucionalizacije v Republiki Sloveniji. Študija po naročilu Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

G. K. 2019. Odprli dolgo pričakovan oddelek za pedopsihiatrično obravnavo otrok. Pridobljeno 6. oktobra 2020. <https://www.rtvsl.si/zdravje/novice/odprli-dolgo-pricakovan-oddelek-za-pedopsihiatricno-obravnavo-otrok/480511>.

Jaušovec Sodja, Ines. 2020. Brezdomni in »odpust v domačo oskrbo«. *Kralji ulice* 171: 9.

Konvencija Združenih narodov o pravicah invalidov. 2017. Pridobljeno 6. oktobra 2020. <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MK/Zakonodaja-ki-ni-na-PISRS/Kulturna-r raznolikost/1c24133420/Konvencija-o-pravicah-invalidov.pdf>.

Košan, Hana. 2019. Predstavitev na posvetu »Varnost za vse, izzivi 'odprte scene'«, Ljubljana, Fakulteta za socialno delo, 19. 4. 2019. Interno gradivo.

Kuhar, Roman. 2009. Na križiščih diskriminacije: Večplastna in intersekcijska diskriminacija. Ljubljana: Mirovni inštitut.

Kvaternik, Ines in Vera Grebenc. 2008. Vrzeli med medicino in socialnim delom: primer »dvojnih diagnoz«. Teorija in praksa 45 (1–2): 129–143.

Lesnik, Tina, Mojca Gabrijelčič Blenkuš, Ada Hočevar Grom, Tatjana Kofol Bric in Metka Zaletel, ur. 2018. Neenakosti v zdravju v Sloveniji v času ekonomske krize. Ljubljana: NIJZ.

Lipovec Čebren, Uršula; Marjeta Keršič Svetel in Sara Pistotnik. 2016. Zdravstveno marginalizirane – »ranljive« skupine: ovire v dostopu do sistema zdravstvenega varstva in v njem. V Ocena potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle. Ključni izsledki kvalitativnih raziskav in stališča strokovnih delovnih skupin, ur. Jerneja Farkaš Lainščak, 14–25. Ljubljana: NIJZ.

Lukič, Luka. 2018. Ko človek obleži v lastnih izločkih in čaka na pomoč sosedov ali nevladnikov. Pridobljeno 6. oktobra 2020. <https://www.rtv slo.si/slovenija/ko-clovek-oblezi-v-lastnih-izlockih-in-caka-na-pomoc-sosedov-ali-nevladnikov/473335>.

Lukič, Luka. 2019. Bolezen in brezdomci: uradno zagotovljena oskrba, v praksi do smrti odvisni od dobre volje društev in dela na črno. Pridobljeno 6. oktobra 2020. <https://www.rtv slo.si/slovenija/bolezen-in-brezdomci-uradno-zagotovljena-oskrba-v-praksi-do-smrti-odvisni-od-dobre-volje-drustev-in-dela-na-crno/476959>.

Maučec Zakotnik, Jožica, Vesna Švab, Mojca Zvezdana Drnovšek, Matej Vinko in Irena Makivič, ur. 2019. MIRA za duševno zdravje: nacionalni program duševnega zdravja. Ljubljana: NIJZ.

Mezzina, Roberto. 2014. Community mental healthcare in Trieste and beyond: an »open door-no restraint« system of care for recovery and citizenship. The Journal of Nervous and Mental Disease 202 (6): 440–445.

Mezzina, Roberto, Rosen, Alan, Amering, Michaela in Javed, Afzal. 2019. The Practice of Freedom: Human Rights and the Global Mental Health Agenda. V: Advances in Psychiatry, ur. Afzal Javed in Kostas N. Fountoulakis, 483–515. Cham: Springer in World Psychiatric Association.

Mladenović, Ana. 2016. Pomen intersekcionalnega pristopa pri obravnavi kompleksnih neenakosti. Šolsko polje 27 (5–6): 95–116.

M. V. 2020. Dom Lukavci bogatejši za dvanajst dodatnih postelj. Pridobljeno 6. oktobra 2020. <https://vestnik.si/clanek/aktualno/dom-lukavci-bogatejsi-za-dvanajst-dodatnih-postelj-758741>.

Rafaelič, Andreja, Ficko, Katarina in Flaker, Vito. 2017. Prehod k skupnostnim oblikam oskrbe v Sloveniji. Socialna pedagogika 21 (3–4): 183–210.

Razpotnik, Špela. 2004. Preseki odvečnosti: nevidne identitete mladih priseljenk v družbi tranzicijskih vic. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.

Razpotnik, Špela in Bojan Dekleva. 2009. Brezdomstvo, zdravje in dostopnost zdravstvenih storitev. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Saraceno, Benedetto. 2017. Sulla povertà della psiquiatria. Rim: Derive Approdi.

STA. 2011. Za psihiatrično zdravljenje obsojencev in pripornikov bo skrbel UKC Maribor. Pridobljeno 6. oktobra 2020. <https://www.sta.si/1669378/za-psihiatricno-zdravljenje-obsojencev-in-pripornikov-bo-skrbel-ukc-maribor>.

Vrbnjak, Tatjana. 2020. V zavetišču uporabniki po kapi, s pleniciami ... Pridobljeno 6. oktobra 2020. <https://www.vecer.com/v-zavetiscu-uporabniki-po-kapi-s-plenicami-10134447>.

Zakon o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami (ZUOPP-1, neuradno prečiščeno besedilo št. 3). Pridobljeno 6. oktobra 2020. <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO5896>.

Zaključne ugotovitve in predlogi

Sara Pistotnik, Denis Oprešnik, Uršula Lipovec Čebren, Ivanka Huber, Juš Škraban

Monografija prinaša nabor ugotovitev, ki izhajajo iz raziskave *Analiza ranljivosti in neenakosti v zdravju v lokalnih skupnostih*. Ta je potekala v letih 2018 in 2019 v okviru projekta *MoST*, ki ga je vodil Nacionalni inštitut za javno zdravje, njen cilj pa je bil ugotoviti ranljivosti in neenakosti v zdravju v 25 lokalnih okoljih. V tem zaključnem poglavju bomo najprej podali kratek povzetek vsebine monografije in njenih ključnih poudarkov. Na koncu pa bomo navedli nekaj predlogov, ki smo jih oblikovali v času načrtovanja, izvedbe in analize raziskave projekta *MoST*, saj so se izkazali za pomembne pri morebitnih prihodnjih raziskavah na področju ranljivosti in neenakosti v zdravju.

Teoretična izhodišča raziskave

V začetnem poglavju monografije z naslovom *Neenakosti in ranljivosti v zdravju: teoretska izhodišča za raziskavo* smo opredelili ključna vodila, ki so usmerjala načrtovanje, izvedbo in analizo raziskave *Analiza neenakosti in ranljivosti v zdravju v lokalnih skupnostih (MoST)*. Ta izhodišča so:

Skrb za zdravje onkraj osebne odgovornosti: sodobni neoliberalni diskurzi nas poskušajo prepričati, da smo za svoje zdravje v celoti odgovorni sami. Tisti javnozdravstveni pristopi, ki tem diskurzom sledijo, spregledajo širše družbene procese, ki ključno vplivajo na slabšanje zdravja. Pri tem na posameznika preložijo odgovornost za odpravljanje posledic družbeno ustvarjenih vplivov na zdravje, zaradi česar ne odpravijo dejanskih vzrokov za slabšanje zdravja prebivalcev. Nasprotno pa je bilo eno od izhodišč našega raziskovanja prepričanje, da zdravje, bolezen in zdravljenje pogojujejo družbeno-kulturne dimenzije, posledično je tako skrb za zdravje predvsem stvar družbene odgovornosti.

Kontekstualna analiza neenakosti in ranljivosti: medicinskoantropološki pristopi nam lahko pomagajo pri ugotavljanju, kako nastajajo ranljivosti in neenakosti, zakaj imajo te negativen vpliv na zdravje ter kako lahko širši družbeni procesi stopnjujejo ranljivosti in neenakosti (denimo, kako revščina vpliva na slabo zdravje, to pa dodatno zaostruje revščino). Skladno s temi pristopi smo v terenski raziskavi projekta *MoST* pojave neenakosti raziskovali znotraj širšega družbenega konteksta, zato se nismo osredotočili le na področje zdravstva, temveč smo opazovali številna druga področja življenja v lokalnem okolju. Pri tem smo ugotavljali, kako širši ekonomski in politični procesi pogojujejo in potencirajo ranljivosti in neenakosti v posameznem okolju. Poleg tega smo izhajali iz zavedanja, da raziskava projekta *MoST*, kot vse druge, ni zgolj popisovala obstoječih družbenih fenomenov, kategorij prebivalstva ter polj njihove ranljivosti in neenakosti, temveč jih je tudi konstruirala s svojimi teoretskimi lečami.

Prepleti neenakosti in ranljivosti: uporaba termina »ranljive skupine« (in podobnih izrazov) lahko povzroči, da spregledamo načine, na katere se različne neenakosti in ranljivosti medsebojno sekajo, prepletajo in nadgrajujejo. Poleg tega je koncept »ranljivih skupin« pogosto uporabljen za razvrščanje prebivalcev v statične, strogo zamejene

kategorije, zaradi česar ne zmoremo prepoznati ovir, ki so skupne več različnim skupinam, kot tudi ne raznolikosti znotraj posamezne skupine. Namesto tega smo v raziskavi projekta *MoST* ranljivost razumeli kot relacijski fenomen – nismo je imeli za lastnost določenih skupin, temveč za nekaj, kar se tvori v dinamiki med posameznikom in širšim družbenim, kulturnim in ekonomskim okoljem. Pri tem smo ugotavljali, da lahko le redko govorimo o eni sami obliki ranljivosti, saj se pogosteje tvorijo različni prepleti neenakosti in ranljivosti, ki imajo za posameznike različne posledice.

Onkraj razumevanja družbe in kulture kot spremenljivk: nekatere študije neenakosti v zdravju socialno-ekonomske dejavnike predstavljajo kot izolirane spremenljivke. Zapleteno dinamiko družbenih in kulturnih razmerij torej operacionalizirajo tako, da iz nje izberejo določen fenomen in ga obravnavajo kot spremenljivko, ki vpliva na določen zdravstveni kazalnik. Čeprav te študije razkrijejo pomembne korelacije med zdravstvenimi kazalniki in družbenimi dejavniki, pogosto ostanejo na ravni opisovanja teh povezav brez razumevanja, kako natančno ta korelacija v določenem okolju nastane. Pri tem pa lahko spregledajo marsikateri družbeni proces, ki vpliva na zdravje. Pri snovanju raziskave projekta *MoST* pa smo izhajali iz prepričanja, da družbeni in kulturni fenomeni niso spremenljivke, temveč so konstitutivni za zdravje in z njim povezane ranljivosti in neenakosti. Z drugimi besedami, neenakosti in ranljivosti je treba videti ne le v funkciji zdravja oziroma meriti njune vplive na posamezne zdravstvene kazalnike, temveč je potrebno pri raziskovanju teh fenomenov zagotoviti njihovo kontekstualno razumevanje.

Osredotočanje na ovire v dostopu do zdravstvenih ustanov in znotraj njih: pri načrtovanju terenske raziskave smo morali konceptualno zajeziti široko področje raziskovanja neenakosti in ranljivosti. V ovirah v dostopu do zdravstva smo videli ključni vidik ranljivosti in neenakosti v lokalnih okoljih, saj te ovire prečijo različna področja (niso omejene le na zdravstvo) ter razkrivajo številne družbene procese in mehanizme, ki vplivajo na stopnjevanje neenakosti in ranljivosti prebivalcev. Obenem smo se s fokusom na ovire oddaljili od problematičnega kategoriziranja posameznikov v »ranljive skupine« in odprli možnosti za analizo odnosa med osebo oziroma skupino prebivalstva in določeno službo. S tem smo segli na področje, ki nam pri načrtovanju javnozdravstvenih intervencij omogoča premislek ne le o na posameznika osredotočenih ukrepih, temveč tudi o morebitni reorganizaciji služb in s tem prevzemanju širše družene odgovornosti za vpliv ranljivosti in neenakosti na zdravje.

Metodologija in potek raziskave

V naslednjem poglavju Metodologija in potek raziskave o ranljivosti in neenakosti v zdravju v lokalnih okoljih smo natančno predstavili metodologijo, ki smo jo uporabili pri raziskavi *Analiza ranljivosti in neenakosti v zdravju v lokalnih skupnostih*. Ta je nastajala postopoma. Pri njenem snovanju smo izhajali iz predhodnih raziskovalnih aktivnosti in izsledkov (predvsem iz raziskave projekta *Skupaj za zdravje*). Ti so pokazali, da moramo poglobljeno, kontinuirano in sistematično raziskovati ovire pri dostopu do sistema zdravstvenega varstva in v njem ter analizirati širše družbene okoliščine, ki posamezne osebe ali skupine postavljajo v ranljiv položaj in tako otežijo oziroma onemogočijo dostop do celovite in kakovostne zdravstvene ter socialne oskrbe. Tako smo raziskavo projekta *MoST* osnovali na uporabi kvalitativne metode polstrukturiranega intervjuja z neposredno udeležbo raziskovalcev v raziskovanih okoljih. Takšna oblika raziskovanja je omogočila poglobljeno proučevanje okoliščin, ki prispevajo k ranljivostim in neenakostim v zdravju in hkrati dala možnost osebam, ki se na terenu vsakodnevno soočajo z njimi (vključno s tistimi, ki se sami nahajajo v ranljivem položaju) da se njihovi pogledi in izkušnje v zvezi z dano problematiko neposredno odrazijo v analizi. V raziskavi je bilo med aprilom 2018 in avgustom 2019 izvedenih 417 polstrukturiranih intervjujev, v katerih je sodelovalo 629 sogovornikov v 25 raziskovanih okoljih.

Raziskava se umešča v precej redke raziskave v javnem zdravju, ki jih na eni strani zaznamuje kvalitativen pristop, na drugi pa velik kvantitativen obseg zbranega materiala. Glede na obsežen terenski material nekaterih pojavov ni bilo mogoče bolj poglobljeno analizirati. Šibkost raziskave je predstavljal tudi omejen časovni okvir (april 2018 – avgust 2019), zaradi česar ni bilo mogoče spremljati in analizirati procesov in sprememb na ravni posameznih okolij skozi daljše časovno obdobje. Zato raziskovalci opozarjamo, da je izvedena raziskava zgolj izhodišče za nadaljnja bolj poglobljena, kontinuirana in ožje usmerjena raziskovalna prizadevanja.

Analiza različnih vidikov ranljivosti in neenakosti v zdravju

Ob prikazu in obravnavi heterogenih skupin z ranljivostmi in njihovih ovir se v poglavju *Skupine z ranljivostmi v lokalnih okoljih* kot ključna izkaže prepletenost in kompleksnost pojava ranljivosti, tudi njegova večznačnost ter kompleksnost in prepletenost ovir, ki jih imajo posamezniki ali skupine z ranljivostmi pri dostopu do zdravstvene in drugih oblik pomoči, storitev, različnih ustanov ter najrazličnejših virov. Izkazalo se je, da so lahko že znotraj ene same skupine z ranljivostmi velike razlike, da je ena ovira lahko skupna več skupinam in ima ena skupina lahko sočasno več ovir. Gre za prečenje tako ranljivosti kot ovir, pri čemer ne enega ne drugega ni možno hierarhizirati, niti ukalupljati v enovite, hermetično zaprte kategorije. Ob številnih ovirah, ki jih imajo osebe ali skupine z ranljivostmi pa so izsledki raziskave projekta *MoST* pokazali tudi na mnogotere oblike oziroma prakse premoščanja ovir, ki so prav tako heterogene kot skupine z ranljivostmi in izvzemši že vpeljane sistemske rešitve lastne posameznim lokalnim okoljem. Poskus sistematizacije izsledkov raziskave glede skupin z ranljivostmi, njihovih ovir v dostopu do zdravstvene ali drugih oblik pomoči in praks premoščanja ovir, v celoto, je predstavljal

nemalo težav in preizpraševanj. Na eni strani zaradi obilice informacij in obsežnega tereškega materiala, po drugi strani pa zaradi vseh kompleksnosti, večplastnosti, interkategoričnosti in interseksijskosti same ranljivosti. Zavedamo se, da ni bilo mogoče popisati vsega do podrobnosti in da smo morda tudi kaj spregledali, a vendar upamo, da smo vsaj delno zapolnili vrzel o razumevanju neenakosti in ranljivosti v zdravju v Sloveniji.

V poglavju *Izključujoča univerzalnost: nezavarovani v slovenskem zdravstvenem sistemu in vpliv ekonomske krize na zdravstveno zavarovanje* smo se ukvarjali s pojavom nezavarovanosti ter ugotavljali, kateri prepleti ranljivosti povzročajo, da imajo določene skupine prebivalstva težave pri urejanju obveznega in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Zato nas je najprej zanimala ureditev zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji, ki pogojuje dostop do zdravstvenih pravic, in njegova zvezanost z ekonomskimi zmožnostmi posameznikov. Obenem smo ugotavljali učinke ekonomske krize iz leta 2008 na zdravstveni sistem in pojasnili, zakaj je ta tako občutljiv na dogajanje na trgu dela. Nato smo iz tereškega materiala izluščili, katere osebe so sogovorniki izpostavili kot ranljive na področju zdravstvene nezavarovanosti ter izsledke postavili v okvir širših družbenih procesov. Ovire smo zaznali pri določenih državljskih statusih nedržavljanov, ki nimajo pravice do obveznega zdravstvenega zavarovanja; pri prekarnih delavcih (vključno z ruralnimi oblikami prekarnosti), ki se soočajo z ovirami, kot so nezadostna sredstva za vplačevanje prispevkov in plačevanje bolniškega staleža ter problem nakopičenih dolgov in zadržanih pravic do zdravstvenih storitev; pri osebah, ki imajo težave zaradi prepletenosti izpolnjevanja pogojev za upravičenost do denarne socialne pomoči z dostopom do obveznega zdravstvenega zavarovanja in osebah, ki nimajo pravice do pomoči iz javnih sredstev, ker ravno presegajo cenzus; pri nezavarovanih otrocih; in pri osebah, ki zaradi različnih razlogov nimajo urejenega dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. V zaključku prispevka pa smo opozorili na učinke, ki jih je povzročila razglasitev epidemije Covid-19, in predvsem na možne posledice pričakovane recesije, ki jo je sprožil gospodarski zastoj v letu 2020, ter na nevarnosti, ki jih ta lahko prinaša za prihodnjo pokritost z zdravstvenim zavarovanjem in s tem za dostop prebivalcev Slovenije do zdravstva.

V poglavju *Oskrba starejših prebivalcev in vprašanje integracije v zdravstvu, socialni in skupnosti* na podlagi ugotovitev iz raziskave trdimo, da je oskrba v praksi pogosto razdrobljena in nepovezana, kar se še posebej izkazuje na področju oskrbe starejših, kronično bolnih oseb z večdimenzionalnimi potrebami, ki prečijo različna polja – od zdravstva, sociale in dela do vsakdanjega življenja osebe v skupnosti. Na nacionalni in mednarodni ravni sicer obstajajo prizadevanja k večji integraciji oskrbe, ki slonijo na številnih analizah, strategijah in definicijah. Kljub vsemu se zdi, da v ozadju obstaja nekakšno predvidevanje, da je uspeh takšnih in drugačnih intervencij odvisen predvsem od oblikovanja ustreznih pravil, postopkov in struktur, na podlagi katerih se bodo ljudje medsebojno povezovali in harmonično sodelovali. Ob tem pa večinoma obstaja prezrt premislek o naravi in kontekstih človeških interakcij, o njihovih perspektivah, percepcijah in vrednotah, o kulturi v najširšem pomenu besede, ki nenazadnje temeljno zaznamuje načine naših opredeljevanj problemov in odzivanja nanje, vključno s tistim, kar razumemo s pojmi starosti, oskrbe ter ranljivosti in neenakosti v zdravju.

V poglavju *Jezikovne in kulturne ovire v zdravstvenih ustanovah* smo na podlagi terenskega materiala iz osmih lokalnih okolij ugotavljali, da te ovire običajno zmanjšajo kakovost zdravstvene obravnave in zdravstvenim delavcem pogosto zelo otežijo njen potek. Obenem pa jezikovne in kulturne ovire številnim priseljencem zelo omejijo dostop do zdravstvenih programov, zaradi česar so manj odzivni in se redkeje odločijo za zdravstvene preglede. Analiza intervjujev tudi razkriva, da so zaposleni v zdravstvenih ustanovah prepuščeni lastni iznajdljivosti pri poskusih premoščanja teh ovir, pri čemer ti poskusi običajno ne zagotavljajo kakovostnega jezikovnega in medkulturnega posredovanja ter so pogosto etično sporni. V intervjujih pa je zaznati vse bolj jasno zavest zdravstvenih delavcev, da sami ne znajo in ne morejo premoščati teh ovir, zaradi česar se vse pogosteje sprašujejo, kdo je odgovoren za to nevzdržno situacijo. Nekateri med njimi odgovornost pripisujejo izključno priseljencem, drugi pa jo iščejo na institucionalni ravni ter predlagajo sistemsko vpeljavo medkulturnih mediatorjev in tolmačev. V sklopu delu poglavja opozorimo, da je sistemska vpeljava medkulturnih mediatorjev in tolmačev pomemben korak k premoščanju jezikovnih in kulturnih ovir, vendar sam po sebi ne more bistveno zmanjšati neenakosti teh prebivalcev v dostopu do zdravstvenih ustanov, če ga ne spremljajo drugi koraki, ki vključujejo dostop do zdravstvenega zavarovanja za vse skupine priseljencev, usposabljanje zdravstvenih delavcev na področju kulturnih kompetenc ter dejansko, in ne le deklarativno, institucionalno zavezanost zdravstvenih ustanov antidiskriminaciji in antirasizmu.

V poglavju *Kompleksne potrebe in ovire ter vprašanja, izhajajoča iz institucionalnosti oskrbe* analiziramo organizacijske vidike zdravstvenih in socialnih služb, ki kažejo na dvotirnost oskrbe, ki se izraža med institucionalnimi storitvami in skupnostnimi službami. Prve zagotavljajo oskrbo tako, da človeka izvzamejo iz njegovega življenjskega sveta, druge pa storitve izvajajo v posameznikovem življenjskem svetu. Pri tem je opazen trend, da ljudi s kompleksnejšimi potrebami obravnavajo institucionalno. Ta dvotirnost poraja etična vprašanja doslednega udejanjanja človekovih pravic in tehnična vprašanja, kako oskrbo organizirati v skupnosti tudi za ljudi s kompleksnimi potrebami. Na področju kratkotrajnih namestitev (na primer v bolnišnice) smo opazili, da je ključno vprašanje (ne)zveznosti med institucionalnimi odgovori in skupnostnimi službami – ker se oskrba gosti znotraj zidov ustanov in redči v skupnosti, je prehod iz ustanove v skupnost za posameznika velikokrat težaven, pri tem pa lahko ostane brez potrebne pomoči. Nadalje smo kot eno ključnih težav izpostavili to, da strokovnjaki o potrebah uporabnikov govorijo v jeziku že obstoječih odgovorov – ker so ti pretežno institucionalni, taka praksa ohranja prevladujočo institucionalno oskrbo.

Prva poglavja v monografiji tako najprej opišejo teoretični okvir, v katerega smo umestili načrtovanje, izvedbo in analizo raziskave *MoST*. V drugem delu monografije pa smo na določenih primerih nakazali na možnosti, ki nam jih tovrsten pristop k ranljivosti in neenakosti v slovenskem prostoru omogoča. Ob tem je potrebno poudariti, da štiri poglavja v drugem delu nikakor niso izčrpala pridobljenega terenskega materiala, zato bomo z analizo podatkov v prihodnje vsekakor nadaljevali.

Predlogi za prihodnje raziskave neenakosti in ranljivosti v zdravju

V zadnjem delu tega besedila (in s tem monografije) bomo strnili nekaj splošnih predlogov za prihodnje raziskave na področju ranljivosti in neenakosti v zdravju. Raziskava in analiza terenskega materiala sta namreč potrdili nujno potrebo po nadaljevanju dela na tem področju, saj je mogoče sklepati, da se bosta neenakost in ranljivost v prihodnjih letih le še stopnjevali in poglobljali. Še posebej je to pomembno v luči napovedujoče se nove globalne recesije, ki jo povzroča zastoj gospodarstva zaradi ukrepov, povezanih z epidemijo Covid-19, ter drugi učinki na družbeno življenje, ki so s tem nepredvidljivim dogajanjem neposredno ali posredno povezani.

Prihodnje raziskave ranljivosti in neenakosti v zdravju naj tako v čim večji meri privzamejo naslednja izhodišča:

Interdisciplinarnost: Raziskave naj načrtujejo in izvajajo interdisciplinarne skupine, saj so neenakosti v zdravju tako kompleksne, da jih je potrebno raziskovati tako z vidika zdravstvenih kot družboslovno-humanističnih ved. Le s tem namreč lahko dosežemo, da je javno zdravje – ne le deklarativno, temveč tudi dejansko - področje interdisciplinarnega sodelovanja.

Kvalitativne metode: V interdisciplinarnih raziskovalnih skupinah naj sodelujejo strokovnjaki, ki dobro poznajo kvalitativne terenske metode, saj terensko raziskovanje najbolj jasno razkrije širše družbene okoliščine, pa tudi ovire, ki se dogajajo na ravni vsakdanjega življenja. S terenskimi raziskavami lahko dostopamo do marginaliziranih skupin, ki jih kvantitativne anketne raziskave običajno ne zajamejo. Poleg tega lahko s kvalitativnimi metodami poglobljeno raziščemo prakse delovanja ustanov in udejanjanja različnih pravil, smernic, protokolov, zakonskih določil, pa tudi priložnosti medsebojnega institucionalnega sodelovanja. Tako nam pomagajo razkriti širše družbene procese in mehanizme, ki povzročajo ranljivost in neenakost ter ponujajo odgovore na to, kako ju zmanjševati.

Uporaba medicinskoantropoloških konceptov in pristopov: Prihodnje raziskave na tem področju naj izhajajo iz samokritične raziskovalne pozicije kot tudi iz čim bolj holističnega pristopa do družbenih procesov na makro in mikro ravni. Pri tem lahko veliko prispevajo medicinskoantropološki teoretski koncepti in metodološki pristopi tako na področju raziskovanja neenakosti in ranljivosti kot tudi na drugih področjih javnega zdravja.

Umeščanje raziskovanja v širši družbeni kontekst: Zdravje, bolezen in zdravljenje pogojujejo družbeno-kulturne dimenzije, zato je potrebno neenakosti in ranljivosti v zdravju raziskovati znotraj družbenega konteksta, v katerem se pojavljajo. Glede na to, da ovire v dostopu do zdravja prečijo različna področja (kot so zdravstvo, izobraževanje, zaposlovanje, socialno varstvo in drugo), naj tudi raziskovanje vključuje ključna področja življenja lokalne skupnosti, saj je le tako možno zmanjševati kompleksne ranljivosti in neenakosti, s katerimi se v vsakdanjem življenju srečujejo različne osebe.

Poudarek na lokalnih načinih premoščanja ovir: Poleg ovir naj se raziskuje tudi načine njihovega premoščanja, pri čemer je pomembno dati posebno pozornost rešitvam v lokalnih okoljih. Ta namreč pogosto že razvijajo številne prakse za preseganje zaznanih ovir, a te običajno niso sistemsko umeščene ter ostajajo na ravni kratkotrajnih projektov ali prostovoljstva. V primerih, ko prepoznamo njihovo ustreznost, lahko hitreje postanejo del normativne ureditve, s čimer se jih prevaja na sistemsko raven in tako zagotavlja njihovo nadaljevanje in širšo implementacijo.

Kontinuirano izvajanje raziskav: Pogosto so raziskave na področju ranljivosti in neenakosti enkratne in osredinjene na specifične teme, zaradi česar ne moremo spremljati dolgotrajnejših sprememb na določenih področjih. Kvalitativne terenske raziskave je zato potrebno izvajati kontinuirano, saj lahko le tako ugotavljamo nove pojave in trende, ki ustvarjajo različne oblike neenakosti in ranljivosti.

Štiri ključne faze raziskovalnega procesa: Kontinuirano raziskovanje na področju ranljivosti in neenakosti, ki vodi k iskanju rešitev in oblikovanju ukrepov za njuno zmanjševanje, lahko izvedemo preko štirih faz. Prvi fazi, ki jo predstavlja kvalitativno raziskovanje na terenu in analiza zbranega gradiva, sledi druga faza, v kateri naj se ključni izsledki predstavijo različnim akterjem v lokalnem okolju, v katerem je raziskava potekala. To je prvi korak k temu, da se faza raziskovanja in faza spreminjanja obstoječih oziroma načrtovanja novih ukrepov bolj povežeta. Tretja faza naj zajema načrtovanje ukrepov in naj poteka skupaj z akterji v lokalnem okolju, v četrti fazi pa sledi novo raziskovanje, ki naj spodbudi tako evalvacijo vpeljanih sprememb kot zaznavanje morebitnih novih mehanizmov, ki povzročajo do tedaj nenaslovljene preplete ranljivosti in neenakosti v zdravju.

Povzetek

Monografija *Neenakosti in ranljivosti v zdravju v Sloveniji - kvalitativna raziskava v 25 okoljih* analizira in kontekstualizira izsledke terenske raziskave *Analiza ranljivosti in neenakosti v zdravju v lokalnih skupnostih*. Ta je potekala v letih 2018 in 2019 v okviru projekta Nacionalnega inštituta za javno zdravje *Model skupnostnega pristopa za krepitev zdravja in zmanjševanje neenakosti v zdravju v lokalnih skupnostih – MoST*, načrtovala pa jo je interdisciplinarna skupina, ki je uporabila tako javnozdravstvene kot medicinskoantropološke pristope. S terenskim raziskovanjem v posameznih lokalnih skupnostih se je ugotavljalo, katere osebe se soočajo z ranljivostmi v zdravju, kakšne ovire doživljajo v dostopu do zdravja ter kakšne so prakse premoščanja teh ovir. Tako so raziskovalci dobili vpogled v več dimenzij vsakdanjega življenja, ki so jih nato umestili v širši družbeni kontekst posameznih skupnosti. S tem so zaznali ne le raznolikost neenakosti in heterogenosti skupin z ranljivostmi, temveč tudi specifičnosti posameznih okolij in različnih družbenih procesov, ki pogojujejo povečevanje ali zmanjševanje neenakosti in ranljivosti v določenem okolju.

Ta monografija predstavlja prvo obširno analizo terenskega materiala raziskave projekta *MoST*. Raziskava je obsegala 417 intervjujev s 629 sogovorniki, pri čemer poglavja v monografiji ne analizirajo vsega zbranega materiala, temveč ponujajo vpogled v določene skupine z ranljivostmi ter njihove ovire in prakse premoščanja ovir v lokalnih okoljih. Poglavja v monografiji najprej orišejo teoretični okvir, v katerega je bilo umeščeno načrtovanje, izvedba in analiza raziskave *MoST* (poglavje *Neenakost in ranljivost v zdravju: izhodišča za raziskavo*), natančno predstavijo metodologijo raziskave (poglavje *Metodologija in potek raziskave o ranljivosti in neenakosti v zdravju v lokalnih okoljih*) ter podajo ključne izsledke o dvajsetih skupinah z ranljivostmi, njihovih ovirah v zdravju ter praksah, ki jih različna okolja razvijajo za njihovo premoščanje (poglavje *Skupine z ranljivostmi v lokalnih okoljih*). V drugem delu monografije pa štiri poglavja na posameznih primerih podajo kontekstualizirane analize ovir v dostopu do zdravja. Avtorji in avtorice tako analizirajo ovire, ki ustvarjajo nezavarovanost v Sloveniji (poglavje *Izključujoča univerzalnost: nezavarovani v slovenskem zdravstvenem sistemu in vpliv ekonomske krize na zdravstveno zavarovanje*); ovire, s katerimi se v zdravstvu (in v drugih družbenih podsistemi) srečujejo starejše osebe, ki se soočajo s kroničnimi boleznimi ter multimorbidnostjo (poglavje *Izzivi oskrbe starejših in vprašanje integracije v zdravstvu, socialni in skupnosti*), dojevanje priseljencev v lokalnih skupnostih ter njihove ovire v dostopu do zdravstvenega varstva (poglavje *Jezikovne in kulturne ovire v zdravstvenih ustanovah*) ter vpliv organizacije zdravstvenih in socialnih služb na dostopnost in sprejemljivost oskrbe (poglavje *Kompleksne potrebe in ovire ter vprašanja, izhajajoča iz institucionalnosti oskrbe*). Sklepni del monografije (poglavje *Zaključne ugotovitve in predlogi*) pa zajema ključne ugotovitve vseh poglavij ter glavne usmeritve za nadaljnje raziskovanje na tem področju. Med osrednjimi usmeritvami je izpostavljena potreba po kvalitativnih in kontinuiranih raziskavah neenakosti in ranljivosti v zdravju, ki naj jih načrtujejo in izvajajo interdisciplinarne skupine, obenem pa naj okrepi, ki izhajajo iz izsledkov teh raziskav, poskušajo povezati več sektorjev in izhajati iz že obstoječih praks v lokalnih skupnostih.

Monografija se torej loteva vprašanj neenakosti in ranljivosti na več ravneh. Tako nudi razmislek o obeh temeljnih konceptih ter njuni družbeni umeščenosti, saj neenakosti in ranljivosti ne vidi kot inherentni določenim osebam ali skupinam, temveč kot procesa, ki ju poveže z različnimi strukturnimi ovirami v zdravstvu in obstoječimi načini premagovanja teh ovir. Hkrati omogoča razpravo o metodoloških pristopih k raziskovanju neenakosti in ranljivosti v zdravstvu, ki bolj kot k popisovanju oseb z ranljivostmi stremlje k iskanju možnih ukrepov za zmanjševanje obeh trendov in s tem k izboljševanju zdravstvenih izidov. Obenem pa na osnovi terenskega materiala avtorji in avtorice poglavij analizirajo preplete ranljivosti in neenakosti na polju zdravstva, s čimer prispevajo k razumevanju aktualnih družbenih procesov.

Summary

The edited volume *Inequalities and vulnerabilities in health in Slovenia – A qualitative research in 25 local environments* analyses and contextualizes the results of the research *Analysis of the vulnerability and inequalities in health in local communities*. The research was designed by an interdisciplinary team using public health as well as medical anthropological approaches, and was carried out in 2018 and 2019 in the framework of the National Institute of Public Health's project *A Model of community approach to promoting health and reducing health inequalities in local communities - MoST*. A goal of the fieldwork research was to establish, in particular local communities, who the persons coping with vulnerabilities in health are; what kind of barriers they are confronted with in their access to healthcare; and what are the practices implemented to overcome these barriers. On this basis, the researches gained an insight in different dimensions of everyday life, which they were able to analyse in the wider social context of communities that cooperated in the project. Through such an approach they were able to grasp the diversity of inequalities and a heterogeneity of groups with vulnerabilities and also the specificities of local environments and various social processes that condition the levels of inequalities and vulnerability in a particular environment.

This volume presents the first extensive analysis of field material gathered in the *MoST* project research. The research included 417 interviews with 629 interlocutors. But the chapters in the volume do not only analyse all the gathered material, instead they also offer an insight into certain groups with vulnerabilities, their barriers in accessing health and the practices of overcoming those barriers in local environments. The first chapters in the volume outline a theoretical overview that influenced the design, execution, and analysis of the research *MoST* (the chapter *Inequalities and vulnerability in health: starting points for the research*); thoroughly present the research methodology (the chapter *A methodology and a process of the research on vulnerability and inequalities in health in local environments*); and introduce key results on 20 groups with vulnerabilities, their barriers in health, and practices that various environments develop to overcome them (the chapter *Groups with vulnerabilities in local environments*). In the second part of the volume four chapters deliver contextualized analyses of the barriers in access to health via different examples. The authors thus analyse barriers that cause exclusion from the healthcare insurance (the chapter *Exclusionary universality: uninsured persons in the Slovene healthcare system*); barriers in healthcare (and other social subsystems) that are faced by the elderly coping with chronic diseases and multimorbidity (the chapter *Challenges of care for elderly and a question of integration in healthcare, social care and community*); attitudes towards immigrants in local environments and their barriers in the access to healthcare (the chapter *Language and cultural barriers in health institutions*); and an influence of the organization of healthcare and social work services on accessibility and acceptability of care (the chapter *Complex needs and barriers: questions raised by the institutionalization of care*). The last chapter in the volume (*Closing findings and suggestions*) summarizes key findings of all previous chapters and emphasizes the main guidelines

for future research on this field. Among them is an urgent need for qualitative and continuous researching of inequalities and vulnerability in health, which should be designed and carried out by interdisciplinary teams. In addition, measures based on the results of this research should connect various social sectors and develop from existing practices in local communities.

This volume therefore addresses questions of inequalities and vulnerability on many levels. It is a deliberation on both basic concepts and their social contextualization, since the authors don't see inequalities and vulnerability as inherent to certain persons or groups. On the contrary, they understand them as processes connected with various structural barriers in healthcare and existing practices to surmount them. At the same time, the volume enables a discussion on methodological approaches to research of inequalities and vulnerability in healthcare that strives towards seeking potential measures to decrease both trends and thus improving health results, instead of only registering persons with vulnerabilities. Lastly, on the basis of qualitative material the authors of the chapters analyse the interlacements of vulnerability and inequalities in the field of health, thus contributing to prompt understanding of social processes.

Stvarno kazalo

A

ad-hoc tolmači 127, 128, 134
analiza podatkov 37, 134, 163, 164
asimilacijska logika 123, 132, 134

B

brezdomne osebe 33, 43, 52, 55, 142, 144, 149, 152
brezdomstvo 55
brezposelni 34, 43, 44, 50-52, 59, 76, 81, 86, 92, 93, 100

C

Covid-19 9, 71, 77, 95, 96, 161, 163

D

dejavniki tveganja 11, 14
denarna socialna pomoč 52, 65, 83, 85-87, 92, 110, 161
determinante zdravja 17, 115
dezinstitucionalizacija 143, 144, 147, 148
diskriminacija 16, 18, 47, 53, 65, 141
dolgotrajna oskrba 115, 143, 152, 153
dopolnilno zdravstveno zavarovanje 53, 74-76, 80, 90-96, 109
dostopnost 10, 11, 19, 29, 60, 61, 74, 95, 96, 122, 165
družbeno 12-14, 17, 18, 20, 34, 42, 60, 64, 85, 100, 120-122, 130, 133, 158, 163, 171
državlanski status 73, 80-82, 161
duševno zdravje 83, 86, 93, 142, 147, 148, 154
dvotirnost 144, 146, 147, 154, 162, 172

E

ekonomska kriza 74, 75, 84, 95, 96
esencializirati 15, 42

F

faze raziskave 27-30
faze raziskovalnega procesa 164

G

geografska oddaljenost 103, 113
geografsko oddaljena območja 11, 38, 43-45, 58-61, 103-105

H

heterogene 8, 9, 42, 60, 68, 124, 160

I

institucije 29, 30, 88, 89
institucionalnost 10, 141-144, 148, 152, 153, 162, 165
integracija 65
integrirana oskrba 100, 114-116
interdisciplinarna delovna skupina 8, 27, 38, 163, 165
interkategoričnost 42, 69
intersekcijskost 42, 58, 68, 161
intervju (polstrukturirani) 24, 25, 27, 29, 30, 32, 34, 37, 96, 123, 145
istospolno usmerjene osebe 43, 59

J

javno zdravje 14, 163
jezik 46, 127, 129
jezikovne ovire 134, 162

K

kompleksnost ranljivosti 16, 41, 55, 62, 68, 160
kontekstualna analiza 13, 158
kronične (nenalezljive) bolezni 101, 106, 107, 116
ksenofobija 120, 134
kultura 115, 130, 133
kulturne ovire 10, 124, 130, 131, 134, 142, 162, 165
kvalitativna metoda 24, 41, 77, 101, 160, 163
kvalitativna raziskava 77-79, 121, 128, 164, 171, 172
kvalitativno raziskovanje 29, 164

M

medicinskoantropološki pristop 14, 17, 163
medkulturni mediator 67, 129, 130, 134, 162
migracije 29, 120
migranti 78
makro raven 15, 19, 20, 65, 68, 163
mikro raven 15, 19, 20, 68, 163
mladostniki 43, 46, 49, 50, 153, 142

N

neenakost 11, 12, 15, 17-19, 163, 171, 172
neenakosti v zdravju 11, 15, 18
(ne)formalno sodelovanje 66
nezavarovanost 52, 64, 71, 72, 74, 77-79, 83, 90, 96, 97, 161, 165

O

obvezno zdravstveno zavarovanje 46, 72-78, 80-82, 84-86, 89, 90, 93-96, 104, 106
osebe s težavami v duševnem zdravju 43, 48, 53, 65, 93, 142
osebe z dolgotrajno boleznijo 43, 58
osebe zasvojene z alkoholom 43, 55
osebe z oviranostmi 43, 47
otroci 43, 46, 49, 50, 53, 89-92, 122, 127, 128, 133, 134
ovire v dostopu do zdravja 9, 19, 32, 41, 62, 63, 65, 67, 77, 102, 159, 163, 165

P

prakse premoščanja ovir 28, 37, 66-68, 160, 163-165
programi, ki naslavljajo ranljivosti 66
projekti, ki naslavljajo ranljivosti 66
pobolnišnična oskrba 144, 149, 152, 153
potrebe 16, 28, 32, 37, 64, 66, 96, 101, 108-110, 113, 114, 141, 143, 150-154
prečenje ranljivosti 58, 160
prekarni delavci 51, 75, 76, 82-84, 94
prekarnost 94, 95, 122, 161
priseljenci 43, 45, 61, 80, 120-124, 126, 130, 131, 134

R

ranljivost 11, 12, 15, 16, 19, 34
rasističen 120, 133, 134
Romi 43, 53
ruralno okolje 9, 60-62

S

sistemske vpeljane prakse 66
skupine z ranljivostmi 9, 28, 37, 41-60
skupnost 20, 24, 30, 38, 45, 53, 60, 63, 67, 72, 100, 101, 109, 113, 115, 116, 120, 122, 123, 125, 126, 133, 143-149, 152, 161, 162, 163, 165
socialna izključenost 16, 61
socialno-ekonomsko deprivilegirani 43, 48
socialna naravnost 66
sogovorniki 27, 30-32, 37-39, 41, 43
spolne delavke 43, 60
starejši, starejši prebivalci 43, 44-46, 61, 81, 100-103, 105-114
strukturne ovire 29, 123

T

terenski material 37, 61, 126, 127, 141, 142, 160
tolmači 127, 128, 134
tujejezični prebivalci 43, 45, 46, 63, 64, 122

U

uporabniki nedovoljenih drog 43, 54
urbano okolje 60-62

V

varstveni dodatek 86, 90-92, 111
večplastnost ranljivosti 68, 69, 161
vrtljiva vrata 149

Z

zaporniki, bivši zaporniki 43, 57
Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije 72,
74, 77, 78, 84, 85, 102-105
zdravstveno nezavarovani 52, 64, 71, 72, 74,
77-79, 83, 90, 96, 97, 161, 165
zmanjševanje neenakosti v zdravju 8, 18, 20,
24, 38, 63, 67, 171
zveznost 144, 154, 162

Ž

ženske z ranljivostmi 43, 52, 53, 56, 57, 81, 93,
110, 122, 127, 133
žrtve nasilja v družini 43, 56, 89, 93
žrtve ekonomskega nasilja 43, 59

Recenzija: Monografija o širokem spektru ranljivosti v zdravju

Področje neenakosti in ranljivosti v zdravju se dotika več disciplin, ki jih tako ali drugače zanima polje blaginje in kakovosti življenja ter sistemskih determinant obojega. Delo, ki je pred nami, je pravzaprav plod dolgotrajnega raziskovalnega in razvojnega dela skupine avtoric in avtorjev, pretežno s področja antropologije. Gre za pomemben doprinos k področju, ki ga v konkretnem primeru ravno družboslovni vidiki posebej bogatijo in dopolnjujejo vrzel humanistično obarvanega raziskovanja na področju zdravja.

Delo prinaša izsledke projekta *MoST*, ki je nadgradnja projekta *Za boljše zdravje in zmanjševanje neenakosti v zdravju - Skupaj za zdravje*, iz leta 2014. Slednja je postavila metodološke temelje tudi raziskavi, katere rezultati so predstavljeni v tem delu. V obeh raziskavah je bil cilj terenskega raziskovanja posameznih lokalnih skupnosti opredeliti tiste posameznike in skupine, ki se soočajo z ranljivostmi v zdravju. Delo prinaša mnogotere odgovore na to, kakšne ovire doživljajo v dostopu do zdravja, prinaša pa tudi del, usmerjen k rešitvam, torej kakšne so prakse premoščanja teh ovir.

Delo odgovarja na pomanjkanje znanstvenih raziskav o ranljivosti in neenakosti v zdravju, pri čemer je potrebno neenakost razumeti kot enega izmed najbolj perečih problemov sodobnih družb tako globalno kot tudi lokalno. Delo se problematike loteva na lokalni ravni in to je ena izmed njegovih prednosti in tudi posebnosti, preseže namreč centralizacijo raziskovanja in delovanja s tem, da terensko poseže v več lokacij po državi, kar 25 različnih.

Delo zajame tudi razmeroma širok spekter ranljivosti. Dotika se različnih problemskih področij in opredeljuje različne ranljive skupine, od skupin oziroma posameznikov, pri katerih ranljivost predstavlja starost, do teh, ki se pri soočanju s sistemom soočajo z jezikovnimi in kulturnimi ovirami, avtorice in avtorji pa spregovorijo tudi o kompleksnih potrebah in vprašanjih, ki izhajajo iz institucionalne oskrbe, ki osebam s kompleksnimi potrebami pogosto predstavljajo nadomestek doma, obenem pa je težko ločiti, ali k njihovem blagostanju prispevajo ali ranljivost še poglobljajo. Posamezna poglavja razgaljajo raznolike pomanjkljivosti zdravstvenega sistema, kot so nezveznost, dvotirnost in številne druge, tako objektivne kot subjektivne razloge za njegovo nedostopnost.

Avtorice in avtorji v delu že sami predlagajo celo vrsto vodil za prihodnje raziskovanje in v tem jih lahko le podpremo. Kot temeljne usmeritve za prihodnost izpostavljajo med drugim lokalno usmerjenost, uporabo kreativnih pristopov, pomembnost kontinuiranih kvalitativnih raziskav na tem področju, ki naj jih načrtuje in izvaja meddisciplinarna skupina. Pomen pripišejo tudi ukrepom, ki morajo iz tovrstnih aplikativnih raziskav slediti. Ti naj bi med seboj povezali čim več sektorjev, izhajali pa bi lahko iz že obstoječih praks, ki delujejo v posameznih lokalnih skupnostih. V tem smislu tako raziskovalni kot tudi izvedbeni del čaka še dosti dela, do točke, ko

bo tovrstno terensko raziskovanje in proaktivno meddisciplinarno tudi strokovno delovanje znotraj lokalnih skupnosti postalo stalnica. Dodamo lahko, da je v prihodnje pomembno posebno pozornost še naprej posvečati na novo porajajočim se ranljivim skupinam, tudi tistim, ki so skrite očem javnosti, tudi tistim, ki bivajo v institucijah, daleč od oči širše javnosti, v obdobjih pandemije pa še posebej izolirani in brez ustrezne psihosocialne podpore. V splošnem pa je ključno, v duhu knjige, ki je pred nami, še naprej težiti k boljšim sistemskim ureditvam posameznih področij znotraj zdravstvene oskrbe, na primer še vedno za nekatere ranljive skupine nedostopnega zdravstvenega zavarovanja.

Špela Razpotnik

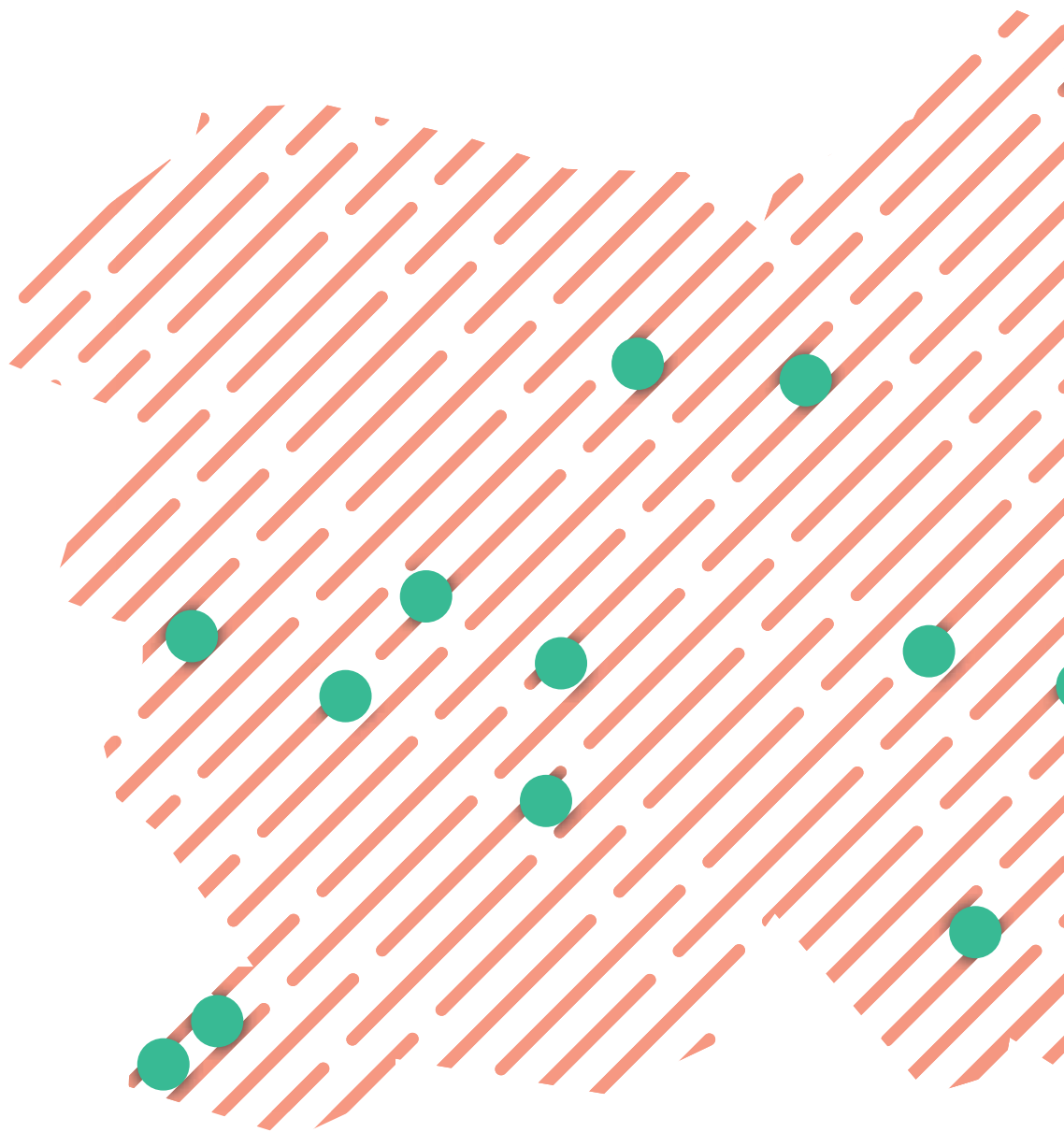
Recenzija: Kompleksni izzivi raziskovanja neenakosti in ranljivosti v zdravju

Neenakosti v zdravju so že desetletja prepoznane kot pomemben dejavnik družbenih razlik in zmanjšanih možnosti posameznikov. Ranljivost posameznika ali skupine po drugi strani opozarja na problem izključenosti, ki lahko vodi v slabo zdravje in druge oblike prikrajšanosti. *Neenakosti in ranljivosti v zdravju v Sloveniji: kvalitativna raziskava v 25 okoljih* izhaja iz Resolucije o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016-2025, ki raziskovanju neenakosti in ranljivosti ter načrtovanju in implementaciji javnozdravstvenih ukrepov pripisuje ključen pomen, izhaja pa tudi iz dveh projektov Operativnega programa za izvajanje evropske kohezijske politike v obdobju 2014-2020 *Model skupnostnega pristopa za krepitev zdravja in zmanjševanje neenakosti v zdravju v lokalnih skupnostih (MoST)* in *Nadgradnja in razvoj preventivnih programov ter njihovo izvajanje v primarnem zdravstvenem varstvu in lokalnih skupnostih (Krepitev zdravja za vse)*, ki sta bila namenjena prav zmanjševanju neenakosti in spodbujanju socialne vključenosti. Raziskava predstavlja v slovenskem javnem zdravju pomembno novost, saj se na eni strani v celoti naslanja na kvalitativen pristop, na drugi pa jo zaznamuje velik kvantitativen obseg zbranega materiala – raziskava je namreč potekala v 25 okoljih in je obsegala 417 intervjujev s 629 sogovorniki.

Obsežnost monografije priča o kompleksnosti izziva, pred katerim so se znašli avtorji. Enakovredno, jasno in temeljito so naslovili tako ključne koncepte, teoretična izhodišča ter pristope, kot celovit metodološki okvir raziskave. V prikazu rezultatov izstopajo ugotovitve o veliki heterogenosti ranljivosti v Sloveniji glede na okolje, v katerem posamezniki živijo. Pomembna prednost monografije je, da se pri analizi ovir ne omejuje na področje zdravstva, temveč neenakosti in ranljivosti posameznega lokalnega okolja umešča v širše družbeno-ekonomske procese, zato zmore ovire, ki se pojavljajo na področju zdravstva povezati z ovirami na drugih področjih. Avtorji so monografijo obogatili s širšo analizo ovir v dostopu do zdravja in zdravstvenega varstva.

Poglobljeno razumevanje številnih ovir, ki jih predstavljajo avtorice in avtorji v monografiji, zato strokovnjakom na področju javnega zdravja prinaša koristne uvide pri odločitvah za ciljne intervencije, usmerjene k zmanjševanju negativnih posledic, ki jih imata ranljivost in neenakost na zdravje prebivalstva.

Rade Pribaković Brinovec



EVROPSKA UNIJA
EVROPSKI
SOCIALNI SKLAD
NALOŽBA V VAŠO PRIHODNOST



**SKUPAJ
ZA ZDRAVJE**



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE