

Raziskava o izvajanju medkulturne medicije v zdravstvenih domovih v letu 2019: izsledki aktivnosti projekta Krepitev zdravja za vse

RESEARCHING THE SCOPE OF INTERCULTURAL MEDIATION IN COMMUNITY HEALTH CENTRES
IN 2019: RESULTS OF THE HEALTH PROMOTION FOR ALL PROJECT

Juš ŠKRABAN

Kaj je znanega?

Medkulturna medicija je eden izmed načinov za zmanjševanje neenakosti v zdravju za tujejezične osebe. V Sloveniji je bilo do zdaj opravljenih nekaj raziskav na tem področju, ki uporabljajo le kvalitativno metodologijo in se ne posvečajo raziskovanju obsega vpeljevanja medkulturne medicije v zdravstvo.

Kaj je novega?

Članek delno zapolnjuje primanjkljaj kvantitativnih podatkov o obsegu vpeljevanja medkulturne medicije v zdravstvo v Sloveniji, saj predstavlja prvo takšno raziskavo v Sloveniji.

Navajajte kot:

Škraban J. Raziskava o izvajanju medkulturne medicije v zdravstvenih domovih v letu 2019: izsledki aktivnosti projekta Krepitev zdravja za vse. Javno zdravje 2020; 09.

Prispelo:

12.9.2020

Sprejeto:

15.10.2020

Korespondenca:

skrabanjus@gmail.com

Članek je licenciran pod pogoji Creative Commons Attribution 4.0 International licence. (CC-BY licenca). The article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC-BY license).

Izvelek

V dostopu tujejezičnih pacientov do zdravstvene oskrbe prihaja do jezikovnih in kulturnih ovir, s katerimi se soočajo tujejezični pacienti in zdravstveni delavci. Kot odgovor na te ovire se je v mednarodnem prostoru razvilo več praks, med drugim tudi medkulturna medicija. V Sloveniji se le-ta razvija predvsem v različnih projektih, najbolj obsežno pa se je v zdravstvo vpeljala v okviru projekta *Nadgradnja in razvoj preventivnih programov ter njihovo izvajanje v primarnem zdravstvenem varstvu in lokalnih skupnostih*, katerega krajši naziv je *Krepitev zdravja za vse*.

Raziskava temelji na kvantitativnih podatkih, ki so jih s pomočjo tabele v programu Excel vnašale medkulturne mediatorke v obliki poročila o svojem delu. Kvantitativne podatke smo kontekstualizirali in pojasnili z etnografskimi zapisi iz mesečnih usposabljanj na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje in iz drugih stikov z medkulturnimi mediatorkami.

V letu 2019 je medkulturno medicijo v svoje obravnave vključevalo skupaj 11 zdravstvenih domov. Vanje je bilo vključenih 12 medkulturnih mediatork. V letu 2019 so medkulturne mediatorke opravile 1033 intervencij (veliko večino v jezikovni kombinaciji slovenščina-albanščina). V številu intervencij medkulturnih mediatork je zaslediti postopno naraščanje od začetka do konca leta 2019. Medkulturne mediatorke so bile najpogosteje vključene v pediatrične in ginekološke obravnave, obravnave patronažnega varstva in družinske medicine. Poleg tega so medkulturne mediatorke zagotavljale tudi telefonsko tolmačenje in pomoč pri naročanju pacientov, s čimer so širile dostopnost zdravstvenih storitev za tujejezične paciente. Največ intervencij medkulturnih mediatork je trajalo 30 minut, prav toliko časa pa so v povprečju porabile v stiku s tujejezičnimi uporabniki pred ali po zdravstveni obravnavi.

Članek ponuja prve statistične podatke na tem področju in s tem daje izhodišče za sistemsko vpeljevanje medkulturne medicije v zdravstvo v Sloveniji.

Ključne besede: medkulturna medicija, jezikovne in kulturne ovire, zmanjševanje neenakosti v zdravstvu.

Abstract

In accessing healthcare, foreign speaking patients and their health providers are faced with language and cultural barriers which impede equity. Few different practices have been developed internationally to reduce these barriers, one of them being intercultural mediation. In Slovenia, there have been some initiatives of implementing it in healthcare, the biggest one being *The upgrade and development of preventive care programmes and their implementation in primary healthcare and local communities* project, with acronym *Health Promotion for All*.

The research is based on quantitative data which were provided by intercultural mediators themselves as an extension of their monthly reports for Community Health Centres where they worked. The research findings were

contextualised and explained by ethnographic fieldnotes, which were produced through monthly training of intercultural mediators and in other occasions.

In 2019, intercultural mediation was implemented in 11 Community Health Centres (with altogether 12 intercultural mediators). 1,033 interventions were registered, the vast majority in Slovene-Albanian language combination. Throughout the year, constant increase of the number of interventions was detected. Intercultural mediation was used the most in paediatric, gynaecological, community nursing and family medicine health interventions. Importantly, intercultural mediators carried out relatively high number of interventions, which we can code as "support" (interpreting via phone call and helping patients with making appointments) with which they were widening the access to health services for foreign-speaking patients. Most of interventions lasted 30 minutes and that was also the extension of the average time in providing support before or after health interventions.

The article provides the first statistical data on intercultural mediation in healthcare in Slovenia and therefore gives the basis for a possible future systemic implementation.

Keywords: intercultural mediation, language and cultural barriers, reducing health inequalities.

UVOD

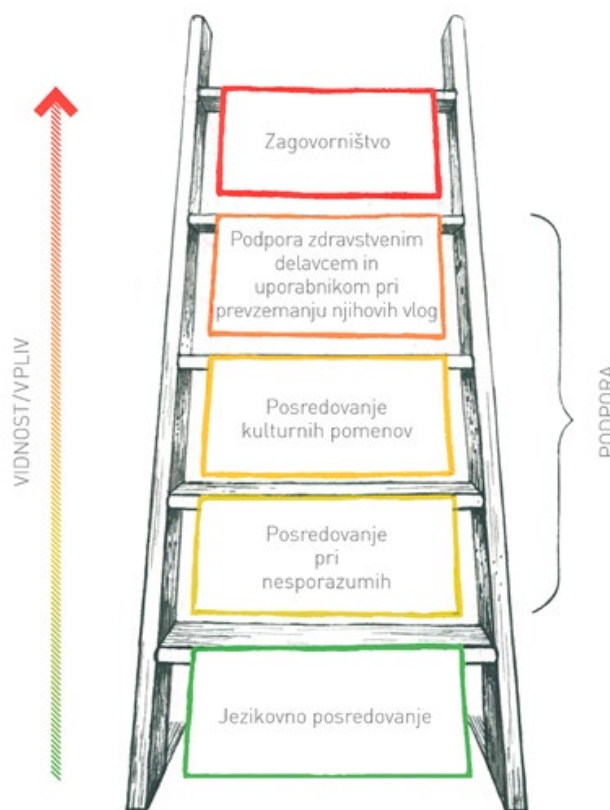
1.1 Medkulturna mediacija kot eden izmed odgovorov na jezikovne in kulturne ovire v zdravstvu

V zdravstvu prihaja do različnih ovir, ki nekaterim osebam ali družbenim skupinam zmanjšujejo dostopnost do zdravstvene oskrbe. Med drugim so to tudi jezikovne in kulturne¹ ovire, s katerimi se soočajo tujejezične osebe in njihovi zdravstveni delavci. Te ovire pogosto otežujejo sporazumevanje med uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev, med njimi zato pogosto vznikajo jezikovni in kulturni nesporazumi, hkrati pa te ovire pogosto otežujejo orientacijo tujejezičnih oseb v za njih tujem zdravstvenem sistemu.

Kot odgovor na te ovire je nastalo kar nekaj praks, kot je medkulturna mediacija (angl. *intercultural mediation*), skupnostno tolmačenje (angl. *community interpreting*) in tolmačenje v javnih ustanovah (angl. *public service interpreting*). Definicije teh praks so kdaj med seboj komplementarne in kdaj vzajemno izključujoče (1). Nekateri medkulturno mediacijo razumejo kot samoumeven del tolmačenja (2), drugi pa tolmačenje definirajo kot eno izmed nalog medkulturne mediacije (3).

V slovenskem zdravstvu smo bili zaenkrat priča predvsem vpeljevanju medkulturne mediacije, predvsem po zgledu Belgije (4, 5), Italije (6, 7) in drugih evropskih držav (8) ter Kanade (9, 10, 11).

Medkulturna mediacija v zdravstvu ima vrsto nalog, ki jih najlažje predstavimo v tako imenovanem modelu lestve (3; za slovensko različico glej 12).



Slika 1: Model lestve z nalogami medkulturne mediacije v zdravstvu.

Prva naloga medkulturne mediacije oziroma prva stopnica v modelu lestve je jezikovno posredovanje, torej ustno prevajanje iz enega jezika v drugega. Ko ustno prevajanje ni dovolj za uspešno klinično sporazumevanje, ga medkulturna mediacija zagotavlja z drugimi nalogami. Te so kompleksnejše, povezane z več tveganji in medkulturnega mediatorja bolj

¹ Z izrazom »kulturne ovire« uporabljamo koncept kulture kot sopomenko za »način življenja«. V dostopu tujejezičnih uporabnikov do zdravstva ne prihaja le do ovir, ki izhajajo iz dejstva, da slabše ali pa ne govorijo slovensčine, temveč tudi do ovir, ki jih implicira razlika v načinih življenja. Slednje se pojavljajo med tujejezičnimi uporabniki in slovensko

govorečimi zdravstvenimi delavci, saj se večkrat izkaže, da imajo različna razumevanja bolezni, zdravja in zdravljenja, da uporabljajo različne prakse zdravljenja, da poznajo različne zdravstvene sisteme in so jih navajeni uporabljati na različne načine in podobno.

izpostavijo v »triadnem« odnosu, ki ga tvori skupaj z zdravstvenim delavcem in tujejezičnim uporabnikom. Če sledimo modelu lestve, je druga naloga medkulturne medicije v zdravstvu podpora, katere cilj je zagotavljanje učinkovitejšega sporočanja in odnosa med zdravstvenim delavcem in tujejezičnim uporabnikom. To medkulturni mediatorji dosežejo z vsaj tremi dejavnostmi: s posredovanjem pri nesporazumih (ki izhajajo iz jezikovnih in kulturnih razlik); s tolmačenjem kulturnih pomenov (ki jih zdravstveni delavci in pacienti različno pripisujejo zdravju, bolezni in različnim praksam skrbi za zdravje in zdravljenju); ter z zagotavljanjem podpore, da pacienti lažje udeležajo svoje pravice ter da zdravstveni delavci navkljub jezikovnim in kulturnim oviram lažje prevzamejo svojo vlogo z namenom zagotavljanja kakovostne zdravstvene oskrbe. Tretja naloga medkulturne medicije v zdravstvu je zagovorništvo. To nalogo si medkulturni mediatorji načelno sicer delijo z vsem zdravstvenim osebjem, a jih avtorja modela lestve posebej izpostavljata kot naloge medkulturne medicije, saj imajo medkulturni mediatorji veliko stikov s pacienti, ki jih večkrat zaznamujejo različne oblike ranljivosti.

Mednarodna literatura na področju medkulturne medicije se večinoma osredotoča na kvalitativne vidike te prakse, na primer na definicijo vloge medkulturne medicije v zdravstvu, na definicijo njenih nalog in na razmejitve njene vloge od vloge tolmačev v zdravstvu (za pregled literature glej 13). Raziskovanje je predvsem etnografsko, prevladujejo metode intervjujev, opazovanja z udeležbo in ponekod tudi diskurzivno analizo oziroma analizo pogovora (angl. *conversation analysis*). Podoben trend raziskovanja se kaže tudi v Sloveniji. Do zdaj je bila napisana ena magistrska naloga (14) in ena znanstvena monografija (13) o medkulturni mediciji v zdravstvu v Sloveniji – obe sta osnovani na kvalitativni metodologiji. Kvantitativno metodologijo uporablja le ena krajša študija, to je evalvacijska raziskava pilotnega vpeljevanja medkulturne medicije v zdravstvo (15). Manjkajo kvantitativne analize, ki bi pokazale obseg in vrsto dela medkulturnih mediatork. Pričujoče besedilo prinaša prvo analizo obsega medkulturne medicije v zdravstvu v Sloveniji.

1.2 Kontekst raziskave

V Sloveniji se medkulturna medicija vpeljuje šele v zadnjih nekaj letih, pri čemer je njeno vpeljevanje osnovano na različnih projektih. V javnem zdravstvu je bil prvi dokumentiran pilotni poskus vpeljevanja medkulturne medicije v okviru projekta *Skupaj za zdravje* (2013–2016) (16). Pričujoči članek pa podrobneje obravnava drugi, do zdaj najobširnejši poskus vpeljevanja medkulturne medicije v javno

zdravstvo v Sloveniji. Gre za projekt *Nadgradnja in razvoj preventivnih programov ter njihovo izvajanje v primarnem zdravstvenem varstvu in lokalnih skupnostih – Krepitev zdravja za vse* (2018–2019), ki se je izvajal v 25 zdravstvenih domovih po Sloveniji.² Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) je v tem projektu zagotavljal strokovno podporo v okviru projekta *MoST*, med drugim tudi na področju medkulturne medicije, kjer je bil s sodelavci v okviru Delovne skupine za zmanjševanje neenakosti v zdravju intenzivneje vključen tudi avtor tega besedila.

V letu 2018 so zdravstveni domovi v okviru projekta *Krepitev zdravja za vse* začeli z vpeljevanjem medkulturne medicije, kar se je nadaljevalo in okrepilo v letu 2019. V letu 2018 še nismo beležili opravljenih ur s pomočjo evidence na centralni enoti NIJZ, saj smo šele vzpostavljali sistem in po zdravstvenih domovih poizvedovali o stanju zaposlitev medkulturnih mediatorjev. Od decembra 2018 smo izvajali redna mesečna usposabljanja za medkulturne mediatorke (ker so bile v tej vlogi le ženske, v nadaljevanju uporabljamo le žensko obliko)³, ki so imela izobraževalno in podporno funkcijo.⁴ Poleg mesečnih usposabljanj smo stremeli k profesionalizaciji profila medkulturnih mediatork v zdravstvu tudi z drugimi aktivnostmi. Prevedli smo belgijske standarde za medkulturno medicijo v zdravstvu in jih s pomočjo medkulturnih mediatork v projektu prilagodili trenutnim potrebam v zdravstvu v Sloveniji (12). Naslednji korak v tej smeri je bilo tudi sodelovanje pri oblikovanju kasneje potrjene nacionalne poklicne kvalifikacije za medkulturno medicijo na Centru za poklicno izobraževanje.

Najobširnejše vpeljevanje medkulturne medicije v zdravstvo v Sloveniji je terjalo razvoj metodologije, s katero bi lahko merili obseg izvajanja medkulturne medicije. To smo naredili v začetku leta 2019, ko smo vzpostavili sistem beleženja opravljenih aktivnosti medkulturnih mediatork v zdravstvenih domovih v okviru projekta *Krepitev zdravja za vse*. Do tedaj smo ta obseg beležili v okviru mesečnih poročil Centrov za krepitev zdravja (CKZ) za specifično usmerjene preventivne obravnave. Na rednih mesečnih usposabljanjih so nam medkulturne mediatorke preko zgodb iz prakse poročale o obsegu opravljenega dela, ki pa se ni skladal z zgoraj omenjenimi mesečnimi poročili CKZ. Tako smo se v prvi tretjini leta 2019 odločili za pripravo tabele za poročanje ur medkulturne medicije, katero so izpolnjevale medkulturne mediatorke na podlagi dejansko opravljenih ur in tvori osnovo za pričujoči članek.

² Več o projektu na: <https://www.krepitev-zdravja.si/>.

³ O tem, zakaj to vlogo zavzemajo predvsem ali le ženske, lahko le predpostavljamo. Iz njihovih zgodb razumemo, da je večina tujejezičnih oseb, s katerimi so v stiku v procesih medkulturne medicije, žensk ali otrok. Dejstvo, da so tudi same ženske, jim nedvomno olajša določene vidike njihovega dela, vendar to težko razumemo kot dovolj izčrpen razlog za

razlago dejstva, da je medkulturna medicija zaenkrat profil pretežno ali zgolj ženskega spola.

⁴ Pri večini strokovnega dela na področju medkulturne medicije smo sodelovali z Uršulo Lipovec Čebren in Saro Pistotnik s Filozofske fakultete v Ljubljani (Oddelek za etnologijo in kulturno antropologijo).

2 Metode

Uporabili smo mešano metodologijo (17). Raziskava temelji na kvantitativnih podatkih, ki so jih s pomočjo tabele v programu Excel vnašale medkulturne mediatorke kot poročilo o svojem delu. Podatke smo zbrali, uredili bazo podatkov, kodirali odprte odgovore in rezultate statistično obdelali s programom Excel. Čeprav nekoliko prilagojeno metodologijo uporabljamo tudi za leto 2020, so v pričujoči članek vključeni le podatki za leto 2019. Da bi te kvantitativne podatke kontekstualizirali in pojasnili, smo v analizi uporabili etnografske goste zapise (18), ki jih je avtor članka beležil na mesečnih srečanjih (v letu 2019) in ob drugih stikih z medkulturnimi mediatorkami (do vključno januarja 2020).

Raziskavo bi lahko označili kot razvojno, saj je bil eden izmed rezultatov tudi razvoj do tedaj neobstoječe metodologije za merjenje obsega vpeljevanja medkulturne medicije v zdravstvene domove. Raziskava je imela tudi svoj participativni vidik, saj smo na eni strani metodologijo razvili ob posvetovanju s samimi izvajalkami medkulturne medicije (predvsem glede kategorij vpisov v razdelku »vrsta obravnave«), na drugi strani pa so medkulturne mediatorke same proizvedle empirične podatke z vpisovanjem v tabelo programa Excel.

Pričujoča raziskava je imela štiri raziskovalna vprašanja: 1) Kolikšen je obseg medkulturne medicije v zdravstvenih domovih v letu 2019?, 2) Kako je celotno število intervencij medkulturne medicije razporejeno glede na posamezne zdravstvene domove in glede na jezik, ki so ga poleg slovenščine pri svojih intervencijah uporabljale medkulturne mediatorke?, 3) V katerih zdravstvenih obravnavah je uporabljena medkulturna medicija? in 4) Koliko časa traja posamezna intervencija medkulturne mediatorke?

Medkulturnim mediatorkam smo torej pripravili obrazec za vnos poročanja ur medkulturne medicije. V pomoč pri izpolnjevanju smo priložili dokument z navodili za

izpolnjevanje tabele. Podatke smo zbirali v naslednjih štirih kategorijah.

Obrazec je vseboval vprašanje o datumu izvajanja medkulturne medicije. Tabela je vsebovala po en zavihek za vsak mesec, v posameznem zavihku pa so bili ponujeni datumi za odgovarjajoči mesec. Če je posamezna medkulturna mediatorka v enem dnevu opravila več aktivnosti oziroma intervencij, so vsako zabeležile posebej, da smo dobili natančnejši vpogled v število intervencij.

Na obrazcu se je beležil kraj izvajanja glede na zdravstveni dom. Za izvajanje aktivnosti medkulturne medicije pri preventivnem pregledu in drugih preventivnih obravnavah je leta 2019 sredstva prejemale skupno 28 zdravstvenih domov, od tega 25 v okviru projekta *Krepitev zdravja za vse*⁵ in trije, ki so lahko medkulturno medicijo pilotno vpeljevali že v okviru projekta *Skupaj za zdravje*⁶. V poročanje smo torej vključili vseh 28 zdravstvenih domov, ki so imeli v Sloveniji v letu 2019 zagotovljena sredstva za izvajanje medkulturne medicije. Poudariti je treba, da je slednja v vseh navedenih 28 zdravstvenih domov vključena v financiranje, a ni zavedena kot posebna storitev v zdravstvu (s svojo šifro; v tem primeru bi imeli poročanje ur urejeno na drugačen način).⁷

Tabela je vsebovala kategorijo »vrsta obravnave«, kjer so bile vnaprej ponujene predvidene vrste obravnave in možnost izbire »drugo«, ki je omogočala drugo poljubno specifikacijo vpisa. Pred začetkom raziskovanja smo oblikovali seznam 23 različnih kategorij. Ker so si med seboj tako homogene kot heterogene po različnih kriterijih, jih zaradi preglednosti v nadaljevanju predstavljamo po nekaterih snopih (in hkrati poudarjamo, da v metodološkem instrumentu niso bile združene). Zaradi večje preglednosti vnaprej ponujene vnose iz metodološkega orodja prikazujemo v spodnji tabeli, z zvezdico (*) pa so označeni vnosi, ki so jih predlagale medkulturne mediatorke.

⁵ To so: ZD Ajdovščina, ZD Brežice, ZD Črnomelj, ZD Metlika, ZD Dravograd, ZD Gornja Radgona, ZD Idrinja, 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, ZD Slovenska Bistrica, ZD Slovenske Konjice, ZD Trebnje, ZD Šentjur, ZD Velenje in ZD Žalec.

⁶ To so: ZD Celje, ZD Sevnica in ZD Vrhnika. Za te zdravstvene domove se je po zaključku pilotnega projekta celotni program aktivnosti, vključno z medkulturno medicino, nadaljeval s pilotnim projektom, ki ga je v letu 2019 financiral Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije v okviru Splošnega dogovora.

⁷ Za primer treh zdravstvenih domov iz projekta *Skupaj za zdravje* smo to poudarili v analizi (16).

Tabela 1: Ponujeni vnosi »vrste obravnave« v metodološkem orodju.

Ponujeni vnosi glede na profil zdravstvenega delavca	Ponujeni vnosi glede na organizacijsko enoto zdravstvenega doma	Ponujeni vnosi glede na organizacijsko enoto zdravstvenega doma in profil zdravstvenega delavca	Drugje nerazvrščeni ponujeni vnosi
patronažni obisk	obrnava v dispanzerju za mentalno zdravje	CKZ – delavnica	spremlstvo pri izbiri osebnega zdravnika/ pediatra/ginekologa
obrnava pri specialistu družinske medicine	obrnava v razvojni ambulanti*	CKZ – individualna obrnava pri psihologu	spremlstvo pri urejanju zdravstvenega zavarovanja
obrnava pri specialistu pediatrije	obisk dežurne ambulante/urgence*	CKZ – individualna obrnava pri dietetiku	pisni prevod gradiva
obrnava pri specialistu ginekologije	laboratorijski pregled*	CKZ – individualna obrnava pri kineziologu	sodelovanje pri javnem dogodku
obrnava pri referenčni sestri	medicina dela, prometa in športa	CKZ – individualna obrnava pri fizioterapevtu	sestaneke glede medkulturne mediacije v ZD
obrnava pri zobozdravniku*	šolski sistematski pregled	CKZ – individualna obrnava pri medicinski sestri	

Nekatere kategorije so definirane glede na profil zdravstvenega delavca, ki izvaja določeno zdravstveno obrnavo, pri kateri sodeluje tudi medkulturna mediatorka. Te kategorije prikazujemo v prvem stolpcu Tabele 1. Naslednji snop kategorij je bil sestavljen na podlagi poimenovanj organizacijskih enot znotraj posameznega zdravstvenega doma – te kategorije so prikazane v drugem stolpcu Tabele 1. Tretji snop sestavljajo ponujeni vnosi, ki zajemajo informacijo o organizacijski enoti zdravstvenega doma in o profilu zdravstvenega delavca, ki izvaja posamezno obrnavo (tretji stolpec Tabele 1). Ta snop smo oblikovali predvsem z namenom pridobiti natančnejše podatke na področju, kjer smo pričakovali največ vnosov. Zadnji snop kategorij pa smo predvideli kot možne naloge medkulturnih mediatork v zdravstvu, ki niso vezane na posredovanje v določeni zdravstveni obrnavi, pa vseeno sodijo v delovne naloge in o katerih so na mesečnih usposabljanjih poročale medkulturne mediatorke. Take kategorije ponujenih vnosov v metodološko orodje smo zapisali v skrajno desni stolpec Tabele 1.

Tabela za zbiranje podatkov je zajemala tudi podatke o trajanju intervencije. Medkulturne mediatorke so posebej vpisovale čas trajanja zdravstvene obrnave, pri kateri so opravljale medkulturno mediacijo in posebej čas, ki so ga porabile za medkulturno mediacijo pred in po zdravstveni obrnavi. Za obe kategoriji so lahko izbirale med vnaprej pripravljenimi možnostmi

(zaokroženimi na 15 minut), lahko pa so vpisale tudi vrednosti, drugačne od ponujenih.⁸

Podatkov o jezikih, ki so jih poleg slovenščine pri svojem delu uporabljale medkulturne mediatorke, tabela v programu Excel posebej ni beležila. Potrebe za to nismo imeli, saj smo dobro poznali vse medkulturne mediatorke preko rednih mesečnih usposabljanj. Vsaka medkulturna mediatorka je poleg slovenščine pri svojem delu uporabljala le en tuj jezik.

Tabelo so izpolnjevale vse medkulturne mediatorke, za katere smo bili obveščeni, da izvajajo medkulturno mediacijo v okviru projekta *Krepitev zdravja za vse*. Vzorec tvori dvanajst medkulturnih mediatork, sodelavk v raziskavi. Večina jih je bilo vključenih tudi v kvalitativno raziskavo (13). Vse so ženskega spola, deset jih pri medkulturni mediaciji uporablja poleg slovenščine tudi albanščino, ena arabščino in ena romunski jezik. V času, ko smo z njimi opravili raziskavo, so bile povprečno stare okoli sedemintrideset let (ta podatek drži za osem oseb, za katere imamo podatke). Pet jih je bilo rojenih na Kosovu, dve v Sloveniji, ena v Makedoniji in ena v Albaniji (za ostale tri nimamo podatka). Če izzamemo dve, ki sta se rodili v Sloveniji, je njihov povprečni čas bivanja v Sloveniji dobrih triindvajset let (za štiri osebe tega podatka nimamo). Pet jih ima univerzitetno, tri pa poklicno izobrazbo (za ostale štiri nimamo podatka).

⁸ Možni vnosi so bili: 15 minut, 30 minut, 45 minut, 60 minut, 75 minut, 90 minut, 105 minut, 120 minut in drugo.

Vključitveni kriterij za sodelovanje v raziskavi je bil ta, da je posamezna sodelavka v raziskavi izvajala medkulturno mediacijo v izbranih zdravstvenih domovih. Po analogiji pa v raziskavo nismo vključevali nikogar, ki je medkulturno mediacijo izvajal drugod ali v okviru drugih projektov).

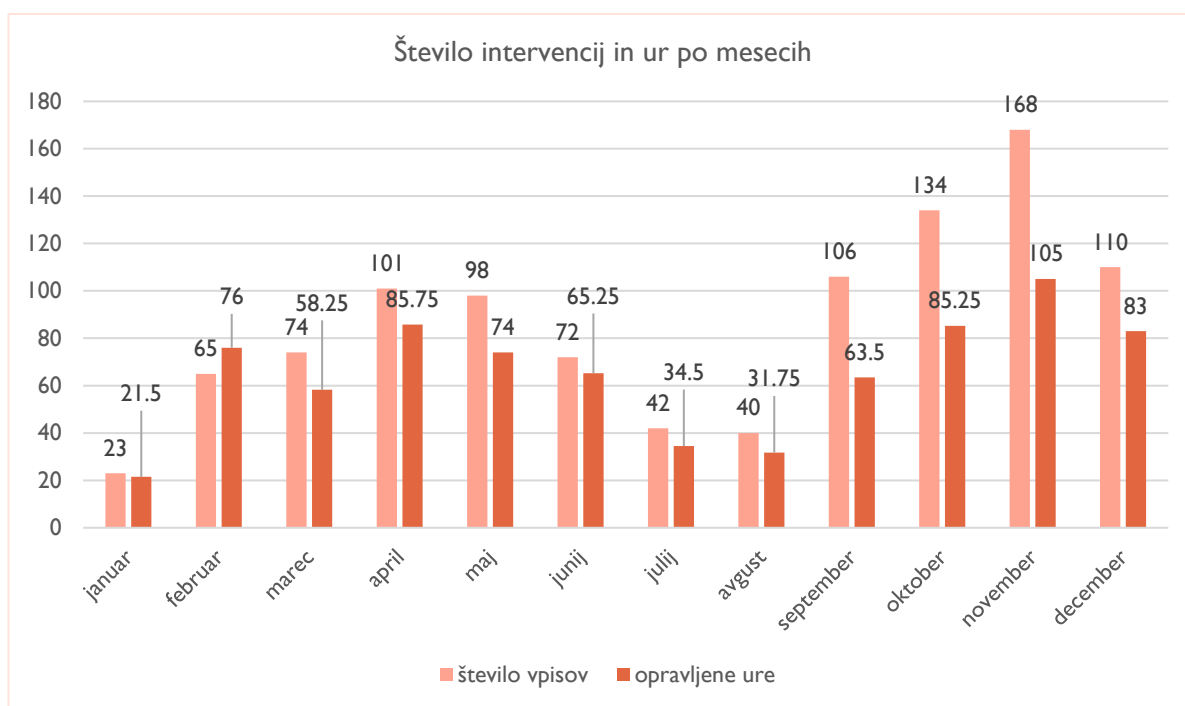
3 REZULTATI

3.1. Obseg izvajanja medkulturne mediacije po mesecih

Pri merjenju obsega izvajanja medkulturne mediacije smo uporabili prvo in četrto kategorijo vnosov – pri prvi (datum) smo pridobili podatke o številu vseh intervencij,

pri drugi pa čas trajanja teh intervencij. Vsi vnosi so bili opremljeni s podatkom o datumu obravnave, zato ta podatek razumemo kot zelo zanesljiv. V letu 2019 smo zabeležili skupno 1033 intervencij medkulturnih mediatorok, kar je skupno 783 ur in 45 minut opravljenega dela.⁹ Povprečno število vseh intervencij medkulturnih mediatorok na mesec v vseh okoljih je bilo 86 (oziroma 65 ur).

Če analiziramo trend vpeljevanja medkulturne mediacije v zdravstvenih domovih po mesecih (Slika 2), opazimo, da je obseg v začetku leta opazno nižji in da do novembra postopoma raste. Najnižje število intervencij so medkulturne mediatorke dosegle januarja ($n = 23$), največkrat pa so posredovale novembra ($n = 168$).



Slika 2: Število intervencij in število ur medkulturne mediacije po mesecih.

3.2 Krajevna razpršenost in jezikovna homogenost izvajanja medkulturne mediacije

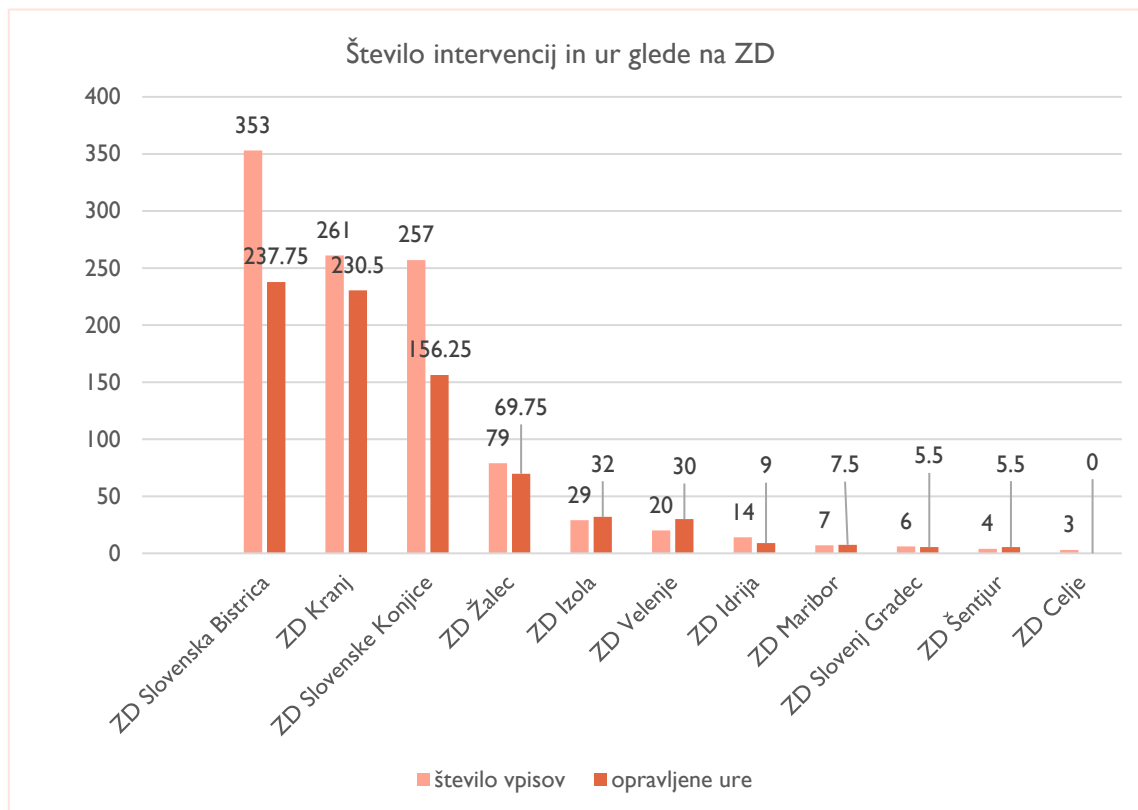
V letu 2019 je medkulturno mediacijo vpeljalo 11 od skupno 28 zdravstvenih domov. Opaziti je, da iz obeh kriterijev obsega (tako števila intervencij kot števila opravljenih ur) izhaja enaka razporeditev po zdravstvenih domovih glede na uporabo medkulturne mediacije. Največ vpisov v celem letu smo zabeležili v zdravstvenem domu Slovenska Bistrica ($n = 353$), najmanj pa v zdravstvenem domu Celje ($n = 3$). Če

podatke analiziramo glede na jezik, ki so ga poleg slovenščine medkulturne mediatorke uporabljale pri svojem delu, prednjači albanščina ($n = 1029$), sledita pa ji arabski ($n = 4$) in romunski jezik ($n = 1$).

Delež odgovorov za obe kategoriji je 100 %. Na Sliki 3 prikazujemo le podatke o krajevni razpršenosti izvajanja medkulturne mediacije, uporabe tujih jezikov pa zaradi očitne homogenosti ne.

⁹ Merjenje obsega medkulturne mediacije je precej manj zanesljivo, če o njem sklepamo na podlagi podatkov o opravljenih urah. V tej luči je pomembno dodati, da je le 87 % ($n = 894$) vpisov vsebovalo informacijo o času zdravstvene obravnave, pri kateri so bile prisotne medkulturne

mediatorke, le 19 % ($n = 196$) vpisov pa je vsebovalo podatek o času, ki ga je medkulturna mediatorka porabila pred in po zdravstveni obravnavi. Ker je stopnja odgovorov o številu intervencij 100 %, ta podatek razumemo kot bolj zanesljiv od podatka glede števila ur.



Slika 3: Število intervencij in ur opravljene medkulturne medicije glede na zdravstvene domove.

3.3 Medkulturna medicija glede na vrsto obravnave

Ker je metodološko orodje vsebovalo kar 23 kategorij za beleženje vrste obravnave, smo v analizi nekatere od njih zaradi lažje preglednosti združili. Tako smo na primer »obravnavo v ambulanti družinske medicine« in »obravnavo pri referenčni sestri« združili v kategorijo »družinska medicina«. Po istem ključu smo združili vse različne obravnave v CKZ, ki smo jih v metodološkem orodju definirali glede na profil zdravstvenega delavca, v kategorijo »CKZ«.

Delež odgovorov za vrsto obravnave je 100 %. Če pogledamo število intervencij (Slika 4), lahko rečemo, da so se medkulturne mediatorke najbolj intenzivno vključevale v pediatrične (n = 183) in ginekološke (n =

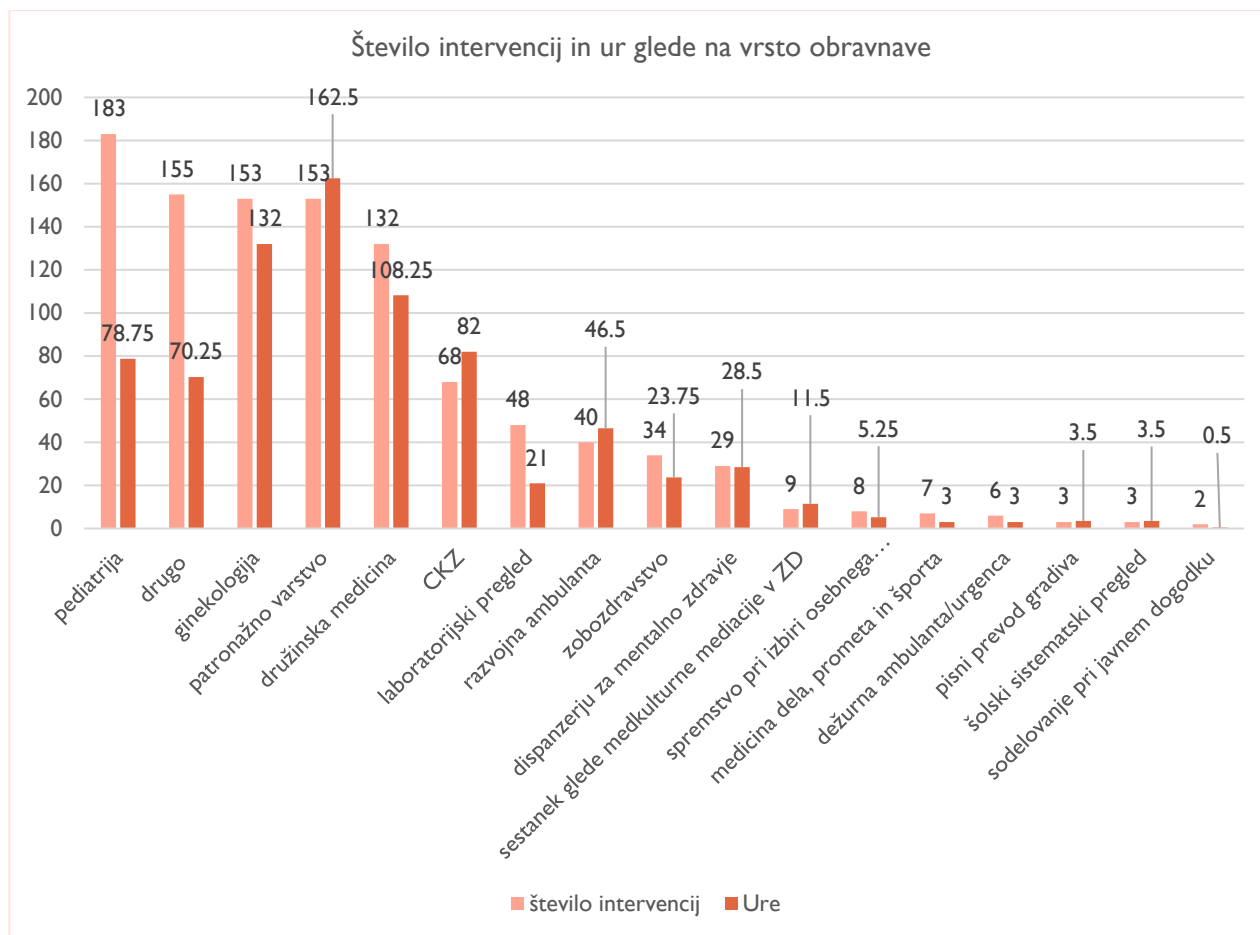
155) obravnave ter obravnave patronažnega varstva (n = 153) in družinske medicine (n = 153). Takoj za pediatričnimi obravnavami je na Sliki 4 sicer uvrščena kategorija »drugo« (n = 155), čemur se bomo posvetili v nadaljevanju.

Sklop obravnav, v katere so se medkulturne mediatorke vključevale manj, a vseeno intenzivno, sestoji iz medkulturne medicije v CKZ (n = 68)¹⁰, obravnav pri laboratorijskih pregledih (n = 48), v razvojni ambulanti (n = 40), zobozdravstvu (n = 34) in dispanzerju za mentalno zdravje (n = 29).

Skupno manj kot 10 vpisov zajemajo kategorije, kot so »sestarek glede medkulturne medicije v zdravstvenem domu« (n = 9), »spremljevalstvo pri izbiri specialista« (n = 8), »medicina dela, prometa in športa« (n = 7), »obisk dežurne ambulante« (n = 6), »pisni prevod gradiva« (n = 3), »šolski sistematski pregled« (n = 3) in »sodelovanje pri javnem dogodku« (n = 2).

¹⁰ Znotraj CKZ so bile medkulturne mediatorke največkrat prisotne na delavnicah (n = 30) in nato pri individualnih

obravnavah, ki so jih izvajale diplomirane medicinske sestre (n = 21), psiholog (n = 10) in fizioterapevt (n = 7).



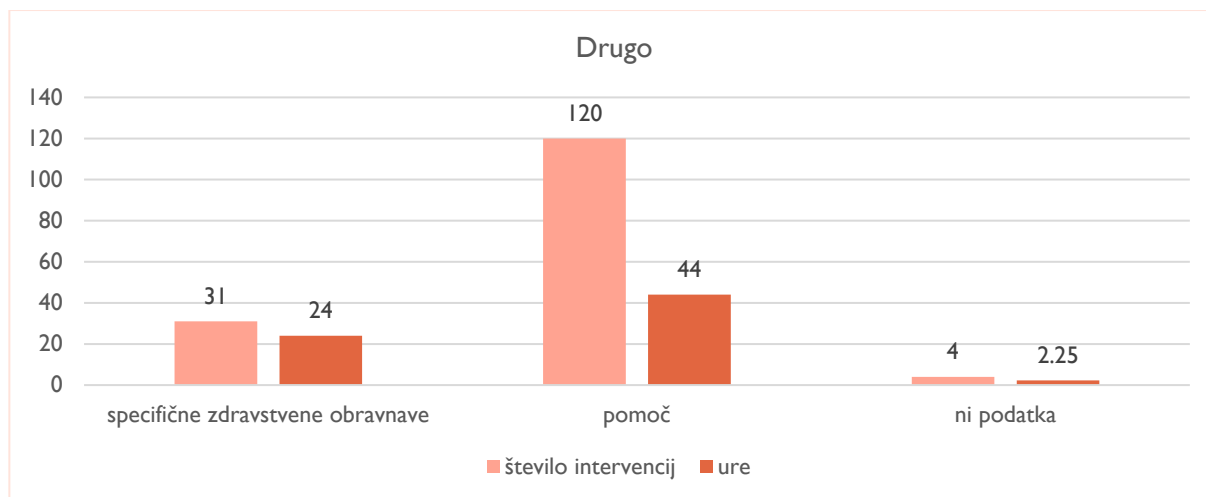
Slika 4: Število intervencij in ur opravljene medkulturne medicije glede na vrsto obravnave.

Veliko pozornost moramo posvetiti kategoriji »drugo«, ki se uvršča na drugo mesto med vsemi intervencijami medkulturnih mediatorok (predstavlja 15 % vseh vpisov, Slika 5). To kategorijo so medkulturne mediatorke izbrale, ko nobena od ponujenih možnosti ni bila ustrezna za opis intervencije. Vsak opis pod drugo so imele možnost dodatno razložiti, kar je privedlo do izjemno raznolikih vpisov. Odprte odgovore smo kodirali v tri kategorije: 1) medkulturna medicija v drugih specifičnih zdravstvenih obravnava; 2) medkulturna medicija kot pomoč; 3) ni podatka.

Medkulturne medicije v drugih specifičnih zdravstvenih obravnava (ki jih v metodološkem orodju nismo predvideli) je bilo glede na celotno število vpisov intervencij v kategorijo »drugo« relativno malo (n = 31).

Največkrat je vpisana medkulturna medicija med rentgenskim pregledom (n = 4), pri oftalmologu (n = 4), logopedu (n = 3) in zobozdravstveni preventivi (n = 3). Druge intervencije pa so vpisane dvakrat ali enkrat in vključujejo medkulturno medicijo v diabetološki ambulanti, pulmološki ambulanti in podobno, a jih tu ne naštevamo posebej. Kategorija »pomoč« vključuje veliko večje število intervencij (n = 120) in ur. Največkrat so medkulturne mediatorke zapisale »telefonski klic« in »pomoč pri naročanju«. V kategorijo »pomoč« smo uvrstili tudi nekatere vnose, ki sicer niso del nalog medkulturnih mediatorok, a so jih v praksi vseeno izvajale. To je na primer sterilizacija medicinskih pripomočkov (n = 44) in pomoč pri menjavi aparata za merjenje krvnega sladkorja (n = 1).¹¹ Štirje vnosi pod kategorijo »drugo« pa niso specifikirani.

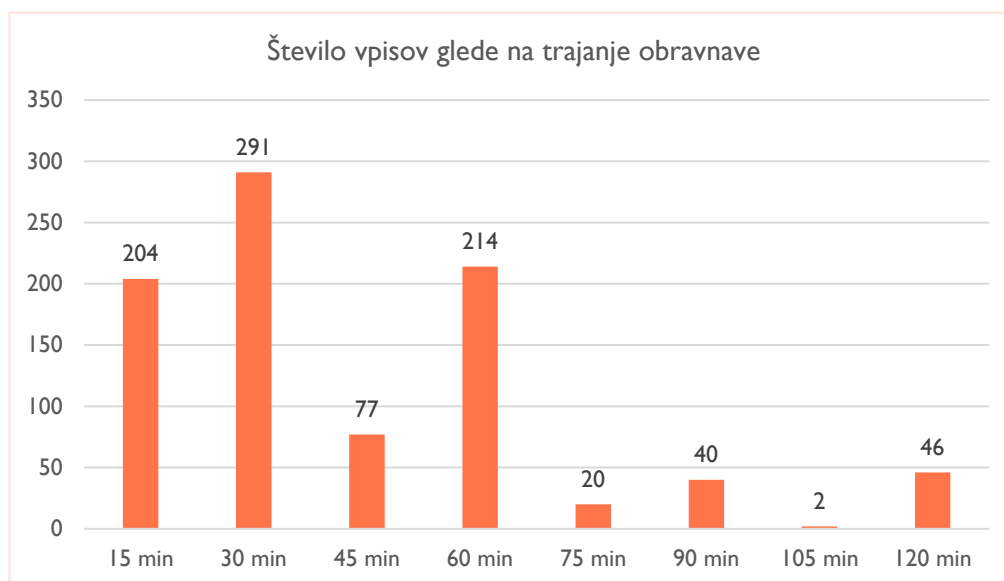
¹¹ Avtorica obeh vrst vnosov je bila medkulturna mediatorka, ki je bila po izobrazbi zdravstvena delavka.



Slika 5: Število intervencij in ur opravljene medkulturne medicije v vpisu pod kategorijo »drugo«.

3.4 Čas trajanja posamezne intervencije

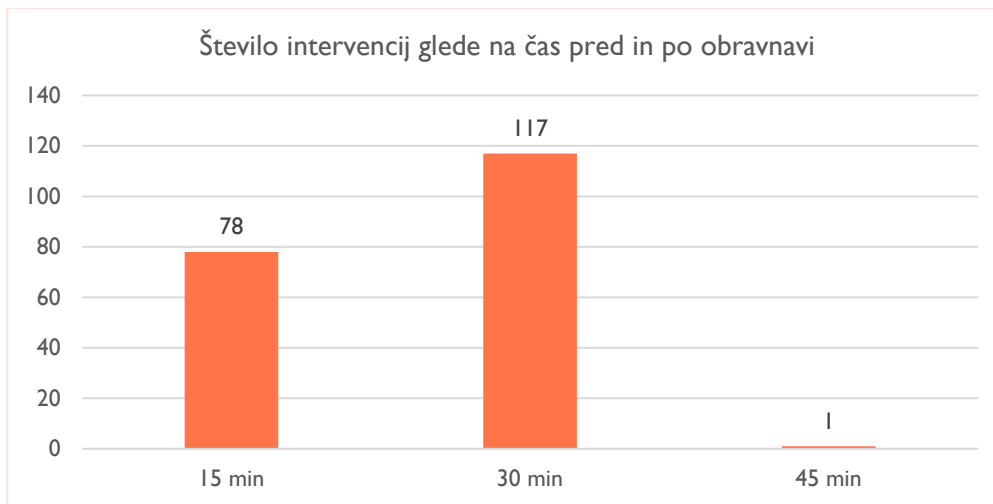
Največkrat je posamezna obravnava ob prisotnosti medkulturne mediatorke trajala 30 min, v povprečju pa 135 minut. Delež odgovorov o času zdravstvene obravnave je 87 % (n = 894).



Slika 6: Število intervencij opravljene medkulturne medicije glede na čas trajanja obravnave.

Opazimo lahko, da so medkulturne mediatorke pred in po obravnavi največkrat porabile 30 minut, v povprečju pa 65 minut. Delež odgovorov o času, ki ga je medkulturna mediatorka porabila pred in po

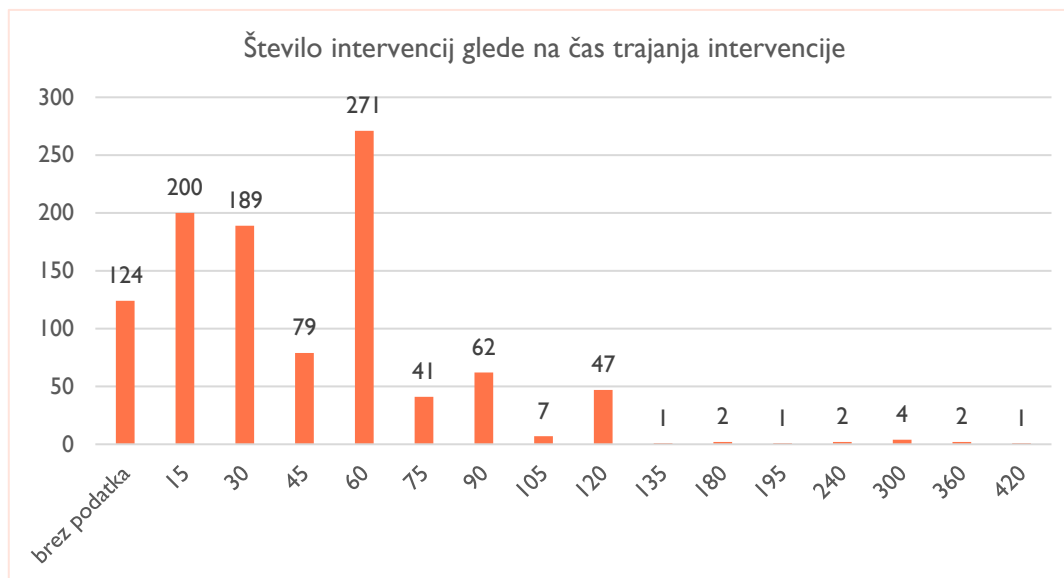
zdravstveni obravnavi, je 19 % (n = 196), zaradi česar moramo biti previdni pri sklepanju česar koli na podlagi tega podatka.



Slika 7: Število intervencij glede na čas trajanja medkulturne mediacije pred in po obravnavi.

Če seštejemo podatek o trajanju obravnave in podatek o času, ki ga je medkulturna mediatorica porabila pred in po posamezni obravnavi, dobimo podatke, ki jih prikazuje Slika 8. Največ intervencij ($n = 271$) je trajalo eno uro. Po številčnosti sledijo krajše obravnave (15 minut, $n = 200$), srednje in daljše obravnave (ki trajajo 30, 45, 75, 90 in 120 minut). Izmed obravnave, ki so trajale več kot 120 minut, je le en zapis dejansko zapis

obrnave (420-minutno spremstvo pri porodu), pri ostalih zapisih pa gre za združene zapise krajših drugih aktivnosti (spremstvo pri laboratorijskih pregledih, več delavnicah CKZ, pomoč pri naročanju in podobno), ki so jih medkulturne mediatorice zapisale združeno v en zapis, čeprav so posamezno aktivnost izvajale večkrat po nekaj minut na dan oziroma cel mesec.



Slika 8: Število intervencij glede na celokupni čas trajanja medkulturne mediacije.

4 RAZPRAVA

4.1. Obseg medkulturne mediacije

Najprej interpretirajmo dognanja glede prvega raziskovalnega vprašanja, torej o obsegu medkulturne mediacije v zdravstvenih domovih v letu 2019. Obseg izvajanja medkulturne mediacije je naraščal iz meseca v mesec. To si razlagamo kot rezultat dela medkulturnih mediatoric, ki je posledično višalo njihovo

prepoznavnost v zdravstvenih domovih. O medkulturni mediaciji so z zdravstvenimi domovi govorili tudi nekateri sodelavci Nacionalnega inštituta za javno zdravje, denimo na usposabljanjih o kulturnih kompetencah in v lokalnih skupinah za krepitev zdravja ter ob drugih priložnostih. Relativno šibko vključevanje medkulturnih mediatoric na začetku leta so na rednih usposabljanjih komentirale tudi same medkulturne mediatorice, saj so kontinuirano izpostavljale, da jih zdravstveni delavci ne poznajo dovolj in da niso seznanjeni z njihovimi nalogami; da pogosto

minimizirajo jezikovne in kulturne ovire, medkulturne mediatorke pa pokličejo le, ko je zdravstvena obravnava zaradi teh ovir tudi za zdravstvene delavce prezahtevna (etnografski zapiski 6. 2. 2019, 18. 3. 2019, 8. 5. 2019, 10. 6. 2019). Nekatere medkulturne mediatorke so sčasoma opazile, da »so že del zdravstvenega doma« (etnografski zapiski, 1. 10. 2019), druge so se tako počutile od vsega začetka, saj so tam bile predhodno zaposlene že kot zdravstvene delavke, spet tretje pa so se ves čas svojega dela počutile nepovezane z ustanovo.

Izjema v trendu postopnega naraščanja vključevanja medkulturnih mediatork v zdravstvene domove so poletni meseci (junij, julij in avgust) ter december 2018. To si lahko razlagamo predvsem z dejstvom, da gredo tako medkulturne mediatorke kot tudi nekateri tujejezični uporabniki v tem času na dopust ali pa v državo, kjer so se rodili ali kjer imajo sorodnike. Prav tako je v poletnih mesecih manj preventivnih obravnav in delavnic, saj tudi v zdravstvu velja obdobje letnih dopustov.

Pri merjenju obsega dela smo upoštevali predvsem podatek o številu vpisov intervencij, podatek o količini opravljenih ur pa smo le omenili, vendar smo ga v analizi večinoma zanemarili. Razlog za to je predvsem v deležu odgovorov, ki je 100 % v primeru števila vpisov intervencij in le 88 % v primeru podatkov o trajanju intervencije. Ko navajamo podatek o opravljenih urah, gre za seštevek časa za delo, ki so ga medkulturne mediatorke opravile direktno s posredovanjem pri posamezni obravnavi in časa za delo, ki so ga opravile pred in po obravnavi (te podatke pa ločeno analiziramo v posebnem razdelku).

4.2 Krajevna razpršenost in jezikovna homogenost medkulturne medicije

Pričujoča raziskava nam je z drugim raziskovalnim vprašanjem ponudila prvi vpogled v razporeditev obsega dela medkulturnih mediatork glede na zdravstvene domove in glede na jezike, ki se poleg slovenščine uporabljajo pri medkulturni mediciji. Iz Slike 3 lahko razberemo, da po intenzivnosti vključevanja medkulturnih mediatork prednjačijo zdravstveni domovi iz vzhodne Slovenije (in zdravstveni dom Kranj). Poudariti je treba, da na podlagi teh podatkov ne moremo sklepati o intenzivnosti potreb po medkulturni mediciji ali o številu tujejezičnih oseb v teh okoljih. Iz Slike 3 bi torej težko potegnili zaključek,

da je na primer potreb po medkulturni mediciji v Slovenski Bistrici proporcionalno več kot v Celju.

Zdravstveni domovi jezikovnih in kulturnih ovir niso reševali zgolj z medkulturnimi mediatorkami, s katerimi so sodelovali v okviru tega projekta. Izsledki raziskave *Analiza ranljivosti in neenakosti v zdravju v lokalnih skupnostih*¹² so pokazali, da zdravstvene ustanove kar intenzivno uporabljajo tako imenovane spontane oziroma *ad hoc* tolmače – torej nestrokovnjake, ki jezikovne ovire premoščajo prostovoljno (v tej vlogi se znajdejo predvsem družinski člani uporabnikov, dvojezično zdravstveno ali tehnično osebje), zdravstveni delavci pa si pri sporazumevanju s tujejezičnimi uporabniki pomagajo z gestami ali različnimi orodji (Google prevajalnik in podobno; to potrjujejo tudi druge raziskave v Sloveniji, glej 19). Pokazalo se je tudi, da v nekaterih izmed 28 zdravstvenih domov medkulturno medicijo vpeljujejo s sredstvi drugih projektov ali nasploh iz drugih virov. Z besedami medkulturne mediatorke: »Jaz sem v letu 2019 naredila tri patronažne obiske za eno tujejezično žensko v okviru tega projekta. Ampak jaz sem v zdravstvenem domu vsak dan, le da me plačujejo preko projektov razne nevladne organizacije.« (etnografski zapiski, 9. 1. 2020). Pričujoče poročilo bi lahko razumeli kot izčrpno le v kontekstu omenjenega projekta in ne širše. Tudi glede izčrpnosti naših podatkov v okviru projekta *Krepitev zdravja za vse* velja biti zadržan. Medkulturne mediatorke namreč pogosto opravljajo svoje delo brez plačila (tega naša raziskava ni statistično beležila), saj zdravstvene ustanove »zahtevajo prisotnost medkulturne mediatorke«¹³, vendar teh strokovnjakinj zaradi številnih razlogov ne zaposlujejo (etnografski zapiski, 9. 1. 2020). Slika 3 nam lahko torej v najboljšem primeru kaže na nekatere okoliščine vpeljevanja te dejavnosti, ki pa nam niso vedno in v potankost jasne.

Največje število intervencij v zdravstvenem domu Slovenska Bistrica lahko razloži dejstvo, da je bila medkulturna mediatorka v tej ustanovi zaposlena preko programa javnih del, ki plačuje polno delovno mesto v obdobju enega leta. Medkulturna mediatorka je imela torej več časa kot njene kolegice v drugih zdravstvenih domovih, saj so bile slednje praviloma zaposlene bodisi drugje in to delo opravljale kot dodatno delo bodisi pa so imele sklenjene pogodbe o delu z več ustanovami (podjemne ali pogodbe o sodelovanju). Zdravstveni dom Kranj je denimo vključeval dve medkulturni mediatorki (z različnimi urniki in razpoložljivostmi), saj sta lahko le tako odgovarjali na potrebe te ustanove.

¹² Raziskavo z naslovom *Analiza ranljivosti in neenakosti v zdravju v lokalnih skupnostih* je izvedel Nacionalni inštitut za javno zdravje. Potekala je v okviru projekta *Model skupnostnega pristopa krepitve zdravja in zmanjševanja neenakosti v zdravju v lokalnih skupnostih* (akronim MoST) med aprilom 2018 in avgustom 2019. Raziskava se je osredotočala na tri teme: kdo so osebe in skupine, ki se soočajo z ranljivostmi in neenakostmi v zdravju; s kakšnimi ovirami v dostopu do zdravja in drugih oblik pomoči se srečujejo; kakšne so obstoječe prakse premoščanja teh ovir v lokalnih skupnostih. Več o raziskavi in njenih izsledkih najdete v monografiji *Neenakosti in ranljivosti v zdravju v Sloveniji: kvalitativna raziskava v 25 okoljih*.

¹³ Iz pogovorov z medkulturnimi mediatorkami je zaznati pahljačo odnosov do reševanja jezikovnih in kulturnih ovir. Nekateri zdravstveni delavci jih ne zaznajo ali pa minimizirajo njihov vpliv na zdravstveno obravnavo. Na drugo skrajnost se sklicuje zgornji citat, saj nekateri zdravstveni delavci zahtevajo pomoč tretjih oseb (bodisi družinskih članov ali prijateljev bodisi medkulturnih mediatork) pri reševanju jezikovnih in kulturnih ovir, a se pri tem zdi, da pričakujejo že vzpostavljen sistem, česar pa na tej točki v Sloveniji še nismo dosegli. To nakazuje na potrebo po vključevanju vodstva zdravstvenih ustanov pri vpeljevanju medkulturne medicije v zdravstvu in na potrebo po sistemski uveljavitvi medkulturne medicije.

Podobno število intervencij je dosegla zgolj ena medkulturna mediatorka v zdravstvenem domu Slovenske Konjice, saj deluje kot medkulturna mediatorka le v tem kraju, medkulturna mediacija pa pomeni večji del njenega dela. V zdravstvenem domu Žalec in zdravstvenem domu Idrija sta medkulturno mediacijo izvajali zdravstveni delavki, ki sta bili sicer zaposleni v teh dveh ustanovah. To v večji meri razloži relativno majhno količino intervencij v enem letu, saj sta medkulturno mediacijo opravljali v prostem času oziroma ob svojem rednem delu. Znano nam je, da je bila v zdravstvenem domu Šentjur vključena medkulturna mediatorka, ki sicer deluje v drugi skupnosti, zato ji po njenih besedah ni uspelo stakiti vezi z lokalno skupnostjo v Šentjurju, kar se pozna tudi na nizkem številu intervencij (etnografski zapiski, 18. 3. 2020). Ob vsem navedenem pa so na število intervencij in intenzivnost izvajanja medkulturne mediacije lahko vplivali tudi drugi vzroki in okoliščine.

Drugi del drugega raziskovalnega vprašanja se nanaša na jezike, ki jih poleg slovenščine uporabljajo medkulturne mediatorke pri svojem delu. Da prednjači albanski jezik, je najverjetneje odraz dejstva, da so zdravstveni domovi sklenili sodelovanje z medkulturnimi mediatorkami za jezike, ki so najmanj sorodni slovenščini ter v teh primerih posledično prihaja do največjih jezikovnih ovir. Podatka o razporeditvi uporabe medkulturne mediacije glede na jezik, podobno kot pri razporeditvi vpeljevanja medkulturne mediacije glede na zdravstvene domove, ne smemo razumeti kot jasen kazalnik jezikovne raznolikosti uporabnikov v izbranih zdravstvenih domovih. Naši podatki so skladni z nedavno raziskavo, v kateri se je pokazalo, da je albanski jezik (poleg angleškega in hrvaškega/srbskega/bosanskega/črnogorskega) eden izmed treh najbolj govorenih tujih jezikov v zdravstvu v Sloveniji, in je jezik, ki povzroča največ pogostih ali občasnih težav v sporazumevanju v zdravstvu v Sloveniji (19).

4.3 V katere obravnave se vključujejo medkulturne mediatorke?

Raziskava je v odgovorih na tretje raziskovalno vprašanje podala prvo jasno sliko o tem, v katere zdravstvene obravnave se največ vključujejo medkulturne mediatorke (Slika 4). Največ se vključujejo v pediatrične in ginekološke obravnave ter obravnave patronažnega varstva in družinske medicine. To lahko delno pojasnimo z dejstvom, da so medkulturne mediatorke vse ženske in da je večina njihovih uporabnic ženskega spola,¹⁴ ki uporabljajo večino zgoraj naštetih zdravstvenih storitev zase in za svoje otroke.

Iz Slike 4 težko sklepamo, ali je šlo za preventivne ali kurativne zdravstvene obravnave (razen za CKZ, ki je namenjen zgolj preventivi) – prej lahko rečemo, da gre tako za ene kot za druge. Izhajajoč iz etnografskih zapiskov z rednih mesečnih usposabljanj na NIJZ lahko

sklepamo, da do potreb po medkulturni mediaciji prihaja tako v kurativnih kot v preventivnih zdravstvenih obravnava.

Odgovori v kategoriji »drugo«, ki se po številu intervencij umešča na drugo mesto, so terjali podrobno analizo. Po kodiranju odprtih odgovorov in nadaljnji analizi lahko rečemo, da je bilo vpisov medkulturne mediacije v drugih specifičnih zdravstvenih obravnava malo ($n = 31$) glede na količino vseh vpisov v kategorijo »drugo«. Iz tega sklepamo, da so zgoraj analizirane kategorije, ki smo jih vnaprej ponudili za poročanje dela, precej izčrpane. Kategorijo »pomoč« sestavljajo predvsem vpisi, ki smo jih kodirali kot »telefonski klic« in »pomoč pri naročanju«, ki pa se medsebojno povezuje, večkrat nista niti analitično ločljivi in ju zato nismo predstavili ločeno. Medkulturne mediatorke so namreč opravile kar nekaj dela s tolmačenjem preko telefona, zagotavljale pa so tudi pomoč pri naročanju (kar so lahko izvedle preko telefona ali v živo).

Pri analizi kategorije »drugo« je prišlo do več metodoloških ovir. Število intervencij v kategoriji »pomoč« je lahko zavajajoče, saj so nekatere medkulturne mediatorke vpisovale celokupno število ur telefonskih klicev in podobnega za posamezni mesec, kar smo v tabeli za poročanje lahko zapisali le kot vpis za posamezni dan. Zato lahko rečemo, da je število intervencij v kategoriji »pomoč« veliko večje, saj jo sestavljajo kratka posredovanja preko telefona – v tem primeru je morda število ur v tej kategoriji bolj merodajno. Čeprav je kategorija »pomoč« časovno šibko zastopana v primerjavi z vsemi opravljenimi urami medkulturne mediacije (44 ur proti 783,75, kar da dobrih 5 %), so medkulturne mediatorke večkrat poudarile, da jim ta naloga vzame veliko časa in energije ter pomeni prekinitve njihovega siceršnjega dela, v nekaterih primerih pa vodi celo do izgorelosti (etnografski zapiski, 8. 5. 2019). Nekaterim je bila ta naloga sicer odobrena in upoštevana pri plačevanju opravljenega dela, največkrat pa so to nalogo opravljale brez plačila.

V kategorijo »pomoč« smo uvrstili tudi nekatere vnose, ki sicer niso del nalog medkulturnih mediatork, a so jih v praksi vseeno prevzemale. To je na primer sterilizacija medicinskih pripomočkov ($n = 44$ – to nalogo je opravljala medkulturna mediatorka, ki je bila zaposlena preko javnih del in je imela zdravstveno izobrazbo) in pomoč pri menjavi aparata za merjenje krvnega sladkorja ($n = 1$ – tudi to nalogo je prevzela medkulturna mediatorka z zdravstveno izobrazbo).

Rezultati tretjega raziskovalnega vprašanja nam sporočajo, da je vloga medkulturne mediacije v zdravstvu v praksi precej vezana na posamezne zdravstvene obravnave, a je hkrati nujno potrebna tudi pri zagotavljanju pomoči izven njih, predvsem pri naročanju.

družinskih članov, saj se jezika naučijo v stikih preko dela ali kje drugje, njihove žene pa v povprečju nimajo toliko stikov in so bolj vezane na gospodinjstva.

¹⁴ Kot so v pogovorih večkrat pojasnile medkulturne mediatorke, tujejezični moški redkeje prihajajo v stik z njimi, hkrati pa največkrat govorijo slovensko bolje od ostalih

4.4 Čas trajanja posamezne intervencije

Največkrat je obravnava ob prisotnosti medkulturne mediatorke trajala 30 min, v povprečju pa 135 minut.¹⁵ Za celovito interpretacijo teh rezultatov bi jih morali primerjati s povprečnim časom izvajanja posamezne zdravstvene obravnave (zanimivo bi bilo pridobiti tudi podatke o trajanju obravnave brez prisotnosti medkulturne mediatorke, a to seveda presega našo metodologijo). Vendar lahko s precejšnjo gotovostjo predpostavljamo, da zdravstvena obravnava ob prisotnosti medkulturne mediatorke traja dlje. Razlog za to je predvsem v naravi komunikacije v triadnem odnosu med zdravstvenim delavcem, medkulturno mediatorko in tujejezičnim uporabnikom (tolmačenje po definiciji podaljša čas sporazumevanja). Ne gre odmisлити tudi drugih potencialnih razlogov, kot je na primer ta, da ob prisotnosti medkulturne mediatorke tako zdravstveni delavci kot pacienti lahko od druge strani dobijo več informacij kot brez nje, zato je morda relativno dolg povprečen čas posamezne intervencije možno razložiti tudi s tem.

Zgovorni so rezultati o času, ki ga je medkulturna mediatorka porabila pred in po zdravstveni obravnavi. Opazimo lahko, da so medkulturne mediatorke pred in po obravnavi največkrat porabile 30 minut, v povprečju pa 65 minut. Ta številka je visoka predvsem zaradi relativno pogostih patronažnih obiskov, ki največkrat zahtevajo dodaten čas za prevoz na teren, sicer pa kot dokaj običajne naloge medkulturne mediatorke opisujejo tudi zagotavljanje dodatne razlage uporabnikom po zdravstveni obravnavi, spremstvo v lekarno in podobno. Pridobivanje teh podatkov je bilo precej ovirano, saj je bil delež odgovorov le 19 % (n = 196), kar nakazuje na potrebo po boljšem spremljanju teh podatkov v bodoče.

Združeni podatki o trajanju zdravstvene obravnave in o času, ki ga je medkulturna mediatorka porabila pred in po posamezni obravnavi, kažejo, da je največ intervencij trajalo eno uro. Te podatke bi kljub metodološkim pomanjkljivostim (nizki stopnji odgovorov) lahko v prihodnje upoštevali pri standardizaciji obsega intervencije medkulturne medicije in jih uporabili pri sistemskem vpeljevanju.

4.5 Prednosti in omejitve raziskave in predlogi za nadaljnje raziskovanje

Medkulturna medicija je v zdravstvu v Sloveniji precej nova praksa, ki se zadnja leta vpeljuje predvsem na primarni ravni zdravstvenega varstva. Ta praksa se vse bolj profesionalizira, v tem procesu pa je doslej imel vidnejšo vlogo Nacionalni inštitut za javno zdravje. Poleg že omenjenih mesečnih usposabljanj smo v okviru projekta MoST prevedli belgijske standarde za medkulturno medicino v zdravstvu in jih s pomočjo medkulturnih mediatork v projektu prilagodili trenutnim potrebam v zdravstvu v Sloveniji (12). Naslednji korak v

tej smeri je bilo tudi sodelovanje pri oblikovanju kasnejše potrjene nacionalne poklicne kvalifikacije za medkulturno medicino na Centru za poklicno izobraževanje.

Pričujoča raziskava je prva v Sloveniji, ki prikazuje in pojasnjuje obseg medkulturne medicije. Raziskavo je spodbudil prav njen razvojni vidik, saj je prvo obširnejše vpeljevanje medkulturne medicije terjalo razvoj metodološkega orodja za njeno spremljanje. To dejstvo je tudi vplivalo na kakovost podatkov in metodološko zanesljivost te analize – oboje bi bilo lahko v že omenjenih mestih višje, če bi bila analiza pa tudi vpeljevanje medkulturne medicije v kasnejši fazi razvoja.

Naslednji dejavnik, ki je vplival na kakovost podatkov, je najti v participativnosti raziskovanja. Pričujoča analiza temelji na podatkih, ki so jih beležile medkulturne mediatorke. Pričujoča raziskava je vključevala več podatkov, kot so jih medkulturne mediatorke poročale v zdravstvenih domovih, kjer so bile zaposlene. Možno je, da naši statistični podatki ne vključujejo prav vseh izvedenih aktivnosti na področju medkulturne medicije, a vseeno so reprezentativni, saj vključujejo podatke o 28 zdravstvenih domovih, ki so imeli v letu 2019 zagotovljena finančna sredstva za medkulturno medicino.

Participativnost metodološkega procesa ima še eno šibko točko, to je relativno neredno poročanje medkulturnih mediatork, zaradi česar smo večino podatkov zbrali šele proti koncu leta 2019. To je vplivalo na kakovost podatkov, saj smo jih lahko pregledovali predvsem decembra 2019 in januarja 2020 in takrat z medkulturnimi mediatorkami individualno dopolnjevali ali razjasnjevali določene vpise, ki pa so lahko bili stari že nekaj mesecev.

Kljub navedenim metodološkim oviram je lahko pričujoča raziskava osnova za javnozdravstveno načrtovanje systemskega vpeljevanja medkulturne medicije v zdravstvo. Glede kakovosti raziskovanja bi bilo treba v prihodnje pozornost usmeriti na naslednje vidike. Prvič – potrebno bi bilo pridobiti osnovne podatke o medkulturnih mediatorkah (starost, jezik, dolžina bivanja v Sloveniji, izkušnje na področju medkulturne medicije in podobno), najbolje s kratkim vprašalnikom ob začetku raziskave. Drugič – podatke bi bilo treba pridobivati dosledno vsak mesec in jih sproti pregledovati ter sodelujoče v raziskavi po potrebi še pravočasno prositi za pojasnitve. Tretjič – poenotiti bi bilo potrebno kategorije vnosov za vrsto obravnave (da bi bili vnosi organizirani po podobnih kriterijih, torej glede na organizacijsko enoto zdravstvenega doma, profil zdravstvenega delavca, ki izvaja posamezno zdravstveno obravnavo ali kaj drugega). Dodatno bi bilo treba kot kategorijo vključiti »telefonski klic« ali pa morda to kategorijo razdeliti na »tolmačenje preko telefona« in »pomoč pri naročanju«, saj slednje v praksi zavzema precejšnjo količino opravljenega dela.

mediatorke niso vpisovale za vsako intervencijo, temveč so v posameznem vpisu združile več intervencij, kar je podaljšalo čas pri posameznem vpisu.

¹⁵ Razlog za visoko povprečje si razlagamo kot vpliv metodologije, predvsem iz zgoraj predstavljenih vpisov v kategorijo »drugo«, ki v dobri meri sestoji iz vpisov, ki smo jih kodirali kot »pomoč«, teh vpisov pa medkulturne

Četrtrič – nabor podatkov bi bilo potrebno v prihodnje ohraniti ali po potrebi še razširiti. Pri tem bi si bilo dobro v prihodnje pomagati s podatki o spremljanju vpeljevanja medkulturne medicije iz tujine, vendar opažamo, da so le-ti težko dostopni. Najprej smo dostopali do nekaterih objavljenih poročil iz Italije. Ti podatki dajejo vpogled v nekoliko ožji nabor podatkov, kot smo jih vključili v raziskavo, vendar iz tega ne moremo sklepati, ali za potrebe upravljanja s programom medkulturne medicije interno ne zbirajo večjega nabora podatkov. Vključujejo podatke o obsegu vključevanja medkulturnih mediatorjev (merjeno v urah), obseg glede na jezike medkulturne medicije in glede na vrsto intervencije¹⁶ (20). Osebna korespondenca z vodjo vpeljevanja medkulturne medicije v belgijske bolnišnice Hansom Verreptom je pokazala, da medkulturni mediatorji en mesec na leto (navadno oktobra) za vsako intervencijo izpolnijo vprašalnik. Ta je v osnovi podoben našemu metodološkemu orodju, vendar zajema več podatkov o uporabnikih medkulturne medicije; o tem, kdo je predlagal posredovanje medkulturnega mediatorja (v smislu iniciatorja in ne naročnika); o nalogah medkulturne medicije v konkretnem primeru (kar je delno povezano z nalogami po modelu lestve, a to delitev presega s številom drugih nalog); in o tem, kdo vse je bil prisoten med izvajanjem medkulturne medicije (osebna korespondenca s Hansom Verreptom, 10. 8. 2020). V prihodnje bi se bilo pri nadgradnjah metodologije smiselno povezati z državami in ustanovami, ki vpeljujejo medkulturno medicijo v zdravstvo na podoben način.¹⁷

Petič – analizo vpeljevanja medkulturne medicije bi kazalo v prihodnje dopolniti s podatki o financiranju te aktivnosti. S temi podatki razpolagajo v lokalnih enotah zdravstva (AUSL) v Italiji, saj so te enote hkrati naročnice in plačnice storitev medkulturne medicije (22). Primerjava jim daje vpogled v razmerje med finančnim vložkom in količino storitev na letni ravni, kar bi bilo koristno tudi za naš kontekst. V pričujoči raziskavi so sicer medkulturne mediatorke zbirale podatke predvsem na podlagi svojih poročil o opravljenem delu, ki so jih posredovale v zdravstvenih

domovih, kjer so opravljale delo. Vseeno ostaja nejasno, ali so za vse ure in intervencije, ki so vključene v to raziskavo, tudi dobile plačilo.

Šestič – v prihodnje je priporočljivo ohraniti mešano metodologijo, saj etnografski zapiski osvetlijo kvantitativne podatke, ki bi jih bilo sicer težko interpretirati. Kvalitativno metodologijo bi bilo dobro razširiti in to predvsem na opazovanje z udeležbo v klinični praksi (4, 10, 23, 24, 25, 26, 27). To bi morda omogočilo, da bi kvantitativno analizo lahko povezali z nalogami medkulturne medicije v zdravstvu po modelu lestve, kot to počnejo v Belgiji (28). Nadalje bi bilo treba pričujočo analizo dopolniti z vidikom zdravstvenih delavcev in uporabnikov.

5 ZAKLJUČEK

V letu 2019 je medkulturno medicijo v svoje obravnave vključevalo skupaj 11 zdravstvenih domov. S temi ustanovami je sodelovalo skupno 12 medkulturnih mediatork. V letu 2019 so medkulturne mediatorke opravile 1033 intervencij (veliko večino v jezikovni kombinaciji slovenščina-albanščina). Število intervencij medkulturnih mediatork je naraščalo od začetka do konca leta 2019. Medkulturne mediatorke so bile najbolj intenzivno vključene v pediatrične in ginekološke obravnave ter obravnave patronažnega varstva in družinske medicine. Ne gre zanemariti tudi visokega števila intervencij, kamor sodi telefonsko tolmačenje ali naročanje uporabnikov po telefonu in druge aktivnosti, ki so namenjene pomoči tujejezičnim uporabnikom pri dostopanju do zdravstva oziroma koordinaciji različnih zdravstvenih storitev. Največ intervencij medkulturnih mediatork je trajalo 30 minut, prav toliko časa pa so v povprečju porabile v stiku s tujejezičnimi uporabniki pred ali po zdravstveni obravnavi. Podatki pričujoče raziskave so lahko uporabni pri sistemskem vpeljevanju medkulturne medicije v zdravstvo v Sloveniji, slednjega pa razumemo kot enega izmed nujnih korakov pri zagotavljanju dostopnega javnega zdravstva.

Nasprotje interesov: Avtor izjavlja, da pri raziskavi ne obstaja nasprotje interesov.

Financiranje: Raziskava je bila izvedena v okviru projekta Model skupnostnega pristopa za krepitev zdravja in zmanjševanje neenakosti v zdravju v lokalnih skupnostih (MoST).

¹⁶ Vrste intervencije so: medkulturna medicija v fiksnih terminih; po predhodnem dogovoru; po telefonu; v urgentnih primerih; in timski sestanki. Avtorji poročila prihajajo iz lokalnih enot zdravstva (AUSL), ki so naročniki in plačniki storitev medkulturne medicije (20, glej tudi 21). Delno je razlog za to tipologijo tudi dejstvo, da navedene kategorije predpostavljajo tudi različno finančno ovrednotenje teh vrst intervencij (urgence so vrednotene višje od ostalih postavk;

povzeto po osebni korespondenci s Claro Vassallo iz zadruga La Cooperativa Sociale ONLUS Synergasia iz mesta Reggio Emilia).

¹⁷ Na primer z belgijskim zveznim uradom za zdravje, hrano in okolje (Hans Verrept) in lokalno enoto zdravstva (AUSL) v Reggio Emilia (Antonio Chiarenza) in tamkaj delujočimi kooperativami, ki zaposlujejo medkulturne mediatorje.

LITERATURA

1. Verrept H. 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? Pridobljeno 14. 7. 2020 s spletne strani: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK550145/>.
2. Pöchhacker F. Interpreting as mediation. V: Valero-Garcés C, Martin A, urednika. *Crossing Borders in Community Interpreting. Definitions and dilemmas*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company, 2008: 9–28.
3. Verrept H, Coune I. *Guide for intercultural mediation in health care*. Bruselj: FPS Health, Safety of the Food Chain and Environment, 2017.
4. Verrept H, Louckx F. Health Advocates in Belgian Health Care. V: Ugalde A, Cárdenas G, urednika. *Health and social services among international labor migrants: a comparative perspective*. CMAS Books: The Center for Mexican American Studies, 1997: 67–86.
5. Verrept, H. Intercultural Mediation: An Answer to Health Care Disparities? V: Valero-Garcés V, Martin A, urednika. *Crossing Borders in Community Interpreting. Definitions and Dilemmas*. Amsterdam, Philadelphia: Benjamins, 2008: 187–201.
6. Baraldi C, Gavioli L. Dialogue Interpreting as Intercultural Mediation: An analysis in healthcare multicultural settings. V: Grein M, Weigand E, urednici. *Dialogue and Culture*. Amsterdam in Philadelphia: John Benjamins Publishing Company, 2007: 155– 75.
7. Russo M. Al di là delle denominazioni: limiti e orizzonti di ruoli e funzioni del mediatore linguistico-culturale. *Lingue Culture Mediazioni - Languages Cultures Mediation* 2014; 1 (1–2): 81–100.
8. Theodosiou A, Aspioti M. Research report on intercultural mediation for immigrants in europe. Intellectual output no 1. Pridobljeno 14. 7. 2020 s spletne strani: http://www.mediation-time.eu/images/TIME_O1_Research_Report_v.2016.pdf.
9. Kaufert, JM, Koolage WW. Role conflict among 'culture brokers': the experience of native Canadian medical interpreters. *Social Science & Medicine* 1984; 18(3): 283–6.
10. Kaufert JM. Cultural mediation in cancer diagnosis and end of life decision-making: The experience of Aboriginal patients in Canada. *Anthropology & Medicine* 1999; 6(3): 405–21.
11. Miklavcic A, LeBlanc MN. Culture Brokers, Clinically Applied Ethnography, and Cultural Mediation V: Kirmayer LJ, Guzder J, Rousseau C, uredniki. *Cultural Consultation: Encountering the Other in Mental Health Care*. New York, Heidelberg, Dordrecht in London: Springer, 2014: 115–37.
12. Huber I, Lipovec Čebtron, U. Standardi za medkulturno medicino v zdravstvu. Ljubljana: NIJZ, 2020. Dostopno tudi v elektronski verziji na: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/medkulturna_mediacija.pdf.
13. Škraban J, Lipovec Čebtron U. Medkulturna medicina in zdravstvo v Sloveniji. Ljubljana: Filozofska fakulteta in NIJZ, v tisku.
14. Gosenca K. Medkulturna medicina: Priložnost za boljšo zdravstveno oskrbo: magistrsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, Oddelek za etnologijo in kulturno antropologijo, 2017.
15. Lipovec Čebtron U, Pistotnik S, Jazbinšek S, Farkaš-Lainščak J. Evaluation of the implementation of intercultural mediation in preventive healthcare programmes in Slovenia. *Public health panorama*, 2017; 3(1): 1–XX.
16. Škraban J, Oprešnik D, Pistotnik S, Lipovec Čebtron U. Implementation of intercultural mediation at the primary level in preventive healthcare in Slovenia. *Javno zdravje* 2020; 1: 1–7.
17. Lobe B. Združevanje kvalitativnih in kvantitativnih metod – stara praksa v novi preobleki? *Družboslovne razprave* 2006; XXII(53): 55–73.
18. Muršič R. Metodologija preučevanja načinov življenja: Temelji raziskovalnega dela v etnologiji ter socialni in kulturni antropologiji. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete, 2011.
19. Kocijančič Pokorn N. Reševanje jezikovnih ovir v slovenskem zdravstvu: analiza stanja. V: Kocijančič Pokorn N, Lipovec Čebtron U, urednici. *Večjezično zdravje: Komunikacijske strategije in večkulturni stiki s tujejezičnimi bolniki v slovenskem zdravstvenem sistemu*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani, 2019: 30–47.
20. Curcetti C, Maticchione P, Parisini L, Pastorelli V. Progetto regionale sull'organizzazione dell'assistenza sanitaria erogata nelle Aziende sanitarie in favore dei cittadini stranieri. Pridobljeno 28. 7. 2020 s spletne strani: <https://salute.regione.emilia-romagna.it/normativa-e-documentazione/rapporti/cittadini-stranieri/progetto-regionale-sullorganizzazione-dellassistenza-erogata-dalle-aziende-sanitarie-in-favore-dei-cittadini-stranieri>.
21. Chiarenza A. Intercultural mediator in Emilia-Romagna. V: *Community Interpreter and Intercultural Mediator Profiles in Partner Countries*, 2019: 20–26. Pridobljeno 28. 7. 2020 s spletne strani: http://tramig.eu/wp-content/uploads/2019/06/CI-and-IC-Trainer-Profile-in-Partner-Countries_final.pdf.
22. Chiarenza A. Intercultural mediation as part of a system strategy in the Ausl of Reggio Emilia. Predstavitev na kick-off dogodku projekta Tramig, 27.–28. marca 2019 v Ljubljani. Interno gradivo, 2019.
23. Davidson B. The interpreter as institutional gatekeeper: The social-linguistic role of interpreters in Spanish-English medical discourse. *Journal of Sociolinguistics* 2000; 4(3): 379–405.
24. Davidson B. Questions in Cross-Linguistic Medical Encounters: The Role of the Hospital Interpreter. *Anthropological Quarterly* 2001; 74(4): 170–8.
25. Leanza Y. Roles of community interpreters in pediatrics as seen by interpreters, physicians and researchers. *Interpreting* 2005; 7(2): 67–92.
26. Agustí-Panareda J. Cross-cultural brokering in the legal, institutional and normative domains: intercultural mediators managing immigration in Catalonia. *Social & legal studies* 2006; 15(3): 409–33.

27. Hsieh E. Interpreters as co-diagnosticians: Overlapping roles and services between providers and interpreters. *Social Science & Medicine* 2007; 64: 924–37.
28. Verrept H. Intercultural mediation in Belgian health care. Pridobljeno 28. 7. 2020 s spletne strani: <https://www.ausl.re.it/sites/default/files/1.%20H.Verrept%20-%20Intercultural%20mediation%20in%20Belgian%20Health%20care%20%5Bmodalit%C3%A0%20compatibilit%C3%A0%5D.pdf>.