

**ALMA MATER EUROPAEA
EVROPSKI CENTER, MARIBOR
Socialna gerontologija**

DOKTORSKA DISERTACIJA

Helena Kristina Halbwachs

ALMA MATER EUROPAEA

Evropski center, Maribor

Doktorska disertacija
študijskega programa tretje bolonjske stopnje

SOCIALNA GERONTOLOGIJA

**KULTURNA KOMPETENTNOST
SLOVENSKEGA ZDRAVSTVENEGA SISTEMA
- STANJE IN MODEL RAZVOJA**

Mentorica: zasl. red. prof. ddr. Marija Ovsenik Kandidatka: Helena Kristina Halbwachs

Somentorica: izr. prof. ddr. Helena Blažun Vošner

Maribor, november 2021

ZAHVALA

Ob tako pomembnem mejniku, kot je zaključevanje doktorskega študija, me preveva globoka hvaležnost do mnogih, ki so me spremljali na tej poti ter me na kakršenkoli način spodbujali. Veliko vas je, in upam, da občutite mojo hvaležnost. Naj izpostavim le nekaj posameznikov.

Hvaležna sem predsedniku AMEU-ECM, prof. dr. Ludviku Toplaku, ki je izkazal zanimanje za obravnavano tematiko že ob pričetku mojega študija ter me s tem opolnomočil, da sem se ji intenzivno posvetila.

Hvaležna sem moji dragi mentorici in učiteljici, zasl. red. prof. ddr. Mariji Ovsenik, saj je vseskozi verjela vame ter mi stala ob strani z dragocenimi nasveti in spodbudnimi besedami.

Iskreno zahvalo sem dolžna tudi somentorici, izr. prof. ddr. Heleni Blažun Vošner, za konstruktivno kritičen pogled, izčrpne napotke in vso prijaznost, ki sem je bila deležna.

Hvaležna sem koordinatorju študijskega procesa, izr. prof. dr. Sebastjanu Kristoviču, da mi je modro svetoval, ko ni šlo vse gladko.

Vsem profesorjem in profesoricom programa Socialna gerontologija AMEU-ECM izražam globoko hvaležnost, saj me je prav vsakdo izmed njih obogatil z mnogimi modrostmi ter mi odprl svet gerontoloških znanosti na povsem novem nivoju.

Seveda ne bi šlo brez podpore moje ožje in širše družine. Hvaležna sem predvsem sinovoma, ki sta me ves čas ponosno vzpodbujala. Še posebno hvaležna sem možu, saj mi je brez oklevanja vedno stal ob strani in skrbel, da sem se lahko posvečala študiju.

Mami, to delo z veliko hvaležnostjo posvečam tebi. Hudo mi je, da zaključka mojega študija nisi dočakala. Tvoje zgodbe o tem, kako naju je nekoč zaznamovala kulturna kompetentnost nekega drugega, tujega zdravstvenega sistema, kot tudi spremljanje tvojih zadnjih poti v slovenskem zdravstvenem sistemu, me je dodatno navdihnilo in opogumilo za obravnavo tematike. Hvala ti.

POVZETEK

Uvod: Kulturna kompetentnost zdravstvenega sistema je zahteva sodobne družbe, ki temelji na osnovnih človekovih pravicah. Označuje sposobnost sistema, da zagotavlja kakovostno oskrbo in prilagajanje storitev pacientom in skupinam z različnimi vrednotami, prepričanji in obnašanji. Njeno pomanjkanje vodi v kulturne nesporazume, neenakost v dostopu do zdravstvene oskrbe in slabšo kakovost zdravstvene oskrbe. Namen doktorske disertacije je ocena stanja kulturne kompetentnosti slovenskega zdravstvenega sistema ter izdelava modela razvoja kulturne kompetentnosti.

Metode: Naša raziskava temelji pretežno na kvalitativnih metodah (intervjujih) in analizi dokumentacije. Intervjuje smo opravili s petdesetimi sogovorniki različnih skupin strokovnjakov zdravstvenega sistema, dokumentacijo pa so predstavljale razpoložljive zloženke ter spletne strani zdravstvenih institucij. Pridobljene podatke smo analizirali s pomočjo deduktivne vsebinske analize, kritične diskurzivne analize ter opisnih statističnih metod.

Rezultati: Ugotovljeno stanje kulturne kompetentnosti zdravstvenega sistema smo ocenili kot kulturno predkompetentnost. Zavedanje o pomembnosti kulturne kompetentnosti je v zdravstvenem sistemu prisotno, vendar so izobraževanja in ostali potrebni ukrepi na tem področju zelo redki. Jezikovne in druge kulturne ovire se pogosto rešujejo z improvizacijo. Predstavniki ranljivih skupin so zelo redko vključeni v oblikovanje zdravstvene politike. Nekaterne storitve, kot je prehrana v bolnišnicah, so v določeni meri že prilagojene raznolikosti pacientov, medtem ko informativni materiali pri tem močno zaostajajo.

Zaključek: Na podlagi rezultatov smo izdelali model razvoja kulturne kompetentnosti s priporočljivimi strategijami za različne ravni zdravstvenega sistema. Strategije se nanašajo na upoštevanje pomena socio-kulturnih determinant na zdravje, ocenjevanje kulturne kompetentnosti, kulturno občutljivost, dostopnost in prilagajanje zdravstvenih storitev ter na pridobivanje znanja.

Ključne besede: kulturna kompetentnost, zdravstveni sistem, ocena stanja, model razvoja.

ABSTRACT

Introduction: Cultural competency of the healthcare system is a requirement of a modern society based on basic human rights. It refers to the ability of the system to provide quality care and adapt services to patients and communities with different values, beliefs and behaviours. Its lack leads to cultural misunderstandings, inequalities in access to care and poorer quality of care for diverse groups. The aim of the PhD thesis is to assess the state of cultural competency in the Slovenian healthcare system and to propose a model for the development of this concept.

Methods: Our research is based mainly on qualitative methods - interviews and analysis of documentation. Fifty interviewees from different groups of professionals in healthcare were interviewed. On top of this, available leaflets and data from the websites of health care institutions were collected. The data were analysed using deductive content analysis, critical discourse analysis and descriptive statistical methods.

Results: The cultural competency status of the healthcare system was assessed as cultural precompetence. Awareness of the importance of cultural competence is present in the system, but training and other necessary measures in this area are very rare. Language and other cultural barriers are often solved by improvisation. Representatives of vulnerable groups are very rarely involved in health policy-making. Some services, such as meal preparation in hospitals, are exhibiting some extent of adaption to the diversity of patients, while information materials lag far behind.

Conclusion: Based on the results, we have composed a cultural competence development model with recommended strategies for different levels of the healthcare system. The strategies relate to the acknowledgment of socio-cultural determinants' impact on health, assessment of cultural competence, cultural sensitivity, accessibility and adaptation of healthcare services, and knowledge acquisition.

Key words: cultural competency, healthcare system, status quo, development model.

KAZALO

1 UVOD	1
1.1 Predstavitev raziskovalnega problema.....	1
1.2 Namen in cilji raziskovanja	3
1.3 Raziskovalna vprašanja	3
1.4 Raziskovalna metodologija.....	4
1.5 Doprinos znanosti.....	6
2 TEORETIČNA SPOZNANJA O KULTURNI KOMPETENTNOSTI V ZDRAVSTVU	7
2.1 Kultura, kulturna raznolikost in zdravje.....	7
2.2 Kulturna kompetentnost v zdravstvu.....	9
2.2.1 Zgodovinski razvoj koncepta kulturne kompetentnosti	11
2.2.2 Modeli razvoja kulturne kompetentnosti.....	13
2.2.3 Kulturna kompetentnost zdravstvenega sistema	18
2.2.4 Pravne in etične podlage kulturne kompetentnosti v zdravstvu	20
2.2.5 Vrednotenje kulturne kompetentnosti	23
2.2.6 Kritični pogled na koncept kulturne kompetentnosti	25
2.2.7 Pomen raziskovanja kulturne kompetentnosti v zdravstvu za socialno gerontologijo	25
2.3 Slovenski zdravstveni sistem	27
2.3.1 Organizacija in osnovne značilnosti slovenskega zdravstvenega sistema	27
2.3.2 Nacionalne etične in pravne podlage kulturne kompetentnosti	30
2.4 Ocena dosedanjih raziskovanj na področju kulturne kompetentnosti slovenskega zdravstvenega sistema.....	31
3 RAZISKOVALNI DEL	45
3.1 Namen in cilji raziskovanja	45
3.2 Raziskovalna vprašanja	46
3.3 Raziskovalna metodologija.....	47
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov	47
3.3.2 Opis instrumentarija	50
3.3.2.1 Instrumentarij za polstrukturirane intervjuje.....	50

3.3.2.2 Instrumentarij za analizo dokumentacije	50
3.3.3 Opis vzorca	51
3.3.3.1 Opis vzorca kvalitativne raziskave z intervjuji.....	51
3.3.3.2 Opis vzorca za analizo dokumentacije	54
3.3.4 Predstavitev obdelave podatkov	54
3.3.4.1 Obdelava podatkov, pridobljenih z intervjuji	54
3.3.4.2 Obdelava podatkov, pridobljenih z analizo dokumentacije.....	56
4 REZULTATI.....	59
4.1 Rezultati kvalitativne raziskave s polstrukturiranimi intervjuji	59
4.1.1 Tema: Dogajanja v naši družbi.....	62
4.1.2 Tema: Potrebe po kulturni kompetentnosti	64
4.1.3 Tema: Razumevanje kulturne kompetentnosti	67
4.1.4 Tema: Odzivi na kulturno raznolikost v zdravstvenem sistemu.....	73
4.1.5 Tema: Dostopnost zdravstvenega sistema.....	77
4.1.6 Tema: Ranljive skupine v zdravstvenem sistemu.....	80
4.1.7 Tema: Jezikovne ovire v zdravstvenem sistemu	87
4.1.8 Tema: Zunanji vplivi in prepletanje sistemov	93
4.1.9 Tema: Možnosti zdravstvenega sistema	96
4.1.10 Tema: Izobraževanje.....	101
4.1.11 Tema: Prilagajanje storitev s primerom prilagajanja storitev prehrane.....	106
4.1.12 Tema: Razvoj kulturne kompetentnosti.....	115
4.2 Rezultati analize dokumentacije	124
4.2.1 Rezultati deskriptivne analize zloženek	124
4.2.2 Rezultati kritične diskurzivne analize zloženek	128
4.2.2.1 Splošne ugotovitve diskurza.....	128
4.2.2.2 Konceptualizacija dostopnosti storitev	128
4.2.2.3 Vloga zloženek v širšem družbenem kontekstu	129
4.2.3 Rezultati analize spletnih strani zdravstvenega sistema.....	129
4.3 Ocena stanja kulturne kompetentnosti slovenskega zdravstvenega sistema ...	136
5 RAZPRAVA.....	140
5.1 Pogled ekspertov in vodilnih struktur na kulturno kompetentnost.....	140
5.4 Prilagojenost storitev in materialov kulturno raznolikim skupinam	151
5.3 Izobraževanje na področju kulturne kompetentnosti.....	157

5.4 Potrebni ukrepi na področju razvoja kulturne kompetentnosti.....	161
5.5 Kritičen pogled na oceno stanja kulturne kompetentnosti slovenskega zdravstvenega sistema.....	168
5.6 Zanesljivost rezultatov	169
5.7 Omejitve raziskave.....	170
6 MODEL RAZVOJA KULTURNE KOMPETENTNOSTI SLOVENSKEGA ZDRAVSTVENEGA SISTEMA.....	172
7 ZAKLJUČEK	178
8 LITERATURA	181

PRILOGE

Priloga A: Vprašalnik za intervjuje

Priloga B: Izjava o soglasju za zbiranje in obdelavo podatkov intervjuja

Priloga C: izjava o reflektivnosti

IZJAVA O AVTORSTVU

IZJAVA LEKTORICE

SEZNAM SLIK

Slika 1: Model kulturne kompetentnosti po Campinha-Bacote	13
Slika 2: Model razvoja kulturne kompetentnosti po Papadopoulos, Tilki in Taylor	14
Slika 3: Model kulturne kompetentnosti in z dokazi podprte zdravstvene oskrbe.....	17
Slika 4: Zgradba doktorske disertacije	49
Slika 5: Prikaz sogovornikov v posameznih skupinah (v %).....	52
Slika 6: Prikaz zaposlitve sogovornikov po ustanovah (v %).....	53
Slika 7: Prikaz poklica sogovornikov (v %).....	53
Slika 8: Proces obdelave podatkov, pridobljenih preko intervjujev.....	56
Slika 9: Deleži citatov po skupinah sogovornikov	59
Slika 10: Model stanja kulturne kompetentnosti v slovenskem zdravstvenem sistemu	61
Slika 11: Porazdelitev števila zloženkov po tipu ustanove in skupaj.....	124
Slika 12: Delež zloženkov glede na jezik izdaje (v %)	126
Slika 13: Delež zloženkov glede na ciljno populacijo (v %)	126

Slika 14: Delež ustanov, v katerih je bila na voljo posamična zloženka (v %)	127
Slika 15: Delež institucij glede na število jezikov spletnih strani (v %)	130
Slika 16: Delež ustanov glede na posamični tuj jezik spletnih strani (v %)	130
Slika 17: Delež ustanov po tipu glede na število jezikov spletnih strani (v %)	131
Slika 18: Informacije o duhovni oskrbi na spletnih straneh bolnišnic (v %)	132
Slika 19: Deleži institucij glede na upoštevanje posamičnih kriterijev (v %)	134
Slika 20: Delež upoštevanih, neupoštevanih in neocenjenih kriterijev po instituciji (v %)	136
Slika 21: Model razvoja kulturne kompetentnosti slovenskega zdravstvenega sistema s prikazom obstoječega stanja	174

SEZNAM TABEL

Tabela 1: Kriteriji sistematičnega pregleda literature	35
Tabela 2: Prikaz sistematičnega pregleda literature po modelu PRIZMA	36
Tabela 3: Rezultati sistematičnega pregleda literature s področja kulturne kompetentnosti slovenskega zdravstvenega sistema	40
Tabela 4: Vnaprej določene teme vsebinske analize	55
Tabela 5: Pregled kriterijev glede na način pregleda	58
Tabela 6: Seznam vnaprej določenih in induktivnih tem	59
Tabela 7: Število in delež citatov po kategorijah ter skupinah sogovornikov	60
Tabela 8: Kategorije in kode teme »Dogajanja v naši družbi«	62
Tabela 9: Kategorije in kode teme »Potrebe po kulturni kompetentnosti«	65
Tabela 10: Kategorije in kode teme »Razumevanje kulturne kompetentnosti«	68
Tabela 11: Kategorije in kode teme »Odzivi na kulturno raznolikost v zdravstvenem sistemu«	73
Tabela 12: Kategorije in kode teme »Dostopnost zdravstvenega sistema«	77
Tabela 13: Kategorije in kode teme »Ranljive skupine v zdravstvenem sistemu«	81
Tabela 14: Kategorije in kode teme »Jezikovne ovire v zdravstvenem sistemu«	88
Tabela 15: Kategorije in kode teme »Zunanji vplivi in prepletanje sistemov«	94
Tabela 16: Kategorije in kode teme »Možnosti zdravstvenega sistema«	97
Tabela 17: Kategorije in kode teme »Izobraževanje«	102
Tabela 18: Kategorije in kode teme »Prilagajanje storitev«	107

Tabela 19: Kategorije in kode teme »Razvoj kulturne kompetentnosti«.....	116
Tabela 20: Število zloženkov po izdajatelju in tipu ustanove	125
Tabela 21: Rezultati pregleda kriterijev A ravni na proučevanih spletnih straneh	133
Tabela 22: Ocena kulturne kompetentnosti slovenskega zdravstvenega sistema glede na odziv na raznolikost	137
Tabela 23: Prednosti implementacije kulturne kompetentnosti v zdravstveni sistem	173
Tabela 24: Predlog strategij razvoja kulturne kompetentnosti v slovenskem zdravstvenem sistemu.....	175

1 UVOD

V vseh družbah vlada neenakost, toda v nekaterih je več neenakosti kot v drugih.

(Hofstede 2011, 9)

1.1 Predstavitev raziskovalnega problema

Soočanje s kulturno raznolikostjo je v sodobnih družbah del vsakdanjosti (UNESCO 2009, 4; Benet-Martinez in Hong 2014, 1). Razlogov za vse večje srečevanje s kulturno raznolikostjo je veliko - na eni strani botrujejo temu migracije, povezane z ekonomsko globalizacijo, vojnami, neustreznimi življenjskimi okoliščinami in klimatskimi spremembami (UNESCO 2009, 1–11), na drugi strani na to vpliva sodoben način življenja (potovanja, komunikacija) (Benet-Martinez in Hong 2014, 1). K tem vplivom pa lahko prištejemo tudi vse večjo raznolikost zaradi individualizacije družbe (Verkuyten 2014, 3), ki jo predstavlja individualni življenjski slog posameznika, vključno z njegovo pravico do lastnih pogledov in zasebnosti (Hofstede 2011, 11).

Raznolikost je značilna tudi za Slovenijo. Po statističnih podatkih živi na razmeroma majhnem prostoru veliko skupin z različnim kulturnim ozadjem (Vertot 2009). Kljub temu, da je uradni delež tujcev (nedržavljanov Slovenije) relativno majhen, saj znaša okoli 8 % (Statistični urad Republike Slovenije 2021), je bilo ozemlje Republike Slovenije že stoletja poleg pripadnikov večinskega naroda tudi domovina pripadnikov mnogih narodnih manjšin - Italijanov, Madžarov, Romov, Nemcev, Judov, Srbov, Hrvatov, Muslimanov, Bošnjakov, Albancev, Črnogorcev, Makedoncev in drugih (Komac 2016, 75). Tako smo prebivalci Slovenije raznoliki že v smislu jezikov, ki jih govorimo. Več kot 12 % prebivalstva ne govori slovenskega jezika kot materejnega jezika. V tej skupini predstavljajo materin jezik predvsem jeziki narodnih manjšin (italijanščina, madžarščina) ter številnih narodnih skupnosti (hrvaščina, srbščina, albanščina, romščina) (Vertot 2009, 57–60). Prebivalci so raznoliki tudi po verski pripadnosti, saj je uradno registriranih okoli 50 verskih skupnosti (Ministrstvo za kulturo Republike Slovenije 2021). Zavedati pa se moramo, da kulturna raznolikost ni le raznolikost v etničnem oziroma geografskem smislu, temveč tudi raznolikost v načinih

sobivanja, življenjskih slogih, sistemih vrednot, tradicij in prepričanj (UNESCO 2009, 20–21). Tovrstna raznolikost je seveda prisotna tudi med avtohtonim slovenskim prebivalstvom (Prosen 2018, 76).

Raznolikost in vrednote družbe se v vsaki družbi odražajo tudi v njenih sistemih in organizacijah (Hofstede 1985). Eden izmed najpomembnejših sistemov vsake države je zdravstveni sistem. Ta ima bistveno vlogo za zagotavljanje zdravega razvoja posameznikov, družin in celotne družbe. Človeka spremlja od rojstva do smrti, s čimer nosi vitalno in kontinuirano odgovornost za njegovo zdravje (WHO 2000, 5).

Pomembni lastnosti vsakega zdravstvenega sistema sta njegova odzivnost na pričakovanja prebivalcev ter njegova pravičnost - lastnost, da se odziva na pričakovanja vseh prebivalcev enako dobro, brez diskriminacije (WHO 2000, xi). Temelj te pravičnosti je odprto priznavanje dostojanstva in avtonomije vseh članov družbe ter zagotavljanje visokokakovostne zdravstvene oskrbe vsem, ne glede na spol, etnično pripadnost, vero, spolno usmerjenost, jezik, geografsko poreklo ali socialno-ekonomsko ozadje (Kumagai in Lypson 2009). Za zagotavljanje takšne oskrbe pa je v sodobni družbi nujno potrebno, da je zdravstveni sistem kulturno kompetenten (Anderson idr. 2003, 70). Kulturna kompetentnost označuje sposobnost sistema, da zagotavlja kakovostno oskrbo in prilagajanje storitev pacientom z različnimi vrednotami, prepričanji in obnašanji (Betancourt idr. 2002, 14).

Žal so neenakosti v zdravju glede na kulturno in socialno-ekonomsko ozadje opazne v vseh državah in se v zadnjem času še povečujejo (Braveman in Tarimo, 2002), k čemur je prispevala tudi pandemija covid-19 (Wang idr. 2020; Ahmed idr. 2020). Raziskave kažejo, da se neenakosti v zdravju, povezane s kulturno in socialno raznolikostjo, pojavljajo tudi v Sloveniji (Lipovec Čebren in Pistotnik 2015; Lipovec Čebren idr. 2016; Huber idr. 2020). Ob tem strokovnjaki navajajo, da so zdravstvene ustanove v Sloveniji na tovrstno raznolikost povsem nepripravljene (Lipovec Čebren idr. 2016, 14–24). To je zaskrbljujoče, posebno ob upoštevanju, da je zmanjševanje neenakosti v zdravju ključni cilj slovenskega zdravstvenega sistema (Albreht idr. 2016, 163).

Pričujoča doktorska disertacija se osredotoča na koncept kulturne kompetentnosti kot ključnega koncepta, ki pripomore k odpravi neenakosti. Doktorska disertacija se sestoji iz

teoretičnega in empiričnega dela. V teoretičnem delu smo obrazložili koncept kulturne kompetentnosti, njegov razvoj ter pomen za zdravstvene sisteme. Nadalje smo s pomočjo sistematičnega pregleda literature prikazali dosedanje ugotovitve o stanju na področju kulturne kompetentnosti zdravstvenega sistema v Sloveniji.

1.2 Namen in cilji raziskovanja

Osnovni namen doktorske disertacije je oceniti stanje kulturne kompetentnosti slovenskega zdravstvenega sistema ter umestitev te ocene v teoretični okvir kontinuuma odzivnosti na kulturno raznolikost (po Cross idr. 1989). Skladno z našimi dognanji, pa tudi z ostalimi znanstvenimi dognanji in priporočili literature, je nadaljni namen disertacije izdelava modela razvoja kulturne kompetentnosti slovenskega zdravstvenega sistema, vključno s podajo priporočljivih strategij za nadaljni razvoj.

Cilj doktorske disertacije je raziskati določene indikatorje kulturne kompetentnosti zdravstvenega sistema. Tako je cilj raziskati pogled ključnih deležnikov v zdravstvenem sistemu, pa tudi strokovnjakov obravnavanega področja, na kulturno kompetentnost v zdravstvu. Cilj je tudi ugotoviti, ali so storitve in materiali prilagojeni kulturni raznolikosti prebivalstva in enako dostopni vsem. Nadaljni cilj je ugotoviti, kakšne so možnosti izobraževanja na področju kulturne kompetentnosti v slovenskem zdravstvu. Kot cilj smo si zastavili še identifikacijo ukrepov, ki so potrebni za razvoj kulturne kompetentnosti. Končni cilj je podati zanesljivo oceno o stanju kulturne kompetentnosti v slovenskem zdravstvenem sistemu ter umestitev te ocene v teoretični okvir kontinuuma odzivov na raznolikost. Na tej osnovi je naš cilj še izdelati model razvoja kulturne kompetentnosti v slovenskem zdravstvu ter opredeliti priporočljive strategije za razvoj. Nenazadnje je cilj našega prispevka znanosti doprinesti k razvoju kulturne kompetentnosti ter k zmanjšanju neenakosti v slovenskem zdravstvenem sistemu.

1.3 Raziskovalna vprašanja

Osnovno raziskovalno vprašanje se glasi:

R: Kakšno je stanje kulturne kompetentnosti slovenskega zdravstvenega sistema?

Za ugotavljanje stanja kulturne kompetentnosti smo si zastavili več podvprašanj:

R1: Kako vidijo kulturno kompetentnost slovenskega zdravstvenega sistema eksperti, predstavniki ključnih deležnikov ter vodilni kadri v zdravstvenem sistemu?

R2: V kolikšni meri so storitve v zdravstvu, programi in materiali (prehrana, tiskane in elektronske informacije, možnost tolmačenja/medkulturne mediacije) dostopni in prilagojeni kulturni raznolikosti prebivalstva?

R3: V kolikšni meri zdravstvene ustanove podpirajo in omogočajo svojim zaposlenim izobraževanje s področja kulturne kompetentnosti?

R4: Kateri ukrepi na področju razvoja kulturne kompetentnosti zdravstvenega sistema so po mnenju ekspertov, ključnih deležnikov in vodilnih kadrov v zdravstvenem sistemu najnujnejši?

Odgovore na raziskovalna vprašanja smo se odločili raziskati z naturalističnim pristopom preko pretežno kvalitativne metodologije, ki jo predstavljamo v nadaljevanju.

1.4 Raziskovalna metodologija

V teoretičnem delu doktorske disertacije smo prikazali stanje na področju kulturne kompetentnosti zdravstvenega sistema v Sloveniji s pomočjo sistematičnega pregleda literature s tega področja, v empiričnem delu doktorske disertacije pa so prevladovala kvalitativne metode. Osrednja raziskava je potekala s pomočjo polstrukturiranih intervjujev, drugi, dopolnilni del raziskave pa je predstavljala analiza dokumentacije.

Vzorčenje sogovornikov za polstrukturirane intervjuje je potekalo neslučajnostno in namensko. Intervjuvali smo 50 oseb, med katerimi je bilo 14 predstavnikov ključnih deležnikov, kot so regulativna in nadzorna telesa (Ministrstvo za zdravje, Zdravniška zbornica, Zbornica zdravstvene nege, Lekarniška zbornica), plačnik zdravstvenih obravnav (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije) in osrednji organ za javno zdravje (Nacionalni inštitut za javno zdravje): Naslednjih 14 sogovornikov je bilo predstavnikov vodilnih kadrov izvajalcev zdravstvenih storitev na primarnem in sekundarnem/terciarnem nivoju zdravstvenega varstva (generalni in strokovni direktorji in vodilni kadri na področju

zdravstvene nege). Nadalje smo intervjuvali tudi 14 vodstvenih kadrov in strokovnjakov s področja prehrane v bolnišnicah ter 8 ekspertov s področja kulturne kompetentnosti v zdravstvu (raziskovalci, publicisti in predavatelji). Pridobljene podatke smo obdelali s pomočjo usmerjene vsebinske analize v orodju Atlas.ti.

Pri analizi dokumentacije je bil vzorec prav tako namenski in neslučajnostni. Predstavljala sta ga dva vira pisnih informacij za uporabnike zdravstvenih storitev. Prvi vir so bile informativne zloženke, na voljo na vstopnih točkah v zdravstvenih domovih ter na urgencah bolnišnic. V vzorec smo vključili zloženke iz sedmih zdravstvenih domov, sedmih bolnišnic ter iz ene nacionalne zdravstvene institucije. Analizirali smo jih s pomočjo kritične diskurzivne analize.

Drugi vir dokumentacije pa so predstavljale spletne strani 24 zdravstvenih institucij. Tri ustanove so predstavljale nacionalne ustanove - regulativni nivo zdravstvenega sistema, ostale pa izvajalce zdravstvenih storitev - operativni nivo. Med njimi je bilo dvanajst bolnišnic ter sedem zdravstvenih domov. Analizo spletnih strani smo opravili ročno s pomočjo lastnega seznama indikatorjev kulturne kompetentnosti (jezik spletnih strani, informacije o prehrani, informacije o duhovni oskrbi) in s pomočjo mednarodno priznanega kontrolnega seznama (WCAG Checklists 2019). Rezultate smo prikazali s pomočjo opisnih statističnih metod.

Zanesljivost rezultatov smo zagotovili z upoštevanjem priporočil, ki veljajo za kvalitativne raziskave. Eden izmed načinov za povečanje zanesljivosti je bila triangulacija. Uporabili smo več podatkovnih in metodoloških triangulacij. Poskrbeli smo tudi za saturacijo podatkov. Priporočila za zanesljivost zajemajo tudi predstavitev filozofskega in teoretičnega ozadja, na katerem temelji študija, ter jasen in natančen opis celotnega raziskovalnega procesa ter ugotovitev. Ta priporočila smo v disertaciji izpolnili. Naslednje pomembno načelo za zagotavljanje zanesljivosti je načelo reflektivnosti, kar pomeni, da mora raziskovalec stalno preverjati svoja stališča, predpostavke in predsodke ter njihov vpliv na pridobivanje in interpretacijo rezultatov (Mauthner in Doucet 2003; Kalu in Chola Bwalya 2017, 51). Tudi ta ukrep smatramo kot izpolnjen, saj smo med raziskavo nenehno izvajali refleksijo o svojih stališčih in pogledih, priložena pa je tudi izjava o reflektivnosti.

Omejitev raziskave vidimo predvsem v izboru sogovornikov. Predvidevamo, da so bile osebe, ki so se odločile za sodelovanje v raziskavi, bolj naklonjene tematiki kulturne kompetentnosti kot tiste, ki so sodelovanje odklonile. Poleg tega v raziskavo niso bili vključeni pacienti.

Omejitev je predstavljala tudi nova terminologija, kompleksnost področja ter raznoliko razumevanje obravnavane teme. Pomembna omejitev raziskave je tudi dejstvo, da je množico pridobljenih podatkov analizirala le ena oseba, doktorska kandidatka. Načeloma je za tovrstno kvalitativno raziskovanje pomemben timski pristop k analizi in interpretaciji podatkov, kar v naši raziskavi zaradi zahteve po samostojnem delu ni bilo možno.

1.5 Doprinos znanosti

Raziskava v okviru doktorske disertacije ponuja celovit pogled na stanje kulturne kompetentnosti slovenskega zdravstvenega sistema. Je prva raziskava, ki združuje poglede ključnih deležnikov različnih ravneh zdravstvenega sistema, pa tudi ekspertov s področja kulturne kompetentnosti v zdravstvu. Ti izsledki so podkrepjeni z dodatnimi analitičnimi metodami v naturalističnem okolju. Raziskava prikazuje stanje kulturne kompetentnosti slovenskega zdravstvenega sistema s pomočjo indikatorjev kulturne kompetentnosti, kot so razumevanje tega koncepta s strani vodilnih struktur, možnost pridobivanja kulturnih kompetenc preko izobraževanj ter prilagojenost materialov in storitev raznolikim skupinam pacientov. Identificira ovire za razvoj kulturne kompetentnosti v zdravstvu ter potrebne ukrepe, kot jih vidijo ključni deležniki ter eksperti. Ocena stanja je umeščena v teoretični okvir kontinuuma odzivov na raznolikost, kar predstavlja pomembno osnovo za ugotavljanje nadaljnjih potreb in določanje strategij za razvoj koncepta. Ob upoštevanju številnih teoretičnih izsledkov ter mednarodnih priporočil smo na podlagi naših izsledkov opredelili model razvoja, ki vsebuje številne strateške usmeritve za rast kulturne kompetentnosti. Izsledki predstavljajo tudi pomembno izhodišče za odpravljanje pomanjkljivosti in izboljšanje kulturne kompetentnosti v praksi. Nenazadnje lahko pričujoča disertacija prispeva k boljši ozaveščenosti in pripravljenosti na spremembe med vodstvenimi kadri ter ključnimi deležniki v zdravstvenem sistemu.

2 TEORETIČNA SPOZNAVANJA O KULTURNI KOMPETENTNOSTI V ZDRAVSTVU

2.1 Kultura, kulturna raznolikost in zdravje

Kultura je močno povezana z zdravjem, saj določa pogled posameznika ali skupine na zdravje, bolezen, mladost, staranje in druge življenjske pojave. Oblikuje odnos do zdravja in lastnega telesa, vpliva na vlogo pacienta in na pričakovanja, ki jih ta goji do zdravstva (Capell in Dean 2007). Kulturno ozadje vpliva na potek in doživljanje bolezni, na zdravstvene izide, na iskanje strokovne pomoči, na odziv na preventivne ali terapevtske intervencije (Kleinman in Benson 2006, 1673; Kirmayer 2012, 149), vpliva pa tudi na dostopnost in doživljanje ovir v zdravstvenem sistemu (Anderson idr. 2003; Lipovec Čebren in Pistotnik 2015, 106).

Strokovnjaki so soglasni, da je razumevanje povezav med kulturo in zdravjem v zdravstvu ključnega pomena (Napier idr. 2014, 1607). Ob tem je potrebno pojasniti, kaj pojmuje pod kulturo. Izraz kultura ima namreč mnogo pomenov. V vsakdanjem življenju je po eni strani ta izraz pogosto povezan z umetniškim udejstvovanjem, po drugi strani pa ga uporabljamo kot sinonim za označevanje etnične pripadnosti (Jelenc idr. 2016, 12). Je izmuzljiv, celo kaotičen koncept, ki ga je težko definirati (Smith 2000, 4). V strokovni literaturi označuje kultura zelo širok pojem, katerega definicije so odvisne od raziskovalnega področja (antropologije, sociologije, psihologije, jezikoslovja, ekonomije). Kljub razlikam pa je vsem definicijam skupno, da je kultura opredeljena kot abstraktna entiteta številnih vedenjskih vzorcev, vrednot in drugih človeško ustvarjenih konceptov, ki predstavljajo celoto (Dahl 2004, 1).

Pojmovanje kulture v zdravstvu je prav tako večplastno. Tudi tu je bila kultura vrsto let dojeta kot nekaj, kar je omejeno na etničnost in »raso«¹ (Butler idr. 2016, 49) ali kot nekaj, kar je le osebna stvar posameznika in njegovih bližjih (Jelenc idr. 2016, 12). Pri razumevanju kulture v zdravstvu je potrebna previdnost, saj je pogosto razumljena preveč poenostavljeno (Jongen idr. 2018a, 16). Kultura ni homogena - vsak posameznik je vpet v množico heterogenih kulturnih vplivov. Poenostavljeno pojmovanje kulture, predvsem pa enačenje kulture z etničnostjo in »raso«, ima za posledico stereotipe in predsodke (Jongen idr. 2018a, 18).

Kultura ni statični koncept, v katerega bi lahko umestili pripadnike določene skupine, da bi razumeli njihove vrednote in obnašanje (Almutairi idr. 2015, 318). Pri razumevanju kulture ima ključni pomen zavedanje, da nihče ne ustreza stereotipnim predstavam o določeni kulturi, temveč je vsak posameznik enkratna kombinacija raznolikih kulturnih vplivov, življenjskega toka ter izkušenj (Campinha-Bacote 2002, 182). Kulturna raznolikost obstaja tako tudi med pripadniki iste kulturne skupine (Almutairi idr. 2015, 318), hkrati pa so vsem kulturnim skupinam skupne ključne podobnosti (Purnell 2019, 98).

Danes bi morali v zdravstvenem sistemu razumeti kulturo kot integrirane vzorce razmišljanja, komunikacije, delovanja, navad, prepričanj in vrednot. Nanašajo se na posameznika, pa tudi na različne etnične in jezikovne skupine, kot tudi na skupine z verskimi, duhovnimi, geografskimi in sociološkimi značilnostmi (Cross idr. 1989, 13). Kultura je po naravi dinamična, posamezniki pa se lahko tekom življenja identificirajo z več različnimi kulturami (Office of Minority Health 2013, 10; Napier idr. 2014, 1609). Posledično je potrebno razumeti kulturno raznolikost ne le kot raznolikost v smislu etničnih, jezikovnih, geografskih in verskih ozadij, temveč kot raznolikost, ki zajema tudi množico duhovnih, materialnih, intelektualnih in čustvenih značilnosti družbe ali družbene skupine ter tudi načine sobivanja, življenjske sloge, sisteme vrednot, tradicije in prepričanja (UNESCO 2009, 20–21).

¹ Izraz »rasa« navajamo v narekovajih, saj je, biološko gledano, človeška rasa le ena. Izraz rasa je sociološki konstrukt, ki se uporablja za klasifikacijo ljudi, pogosto glede na njihove fenotipske značilnosti (Brace 1996, 106; Nayak 2006, 411; Banton 2010, 127).

Naraščajoča kulturna raznolikost predstavlja v zdravstvu svojevrsten izziv. Po eni strani je vpliv kulture na zdravje nedvoumen (Lipovec Čebren in Huber 2020, 68), po drugi strani pa je ravno sistematično zanemarjanje vpliva kulture na zdravje največja ovira pri doseganju visokih standardov zdravstvene oskrbe. Vpliva namreč na njeno razpoložljivost, dostopnost, sprejemljivost in kakovost (Napier idr. 2014, 1630).

Tudi samo zdravstvo s svojimi institucijami predstavlja specifično kulturo, saj noben sistem ni kulturno nevtralen, temveč vedno vpet v okolje, v katerem obstaja (Jelenc idr. 2016, 37). Po eni strani narekuje dominantna kultura tudi v zdravstvenem sistemu način obravnave ter vsebino in pomembnost prepoznavanja socialnih in kulturnih razlik (Kirmayer 2012, 149), po drugi strani pa se v sistemu oblikujejo specifični načini predpostavljjanja, razmišljanja ter ravnanja, kar opredeljujemo kot organizacijsko kulturo. Ta ima pomembno vlogo na odnos do potreb, dostojanstva in avtonomije uporabnikov zdravstvenega sistema (Mannion in Davies 2018).

2.2 Kulturna kompetentnost v zdravstvu

Kot odgovor na prepoznavanje vplivov kulture na zdravje, še bolj pa na prepoznavanje teh vplivov na ranljivost določenih skupin, se je v sedemdesetih in osemdesetih letih pričel razvijati koncept kulturne kompetentnosti (Saha idr. 2008, 1280). Tekom let se je razvil v multidimenzionalen koncept (Sue 2001), za katerega mnogi strokovnjaki menijo, da je ključni pogoj za doseganje enakosti in kakovosti v zdravstveni oskrbi (Chin 2000, 29; Anderson idr. 2003, 70; Betancourt idr. 2002, 2; Napier idr. 2014).

Podobno kot obstaja mnogo različnih definicij pojma kultura, obstaja tudi mnogo različnih definicij pojma kulturna kompetentnost in z njim povezanih pojmov. Če se najprej omejimo le na izraza kompetence in kompetentnosti, lahko ugotovimo, da obstaja skoraj toliko definicij kot je teoretikov, ki se ukvarjajo z njimi (Kohont 2005 v Lukšič-Hacin idr. 2011). Nekateri so mnenja, da je zaradi zmede na področju razumevanja teh terminov nemogoče navesti definicijo, ki bi zajela in vključila vse, kar s tem opisujemo (Delamare Le Deist in Winterton, 2005). Evropska komisija je v svojem dokumentu »Izobraževanje in usposabljanje 2020« (European Commission 2012) kompetence opredelila kot kombinacijo znanja, veščin in odnosov, ki se uporabijo v ustreznih okoliščinah za doseganje zelenih

ciljev. Nekateri smatrajo, da se kompetence nanašajo na posameznikovo zmožnost opravljanja delovnih obveznosti, kompetentnost pa se osredotoča na posameznikovo dejansko delovanje v določeni situaciji (McConnell 2001). Kompetentnost je drugje v literaturi opisana kot večdimenzionalni konstrukt, ki vključuje kompleksno interakcijo kognitivnih dejavnosti, povezanih z zbiranjem informacij ter obdelavo teh informacij za pretvorbo v reševanje problemov, čemur sledijo dejanja. Kompetentnost se obravnava kot integrativni koncept, saj upošteva ustrezne intelektualne vsebine, dejavnosti, ki jih je treba izvajati na določeni ravni uspešnosti, in situacije, v katerih je treba te dejavnosti izvajati (Roegiers in De Ketele 2000 v Fullerton idr. 2011, 6). Kompetentnost lahko opišemo tudi kot lastnost posameznika, organizacijske enote ali podjetja, ki se nanaša na zmožnosti uspešno opraviti naloge ali naročila (Majcen 2009). Vse pogosteje pa se govori tudi o kompetentnosti organizacije ali sistema kot večdimenzionalni strukturi, v katerem mora vladati kopica pogojev, da se omogoči uporaba kompetenc (Taatila 2004).

Ko govorimo o kulturni kompetentnosti, moramo tudi tu ugotoviti, da enotnega konsenza o tem konceptu v zdravstvu ni na voljo. To je rezultat in hkrati vzrok kompleksnosti področja (Jongen idr. 2018a, 4). Skupina ekspertov, ki je proučila 34 različnih definicij kulturne kompetentnosti, je ugotovila, da večinoma vse vsebujejo komponente samozavedanja, znanja o različnih kulturah ter specifične medosebne in klinične veščine, ki omogočajo učinkovito zdravstveno oskrbo. Vse definicije vsebujejo tudi navedbe o kulturni kompetentnosti kot o kontinuiranem, nikoli končanem, procesu samorefleksije in pridobivanja veščin (Tehee idr. 2020).

Kulturna kompetentnost je teoretični koncept, ustvarjen z namenom podpore prakse (Tehee idr. 2020). O njej govorimo predvsem v zdravstvu ter socialni oskrbi, medtem ko v ostalih panogah govorimo o upravljanju raznolikosti (diversity management). Kulturna kompetentnost v zdravstvu se nanaša predvsem na sposobnost sistemov, organizacij in osebja, da zadovoljijo potrebe raznolikih pacientov, družin in skupnosti, medtem ko se upravljanje raznolikosti nanaša predvsem na prakse zaposlovanja ter vodenja (Dreachslin idr. 2017, 137–174).

2.2.1 Zgodovinski razvoj koncepta kulturne kompetentnosti

V zdravstvu so se prvi koncepti, ki spominjajo na kulturno kompetentnost, nanašali predvsem na obravnavo točno določenih etnično-»rasnih« skupin, kot so Afroameričani, azijski Američani, špansko govoreči Američani (Latino) ter staroselci (raznoliki avtohtoni prebivalci severne Amerike, ki so jih v tem času označevali kot »Indijance«). Ta pristop je opredeljeval omenjene kulture kot entitete z več ali manj točno določenimi atributi, brez upoštevanja individualnih dejavnikov. Čeprav velja ta pristop kot zastarel in ovržen s sodobnimi antropološkimi spoznanji, je žal še vedno prisoten (Kirmayer 2012, 154–155).

V zgodnjih sedemdesetih letih prejšnjega stoletja se je pričel razvoj kulturne kompetentnosti kot orodja za soočanje z raznolikostjo in neenakostjo v Združenih državah Amerike. Glavne strategije v prvih letih razvoja kulturne kompetentnosti so se nanašale na medkulturna izobraževanja, osredotočena na uspešno premoščanje kulturnih razlik med zdravstvenimi delavci ter priseljenci z drugačnimi kulturnimi vrednotami ter jeziki (Saha idr. 2008, 1280). Veliko zaslug pri razvoju koncepta je imela Madeleine Leininger, pionirka na tem področju, ki je delovala v zdravstveni negi. Ustanovila je »transkulturno zdravstveno nego«, definirano kot znanost in prakso zdravstvene nege, ki je osredotočena na kulturne vrednote, prepričanja in navade posameznikov ali skupin iz različnih kultur. Cilj takšne nege je bila kulturno kongruentna zdravstvena nega (Murphy 2006, 143).

Koncept kulturne kompetentnosti se je nato v poznih osemdesetih in zgodnjih devetdesetih letih prejšnjega stoletja razvil na več ravneh. Populacija, na katero se koncept nanaša, se je razširila od imigrantov oziroma etničnih skupin na vse skupine ljudi, ki so izpostavljeni neenakosti. Nadalje je koncept prerasel vprašanja, strogo povezana le s kulturnim ozadjem ter pričel naslavljati socialne determinante zdravja ter pojave, kot so predsodki in stereotipi. Poleg tega se je razumevanje koncepta kulturne kompetentnosti razširilo iz kompetentnosti posameznika na kompetentnost zdravstvenih organizacij in sistemov (Saha idr. 2008, 1280).

Veliko zaslugo za opisan razvoj koncepta kulturne kompetentnosti je imel Cross s sodelavci. V znanstveni monografiji leta 1989 je ta skupina razvila že klasično in še danes najpogosteje citirano definicijo (Chiarenza 2012, 66; Jongen idr. 2018a, 1; Handtke idr. 2019, 2), poleg tega pa so ponudili kompleksnejšo razlago in teoretično podlago kulturne kompetentnosti v

okviru zdravstvenega sistema. Predstavili so model kulturne kompetentnosti, v katerem so jo definirali kot skupek skladnih vedenj, odnosov ter načel, prisotnih v sistemu pa tudi v organizaciji ali pri izvajalcih, ki omogočajo učinkovito delovanje v medkulturnih situacijah. Navedli so, da kulturno kompetenten sistem na vseh nivojih priznava in upošteva pomen kulture, ocenjuje medkulturne reakcije, širi tovrstno znanje in prilagaja storitve specifičnim, iz kulture izhajajočim potrebam. Kulturno kompetenten sistem je občutljiv na dinamiko, ki je posledica kulturnih razlik. Pridobivanje kulturne kompetentnosti so avtorji opredelili kot razvojni proces, ki je merljiv glede na doseganje specifičnih razvojnih mejnikov. Prvi korak v tem procesu so opredelili kot oceno obstoječega stanja kulturne kompetentnosti (Cross idr. 1989, 13).

V naslednjih desetletjih so se mnogi avtorji osredotočali na kulturno kompetentnost predvsem kot na veščine zdravstvenih delavcev, da na podlagi spoštovanja in razumevanja kulturnih razlik in posebnosti zagotavljajo učinkovito in prilagojeno zdravstveno oskrbo. Pojavili so se raznoliki modeli komponent in razvoja kulturnih kompetenc, ki jih predstavljamo v nadaljevanju.

Betancourt s sodelavci se je s svojo definicijo leta 2002 vrnil k vključevanju sistema. Kulturno kompetentnost je opredelil kot sposobnost sistema, da zagotavlja oskrbo in prilagajanje storitev pacientom z različnimi vrednotami, prepričanji in obnašanji tako, da so zadovoljene socialne, kulturne in jezikovne potrebe pacientov (Betancourt idr. 2002, 14). Ob tem obstaja v kulturno kompetentnem sistemu zavedanje, da obstaja znotraj posamične kulturne skupine mnogo več razlik kot med samimi skupinami ter da so razlike opredeljene z mnogimi dejavniki - ne le z etničnostjo, temveč tudi s starostjo, regijo, izobrazbo in drugimi vplivi (Engebretson idr. 2008, 174).

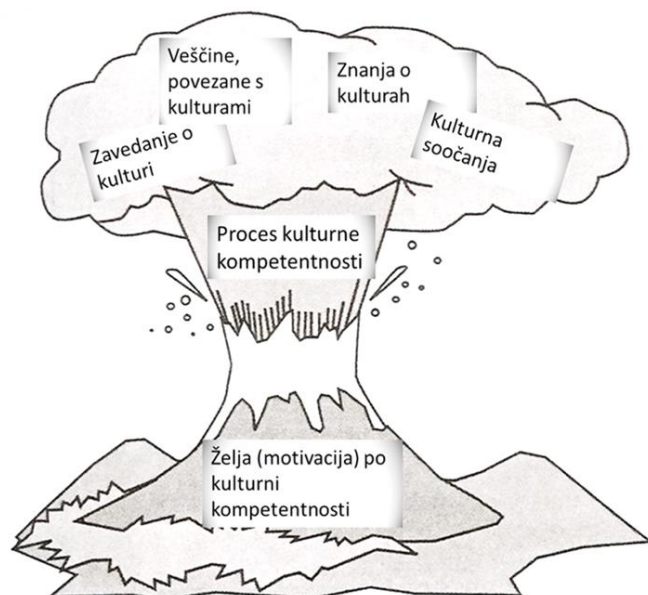
Kljub razvoju kulturne kompetentnosti kot koncepta, ki presega le kompetence posameznika, se mnogi avtorji še danes osredotočajo na kulturno kompetentnost predvsem kot lastnost zdravstvenih delavcev. Ena izmed pogostejših definicij kulturnih kompetenc, ki je navedena tudi v prvem slovenskem priročniku za razvijanje kulturnih kompetenc z naslovom »Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba« opredeljuje te kot »skupek znanj in veščin v odnosih z ljudmi, ki posamezniku omogoči, da izboljša svoje razumevanje, občutljivost, sprejemanje, spoštovanje in odzivanje na kulturne razlike in odnose, ki iz njih

izhajajo« (Berkeley Diversity 2015 v Jelenc idr. 2016, 15). Vendar je kulturna kompetentnost krovni izraz, ki vključuje tako veščine na ravni posameznika kot tudi značilnosti organizacijske ali systemske ravni zdravstvenega sistema, ki se nanašajo na politike ali postopke pri soočanju s kulturno raznolikostjo (Cai 2016, 269).

2.2.2 Modeli razvoja kulturne kompetentnosti

Teoretiki in raziskovalci kulturne kompetentnosti so soglasni, da je razvoj kulturne kompetentnosti dolgotrajen proces. Campinha-Bacote opisuje kulturno kompetentnost kot zahteven proces, ki potrebuje svoj čas (Campinha-Bacote 2002, 181) Simbolično ga primerja z vulkanom (slika 1), ki izbruhne, ko se pojavi želja in motivacija po kulturni kompetentnosti (Campinha-Bacote 2003, 181). Avtorica modela nadalje navaja, da poteka proces po psihološkem kontinuumu. Prične se z nezavedno nekompetentnostjo, ob pojavu želje pa pride do zavestne nekompetentnosti. Proces se nato nadaljuje preko zavestne kompetentnosti do podzavestne kompetentnosti (Campinha-Bacote 2003, 12). Te faze procesa navaja v svojem modelu tudi priznan teoretik kulturne kompetentnosti Larry Purnell (Purnell 2005, 11).

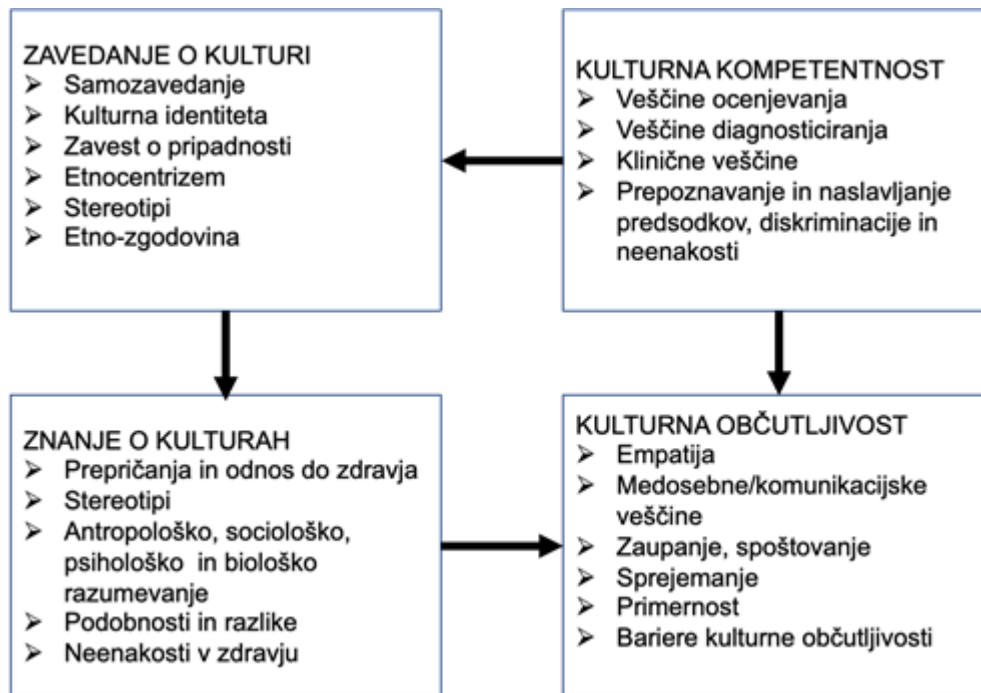
Slika 1: Model kulturne kompetentnosti po Campinha-Bacote



Vir: Campinha-Bacote 2003, 11

Avtorji Papadopoulos, Tilki in Taylor pa so leta 2006 predstavili model razvoja, ki temelji na vrednotah, kot so človekove pravice, medkulturni odnosi, etika in skrb za druge. Sestavljen je iz štirih faz oziroma konstruktov - zavedanja o kulturi, znanja o kulturah, kulturne občutljivosti ter kulturne kompetentnosti, ki prehajajo druga v drugo (slika 2).

Slika 2: Model razvoja kulturne kompetentnosti po Papadopoulos, Tilki in Taylor



Vir: Papadopoulos 2006, 10

Tudi Cross s sodelavci navaja, da proces pridobivanja kulturnih kompetenc ni nikoli končan, saj je, ne glede na stanje kulturne kompetentnosti, vedno priložnost za nadaljnji razvoj (Cross idr. 1989, 13). Njegova teorija razvoja je prva opredelila proces razvoja, ki velja tudi za sisteme in organizacije. Kulturna kompetentnost zdravstvenih delavcev namreč ni dovolj za kulturno kompetentno zdravstveno oskrbo, čeprav je v praksi temu posvečenih največ ukrepov (Bhui idr. 2007, 8). Usposabljanje zdravstvenih delavcev je le del kulturne kompetentnosti zdravstvenega sistema, a brez spremljajočih sistemskih in organizacijskih ukrepov za izboljšanje kulturnih kompetenc ni učinkovito (Betancourt idr. 2002, 14–15). Med kulturnimi kompetencami zdravstvenih delavcev ter celotno kulturno kompetentnostjo sistema ter organizacij sicer obstaja močna povezava. Zavezanost sistema/organizacije k

spoštovanju raznolikosti in nujenju kulturno kompetentne oskrbe vpliva na kulturne kompetence zdravstvenih delavcev in obratno (Truong idr. 2014, 14).

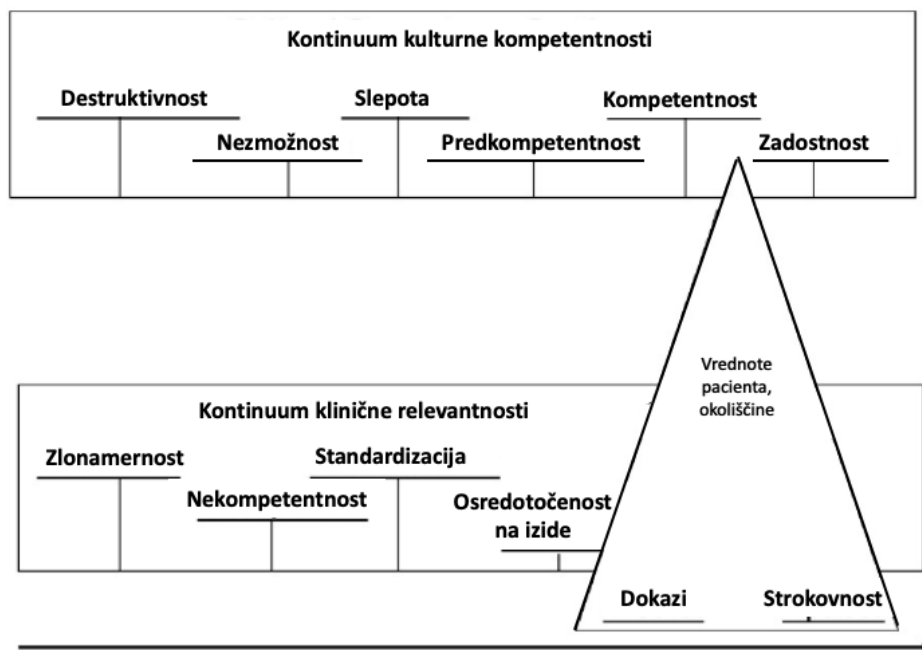
Cross ter sodelavci so proces razvoja kulturne kompetentnosti prikazali s pomočjo premice različnih odzivov na kulturno raznolikost. S pomočjo te premice naj bi lažje opredelili, v kateri fazi razvoja kulturne kompetentnosti se nahaja sistem ali organizacija. Navedli so naslednje odzive (Cross idr. 1989, 13–18):

- **Kulturna destruktivnost:** Najbolj negativni odziv na kulturno raznolikost je kulturna destruktivnost, za katero je značilno, da so odnosi, stališča in praksa razdiralni do različnih kulturnih skupin. Značilen je kulturni genocid - namensko uničevanje določene kulture. V takšnem sistemu velja mnenje, da so pripadniki določene kulture superiorni in da je potrebno ostale kulture »izbrisati«. Sistem omogoča dominantni kulturi kontroliranje, izkoriščanje ter sistematično uničenje manjšinskih kultur.
- **Kulturna nezmožnost:** Pri tem odzivu so v sistemu še vedno močno prisotni predsodki in diskriminacija. Določene skupine in pripadajoči posamezniki veljajo za manjvredne, dominantna kultura jih obravnava pokroviteljsko in podcenjevalno. V sistemu se pogosto pojavlja segregacija, rasistični odzivi, neutemeljen strah pred drugačnimi, ignoranca ter diskriminacija pri zaposlovanju in obravnavi.
- **Kulturna slepota:** Sredina kontinuuma je opredeljena kot kulturna slepota. Pri tem odzivu vlada v sistemu na površini filozofija enakosti. Opredeljuje jo prepričanje, da je raznolikost nepomembna in zanemarljiva ter da smo vsi enaki. V takšnem sistemu velja predpostavka, da je možno aplicirati tradicionalne pristope večinske kulture na enak način na vse prebivalstvo, s čimer je vsem zagotovljena enakost. Storitve so pogosto etnocentrične in s tem nedostopne in neučinkovite za manjšinske kulture, krivda za to pa se pripisuje predvsem njim samim. Uspeh ali izid obravnave se meri predvsem glede na to, v kakšni meri se obravnavana oseba približa srednjemu razredu večinske populacije. Še vedno obstaja institucionalni rasizem, zaradi katerega so pripadniki manjšin pogosto prikrajšani na področju dodatnega pridobivanja znanj, položajev ter storitev.

- **Kulturna predkompetentnost:** Pozitivni pol soočanja s kulturno raznolikostjo se prične s kulturno predkompetentnostjo. Pri tem se v sistemu pojavi prvo zavedanje o ovirah, pojavijo se poskusi prvih izboljšav za določene skupine. V sistemu se pojavijo improvizirane rešitve, povezovanje s pripadniki manjšin ter prva izobraževanja na področju kulturne kompetentnosti. Sistem želi zagotavljati človekove pravice ter stremi h kakovosti. Pojavljajo se številna vprašanja, kako približati storitve vsem skupinam prebivalstva in prične se pomik proti kulturni kompetentnosti. V tej fazi se lahko pojavi nekaj pasti, ki onemogočajo napredek. To je lahko na primer lažen občutek, da je cilj že dosežen, kadar se uveljavi boljše rešitve le za posamezno skupino ali vključi asimiliranega predstavnika manjšine. Po drugi strani lahko pride do izgube interesa za razvoj, kadar določena izboljšava ni prinesla željenega uspeha.
- **Kulturna kompetentnost:** Za kulturno kompetentnost je značilna pozitivna naravnost in spoštovanje različnosti, nenehna kritična refleksija in samoocenjevanje, zavezanost k razumevanju in upoštevanju različnosti. Vlada zavedanje, da obstajajo številne manjšinske kulture in subkulture, ki se jim je potrebno približati, ter številni modeli obravnave, namenjeni zagotavljanju potreb manjšinskih kultur. V sistemu obstaja močna podpora zaposlenim za pridobivanje kulturnih kompetenc, povezovanje in aktivno vključevanje manjšinskih skupin pri odločanju in oblikovanju strategij obravnave je vsakdanje. Za kulturno kompetentni sistem je značilno, da je zavezanost h kulturno kompetentni obravnavi opredeljena že v temeljnih aktih sistema.
- **Napredna kulturna kompetentnost (zadostnost):** Najbolj pozitiven pol kontinuuma se imenuje napredna kulturna kompetentnost oziroma kulturna zadostnost. Sistem je osredotočen na kulturno raznolikost, je zagovornik kulturne raznolikosti ter si prizadeva za izboljšane odnose v celotni družbi. Zaposluje strokovnjake s področja kulturne kompetentnosti ter vlaga v poglobljeno znanje, raziskave ter razvoj za nenehno izboljševanje pristopov do kulturno raznolikih skupin.

Crossov model razvoja kulturne kompetentnosti so avtorji Engebretson, Mahonez in Carlson leta 2008 dopolnili z vzporednim modelom klinične relevantnosti, s čimer so prikazali povezavo med kulturno kompetentnostjo in z dokazi podprto zdravstveno oskrbo (slika 3).

Slika 3: Model kulturne kompetentnosti in z dokazi podprte zdravstvene oskrbe



Vir: Engebretson idr. 2008.

Avtorji poudarjajo, da sta stanje in razvoj kulturne kompetentnosti odvisna od mnogih dejavnikov, med katerimi so izjemno pomembni odnos, strategija in prakse v sistemu. Za razvoj naj bi odnos presešel etnocentrizem in predsodke. Strategija naj bi bila fleksibilna in kulturno nevtralna. Prakse naj bi postale bolj kongruentne s kulturo posameznika vse od vstopa do izstopa iz sistema (Engebretson idr. 2008). Pri razvoju lahko in morajo sodelovati vsi nivoji v sistemu (ključni deležniki, uprava, izvajalci, uporabniki) (Cross idr. 1989, 18).

Kontinuum razvoja kulturnih kompetenc je predstavljen tudi v prvem slovenskem priročniku za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev, ki navaja tri faze. Kulturna destruktivnost je tu opredeljena kot »popolno negiranje drugih kultur; nasilno vsiljevanje kulturnih obrazcev vladajoče kulture, kulturno in celo fizično uničenje drugačnih«. Predkompetentno stanje je opredeljeno kot »prizadevanje za spoštovanje človekovih pravic;

želja po prilagajanju; želja po boljšem razumevanju drugih kultur; vključevanje skupnosti v sprejem odločitev; začetek politik vključevanja drugačnih«. Zadnja faza na tem kontinuumu je rast kulturnih kompetenc, za katero je značilno »spoznavanje drugih kultur; spoštovanje pravice do drugačnosti; sposobnost samorefleksije in opazovanja lastne kulture; prilagajanje storitev potrebam uporabnikov, spoštovanje njihovih prepričanj, vrednot in želja; nenehna skrb za učenje in usposabljanje« (Jelenc idr. 2016, 11)

2.2.3 Kulturna kompetentnost zdravstvenega sistema

Zdravstveni sistemi so pogosto zaznamovani s formalnimi in neformalnimi ovirami, ki vplivajo na dostopnost zdravstvene obravnave. Ovire so lahko zakonodajne, komunikacijske, organizacijske, finančne, geografske in fizične narave (Chiarenza 2012, 77). Kulturna kompetentnost zdravstvenega sistema temelji na razumevanju teh ovir ter svojih slabosti in prednosti, kakor tudi na poznavanju potreb populacije, ki jo obravnava (Truong idr. 2014, 14). Kulturno kompetenten zdravstveni sistem odpravlja razlike v dostopnosti do zdravstvenih storitev in neenakost v obravnavi, kar pomembno vpliva na kakovost zdravstvene oskrbe (Anderson idr. 2003, 70). Za doseganje teh učinkov je nujno potrebno, da je kulturna kompetentnost integrirana v vse komponente sistema (Cross idr. 1989, 19), kar je možno doseči le s sistematičnimi, skladnimi, več-nivojskimi ukrepi. Ti morajo zajemati posameznega zdravstvenega delavca, tim, organizacijo in vse ostale komponente sistema (Ferlie in Shortell 2001), saj se kulturna kompetentnost zdravstvenega sistema odraža na več nivojih. Na organizacijskem nivoju se odraža kot osredotočenost na zagotavljanje in negovanje kulturne raznolikosti zdravstvenih delavcev in vodstva; na sistemskem nivoju kot osredotočenost na strukturne procese zdravstvene oskrbe; na kliničnem nivoju pa kot osredotočenost na omogočanje in zagotavljanje pridobivanja kulturnih kompetenc izvajalcev zdravstvene oskrbe (Betancourt idr. 2002, 14–15). Z drugimi besedami: kulturna kompetentnost zdravstvenega sistema in njegovih organizacij se odraža preko organizacijskih vrednot, vodenja, planiranja, evalvacije, komunikacije, razvoja kadrov, organizacijske strukture ter storitev (Kirmayer 2012, 151).

S stališča sistemske kulturne kompetentnosti ima kulturna prilagoditev storitev in programov središčni pomen (Cross idr. 1989, 21) in predstavlja pomemben indikator kulturne kompetentnosti zdravstvenega sistema (Jongen idr. 2018a, 75). Če programi niso

prilagojeni kulturnemu ozadju skupine, kateri so namenjeni, ne morejo biti učinkoviti (Resnicow idr. 2000). Raziskave na področju mentalnega zdravja, na primer, kažejo, da so programi in storitve, namenjeni specifičnim kulturnim skupinam, do štirikrat bolj učinkoviti kot splošni programi ter dvakrat bolj učinkoviti, če so podani v materinem jeziku posamezne kulturne skupine kot v uradnem jeziku države (Griner in Smith 2006). Sistematični pregled raziskav, ki so obravnavale kulturno kompetentne storitve in programe, je pokazal, da se strategije prilagajanja nanašajo predvsem na tri področja: na lokalno okolje, na kulturne značilnosti ter na jezik (Jongen idr. 2018a, 80).

Kulturno kompetenten zdravstveni sistem pripomore k varnejši, učinkovitejši, pravočasni in k pacientu osredotočeni zdravstveni oskrbi (Betancourt idr. 2005). Pripomore tudi k izboljšanju zdravstvene pismenosti in zmanjšanju ranljivosti manjšinskih skupin (Powell 2016). V kulturno kompetentnih sistemih lahko preprečimo številne komunikacijske nesporazume, s čimer povečamo zaupanje v zdravstveno oskrbo (Paternotte idr. 2015), preprečimo napake pri zdravljenju, zmanjšamo potrebo diagnostičnih testov ter preprečimo neprimerno uporabo resursov (Anderson idr. 2003, 70).

Pogoji za razvoj kulturne kompetentnosti v zdravstvenem sistemu so pozitivna naravnost do različnosti in spodbujanje kulturno kompetentne zdravstvene oskrbe, izvajanje samovrednotenja, razumevanje dinamike kulturnih interakcij, posredovanje znanja v delovnem okolju ter prilagoditev zdravstvene oskrbe različnim kulturnim skupinam (Cross idr. 1989, 19–21). To je možno le znotraj sistema, ki prepoznava ovire in ima motivacijo za izboljšanje storitev v skladu s kulturnimi potrebami (Cross idr. 1989, 13). Poleg tega pa zahteva razvoj tudi zrelost in pripravljenost na spremembe drugih prepletajočih se sistemov, pa tudi celotne družbe (NTAC in NASMHPD 2004, 6). Zato je pomembno, da se pri razvoju kulturnih kompetenc zdravstvenega sistema upošteva in vključi tudi predstavnike drugih sistemov, predvsem socialnega in šolskega sistema, pa tudi finančnega in političnega sistema ter da je razvoj kulturne kompetentnosti tudi cilj celotne družbe (Napier idr. 2014, 1633–1634; Jongen idr. 2018a, 80).

2.2.4 Pravne in etične podlage kulturne kompetentnosti v zdravstvu

Zahteva po kulturno kompetentnem zdravstvenem sistemu ni nadstandardna, temveč temelji na osnovnih človekovih pravicah in socialni pravičnosti, kar bi moralo predstavljati tudi temelje sodobne družbe (Douglas idr. 2014, 109).

Pravice do kulturno kompetentne zdravstvene obravnave opredeljuje vrsta mednarodnih konvencij. Že Splošna deklaracija človekovih pravic, ki jo je sprejela Generalna skupščina Organizacije združenih narodov v Parizu 10. decembra 1948, govori o tem, da je »vsakdo upravičen do uživanja vseh pravic in svoboščin, zapisanih v tej deklaraciji, brez vsakršnega razlikovanja, zlasti glede na raso, barvo kože, spol, jezik, vero, politični ali drugi nazor, narodno ali družbeno poreklo, premoženje, rojstvo ali katerokoli drugo okoliščino.« (Splošna deklaracija človekovih pravic 1948, 2. čl.) Med te pravice spadajo tudi pravice do socialne varnosti, do uresničevanja kulturnih pravic, ki so nepogrešljive za človeško dostojanstvo, ter do zdravstvene oskrbe (Splošna deklaracija človekovih pravic 1948).

Mednarodni pakt o ekonomskih, socialnih in kulturnih pravicah, ki ga je sprejela Generalna skupščina Združenih narodov leta 1966, pa govori o tem, da je potrebno vsakomur priznavati pravico do najvišjega dosegljivega standarda fizičnega in mentalnega zdravja (Organizacija združenih narodov 1966). Doseganje teh standardov pa brez upoštevanja vpliva kulture na zdravje ni mogoče (Napier idr. 2014, 1630). Svet Združenih narodov za ekonomske, socialne in kulturne pravice v podrobnejši obrazložitvi pravice do najvišjega dosegljivega standarda fizičnega in mentalnega zdravja med drugim navaja, da se ta pravica nanaša na dostopnost zdravstvenih ustanov, ki jo opredeljujejo štiri dimenzije: ne-diskriminacija, fizična dostopnost, ekonomska dostopnost ter dostopnost do informacij. Poleg tega morajo biti vse zdravstvene ustanove spoštljive do etičnih ter kulturnih načel in spoštovati kulturo posameznikov, manjšin ter drugih družbenih skupin (United Nations Economic and Social Council 2000, 4–5).

Tudi Mednarodna konvencija o odpravi vseh oblik »rasne« diskriminacije opredeljuje prepoved in odpravo »rasne« diskriminacije v vseh njenih oblikah in zajamčene pravice enakosti pred zakoni vsakomur, ne glede na »raso«, barvo kože, narodno ali etnično poreklo, med drugim tudi kadar gre za pravice do ugodnosti, ki jih dajejo zdravstveno varstvo in

zdravstvene ustanove (Združeni narodi 1965, 5. čl. e) iv). Podobno opredeljuje Evropska direktiva o »rasni« enakosti pravico do enake obravnave ne glede na »rasno« ali etnično ozadje vsem ljudem, tudi v zdravstvu, hkrati pa poziva, da je potrebno na različnih področjih, med njimi na področju zdravstva, narediti še več za boj proti diskriminaciji (Direktiva Sveta 2000/43/ES).

Deklaracija o promociji pacientovih pravic v Evropi, izdana s strani Evropskega Urada Svetovne zdravstvene organizacije, govori bolj konkretno o pravicah pacientov. Poudarja pomembnost enake dostopnosti do zdravstvene oskrbe za vse, ki živijo v določeni državi ali geopolitičnem območju ter poziva k odstranitvi nepravičnih in diskriminatornih ovir, najsi bodo finančne, geografske, kulturne, sociološke ali psihološke. Navaja pravice, kot so pravice do spoštovanja moralnih, kulturnih, verskih in filozofskih vrednot ter do zdravstvene oskrbe, ki mora biti zagotovljena v luči tega spoštovanja (WHO 1994).

Na evropskem nivoju govori o pravicah v povezavi s kulturnim ozadjem tudi kasnejša Evropska listina o pravicah pacientov. V tej listini so navedene pravice do kulturne, jezikovne in verske raznolikosti kot osnovne človekove pravice, nadalje pa je opredeljenih 14 pravic pacientov, med katerimi omenjajo pravico do dostopnosti zdravstva, pravico do informacij, pravico do individualne obravnave ter pravico do varnosti. Ob tem je navedeno, da je potrebno zagotoviti pravice ne glede na raznolikost potreb, bodisi zaradi starosti, spola, vere, socialno-ekonomskega statusa, pismenosti itd. Opredeljene so tudi pravice do aktivnega državljanstva, med katere spada tudi pravica do sodelovanja pri določanju zdravstvenih politik (Active Citizenship Network 2002). Evropska ekonomska in socialna komisija je v svojem mnenju leta 2008 te pravice priznala ter opozorila na pomen njihovega izvrševanja. Med drugim to mnenje govori tudi o dostopnosti do personaliziranih informacij (zagotavljanje informacij v jeziku pacienta ter o dostopnosti do celotne košarice zdravstvenih storitev ne glede na socialni ali ekonomski položaj pacienta (European Economic and Social Committee 2008).

Kulturno kompetentnost posredno ali neposredno opredeljujejo tudi številni strateški dokumenti mednarodnih organizacij izvajalcev zdravstvene oskrbe. Svetovna zdravniška organizacija (WMA – World Medical Association), na primer v Deklaraciji iz Osla o socialnih determinantah zdravja navaja, da so socialni, kulturni, okoljski in drugi dejavniki

tisti, ki prispevajo k bolezni ter neenakosti v zdravju. Opozarja na potrebo po naslavljanju in upoštevanju socialnih determinant zdravja in poziva k enakemu dostopu in visoki kakovosti zdravstvene oskrbe za vse (World Medical Association 2020). Na področju zdravstvene nege pa Mednarodni svet medicinskih sester (ICN – International Council of Nurses) v svojem pozicijskem dokumentu o kulturni in lingvistični kompetentnosti navaja stališče, da imajo vsi uporabniki pravico do kulturno in klinično primerne zdravstvene nege. Medicinske sestre morajo biti vedno in povsod zavezane zagovorništvu in spoštovanju človekovih pravic, še posebno pri ranljivih skupinah kot so ženske, otroci, starejši, begunci in stigmatizirane skupine. Kulturno kompetentnost naj demonstrirajo preko samozavedanja o lastnem kulturnem ozadju, znanja in razumevanja drugačnosti, sprejemanja in spoštovanja kulturnih razlik, prilagajanja storitev in zagotavljanja kulturi primerne zdravstvene nege. Ob tem opozarjajo, da sprejemanje in spoštovanje kulturne raznolikosti in prilagajanje zdravstvene nege ne sme imeti za posledico kršenje etičnih in strokovnih standardov ter osnovnih človekovih pravic, kot so določene s konvencijami (International Council of Nurses 2013).

Osnovne zahteve po kulturni kompetentnosti izhajajo že iz moralnih in etičnih vrednot v zdravstvu (Paasche-Orlow 2004; Engebretson idr. 2008, 173) in so opredeljene tako z mednarodnimi kot z nacionalnimi etičnimi kodeksi in zavezami različnih izvajalcev zdravstvene dejavnosti. Tako na primer Etični kodeks Mednarodnega sveta medicinskih sester, prenovljen v letu 2021, navaja, da morajo medicinske sestre zagotavljati okolje, v katerem se priznavajo in spoštujejo človekove pravice, vrednote, navade ter verska in duhovna prepričanja posameznika, družine in skupnosti. Zagotoviti morajo, da pacienti in svojci prejmejo razumljive, pravilne, zadostne in pravočasne informacije na način, ki upošteva njihovo kulturo pa tudi jezikovne, kognitivne in fizične potrebe ter psihično stanje pacienta. Izvajati morajo torej na človeka osredotočeno, kulturno kompetentno zdravstveno nego, ki je občutljiva za vrednote, navade in prepričanja ljudi, brez predsodkov ali nepravilne diskriminacije. (International Council of Nurses 2021). Mednarodni kodeks etike delovnih terapevtov pa prav tako izpostavlja princip enakosti in nediskriminacije ter opozarja na naslavljanje kulturne raznolikosti (International Commission on Occupational Health 2014, 7, 11).

Ob navajanju etičnih podlag kulturne kompetentnosti pa je potrebno omeniti, da obstajajo tudi področja etike, kjer kulturna kompetentnost trči na omejitve, ne glede na to, da je v večini pogledov podprta z etičnimi načeli zahodne medicine (Paasche-Orlow 2004).

Kulturno kompetentnost narekujejo tudi akreditacijski standardi kakovosti zdravstvene oskrbe, katerih namen je spodbujanje kakovostne, učinkovite, skladne in najsodobnejše zdravstvene oskrbe (Ferlie in Shortell 2001). Pridobitev akreditacij ni pravno zavezujoča, vendar z njimi organizacija izraža odličnost in kakovost, v nekaterih državah pa je z njimi povezano tudi plačilo storitev (Ferlie in Shortell 2001, 301). Tako navaja mednarodni akreditacijski standard za zdravstvene organizacije AACI (American Accreditation Commission International) v standardu 10, ki govori o pacientovih pravicah, da mora:

»zdravstvena organizacija zagotoviti, da se s pacientom in obiskovalci ves čas ravna spoštljivo in dostojanstveno. To vključuje tudi priznavanje kulturnih in duhovnih občutljivosti pacienta in njegove skupnosti. Zdravstvena organizacija mora zagotoviti dostop do duhovne oskrbe ali nasveta, ki zadovoljuje potrebe pacientov in njihovih obiskovalcev, z izvajanjem posebnega medkulturnega izobraževanje za osebje, kadar tako narekujejo potrebe, prav tako pa mora upoštevati kulturne in duhovne potrebe pri ocenjevanju storitev in uvajanju novih« (AACI 2013, 38–39).

2.2.5 Vrednotenje kulturne kompetentnosti

Kot omenjeno, je za kulturno kompetenten zdravstveni sistem značilno vrednotenje lastne kulturne kompetentnosti (Betancourt idr. 2002, 15). Vrednotenje je kritičnega pomena za ugotavljanje obsega doseženih ciljev, ki se nanašajo na integracijo kulturnih kompetenc v vsakdanjo prakso na vseh nivojih delovanja sistema (Castillo in Guo 2011, 211–212).

V literaturi se večina raziskav omejuje na vrednotenje kulturnih kompetenc posamičnih zdravstvenih delavcev, redkeje se ukvarjajo s proučevanjem in vrednotenjem kulturne kompetentnosti sistemov oziroma organizacij. Kulturna kompetentnost se v vseh primerih običajno meri s samovrednotenjem (Gozu idr. 2007; Loftin idr. 2013). V ta namen obstaja mnogo različnih orodij, vendar nobeno izmed njih ni primerno, validirano in standardizirano za vsako situacijo (Castillo in Guo 2011, 213). Poleg tega je tovrstno vrednotenje subjektivno in zato podvrženo pristranskosti (Gozu idr. 2007, 14; Constantine in Ladany

2000; Cartwright idr. 2008). Tako je bilo na primer s sistematičnim pregledom literature, v katerem so primerjali samooceno kulturne kompetentnosti zdravnikov z zunanjim opazovanjem, ugotovljeno, da se po zunanji oceni ravno najmanj kulturno kompetentni zdravniki najboljše ocenjujejo (Davis idr. 2006). Izkazalo pa se je, da so tudi instrumenti za opazovanje kulturne kompetentnosti nezanesljivi in generirajo rezultate z nizko znanstveno vrednostjo (Jager idr. 2020).

Za ocenjevanje kulturne kompetentnosti sistema in/ali organizacije se priporoča večdimenzionalno merjenje s pomočjo različnih metod, kot so na primer intervjuji, fokusne skupine, strokovni nadzori in anketiranje (Jongen idr. 2018a, 129), neposredno opazovanje (Deardorff 2011), analiza dokumentacije (Bowen 2009) ali sodelovanje zunanjih profesionalnih ocenjevalcev ter uporabnikov zdravstvenih storitev (The Lewin Group 2002).

Bolj kot način vrednotenja se s strani regulativnih in akreditacijskih teles priporoča, katera področja naj se vrednoti in s kakšnimi indikatorji (Substance Abuse and Mental Health Services Administration 2014). Tako na primer ameriško ministrstvo za zdravje (The Health Resources and Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services) podaja naslednje domene, ki se morajo vrednotiti v sistemu ali organizaciji: organizacijske vrednote, vodenje, mehanizmi in procesi planiranja in vrednotenja, komunikacija, razvoj kadrov, organizacijska struktura ter storitve oziroma intervencije (The Lewin Group 2002). Podobno navaja tudi ameriška organizacija National Quality Forum (NQF), ki daje priporočila za kakovost zdravstva in zaščito pacientov. Njihov konsenz za merjenje in poročanje o kulturni kakovosti organizacij navaja 6 področij, ki jih je potrebno ocenjevati. To so vodstvo, integracija kulturne kompetentnosti na vseh nivojih, kulturna raznolikost in izobraževanje zaposlenih, povezovanje z lokalnim okoljem, komunikacija med pacienti in izvajalci ter izvajanje in povezovanje storitev (National Quality Forum 2009).

Jongen in sodelavci v svojem kompleksnem predlogu modela razvoja kulturne kompetentnosti za njeno vrednotenje na nivoju sistema in organizacij med drugim priporočajo oceno stališč zastopnikov ključnih deležnikov v zdravstvu, samooceno o zagotavljanju kulturam prilagojenih storitev ter dostopnost do zdravstvenih storitev (Jongen idr. 2018a, 129).

2.2.6 Kritični pogled na koncept kulturne kompetentnosti

Koncept kulturne kompetentnosti v zdravstvu pa prinaša s seboj tudi nekaj pasti. Nevarnosti, ki smo jih že omenili, so predvsem, da se kultura interpretira kot nekaj statičnega, da se interpretira le v smislu »rase« in etničnosti, da se zanemari raznolikost znotraj kulturnih skupin, ter da se neenakost upravičuje s kulturnimi razlikami (Carpenter-Song idr. 2007, 1363; Jelenc idr. 2016, 11–12). Konstrukt prihaja s strani zdravstva, ki je v poziciji moči, in se osredotoča na kulturne razlike ranljivih, manjšinskih skupin od večinske populacije, namesto da bi se osredotočala na dejavnike na strani zdravstvenih delavcev, kot so stereotipi in predsodki (Boutin-Foster idr. 2008; Jongen idr. 2018a, 121–122). S tem obstaja nevarnost, da sam koncept prispeva k neravnovesju moči, saj postavlja lastno in večinsko kulturo v dominanten položaj (Jongen idr. 2018a, 121–122), medtem ko vse ostale obravnava kot deviacijo od »normalnega« (Grenier 2020). Strokovnjaki opozarjajo, da je osnova kulturne kompetentnosti predvsem razumevanje in kritična refleksija do lastne kulture, prepričanj, vrednot, izkušenj, obnašanj in komunikacije (Gozu idr. 2007; Boutin-Foster idr. 2008; Jongen idr. 2018a, 122; Halbwachs 2019).

2.2.7 Pomen raziskovanja kulturne kompetentnosti v zdravstvu za socialno gerontologijo

Socialna gerontologija se kot veda ne osredotoča le na starejše, temveč proučuje vse generacije ter obdobja življenjskega toka, saj je staranje mogoče razumeti le ob celostnem pristopu. Tako se socialni gerontologi posvečajo raznolikosti in neenakosti na različnih področjih ter proučujejo potrebe raznovrstnih starostnih, etničnih in socialnih skupin preko celotnega življenjskega toka (Putney idr. 2005, 100). Prepoznavanje raznolikosti in neenakosti v vseh življenjskih obdobjih je celo osrednjega pomena za razvoj socialne gerontologije (Putney idr. 2005, 90), zato je raziskovanje kulturne kompetentnosti v zdravstvu s strani socialnih gerontologov povsem upravičeno. To je posebno pomembno v luči ugotovitev, da se bodo potrebe zdravstvene obravnave starejših v Sloveniji v naslednjih letih signifikantno povečale (Vrhovec in Tajnikar 2016). Ovsenikova s sodelavci je že pred leti opozorila, da mora obvladovanje sprememb slediti spremembam demografske logike in družbene človečnosti. Izpostavila je, da v Sloveniji manjka raziskav pri delu s starejšimi in za starejše ter izpostavila potrebo po razvoju na tem področju (Ovsenik idr. 2012).

Tudi če se osredotočimo na ožji pogled kulturne kompetentnosti le v povezavi s starejšimi, naletimo na množico dokazov, ki govorijo v prid temu konceptu. Evropski okvir ključnih kompetenc za zdravstvene in socialne delavce, ki delajo s starejšimi, opozarja na kulturno raznolikost ter na dejstvo, da se v zdravstvu in pri socialnem delu vse pogosteje srečujemo z ljudmi iz drugačnih kultur. Kulturne kompetence tu niso izpostavljene kot samostojne kompetence, temveč kot integrirane v vse ostale kompetence (Dijkman idr. 2016, 8–9). Pozivi h kulturni kompetentnosti so opazni tudi na področju institucionalne dolgotrajne oskrbe. Domovi starejših postajajo vse bolj raznoliki, ne le glede na stanovalce, temveč tudi glede na osebje, kar se bo v prihodnosti zaradi pomanjkanja osebja in s tem nujnosti »uvažanja« kadrov še poglobilo. Razvijanje kulturne kompetentnosti je zato za tovrstne ustanove ključno (EAN 2021, 16).

Pomen kulturne kompetentnosti pri zdravstveni obravnavi starejših potrjujejo številne raziskave. Tako je na primer raziskava med študenti zdravstvene nege pokazala, da je kulturna kompetentnost močno povezana s pozitivnim odnosom do starostnikov, saj je bila pri študentih z višjo stopnjo kulturne kompetentnosti verjetnost pozitivnega odnosa 12-krat večja kot pri tistih, ki teh kompetenc niso imeli (Beard idr. 2004). Raziskava organizacijske kulturne kompetentnosti v desetih domovih za starejše občane v ZDA pa je nakazala na množico problemov ob pomanjkanju tovrstne kompetentnosti - med njimi so izpostavili premajhno poznavanje raznolikosti starejših, komunikacijske ovire, minimizacijo in generalizacijo razlik, prikrito diskriminacijo ter neprimeren odziv organizacij na probleme. Kot rešitev so navedli vrsto strategij za izboljšanje kulturne kompetentnosti, in sicer z edukacijskimi aktivnostmi na vseh organizacijskih nivojih kot prvimi (Parker in Geron 2007). Na Norveškem pa je bilo preko študije primerov ugotovljeno, da je kulturno občutljiv in kompetenten pristop zdravstvenih in socialnih delavcev najpomembnejši dejavnik pri zagotavljanju dostojanstva starejših (Minde 2015). Tak pristop je še posebno pomemben pri obravnavi obolelih za demenco (Dilworth-Anderson idr. 2012; Antelius in Plejert 2016).

Razvoj in negovanje kulturne kompetentnosti sta zelo pomembna tudi v paliativni oskrbi, saj prepričanja, vrednote ter izkušnje vplivajo na predstave o umiranju in smrti (Mazanec in Tyler 2003; Chettih 2012; Saccomano in Abbatiello 2014; Martin in Barkley 2016). Pri paliativni oskrbi obstajajo velike potrebe po občutljivosti in razumevanju kulturnih razlik.

Zdravstvene organizacije bi morale narediti več v smeri spoštovanja in zagotavljanja kulturno kompetentne oskrbe umirajočih (Bloomer idr. 2019).

Nenazadnje je kulturno občutljiv ter kompetenten pristop pomemben ne le pri zdravstveni in socialni obravnavi starejših, temveč tudi pri raziskovanju na področju socialne gerontologije. To je potrebno posebno tedaj, kadar se uporabljajo orodja in metode, razvite v drugih državah ali pri drugačnih skupinah (Ingersoll-Dayton 2011).

2.3 Slovenski zdravstveni sistem

2.3.1 Organizacija in osnovne značilnosti slovenskega zdravstvenega sistema

V Sloveniji je zdravstveno varstvo splošna pravica, ki temelji na načelu solidarnosti (Ministrstvo za zdravje 2021a). Slovenski zdravstveni sistem spada med sisteme socialnega zdravstvenega zavarovanja (Albreht idr. 2016, xv). Gre za Bismarckov tip zdravstvenega sistema, ki ga je Slovenija uvedla kmalu po osamosvojitvi (WHO 2020, xi). Sistem se večinoma financira iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, za katerega obstaja kot edini ponudnik Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) (Ministrstvo za zdravje 2016). ZZZS-ju plačujejo prispevke delovno aktivne osebe, tako delodajalci kot delojemalci, in sicer v progresivnih deležih bruto dohodka. Preko sistema družbene solidarnosti pa je poskrbljeno tudi za osebe brez dohodka, saj javni proračuni pokrivajo obvezno zdravstveno zavarovanje tudi za tiste, ki si ne zmorejo sami pokrivati prispevkov (Pistotnik 2019, 70).

Obseg in vrste pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja so določene z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, podrobneje pa jih določajo Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja. Obstaja pa še prostovoljno zdravstveno zavarovanje, s pomočjo katerega se krije razlika do polne vrednosti zdravstvenih storitev, višji standard storitev ali pa dodatne storitve, ki niso zajete v obveznem zavarovanju (ZZZS 2021).

Po Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju ima vsakdo pravico do najvišje možne stopnje zdravja ter do zdravstvenega varstva. Hkrati ima vsakdo dolžnost

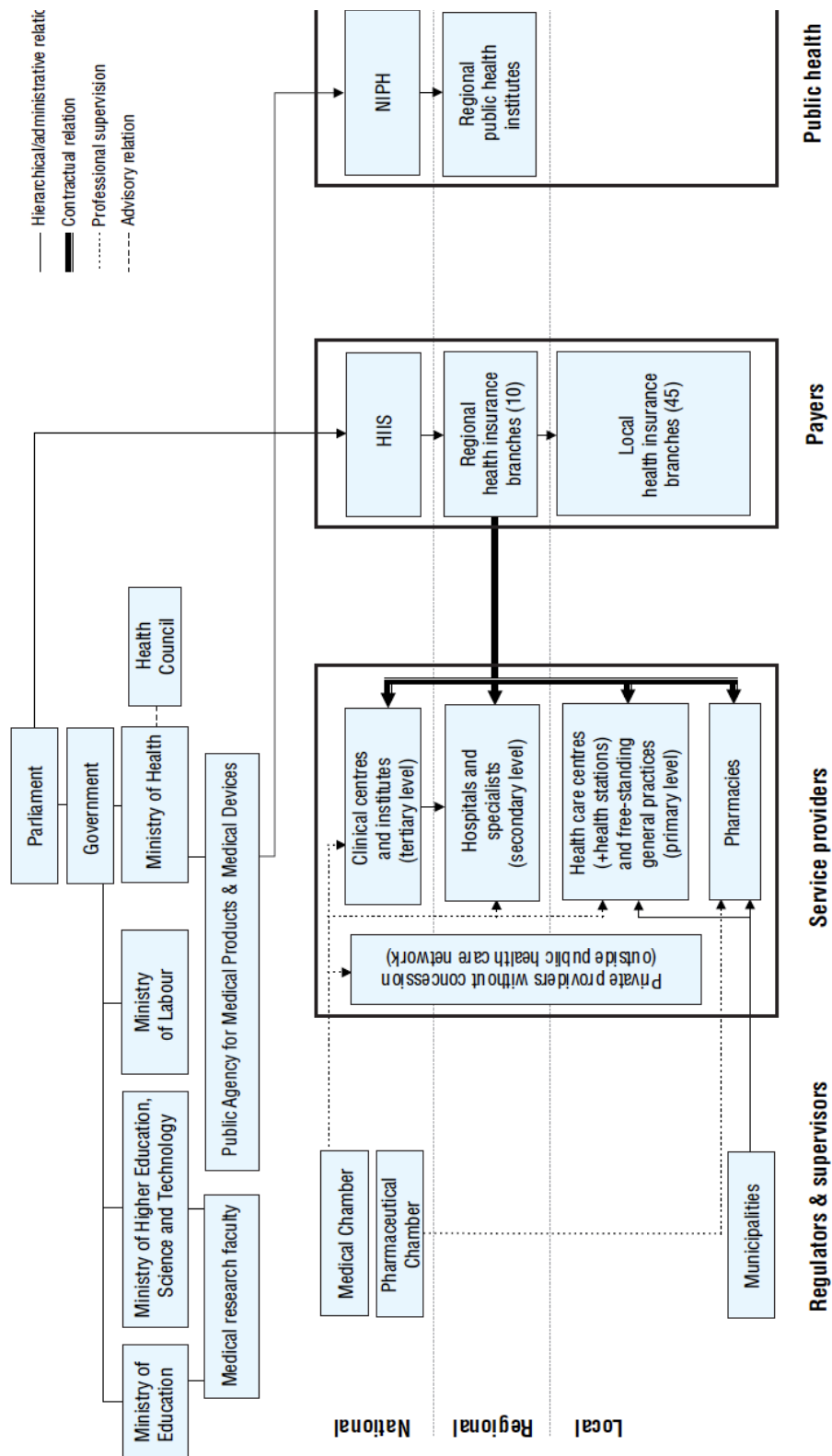
skrbeti za svoje zdravje ter prispevati k uresničevanju zdravstvenega varstva v skladu s svojimi možnostmi (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, čl.2).

Slovenski zdravstveni sistem je relativno centraliziran (Albreht idr. 2016, 29). Ključno regulativno vlogo v zdravstvenem sistemu ima Ministrstvo za zdravje, ki je lastnik, upravljavec in investitor vseh javnih bolnišnic in nacionalnih inštitutov pa tudi podeljevalec koncesij privatnih ustanov na področju zdravstvene dejavnosti (Albreht idr. 2016, xv–xvi). Tudi ostale administrativne in regulatorne funkcije so centralizirane (Nacionalni inštitut za javno zdravje, profesionalne zbornice ...), lokalne veje imajo običajno le izvršilno vlogo (Albreht idr. 2016, 30). Večina ustanov v slovenskem zdravstvenem sistemu je v javni lasti, počasi, a vztrajno pa potekajo tudi procesi privatizacije (Böhm idr. 2013, 268; Albreht idr. 2016, 30). Organiziranost slovenskega zdravstvenega sistema je prikazana na sliki 4.

V skladu z Zakonom o zdravstveni dejavnosti se v zdravstvenem sistemu opravljajo dejavnosti na treh nivojih: na primarni ravni, na sekundarni ravni (specialistična ambulantna in specialistična bolnišnična dejavnost) ter na terciarni ravni. Druge dejavnosti znotraj zdravstvenega sistema so še zdraviliška zdravstvena dejavnost, lekarniška dejavnost ter preskrba z ortopedskimi in drugimi pripomočki, preskrba s krvjo in krvnimi pripravki ter organi za presajanje in dejavnost javnega zdravja (Zakon o zdravstveni dejavnosti, čl. 2, 19–22).

Na spletnih straneh Ministrstva za zdravje je v zvezi z zagotavljanjem zdravstvenega varstva zapisano, da »v Sloveniji skrbimo za razvoj kakovostnega in vsem dostopnega javnega zdravstva, ki temelji na univerzalnosti, solidarnosti, enakosti, pravičnosti financiranja in varnosti zdravstvene oskrbe.« (Ministrstvo za zdravje 2021a). Poleg tega je navedeno, da »v Sloveniji upoštevamo mednarodno sprejeta načela kakovosti: uspešnost zdravstvenih posegov, varnost pacientov, pravočasnost zdravstvene oskrbe, učinkovitost in enakost v obravnavi. Hkrati stremimo k pravičnemu in učinkovitemu sistemu zdravstvenega varstva ter v središče vedno postavljamo pacienta« (Ministrstvo za zdravje 2021b).

Slika 4: Organiziranost slovenskega zdravstvenega sistema



Vir: Albreht idr. 2016, 17.

Opombe: HIIS=ZZZS, NIPH=NIJZ

2.3.2 Nacionalne etične in pravne podlage kulturne kompetentnosti

V Sloveniji so zdravstveni zavodi ter zdravstveni delavci zavezani k enakopravni in kakovostni oskrbi z Zakonom o pacientovih pravicah. Ta navaja, da se morajo pri uresničevanju pravic pacientov upoštevati načela, kot so spoštovanje vsakogar kot človeka in spoštovanje njegovih moralnih, kulturnih, verskih, filozofskih in drugih osebnih prepričanj, spoštovanje telesne in duševne celovitosti ter varnosti, varstvo največje zdravstvene koristi za pacienta, zlasti otroka, spoštovanje zasebnosti, spoštovanje samostojnosti pri odločanju o zdravljenju ter spoštovanje osebnosti in dostojanstva, tako da nihče ni socialno zaznamovan zaradi svojega zdravstvenega stanja in vzrokov, posledic ter okoliščin tega stanja ali zdravstvene oskrbe, ki jo je bil zaradi tega deležen (Zakon o pacientovih pravicah, čl. 3). Prepoveduje diskriminacijo in pravi, da ima pacient »pravico do enake obravnave pri zdravstveni obravnavi ne glede na spol, narodnost, raso ali etnično poreklo, vero ali prepričanje, invalidnost, starost, spolno usmerjenost ali drugo osebno okoliščino« (Zakon o pacientovih pravicah, čl. 7). Zakon določa tudi pravico do obveščenosti in sodelovanja. Zdravnik mora potrebne informacije »pojasniti pacientu v neposrednem stiku, obzirno, na pacientu razumljiv način oziroma skladno z individualnimi sposobnostmi sprejemanja informacij, v celoti in pravočasno« (Zakon o pacientovih pravicah, čl.20).

Pomembno podlago kulturni kompetentnosti postavlja Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja«, sprejeta v letu 2016, ki navaja, da:

»k neenakostim v zdravju prispeva tudi slabša dostopnost do kakovostne zdravstvene oskrbe posameznih skupin prebivalstva zaradi njihove drugačne etnične pripadnosti, slabega socialno-ekonomskega položaja (revni, brezposelni, osebe v negotovih zaposlitvah, starejši z nizkimi prihodki) ali različnih oblik oviranosti ali odvisnosti. Poleg ovir pri dostopu, s katerimi se sooča večina prebivalstva (na primer čakalne dobe), imajo ranljive skupine težave tudi zaradi geografske oddaljenosti, neprilagojenosti zdravstvenih ustanov za osebe z različnimi oviranostmi, doplačil za zdravstvene storitve in zdravila, stigmatiziranosti, jezikovnih in kulturnih razlik ter neprilagojenosti programov njihovim potrebam. Za te skupine je nujna senzibilizacija sistema zdravstvenega varstva za njihove specifične potrebe in prilagoditev tako zdravstvene obravnave kot zdravstvenih programov«.

Nadalje opredeljuje, da je za izboljšanje zdravja ter podaljšanje življenjske dobe:

»potrebno poglobljeno razumevanje kompleksnosti in prepletenosti vplivov širših socialno-ekonomskih, okolijskih, kulturnih in drugih dejavnikov ter individualnih danosti na zdravje posameznika in populacije. Ti dejavniki pomembno vplivajo na življenjski slog, dejavnike tveganja, koriščenje zdravstvenih in drugih storitev ter v končni fazi na obolevnost, umrljivost in pričakovano trajanje življenja.«

Zdravstveni delavci so zavezani k spoštovanju in upoštevanju kulturnih značilnosti pri svojem delu tudi preko kodeksov etike. Tako določa Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014) v svojem prvem načelu, da:

»dejavniki, kot so rasa, narodnost, veroizpoved, politično prepričanje, socialni položaj, starost, spol, spolna usmerjenost, zdravstveno stanje, invalidnost ne smejo kakorkoli vplivati na odnos do pacienta; pacienta je treba obravnavati individualno ter celostno. Upoštevati je potrebno njegove ne le fizične, ampak tudi psihične, socialne in duhovne potrebe ter spoštovati njegovo kulturo ter osebna prepričanja.«

Tudi v drugih načelih je pogosto zaslediti elemente, za katere so potrebne kulturne kompetence. Prav tako Kodeks zdravniške etike že v uvodu določa, da zdravnik »ne bo dopuščal nobenih razlik zaradi spola, rase, genetskih dejavnikov, življenjskega sloga, spolne usmerjenosti, vere, nacionalnosti, politične pripadnosti ali socialnega položaja.« (Slovensko zdravniško društvo in Zdravniška zbornica Slovenije 2016).

Nenazadnje v Sloveniji kulturno kompetentnost narekujejo tudi standardi kakovosti. Mednarodni akreditacijski standard za zdravstvene organizacije AACI, ki vsebuje določila o kulturni kompetentnosti, pridobivajo tudi slovenske ustanove (Halbwachs 2019, 70).

2.4 Ocena dosedanjih raziskovanj na področju kulturne kompetentnosti slovenskega zdravstvenega sistema

Literaturo na področju kulturne kompetentnosti v slovenskem zdravstvu smo pozorno spremljali že vse od pričetka priprav na naše raziskovanje v letu 2015, ko smo zaznali, da je to aktualno, vendar slabo raziskano področje.

Mnogo literature, ki posredno ali neposredno naslavlja kulturno kompetentnost v Sloveniji, je nastalo v okviru projekta »Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju - Skupaj za zdravje«. Ta je potekal v okviru Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ) v sodelovanju s številnimi sodelavci na področju preventive. Tako smo v letu 2015 zasledili publikacijo »Zaključki ocene potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle: poročilo izsledkov kvalitativnih raziskav in stališč strokovnih delovnih skupin«. Ta je vsebovala večplastno analizo ocene potreb zdravstveno marginaliziranih skupin prebivalstva, zdravih odraslih prebivalcev in bolnikov s kroničnimi boleznimi ter izvajalcev preventivnih programov za odrasle na primarni ravni zdravstvenega varstva (Farkaš Lainšček idr. 2015). Med drugim so ugotovili, da obstajajo v slovenskem zdravstvu številne ranljive skupine (brezposelni in prekarni, migranti, brezdomne osebe, uporabniki nedovoljenih drog, osebe s težavami v duševnem zdravju, Romi ter osebe z različnimi oblikami oviranosti), ki doživljajo mnogo ovir tako v dostopu do zdravstvenega sistema kot tudi znotraj njega. Kot pomembne ovire so navedli tudi kulturne in jezikovne ovire ter ovire v dostopu do informacij. Prepoznali so, da nastaja v zdravstvenih ustanovah mnogo kulturnih nesporazumov, ki poglobljajo kulturno distanco do ranljivih skupin. Ugotovili so tudi, da je vzrok za mnoge težave poleg pomanjkanja kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev tudi odsotnost usposobljenih tolmačev in kulturnih mediatorjev, zaradi česar je obravnava manj kakovostna. Navedli so, da se zdijo zdravstvene ustanove v Sloveniji na kulturno raznolikost povsem nepripravljene (Lipovec Čebren, et al., 2015).

V tistem času smo tudi sami opravili pilotsko raziskavo na področju kulturne kompetentnosti v zdravstveni negi, s katero smo potrdili, da je kulturna kompetentnost med intervjuvanimi vodilnimi medicinskimi sestrami nepoznan pojem, da izobraževanja na tem področju ne obstajajo ter da so potrebe velike (Halbwachs in Zurc 2016). V istem letu so tudi avtorji Filej in sodelavci preučevali raven kulturne kompetentnosti medicinskih sester ter njihov pogled na te kompetence. Prišli so do kontradiktorne ugotovitve, da se je večina anketiranih samoocenila kot kulturno kompetentne, obenem pa so tovrstne kompetence ocenile kot najmanj pomembno vrednoto izmed dvanajstih vrednot, ki naj bi jih imela medicinska sestra (2016).

Na področju kulturne kompetentnosti sta se v tem letu zgodili še dve pomembni prelomnici. Izšel je prvi slovenski priročnik za pridobivanje kulturnih kompetenc pri zdravstvenih

delavcih (Bofulin idr. 2016a), poleg tega pa še slovenski prevod Standarda za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi ranljivih skupin, skupaj z orodjem za samoocenjevanje zdravstvenih ustanov (Charenza idr. 2014). Prevajalki slednjega sta v uvodu pojasnili, da je uvedba in implementacija standarda ter orodja za samoocenjevanje potrebna iz več razlogov. Med njimi je skromno poznavanje zdravstvenih delavcev področja migracij ter potreb priseljencev in drugih etničnih skupin., zaradi česar so v standardu ta področja še posebno izpostavljena. Izpostavili sta tudi kulturne dejavnike, ki pogosto prispevajo k mnogim oviram v dostopu do zdravstva in pomembno določajo odnos zdravstvenih delavcev do drugačnih (Farkaš Lainščak in Lipovec Čebtron 2016, 21).

V naslednjem letu je izšel članek »Ko nujno postane nenujno« avtorice Lipovec Čebtronove, v katerem so bile povzete ugotovitve, da se priseljenci srečujejo z ovirami pri dostopu do zdravstvenega sistema in znotraj njega ter da rešitve niso sistematične, temveč odvisne od iznajdljivosti zdravstvenih delavcev. Ob tem je avtorica navedla, da so raziskovalci oblikovali predloge za različne systemske ukrepe na nacionalni in lokalni ravni, ki bi odpravili ovire, ter sodelovali v projektih, kot je bil pilotni projekt vpeljave medkulturne mediacije, oblikovanje Deklaracije o pomenu vpeljevanja medkulturnega mediatorstva v zdravstvene ustanove v Sloveniji ter usposabljanje in oblikovanje priročnika na področju kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev (Lipovec Čebtron, 2017).

Ob iskanju literature smo naleteli še na članek, ki je obravnaval tematiko jezikovnih ovir v zdravstvu. Avtorji so s kvantitativno raziskavo ugotovili, da se medicinske sestre pri svojem delu pogosto srečujejo s pacienti, ki ne govorijo slovensko. Izkazalo se je, da ob tem pogrešajo možnosti za vključevanje uradnega tolmača ter tudi sodelavcev, ki govorijo tuji jezik. Avtorji so nakazali potrebo po sistemskih rešitvah v smislu oblikovanja ustreznih strategij za premagovanje jezikovnih ovir, predvsem na primarni ravni zdravstvenega varstva (Milavec Kapun idr. 2017).

Ob pregledu literature smo torej ugotovili, da obstajajo podlage, ki govorijo o neenakosti v Sloveniji, o prisotnosti ranljivih skupin, o ovirah v zdravstvenem sistemu ter o potrebnih ukrepih. Vendar so se ugotovitve nanašale predvsem na preventivne programe, posamezne skupine prebivalstva ali na posamezna področja kulturne kompetentnosti.

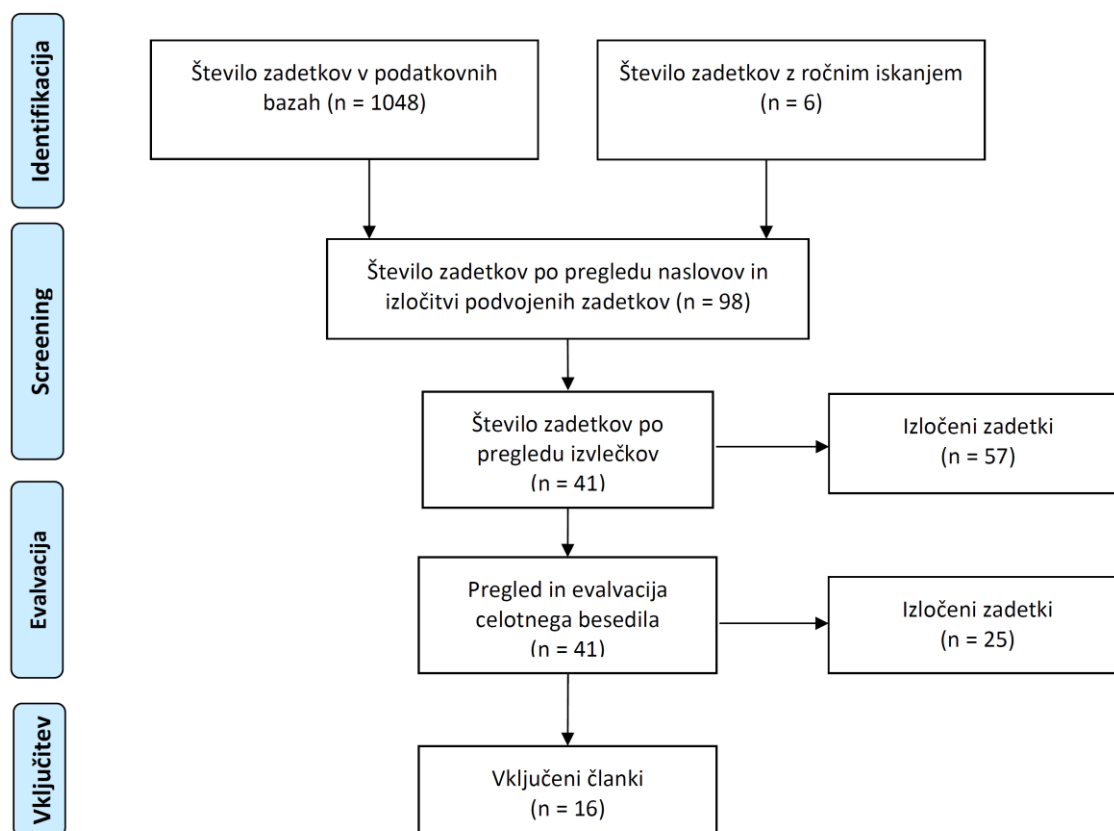
Vrzeli, ki smo jih zaznali v dotedanji literaturi, so se nanašale predvsem na celovito oceno stanja kulturne kompetentnosti zdravstvenega sistema. Definicija pravi, da kulturno kompetenten sistem priznava in upošteva pomen kulture ter da je občutljiv na dinamiko, ki je posledica kulturnih razlik. Poleg tega se v takšnem sistemu ocenjuje medkulturne reakcije, širi tovrstno znanje in prilagaja storitve specifičnim iz kulture izhajajočim potrebam (Cross idr. 1989). V kulturno kompetentnem sistemu obstaja zavedanje, da je znotraj posamične kulturne skupine mnogo več razlik kot med samimi skupinami ter da so razlike opredeljene z mnogimi dejavniki - ne le z etničnostjo, temveč tudi s starostjo, regijo, izobrazbo in drugimi vplivi (Engebretson idr. 2008, 174). Za celovito oceno stanja bi bilo torej potrebno ugotoviti, v kolikšni meri zdravstvo zaznava in upošteva pomen kulture ter ostale vrste raznolikosti, kakšni odnosi in stališča do te tematike vladajo v zdravstvu ter v kolikšni meri obstajajo storitve in programi, ki so prilagojeni raznolikim skupinam. Glede na obstoječe navedbe o prvih izobraževalnih programih in materialih s področja kulturne kompetentnosti smo videli tudi potrebo, da ocenimo možnosti in interes za širjenje tega znanja. Do določene mere je že bilo ugotovljeno, da obstajajo jezikovne in druge komunikacijske ovire ter da uporaba tolmačev in medkulturnih mediatorjev ni pogosta, vendar smo za našo oceno stanja želeli raziskati to področje bolj podrobno in ugotoviti, kakšen je pogled vodilnih struktur na pojavljanje in reševanje teh ovir.

Ob zaključevanju našega raziskovanja smo znova pregledali literaturo s področja kulturne kompetentnosti v zdravstvenem sistemu. Tokrat smo se osredotočili le na recenzirane in publicirane znanstvene raziskave s področja kulturne kompetentnosti zadnjih petih let. Pregled literature smo opravili v slovenskem in angleškem jeziku preko platform Cobiss Plus, Google Scholar in Bibliothek Uni Wien. Slednja nam je omogočila iskanje preko vseh pomembnih podatkovnih baz različnih znanstvenih ved. Iskanje je bilo omejeno na zadnjih 5 let (2016–2021), opravili smo ga aprila 2021. Uporabili smo tudi ročno iskanje - pregled člankov iz lastne zbirke datotek. Za iskanje po spletnih platformah smo uporabili različne kombinacije ključnih besed v slovenskem in angleškem jeziku s pomočjo Bolleanovih operaterjev. V tabeli 1 so prikazani vključitveni in izključitveni kriteriji, tabela 2 pa prikazuje postopek pregleda ter število zadetkov v posameznih fazah pregleda.

Tabela 1: Kriteriji sistematičnega pregleda literature

Kriterij	Vključitveni kriterij	Izključitveni kriterij
<i>tematika</i>	raziskave o kulturni kompetentnosti v zdravstvenem sistemu v Sloveniji	raziskave na področju šolstva, lokalne raziskave, po katerih ni moč sklepati na splošno stanje
<i>ključne besede v slovenskem jeziku</i>	kulturna kompetentnost, raznolikost, zdravstvo, zdravstveni sistem, ranljive skupine, Slovenija, ovire	
<i>ključne besede v angleškem jeziku</i>	cultural competence, diversity, disadvantaged groups, healthcare, healthcare system, Slovenia, barriers	
<i>vrsta članka</i>	izvirni znanstveni članek, pregledni znanstveni članek, znanstvene monografije	strokovni članek, članki brez recenzije, diplomske in magistrske naloge, strokovni priročniki
<i>leto publikacije</i>	2016–2021	starejše raziskave (do vključno 2015)
<i>jezik</i>	slovenski, angleški	ostali jeziki
<i>objava</i>	znanstvene publikacije z recenzijo	podvojene objave, objave v strokovnih in nerecenziranih publikacijah
<i>iskanje</i>	Google Scholar, Bibliothek Uni Wien, Cobiss Plus, ročno iskanje	

Tabela 2: Prikaz sistematičnega pregleda literature po modelu PRIZMA



Vir: Moher idr. 2009.

V tabeli 3 (str. 37–41) prikazujemo rezultate, ki smo jih pridobili s sistematičnim pregledom novejšje literature na področju kulturne kompetentnosti v slovenskem zdravstvu.

V letu 2016 smo poleg že prej omenjenih raziskav na področju kulturne kompetentnosti v zdravstveni negi (Halbwachs in Zorc 2016, Filej idr. 2016) našli še dodatno raziskavo avtoric Jakič in Rotar Pavlič, ki sta raziskovali percepcijo priseljencev na zdravstveno obravnavo v družinski medicini. Ugotovili sta, da prva generacija priseljencev znatno bolj pogosto kot splošna populacija meni, da je bil zdravnik specialist družinske medicine do njih neprijazen ter da si ni vzel dovolj časa zanje. Ta populacija je imela tudi več težav z razumevanjem navodil zdravnika (2016).

V letu 2017 smo z našim načinom iskanja našli že omenjeno raziskavo avtorice Lipovec Čebren o ovirah, s katerimi se srečujejo migranti (2017). Našli pa smo tudi članek avtoric

Starc in Erjavec, ki sta proučevali vpliv izobrazbe na pogled medicinskih sester do kulturne raznolikosti. Ugotovili sta, da medicinske sestre s fakultetno izobrazbo (BA, MA) posvečajo več pozornosti raznolikosti pacientov ter da so bolj pogosto mnenja, da potrebujejo več znanja na tem področju (2017).

Z našimi kriteriji nismo našli raziskav, ki bi izšle v letu 2018. V letu 2019 pa je bilo izdanih največ raziskav v proučevanem obdobju. V tem letu sta namreč izšli dve znanstveni monografiji, ki sta naslavljali področje kulturne kompetentnosti. V monografiji z naslovom *Women, Migrations and Health - Ensuring Transcultural Healthcare* smo prepoznali dva članka, ki govorita o izkušnjah migrantk z našim zdravstvenim sistemom. V eni so ugotovili, da se je 8 % migrantk že srečalo z diskriminacijo ali nasiljem ob zdravstveni obravnavi, večina pa jih ni imela težav (Bogataj idr. 2019). Iz druge raziskave pa izhaja, da večina migrantk ni imela slabih izkušenj z zdravstvenim sistemom, prevladovale pa so predvsem jezikovne ovire (Prosen idr. 2019). Prav te in še nekaj drugih kulturnih ovir pa naslavlja monografija z naslovom *Večjezično zdravje: Komunikacijske strategije in večkulturni stiki s tujejezičnimi bolniki v slovenskem zdravstvenem sistemu*. Analiza anket, ki jo je izpolnilo 546 zdravstvenih delavcev, je pokazala, da je imelo 94 % anketiranih redne stike z uporabniki zdravstvenega sistema, ki ne znajo slovensko. Komunikacijske težave so najpogosteje reševali z govorjenjem tujega jezika, z ad hoc tolmači, s sporazumevanjem s pomočjo mimik in gest, z medjezikovnim sporazumevanjem ter s spletnimi prevajalniki. Raba profesionalnih tolmačev je bila redka (Pokorn 2019). Milavec Kapun je nadalje ugotavljala, s katerimi tujimi jeziki se srečujejo zdravstveni delavci ter kakšno je njihovo znanje tujih jezikov. Izkazalo se je, da predvsem medicinske sestre, pogosteje kot zdravniki in zobozdravniki, ne znajo tujih jezikov oziroma jih govorijo le na osnovni ravni (2019). V monografiji je objavljena tudi kvantitativna raziskava, ki je proučevala medkulturne nesporazume. V njej so ugotovili, da so zdravstveni delavci medkulturne nesporazume zaznavali, vendar so bili pri njihovem reševanju prepuščeni sami sebi. Strategije, ki so jih prepoznali kot najbolj potrebne, so bile uvedba medkulturnih mediatorjev, e-možnosti prevajanja (mobilne aplikacije, spletni prevajalnik), priročniki (slovarji) in usposabljanje s področja kulturnih kompetenc (Lipovec Čebren 2019). Monografijo zaokroža še raziskava Pistočnikove, ki je ugotavljala prisotnost ovir in težav, s katerimi so se srečevali nedržavljeni v našem zdravstvenem sistemu. Med njimi so bile pomanjkljivo razumevanje navodil za

zdravljenje, odsotnost dopolnilnega ali obveznega zavarovanja, neizbran osebni zdravnik, nepoznavanje zdravstvenega sistema v Sloveniji ter administrativne prepreke (2019).

V letu 2019 smo nadalje zasledili raziskavo avtoric Lipovec Čebren in Bombač o izkušnjah nosečih migrantk z zdravstveno oskrbo pri nas. Ugotovili sta, da se srečujejo predvsem s tremi skupinami ovir: dostopom do zdravstvene oskrbe, pomanjkljivim informiranjem o pravicah v zdravstvenem sistemu in z jezikovnimi ovirami (2019). V istem letu je bila objavljena tudi naša lastna raziskava, ki se je nanašala na raven kulturne kompetentnosti v slovenskem zdravstvu s pomočjo sistematičnega pregleda literature. Kljub majhnemu številu raziskav smo ugotovili, da se slovensko zdravstvo srečuje z veliko izzivi, povezanimi s kulturno raznolikostjo in da je potrebno nadaljnje raziskovanje ter ukrepi na vseh ravneh - sistemski, organizacijski ter klinični ravni (Halbwachs 2019).

Avtorici Lipovec Čebren in Huber sta nadalje leta 2020 objavili raziskavo, ki je analizirala uvajanje izobraževalnega programa na področju kulturne kompetentnosti ter pogled udeležencev na njegovo koristnost. Navedli sta, da se v praksi socio-kulturne dimenzije zdravja ne upoštevajo dovolj ter da le izobraževanja ne morejo nadomestiti potrebnih sistemskih sprememb na vseh nivojih zdravstvenega sistema. V istem letu je izšla tudi monografija, ki je zopet naslovljena neenakosti in ranljivosti v zdravju v Sloveniji. Ugotovili so, da obstajajo številne, zelo heterogene skupine, ki se v zdravstvenem sistemu soočajo z mnogimi strukturnimi ovirami. Izpostavili so starejše prebivalce, priseljence ter tujejezične prebivalce, osebe z različnimi oblikami oviranosti, socialno-ekonomsko deprivilegirane posameznike in družine, otroke in mladostnike z različnimi ranljivostmi, brezposelne, zdravstveno nezavarovane, Rome, osebe s težavami v duševnem zdravju, uporabnike nedovoljenih drog, brezdomne osebe, osebe zasvojene z alkoholom, žrtve nasilja v družini ter zapornike, vključno z bivšimi zaporniki (Huber idr. 2020).

Zasledili smo še raziskavo, ki je govorila o izvajanju medkulturne mediacije v zdravstvenih domovih v okviru projekta Krepitev zdravja za vse. Medkulturne mediatorke so opravile številne intervencije, predvsem v jezikovni kombinaciji slovenščina-albanščina, število intervencij je stalno naraščalo (Škraban 2019).

Novejše raziskave torej potrjujejo, da obstaja v Sloveniji mnogo heterogenih skupin, ki se v zdravstvenem sistemu soočajo z ovirami v dostopu do sistema zdravstvenega varstva ter znotraj njega (Huber idr. 2020). Nekatere raziskave kažejo, da te ovire niso pogoste, kljub temu pa so resne (Bogataj idr. 2019), druge opozarjajo na to, da so ovire številne, vendar pogosto nezaznane s strani zdravstvenega sistema (Huber idr. 2020). Najpogostejše so jezikovne ovire (Prosen idr. 2019; Pokorn 2019), nesporazumi zaradi kulturnega ozadja pa so manj pogosti (Pistotnik 2019). V zadnjih letih so se pojavili projekti za izboljšanje kulturne kompetentnosti v zdravstvu, predvsem na področju izobraževanja (Lipovec Čebren in Huber 2020) in medkulturne mediacije (Škraban, 2020). Kljub temu bo potrebno še veliko naporov in sistemskih sprememb, da bi se v zdravstvu pričele upoštevati socio-kulturne dimenzije zdravja ter odpravile ovire v dostopu (Lipovec Čebren in Huber 2020).

Tudi ob pregledu novejših raziskav, ki so potekale vzporedno z našo, smo ugotovili, da naša raziskava zapolnjuje vrzel v znanosti. Naša raziskava ugotavlja odnos, stališča in poznavanje kulturne kompetentnosti nekaterih izmed najbolj ključnih oseb v zdravstvenem sistemu, kot so predstavniki odločevalcev, regulativnih teles ter vodstvenih kadrov različnih ustanov. Vključuje tudi pogled strokovnjakov, poznavalcev področja, kar je dodatno obogatilo naša dognanja. Poleg tega smo podrobneje proučili konkretne prilagoditve določenih materialov in storitev raznolikim skupinam, česar do sedaj nismo zasledili v drugih raziskavah.

Področje jezikovnih ovir je bilo raziskano vzporedno z našo raziskavo, vendar s pomočjo kvantitativne metodologije. Tudi v tem primeru smo z našo kvalitativno raziskavo lahko ponudili poglobljene izsledke in ugotovitve, predvsem v smislu odnosov in stališč do te problematike.

Tabela 3: Rezultati sistematičnega pregleda literature s področja kulturne kompetentnosti slovenskega zdravstvenega sistema

Avtor	Naslov članka	Objavljeno v	Leto izdaje	Metodologija	Ugotovitve
Škraban Juš	Raziskava o izvajanju medkulturne mediacije v zdravstvenih domovih v letu 2019: Izsledki aktivnosti projekta Krepitev zdravja za vse	Javno zdravje	2020	mešane metode	V letu 2019 je medkulturno mediacijo 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. 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.
Ivanka Huber, Uršula Lipovec Čebren, Sara Pistotnik (ur)	Neenakosti in ranljivosti v zdravju v Sloveniji: kvalitativna raziskava v 25 okoljih	Neenakosti in ranljivosti v zdravju v Sloveniji: kvalitativna raziskava v 25 okoljih (znanstvena monografija)	2020	kvalitativna raziskava na podlagi intervjujev	Obstajajo številne zelo heterogene skupine, ki se v zdravstvenem sistemu soočajo z mnogimi strukturnimi ovirami, vključno z ovirami v dostopu do zdravstvenih ustanov in drugih institucij. Te skupine so starejši prebivalci, priseljenci ter tujejezični prebivalci, osebe z različnimi oblikami oviranosti, socialno-ekonomsko deprivilegirani posamezniki in družine, otroci in mladostniki z različnimi ranljivostmi, brezposelni, zdravstveno nezavarovani, Romi, osebe s težavami v duševnem zdravju, uporabniki nedovoljenih drog, brezdomne osebe, osebe zasvojene z alkoholom, žrtve nasilja v družini, zaporniki in bivši zaporniki ... Ovire so številne, od sistemskih na področju zdravstvenega zavarovanja, geografske oddaljenosti do zdravstvenih ustanov, težav pri navigaciji skozi zdravstveni sistem, do kulturnih in jezikovnih ovir.

Avtor	Naslov članka	Objavljeno v	Leto izdaje	Metodologija	Ugotovitve
Uršula Lipovec Čebren, Ivanka Huber	Cultural competence and Healthcare. Experiences from Slovenia	Etnološka tribina	2020	mešane metode	Članek predstavlja uvajanje programov za pridobivanje kulturnih kompetenc v zdravstvu ter pogled udeležencev na izobraževanje. Kritična analiza kaže na to, da kljub naporom ni zagotovljeno, da se v praksi upoštevajo socio-kulturne dimenzije zdravja ter da se odpravijo ovire v dostopu. Izobraževanja sama ne morejo nadomestiti potrebnih sistemskih sprememb na vseh nivojih zdravstvenega sistema.
Urška Bogataj, Mirko Prosen, Igor Karnjuš, Doroteja Rebec, Sabina Ličen	Curent Issues and Future Possibilities for Improving Healthcare for Migrant women in Slovenia	Women, Migrations and Health-Ensuring Trans-cultural Healthcare (znanstvena monografija)	2019	mešane metode	Večina migrantk, ki so sodelovale v raziskavi, so imele slabo znanje slovenskega jezika. Večina jih v zdravstvenem sistemu ni imela težav, vendar jih je 8 % že doživelo diskriminacijo ali nasilje ob zdravstveni obravnavi.
Mirko Prosen, Sabina Ličen, Urška Bogataj, Doroteja Rebec, Igor Karnjuš	Migrant Womens perspectives on reproductive Health Issues and their Healthcare Encounters	Women, Migrations and Health-Ensuring Trans-cultural Healthcare (znanstvena monografija)	2019	kvalitativna raziskava na podlagi intervjujev	Migrantke večinoma nimajo slabih izkušenj v našem zdravstvenem sistemu, ki je superioren v primerjavi s sistemom v njihovi domovini, prevladujejo pa jezikovne ovire. Kulturna občutljivost je pomembna lastnost zdravstvenih delavcev, ki morajo stremeti k pridobivanju kulturnih kompetenc.
Helena Kristina Halbwachs	Kulturna kompetentnost zdravstvenega sistema	Medkulturna oskrba v zdravstvu (znanstvena monografija)	2019	pregled literature	Raziskav, ki obravnavajo organizacijsko ali sistemsko raven kulturne kompetentnosti v slovenskem zdravstvu, je izjemno malo. Usmerjene so predvsem v prepoznavanje potreb različnih kulturnih in socialnih skupin ter prepoznavo pomanjkljivosti. Ugotovljeno je, da se slovensko zdravstvo srečuje z veliko izzivi, povezanimi s kulturno raznolikostjo, ki zahtevajo ukrepe tako na sistemski in organizacijski kot tudi klinični ravni.

Avtor	Naslov članka	Objavljeno v	Leto izdaje	Metodologija	Ugotovitve
Nike Pokorn	Reševanje jezikovnih ovir v slovenskem zdravstvu: analiza stanja	Večjezično zdravje: Komunikacijske strategije in večkulturni stiki s tujejezičnimi bolniki v slovenskem zdravstvenem sistemu (znanstvena monografija)	2019	kvantitativna raziskava na podlagi vprašalnikov	94 % anketiranih zdravstvenih delavcev ima redne stike z uporabniki zdravstvenega sistema, ki ne znajo slovensko. Komunikacijske težave se najpogosteje rešujejo z govorjenjem tujega jezika, ad hoc tolmačev, sporazumevanjem s pomočjo mimik in gest, medjezikovnim sporazumevanjem, spletnimi prevajalniki. Med ad hoc tolmači prevladujejo ožji sorodniki, tudi otroci. Raba profesionalnih tolmačev je redka.
Marija Milavec Kapun, Nike K. Pokorn	Jezikovne kompetence zdravstvenih delavcev	Večjezično zdravje: Komunikacijske strategije in večkulturni stiki s tujejezičnimi bolniki v slovenskem zdravstvenem sistemu (znanstvena monografija)	2019	kvantitativna raziskava na podlagi vprašalnikov	Medicinske sestre pogosteje kot zdravniki in zobozdravniki ne znajo tujih jezikov oziroma jih govorijo le na osnovni ravni. Tudi v regijah blizu državne meje, je težko predvidljivo, katere jezike bodo govorili neslovensko govoreči pacienti v določeni regiji. Na primer v obalno-kraški regiji je italijanščina najpogostejši jezik, ki ga uporabljajo neslovensko govoreči pacienti, vendar so hrvaški, angleški in albanski jezik tudi skoraj tako pogosto uporabljeni jeziki.
Sara Pistotnik	Pravni statusi ne-državljanov in z njimi povezane ovire pri dostopu do zdravstvene obravnave	Večjezično zdravje: Komunikacijske strategije in večkulturni stiki s tujejezičnimi bolniki v slovenskem zdravstvenem sistemu (znanstvena monografija)	2019	kvantitativna raziskava na podlagi vprašalnikov, analiza zakonodaje	Največje ovire pri obravnavi tujejezičnih uporabnikov so pomanjkljivo razumevanje navodil za zdravljenje, odsotnost dopolnilnega ali obveznega zavarovanja, neizbran osebni zdravnik, nepoznavanje zdravstvenega sistema v Sloveniji, administrativne prepreke in druge. Te težave so povezane predvsem z organizacijo in delovanjem slovenskega zdravstvenega sistema, medtem ko je preprek, povezanih s kulturnimi nesporazumi, manj.

Avtor	Naslov članka	Objavljeno v	Leto izdaje	Metodologija	Ugotovitve
Uršula Lipovec Čebtron	Medkulturni (in drugi) nesporazumi v zdravstvu	Večjezično zdravje: Komunikacijske strategije in večkulturni stiki s tujejezičnimi bolniki v slovenskem zdravstvenem sistemu (znanstvena monografija)	2019	kvantitativna raziskava na podlagi vprašalnikov	Kot načine premoščanja medkulturnih nesporazumov v zdravstvenem sistemu so anketiranci najpogosteje navedli uvedbo medkulturnih mediatorjev, sledila je informacijska podpora (mobilne aplikacije, spletni prevajalnik), priročniki (slovarji) in usposabljanje s področja kulturnih kompetenc.
Uršula Lipovec Čebtron, Lea Bombač	Pregnant Women on the Move and the Response of the Slovenian Health System to their needs	Bulletin of the Institut of Ethnography SASA	2019	kvalitativna raziskava na podlagi intervjujev	V zdravstvenem sistemu se noseče migrantke srečujejo predvsem s tremi skupinami ovir - dostop do zdravstvene oskrbe, pomanjkljivo informiranje o pravicah v zdravstvenem sistemu in jezikovne ovire.
Uršula Lipovec Čebtron	Ko nujno postane nenujno- Raziskovanje zdravstvenih vidikov migracije v Sloveniji	Glasnik Slovenskega etnološkega društva	2017	Kvalitativna raziskava na podlagi intervjujev	Osebe z izkušnjo migracije se srečujejo s številnimi ovirami v dostopu do zdravstvene oskrbe, vključno z dostopom do brezplačnega nujnega zdravljenja. V zdravstvenem sistemu prihaja do številnih kulturnih in jezikovnih nesporazumov.
Jasmina Starc, Karmen Erjavec	Impact of the Dimensions of Diversity on the Quality of Nursing Care: The Case of Slovenia	Macedonian journal of medical sciences	2017	kvantitativna raziskava na podlagi samoocene udeležencev	Medicinske sestre s fakultetno izobrazbo (Ba, Ma) posvečajo več pozornosti raznolikosti pacientov kot ostale. Te so tudi signifikantno bolj pogosto mnenja, da je potrebno pridobiti več znanja glede raznolikosti.

Avtor	Naslov članka	Objavljeno v	Leto izdaje	Metodologija	Ugotovitve
Helena Halbwachs, Joca Zurc	Pogled vodilnih medicinskih sester na kulturno kompetentnost zaposlenih	Mednarodna znanstvena konferenca Za človeka gre: družba in znanost v celostni skrbi za človeka. Zbornik prispevkov z recenzijo	2016	Kvalitativna raziskava na podlagi intervjujev	Kulturna kompetentnost je nepoznan pojem, potrebe so velike, saj so kulturni in jezikovni nesporazumi pogosti. Izobraževanje zaposlenih v zdravstveni negi na področju kulturne kompetentnosti močno zaostaja za razvitimi državami in bi moralo predstavljati prioriteten ukrep.
Maja Jakič, Danica Rotar Pavlič	Patients perception of differences in general practitioners attitudes toward immigrant compared to the general population: Qualicopc Slovenia	Zdravstveno varstvo-Slovenian Journal of Public Health	2016	Kvantitativna raziskava na podlagi vprašalnikov	V primerjavi s splošno populacijo meni prva generacija priseljencev bolj pogosto, da je bil zdravnik specialist družinske medicine do njih neprijazen ter da si ni vzel dovolj časa zanje. Predstavniki prve generacije priseljencev imajo tudi več težav z razumevanjem navodil zdravnika.
Bojana Filej, Boris Miha Kaučič, Kristjan Breznik, Tina Razlag Kolar	Cultural Competences of Nurses	Multicultural society and aging - Challenges for Nursing in Europe (znanstvena monografija)	2016	Kvantitativna raziskava na podlagi samo-ocene udeležencev	Medicinske sestre so ocenile kulturno kompetentnost kot najmanj pomembno vrednoto izmed 12 vrednot, ki naj bi jih imela medicinska sestra. Hkrati se jih je več kot dve tretjini (58,82 %) ocenilo kot dobre poznavalce na temo raznolikosti oziroma kot kulturno kompetentne. Nivo izobrazbe ni signifikantno vplival na samooceno.

3 RAZISKOVALNI DEL

3.1 Namen in cilji raziskovanja

Pridobivanje kulturne kompetentnosti je razvojni proces, ki je merljiv. Prvi korak v tem procesu je ocena obstoječega stanja (Cross idr. 1989). Osnovni namen doktorske disertacije je oceniti stanje kulturne kompetentnosti slovenskega zdravstvenega sistema ter umestitev te ocene v teoretični okvir kontinuuma odzivnosti na kulturno raznolikost (po Cross idr. 1989). Obenem je namen disertacije poglobljeno proučevanje pogledov ključnih deležnikov v zdravstvu ter drugih strokovnjakov na kulturno kompetentnost. Skladno z našimi dognanji, pa tudi z ostalimi znanstvenimi dognanji in priporočili literature, je nadaljni namen disertacije izdelava modela razvoja kulturne kompetentnosti slovenskega zdravstvenega sistema, vključno s podajo priporočljivih strategij za nadaljni razvoj.

Cilj doktorske disertacije je raziskati določene indikatorje kulturne kompetentnosti zdravstvenega sistema. Tako je cilj raziskati pogled ključnih deležnikov v zdravstvenem sistemu, pa tudi strokovnjakov obravnavanega področja, na kulturno kompetentnost v zdravstvu. Cilj je tudi ugotoviti, ali so storitve in materiali prilagojeni kulturni raznolikosti prebivalstva in enako dostopni vsem. Nadaljni cilj je ugotoviti, kakšne so možnosti izobraževanja na področju kulturne kompetentnosti v slovenskem zdravstvu. Kot cilj smo si zastavili še identifikacijo ukrepov, ki so potrebni za razvoj kulturne kompetentnosti. Končni cilj je podati zanesljivo oceno o stanju kulturne kompetentnosti v slovenskem zdravstvenem sistemu ter umestitev te ocene v teoretični okvir kontinuuma odzivov na raznolikost. Na tej osnovi je naš cilj še izdelati model razvoja kulturne kompetentnosti v slovenskem zdravstvu ter opredeliti priporočljive strategije za razvoj. Nenazadnje je cilj našega prispevka znanosti doprinesti k razvoju kulturne kompetentnosti ter k zmanjšanju neenakosti v slovenskem zdravstvenem sistemu.

Rezultati in ugotovitve disertacije lahko predstavljajo izhodišče za boljšo ozaveščenost in pripravljenost na spremembe med vodstvenimi kadri ter ključnimi deležniki v zdravstvenem sistemu. Predstavljajo tudi pomembno izhodišče za odpravljanje pomanjkljivosti in izboljšanje kulturne kompetentnosti v praksi.

3.2 Raziskovalna vprašanja

Osnovno raziskovalno vprašanje se glasi:

R: Kakšno je stanje kulturne kompetentnosti slovenskega zdravstvenega sistema?

Za opredelitev stanja smo uporabili že predstavljen teoretični okvir kontinuuma odzivnosti na kulturno raznolikost avtorjev Cross s sodelavci, ki opredeljuje 6 različnih stanj. Ta stanja so opredeljena kot kulturna destruktivnost, kulturna nezmožnost, kulturna slepota, kulturna predkompetentnost ter kulturna kompetentnost (Cross 1989, 13–18). Čeprav ta teoretični okvir izvira iz leta 1989, smo ga izbrali, saj je še danes aktualen, pogosto citiran ter uporabljen v različnih raziskavah kulturne kompetentnosti v zdravstvu ter na sorodnih področjih. Leta 2008 so avtorji Engebretson s sodelavci prikazali, kako se izbrani model umešča v sodobno, z dokazi podprto prakso (Engebretson idr. 2008). Model se uporablja za oceno organizacijske kulturne kompetentnosti, kot je na primer v svojem članku prikazal Van Ngo (2009, 91). V zadnjem času so z njegovo pomočjo razvili orodje za ocenjevanje kulturnih kompetenc učiteljev (Cormier 2021), nedavno pa je služil tudi kot podlaga oceni kulturne kompetentnosti študentov farmacije (Diaz-Kruz in Hagan 2020).

Teoretični okvir kontinuuma odzivnosti na kulturno raznolikost nas je vodil tudi pri oblikovanju raziskovalnih podvprašanj, ki so pripomogla k celoviti oceni stanja kulturne kompetentnosti. Ta so se nanašala na prisotnost in jakost značilnosti, po katerih lahko sklepamo na stanje kulturne kompetentnosti zdravstvenega sistema. Gre za značilnosti, ki so ključne tudi pri številnih drugih, mednarodno priznanih orodjih za ocenjevanje kulturne kompetentnosti (Harper idr. 2006, 33–36). Te značilnosti zajemajo odnos in stališča do kulturne raznolikosti ter kulturne kompetentnosti v zdravstvu, obstoj storitev in programov, prilagojenih kulturno raznolikim skupinam prebivalstva, omogočanje izobraževanj s področja kulturne kompetentnosti zaposlenim v zdravstvu ter reševanje kulturno pogojenih komunikacijskih ovir med izvajalci in uporabniki zdravstvenih storitev. Raziskovalna podvprašanja so se glasila:

R1: Kako vidijo kulturno kompetentnost slovenskega zdravstvenega sistema eksperti, predstavniki ključnih deležnikov ter vodilni kadri v zdravstvenem sistemu?

R2: V kolikšni meri so storitve v zdravstvu, programi in materiali (prehrana, tiskane in elektronske informacije, možnost tolmačenja/medkulturne mediacije) dostopni in prilagojeni kulturni raznolikosti prebivalstva?

R3: V kolikšni meri zdravstvene ustanove podpirajo in omogočajo svojim zaposlenim izobraževanje s področja kulturne kompetentnosti?

R4: Kateri ukrepi na področju razvoja kulturne kompetentnosti zdravstvenega sistema so po mnenju ekspertov, ključnih deležnikov in vodilnih kadrov v zdravstvenem sistemu najnujnejši?

Odgovore na raziskovalna vprašanja smo se odločili raziskati z naturalističnim pristopom preko pretežno kvalitativne metodologije, ki jo predstavljamo v nadaljevanju.

3.3 Raziskovalna metodologija

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

V teoretičnem delu doktorske disertacije smo prikazali stanje na področju kulturne kompetentnosti zdravstvenega sistema Slovenije s pomočjo sistematičnega pregleda literature s tega področja, v empiričnem delu doktorske disertacije pa so prevladovala kvalitativne metode.

Na področju kulturne kompetentnosti so kvalitativne metode posebno primerne, saj omogočajo holističen pogled na socialne fenomene in občutljivo zbiranje podatkov v naravnem okolju. Prav tako so kvalitativne metode pomembne za raziskovanje v zdravstvu, kjer sicer tradicionalno dominirajo kvantitativne metode, saj pripomorejo k poglobljenemu razumevanju klinične realnosti (Malterud 2001, 487; Bradshaw idr. 2017). Pridobljeni rezultati ponujajo kompleksen opis in interpretacijo obravnavane tematike ter pogosto signalizirajo potrebo po ukrepanju (Creswell 2012, 44). Na področju kulturne kompetentnosti je s pomočjo kvalitativne metodologije moč pridobiti pomembne podatke, tudi na nacionalnem nivoju. To je leta 2005 prikazal Betancourt s sodelavci, ko je preko intervjujev z eksperti (n = 37) podal oceno stanja, ključne perspektive, ovire ter trende razvoja kulturne kompetentnosti v Združenih državah Amerike (Betancourt idr. 2005). Ob

tem smo se naslonili na priporočila strokovnjakov, da ugotavljamo kulturno kompetentnost s pomočjo kombinacije več različnih metod (Jongen idr. 2018a, 129) ter opravili še analizo dokumentacije (Bowen 2009).

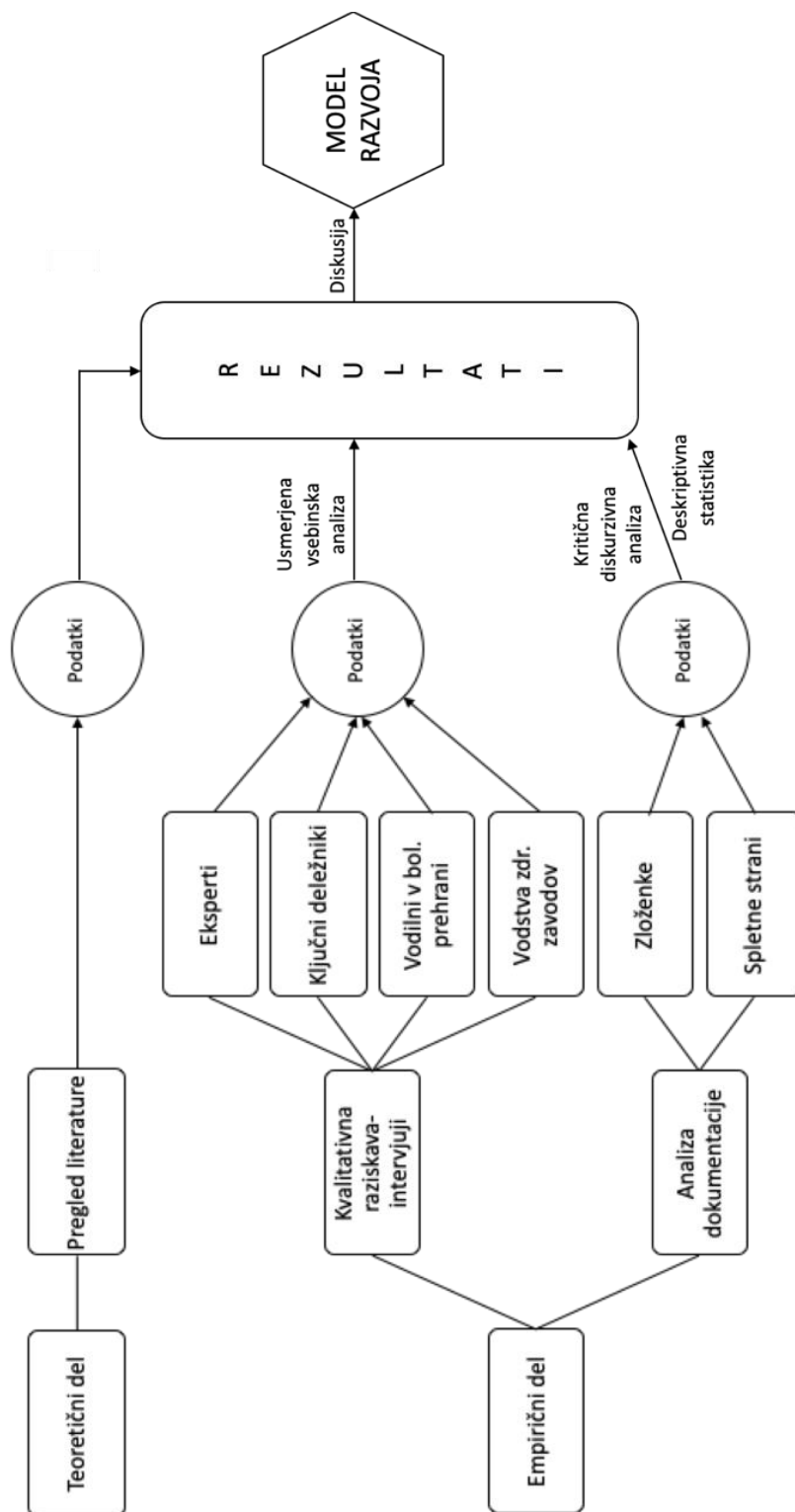
Raziskovalni del se torej sestoji iz več delov.

Prvi, glavni del predstavlja raziskava s pomočjo polstrukturiranih intervjujev. Individualni intervjuji so najbolj običajna metoda zbiranja kvalitativnih podatkov v zdravstvu (Holloway in Galvin 2016, 87). Posebno polstrukturirani intervjuji omogočajo kompleksno obravnavo raziskovalne teme in omogočajo raziskovalcu pridobitev teoretičnih in praktičnih aspektov obravnavane teme ter sprotno preverjanje razumevanja odgovorov (Galletta 2013, 24). S pomočjo vsebinske analize podatkov, pridobljenih s polstrukturiranimi intervjuji, je moč pridobiti zgoščen in hkrati obširen opis raziskovanega fenomena, ki je prikazan s pomočjo opisa pridobljenih konceptov ali kategorij (Elo in Kyngäs 2008, 108).

Drugi, dopolnilni del raziskave predstavlja analiza dokumentacije. Analiza dokumentacije pomeni natančno proučitev različnih virov, ki vsebujejo tekst, ne glede na njihovo fizično obliko. Lahko se uporablja kot samostojna metoda, pogosto pa služi za dopolnitev drugih raziskovalnih metod, kot so intervjuji (Bloor in Wood 2006, 57–58; Bowen 2009, 27).

Zgradba doktorske disertacije ter uporabljene raziskovalne metode so prikazane na sliki 5.

Slika 4: Zgradba doktorske disertacije



3.3.2 Opis instrumentarija

3.3.2.1 Instrumentarij za polstrukturirane intervjuje

Instrumentarij za polstrukturirane intervjuje predstavlja vprašalnik, ki smo ga razvili ob upoštevanju izbrane metodologije obdelave podatkov - usmerjene (deduktivne) vsebinske analize. Pri tej metodologiji je pomembno ciljno postavljanje vprašanj o vnaprej določenih temah. Pri izbiri tem smo upoštevali zastavljen teoretičen okvir po Crossu idr. (1989). Tako smo razvili vprašalnik za intervjuje, ki so, glede na skupino sogovornikov, vsebovali med 13 in 17 vprašanj. Prvi del vprašanj (1 do 8) je bil enak za vse skupine, nanašal pa se je na razumevanje in poznavanje koncepta kulturne kompetentnosti ter odnosa in stališč v povezavi s tem področjem. Drugi del vprašanj se je nanašal na konkretne indikatorje kulturne kompetentnosti na področjih delovanja sogovornikov. Vprašanja se nahajajo v prilogi A.

Pomemben instrument v tem delu raziskave je nadalje predstavljal računalniški program Atlas.ti, verzija 8.4.4. Ta program je priporočen s strani strokovnjakov kot eden izmed kakovostnih programov, ki omogoča shranjevanje podatkov, dokumentiranje in sledljivost postopkov ter pregledno analizo podatkov (Mayring 2000, Brito idr. 2017) .

3.3.2.2 Instrumentarij za analizo dokumentacije

Kot osnovni instrument analize zloženek smo uporabili gradnike kritične diskurzivne analize, ki zajemajo splošne ugotovitve diskurza, konceptualizacijo ter vlogo proučevane dokumentacije v družbenem kontekstu.

Analizo spletnih strani smo opravili ročno s pomočjo lastnega seznama indikatorjev kulturne kompetentnosti (jezik spletnih strani, informacije o prehrani, informacije o duhovni oskrbi), nadalje pa s pomočjo kontrolnega seznama, ki ga je razvil svetovalec za spletno dostopnost Luke McGrath (WCAG Checklists 2019). Ta instrument je preverjen in objavljen v podobnih raziskavah, kot na primer v raziskavi o dostopnosti izobraževalnih spletnih strani (Debevc idr. 2015). Temelji na mednarodnih tehničnih standardih za spletno dostopnost, ki jih je zaradi izjemne pomembnosti dostopnosti spletnih strani opredelil Konzorcij za

svetovni splet (W3C - The World Wide Web Consortium) v okviru iniciative za spletno dostopnost (WAI - Web Accessibility Initiative). Verzija 2.0 njihovih priporočil (WCAG 2.0), izdana leta 2008, je oktobra 2012 postala tudi mednarodni standard ISO/IEC 40500:2012, integrirana pa je tudi v evropski standard EN 301 549 V1.1.2 (2015).

Priporočila so organizirana v štiri načela - zaznavanje, operabilnost, razumevanje in robustnost - ki vsebujejo kriterije uspešnosti za preverjanje skladnosti. Skladnost se ocenjuje s tremi nivoji: A(osnovna), AA(srednja) in AAA(visoka) (Demšar idr. 2015). Za namen naše raziskave smo ocenjevali le skladnost osnovnega oziroma nizkega nivoja (A).

3.3.3 Opis vzorca

3.3.3.1 Opis vzorca kvalitativne raziskave z intervjuji

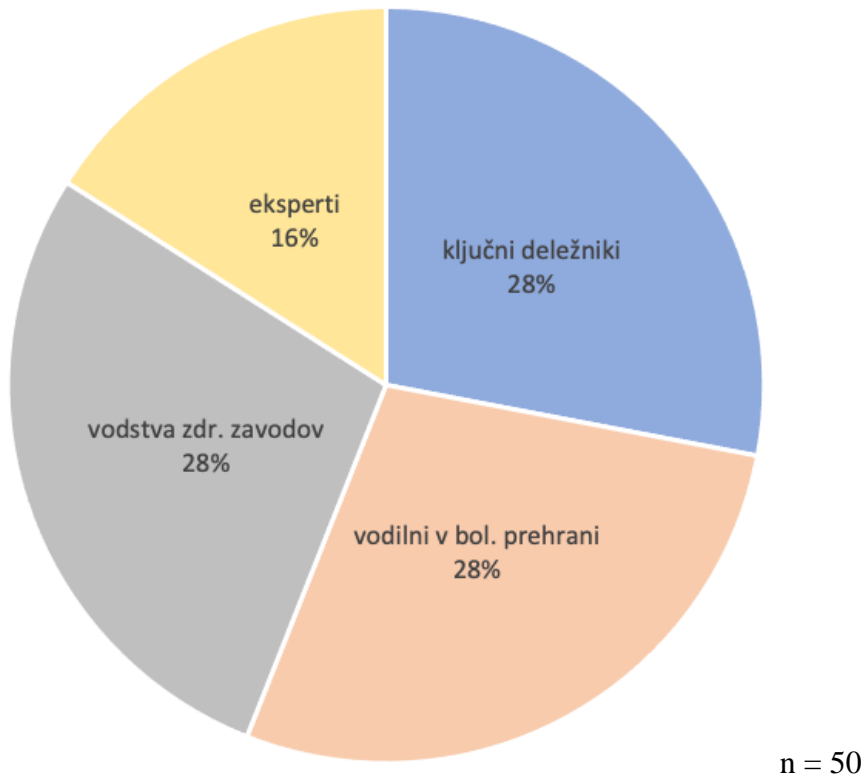
Vzorčenje sogovornikov za polstrukturirane intervjuje je potekalo neslučajnostno in namensko. Za sogovornike so bili nagovorjeni predstavniki različnih ravni v zdravstvenem sistemu, ki spadajo v pristojnost oziroma delovna področja Ministrstva za zdravje, in ki predstavljajo večinski del zdravstvenega sistema. Posebno skupino sogovornikov so predstavljali tudi eksperti, ki se ukvarjajo s področjem kulturne kompetentnosti v zdravstvu.

Izmed 88 oseb, ki smo jih kontaktirali za sodelovanje, je k sodelovanju pristalo 50 oseb. Med njimi je bilo:

- 14 predstavnikov ključnih deležnikov, kot so regulativna in nadzorna telesa (Ministrstvo za zdravje, Zdravniška zbornica, Zbornica zdravstvene nege, Lekarniška zbornica), plačnik zdravstvene obravnave (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije) in osrednji organ za javno zdravje (Nacionalni inštitut za javno zdravje),
- 14 predstavnikov vodilnih kadrov izvajalcev zdravstvenih storitev na primarnem in sekundarnem/terciarnem nivoju zdravstvenega varstva (generalni in strokovni direktorji in vodilni kadri na področju zdravstvene nege),
- 14 vodstvenih kadrov in strokovnjakov s področja prehrane v bolnišnicah,
- 8 ekspertov s področja kulturne kompetentnosti v zdravstvu (raziskovalci, publicisti in predavatelji).

Slika 6 prikazuje prikazuje razdelitev sogovornikov po posameznih skupinah glede na deleže.

Slika 5: Prikaz sogovornikov v posameznih skupinah (v %)

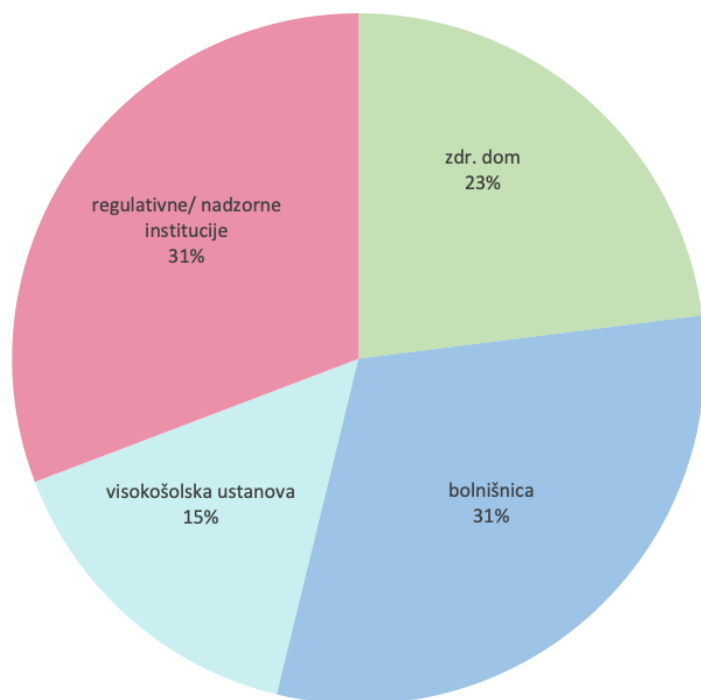


Vseh sogovornikov je bilo torej 50, opravljenih pa je bilo 41 intervjujev: 35 posamičnih intervjujev, trije diadni in trije triadni.

Večina sogovornikov je bilo ženskega spola (42), osem pa moškega.

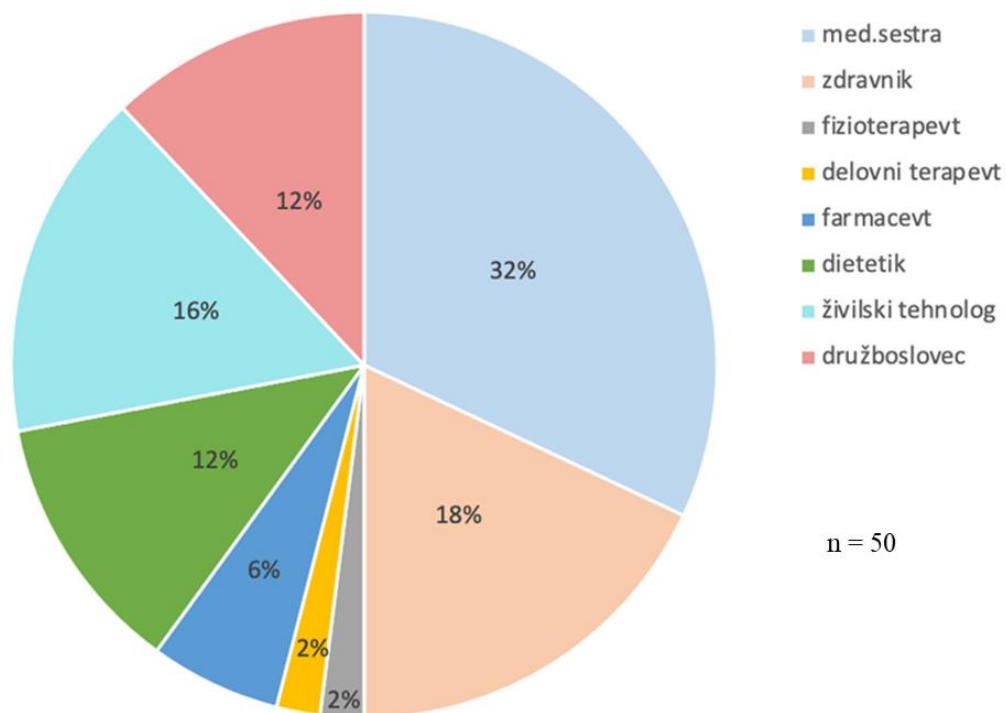
Sogovorniki so bili zaposleni v šestindvajsetih različnih ustanovah - v osmih bolnišnicah, šestih zdravstvenih domovih, štirih visokošolskih ustanovah ter osmih inštitucijah regulativnega oziroma nadzornega nivoja zdravstvenega sistema. Po poklicu so bili izvajalci zdravstvene nege (16), zdravniki (9), fizioterapevt (1), delovni terapevt (1), farmacevti (3), dietetiki (6), živilski tehnologi (8) ter družboslovci (6). Delež zastopanosti glede na ustanovo ter poklic je prikazan na slikah 7 in 8.

Slika 6: Prikaz zaposlitve sogovornikov po ustanovah (v %)



n = 26

Slika 7: Prikaz poklica sogovornikov (v %)



n = 50

Vzorec je bil tudi geografsko uravnotežen, saj so sogovorniki prihajali iz zdravstvenih ustanov, ki se nahajajo v različnih slovenskih regijah (v obalno-kraški, goriški, jugovzhodni, gorenjski, podravski, koroški, pomurski ter osrednje-slovenski statistični regiji). Izjema so bili predstavniki ključnih deležnikov, saj imajo vse zastopane ustanove sedež v osrednjeslovenski regiji.

3.3.3.2 Opis vzorca za analizo dokumentacije

Pri analizi dokumentacije je bil vzorec prav tako namenski in neslučajnostni. Predstavljala sta ga dva vira pisnih informacij za uporabnike zdravstvenih storitev.

Prvi vir so bile informativne zloženke, na voljo na vstopnih točkah v zdravstvenih domovih ter na urgencah bolnišnic. Zloženke smo zbrali v obdobju med februarjem in majem 2019. V vzorec smo vključili zloženke iz sedmih zdravstvenih domov, sedmih bolnišnic ter iz ene nacionalne zdravstvene institucije. Skupno število vseh zloženek, ki smo jih pridobili na ta način, je bilo 53.

Drugi vir so bile spletne strani 24 zdravstvenih institucij, izbranih po namenskem nenaključnem vzorcu. Tri ustanove so predstavljale nacionalne ustanove - regulativni nivo zdravstvenega sistema, ostale pa izvajalce zdravstvenih storitev - operativni nivo. Med njimi je bilo dvanajst bolnišnic ter sedem zdravstvenih domov.

Institucije, kjer smo zbirali zloženke ter pri katerih smo preučevali spletne strani, so bile geografsko enakomerno razporejene po vsej Sloveniji, zastopane so bile vse statistične regije.

3.3.4 Predstavitev obdelave podatkov

3.3.4.1 Obdelava podatkov, pridobljenih z intervjuji

Intervjuje smo opravili v obdobju med 30. 11. 2018 in 18. 6. 2019. Vse sogovornike, ki smo jih intervjuvali, smo seznanili z namenom in načinom poteka raziskave, kot tudi z varovanjem osebnih podatkov, ter pridobili njihovo pisno soglasje za zbiranje in obdelavo

podatkov intervjuja (priloga B). Intervjuje smo posneli z aplikacijo Voice memos. Skupaj smo posneli 18 ur, 39 min ter 45 sekund razgovorov. Povprečni čas posameznega intervjuja je znašal 27,5 minut. Intervjuje smo sproti prepisovali, kar je zneslo skupaj 240 strani ali 107.823 besed oziroma 549.172 znakov brez presledkov. Prepise intervjujev smo sprotno vnašali v aplikacijo Atlas.ti, verzija 8.4.4., kjer je potekala nadaljnja obdelava podatkov.

Pri obdelavi tekstov smo uporabili metodologijo usmerjene (deduktivne) vsebinske analize. Za tovrstno metodologijo smo se odločili, ker je priporočljiva pri obsežnih tekstovnih podatkih (Pope idr. 2000), čeprav je kljub pogosti uporabi razmeroma malo literature, s katero si lahko raziskovalci pomagamo (Assarroudi idr. 2018, 43). Deduktivni model vsebinske analize temelji na že razvitih teorijah ter modelih, prehaja pa iz bolj splošnih, vnaprej določenih tem ali kategorij na bolj specifične podatke. Hkrati dopušča tudi nastanek novih, induktivnih tem (Hsieh in Shannon 2005, 1281; Burns & Grove 2005 v Elo in Kyngäs 2008, 109). Seznam vnaprej določenih tem naše raziskave, ki je prikazan v tabeli 4, smo določili ob upoštevanju teoretičnega okvirja ter v skladu z raziskovalnimi vprašanji.

Tabela 4: Vnaprej določene teme vsebinske analize

Tema 1	Odziv na kulturno raznolikost
Tema 2	Prilagajanje storitev
Tema 3	Izobraževanje
Tema 4	Jezikovne ovire
Tema 5	Razvoj kulturne kompetentnosti

Vsebinsko analizo smo izvajali po korakih, priporočenih s strani avtorjev Elo in Kyngäs (2008), ki so prikazani na sliki 9. Pri izdelavi poročila o rezultatih smo bili posebno pozorni na zagotavljanje zaščite podatkov in anonimnosti sogovornikov.

Slika 8: Proces obdelave podatkov, pridobljenih preko intervjujev



Vir: Elo in Kyngäs 2008.

3.3.4.2 Obdelava podatkov, pridobljenih z analizo dokumentacije

Pri analizi dokumentacije smo se poslužili kombinacije kvalitativnih in kvantitativnih metod.

Zbrane zloženke smo sprva analizirali s pomočjo metod deskriptivne statistike, nato pa smo pri zloženkah, ki so bile prisotne na vsaj treh lokacijah zdravstvenega sistema, izvedli analizo po metodi kritične diskurzivne analize. Ta omogoča proučevanje vloge dokumentacije v družbi in njen vpliv na regulacijo družbenih struktur (Bloor in Wood 2006, 59), njen cilj pa je vpogled v dinamiko in relacije družbene moči ter razkritje dominantnosti v socialnih strukturah, ki se nanašajo na družbeni razred, etničnost, spol, starost in oviranosti (van Dijk 1995). Ta metoda predpostavlja, da je vsak vidik tekstualne vsebine rezultat izbire, zato proučuje, kaj je v tekstu prisotno in tudi tisto, kar ni prisotno (Grobelšek 2013, 16).

Tekste zloženek smo večkrat analizirali. Pri tem smo imeli v mislih raziskovalno vprašanje, v kolikšni meri so zloženke prilagojene kulturni raznolikosti prebivalstva. Osredotočili smo se na strukturo in izgled zloženek, kot tudi na splošen ton teksta ter zgradbo stavkov. V nadaljnjih fazah smo proučevali besede, fraze in koncepte, ki naslavljajo dostopnost, ranljive skupine ter pravico do zdravstvenih storitev. V zaključni fazi smo analizirali vlogo zloženek v širšem družbenem kontekstu.

Tudi pri spletnih straneh smo zasledovali raziskovalno vprašanje, v kolikšni meri so določeni kriteriji prilagojeni kulturni raznolikosti prebivalstva. Pri vseh spletnih straneh smo proučili, v katerih jezikih so na voljo spletne strani, pri spletnih straneh bolnišnic pa smo proučili še, kakšne informacije nudijo o prehrani v povezavi s kulturnim ozadjem ter o duhovni oskrbi. Poleg tega smo pri vseh spletnih straneh proučili, v kolikšni meri je uporaba spletnih strani prilagojena raznolikosti uporabnikov v smislu vizualnih, slušnih, kognitivnih, mentalnih in fizičnih omejitev. Spletne strani izbranih zdravstvenih ustanov smo pregledali v obdobju med 20. 5. 2019 in 25. 5. 2019 ter med 3. 1. in 15. 1. 2021. Pri preverjanju skladnosti spletnih strani po merilih A ravni s kombinacijo pregleda s programsko opremo ter ročnega pregleda je sodeloval doktorski kandidat socialne gerontologije. Tabela 5 prikazuje, katere zahteve so bile pregledane s programsko opremo in katere ročno. Pridobljene podatke smo nato statistično analizirali, pri čemer smo se poslužili metod opisne statistike.

Tabela 5: Pregled kriterijev glede na način pregleda

Kriterij	Pregled z validatorjem	Ročni pregled
Jeziki spletnih strani		X
Informacije o prehrani		X
Informacije o duhovni oskrbi		X
Merila A ravni spletne dostopnosti	1.1.1, 1.2.1, 1.3.1, 1.3.2, 2.1.1, 2.2.1, 2.2.2, 2.4.1, 2.4.2, 2.4.3, 3.1.1, 3.2.1, 3.2.2, 3.3.2, 4.1.1, 4.1.2	1.2.2, 1.2.3, 1.3.3, 1.4.1, 1.4.2, 2.1.2, 2.3.1, 2.4.4, 3.3.1

4 REZULTATI

4.1 Rezultati kvalitativne raziskave s polstrukturiranimi intervjuji

Identificirali smo 2036 relevantnih citatov. Te smo uvrstili v pet vnaprej določenih tem, poleg tega pa smo induktivno definirali še 7 tem. Skupno smo pridobili 12 tem, znotraj katerih smo citate ali njihove dele s pomočjo 127 kod uvrstili v 32 kategorij. Teme prikazuje tabela 6.

Tabela 6: Seznam vnaprej določenih in induktivnih tem

Vnaprej določene teme	Induktivne teme
Odziv na kulturno raznolikost	Dogajanja v naši družbi
Prilagajanje storitev	Potrebe po kulturni kompetentnosti
Izobraževanje	Razumevanje kulturne kompetentnosti
Jezikovne ovire	Dostopnost zdravstvenega sistema
Razvoj kulturne kompetentnosti	Ranljive skupine
	Zunanji vplivi in prepletanje sistemov
	Možnosti zdravstvenega sistema

Največ relevantnih citatov smo pridobili v skupini ključnih deležnikov (574), najmanj pa v skupini vodilnih s področja bolnišnične prehrane (430), vendar so vse skupine pomembno prispevale k skupnemu številu citatov. Deleži so prikazani na sliki 10.

Slika 9: Deleži citatov po skupinah sogovornikov



n = 2036

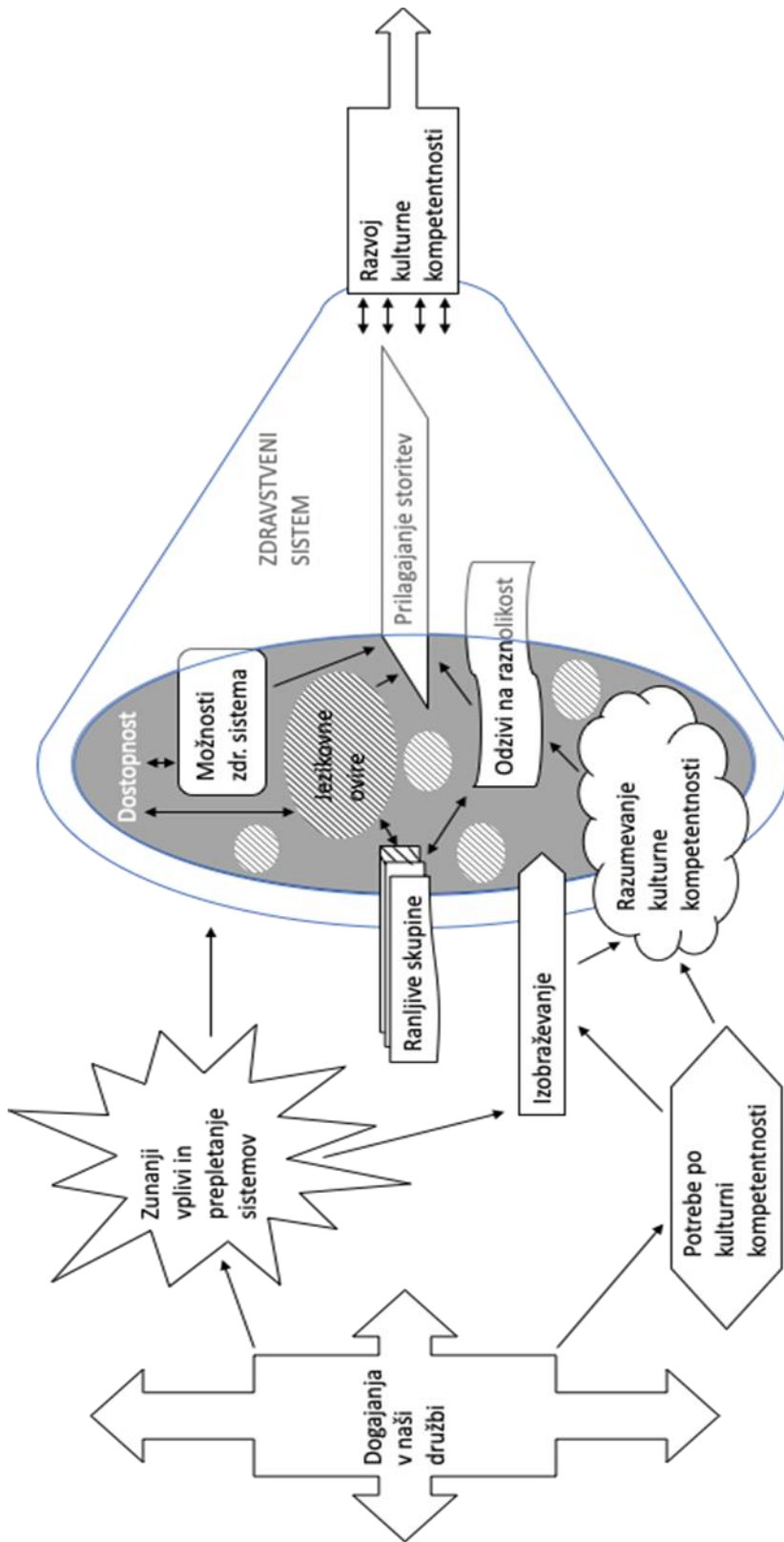
V tabeli 7 pa prikazujemo število in odstotek pridobljenih citatov znotraj tem, po posameznih kategorijah, glede na različne skupine sogovornikov.

Tabela 7: Število in delež citatov po kategorijah ter skupinah sogovornikov

	Eksperti (n = 498)	Ključni deležniki (n = 574)	Odgovorniza prehrano (n = 430)	Vodilni kadri (n = 534)	Skupno (n = 2036)
DOGAJANJA V NAŠI DRUŽBI					
Naraščanje raznolikosti	9 (1,8)	5 (0,9)	4 (0,9)	7 (1,3)	25 (1,2)
Pozitivni pojavi	6 (1,2)	3 (0,5)	0 (0)	0 (0)	9 (0,4)
Negativni pojavi	19 (3,8)	10 (1,7)	0 (0)	4 (0,7)	33 (1,6)
POTREBE PO KULTURNI KOMPETENTNOSTI					
Ozaveščenost	23 (4,6)	33 (5,7)	4 (0,9)	14 (2,6)	74 (3,6)
Razlogi	22 (4,4)	23 (4)	12 (2,8)	26 (4,9)	83 (4,1)
RAZUMEVANJE KULTURNE KOMPETENTNOSTI					
Obravnava raznolikih pacientov	19 (3,8)	11 (1,9)	0 (0)	1 (0,2)	31 (1,5)
Lastnosti zdr. delavcev	10 (2)	18 (3,1)	6 (1,4)	7 (1,3)	41 (2)
Vloga zdravstvenega sistema	1 (0,2)	6 (1)	0 (0)	0 (0)	7 (0,3)
Prepoznavnost koncepta	37 (7,4)	16 (2,8)	9 (2,1)	11 (2,1)	73 (3,6)
Sorodni in povezani koncepti	11 (2,2)	11 (1,9)	1 (0,2)	0 (0)	23 (1,1)
ODZIVI NA RAZNOLIKOST					
Pozitivni odzivi	1 (0,2)	11 (1,9)	3 (0,7)	4 (0,7)	19 (0,9)
Negativni odzivi	23 (4,6)	23 (4)	8 (1,9)	27 (5,1)	81 (4)
Interes za področje	17 (3,4)	20 (3,5)	3 (0,7)	9 (1,7)	49 (2,4)
DOSTOPNOST ZDRAVSTVENEGA SISTEMA					
Ovire v dostopnosti	18 (3,6)	30 (5,2)	7 (1,6)	38 (7,1)	93 (4,6)
Enakost v dostopnosti	0 (0)	10 (1,7)	0 (0)	7 (1,3)	17 (0,8)
RANLJIVE SKUPINE					
Prepoznavanje ranljivih skupin	39 (7,8)	54 (9,4)	6 (1,4)	85 (15,9)	184 (9)
Vključevanje ranljivih skupin	10 (2)	14 (2,4)	1 (0,2)	16 (3)	41 (2)
JEZIKOVNE OVIRE					
Uporabniki zdravstvenih storitev	4 (0,8)	6 (1)	3 (0,7)	13 (2,4)	26 (1,3)
Zdravstveni delavci	2 (0,4)	2 (0,3)	5 (1,2)	8 (1,5)	17 (0,8)
Premagovanje jezikovnih ovir	8 (1,6)	10 (1,7)	11 (2,6)	48 (9)	77 (3,8)
ZUNANJI VPLIVI IN PREPLETANJE SISTEMOV					
Prepletanje in povezovanje z drugimi sistemi	4 (0,8)	6 (1)	0 (0)	10 (1,9)	20 (1)
Družbeni vplivi	11 (2,2)	6 (1)	1 (0,2)	1 (0,2)	19 (0,9)
MOŽNOSTI ZDRAVSTVENEGA SISTEMA					
Resursi	32 (6,4)	33 (5,7)	7 (1,6)	33 (6,2)	105 (5,2)
Ovire	29 (5,8)	54 (9,4)	40 (9,3)	47 (8,8)	170 (8,3)
IZOBRAŽEVANJE					
Potrebe po izobraževanju	28 (5,6)	36 (6,3)	11 (2,6)	18 (3,4)	93 (4,6)
Obstoječe vsebine in znanje	30 (6)	29 (5,1)	19 (4,4)	19 (3,6)	97 (4,8)
PRILAGAJANJE STORITEV					
Splošno prilagajanje storitev	6 (1,2)	14 (2,4)	12 (2,8)	31 (5,8)	63 (3,1)
Prilagajanje storitev prehrane	1 (0,2)	0 (0)	182 (42,3)	6 (1,1)	189 (9,3)
Izzivi v prilagajanju prehrane	0 (0)	0 (0)	62 (14,4)	3 (0,6)	65 (3,2)
RAZVOJ KULTURNE KOMPETENTNOSTI					
Vizija	7 (1,4)	14 (2,4)	1 (0,2)	4 (0,7)	26 (1,3)
Nevarnosti	9 (1,8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	9 (0,4)
Potrebni ukrepi	62 (12,4)	66 (11,5)	12 (2,8)	37 (6,9)	177 (8,7)

Na podlagi pridobljenih tem ter odnosov med njimi smo izdelali model, prikazan na sliki 11.

Slika 10: Model stanja kulturne kompetentnosti v slovenskem zdravstvenem sistemu



V nadaljevanju podajamo podrobnejšo razlago modela s pomočjo razjasnitve kategorij ter kod znotraj posameznih tem, navajamo pa tudi značilne citate sogovornikov.

4.1.1 Tema: Dogajanja v naši družbi

Kategorije in kode teme »Dogajanja v naši družbi« smo prikazali v tabeli 8.

Tabela 8: Kategorije in kode teme »Dogajanja v naši družbi«

Tema	Kategorija	Koda
<i>Dogajanja v naši družbi</i>	Naraščanje raznolikosti	<ul style="list-style-type: none"> • migracije • individualizem • pokrajinska raznolikost • globalizacija • socialna raznolikost
	Pozitivni pojavi	<ul style="list-style-type: none"> • samozavedanje • družbeno sprejemanje
	Negativni pojavi	<ul style="list-style-type: none"> • nestrpnost • stereotipi • strah pred drugačnostjo

Naraščanje raznolikosti so sogovorniki povezovali z migracijami iz različnih razlogov - omenjajo tako begunce in ekonomske migrante, kot tudi turiste in popotovanja.

*»Občutek imam, da se je Slovenija zadnja leta bolj odprla, da je bolj na prepihu, kot je bila, to niso le begunci in migranti, ampak je več tujcev, turistov in tako dalje.«
(KK-EX-4)*

Kot podlago naraščanju raznolikosti so sogovorniki izpostavili tudi individualizem oziroma raznolikosti med posamezniki.

»Bistveno več potujemo, bistveno več se srečujemo z nekimi drugimi inputi, prinašamo s sabo neke ideje, želje znotraj same populacije v Sloveniji, smo tudi zelo raznoliki in to raznolikost čedalje bolj intenzivno zagovarjamo. Gre za družbo individuum.« (KK-EX-1)

K raznolikosti so pomembno prispevale tudi pokrajinske značilnosti.

»Če pogledamo Slovenijo, Dolenjec, Štajerec, Gorenjec, to so druge navade in druga kultura.« (KK-VO-1)

Tudi globalizacija je bila prepoznana kot razlog za naraščanje raznolikost.

»Živimo v neki multikulturni družbi in da je ta proces globalizacije res na višku.« (KK-KD-13)

Nenazadnje so k raznolikosti prispevale tudi socialne razlike.

»Ker se mi zdi, kot neko skupno kulturno okolje samo en zelo širok okvir, znotraj tega pa se mi zdi socialna raznolikost, različni socialni vzorci. To je mogoče celo bolj pomembno, pri nas ni tako raznoliko kulturno okolje v tem širokem smislu.« (KK-VO-10)

Naraščanje raznolikosti je prineslo s seboj tudi pojave, med katerimi smo kot pozitivne prepoznali samozavedanje, ki so ga sogovorniki opisovali tako pri sebi kot pri drugih.

»Ampak kljub vsemu se nekaj premika in kljub vsemu se začenja dogajati neko dogajanje, jaz bi rekla temu efekt metulja, ker na ta način potem vseeno trčiš ob neke bariere in če nič drugega, se vsaj zavedaš nekih svojih lastnih razmišljanj in omejitev. Zagotovo bistveno več, kot se je to recimo 10 let nazaj.« (KK-EX-1)

Tudi sprejemanje raznolikosti smo uvrstili med pozitivne pojave v družbi.

»Na splošno mislim, da je kar nekaj sprejemanja - bi lahko rekla, da se sprejemanje raznolikosti sprejema bolj kot včasih.« (KK-EX-7)

Pridobljeni podatki pa so nakazovali tudi povsem nasprotno kodo, ki smo jih uvrstili kot negativne pojave. Mnogo podatkov je govorilo o nestrpnosti do raznolikosti, bodisi verske, spolne, narodne in druge.

»Je pa toliko neke nestrpnosti vezane na migracije, na globalizacijo, na kulturo, ne vem, velikokrat se pripne kultura ne vem, na spolne polemike, negativen predznak, pogosto seveda generalizirano in potem sklepamo za celotno skupino iz enega primera.« (KK-EX-8)

»Kot sama ocenjujem, včasih smo bili bistveno bolj strpni. Imam občutek, da v zadnjih letih raste neka nestrpnost, pa ne samo do drugačnih, prej politično obarvanih.« (KK-VO-12)

4.1.2 Tema: Potrebe po kulturni kompetentnosti

Kategorije in kode teme »Potrebe po kulturni kompetentnosti« smo prikazali v tabeli 9.

Sogovorniki so navedli široko paleto razlogov, zaradi katerih obstajajo potrebe po kulturni kompetentnosti. Strinjali so se, da smo se pričeli zavedati potreb predvsem zaradi begunske krize.

»Moram reči, da bi morali biti vsi zelo hvaležni skrajno šokantnemu dogodku, ki nas je doletel, ko je Slovenijo prečkala ogromna količina tujcev in se ni bilo mogoče več izogniti dejstvu, da ne govorimo istega jezika, da ne razumemo kulturnega okolja, iz katerega izhajajo, velika šok metoda je bila, neka zaušnica je morala prileteti, ker seveda to nima smisla, se takrat začeti pogovarjati, ko neki tuji ljudje pridejo. Slovenija je toliko kulturno pestro okolje, da bi nujno moral že prej kdo opaziti, ampak takrat se je pač to resnično tako eksplicitno pokazalo, da se ni bilo mogoče več delati, da tega ni.« (KK-EX-5)

Tabela 9: Kategorije in kode teme »Potrebe po kulturni kompetentnosti«

Tema	Kategorija	Koda
<i>Potrebe po kulturni kompetentnosti</i>	Razlogi	<ul style="list-style-type: none"> • Begunska kriza • Raznolikost prebivalstva • Soočanje z ranljivimi skupinami • Večje zahteve in pričakovanja • Etični razlogi • Konkretna težava v praksi • Posledice pomanjkljive kulturne kompetentnosti
	Ozaveščenost	<ul style="list-style-type: none"> • Pomanjkljivo zavedanje • Tabuiranost tematike • Naraščanje zanimanja • Generacijske razlike

Potrebe po kulturni kompetentnosti narekuje tudi raznolikost prebivalstva.

»Jaz mislim, da glede na to, da smo del evropske unije in da res srečujemo, saj ni nujno, da so to samo razni izseljenci in priseljenci, to so tudi turisti. V urgentni ambulanti pride nekdo iz čisto drugega konca sveta in moraš ravno tako z njim komunicirati.« (KK-VO-13)

Sogovorniki so izpostavili tudi pogosto soočanje z ranljivimi skupinami kot nekaj, kar narekuje potrebe po kulturni kompetentnosti. Ob tem so omenjali zelo raznolike ranljive skupine, kot so albanska skupnost, Romi, osebe z različnimi oblikami invalidnosti, starejše, kronično bolne in druge.

»Živimo v Evropi in smo ena tranzitna država, ljudje različnih narodnosti, verskih prepričanj, potem so tudi ranljive skupine, najprej se spomnimo Romov, ampak je to malo širši pojem teh ranljivih skupin.« (KK-VO-7)

Prepoznali smo tudi potrebe zaradi vse večjih zahtev in pričakovanj pacientov.

»Glede na to, da bo družba vse bolj raznolika, da bodo pacienti vse bolj zahtevni, da se bodo zdravstveni delavci tako ali drugače počutili pod pritiskom zaradi vse te raznolikosti in bodo rabili vedno več pomoči v tem smislu.« (KK-EX-2)

Tudi etični razlogi niso bili zanemarljiv razlog, ki narekuje potrebe po kulturni kompetentnosti.

»Medicinske sestre morajo biti zaradi svoje narave dela, zaradi svojih etičnih norm, ki jih zavezuje kodeks etike, morajo biti še bistveno bolj subtilne do teh kulturnih kompetenc.« (KK-KD-1)

Identificirali smo tudi konkretne primere iz prakse, ki izražajo potrebe po kulturni kompetentnosti.

»Mi imamo tule kar težavo s prebivalci albanske narodnosti, kjer so kulturne razlike. Opažamo, da so ženske kljub temu, da dolgo časa bivajo pri nas, ne znajo slovensko, nekatere ne znajo brati, kar je v našem okolju redkost. To ni neka redka stvar, kot včasih. To je en tak problem, ki ga vidimo.« (KK-VO-10)

Nenazadnje narekujejo potrebe po kulturni kompetentnosti tudi posledice, ki jih prinašajo pomanjkljivosti na tem področju.

»Ženska recimo cel dopoldan sebi pred ambulanto, pa medicinska sestra reče: "Kje ste bili, vas že celo dopoldne kličem." Vas ne slišim, saj imam na kartici napisano gluha. Tudi na tem je treba delati.« (KK-KD-3)

Za zaznavanje potreb po kulturni kompetentnosti je potrebna tudi ozaveščenost o tej tematiki. Številni podatki so pričali o pomanjkljivem zavedanju potreb po kulturni kompetentnosti, tako na ravni posameznika kot sistema.

»Mislim, da je to res ena tujka v slovenskem zdravstvu oziroma da je to neko spregledano področje. Ampak od tistega časa, ko pa smo začeli se s tem ukvarjati, to je bilo tudi zame tako eno prav odkritje, tako se mi je zdelo, kako moremo biti tako kratkovidni ali bom rekla omejeni v zdravstvenem sistemu, mogoče celo tudi drugi resorji niso dosti kaj boljši. Ampak res, to je bilo pri nas spregledano.« (KK-KD-9)

Ugotovili smo, da je bila tema kulturne kompetentnosti in raznolikosti pogosto tabu tema.

»Srečujemo se s tem vsak dan, pogovarjamo pa se sploh ne, zdi se mi, da je to še vedno občutljiva tema, da si jo drznem komentirati ali se o tem pogovarjati samo z ljudmi, ki so mi vseeno malo bolj blizu.« (KK-EX-3)

Pri ozaveščenosti in prepoznavanju potreb so sogovorniki navedli tudi generacijske razlike - mlajši so bili za to področje bolj dovzetni.

»Mlajši veliko bolj prepoznajo to, ne mislim posploševati ali ustvarjati sam stereotipe, vendar je ta stvar zelo pomembna v določeni demografski značilnosti zaposlenih, pomembno vpliva na percepcijo, ena izmed njih se je izkazala starost.« (KK-EX-6)

4.1.3 Tema: Razumevanje kulturne kompetentnosti

Kategorije in kode teme »Razumevanje kulturne kompetentnosti« smo prikazali v tabeli 10.

Kulturna kompetentnost se je po pridobljenih podatkih nanašala na obravnavo raznolikih pacientov. Kot dimenzije raznolikosti smo prepoznali jezikovno ozadje, geografsko in etnično ozadje, socialno in ekonomsko ozadje, veroizpoved, starost ter način življenja pacientov.

»Potem pa seveda hitro pozabimo, da že kulturno kompetentna obravnava pomeni, da upoštevaš nek dialekt, da upoštevaš prehranske navade, da upoštevaš tudi neko socialno okolje, iz katerega nekdo izhaja.« (KK-EX-1)

»Ne le nujno jezikovnih in geografskih, kot običajno to razumemo, ampak dovolj že, da je iz drugega socialnega okolja, verskega okolja.« (KK-EX-3)

»In potem so tukaj različne starosti. Če pride nek mlajši človek, da ga ne obravnavaš enako. Imaš partnerja, ki je pacient, enakovrednega v tem zdravstvenem sistemu in da se pač prilagodiš.« (KK-KD-12)

Tabela 10: Kategorije in kode teme »Razumevanje kulturne kompetentnosti«

Tema	Kategorija	Koda
<i>Razumevanje kulturne kompetentnosti</i>	Obravnava raznolikih pacientov	<ul style="list-style-type: none"> • Jezikovno ozadje • Geografsko in etnično ozadje pacientov • Socialno in ekonomsko ozadje • Veroizpoved • Starost • Način življenja
	Lastnosti zdravstvenih delavcev	<ul style="list-style-type: none"> • Refleksija • Sprejemanje, spoštovanje • Empatija • Pripravljenost za prilagajanja • Znanje in veščine
	Vloga zdravstvenega sistema	<ul style="list-style-type: none"> • Zmanjšanje neenakosti
	Prepoznavnost koncepta kulturne kompetentnosti	<ul style="list-style-type: none"> • Razumevanje kulture • Nepoznan koncept • Ozko pojmovanje • Raznoliko izrazoslovje
	Sorodni in povezani koncepti	<ul style="list-style-type: none"> • Zdravstvena pismenost • Ostali sorodni koncepti

Kulturno kompetentnost so sogovorniki opredelili tudi preko številnih lastnosti zdravstvenih delavcev. Med njimi je bila izpostavljena refleksija kot pomembna osnova za kulturno kompetentnost.

»Tudi nekako prepoznavanje lastnih predsodkov, omejitev, ki jih imaš do druge kulture, strpnost, vse to so stvari, ki so del te kulturne kompetentnosti.« (KK-EX-6)

Sprejemanje in spoštovanje, empatija ter pripravljenost za prilagoditve so bile lastnosti zdravstvenih delavcev, ki so se prav tako izkazale kot pomemben del kulturne kompetentnosti.

»Jaz bom rekla tako, da kulturna kompetentnost pomeni biti sposoben prepoznati in sprejeti ljudi, ne glede od kje in kakšni so. In jim skušati dati tisto, kar rabijo.« (KK-EX-4)

»Mislim, da gre za čisto temeljno vprašanje biti z nekom. Na človeški ravni biti s pacientom, ne ga obravnavati ali obdelovati, ampak biti z njim. In razumeti tega človeka po človeški plati.« (KK-EX-5)

»Pri teh kulturnih kompetencah niti ne gre toliko za klasično strpnost do drugačnih, ampak da zaobjema veliko več, da znamo prisluhniti, se vživeti v njihovo kožo, poslušati njihovo zgodbo, da razumeš, da znaš res drugače potem to dojemati.« (KK-KD-13)

Izpostavljeno je bilo tudi dejstvo, da so za kulturno kompetentnost potrebna znanja in veščine.

»Jaz si predstavljam kompetenco oziroma znanje, vedenje, sposobnost, usposobljenost zdravstvenega kadra, osebja, vseh, ki delamo z bolniki, da smo sposobni sprejeti bolnika takšnega kot je, z vsemi njegovimi kulturnimi prepričanji.« (KK-VO-4)

Koncept kulturne kompetentnosti so sogovorniki razumeli predvsem kot vlogo zdravstvenega sistema, da zmanjša neenakosti na področju zdravstvene obravnave.

»Opolnomočenost sistema z znanjem, veščinami, z različnimi pristopi in orodji, ki omogočajo, da se pri pacientu oziroma obiskovalcu zdravstvenega sistema obravnava na način, ki omogoča enakopravno in enakovredno strokovno in kakovostno obravnavo.« (KK-KD-9)

Pomembno kategorijo v razumevanju kulturne kompetentnosti predstavlja prepoznavnost tega koncepta. Sem smo uvrstili tudi podatke, ki so se nanašali na razumevanje kulture. Sogovorniki so razumeli kulturo kot širok pojem, ki se nanaša tako na posameznika kot na skupino, hkrati pa so izražali zaskrbljenost, da njenega pomena v zdravstvenem sistemu ne poznamo dovolj.

»Ne moremo definirati to kot samo kulturo nekega naroda, ker znotraj kulture naroda je lahko kultura posameznika, zato je to zelo individualna zadeva, kjer praktično so vplivi kulture posameznega naroda al pa okolja recimo, v katerem posameznik živi - ni nujno da je to narod, lahko je samo neko okolje, so pa povezane tudi z navadami in medosebnimi odnosi, ki jih imajo znotraj družine posamezniki.« (KK-EX-7)

»Sama razumem kulturo zelo vsega obsegajoč pojem, ki se tiče vseh nivojev našega življenja, tako zasebne sfere kot poklicne sfere. Skušala bom strniti v eno poved: vse to, kjer smo mi, vse to je naša kultura.« (KK-KD-8)

»Dokler zdravstveni delavci ne razumejo, kaj kultura pomeni, ne moremo priti naprej.« (KK-EX-2)

Izkazalo se je, da je bil sam koncept kulturne kompetentnosti nekaterim sogovornikom še povsem nepoznan - te podatke smo označili s kodo 'Nepoznan koncept'.

»Vam odkrito povem, da o tem še niti nisem dosti slišala, niti razmišljala o tem. Ne vem, če se to nanaša mogoče na našo prehrano, da znamo zagotoviti tudi prehrano za te bolnike, ki imajo različno kulturno, versko, ne vem kakšno pripadnost.« (KK-PR-1)

»Ne vem, sem slišal že ta izraz, ki se uporablja na različnih področjih, kaj konkretno bi si to predstavljal v zdravstvenem sistemu, vam ne vem povedati.« (KK-VO-2)

»Zaenkrat še popolnoma nič ne razumem, ker nimam nobenega stališča do teh kulturnih kompetenc. Velikokrat sem že prebrala ta izraz, ampak po resnici povedano, si še nisem vzela časa, da bi raziskala, kaj to pomeni.« (KK-VO-5)

Pojavili pa so se tudi podatki, ki so govorili o ozkem razumevanju koncepta, ki naj bi se nanašal predvsem na etnične razlike.

»Vsak narod ima svojo kulturo, svoj način obnašanja. Jaz si tako razlagam medkulturne kompetence, vsaka narodnost nekaj svojega prinese in se moramo prilagajati temu načinu.« (KK-VO-7)

»Kulturno raznolikost vidimo po moje preveč ozko, vidimo jo res kot razliko, vsaj meni se tako zdi, kot razliko v tem, kakšno kulturo imajo določeni narodi.« (KK-EX-7)

Ugotovili smo, da se na področju kulturne kompetentnosti pojavlja zelo raznoliko izrazoslovje za enake ali podobne koncepte. Izrazi, ki smo jih zasledili, so bili diversity management, management kulturne raznolikosti, medkulturne kompetence, interkulturne ter intrakulturne kompetence. Večina sogovornikov se je strinjala, da izraz kulturna kompetentnost zajame več kot izraz medkulturna kompetentnost.

»Zdaj tukaj imamo en kup enih izrazov, od kulturne kompetentnosti, kompetenc/kompetence – ednina - množina, medkulturne, interkulturne, intrakulturne in tukaj se veliko, veliko stvari prekriva.« (KK-EX-2)

»Če bi bilo medkulturno, potem bi imel skozi pomislek. Skozi bi imel pomislek, da se to nanaša na ljudi, ki prihajajo iz drugih etničnih in jezikovnih okolij. To je obravnavanje nekega pacienta iz Sirije, ne pa nekega pacienta iz Slovenije, je iz nekega nižjega socio ekonomskega razreda. Mislim, da se bomo morali tudi zediniti.« (KK-EX-3)

»Premalo je, če govorimo samo o medkulturni in prav tako ni dovolj, če govorimo samo o kulturni. Kulturna kompetentnost je za mene, pa tudi tako kot se sedaj soočamo z različnimi strokovnimi področji, bodisi zdravstva in izven zdravstva, je širši pojem, medkulturno kompetentnost pa jaz umeščam pod to kulturno kompetentnost.« (KK-KD-8)

Iz pridobljenih podatkov je bilo razvidno, da so obstajali tudi sorodni in s kulturno kompetentnostjo povezani koncepti. Predvsem je izstopal koncept zdravstvene pismenosti kot koncept, ki je močno povezan s kulturno kompetentnostjo.

»Definitivno dokazujejo, da ni pogoj za zdravstveno pismenost poznavanje jezika in poznavanje kulturnih kompetenc, je pa obratna zadeva, kar pomeni da v sami zdravstveni pismenosti mora biti vključen tudi ta etično moralni vidik oziroma kulturni vidik, kjer mi kot zdravstveni delavci moramo poznati neke značilnosti kulture posameznega naroda, ki se dotika zdravstvenega sistema in obravnave posameznika znotraj zdravstvenega sistema, ker tukaj pa potem imamo to komponento zdravstvene pismenosti in kulturnih kompetenc, ki jo moramo združiti skupaj.« (KK-EX-7)

Ostali sorodni koncepti, ki so bili povezani s kulturno kompetentnostjo, so bili na pacienta osredotočena zdravstvena oskrba, individualna obravnava pacienta ter kultura varnosti.

»Na primer na pacienta osredotočena zdravstvena oskrba je nek koncept, ki je spet vpeljan, importiran, ampak se je že malo bolj vpeljal, pa ni enakovreden medkulturni kompetenci.« (KK-EX-2)

»Vse to imamo spakirano v individualni obravnavi vsakega pacienta, ker v tistem kontekstu individualne obravnave pa vse to zajemamo, da moramo vsakega pacienta že obravnavati, kot mu na koncu nudimo individualno pomoč, na ta način ga moramo individualno že v uvodnem delu, ko ga ocenjujemo, ocenjevati od kulturne, do socialne, do starostne, fiziološke, celotne obravnave. To imamo zapakirano v individualni obravnavi.« (KK-KD-10)

4.1.4 Tema: Odzivi na kulturno raznolikost v zdravstvenem sistemu

Kategorije in kode teme »Odzivi na kulturno raznolikost v zdravstvenem sistemu« smo prikazali v tabeli 11.

Tabela 11: Kategorije in kode teme »Odzivi na kulturno raznolikost v zdravstvenem sistemu«

Tema	Kategorija	Koda
<i>Odzivi na raznolikost v zdravstvenem sistemu</i>	Pozitivni odzivi	<ul style="list-style-type: none">• Motivacija za pridobivanje znanja• Sprejemanje raznolikosti
	Negativni odzivi	<ul style="list-style-type: none">• Minimiziranje in kulturna slepota• Nesprejemanje• Predsodki• Žaljiv odnos in obsojanje
	Interes za področje	<ul style="list-style-type: none">• Vpliv interesa vodstev• Pomanjkanje interesa• Odvisno od posameznika

Na raznolikost se v zdravstvenem sistemu odzivamo na različne načine.

Kot pozitivni odziv smo prepoznali podatke, ki govorijo o naraščajoči motivaciji zdravstvenih delavcev za pridobivanje znanja.

»Mislim, da je zelo pozitivna naravnost in se zdravstveni delavci kot taki, ki jih zadeva kot izvajalce, počutijo ... da potrebujejo pomoč in podporo, izobraževanje ali orodje za to, na eni strani, da sploh razumejo problem in potrebe.« (KK-KD-9)

»Uspeli smo priti do točke, ko lahko suvereno govorimo o ranljivih skupinah, o ovirah, s katerimi se srečujejo in ko imamo množično udeležbo. Kar je najbolj pomembno zame, je to, da si želijo še ponovitev.« (KK-KD-8)

Nekateri podatki so govorili tudi o sprejemanju raznolikosti, ki je zajelo vse od samega razumevanja raznolikosti do spodbujanja tega.

»Mislim, da to sodi k eni širini človeka. Če želimo delati z ljudmi, moramo razumeti ne samo sebe oziroma moraš širše gledati. Če je druge narodnosti, se drugače prehranjuje, je vesel, da je debel, mislim, da moramo ljudi sprejemati in razumeti, zakaj so in želijo biti taki.« (KK-VO-7)

»Jaz to spodbujam [raznolikost, op. a.]. To bo samo dobro. Jaz v tem vidim prav čar, prav dodano vrednost. Se mi zdi, da je celo dobro.« (KK-KD-1)

Zaznali pa smo tudi povsem nasprotujoče podatke, ki smo jih uvrstili med negativne odzive. Sem smo uvrstili množico podatkov, ki smo jih označili s kodo 'Minimiziranje in kulturna slepota'. Podatki so se nanašali na množico fenomenov, kot so bili na primer pripisovanje krivde za morebitne nesporazume le pacientom, zatiranje, da so vsi pacienti vedno obravnavani strpno in enakopravno ter zanikanje, da problematika, povezana s kulturnim ozadjem pacientov, obstaja.

»S tega kulturnega vidika je dejansko samo jezikovna ovira problem. Ali pa pri mogoče različnih oblikah invalidnosti.« KK-KD-6

»Jaz mislim, da se mi v odnosu do nekega tujega pacienta, ki pride iz drugega okolja, jezikovne bariere, se vsi zelo, zelo potrudimo in naredimo za pacienta vse. Včasih še več, kot za tistega, ki vse razume. Tukaj sploh ne vidim problema. Tukaj se nam ni treba nič bati.« (KK-KD-1)

»Če je nekdo brezdomec, ker se je tako odločil, potem bo imel težave vstopiti v zdravstveni sistem, kar pa ne pomeni, da ni možnosti, če bi se odločil drugače. Takšne skupine.« (KK- KD-11)

»Ne moreš pa vplivati oziroma zelo težko, nekateri ne prenesejo nekih ver. Okrog tega smo se pogovarjali, pa moram jih pohvaliti. Vsi pokažejo zelo veliko mero strpnosti.« (KK-VO-5)

»Mi vsakega pacienta obravnavamo enako, ne delamo razlik ... Zaposleni znajo uravnnavati, vidijo, če je nekdo drugačen in se nekako skušajo prilagoditi oziroma skušajo pripraviti tudi druge paciente, ki čakajo. Res pa je, da znamo naleteti na kakega nestrpneža v čakalnici, ampak naši zaposleni poskrbijo, da je zadeva rešena.« (KK-VO-9)

Nadalje smo prepoznali podatke, ki so posredno ali neposredno pričevali o prisotnosti nesprejemanja drugačnosti, o predsodkih ter o žaljivem odnosu in obsojanju drugačnih.

»To je tudi ena od teh skupin, kjer gre celo za več stigem, eno je bolezen, ki jo imajo in ki vzbuja strah, drugo pa je spolna usmerjenost, ki jo je spet za mnoge težko sprejeti, ali je sploh ne morejo sprejeti. Ravno druženje z ljudmi, ki imajo HIV, mi je dalo zelo veliko misliti, mi je zelo odprlo ene druge perspektive in tudi z druženjem z njimi sem videla, koliko krivic se jim dogaja vsak dan v zdravstvenih sistemih in sem se zelo zamislila.« (KK-EX-4)

»Dnevno poslušam izraze, kot so »una šiptarka je prišla, ta Ciganka čaka ... Nihče nikoli nič ne reče. Tukaj naredimo to, da se ne vključujemo v te pogovore. Nisem še slišala, da bi kdo rekel, ne s takimi izrazi operirat! Kaj šele, da bi kdo prijavljal.« (KK-EX-3)

»Če vzamemo neko drugo populacijo, recimo konkretno Rome, pa vidimo v zdravstvenih delavcih še vedno ogromno antiromskega obnašanja in ogromno nekih stereotipov, ksenofobnih in zelo težkih predsodkov do Romov.«(KK-EX-2)

»Tam mogoče niti ni nujno, da so tam težave, da se bolj naredi, da so težave, ker ženske ne razumejo. Včasih je to tudi povezano s kakimi plačili, ker ne razumejo in potem – to imajo vse naštudirano in rajši ne razume.«(KK-PR-8)

»Ne vem, tam pa je včasih težava, ampak jaz sem tukaj mogoče malo pikra, ko si gredo kupiti cigarete, ali pa bi šla kupit lekadol. Jaz tukaj ne toleriram stvari.«(KK-VO-1)

»Je kar nekaj starejših, ki so že 30–50 let tukaj in se ne potrudijo, da bi malo več slovensko razumeli. Takih je kar nekaj.«(KK-VO-6)

Na odziv zdravstvenega sistema na raznolikost vpliva tudi interes za to področje, pri katerem ima posebno vlogo interes vodstev. Iz nekaterih podatkov smo izluščili, da interes vodstva počasi narašča ter da je vpliv vodstva za odzivnost zelo pomemben.

»In kar je zanimivo, da se pojavlja tudi želja menedžmentov zdravstvenih organizacij po tem, da bi več vedeli o kulturnih dimenzijah s stališča upravljanja in vodenja, kar se mi zdi perfektno, ker to je neko drugo področje kulturnih kompetenc, kot delo s pacienti, ampak je pa izjemno pomembno, če hočete imeti učinkovito organizacijo. To je res bilo prav presenetljivo.« (KK-EX-5)

»Predvsem zadnji dve leti pa je postalo jasno stališče tudi mojih nadrejenih, da so to vsebine, ki se morajo razvijati, nadgrajevati in ohranjati in ki morajo biti na razpolago vsem zdravstvenim delavcem.« (KK-KD-8)

Po drugi strani pa smo zaznali tudi podatke, ki kažejo na pomanjkanje interesa vodstvenih struktur.

»Tu bo treba enostavno delati na tem, da bodo to, baza in ljudje, ki so neposredno ob bolniku, jaz ne vidim, da bi ti ljudje bili problem. Ti to razumejo, ampak naprej to speljati v tiste odmaknjene vodstvene strukture, pripeljati do tega ljudi, da bodo to razumeli, da to niso nepomembne stvari, da gre za neke zadeve, ki so kot stalnica v našem sistemu.« (KK-EX-1)

Interes in s tem odziv na raznolikost je po pridobljenih podatkih močno odvisen od volje posameznika.

»Opažam izrazito raznolikost od ustanove do ustanove in ta raznolikost temelji samo na tem, kakšni ljudje so tam zaposleni. Lahko je en človek, ki ima posluš do tega in

je na neki poziciji, ki omogoča, da se ta ustanova vede bolj prijetno do tujcev, imaš pa ustanove, kjer takšnih ljudi ni in delujejo katastrofalno. Sistemsko ni urejeno, to je stvar naših karakterjev, koliko sebe damo v to.» (KK-EX-3)

»Enih 10 % zaposlenih jemlje to kot en izziv in jim je to zanimivo, tisti, ki ubogajo vse, eni pa so za vse proti.« (KK-VO-7)

»Jaz bi rekla, da je v naši družbi še vse bolj prepuščeno na individualni ravni. Sistem določa kompetenco vsakega posameznika, hierarhija bo ostala, mogoče organizacijsko vključevanje multidisciplinarnega tima, mislim pa, da ima še veliko možnosti za rast, saj je v tujini to bolj odprtega tipa narejeno. Pri nas prebije po moji oceni večinoma glede na individualno osebo, tam, kjer je človek, ki je odprt okolju. Organizacijsko ni zagotovljeno, ne bi rekla.« (KK-KD-10)

4.1.5 Tema: Dostopnost zdravstvenega sistema

Kategorije in kode teme »Dostopnost zdravstvenega sistema« smo prikazali v tabeli 12.

Tabela 12: Kategorije in kode teme »Dostopnost zdravstvenega sistema«

Tema	Kategorija	Koda
<i>Dostopnost zdravstvenega sistema</i>	Ovire v dostopnosti	<ul style="list-style-type: none"> • Zavarovanje • Ekonomsko-socialne ovire • Funkcionalne ovire in kronična obolenja • Težave v sporazumevanju • Preobremenjenost in rigidnost sistema
	Enakost v dostopnosti	<ul style="list-style-type: none"> • Enake možnosti • Krivda posameznika

V temi dostopnost zdravstvenega sistema smo uvrstili kode v dve nasprotujoči se kategoriji - ovire v dostopnosti in enakost v dostopnosti.

Ovire v dostopnosti so sogovorniki prepoznali v množici dejavnikov. Eden izmed njih je zavarovanje, ki je bilo pogosto povezano tudi s socialno-ekonomskimi ovirami, predvsem revščino.

»Če imamo osebo, ki je revna, na primer pride iz druge države, ker v Sloveniji ne dobi dela, dobi začasno bivališče, je brezposelna in ker ima začasno bivališče, je brezposelna in ni imela nobenega sorodnika, ki bi jo zdravstveno zavaroval, ostaja brez obveznega zdravstvenega zavarovanja. Ta oseba je hkrati revna, želi biti na trgu dela, ker nimamo dovolj dobrih migracijskih politik, zato ker je revna, je tudi pogosto izolirana in zato ker je izolirana, se ne more naučiti dobro slovenščine in zato vstopa v zdravstveni sistem kot nezavarovana in kot tujejezična in torej se potem vse te ovire kopičijo in se sumirajo. So vedno močnejše.« (KK-EX-2)

»Tudi dostopnost je problem. Kar se tiče pri živečih tukaj, so seveda problem zavarovanja, tako da za vse te brez zavarovanja, se ambulante polnijo. Zapleten birokratski mehanizem, ki onemogoča človeku, da bi bil obravnavan.« (KK-EX-3)

»Bolj so problematični kakšni, ki so bili zaposleni in so ostali brez službe. Za tisti čas. Se tudi zgodi, da pripeljejo kakšnega, ki nima denarja za zavarovanje.« (KK-VO-7)

Sogovorniki so kot oviro v dostopnosti zdravstvenega sistema izpostavili tudi funkcionalne ovire (različne oblike invalidnosti) ter kronična obolenja. Kot primer posameznikov s temi ovirami so pogosto izpostavili starejše, pa tudi ostale skupine, kot so otroci ter institucionalizirane osebe.

»Še toliko bolj, ker smo odkrili, da imamo močno ranljivo skupino starejše populacije, ki nima dostopa ne do javnega prevoza, ne do zdravstvenega doma in ne bo prišla. Bo pač prikrajšana za to.«(KK-KD-8)

»Zgodbe nesrečnih otrok, katerim ni omogočeno dodatne fizioterapije. Tukaj bi se mi zdela neenakost prevelika. Tukaj je ta sistem izredno rigiden. So dodatne ovire.« (KK-KD- 1)

»Sigurno bi rekel, da so ti, ko velja za njih, ki so v institucijah, večinska populacija misli, saj za njih je vse poskrbljeno, pa ni res. Opažamo, da so izključeni iz nekih programov, kot je Svit ali drugi programi, ki so bili za preglede dojk, ženske z intelektualno motnjo ali razvojnimi motnjami, tako da tukaj obstaja ta neenakost v primerjavi z večinsko, recimo nekateri že par let niso bili pregledani s strani zdravnika specialista. Bi morali biti bolj občutljivi tukaj.« (KK-KD-13)

Številni podatki so pričali o tem, da tudi težave v sporazumevanju predstavljajo pomembno oviro v dostopnosti. Ob tem so se pridobljeni podatki nanašali ne le na težave v smislu tujejezičnosti, temveč tudi v smislu funkcionalne ter zdravstvene pismenosti.

»Nekdo, ki je slabše funkcionalno pismen ali jezikovna bariera, potem težje vstopa v sistem, kjer bi imel enako dostopnost.« (KK-KD-11)

»Prav ta pomembna ovira ... je predvsem jezikovna bariera in mislim, da je ta najbolj pereča, ki jo občutijo pacienti, pacientke, zdravstveni delavci. Oboji se čutijo tukaj nemočni, kar je poznano kot velika bariera.« (KK-EX-6)

Kot pomembna ovira v dostopnosti se je izkazala tudi rigidnost in preobremenjenost zdravstvenega sistema.

»Kako vstopati v sistem? Ali je možno, da vsi enako pridemo v sistem? Mislim, da imamo vsi enaka vrata, svojega izbranega zdravnika, kako hitro pa to kolesje zafunkcionira, vezano na te čakalne dobe, na samoplačništvo.« (KK-KD-1)

»Ja, ovire so klasične, kot povsod. To se pravi od fizične, regionalne, do finančne dostopnosti, preobremenjenosti sistema, čakalnih dob ...« (KK-KD-4)

»Zunaj naši kolegi delajo z marginalnimi skupinami, z brezdomci, z vso to problematiko, v Sloveniji pa se še zelo oklepamo storitev, tudi samo sistem nam jih priznava več ali manj le v institucijah.« (KK-KD-14)

Identificirali pa smo tudi podatke, ki govorijo ravno nasprotno - da je dostopnost za vse enaka, če pa ni, pa je krivda predvsem v posamezniku.

»Saj tudi sistem ni tako naravnan, da bi kogarkoli izključeval. Ne glede na versko pripadnost ali karkoli, ne. Vsi so v enaki čakalni vrsti, vsi imajo v urgenci enako obravnavo.«(KK-VO-3)

»V bistvu je dostopnost zelo široka, kakor jo sama ocenjujem. Ker ni osebe, katera bi prišla na naša vrata, pa da bi jo mi zavrnil. Dostopnost in sama košarica storitev je izredno velika.« (KK-VO-12)

»V tem konceptu pa bi verjetno morali dodati še te nezavarovane osebe, ki namenoma, na lastno željo ali vztrajanje, ali kakorkoli ne želijo zavarovanja.« (KK-KD-6)

»To je bolj nepoznavanje možnosti, da si uredijo način, da bi bili tudi oni oskrbovani primerno znotraj socialnega sistema, da bi tudi zdravstveno oskrbo imeli zagotovljeno, da bi bila verjetno ta skupina manjša.« (KK-KD-10)

»Tudi na ravni posameznika je, da vseh možnosti ne izkoristi, res pa je, da je tudi vprašanje, ali jih pozna. To pa tudi moramo biti pošteni.«(KK-KD-11)

4.1.6 Tema: Ranljive skupine v zdravstvenem sistemu

Kategorije in kode teme »Ranljive skupine v zdravstvenem sistemu« opredeljuje tabela 13.

Iz pridobljenih podatkov smo izluščili ranljive skupine, ki so jih sogovorniki prepoznali v našem zdravstvenem sistemu.

Tabela 13: Kategorije in kode teme »Ranljive skupine v zdravstvenem sistemu«

Tema	Kategorija	Koda
<i>Ranljive skupine</i>	Prepoznavanje ranljivih skupin	<ul style="list-style-type: none"> • Albanska skupnost • Tujci • Kronično bolni • Ljudje z oviranostjo • Osebe brez ustreznega zavarovanja • Romska skupnost • Starejši • Ranljive skupine na splošno
	Vključevanje ranljivih skupin	<ul style="list-style-type: none"> • Vključevanje v projektih • Sodelovanje z društvi in predstavniki bolnikov • Odsotnost aktivnega vključevanja

Številni podatki so se nanašali na albansko skupnost. Pri tej so bile pogosto izpostavljene stiske v smislu zagotavljanja oskrbe ter konkretne situacije, v katerih so se predvsem na strani ženske populacije pojavljale kulturne in jezikovne ovire.

»Zdravstveni delavec, ki se ukvarja s takšnim bolnikom, mora kar poznati in tudi razumeti tisto okolje, v katerem človek živi. Sam osebno imam izkušnje s predstavniki albanske skupnosti ... Prehranske navade, gibanje, gospe so pretežno doma, ne gredo ven, težko jim rečeš, pojdite sedaj na sprehod.« (KK-VO-2)

»Večinoma je tu albanska skupnost oziroma tam je vprašanje, če one sploh smejo govoriti. Ko moža ni, potem še nekako komunicirajo. Drugače pa je večji problem. Mislim, da ne smejo. Mislim, da mogoče nekaj razumejo, ampak ne smejo razumeti.« (KK-VO-6)

»Ali pa ogromno družin s Kosova oziroma albanskih, kjer možje govorijo slovensko, ker so oni najprej prišli in delajo tukaj, otroci tudi govorijo, ker so v šoli, ženske pa ne. In ženske tudi sicer bivajo v enem takem zaprtem ozkem krogu in se med seboj pogovarjajo samo albansko. Tudi ko gredo v trgovino, običajno gre najstarejša, ena recimo, in nabavlja za vse druge in komunicira z ljudmi, ostale pa ne. Ko pa so pacientke in pridejo v bolnišnico, ko ti želiš kaj zvedeti od njih in o njihovi bolezni, vedno sem v dilemi, ali povejo vse, ker so prevajalci možje in vsega ne moreš spraševati.« (KK-VO-13)

Kot ranljivo skupino smo iz pridobljenih podatkov izluščili tudi tujce, predvsem begunce in ekonomske migrante.

»Da si ti izpuljen iz svojega kulturnega okolja in vržen v neko drugo kulturno okolje, je že samo po sebi zdravstveno tveganje, ker je združeno s takimi stresnimi situacijami, da ti to fizično škoduje.« (KK-EX-5)

»Ti različni narodi, ki prihajajo, po avtocesti pa pridejo od Ukrajincev, Bolgarov, Romunov, Rusov. To se zgodi na parkirišču, na avtocesti, prometna nesreča, migranti, ker so meje zraven, veliko smo jih imeli, en cel velik kombi migrantov, mladih fantov, ki so imeli prometno nesrečo. Bil je to ilegalen prestop. Oni so bili pripeljeni na urgenco. Bili so lačni, sestradani, umazani.« (KK-VO-4)

Identificirali smo tudi ranljivo skupino kronično bolnih, med katere spadajo sladkorni bolniki, duševno bolni, okuženi s HIV-om in drugi.

»Vemo, da so tudi druge podskupine zelo, precej prikrajšane, to so pa razni kronično onespobljene ljudje, pa ljudje pod pragom revščine, ki jih imamo pa na obeh straneh, tistih iz druge kulturne srenje, kot pa tudi iz domače.« (KK-KD-5)

»Govorim o področju duševnega zdravja. Tu je stigma tako močan faktor, da vpliva, da se kasneje poišče pomoč, ali pa da nekdo iz ruralnega okolja ne gre v najbližjo ambulanto, ampak išče bolj oddaljeno pomoč ... do raznorazno drugih primerov.« (KK-KD-4)

Nadalje smo kot ranljivo skupino identificirali tudi osebe z gibalnimi, senzornimi ter kognitivnimi oviranostmi. Podatki so se nanašali tako na pomanjkljivosti v zdravstveni obravnavi teh skupin kot tudi na odnos do njih.

»Obstajajo ranljivosti, ki niso tako zelo očitne. Če ste vi brezdomec ali Kitajec, so vaše zagate zelo vidne. Če ste pa oseba z blažjo kognitivno motnjo, recimo da ste padli s kolesa in se udarili v glavo in sedaj ne morete šteti več kot do deset, ker se je v enem možganskem centru nekaj majhnega zgodilo, vse drugo čisto lepo funkcionira, ampak če mi rečete, da moram trikrat na dan dvajset kapljic vzeti, pa jaz tega ne morem, tega pa nobeden ne opazi.« (KK-EX-5)

»Pri osebah s posebnimi potrebami, z nekimi razvojnimi motnjami, tu je bilo toliko nekih zgrešenih predstav, da smo kot družba veliko za njih naredili, ampak so pa, kar kaže literatura, obstaja neenakost v zdravju pri njih v primerjavi z večinsko populacijo. Mislimo, da so včasih celo prezaščiteni, ampak ni res in zato se mi zdi, da bi morali biti še toliko bolj občutljivi na te stvari.« (KK-KD-13)

»Imamo pa velike težave recimo z našimi uporabniki, ko imajo slušne primanjkljaje, tako da iz tega naslova pa ja.« (KK-KD-14)

Kot posebno ranljivo skupino smo identificirali tudi starejšo populacijo, saj se poleg starosti pri njih pojavljajo tudi drugi dejavniki, ki prispevajo k ogroženosti, kot so revščina, oviranosti ter kronične bolezni.

»Mislim, da bi lahko izpostavila starejšo populacijo, tega je v intenzivi več in imamo tudi določene težave, kar se tiče s komunikacijo s temi pacienti, kakšne druge skupine pa v našem okolju niti ni.« (KK-VO-14)

»Če pogledamo starost naših hospitaliziranih pacientov, konstantno raste in imamo vedno več opravka z geriatrično populacijo, nekimi različnimi boleznimi, se pravi, lahko bi kar v neko grobo skupino »starejši«, potem pacienti z določenimi obolenji, ne glede na to, ali imajo svojce ali ne, so vseeno nekoliko bolj »dementni«, povezano s starostjo ...« (KK-VO-10)

»Ranljive skupine, kjer vidim ta trenutek zelo veliko ranljivo skupino, so starostniki. Odnos do starosti. To mene moti. Sedaj pa si star in umri, kaj še živiš. Sedaj te pa nič več ne rabimo. Bog ne daj, da si še kaj bolan, da še kaj drugega rabiš, je pa sploh, da ne govorimo o tem, to kar se sedaj majčkeno govori o nasilju nad starostniki v domačih okoljih, sem rekla, kam gre ta naša družba. Jaz do drugih ranljivih skupin se mi zdi, da je ta v Sloveniji ta trenutek, kar jaz poznam, najhujši ... Ti ljudje so pa na milost in nemilost nemočni in se mi zdi to, nič nismo prizadeti.« (KK-KD-2)

»To je vsekakor starejši človek s kronično rano, je multimorbidna na več boleznih, zelo pogosto je tudi slabši socialni status, težje je mobilni, tako če [živi, op. a.] v ruralnem okolju prevoz do zdravstvenega sistema, pogosto osamljen, tako da potrebuje res usluge na različnih mestih v zdravstvenem sistemu, usluge patronažne službe.« (KK-VO-2)

Med podatki smo izluščili tudi mnogo takšnih, ki pričajo o romski skupnosti - na eni strani kot ranljivi skupini, na drugi strani pa kot skupini, kjer je vzrok težav predvsem v njih samih.

»Če vzamemo neko drugo populacijo, recimo konkretno Rome, kjer ni prišlo v celotni Sloveniji na nivoju medijev, politike itd. Do neke refleksije, ksenofobnega rasističnega odnosa do Romov, pa vidimo v zdravstvenih delavcih še vedno ogromno antiromskega obnašanja in ogromno nekih stereotipov, ksenofobnih in zelo težkih predsodkov do Romov.« (KK-EX-2)

»Govorimo o Romih na primer, ki so pri nas najbolj prisotni. Eni so v redu, eni pa strašno neurejeni. Še po hišah nimajo stranišč in ne hodijo otroci v šolo. Ne pustijo patronažne sestre v hišo, ne cepijo se za tuberkulozo.« (KK-VO-7)

»Tudi Romi, čeprav Romi - sedaj je njihova obravnava že drugačna in najbrž je prihajalo do kratkih stikov zato, ker oni niso pripravljeni sprejemati nekih navodil in hišnega reda. Če zahtevaš od njih nek red, neko obnašanje, ki ne bo motilo drugih, potem takoj dobimo, to pa je zato, ker sem Rom.« (KK-VO-13)

»Romi se poslužujejo zdravstvenega sistema samo takrat, ko zbolijo in se poslužujejo urgentnega centra. Takrat pač pridejo po uslugo, da pa bi se vključevali v vse te preventivne programe, ki jih ima Slovenija zelo dobro organizirane, od centrov za zdravje, programov pri opredeljenemu zdravniku, referenčne ambulante, tega se ne poslužujejo.« (KK-VO-2)

Osebe brez ustreznega zdravstvenega zavarovanja predstavljajo posebno ranljivo skupino, kot to izhaja iz pridobljenih podatkov, o kateri se ne govori veliko. Težave oziroma ovire so povezane predvsem z revščino.

»Zelo me prizadene, da se zelo malo govori o skupinah, ki sploh nimajo zdravstvenega zavarovanja. To, da se te ambulante sedaj širijo, da se morajo širiti za ljudi brez zavarovanja in da so med njimi mnogi podjetniki, to kaže na to, kakšen odnos ima Slovenija do ljudi, ki bi lahko ogromno še vedno prispevali k naši družbi, pa ne najdemo poti, da bi jim dali zdravstveno zavarovanje, da bi se lahko nazaj postavili na svoje noge. Ker biti brez zdravstvenega zavarovanja je zelo kruta situacija in kar spregledamo.« (KK-EX-4)

»Tu je ena skupina ljudi, ki se zaradi različnih osebnih okoliščin znajde v situaciji, ko dejansko ne more poravnati svojih obveznosti, ampak potem nima dostopa do pravic [iz zdravstvenega zavarovanja, op. a.]« (KK-KD-6)

Med splošne podatke o ranljivih skupinah smo uvrstili podatke, ki so se nanašali na prepoznavanje in prisotnost raznolikih ranljivih skupin. Poleg že identificiranih ranljivih skupin so posamezni podatki nakazovali še na mnoge druge, kot so revni, brezdomci, zaporniki, alkoholiki, nosečnice, ljudje z različnim verskim ozadjem, kot so na primer Jehove priče, istospolno usmerjeni in drugi.

»Ali pa kakšni klošarji. Tudi oni, tisto obsojanje vnaprej. Nič ne veš, kakšna življenjska zgodba je za njimi. Da ne rečem alkoholiki.« (KK-VO-13)

»Eni taki so tudi zaporniki. Jaz podpiram to, če se zgradi nov zapor, da se zgradi v tem zaporu ustrezen negovalni oddelek prav zato, ker me ne zanima, zakaj se je nekdo na drugi strani znašel in kaj je naredil.« (KK-KD-1)

»Problematične so tudi Jehovove priče. Zelo težko je, ko nekdo pride v bolnišnico, pa si ti postavljen pred neko dejstvo, da moraš nekaj narediti. Ne dobimo vseh podatkov. Ti ne moreš vedeti, kakšno je njegovo prepričanje.« (KK-VO-10)

V temo o ranljivih skupinah smo vključili tudi podatke, ki so govorili o aktivnem vključevanju pripadnikov ranljivih skupin v politiko zdravstvene obravnave. Podatki govorijo o tem, da je bilo aktivno vključevanje prisotno le v projektih. V ustanovah je bilo prisotno sodelovanje predvsem z društvi oziroma s predstavniki bolnikov - posamezni podatki kažejo na možnost vpliva na politiko zdravstvene obravnave, pogosto pa je to sodelovanje omejeno na omogočanje druženja in na zdravstveno vzgojo.

»Tam smo intenzivno sodelovali in smo vključili v te programe tudi Rome kot take same, ker so potem oni izrazili kako, na kakšen način so sooblikovali program.« (KK-EX-1)

»Zdaj pri projektu sodeluje nevladna organizacija, .govorili bodo tudi sami. Že enkrat so prej na okrogli mizi govorili o njihovih izkušnjah, o verah. Oni so vključeni, nevladne organizacije ... je zelo pomembno, da so vključene v teh projektih.« (KK-EX-6)

»Tam smo res šli zelo na teren, pač poskušali tudi potem kasneje pri samem razvoju tega izobraževanja vključiti ali pa vsaj povprašati za mnenje, neke potrebe, ki smo jih pač zaznali v pogovoru z njimi, ki jih najbolj motijo, izkušnje s sistemom zdravstvenega varstva.« (KK-EX-8)

»Z društvi zelo. Kronična rana, društvo rakavih bolnikov ... Dali smo jim prostore v bolnišnici. Enkrat je o prehrani, potem je kaj vemo o ekološkem raku, prostata, karkoli pač. Tudi kapelico jim damo. S temi sodelujemo. Diabetes – tudi z njimi smo zelo aktivni. Predstavniki vodstva in strokovni tim gre nekdo od teh pozdraviti skupino.«(KK-VO-4)

»Mi sodelujemo z društvi bolnikov, to zelo veliko, potem kar se tiče sodelovanja z lokalno skupnostjo, v smislu zdravstvenega osveščanja, skozi delamo neke

preventivne akcije, organiziramo, da so vključeni v skupnost, ampak ne s tega vidika, da bi posebej ranljive skupine. Bolj za splošno populacijo.» (KK-VO-10)

»Je pa res, da imamo že v skupščini predstavnika invalidov. Obvezno po zakonodaji. To je zelo pomembno. In v obeh organih upravljanja. Prav posebej navedeni člani.« (KK-KD-6)

»Tukaj pa moram reči, da smo mi s temi skupinami izjemno povezani, ne le da nam lahko dajejo predloge, recimo društvo sladkornih bolnikov, oni dajo predlog. Vedno pazimo, da je v delovnih skupinah tudi predstavnik uporabnikov.« (KK-KD-7)

Izluščili pa smo tudi podatke, ki govorijo o odsotnosti vključevanja ranljivih skupin tako v zdravstveno obravnavo kot v kreiranje politike zdravstvene obravnave.

»Ampak v svetu je vse to normalno, da so v vseh teh strukturah, tudi v bolnišnici, predstavniki pacientov zraven. Tudi ne ravno naključno izbrani, če so kakšne ranljive skupine, etnične skupine v tistem okolju, še posebej naslovljene. Ravno zdajle sem s kongresa in smo imeli eno celo debato o tem, kako paciente vključiti v bolj načrtovanje, pripravo, pisanje kliničnih smernic za obravnavo posameznih bolezni ... no in to je bil trk svetov ... ne ... 'Klinične smernice, mi tukaj nimamo kaj vključevati paciente' ...«(KK-EX-8)

4.1.7 Tema: Jezikovne ovire v zdravstvenem sistemu

Kategorije in kode teme "Jezikovne ovire v zdravstvenem sistemu" smo prikazali v tabeli 14.

Tabela 14: Kategorije in kode teme »Jezikovne ovire v zdravstvenem sistemu«

Tema	Kategorija	Koda
<i>Jezikovne ovire</i>	Uporabniki zdravstvenih storitev	<ul style="list-style-type: none"> • Težave zaradi jezikovnih ovir • Odsotnost težav zaradi jezikovnih ovir
	Zdravstveni delavci	<ul style="list-style-type: none"> • Študenti in jezikovne ovire • Zaposleni in jezikovne ovire
	Premagovanje jezikovnih ovir	<ul style="list-style-type: none"> • Otroci in ostali sorodniki • Tolmačenje s strani zaposlenih • Prevajalska služba • Tolmači in medkulturni mediatorji • Pisni pripomočki • Finančna sredstva za premagovanje jezikovnih ovir

V zvezi z uporabniki zdravstvenih storitev smo podatke razvrstili v dve nasprotujoči si kategoriji - težave zaradi jezikovnih ovir in odsotnost jezikovnih ovir.

S kodo 'Težave zaradi jezikovnih ovir' smo označili podatke, ki so pričali o obstoju jezikovnih ovir in z njimi povezanimi težavami. Med njimi so podatki o nerazumevanju jezika, o nepismenosti, pa tudi o prisotnosti fizičnih, slušnih in govornih primanjkljajev. Nekateri sogovorniki so jezikovne ovire navajali kot ključne ali celo edine, ki obstajajo na področju kulturnih razlik.

»Prav ta pomembna ovira v medkulturnih kompetencah z vidika zdravstvenih delavcev po nudenju kulturno dovzete zdravstvene nege, oskrbe, je predvsem

jezikovna bariera in mislim, da je ta najbolj pereča, ki jo občutijo pacienti, pacientke.» (KK-EX-6)

»Največja ovira je bila pravzaprav ta jezikovna, kar se pa tiče navad, saj ljudje sprejmejo, ko gredo nekam drugam, vedo kaj je, ker so bolni, jih skrbi ali zase ali za otroke in takrat so zelo sprejemljivi.« (KK-VO-1)

»Konkretno sem zadnjič imela pacientko, ki je Albanka, midve sva sicer prišli po priročniku do neke stopnje, ampak potem razložiti, zakaj operacija, kako, kaj je treba podpisati, dobila je obrazce, v bolnišnici se ni noben vprašal, ali ona razume slovensko ali ne, bila je nepismena, skratka kako bo podpisala nek obrazec strinjanja, če prvič ni pismena, drugič ga ne razume.«(KK-EX-1)

»Celo tam, kjer je formalno popolnoma rešeno, to je za gluhe osebe, v praksi tudi slučajno ni, kot bi pričakoval. Še vedno so zgodbe take.« (KK-EX-5)

Hkrati pa smo pridobili povsem nasprotujoče podatke, da jezikovnih ovir ni oziroma ne predstavljajo težav.

»Se mi zdi, da to ni nek problem.«(KK-KD-11)

»Zaradi te bariere [jezikovne, op. a.] ni bilo problematično zdravljenje.« (KK-KD-12)

»Tako da tudi če je govorni problem, imamo tudi prevajalce, lahko se prevajalca pokliče. Obstaja seznam oseb, ki so za različna govorna področja in te stvari nam tečejo. Ni bilo nobenega problema, nobenih zapletov, vsaj da bi se jaz spomnila.« (KK-VO-14)

»Imamo možnost. Meni se ni še zgodilo, da ne bi mogel skomunicirati. Imamo možnost.« (KK-PR-5)

V zvezi z jezikovnimi ovirami smo izluščili tudi podatke, ki so govorili o jezikovnih ovirah in težavah zdravstvenih delavcev - tako študentov kot zaposlenih. Ob tem smo zaznali težave študentov tako v šolskem kot v kliničnem okolju.

»Tudi se zelo pogosto odraža, da je težava, ko dobimo na izmenjavo tuje študente in velikokrat kolegi rečejo, da imajo težavo zagotoviti uporabnike, ki bodo angleško govoreči. Saj pri nas je to pogoj. Je pa to velikokrat potem težava, da lahko nek tuj študent skomunicira z enim našim pacientom, kar bi želel v okviru obravnave skomunicirati.« (KK-KD-14)

»Tudi mi ne pomislimo, kako bi mi pomagali tem študentom. Kar rečemo, se morajo prilagoditi, ker hodijo v slovensko šolo.«(KK-EX-4)

Pri zaposlenih pa so se jezikovne ovire nanašale predvsem na jezikovne ovire v zvezi z zaposlovanjem manjkajočih kadrov.

»Načeloma se ta tema kulturne raznolikosti pojavlja čedalje bolj, sploh v zadnjih letih v delovnih sredinah, predvsem se pojavlja problematika jezikovnih ovir.« (KK-VO-9)

»Če se ti odločaš, da bi ga vzel iz Srbije, dosti ta trg raziskujem in gledam, zaenkrat ima Slovenija prezakompliciran postopek, pa mogoče niti ni tako prezakompliciran, ampak absolutno predolg.. Celo za zdravnike je pretežek [izpit iz slovenskega jezika, op. a.].« (KK-VO-5)

»Konkretno smo imeli primer zdravnika, ki prihaja iz države bivše Jugoslavije, kjer nimajo ustrezne jezikovne šole, kjer bi se on lahko to učil. Tam je neko društvo Slovencev, ki pa ne organizira tečajev in nima niti prilike se tega naučiti. To se mi zdi ena taka za nekoga, ki je resno razmišljal o tem, da bi prišel sem, pa na katerega mi resno računamo, je zelo smiselno, da bi mu pomagali na ta način. Saj podobno ima na primer tudi Avstrija. Oni imajo izdelane posebne brošure za tujce, stvari, ki jih moraš znati, da se lahko sploh začneš pripravljati na zaposlitev pri njih.« (KK-VO-10)

V kategorijo 'Premagovanje jezikovnih ovir' smo vključili podatke o različnih metodah premostitve jezikovnih ovir v vsakdanji praksi.

Sogovorniki so zelo pogosto navajali prevajanje s strani otrok in sorodnikov. Pri tem smo zaznali tako kritične poglede na to prakso kot tudi mnenja, da je to povsem sprejemljivo.

»Sami pacienti se zorganizirajo, ena pride iz albanske skupnosti in pripeljejo s seboj otroke, ki govorijo slovensko ali drugega svojca, se sami prilagodijo. Na tak način rešujejo. Te skupnosti so dokaj močne in dovolj dobro organizirane, tako da to ni predstavljalo nekega problema.« (KK-KD-10)

»Otroci hodijo tudi v šolo, kar dobro poznajo slovenščino in smo potem na ta način, da s starši smo se sporazumevali preko otrok. Bili so kot prevajalci.« (KK-VO-14)

»Zelo grozno je slišati, da se v slovenskem zdravstvu za tolmačenje uporablja otroke. To je res pošastno. Slišali smo celo resnično grozovito zgodbo iz nekega ginekološkega oddelka, kjer je 9-letni otrok moral tolmačiti svoji mami dejstvo, da je bratec, ki so se ga vsi zelo veselili, umrl in da bo sedaj gospa morala tega otroka nekako iz telesa spraviti. Ali si predstavljate, kaj je to? To so nedopustne stvari in to se v 21. stoletju absolutno ne bi smelo dogajati.« (KK-EX-5)

Podatki so pokazali, da so se v zdravstvenem sistemu zelo pogosto posluževali zaposlenih kot tolmačev.

»Pri nas imamo objavljen seznam ljudi, ki določen jezik obvladajo in jih potem lahko vključimo v razgovor. Je pa velik problem predvsem albanščina v zadnjem času. To je res težava, tako da tam ponavadi sploh pri ženskah, se vključi kar partnerja zraven.« (KK-PR-12)

»Imamo zaposlene, nekdo govori francosko, mogoče nekdo malo arabsko zna in se tako najdemo. Precej je tukaj iznajdljivost, situacijske rešitve, improvizacije.« (KK-VO-3)

»V glavnem kar nekako z angleščino gre, drugače pa si poiščemo med sodelavci nekoga, ki govori.« (KK-VO-13)

Pridobili smo podatke, da so imeli v nekaterih okoljih za tolmačenje na voljo tudi prevajalsko službo, čeprav veliko sogovornikov ni vedelo natančno, kdaj in kako se jih lahko poslužijo. V vseh okoljih pa to ni na voljo.

»Mislim, da obstaja nekaj ljudi, ki se jih da poklicati.« (KK-VO-2)

»Imamo mi prevajalsko službo. Eni so za angleščino, nemško govorno, vsi tisti, ki kaj znajo, so prevajalci v hiši, drugače pa imamo tudi zunanjo prevajalsko agencijo in jih pokličemo.« (KK-PR-1)

»Žal tega nimamo, tudi ne vemo koga poklicat, znajdemo se.« (KK-VO-3)

V nekaterih okoljih so bili sodeč po pridobljenih podatkih že na voljo medkulturni mediatorji in posebno usposobljeni tolmači, vendar je bila njihova prisotnost pogosto začasna, pogojena s trajanjem projekta. Izjema so bili ponekod tolmači za znakovni jezik ter medkulturni mediatorji za albansko skupnost.

»Pri gluhonemih ... Tukaj imamo eno osebo in si pomagamo s tolmačem in to plača zdravstvena zavarovalnica.«(KK-VO-12)

»Ja, nekatere ustanove imajo kulturne mediatorje in tolmače, predvsem velike, dočim za manjše sigurno to ne velja, sploh pa ne za zdravnike, ki delajo na podeželju, recimo, tam so pa že tako in tako sami.« (KK-KD-5)

»V centru za krepitev zdravja moramo imeti tudi tolmača. To je ena pozitivna stvar, ki jo je prinesel ta projekt za albanski jezik.«(KK-VO-9)

Nekateri zdravstveni delavci pa so se ob jezikovnih ovirah zatekli k pisnim pripomočkom, kot so priročniki, prevodi zloženek in formularjev ter spletni prevajalniki.

»Dali smo tudi prevesti neke splošne dokumente, ki veljajo v bolnišnici, od sprejema v bolnišnico, kjer so vsa navodila. Imamo jih v treh jezikih, tudi za tujce, ki govorijo angleško, nemško in albansko govoreče, da lahko vsaj preberejo in dobijo mogoče malo več informacij, če jih zdravnik ne more dati, ampak tu je en problem.« (KK-VO-10)

»Si pomagamo z NIJZ, ki objavlja krajši slovar za zdravstvene delavce oirooma. da je osnovno sporazumevanje možno in seveda google translate, tudi s tem si pomagamo večkrat.« (KK-VO-5)

Pridobili smo tudi množico podatkov, ki so govorili o težavah pri financiranju za premagovanje jezikovnih ovir ter o neurejenosti področja.

»Zakon imamo za tolmača, vendar zagotovo ni suportiran na nacionalnem nivoju ali s plačilom ali z nekim bordom teh tolmačev, ki so na voljo, saj Slovenija ni tako velika. V eni uri in pol, recimo, da je ta bord ljudi v Ljubljani, je v kateremkoli delu Slovenije ali pa po telefonu. Žal nimamo tega ...« (KK-VO-3)

»Kdor sodeluje v projektu, lahko uporabljajo tolmača, sicer pa ne, ker ZZZS tega ne plačuje. Podobno je s prevajalci in zaradi tega imajo težave.« (KK-VO-9)

»Smo na začetku. Niti tega si ne priznamo, da zelo nenavadna situacija v Sloveniji je vprašanje tolmača v zdravstvu, kar je čisto elementarno. Če vi ne morete človeka vprašati, kaj mu je in če on vas ne razume, kaj mu svetujete, tukaj sploh ne more biti terapevtskega odnosa in vendar ni jasno to. Mi nimamo podzakonskih aktov, ki bi povedali, kdo mora tolmača plačati, ga omogočiti. To je pa res čisto začetek vsega, ampak tudi to ni rešeno.« (KK-EX-5)

4.1.8 Tema: Zunanji vplivi in prepletanje sistemov

Kategorije in kode teme »Zunanji vplivi in prepletanje sistemov« smo prikazali v tabeli 15.

Pridobljeni podatki govorijo o prepletanju koncepta kulturne kompetentnosti z drugimi sistemi ter o družbenih vplivih na razvoj tega koncepta v zdravstvu.

Tabela 15: Kategorije in kode teme »Zunanji vplivi in prepletanje sistemov«

Tema	Kategorija	Koda
<i>Zunanji vplivi in prepletanje sistemov</i>	Prepletanje in povezovanje z drugimi sistemi	<ul style="list-style-type: none"> • Šolski sistem • Socialni sistem • Policija
	Družbeni vplivi	<ul style="list-style-type: none"> • Vpliv medijev • Vpliv politike

Kulturna kompetentnost zdravstvenega sistema je po pridobljenih podatkih močno odvisna od sodelovanja in izobraževalnih vsebin šolskega sistema.

»Zelo bi bilo pomembno, da bi se vneslo v zdravstveni sistem izobraževanja, v vse sisteme izobraževanja. Usposabljanje, izobraževanje za sprejemanje drugačnosti, da se ta ksenofobija majčkeno izloči iz naše družbe, ki je zelo prisotna in seveda da če se otroci že v osnovni šoli in tudi v diplomskem izobraževanju z nekim sprejemljivim kreiranjem izobraževanja na tem področju, je čisto drugače, da kultura nekega naroda sprejema drugačnost in se potem tudi ta kompetentnost in pač sistemi z orodji, ki podpirajo to, pristopi, so v kakšnih državah, ki so napredne, to verjetno normalno, so že te rešitve vključene v sisteme.« (KK-KD-9)

»Velik poudarek je tukaj na šolski sistem tudi v smislu zdravstvene pismenosti, ampak šolski sistem ne sprejema tega, da bi se kakorkoli te zadeve vpeljevale.« (KK-EX-7)

Tudi socialni sistem se močno prepleta z zdravstvenim in ravno na področju kulturnih kompetenc in naslavljanja ranljivih skupin se je izkazalo sodelovanje kot zelo pomembno.

»Ena zanimiva stvar, ko smo lani skupaj s policijo in CSD organizirati en posvet oziroma da bi dali neko informacijo ženskam romske skupnosti, tudi od vrat do vrat, so policija in CSD vabili osebno v našo sejno sobo.« (KK-VO-12)

»Preko naše socialne službe ja, jaz prihajam tudi iz ginekologije in iz pediatrije, kjer se največ te populacije v tem trenutku zadržuje, posledica migracije. Neka gospa skrbi za te ranljive skupine, predvsem za ženske. Enkrat ali celo dvakrat je pripeljala, konkretno za ta primer vem, da smo jim razkazali bolnišnico, porodnišnico, pediatrični oddelek, na kakšen način se vpiše, kako poteka sistem.« (KK-VO-5)

Iz pridobljenih podatkov smo izluščili tudi vlogo policije kot pomemben dejavnik pri obravnavi kulturno raznolikih skupin.

»Je ta problem seveda občine in vseh drugih inštitucij, tudi policije [romska skupnost, op. a.]. Delamo pa na tem, tako da imamo ene timske sestanke. Vse te službe, ki sem jih naštel, ker smo zaznali, da je tam problem in poskušamo reševati.« (KK-VO-7)

Glede družbenih vplivov na stanje in razvoj kulturne kompetentnosti v zdravstvu pa podatki pričajo o vplivu medijev ter politike.

»Konkretno, veliko predsodkov, ki sem jih prepoznal, izhaja predvsem iz medijsko ustvarjenih podob, na primer migrantov, ki so jih slišali, brali iz medijev.« (KK-EX-6)

»Je pa res, da ne politiki, pač pa mediji naredijo svoje. Politiko ne vidim toliko problematično, ker čisto vsak posameznik v Sloveniji se ne ukvarja s politiko in politične usmeritve ne vedno vplivajo na posameznikov pogled, medtem ko mediji pa zelo veliko. Bolj kot mediji ustvarjajo neko nestrpnost, medij je tisti, ki doseže mnogo več ljudi kot politika, in mediji so tisti, ki lahko ustvarjajo pozitivno ali negativno klimo.« (KK-EX-7)

»Je pa spet odvisno od vsakokratne politične opcije, volje, naklonjenosti posameznih politikov ...« (KK-KD-8)

»Začne se v političnih strankah verjetno, pa v medijih. Tukaj, ko berem vse to, nimam dobrega občutka za Slovenijo.« (KK-VO-2)

4.1.9 Tema: Možnosti zdravstvenega sistema

Kategorije in kode teme »Možnosti zdravstvenega sistema« smo prikazali v tabeli 16.

Ugotovili smo, da v zdravstvenem sistemu obstajajo tako viri, resursi za kulturno kompetentnost, kot tudi ovire. Kot resurse zdravstvenega sistema smo prepoznali raznolikost samih zaposlenih, ki jo sogovorniki vidijo kot pozitivno.

»Na našem oddelku je 160 ljudi, če se omejim samo na naš oddelek. Ne izhajamo vsi iz tega geografskega področja, imamo že med sodelavci različne kulture. Mislim, da kar dobro sodelujemo. Če pogledam širše na nivoju celotne ustanove, ni tako malo, ampak mislim, da smo vsi kar nekako složni in znamo.« (KK-PR-8)

»Eni [zaposleni, op. a.] so že tako umeščeni v okolje, in so sicer neke razlike v veroizpovedi ali pri pisanju razporeda, da veš, kdaj so njihovi prazniki, bajram, novo leto, božič.« (KK-VO-5)

»Smo pač mešani, veliko zaposlenih govori tudi te jezike, tako da tukaj sploh ni problema.« (KK-VO-14)

Identificirali smo tudi mnogo podatkov, ki govorijo o številnih projektih in raziskavah na področju kulturne kompetentnosti v zdravstvu. Mnogo projektov je zasnovanih s ciljem, da se rešitve implementirajo v prakso.

»Potem smo mi implementacijo teh novih pristopov pa že kar vključili, ko smo se dogovorili z zavarovalnico, da je to kot projekt, testiranje projektnih rešitev, nadgradnja preventive, vključno s temi rešitvami in smo se pač dogovorili.« (KK-KD-9)

»Sedaj tudi pripravljamo nov nabor storitev, njihovo testiranje, izdali smo standarde, izkazujemo to potrebo, skratka, zelo močno se trudimo, da bi prešli to bariero, se pravi, da bi prišli iz institucionalnega okolja v družbeni prostor.« (KK-KD-14)

»Mi v pilotu sodelujemo z zdravstvenim domom in tudi z društvu bolnikov in občino. Naslavljam tako imenovano integrirano oskrbo bolnikov, integriranost iščemo znotraj bolnišnice med posameznimi specialisti, ki oskrbujejo bolnika s kronično boleznijo, potem integracijo primarno-sekundarni nivo in zdravstveni sistem in okolico. Ranljive skupine.« (KK-VO-2)

Tabela 16: Kategorije in kode teme »Možnosti zdravstvenega sistema«

Tema	Kategorija	Koda
<i>Možnosti zdravstvenega sistema</i>	Resursi	<ul style="list-style-type: none"> • Raznolikost med zdravstvenimi delavci • Projekti in raziskovanje • Organiziranost
	Ovire	<ul style="list-style-type: none"> • Časovne in kadrovske ovire • Pomanjkanje primernih informacij za uporabnike • Pomanjkanje multidisciplinarnega in večnivojskega pristopa • Pomanjkanje podatkov • Tehnološke in prostorske ovire • Pomanjkanje komunikacijskih veščin • Pomanjkljive zakonodajne podlage

Kot resurs zdravstvenega sistema pa smo izluščili tudi njegovo organiziranost, predvsem v smislu primarnega in sekundarnega nivoja. Čeprav imata oba prednosti, se po pridobljenih podatkih več pozornosti temu konceptu namenja na primarnem nivoju.

»Pri primarnem zdravstvenem sistemu je vseeno na nek način v našem sistemu, kjer je zdravnik gate keeper, gre za nek dolgotrajni odnos s pacientom, se slej ko prej

potem ne glede na neke razlike, takšne ali drugačne, vzpostavi nek tesen odnos z zdravnikom družinske medicine. Po nekem daljšem časovnem obdobju vseeno pacienta poznaš, tako da lahko, če imaš posluh za te stvari, lahko kulturno kompetentno znotraj tega potem tudi deluješ ali ne glede na to, ali je to tujec, ali je socialno šibki, ali gre za nekoga, ki je na obrobju družbe, ki je popolnoma degradiran, ali za nekoga, ki obvlada vse stvari. Tu je primarni nivo v prednosti. Sekundarni nivo pa ima drugo dimenzijo. Tu se s pacienti srečujejo bolj poredko, takrat pa, ko je pacient hospitaliziran, pa je načeloma več časa, da lahko potem prilagodiš in v miru pripraviš neko ne nazadnje razlago in si časovno lažje to organiziraš. To pa je prednost sekundarnega nivoja.» (KK-EX-1)

Identificirali pa smo tudi množico ovir. Zelo jasno smo zaznali časovne in kadrovske ovire.

»Težko zagovarjam oziroma težko bom očitala zdravniku ali medicinski sestri, da se ne obnaša kulturno kompetentno, če ima 60 ljudi na vratih, če je v časovni stiski, če mora zaradi tega, ker ni dovolj medicinskih sester, delati 12 ur namesto 8 ur, če je potrebno iz nočne iti v ambulanto. Težko, težko potem to zdravstveni delavci na nekem sprejemljivem in visokem nivoju delajo.» (KK-EX-1)

»Mi bi si želeli imeti več časa, ker res malo na tekočem traku delamo.»(KK-VO-7)

»Zato, ker je ljudi tako hudo premalo v tem zdravstvenem sistemu oziroma so ti ljudje že tako in tako obremenjeni in jih dodatno sploh ne moreš več obremeniti.» (KK-KD-1)

»Trenutno je zdravniškega kadra premalo. Tako da s tem povezano je tudi manj časa za prevalentno domače prebivalstvo, kot za tiste iz drugih kulturnih področij.» (KK-KD-5)

Med ovirami smo prepoznali tudi problematiko pomanjkanja informacij za uporabnike.

»Pomanjkanje ustreznih informacij oziroma na uporabniku razumljiv način. To se nam čisto v vseh okoljih pokaže med poglavitnimi ovirami. Ta, da nimajo ustreznih informacij. Čisto bazičnih glede zdravstvenega sistema, zavarovanja, da ni

informacij, kaj zdravstveni center oziroma center za krepitev zdravja sploh nudi. Zdaj ko se pogovarjamo na širše, vključujemo tudi druge institucije, ne samo zdravstvene in nevladne organizacije, tudi predstavniki teh institucij ugotavljajo, da nimajo uporabniki informacij, kar oni počnejo, da je zelo okrnjen sistem podajanja informacij tudi od ust do ust. To se res kaže kot pereč problem.» (KK-KD-8)

»Ja, pa predvsem se mi zdi pomanjkanje informacij, ne samo za begunce, ampak kakršne koli tujce, ki pridejo k nam, ima naš zdravstveni sistem specifiko, kako funkcionirati s primarnimi zdravniki, napotit z osnovnim zavarovanjem in dopolnilnim.» (KK-EX-3)

Nadalje so sogovorniki posredovali tudi podatke, ki so govorili o pomanjkanju multidisciplinarnega in večnivojskega pristopa pri obravnavi kulturno raznolikih pacientov.

»To ni del nekega splošnega sistema, ampak se smemo s tem ali se ukvarjamo s tem samo na eni zelo ozki skupini zdravstvenih delavcev, to so izvajalci preventivnih programov v zdravstvenih domovih, kar so bile do nedavnega pretežno diplomirane medicinske sestre, zdaj pa so med našimi slušatelji tudi fizioterapevti, psihologi in dietetiki in kineziologi, ki delajo v centrih za krepitev zdravja, ne pa zdravniki. Torej zdravnikov ne doseže. Prva ovira, ki se pojavlja, je ta, da so odločevalci zdravniki.» (KK-EX-5)

»Kulturne kompetence dojemam kot tako področje, ki potrebuje res veliko partnerstva in podpore in potem lahko gradimo naprej in prodiramo v vse segmente, ne samo sedaj trenutno na primarni zdravstveni ravni, ampak tudi na sekundarni.» (KK-KD-8)

Kot pomembna ovira se je izkazalo tudi pomanjkanje podatkov o ranljivih skupinah in njihovih potrebah.

»Tukaj zelo slabo napredujemo [zbiranje podatkov, op. a.]. S področja ranljivih skupin, ki bi sodile v kupček socialne oviranosti. Imamo raziskave, ki jih delajo sociologi, recimo strokovna ekipa, ki se s sociologijo in socialnimi problemi ukvarja. Brezdomci, ljudje brez zavarovanja, ki jih je bistveno več, kot se zdi, neki

marginalizirani ljudje itd. Tam so raziskave, ki se izven zdravstva dogajajo.» (KK-EX-5)

»Zdaj da bi izmerili, kako to vpliva na samo kakovost, varnost, obravnave ... Jaz sem še zmeraj tak malo bolj, tisti, kvantitativni, ne, raziskovalec. Čeprav sem zelo, med temi, ki zelo podpiram kvalitativno raziskovanje. Ampak svoje kolege, ko pač na te kongrese hodimo, z mojimi aktivnostmi raziskovalnimi, mora biti vse zelo zelo zelo izmerjeno in p mora biti pod 005 in potem to mora biti v smernicah in če ni ... Če ni randomized clinical trial, to nič ne pomeni.« (KK-EX-8)

»Registri, kot mi je znano, mi imamo ogromno registrov podatkov, ampak da bi tako res beležili, tega ni. Tudi če gledamo samo na populacijski ravni, kar se tiče SURS-a, statističnega urada za zbiranje podatkov, ne smejo zbirati po zakonodaji ne smemo vprašati ne o veroizpovedi, tudi romsko skupnost, samo če se sami opredelijo kot Romi. Tu dejansko natančnega števila nimamo, razen če gremo na teren in jih vprašamo.« (KK-KD-8)

Po pridobljenih podatkih so se kot ovire pojavljale tudi tehnološke in prostorske ovire, kot so na primer ovire zaradi pomanjkljive informacijske tehnologije ali prostorske ovire pri prilagajanju storitev prehrane.

»Pa nisva tukaj pri elektronskih zadevah, kot je e-napotnica in e-recept, tisto pa je sploh zaznano kot ovira z več vidikov, ne le zaradi razumevanja, tudi zaradi dostopnosti do spleta, do računalnikov. To je ena stvar.« (KK-KD-8)

»Delamo v kuhinji, ki je stara preko 100 let, tukaj kuhamo, hrano delimo na 12 različnih pozicijah in to terja ogromno logistike. Tehnologija je zastarela. Tudi komunikacija pacient – kuhinja, tega tudi nimamo razvitega, kot je to v tujini, nima možnosti, da bi vsak pacient imel možnost do neke ure na eno tablico odtipkat, kaj bi si želel.«(KK-PR-8)

Kot oviro kulturne kompetentnosti smo identificirali tudi pomanjkanje komunikacijskih veščin zdravstvenih delavcev.

»Zato mi je malo žal, ker ljudje se ne znajo pogovarjati, spoštovati in delovno okolje in delovni prostor.« (KK-PR-2)

»Pri nas so ljudje zelo različni in komunikacija pri nas je vedno težava, pa ni vezano to na področje od koder človek prihaja.« (KK-PR-8)

Nenazadnje smo med ovire uvrstili tudi podatke, ki smo jih označili s kodo 'Pomanjkljive zakonodajne podlage'. Te so se nanašale na različna področja - od zbiranja podatkov do uporabe tolmačev.

»Tukaj niti zakonske podlage nimamo. V zakonu imamo zelo natančno opredeljeno, katere podatke lahko zbiramo in katerih ne. Že tukaj je vprašanje in to so občutljivi podatki, še bolj kot medicinski. Če nimamo podlage, seveda ne smemo. Nimamo pa zaenkrat na to temo nič.« (KK-KD-6)

»Zakon o pacientovih pravicah govori o tem, da mu moraš zagotoviti oskrbo v slovenskem jeziku, tam kjer so manjšine v jeziku manjšin, po drugi strani mu moraš zagotoviti, da bo on razumel to, kar mu ti govoriš. Tukaj pride do navzkrižja in na to smo opozorili, ampak kot rečeno, ni bilo nekega posluha.« (KK-VO-10)

»Trenutno je najhujša zagata pri tolmačenju ta, da ni obstajal podzakonski akt, ki bi govoril o tem, kdo naj to financira.« (KK-EX-5)

4.1.10 Tema: Izobraževanje

Kategorije in kode teme »Izobraževanje« smo prikazali v tabeli 17.

Kot vsebine potrebnega izobraževanja so sogovorniki izpostavili velik razpon tem, vse od samozavedanja in privzgajanja odprtosti ter sočutja, do povsem konkretnih in ozko strokovnih tem o drugačnosti.

Tabela 17: Kategorije in kode teme »Izobraževanje«

Tema	Kategorija	Koda
Izobraževanje	Potrebe po izobraževanju	<ul style="list-style-type: none"> • Vsebine potrebnega izobraževanja • Finančna sredstva za izobraževanje
	Obstoječe vsebine in znanje	<ul style="list-style-type: none"> • Pomanjkanje znanja • Samoiniciativno pridobivanje znanj • Pomanjkanje izobraževanj • Zametki izobraževanj

Ob tem se je izkazalo mnenje, da je potrebno te vsebine vzgajati ne le na dodiplomski in podiplomski stopnji, temveč je potrebno pričeti že prej.

»Mislim, da je najbolj nujno, najbolj pomembne so glave ljudi. Ne znam povedati, ampak najbolj nujno je, da ljudje niso ozki v svojem mišljenju in v svojem razmišljanju, da znajo pogledati malo širše in da znajo vendarle najti nekaj sočutja do ljudi, ki nimajo te sreče, ali pa ti, ki so padli v drugačno situacijo in niso isti. Neka državljanska vzgoja zdravstvenih delavcev« (KK-EX-4)

»Ampak je mogoče tukaj predvsem ta zavest, to videnje, da je tudi to pomemben del kulture. Recimo določeni predsodki, ki sem jih poslušal, kažejo predvsem to, da ljudje predvsem potrebujejo neko izobrazbo, ozaveščenost, da je kultura pomembna.«(KK-EX-6)

»Mislim, da bi morali še vseeno delavnice, izobraževanja, kjer se malo predstavi načine in navade drugih, vsake toliko časa, da se malo osveži.« (KK-VO-8)

»Mislim pa, da bi morali tudi bolj poznati kulturne razlike. Tudi če se ti znaš sporazumeti v nekem jeziku, pa ne razumeš kako živijo in na kakšen način živijo, mislim, da je to tudi en manjko.« (KK-VO-13)

S kodo »Finančna sredstva za izobraževanje« smo označili podatke, ki so govorili predvsem o finančnih sredstvih v zvezi s strokovnimi izpopolnjevanji. Sogovorniki so izpostavili pomanjkanje sistemskih rešitev za financiranje izobraževanj s področja kulturne kompetentnosti ter odvisnost od projektnih sredstev. Predvsem je financiranje tovrstnih izobraževanj odvisno od vodilnih kadrov oziroma prepoznave potreb. Pogosto so te vsebine prepoznane kot mehke vsebine in zato kot manj prioritete.

»Ta sredstva so izključno sredstva iz projektne denarja, če že kaj dobimo, veliko dela pa je narejenega na prostovoljni in volonterski pogon, tako da običajno je predvsem te tehnične stvari, suport, je pokrito ...« (KK-EX-1)

»Če je sam delodajalec tako usmerjen, da mu je to ena od prioritet. Posebej za to sredstev ni, v bolnišnicah pa sploh ne. Še tisti, ki manjka, ga je problem nadomestiti, da se v prostem času usposabljam.« (KK-KD-10)

»Denarja za izobraževanje v sistemu je malo, tudi ta delitev, koliko dobijo medicinske sestre za izobraževanje in koliko dobijo zdravniki, tukaj nismo prišli nikamor naprej, samo še slabše je in potem, kaj bo tista glavna medicinska sestra za eno leto dala v prioriteto, verjetno bo dala izobraževanje iz neposrednih veččin zdravstvene nege ...« (KK-KD-2)

Med podatke, ki so govorili o obstoječih vsebinah in znanju, smo uvrstili podatke označene s štirimi različnimi kodami. Prva se je nanašala na pomanjkanje znanja na področju kulturne kompetentnosti.

»Specifike določene kulture sploh ne poznamo, tega znanja nikjer ne pridobimo, v bistvu se znanje o kulturnih kompetencah šele uvaja v šolske programe - tudi tisti, ki so že v procesu dela težko pridejo do tega znanja.« (KK-EX-7)

»Zdravstveni delavci kot taki, ki jih zadeva kot izvajalce, se počutijo res nekompetentni in da potrebujejo pomoč in podporo, izobraževanje ali orodje za to, na eni strani, da sploh razumejo problem in potrebe, da sploh potrebo zaznaš.« (KK-KD-9)

»Mi znanja veliko nimamo ... Bi bilo potrebno, mislim, da kot vodja bi morala zagotoviti, da imajo ta znanja ali vsaj kakšno knjigo, da lahko v tistem trenutku pogledaš, ni pa toliko, da bi bilo vsak dan tekoče. Mogoče, če bi kasneje prihajalo več teh različnih narodnosti, bi morali vedeti.« (KK-PR-2)

V kolikor pa znanje obstaja, je to pridobljeno predvsem samoiniciativno, na podlagi lastnega iskanja in pridobivanja informacij.

»Po moje se bolj samoiniciativno [izobražujemo, op. a.]. Obstaja nekaj, po pravici povedano, malo. Bolj sami lokalno kulturno področje poznamo in se prilagajamo temu in se tudi sami med seboj usklajujemo in poslužujemo se tudi sodobnih načinov informacijskega sistema in se tudi izobražujemo predvsem na tak način.« (KK-PR-10)

»To je definitivno moja samoiniciativa - mogoče je to moja občutljivost na te stvari, mogoče ker sem taka, da vidim, zaznam pri ljudeh različnost, mogoče sem imela tako življenjsko pot, da sem se srečala z različnimi zadevami in da mi je ta tema blizu.« (KK-EX-7)

»Mi smo se sami spopadali. Ko smo ta projekt začeli, smo se ob tem tudi seznanjali z literaturo, s pomočjo strokovnjakov drugih. Potem je bilo pa za nas same bolj samoiniciativno, potem pa smo peljali izobraževanje za druge.« (KK-KD-9)

Pomanjkanju znanja botruje po naših pridobljenih podatkih pomanjkanje izobraževanj na temo kulturne kompetentnosti v delovnem okolju. Po mnenju nekaterih sogovornikov za njih ni interesa.

»Da pa bi meni v službi organizirali kaj na to temo, pa še nisem doživela.« (KK-EX-3)

»Mislim, da ne. Sem spremljala sezname internih izobraževanj, pa se nikoli ni nihče o tem pogovarjal. Tudi vprašanje, koliko bi bilo sploh interesa. Govorim za interna izobraževanja.« (KK-KD-2)

»Jaz nisem zasledil, da bi pri nas bila ta predavanja.« (KK-KD-13)

»Moram povedati, da za specifična izobraževanja do sedaj niti nisem dobila ponudbe in sem slabo informirana, ne sedim pa na računalniku in iščem iz tega področja, kaj bi še bilo možno, ker mi v kopici dela ni to prioriteta, da bi iskala, informacije pa do mene slabo pridejo.« (KK-PR-11)

»Ne, kar se tiče ustanove pa na področju kulturnih kompetenc do sedaj niti ni bilo nič kaj posebnega, sem in tja je bilo navrženo na raznih seminarjih, ki se jih udeležiš, na kratko, nekdo pa ima nekaj drugače, bodite pozorni. Drugače pa ni bilo kaj. Dejansko je to posamezniku prepuščeno.« (KK-VO-1)

Podatki pa pričajo o številnih zametkih izobraževanj o kulturni kompetentnosti - na fakultetah zdravstvenih smeri se uvajajo novi predmeti, poletne šole, dodatna usposabljanja na temo kulturnih kompetenc, obstajajo tudi številni projekti.

»V Ljubljani je sedaj v pripravi ta izbirni predmet. Imeli smo poleti poletno šolo za kulturne kompetence. V bistvu je bila poletna šola, bil je naslov: obravnava bolnika oziroma nekoga iz drugega kulturnega in jezikovnega okolja, tako da so udeleženci imeli kar praktično možnost spoznati etnično skupino Romov, s slepimi in slabovidnimi so imeli možnost komunicirati in z njimi preživeti en dan.« (KK-EX-1)

»Imamo neka srečanja, pedagoške konference, kjer poteka prenova obstoječega kurikulumu, in se poskuša na nek način sama komunikacija, ki je zelo pomembna in je del tudi tega, kako ti različnost tudi sprejmeš, kako z njim to skomuniciraš, kako predstaviš, kako odreagiraš, na nekaj kar ni v tvojem kulturnem kontekstu, na teh vsebinah se poskuša delati.« (KK-EX-8)

»Predvsem katedra za družinsko medicino in mednarodna pisarna za te Erasmus izmenjave imajo očitno take zaposlene profesorje in vodje, ki dajo zelo veliko

poudarka, da želijo vpeljati izbirni predmet na temo kulturnih kompetenc ali tolmačenja. Verjetno bo miks vsega. Kot izbirni predmet. Tekom specializacije v družinski medicini bi uvedli modul tudi na to temo, mislim, da že je. Podobno se dogaja na medicinski fakulteti v Mariboru.» (KK-EX-3)

»Tako da na dodiplomskem študiju so vsebine medkulturnosti del predmeta sociologija zdravja in bolezni in ta nameni vsebine, ker malo je tudi razlika v samem razumevanju tega koncepta pri nekom, ki že dela v klinični praksi, ima mogoče drugačno perspektivo na ta koncept kulturnih kompetenc, medkulturnosti itd., ker ima že neke izkušnje za sabo, doživljanja itd., kot recimo nekdo, ki še ni delal v klinični praksi.» (KK-EX-6)

»Zaenkrat smo imeli serijo delavnic o tujejezičnih pacientih, o kulturnih razlikah in obravnavi takih oseb, tako da ocenjujem, da smo [zdravniki, op. a.] dobro opremljeni, ravno na podlagi teh izobraževanj.» (KK-KD-5)

4.1.11 Tema: Prilagajanje storitev s primerom prilagajanja storitev prehrane

Kategorije in kode teme »Prilagajanje storitev« smo prikazali v tabeli 18.

Med podatki, ki so govorili o prilagajanju storitev na splošno, smo zaznali množico podatkov o potrebah po prilagajanju. Sogovorniki so pogosto izpostavili prilagajanje na področju duhovne oskrbe.

»In tukaj je zelo važno, da je sistem tako zastavljen, da je sicer trden, jasen, vzpostavljen sistem, kjer vsi vemo, kako in kaj, ampak da je vendarle v sistemu dovolj fleksibilnosti, da se lahko prilagaja potrebam posameznika, ki ima mogoče neke posebnosti ali ovire ali neke posebne želje.» (KK-EX-5)

»Vsak narod ima svojo kulturo, svoj način obnašanja. Jaz si tako razlagam medkulturne kompetence, vsaka narodnost nekaj svojega prinese in se moramo prilagajati temu načinu. Vsak ima svoje mišljenje, navade in se moramo nekako prilagoditi.» (KK-VO-7)

Tabela 18: Kategorije in kode teme »Prilagajanje storitev«

Tema	Kategorija	Koda
<i>Prilagajanje storitev</i>	Splošno prilagajanje storitev	<ul style="list-style-type: none"> • Potrebe po prilagajanju • Duhovna oskrba • Improvizacija in pomanjkanje sistemskih rešitev • Ugovori vesti
	Prilagajanje storitev prehrane	<ul style="list-style-type: none"> • Pogled na zahteve in prepričanja o prehrani • Splošno prilagajanje prehrane • Prehrana glede na versko ozadje • Veganstvo in vegetarijanstvo • Moderne diete • Informacije za uporabnike • Prehrana za zaposlene
	Izzivi prilagajanju prehrane	v <ul style="list-style-type: none"> • Organizacijski in finančni izzivi • Znanje in izobraževanje o kulturnih značilnostih prehrane • Pomanjkanje podatkov o potrebah • Odnos do storitev prehrane

»Pri nas, ko so prišli iz združenja muslimanov in so rekli, če bi njihovi verniki prakticirali to. Pri nas se je postavilo vprašanje kje. Potem smo stopili v stik s katoliško, kjer imajo kapelico in je bil gospod zelo odprt, kulturno kompetenten in rekel: mene čisto nič ne moti, da ti ljudje molijo v naši kapeli. Šel je v kapelo, vzel preprogo in izvajal svoje molitve. To je zelo odvisno od ustanove.« (KK-KD-2)

»Naši so krščanski [prostori za duhovno oskrbo, op. a.], imamo križev pot, neko umetniško inštalacijo, ampak je pa to dostopno kot neko mesto, kamor se lahko umakneš, za vse, ni to izključno za paciente določene veroizpovedi.« (KK-VO-10)

»Je pa sigurno, kar se tiče teh verskih njihovih prepričanj, je možnost dostopa, da pride njihov župnik, tako da je možno, da to versko oskrbo oni dobijo, tudi kar se tiče posebnosti.« (KK-VO-14)

V pridobljenih podatkih smo prepoznali tudi pomanjkanje sistemskih rešitev ter improvizacijo kot strategijo prilagajanja storitev.

»To skušamo nekako z nekimi projektnimi, samo mislim, da to ni rešitev. To bi moralo biti sistemsko rešeno, ne da študentje rešujemo neke stvari, ampak da bi moralo biti sistemsko.« (KK-KD-13)

»Precej je tukaj iznajdljivosti, situacijske rešitve, improvizacije.«(KK-VO-3)

»Ti moraš pacientu dati informacije, da se lahko on odloča. Moraš ga seznaniti s tem in na drug način tega nismo mogli zagotoviti. Mislim pa, da to ni optimalna rešitev, to je neka improvizacija, ki je pač trenutna, število pa se veča in se mi zdi, da bi bilo veliko lažje, če bi imeli to na nek sistemski način urejeno.« (KK-VO-10)

Pridobljeni podatki kažejo, da ugovor vesti ni ovira ali izgovor v prilagajanju storitev. Sogovorniki so navajali redke primere uveljavljanja ugovora vesti ter ugotavljali, da ta pogosto ni združljiv z zaposlitvijo.

»Ti ne moreš nekaj imeti zato, ker imaš blond lase. Moraš imeti res neko resno zadevo in največ je prišlo do ugovora vesti pri eksplantacijah, predvsem pri medicinskih sestrah. One tudi če so delale na tistem delovnem mestu, so se odstranile. Pa splav.«

»To smo imeli ravno pri zaposlovanju zdravnice, katera je prišla. Prvič smo se srečali s tem in sem postavila vprašanje, kaj to pomeni. Ko je obrazložila, smo se odločili, da ni primerna za naše okolje. To smo se, ker mi rabimo zdravnika, kateri bo cepil otroka, kateri bo šel na urgenco, kateri bo pomagal nesrečni nosečnici. Je

rekla, da otroka ne bo cepila, da ne bo posegala v telo, da je antipropaganda proti kontracepcijskim tabletam. To so take zadeve, da to pač ne gre.» (KK-VO-7)

Kot primer prilagajanja storitev smo podrobneje proučili prilagajanje prehrane v bolnišnicah.

Podatki, ki so govorili o pogledih sogovornikov na zahteve in prepričanja o prehrani, so pričali o sprejemanju raznolikih zahtev in želja, vendar do določene meje. Meje se nanašajo predvsem na percepcijo vpliva prehrane na zdravje.

»Zmišljevanja, tega pa ne moremo upoštevati. Nimam pa absolutno nič proti veganom, vegetarijancem in ostalim, če seveda poskrbijo, da imajo uravnoteženo prehrano, da telo dobi vsa hranila. To pa ima vsak pravico, da se sam odloči po svoji vesti in želji.« (KK-PR-1)

»Nekako tako je tudi moje mišljenje, če ne delamo škode s tem, sami boleznimi, samem poteku zdravljenja, rehabilitaciji, upoštevamo. V kolikor pa je to kontra dieti, kontra smernicam, pa ne moremo, četudi gre za prepričanje človeka. Ima pacient svoje pravice, seveda, svojo ideologijo, ampak ima pa tudi dolžnost sodelovati v procesu zdravljenja.« (KK-PR-3)

»Jaz smatram, da je potrebno pacientu prisluhni, ampak ko pa pride pacient na področju prehrane, da bo vse po njegovo, takrat pač se pogovorimo in takrat povemo, da je hospitaliziran iz zdravstvenih težav, ne zato, ker je zdrav, ampak zato, ker so zdravstvene težave in takrat je treba pacientu povedati, nikomur pa, ki iz kulturnega prepričanja nekatere hrane ne je, ne bom tiste hrane nikoli predpisala ali jo ne bo imel, ali pa bomo našli alternativo.« (KK-PR-11)

Na splošno se po mnenju sogovornikov prehrana v slovenskih bolnišnicah močno prilagaja željam pacientov. Čeprav se v prvi vrsti upošteva zdravstvene zahteve (alergije, presnovna obolenja, druge kronične bolezni), kjer je na voljo široka paleta različnih vrst prehrane, se pa upošteva tudi individualne želje.

»Če govorimo o raznolikosti, predvsem največja raznolikost pri nas je v bolnišnični prehrani. Raznolikost bolezni, zaradi katerih so ljudje v bolnišnici, to pomeni, da vsaki bolezni pripada določena dieta, določena vrsta prehrane po sestavi, obliki, po načinu priprave in to je raznolikost, kar se tiče bolezenskega stanja, prilagajena dietam posameznih bolezni, po drugi strani pa je velika raznolikost tudi glede na celotno populacijo, ki je v naši bolnišnici, od dojenčkov do starostnikov v visoki starosti, ker mi smo splošna bolnišnica in oskrbujemo celotno populacijo pacientov, ki so v bolnišnici prisotni in se prehranjujejo. Tu se res pojavlja velika raznolikost od načina priprave, sestava obrokov, tudi velikost obrokov, prehranske navade ljudi. To je predvsem zelo pomembno.« (KK-PR-10)

»Kar se prav bolniške prehrane tiče, res izpolnimo res vsako željo. Ne glede samo na verske ali kulturne, tudi na splošno. Do teh kritično bolnih s temi parenteralnimi napitki, se mi zdi, da tukaj se res maksimalno prilagajamo.« (KK-PR-1)

Sogovorniki so izrazili razumevanje in spoštovanje prilagajanja prehranskih sestavin zaradi verskih razlogov, predvsem nesporne so zahteve po izločitvi svinjskega ali drugega mesa. Ostale, versko pogojene zahteve za pripravo in nabavo hrane (na primer halal in košer) so po izkušnjah sogovornikov redke, pripravljenost ustreči tem zahtevam pa ni visoka.

»Če je zdravstvena korist ni problem [prepričati pacienta o drugačni prehrani, op. a.], če pa je verski razlog, potem pa je problem. Tisto pa moraš spoštovati.« (KK-PR-12)

»Če gre za akutno stanje, se je treba odpovedati nekim svojim ideologijam. Težko se odpoveš religiji, to je drugo.« (KK-PR-3)

»Srečujemo se večinoma z restrikcijo svinjskega mesa. Jaz imamo samo te izkušnje. To ni problem. Svinjina ima v dietni prehrani zelo redko mesto. Samo posebni kosi svinjine in s tem ne naredimo nič slabega, če to izločimo.« (KK-PR-3)

»Eni so zelo vztrajni na tem prepričanju. Tisti, ki so vztrajni, tistim normalno to upoštevamo seveda. Poskušamo pa jih prepričati. Se prilagajamo tudi verskim, ampak poskušamo pa jih nekako uskladiti, uokviriti, da je v mejah normale, nekaj

takega. Seveda ne bomo muslimane posiljevali s svinjskim mesom, če tega ne mara, ampak način priprave, to bi pa morali akceptirati, to je moje čisto osebno mnenje.«
(KK-PR-10)

»Kar je kulturno izogibanje določenim vrstam mesa, to sprejmemo, v to se sploh ne spuščamo. Verska prepričanja sprejemamo in tu sploh ni nobene težave. Malo večje težave imamo, kadar pridejo s halal zahtevami.« (KK-PR-8)

Glede vegetarijanstva in veganstva se prakse prilagajanja razlikujejo. Medtem ko je vegetarijanska dieta že v vseh ustanovah, od koder so prihajali sogovorniki, standarden izbor, so bila mnenja o veganski dieti močno deljena. V nekaterih bolnišnicah spada tudi ta dieta že pod osnovni izbor, v drugih pa so do te diete zelo kritični.

»Mi imamo po našem internem katalogu in po smernicah ministrstva vključeno, nekje gremo do lakto vegetarijanstva, se pravi kompletno izločanje vsega mesa, tudi mesa rib, s tem, da imajo nekatere izdelke in jajca. To še nekako zagovarjamo, ker tudi z našimi jedilniki, z našimi možnostmi priprave lahko tudi to pokrijemo, tiste potrebe. Veganstva nekako mi ne zagovarjamo.« (KK-PR-3)

»Veganstvo itak sprejmemo in je pri nas ena od standardiziranih vrst prehrane.«
(KK-PR-8)

»... ker mi imamo v katalogu diet vegansko in vegetarijansko prehrano zajeto.« (KK-PR-11)

»Veganske prehrane ne podpiramo in kot take nimamo proste izbire, je pa v zadnjem času veliko večja težnja. Kot izbor tega še nismo notri dali, ker kljub vsemu se mi zdi, da je veliko zdravstvenih stanj, kjer ti dejansko tega ne moreš vključiti kot normalno hrano, ker narediš zdravstveno škodo.« (PP-PR-12)

Največ težav in kritičnih pogledov so imeli sogovorniki v zvezi s ponujanjem tako imenovanih »modernih diet«, kot so presnojedstvo, makrobiotika, paleo in low-carb diete. Tovrstne diete naraščajo in po mnenju sogovornikov ogrožajo paciente. Kljub temu pogosto

tudi pri teh dietah poskušajo ustreči pacientom, dietetiki pa se poskušajo pogovoriti s pacienti, kadar menijo, da je ogroženo zdravje.

»Jaz nisem pristaš nobenih teh. Zagovarjam pestro, uravnoteženo prehrano, da ne izločujemo nobene skupine živil, jaz sem pristaš tega in je edino to osnova v dieto terapiji. To so bum diete. Zdaj so in, nešteto pozitivnih kritik, čez pol leta ugotovimo, da to ni bilo in je spet druga.« (KK-PR-3)

»To postaja čedalje bolj aktualno, zato ker pacienti in starši otrok prihajajo s čedalje bolj kompliciranimi svojimi načeli prehranjevanja in kulturnimi navadami in prehranskimi navadami in tudi osebno dejansko pričakujejo, kot da se bo čedalje več tega njihovega upoštevalo. Tukaj je treba neko realno mejo postaviti...Nobeden ne sme biti lačen, vsi morajo biti pravilno in primerno prehranjeni, ampak ni pa kraj kulinaričnih užitkov, ker se čedalje pogosteje srečujemo s pacienti, ki pričakujejo, da bodo imeli ta moderna živila tudi tu na razpolago. Tu pa potem povemo, da imamo omejene možnosti.« (KK-PR-11)

Po navedbah sogovornikov pacienti pred hospitalizacijo praviloma nimajo možnosti pridobiti informacij o prehrani v bolnišnici, razen če samoiniciativno pokličejo.

»Lahko pokliče. Pri nas vedno vsakega lepo sprejmemo, se z njim pogovorimo, tudi pred, če ga je strah, in ne ve, kam bo prišel ali potem, ko gre, če nima pravih navodil, se lahko vedno na nas obrne in damo navodila ali po telefonu ali osebno.« (KK-PR-1)

»Lahko vpraša na oddelku, kjer bo sprejet. Tam je bil tudi v ambulanti. Se je že tudi zgodilo, da so pacienti par mesecev pred tem poklicali in povedali, da prihajajo v bolnišnico.« (KK-PR-9)

»Nimamo na spletni strani tega, tega nimamo. Se mi je pa tudi že to dogodilo, da ko imamo na spletni strani objavljeno, kdaj so svetovanja za prehrano za doječe mame, da so ženske predhodno prišle zato, da so se pozanimale, če jim bomo vegetarijanstvo zagotovili.« (KK-PR-12)

Iz podatkov smo izluščili tudi zahtevnost prilagajanja prehrane za zaposlene v bolnišnicah. Prav tako kot pri pacientih se pojavlja tudi tu raznolikost v prepričanjih, željah in zahtevah.

»Bolj verske [želje, op. a.]. Imamo tudi kako brez glutena, ko se sploh ne spuščamo, ali je to moda ali je res celiakija, imamo tudi low carb high fat ...« (KK-PR-8)

»Tukaj v restavraciji imajo vegani na razpolago solatni bar. Potreba, ki jo vidim, je največja potreba po celiakiji. Celiakijo ima že skoraj vsak drug. Ali jo ima ali jo nima, je spet vprašanje.«

Ob prilagajanju prehrane pa se v bolnišnicah srečujejo z mnogimi izzivi. Med njimi so bili močno izraženi organizacijski in finančni izzivi. Ti so medsebojno povezani in se nanašajo predvsem na pomanjkanje kadrov, tehnologije in primernih prostorov.

»Z veseljem bi jih vzeli vsaj še 10, ampak je to večji problem, sploh sedaj. Imeli smo pred kratkim razpis in smo iskali za nedoločen čas in ni bilo kandidata.« (KK-PR-4)

»Ampak v zadnjih par letih se pa pojavlja drastično pomanjkanje kvalitetnega kadra. Bojim se, kaj bo čez par let, ko se bodo ti starejši kvalificirani kuharji upokojili, ali pa če kdo samoiniciativno zamenja službo, bo zelo težko.« (KK-PR-10)

»Kljub vsemu se da z dobrim načrtovanjem veganstvo uravnoteženo sestaviti, mu tega ne moremo zagotoviti, ker smo finančno, kadrovsko in prostorsko omejeni.« (KK-PR-12)

Kot izziv smo prepoznali še popolno pomanjkanje izobraževanja s področja kulturnih vidikov prehranjevanja v slovenskem prostoru.

»Tukaj smo bosí vsi, cela Slovenija. So delavnice v smislu mogoče kakšnih diet, ne pa v smislu kulturnih posebnosti.« (KK-PR-4)

»Mislim, da izobraževanj v tem smislu formalnih nisem zasledila. Tega znanja nikoli ni dovolj zato, ker se stvari na tem področju tako hitro razvijajo in spreminjajo, da jim niti ne moreš slediti.« (KK-PR-12)

»Konkretno s tega področja glede kulturne raznolikosti, konkretno tega ni, ampak nasploh s področja prehrane.« (KK-PR-3)

Izziv predstavlja tudi dejstvo, da ni na voljo podatkov o potrebah po prilagajanju prehrane glede na verska in druga kulturna prepričanja.

»Ne vem, bi morala pretehtati, preceniti, kakšne so sploh zahteve.« (KK-PR-3)

»Ne. Še največ je vegetarijancev, pa še tam se potem, če je skuto ali jajca, da ima vsaj ti dve živila, je za mene kot dietetika dovolj, da ga prehransko pokrijemo in dejansko nimamo niti te statistike.« (KK-PR-11)

»Nimamo pa nekega sistematičnega zbiranja [podatkov, op. a.].« (KK-PR-14)

Nenazadnje pa smo kot izziv iz podatkov izluščili tudi odnos do osebja in storitev prehrane v zdravstvenem sistemu, ki so ga sogovorniki izpostavili kot podcenjujočega ter premalo vidnega, tako s strani bolnikov kot zdravstvenih delavcev. Prepoznali smo željo po boljšem multidisciplinarnem sodelovanju in vključevanju.

»Ljudje kažejo napake samo na nas. Mislim, da je pomanjkanje, da ljudje doma ne kuhajo in ne znajo ceniti gostinskega poklica, kuharja, to mi je boleče. Mislim, da je premalo spoštovanja kuharja ali kuharskega poklica.« (KK-PR-2)

»Nekako se nam zdi to čisto samo po sebi umevno, da je vedno toplo, vedno pripravljeno, vedno kvalitetno in vedno na razpolago, redko kdo pa se vpraša, da je tu zadaj velika organizacija, strokovni kader, da so zadaj strogi pogoji za pripravo hrane in to se ponavadi kar zanemarja. Ne vem, imam občutek, saj kuhar pa tako ni problem biti. To še daleč ni res. Nekako je to podcenjeno.« (KK-PR-10)

»Zelo si želimo več sodelovanja tudi z vidika zdravstvenega osebja, da bi to prepoznali, da je to potreba.« (KK-PR-8)

4.1.12 Tema: Razvoj kulturne kompetentnosti

Kategorije in kode teme »Razvoj kulturne kompetentnosti« smo prikazali v tabeli 19.

Kode, ki nakazujejo nujnost in smer razvoja kulturne kompetentnosti, smo uvrstili v kategorijo »Vizija«. Sogovorniki so soglašali, da gre pri uvajanju kulturne kompetentnosti za prioriteto, nujno za izvajanje celostne zdravstvene oskrbe.

»Mi gledamo kot prioriteto. Že kot zdravstveni delavec, ko se zavežeš svojemu poslanstvu, je to že razumevanje ljudi. Rast skupaj s stroko, mi razumemo tu od komunikacije, etike, to je vse notri, kako razumevaš pacienta in se postaviš v njegovo vlogo. To imamo ves čas za delo, kot obveznost, ki je prioriteta.« (KK-KD-10)

»Po moje bi to moral postati standard, ne le v zdravstvenem sistemu, v družbi. Odprta družba, ki upošteva in spoštuje vse te različnosti.« (KK-VO-2)

»Spada med prioritete. Vpliva na bolnika in je del te oskrbe, kako se počuti duhovno, psihično, čustveno, duševno, tako potem je uspeh zdravljenja od tega odvisen.« (KK-VO-4)

Prihodnost kulturne kompetentnosti je po mnenju sogovornikov odvisna od prihoda in vzgajanja novih generacij.

»Če se bomo zavedali, mislim, da le na ta način lahko premaknemo tudi tiste odločevalce, da začnejo razmišljati drugače, oziroma če vzgojimo te nove generacije zdravstvenih delavcev, ki bodo nekoč tudi odločevalci v tem sistemu, lahko pričakujemo, da bodo toliko senzibilizirani, da se bodo potrudili in premaknili nekaj stvari tudi na tem področju.« (KK-EX-1)

»In seveda se pa odpira to področje z menjavo generacij, ki bo enormna v naslednjih desetih letih, kar pomeni, da bo prišlo v naslednjih 10 letih do intenzivnih menjav generacij in se bodo te kulturne kompetence začele zagotovo širiti, spreminjati, preoblikovati.« (KK-KD-1)

Tabela 19: Kategorije in kode teme »Razvoj kulturne kompetentnosti«

<i>Tema</i>	Kategorija	Koda
<i>Razvoj kulturne kompetentnosti</i>	Vizija	<ul style="list-style-type: none"> • Prioriteta • Vzgoja novih generacij • Neizbežnost sprememb • Prehod iz lokalnih v sistemske spremembe
	Nevarnosti	<ul style="list-style-type: none"> • Poenostavljanje koncepta • Jačanje kulturalizma
	Potrebni ukrepi	<ul style="list-style-type: none"> • Fleksibilnost organizacije • Izboljšanje komunikacije in informiranosti • Kadrovske okrepitve • Standardi kakovosti • Koordinacija, vključevanje, zagovorništvo • Ozaveščanje in izobraževanje • Premagovanje jezikovnih ovir • Strateške usmeritve • Raziskovanje in pridobivanje podatkov

Iz podatkov smo izluščili tudi prepričanje, da je razvoj nujen zaradi neizbežnosti sprememb, ki jih s seboj prinašata sodobno življenje in potrebe.

»Tudi zdravstveni sistem v sami reformi bo moral spoznati, da bo treba preoblikovati ta konglomerat javnega zdravstva tudi na tak način, da bo bolj fleksibilno zaznavalo

potrebe spreminjajoče se družbe, tudi demografske situacije, ki se nam na nek način počasi intenzivno bliža in tudi znotraj tega konteksta se bodo zgodile spremembe, ki bodo za sabo neizbežno potegnile tudi več različnih nivojev, ne samo tiste, kjer se bodo najbolj intenzivno dogajale.» (KK-EX-1)

»Jaz mislim, da naprej bo šlo, ker moramo iti v koraku s časom in dogajanjem v tujini, mislim, da si ne moremo privoščiti, da bi to popolnoma ignorirali.« (KK-EX-3)

Razvoj kulturne kompetentnosti so sogovorniki videli predvsem kot nekaj, kar bo prišlo od spodaj navzgor ter iz lokalnih v sistemske rešitve.

»Saj se bo preko teh rešitev, ki se sedaj testirajo, bo to potem verjetno tako iz spodaj navzgor. Drugače pa bo to raslo verjetno malo tako in tako in potem bo prišlo do politike, ki se bo morala s tem ukvarjati, ne le na deklarativni ravni. Morda je celo bolje, da gremo tako, da imamo izkušnje v praksi, da to ni nek bav bav, ki bi ga noben ne bi razumel, ampak da pride to iz okolij, kjer lahko spregovorijo mnogi, od lokalne politike do menedžmenta, pač zdravstvenih ustanov, samih izvajalcev, pa ne nazadnje tudi uporabnikov in njihovih predstavnikov. (KK-KD-9)

Prepoznali pa smo tudi nevarnosti v razvoju kulturne kompetentnosti, med katere smo uvrstili podatke o jačanju kulturalizma ter poenostavljanju koncepta.

»Huda zadeva, ki se nam lahko zgodi, je to, kar dostikrat povem, ta primer, da to, da se Romi ne umivajo, dojemamo, da je to njihova kultura. To je kulturalizem, ker ne vidimo ekonomskih dimenzij diskriminacije in izključevanja in kulturo napačno uporabimo ali zavestno napačno uporabimo, da prikrijemo ekonomsko neenakost ali družbeno neenakost. To se nam lahko zelo zgodi. Ko bodo enkrat zdravstveni delavci mislili, da razumejo kulturo in dimenzije, bodo lahko z njimi operirali, kot si želijo.« (KK-EX-2)

»Zgodba seveda ni nikoli končana, pa tudi moramo paziti, da ne pridemo v eno idealiziranje, v pravljичno stanje, ker dejansko življenje ni črno-belo in ljudje niso

črno-beli in ne moremo kar nekaj idealizirati, ampak trezno gledati na stvari.« (KK-EX-4)

»In v tem primeru bi lahko rekli, da je to področje za njih novo, da ga ne poznajo dobro, da ga celo večinoma podcenjujejo in da imamo veliko nevarnost, da se lahko vzpostavi ideja, da se medkulturne kompetence lahko naučiš v kratkem tečaju, kjer par stvari zveš in to je to.«(KK-EX-2)

Razvoj kulturne kompetentnosti v zdravstvenem sistemu zahteva po mnenju sogovornikov množico različnih ukrepov.

Boljša fleksibilnost organizacij v smislu lažjih in hitrejših prilagoditev v korist uporabnikov, med katerimi so bile še posebno omenjene krajevne in časovne prilagoditve, je bila večkrat izpostavljena kot nujen ukrep. Omenjena je bila potreba po večji fleksibilnosti tudi pri konkretnih prilagoditvah, na primer hrani, kjer se zaradi nabavnih postopkov izgubi veliko časa. Med podatke o fleksibilnosti smo uvrstili tudi želje po večji fleksibilnosti organizacij in sistema pri zaposlovanju nujno potrebne tuje delovne sile.

»Fleksibilnost zdravstvenega sistema, da bi sistem omogočal zdravstvenemu delavcu neko fleksibilnost v smislu časovne organizacije dela v ambulanti, nenazadnje tudi odhoda na hišni obisk, če je potrebno, bi bila seveda zelo, zelo zaželeno« (KK-EX-1)

»Zakaj pa ne bi zdravstveni delavci, ki imajo to možnost, šli na teren v lokalno skupnost, v gasilske domove, kamorkoli, kjer se dogovorijo.«(KK-KD-8)

»Velikokrat pa bi se dalo zadevo, če bi bili procesi urejeni tako kot minister sedaj opozarja, da je organizacija dela, pač mi vsi to vemo, še vedno dela od pol sedmih do pol dveh, pa še vedno jutranji raport, vizita, da se še vedno začnejo ambulante ob devetih, kar je mimo.« (KK-KD-1)

»Potem pa imamo problem in prosimo starše, prinesite vsaj za en dan [hrano, op. a.] in potem mi nabavimo. Tukaj bi moralo biti vsaj malo manevrskega prostora.« (KK-PR-6)

»Predvsem je postopek predolg. Če se ti odločaš, da bi ga vzel iz Srbije, dosti ta trg raziskujem in gledam, zaenkrat ima Slovenija prezakompliciran postopek, pa mogoče niti ni tako prezakompliciran, ampak absolutno predolg. Naša slovenska administracija je zelo okorela, zelo trda, zelo nefleksibilna, žal in bi bilo treba na nek način, sicer nimam ideje, skrajšati ta postopek.« (KK-VO-5)

Prepoznali smo tudi podatke, ki so govorili o potrebi po boljšem dostopu do informacij za uporabnike, kot tudi o potrebi po boljši komunikaciji med deležniki v zdravstvu.

»Brez dvoma je to, da bi se morali resnično zelo resno začeti ukvarjati z medicinsko humanistiko in s komuniciranjem v zdravstvu. Nekdo bi moral ugotoviti, da je to trenutno med najmanj toliko perečimi stvarmi kot čakalne vrste. Mimogrede, jaz sem osebno zelo prepričana, da so čakalne vrste v najmanj tretjini primerov posledica slabe komunikacije.« (KK-EX-5)

»Kar manjka, manjka ustrezna komunikacija, ne znamo komunicirati ne s pacienti, ne med seboj. Že da midve govoriva, komunikacija ... tukaj smo bosí. Tega nimamo. Komunikacija je porazna. Že slovensko govoreča komunikacija.« (KK-KD-9)

»Pomanjkanje ustreznih informacij oziroma na uporabniku razumljiv način. To se nam čisto v vseh okoljih pokaže med poglavitnimi ovirami. Ta, da nimajo ustreznih informacij. Čisto bazičnih glede zdravstvenega sistema, zavarovanja, da ni informacij, kaj zdravstveni center oziroma center za krepitev zdravja sploh nudi.« (KK-KD-8)

Množica podatkov je pričala tudi o pereči problematiki pomanjkanja kadrov - ne le zdravstvenih delavcev, temveč tudi ostalih zaposlenih v zdravstvu, pa tudi raziskovalcev.

»Jaz zagotovo vidim največje potrebe po tem, da se kadrovsko okrepi sistem. To je dejstvo.« (KK-EX-1)

»Jaz osebno menim, da bi morali zaposliti več kuharjev, ki bi se vsak posameznik izobraževal na svojem področju in da bi on skrbel za to prehrano za posamezno

področje narodnosti, da bi se izobraževal, da bi res gradil na tem področju in da bi bil specializiral za kulturno raznolikost.« (KK-PR-2)

»Lastne dokaze, lastne rezultate bi rabili, to bi skozi raziskovalni center sigurno rabili. Rabimo human resources, človeški kapital, ki bi to delal.« (KK-KD-3)

Izkazalo se je, da je ukrep za razvoj kulturne kompetentnosti tudi pridobivanje kakovostnih standardov, saj so med kriteriji uspešnosti tudi indikatorji kakovosti.

»Za akreditacijo, ki jo vsako leto ponovimo zdaj ACI, prej so bile JAH in DIAS, tam je noter po akreditaciji, po tistem protokolu je prav za to področje in smo ravno te stvari, ki jih rabijo bolniki ob sprejemu, ne vso dokumentacijo, ampak tisto, ki je prav za njih, je prevedena v jezike, da imajo možnost, da v svojem jeziku preberejo. To imamo. To nam je naložil ta standard, da smo to naredili.« (KK-VO-4)

»Mi smo o tem sploh začeli razmišljati takrat, ko smo pristopili k pridobitvi tega certifikata. Takrat smo šele dejansko začeli razmišljati o vseh teh stvareh.« (KK-VO-10)

S skupno oznako »Koordinacija, vključevanje, zagovorništvo« smo označili podatke, ki so pričali o potrebah povezovanja in sodelovanja vseh ključnih deležnikov na področju kulturne kompetentnosti v zdravstvenem sistemu, predvsem pa je bila izpostavljena želja po instituciji, ki bi koordinirala aktivnosti na nacionalnem nivoju. Zaznane so bile tudi potrebe po večjem vključevanju ranljivih skupin in zagovorništvu njihovih interesov.

»Rabili bi tudi eno skupino, ki bi poiskala neke skupne točke, predvsem pa, ki bi znala prilagoditi te koncepte in te nove metode na ta prostor, v katerem smo.« (KK-EX-2)

»Jaz pogrešam neko koordinacijo med vsemi in da če nekje nekaj, mi smo sami to odkrivali z raziskavami, izkušnjami, vsemi dragocenimi zunanjimi sodelavci, ki imajo tudi svojstvene izkušnje, da smo prišli do te točke, kjer smo sedaj. Čudovito bi bilo, če bi lahko nas nekdo drug malo podučil.« (KK-KD-8)

»Mislim, da bi to moralo biti sistemsko urejeno, ker vse, kar sedaj govorim, tu smo sami tako uredili. Tukaj nekdo manjka, ki bi nas vodil, ker lastnika imamo državo in bi tu oni morali nastopiti.« (KK-VO-4)

»Pri nas je velik problem povezovanje različnih resorjev med sabo, to sigurno vidimo na vseh področjih, verjetno tako na resorju kulturnih kompetenc kot zdravstvene pismenosti, saj je to koncept, ki se razvija preko vsega življenja, tako kot kulturne kompetence posameznika, tako da sta tu koncepta zelo podobna in se tudi v tem zelo dotikata in povezujeta različne resorje med seboj.«(KK-EX-7)

»Kakorkoli, nujna, mislim, zelo pomembna je ta vključenost, ker drugače ... Strokovnjaki imamo svojo prizmo in mislimo, da delamo najboljše in v najboljši nameri delamo povsem narobe.« (KK-EX-8)

»Sigurno nekega zagovornika [potrebujemo, op. a.], ker nekateri rabijo manjšo podporo, nekateri malo večjo podporo, da lahko delujejo v tem družbenem kontekstu, da bi lahko uporabljali zdravstvene storitve, ki so na voljo. Res pri nekaterih je neka minimalna podpora, ampak ravno tako brez te minimalne podpore ne morejo funkcionirati, nekateri pa rabijo še več ali še bolj konkretne ali vseobsegajoče.« (KK-KD-13)

Med potrebnimi ukrepi za razvoj kulturnih kompetenc smo vsekakor identificirali tudi množico podatkov o potrebi po ozaveščanju in izobraževanju na vseh nivojih zdravstvenega sistema, pa tudi izven njega.

»Najprej je treba sploh vzpostaviti dojemanje, kot sva prej rekli, da kulturne dimenzije sploh so. Dokler se tega zdravstveni delavci ne zavedajo, ne vejo, da imajo potrebo, da bi rabili medkulturne kompetence.« (KK-EX-2)

»Če hočeš stvari res biti kos, je treba začeti na začetku, to je pri šolanju zdravstvenih delavcev.« (KK-EX-5)

»Prvo kot prvo bi se moral prilagoditi šolski sistem. Kjerkoli, od začetkov, ko so šli otroci v prvi razred ali že prej, do fakultetne izobrazbe. Sploh pa recimo ti

humanistični poklici ali pa ko ti že naprej veš, da boš celo življenje delal z ljudmi, da so ti ljudje drugačni, imajo druge navade, drugačni režim hranjenja, oblačenja ...» (KK-KD-2)

»Da se več izobraževanj tudi na tem področju udeležimo in poskusimo, da imamo tudi mogoče več teh modernih ali novih znanj, da pacienta znaš tudi vprašati.« (KK-PR-11)

Pomembno mesto med ukrepi za izboljšanje kulturne kompetentnosti po pridobljenih podatkih predstavljajo tudi strategije za premagovanje jezikovnih in kulturnih ovir. Sogovorniki si želijo sodelovanja z medkulturnimi mediatorji in tolmači.

»Dobro bi bilo imeti tudi osebo, ki zna mediirati in zna razložiti, bi to za albansko skupnost ne bilo slabo. Veliko teh stvari bi lahko prenesli na kakšno drugo skupnost.« (KK-VO-3)

»Kulturni mediator je blazno pomembna zadeva v zdravstvu, ampak pomemben je tam, kjer dejansko prihaja do takih kulturnih razlik, ki ovirajo proces ukrepanja. To ni nujno povsod, kjer gre za jezikovne težave. Težko bi rekla, da rabimo kulturnega mediatorja, če imate pacienta iz ZDA, ki je predavatelj na univerzi. Ampak tam gre za jezikovne zagate, ker včasih si tudi predstavljamo, da kakšen jezik zelo dobro znamo, pa to ni čisto res, če se moramo o nekih zdravstvenih zelo posebnih zadevah pogovarjati. So vendarle jezikovne nianse, ko še v slovenščini težko kaj poveš, kaj šele v tujem jeziku. Ampak takemu človeku bi moral pripadati tolmač, ne rabi pa kulturnega mediatorja.« (KK-EX-5)

»Prav gotovo je seveda tukaj zaposlitev kulturnega mediatorja. Tisti kulturni mediator ima malo več kompetenc za delovanje in ta bi lahko recimo notranje izobraževal vse zaposlene, kako postopati, kako se ukvarjati z ljudmi, ki so drugače kulturno usmerjeni, kot smo mi vajeni.« (KK-VO-9)

»Zelo konkretno imam potrebe po tolmačih, ki jih izrazito ni, kaj šele tolmačev za zdravstvene potrebe. To je nekaj, kar nam bi olajšalo, da bi se sploh lahko sporazumevali.« (KK-EX-3)

Sogovorniki so kot ukrep za razvoj kulturne kompetentnosti prepoznali tudi potrebo, da postane razvoj v tej smeri strateška usmeritev in da je v oblikovanje strategije potrebno vključiti tudi uporabnike.

»Zdaj seveda prepričati je potem gotovo potrebno še plačnika storitev, ne, za kakšne teh vidikov, zelo fino pa je, če tudi ministrstvo v kaki od svojih strategij to zapiše.« (KK-EX-8)

»Ta področje ni kot neko strateško področje ministrstev. Ne ministrstva za zdravje kot tudi ostalih. Na vladni ravni to še ni neko strateško področje.« (KK-KD-9)

»Na nivoju inštitucije ali kar na nacionalnem nivoju je čas, da se to zelo naslovi.« (KK-VO-2)

»Vedno moramo tudi paciente vklopiti. Bi bilo pravilno, da bi jih tudi v strategijo tako aktivno, da bi s pogledom uporabnika pogledal.« (KK-KD-3)

Nenazadnje smo iz podatkov izluščili tudi potrebo po raziskovanju na področju kulturne kompetentnosti ter o pridobivanju podatkov o potrebah na tem področju.

»Da bi jaz obvladala to kulturno kompetentnost, bi bilo potrebno z mojega stališča prvo preveriti, koliko je sploh imamo. Način preveriti, kje sploh smo v Sloveniji ali v neki bolnišnici, kje imamo orodja, kakšna je ta kulturna kompetentnost in na osnovi tega začeti z izobraževanjem oziroma usposabljanjem.« (KK-KD-2)

»Kamorkoli se obrnemo, hočejo vsi samo številke, dokaze.« (KK-KD-3)

»Tudi glede na to, koliko velik je problem, videti bi morali številko, da vidimo, ali je sploh smiselno delati zloženke.« (KK-VO-2)

»Z vidika tega, da bi mi lažje delali, bi se nam zdelo zelo važno, da so take stvari, ki vplivajo na zdravstveno oskrbo, nekje zabeležene in da nam tega ni treba preverjati, iskati in se s tem ukvarjati, ampak se res lahko posvetimo oskrbi pacienta. Dobim pa na nekem mestu vse take pomembne informacije. Recimo prepričanja taka in drugačna. Pacient ima podpisano soglasje na primer, da ne želi oživljanja in take

stvari. Teh podatkov sistemsko nikjer ni, da bi lahko ti to pogledal v tem trenutku, ko ti to potrebuješ.« (KK-VO-10)

4.2 Rezultati analize dokumentacije

4.2.1 Rezultati deskriptivne analize zloženek

Na vstopnih točkah šestnajstih zdravstvenih ustanov smo zbrali 53 zloženek. Zdravstvene ustanove je predstavljalo osem zdravstvenih domov, sedem urgentnih služb bolnišnic ter ena institucija na nacionalnem nivoju.

Porazdelitev števila zloženek za vse ustanove skupaj in po tipih ustanov je prikazana na sliki 12. Polovica urgenc v splošnih bolnišnicah je imela na voljo tri zloženke ali manj ($Me = 3$), polovica info točk zdravstvenih domov pa 3,5 zloženke ali manj ($Me = 3,5$). V splošnih bolnišnicah je predstavljala najmanjše število zloženek ena zloženka, v zdravstvenih domovih pa ponekod ni bilo na voljo nobenih zloženek. Največje število zloženek obiskanih urgenc splošnih bolnišnic je bilo 6, v zdravstvenih domovih pa 7. Zdravstveni domovi se med seboj nekoliko bolj razlikujejo v številu zloženek, ki so na voljo uporabnikom, kot bolnišnice, saj je razpon od 0 do 7, v bolnišnicah pa od 1 do 6. Povprečno število (SD) zloženek na voljo v bolnišnicah je bilo 3,1 (2,1), v zdravstvenih domovih pa 3,5 (2,7). V nacionalni instituciji so bile na voljo 3 zloženke. Polovica vseh proučevanih ustanov je imela na voljo 3 zloženke ali manj ($Me = 3$). V povprečju (SD) je bilo na voljo 3,3 (2,3) zloženek.

Slika 11: Porazdelitev števila zloženek po tipu ustanove in skupaj

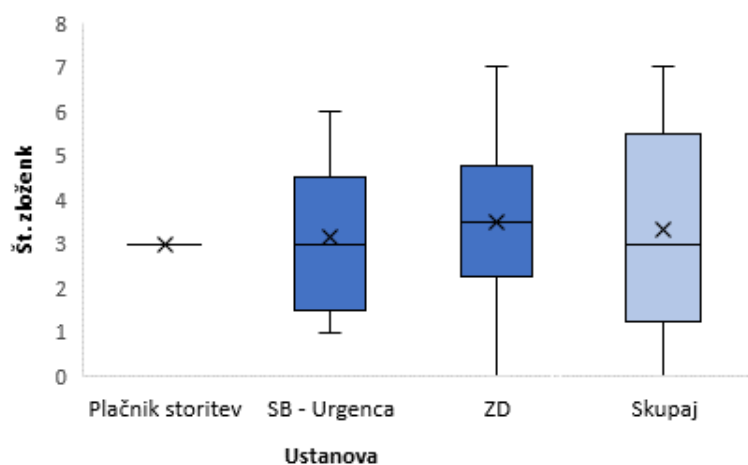
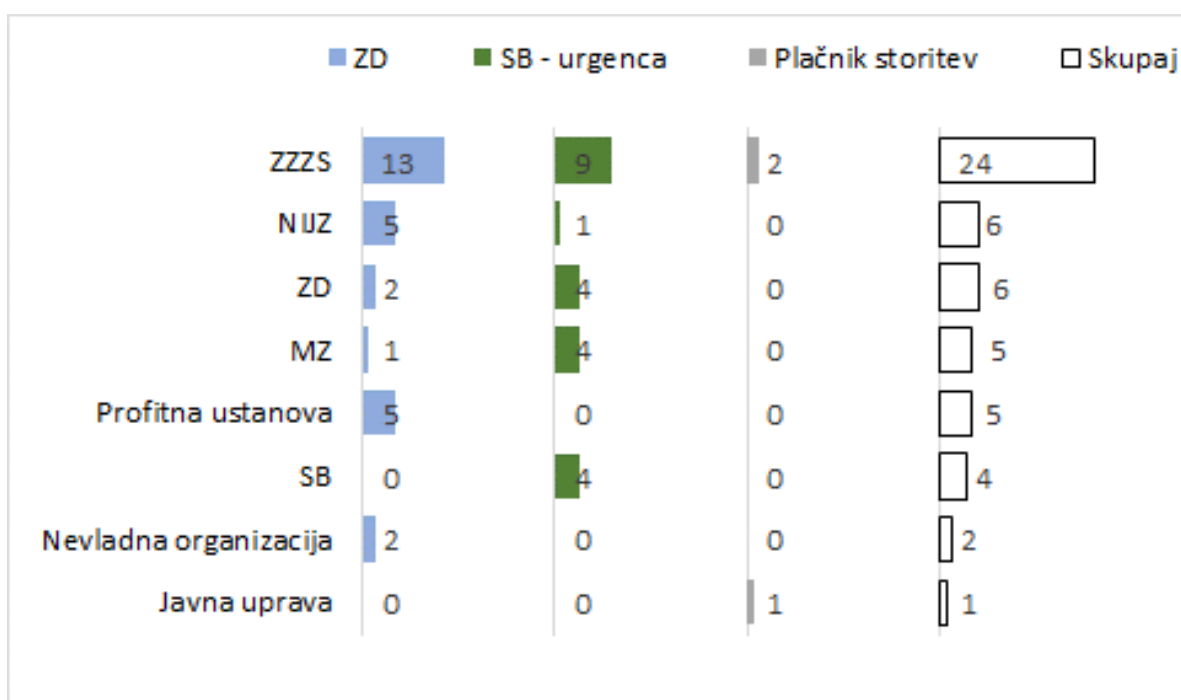


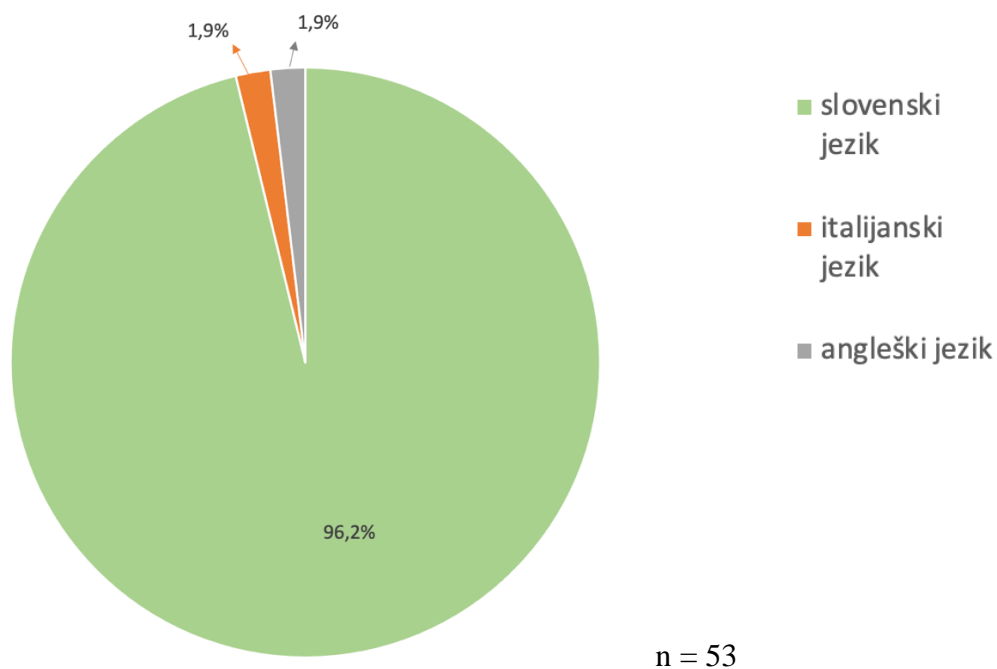
Tabela 20 prikazuje število vseh zbranih zloženek po izdajatelju, glede na tip ustanove in za vse ustanove skupaj. V vseh proučevanih ustanovah je bil izdajatelj večine zloženek Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) (45,3 % vseh zloženek). Sledita Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) in zdravstveni domovi (ZD), katerih vsak delež zloženek predstavlja 11,3 %. 9,4 % zloženek je izdalo Ministrstvo za zdravje in prav toliko profitne ustanove, splošne bolnišnice (SB) 7,5 % zloženek, nevladne organizacije 3,8 % in javna uprava 1,9 % zloženek. V vseh treh skupinah proučevanih inštitucij je najpogostejši izdajatelj zloženek Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Tabela 20: Število zloženek po izdajatelju in tipu ustanove



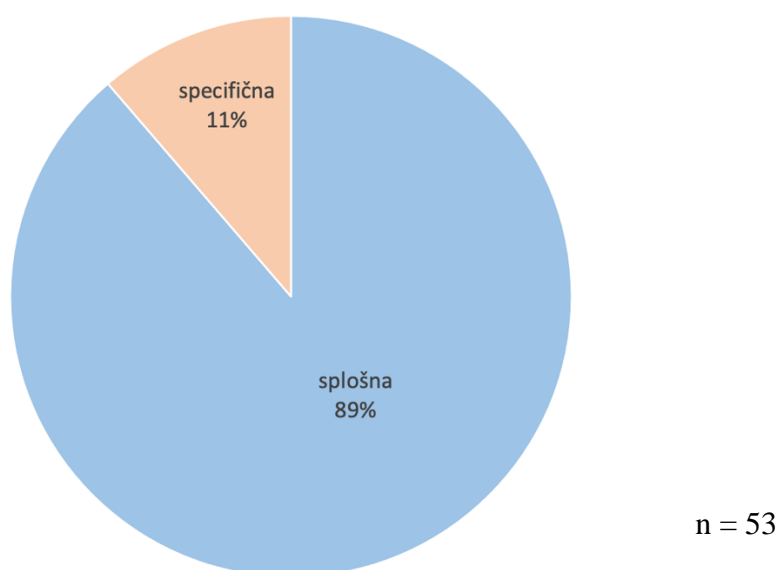
Večina zloženek (96,2 %) je bila izdanih v slovenskem jeziku, le po ena zloženka je bila izdana v italijanščini ali angleščini (slika 13).

Slika 12: Delež zloženk glede na jezik izdaje (v %)



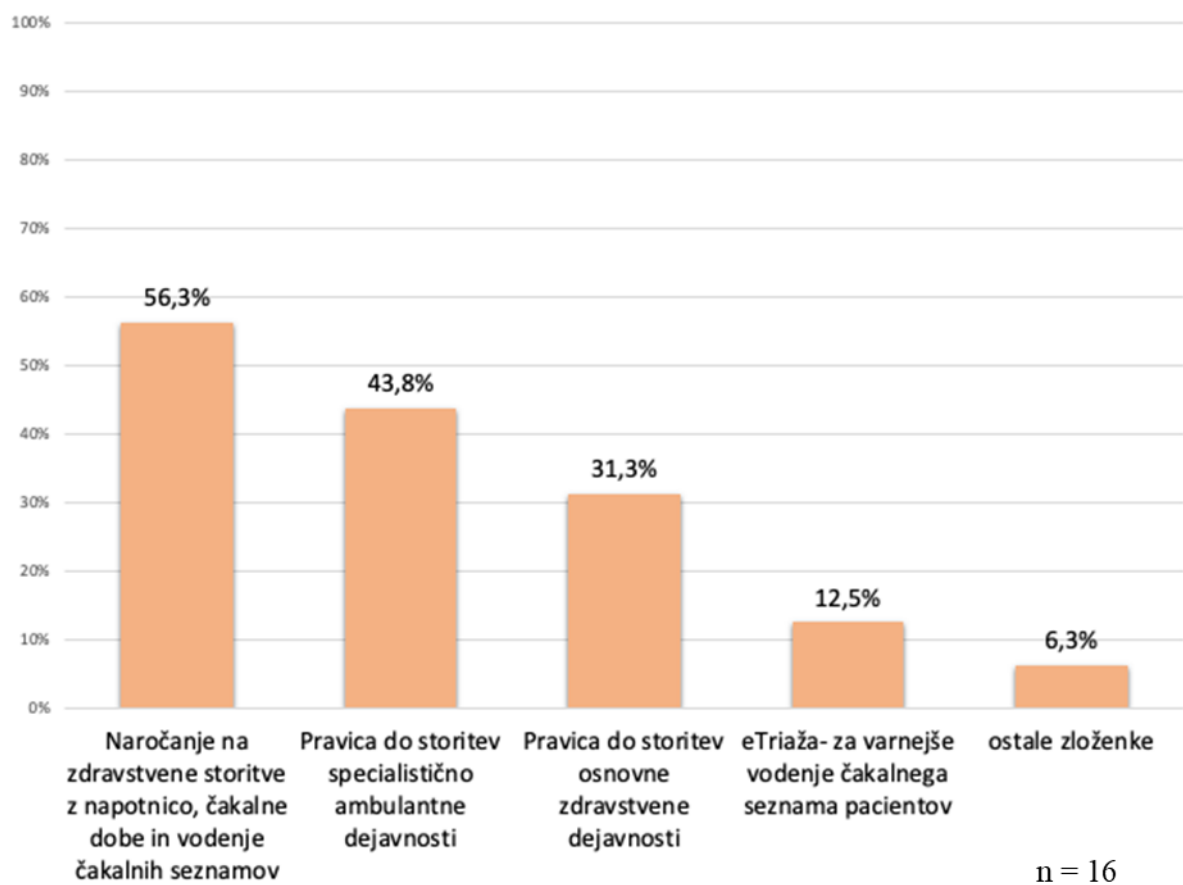
Večina zloženk (47) je bila namenjena splošni populaciji, 6 zloženk pa je bilo namenjenih specifični populaciji pacientov (angleško govorečim, italijansko govorečim, pacientom v bolnišnicah) (Slika 14).

Slika 13: Delež zloženk glede na ciljno populacijo (v %)



Nobena zloženka ni bila na voljo v vseh proučevanih ustanovah (n = 16). Najpogosteje je bila na voljo zloženka Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije z naslovom »Naročanje na zdravstvene storitve z napotnico, čakalne dobe in vodenje čakalnih seznamov« - ta se je nahajala v devetih ustanovah (petih urgencah ter štirih zdravstvenih domovih). Sledila je zloženka Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije z naslovom »Pravica do storitev specialistično ambulantne dejavnosti«, ki je bila na voljo v štirih zdravstvenih domovih in treh urgencah. Zloženka Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije z naslovom »Pravica do storitev osnovne zdravstvene dejavnosti« je bila na voljo v enem zdravstvenem domu in na štirih urgencah. Na dveh urgencah se je nahajala zloženka »eTriaža - za varnejše vodenje čakalnega seznama pacientov.« Vse ostale zloženske so bile na voljo le v posamičnih ustanovah. Slika 15 prikazuje delež ustanov, v katerih se je nahajala posamična zloženka.

Slika 14: Delež ustanov, v katerih je bila na voljo posamična zloženka (v %)



4.2.2 Rezultati kritične diskurzivne analize zloženek

S pomočjo kritične diskurzivne metodologije smo analizirali tri zloženke, ki so se nahajale na vsaj treh lokacijah. To so bile zloženke, izdane s strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, z naslovi: »Naročanje na zdravstvene storitve z napotnico, čakalne dobe in vodenje čakalnih seznamov«, »Pravica do storitev specialistično ambulantne dejavnosti« ter »Pravica do storitev osnovne zdravstvene dejavnosti«.

4.2.2.1 Splošne ugotovitve diskurza

Vse proučene zloženke so bile napisane v slovenskem jeziku. Stil pisanja je bil tehničen, pravno-formalen, stavki so bili kompleksni, informacijsko bogati, pisani v sedanjiku, pogosto je bilo naštevanje. Besedilo je bilo pri vseh zloženkah gosto, monotono oblikovano, na zelo redkih mestih odebeljeno, obarvano ali kako drugače poudarjeno. V vseh treh zloženkah je bila prisotna le ena preglednica. Slikovnih informacij (piktografov, ikon) zloženke niso vsebovale, vsebovale so le eno do dve okrasni sličici.

Monotonost besedila so nekoliko razbili obarvani naslovi poglavij. V tekstu ni bilo zaslediti paralelizma, metafor, citatov ali hiperbol, kar je značilno za pravno-formalen jezik.

4.2.2.2 Konceptualizacija dostopnosti storitev

Zloženke so bile namenjene zavarovanim osebam, kar je bilo razvidno že iz nadnaslova, navedenega na vseh treh zloženkah, ki se je glasilo "Informacija za zavarovane osebe".

Makrotema vseh zloženek je bila dostopnost zdravstvenih storitev. Znotraj te teme smo prepoznali naslednje sklope informacij, ki so govorili o dostopnosti v zdravstvenem sistemu: izbira zdravnika, čakalne dobe, kartica zdravstvenega zavarovanja, naročanje, nujnost storitev, omejitve, plačila, pravne podlage, storitve v zdravstvenem sistemu in vprašanja/pritožbe.

Informacij, namenjenih ranljivim skupinam, v zloženkah nismo zaznali. Izjema je ranljiva skupina žensk in moških v smislu ogroženosti za različne bolezni v določenih starostnih obdobjih, pri kateri se izvajajo preventivni presejalni programi za pravočasno odkrivanje in preprečevanje bolezni. Opisano je na primer, da vsaka ženska od 40. do 70. leta ter vsak

moški od 35. do 65. leta starosti dobi na dom vprašalnik o ogroženosti za srčno-žilne bolezni, oziroma da je vsaka ženska med 20. in 64. letom starosti, ki v zadnjih treh letih ni opravila brisa materničnega vratu, preko pisnega vabila na dom vabljen na pregled.

4.2.2.3 Vloga zloženek v širšem družbenem kontekstu

Zloženske zdravstvenega sistema, ki so najpogosteje na voljo v zdravstvenih ustanovah, so ustvarjene in namenjene le zavarovanim osebam, s čimer se spodbuja interpretacija družbene realnosti, v kateri osebe z neurejenim zdravstvenim zavarovanjem ne obstajajo.

Zahteven jezikovni stil, ki ga ocenjujemo kot primerne le za prebivalce z višjimi stopnjami informacijske, funkcionalne in zdravstvene pismenosti, kaže na distanco zdravstvenega sistema do ranljivih ali marginalnih skupin oziroma na komunikacijo s pozicije dominantnosti, v kateri perspektiva tistih, ki so v neenakem položaju, ni upoštevana.

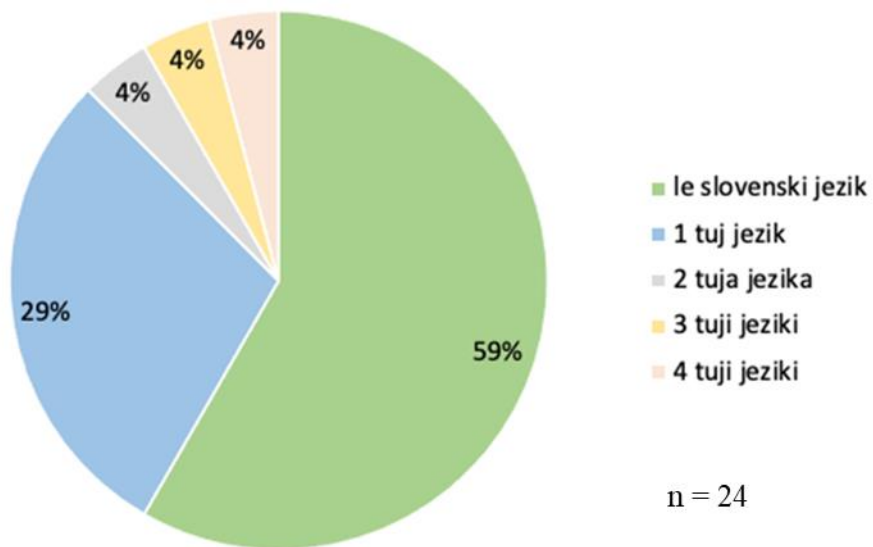
4.2.3 Rezultati analize spletnih strani zdravstvenega sistema

Pregledali smo spletne strani trinajstih bolnišnic (BO), osmih zdravstvenih domov (ZD) in treh nacionalnih institucij (NI).

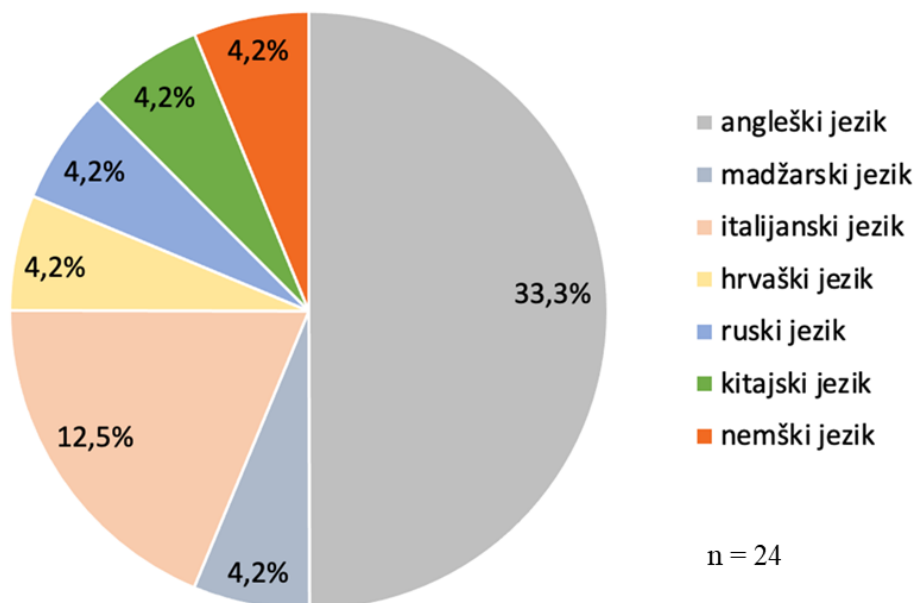
Več kot polovica spletnih strani pregledanih ustanov obstaja le v slovenskem jeziku. 7 institucij ima poleg tega spletne strani na voljo še v enem tujem jeziku, po ena pa v dveh, treh in štirih tujih jezikih. Delež institucij glede na število jezikov na spletnih straneh so prikazani na sliki 16.

Na spletnih straneh desetih institucij, ki so bile na voljo tudi v tujih jezikih, je bil najbolj zastopan angleški jezik (8 institucij), sledil mu je italijanski (3 institucije), ena institucija je imela spletne strani dostopne tudi v madžarskem jeziku, do spletnih strani v hrvaškem, nemškem, ruskem in kitajskem jeziku pa je bilo moč dostopati le v eni izmed proučevanih institucij. Slika 17 prikazuje delež proučevanih ustanov glede na posamične tuje jezike.

Slika 15: Delež institucij glede na število jezikov spletnih strani (v %)

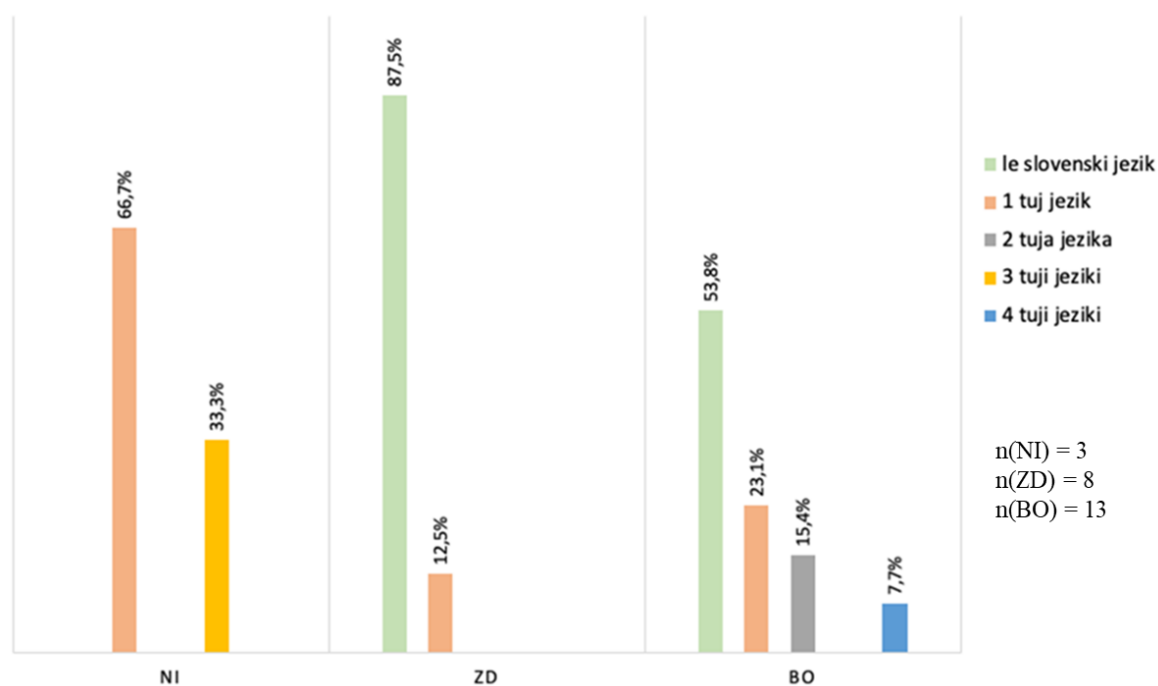


Slika 16: Delež ustanov glede na posamični tuj jezik spletnih strani (v %)



Med proučevanimi spletnimi stranmi so bile spletne strani zdravstvenih domov, najpogosteje na voljo le v slovenskem jeziku (le eden izmed osmih je imel spletne strani na voljo tudi v angleškem jeziku) sledile so bolnišnice (sedem izmed trinajstih so imele spletne strani na voljo le v slovenskem jeziku). Vse tri nacionalne institucije so imele spletne strani še vsaj v enem tujem jeziku. Delež institucij glede na tip po številu jezikov, ki so na voljo na spletnih straneh, je prikazan na sliki 18.

Slika 17: Delež ustanov po tipu glede na število jezikov spletnih strani (v %)

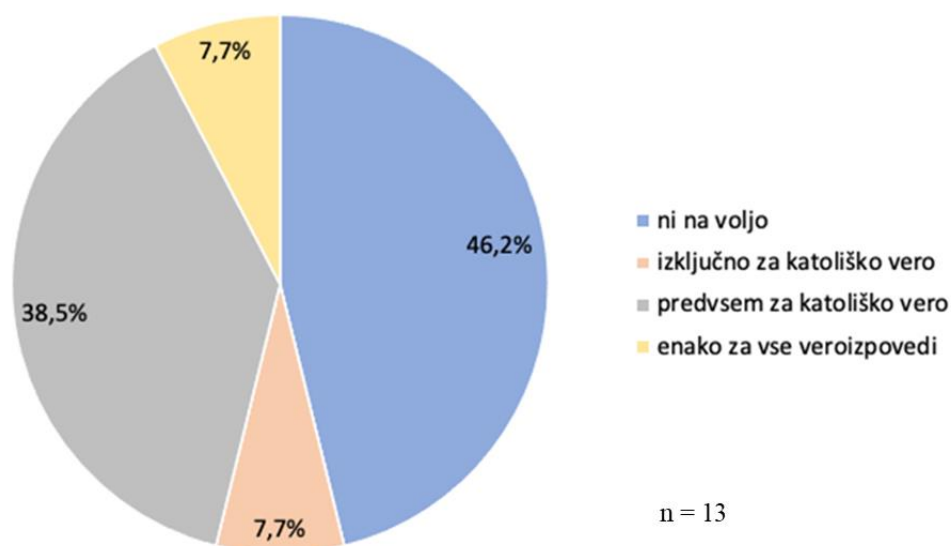


V skupini bolnišnic nas je zanimalo še, ali obstajajo na spletnih straneh informacije, ki se nanašajo na kulturne determinante zdravja – izbrali smo prehrano in duhovno oskrbo. Ugotovili smo, da nobena izmed bolnišnic ne nudi informacij o prehrani, ki bi se nanašale na kulturno ozadje, čeprav tri izmed njih omenjajo, da so možne prilagoditve glede na posebne želje. V eni izmed bolnišnic popolnoma prepovedujejo prinašanje hrane s strani obiskov, v štirih pa tega ne priporočajo.

Informacije o duhovni oskrbi so na spletnih straneh bolnišnic zelo skope, nanašajo pa se predvsem na katoliško vero (slika 19). Čeprav pet izmed proučevanih bolnišnic navaja, da

je duhovna oskrba zagotovljena pripadnikom različnih verskih skupnosti, nobena izmed njih ne navaja kontaktnih podatkov ali povezav do predstavnikov različnih verskih skupnosti, temveč le do predstavnikov katoliške Cerkve oziroma so na spletnih straneh podane natančnejše informacije o času katoliških maš.

Slika 18: Informacije o duhovni oskrbi na spletnih straneh bolnišnic (v %)



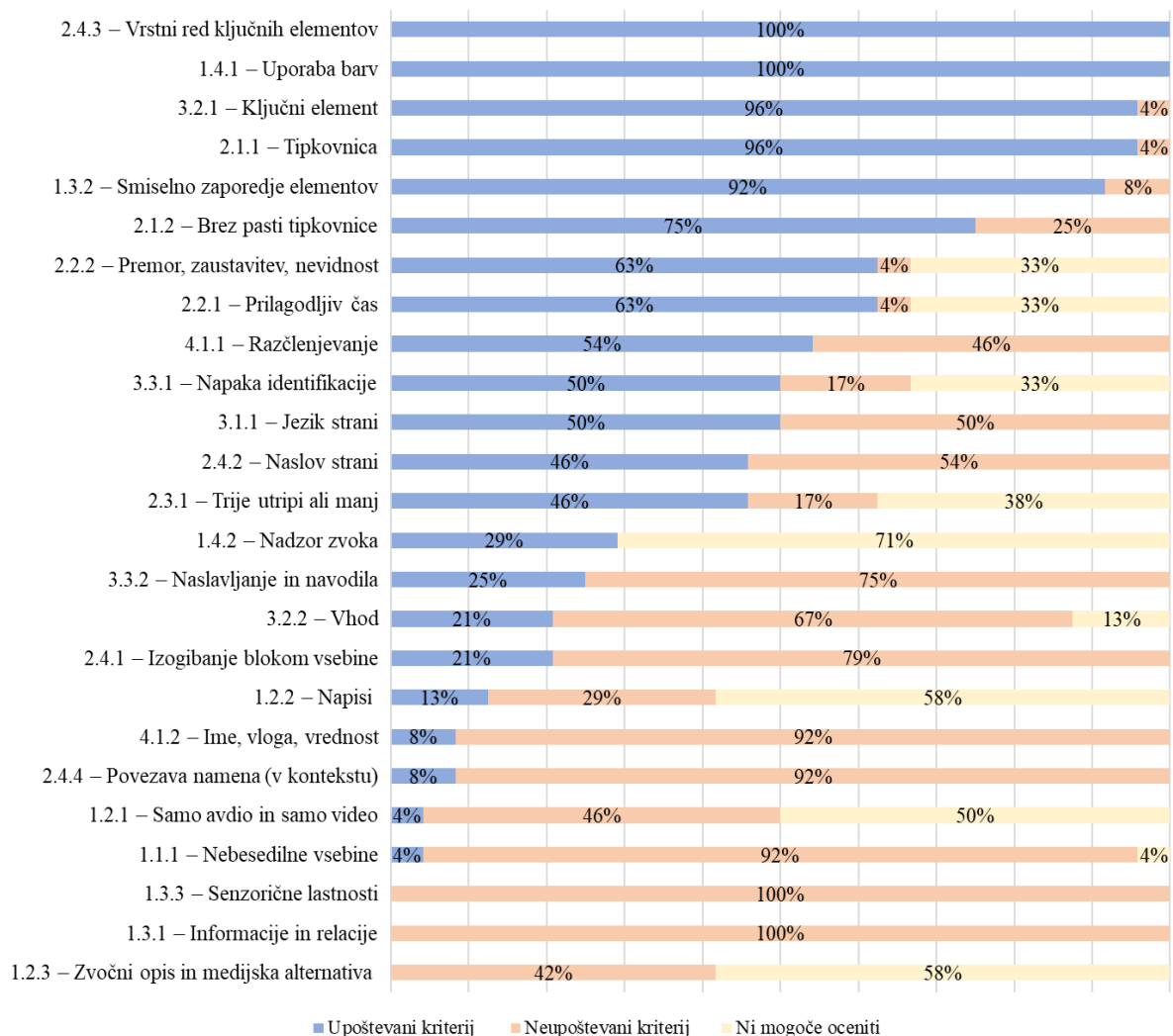
Spletne strani vključenih zdravstvenih institucij smo proučili tudi s stališča izpolnjevanja osnovnih kriterijev dostopnosti po standardih WCAG 2.0., ki so vključena v mednarodni standard ISO/IEC 40500:2012 ter integrirana v evropski standard EN 301 549 V1.1.2 (2015). Pri tem sva v enaki meri sodelovala dva doktorska kandidata. Preverjali smo le upoštevanje minimalnih pogojev, ki jih opredeljuje osnovni A nivo. Ti zagotavljajo uporabo spletnih strani večini prebivalstva, ne pa vsem ljudem z ovirami. V tabeli 21 so prikazani skupni rezultati. V proučevanih ustanovah smo skupno pregledali 600 kriterijev, pri čemer ni bilo mogoče oceniti 15,7 % kriterijev. Upoštevanih je bilo manj kot polovica vseh pregledanih kriterijev (42,5 %), skoraj toliko pa je bilo tudi neupoštevanih (41,8 %).

Tabela 21: Rezultati pregleda kriterijev A ravni na proučevanih spletnih straneh

WCAG 2.0	Kriteriji A-raven													Upoštevani kriterij (Y)	Ne-upoštevani kriterij (N)	Ni mogoče oceniti (0)											
	N1	N2	N3	ZD1	ZD2	ZD3	ZD4	ZD5	ZD6	ZD7	ZD8	BO1	BO2				BO3	BO4	BO5	BO6	BO7	BO8	BO9	BO10	BO11	BO12	BO13
1.1.1 – Nebesedilne vsebine	0	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N	N	1	22	1
1.2.1 – Samo avdio in samo video	0	N	N	N	0	N	0	0	0	0	Y	N	N	0	N	N	0	N	N	0	0	0	0	N	1	11	12
1.2.2 – Napisi	0	N	N	0	0	N	0	0	0	0	Y	0	N	0	N	N	0	N	Y	0	0	0	0	Y	3	7	14
1.2.3 – Zvočni opis in medijska alternativa	0	N	N	0	0	N	0	0	0	0	N	0	N	0	N	N	0	N	N	0	0	0	0	N	0	10	14
1.3.1 – Informacije in relacije	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	0	24	0
1.3.2 – Smiselno zaporedje elementov	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	22	2	0
1.3.3 – Senzorične lastnosti	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	0	24	0
1.4.1 – Uporaba barv	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	24	0	0
1.4.2 – Nadzor zvoka	0	0	Y	0	0	0	0	0	0	0	Y	0	Y	0	Y	Y	Y	0	Y	0	0	0	0	0	7	0	17
2.1.1 – Tipkovnica	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	23	1	0
2.1.2 – Brez pasti tipkovnice	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N	Y	18	6	0
2.2.1 – Prilagodljiv čas	0	0	Y	0	0	Y	0	Y	0	Y	Y	0	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	0	15	1	8
2.2.2 – Premor, zaustavitev, nevidnost	0	0	Y	0	0	Y	0	Y	0	Y	Y	0	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	0	15	1	8
2.3.1 – Trije utripi ali manj	0	0	N	0	0	N	0	Y	0	Y	Y	0	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y	Y	0	0	11	4	9
2.4.1 – Izogibanje blokom vsebine	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	Y	Y	Y	N	Y	N	N	N	N	N	5	19	0
2.4.2 – Naslov strani	Y	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	N	N	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	N	N	N	N	N	N	11	13	0
2.4.3 – Vrstni red ključnih elementov	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	24	0	0
2.4.4 – Povezava namena (v kontekstu)	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	2	22	0
3.1.1 – Jezik strani	N	Y	N	N	N	Y	N	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	N	N	N	12	12	0
3.2.1 – Ključni element	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	23	1	0
3.2.2 – Vhod	N	N	N	N	N	Y	N	N	0	0	N	Y	N	N	N	N	Y	Y	N	0	N	N	Y	N	5	16	3
3.3.1 – Napaka identifikacije	Y	Y	Y	0	Y	0	0	Y	0	0	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	N	0	Y	0	N	0	12	4	8
3.3.2 – Naslavljanje in navodila	N	N	N	N	N	Y	N	Y	N	N	N	N	N	N	Y	N	N	N	Y	Y	N	Y	N	N	6	18	0
4.1.1 – Razčlenjevanje	N	Y	N	N	N	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y	N	N	N	N	Y	Y	13	11	0
4.1.2 – Ime, vloga, vrednost	N	N	N	N	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	2	22	0
Upoštevani kriterij (Y)	8	10	9	7	7	13	7	15	7	10	12	11	14	14	16	14	13	11	10	10	10	10	9	8	255		
Neupoštevani kriterij (N)	9	11	16	11	11	10	10	6	9	9	13	8	11	7	9	11	9	13	15	9	11	10	11	12		251	
Ni mogoče oceniti (0)	8	4	0	7	7	2	8	4	9	6	0	6	0	4	0	0	3	1	0	6	4	5	5	5			94

Na sliki 20 je prikazano, v kolikšnem deležu ustanov so upoštevali posamični kriterij, oziroma v kolikšnem deležu ustanov ta ni bil upoštevan ali pa ga ni bilo mogoče oceniti.

Slika 19: Deleži institucij glede na upoštevanje posamičnih kriterijev (v %)



Razvidno je, da so vse ustanove na spletnih straneh primerno uporabile vrstni red ključnih elementov, s čimer je olajšana intuitivna in logična uporaba navigacije (kriterij 2.4.3). Prav tako so vse ustanove na svojih spletnih straneh uporabile barve na način, ki olajša uporabo slabovidnim osebam ali osebam z drugimi težavami z vidom (kriterij 1.4.1). Večina ustanov je na spletnih strani (96 %) omogočila uporabnost strani s pomočjo tipkovnice (kriterij 2.1.1), kar je pomembno predvsem za osebe z vidno ali motorično oviranostjo. Tudi kriterij,

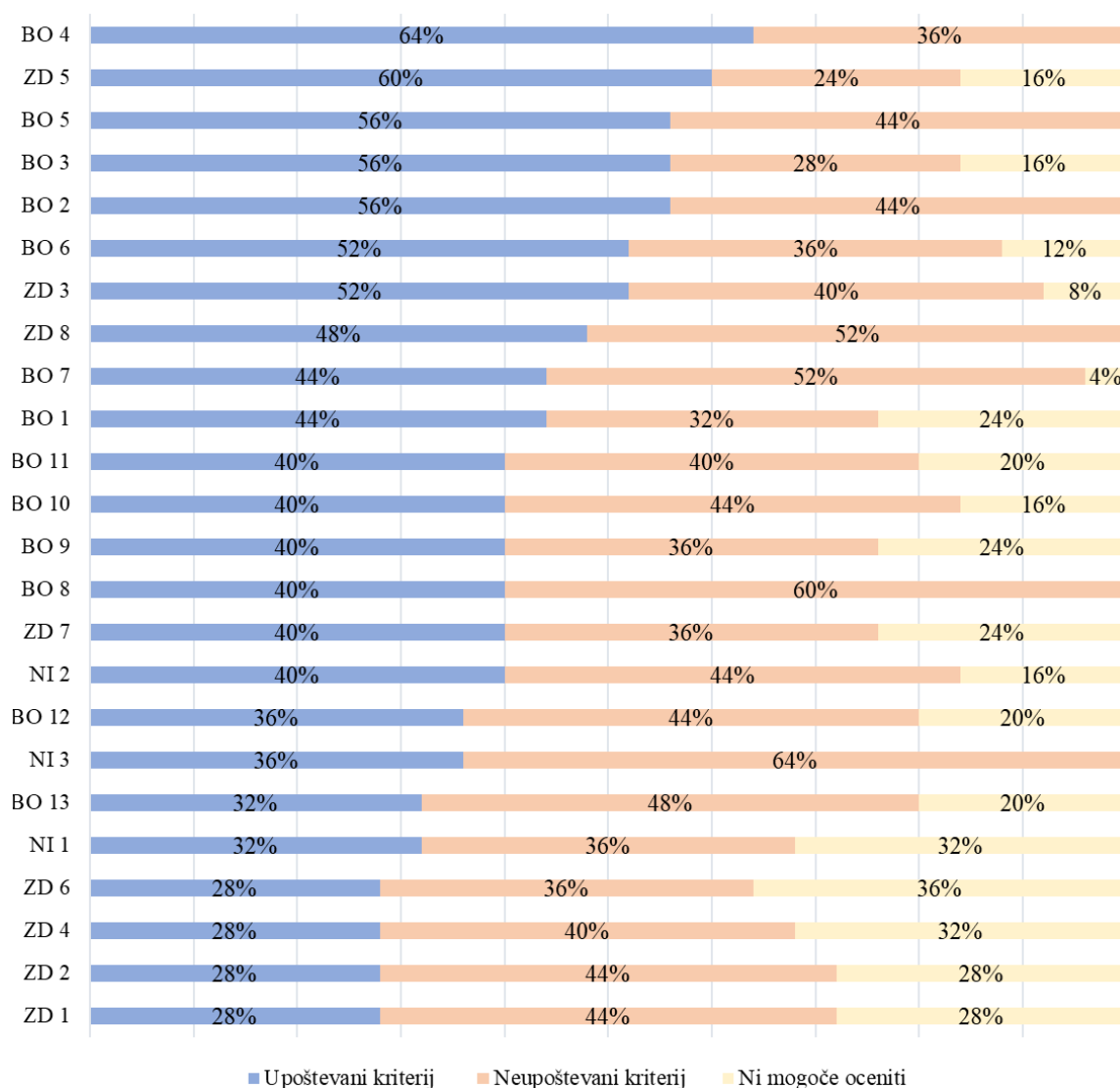
ki preprečuje nenadne in nepričakovane spremembe na spletnih straneh (kriterij 3.2.1), je bil pri večini ustanov upoštevan, prav tako pa tudi kriterij, ki zagotavlja smiselno zaporedje vsebine (kriterij 1.3.2). Ta je pomemben za uporabnike, ki potrebujejo podporno tehnologijo za uporabo spletnih strani. Za te uporabnike je pomemben tudi kriterij 3.1.1., ki omogoča računalniško branje teksta, vednar je ta kriterij izpolnjevala le polovica ustanov. Enako je veljalo za kriterij 3.3.1, ki opozarja na napake, na primer pri izpolnjevanju formularjev.

Manj kot polovica ustanov (46 %) je na spletnih straneh upoštevala kriterij 2.3.1, ki ima namen preprečevanja epileptičnih napadov, povezanih s fotosenzitivnostjo. Prav tako jih je manj kot polovica upoštevala kriterij 2.4.2, ki se nanaša na jasne naslove strani in je pomemben za uporabnike s kognitivnimi, vidnimi in gibalnimi ovirami. Pri manj kot eni tretjini proučevanih ustanov je bilo na spletnih straneh zadoščeno zahtevam kriterija 1.4.2, ki zagotavlja predvsem kognitivno oviranim osebam uspešno uporabo spletnih strani. Spletne strani ostalih ustanov niso vsebovale audio ali video vsebin, zato tega kriterija ni bilo mogoče oceniti.

Le 4 % ustanov so imele spletne strani, ki ponujajo besedilne alternative nebesednim vsebinam, s čimer je olajšana uporaba strani ljudem, ki težko razumejo vizualne ali slušne informacije. Nobena izmed proučevanih ustanov pa ni imela spletnih strani, ki bi ustrezale kriterijem 1.3.1 in 1.3.3. Zagotavljanje teh kriterijev omogoča uporabo spletnih strani ljudem z različnimi oblikami oviranosti ter uporabnikom podporne tehnologije.

Na sliki 21 smo prikazali skladnost spletnih strani s kriteriji po posameznih ustanovah. Le sedem ustanov (29,2 %) je upoštevalo več kot polovico kriterijev, med njimi so prevladovale bolnišnice (BO). Ustanove s spletnimi stranmi, ki so kriterije najmanj zadovoljevale (le v 28 %), so posamezni zdravstveni domovi (ZD). Spletne strani nacionalnih institutov (NI) niso zadovoljevale več kot polovice zahtev osnovnega A nivoja.

Slika 20: Delež upoštevanih, neupoštevanih in neocenjenih kriterijev po instituciji (v %)



4.3 Ocena stanja kulturne kompetentnosti slovenskega zdravstvenega sistema

Naše poglavitno raziskovalno vprašanje se je nanašalo na vprašanje, v kateri fazi razvoja kulturne kompetentnosti glede na odzive na raznolikost (po Crossu idr. 1989) se nahaja slovenski zdravstveni sistem.

Naše ugotovitve o odzivih na raznolikost v slovenskem zdravstvenem modelu, po kriterijih kontinuuma odzivov po Crossu idr., prikazujemo na naslednjih straneh v tabeli 22.

Tabela 22: Ocena kulturne kompetentnosti slovenskega zdravstvenega sistema glede na odziv na raznolikost

Odziv na raznolikost	Značilnosti (Cross idr. 1989)	Stanje v slovenskem zdravstvenem sistemu glede na rezultate raziskave
Kulturna destruktivnost	Razdiralni odnosi do različnih kulturnih skupin, kulturni genocid, mnenje, da so pripadniki določene kulture superiorni in da je potrebno ostale kulture »izbrisati«. Dominantna kultura kontrolira, izkorišča ter sistematično uničuje manjšinske kulture.	Podatkov, ki bi govorili o kulturni destruktivnosti v sistemu, v naši raziskavi nismo identificirali.
Kulturna nezmožnost	Močno prisotni predsodki in diskriminacija. Določene skupine in pripadajoči posamezniki veljajo za manjvredne, dominantna kultura jih obravnava pokroviteljsko in podcenjevalno. Prisotna je segregacija, pogosti so rasistični odzivi, neutemeljen strah pred drugačnimi, ignoranca ter diskriminacija pri zaposlovanju in obravnavi.	Pridobili smo podatke o predsodkih, o strahu pred drugačnimi ter o primerih rasističnih odzivov, vendar ne gre za sistematičen odziv sistema, temveč predvsem za posamične odzive.
Kulturna slepota	Vlada filozofija enakosti - prepričanje, da je raznolikost nepomembna in zanemarljiva, da smo vsi enaki. V sistemu velja, da je možno aplicirati tradicionalne pristope večinske kulture na enak način na vse prebivalstvo. Storitve so pogosto etnocentrične in s tem nedostopne in neučinkovite za manjšinske kulture, krivda za to pa se pripisuje predvsem njim samim. Še vedno obstaja institucionalni rasizem, zaradi katerega so pripadniki manjšin pogosto prikrajšani na področju dodatnega pridobivanja znanj, položajev ter storitev.	Prepoznali smo posamične podatke o elementih kulturne slepote, ki so se kazali v minimiziranju raznolikosti, prepričanju, da je krivda za težave predvsem na strani posameznikov ali ranljivih skupin, in relativno univerzalnem pristopu k storitvam zdravstvene oskrbe.

Odziv na raznolikost	Značilnosti (Cross idr. 1989)	Stanje v slovenskem zdravstvenem sistemu glede na rezultate raziskave
Kulturna predkompetentnost	<p>V sistemu se pojavi prvo zavedanje o pomanjkljivostih, pojavijo se poskusi prvih izboljšav za določene skupine. V sistemu se pojavijo improvizirane rešitve, povezovanje s pripadniki manjšin ter prva izobraževanja na področju kulturne kompetentnosti. Sistem želi zagotavljati človekove pravice ter stremi h kakovosti, pojavljajo se številna vprašanja, kako približati storitve vsem skupinam prebivalstva in prične se pomik proti kulturni kompetentnosti.</p>	<p>Identificirali smo množico podatkov, ki govorijo o zavedanju problematike v zvezi z raznolikostjo, o pomanjkljivostih in ovirah v zdravstvenem sistemu, o improviziranih rešitvah in pričetkih uvajanja sistemskih rešitev, o prilagoditvah, ki pa še niso enotne in sistematične, o potrebah in pričetkih izobraževanj na področju kulturne kompetentnosti, o naporih in projektih za povečevanje enakosti, o strmenju h kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave ter o potrebnih ukrepih za razvoj. Koncept kulturne kompetentnosti je pogosto prepoznan kot koncept, ki je v zdravstvenem sistemu nujno potreben.</p>
Kulturna kompetentnost	<p>Pozitivna naravnost in spoštovanje različnosti, nenehna kritična refleksija in samoocenjevanje, zavezanost k razumevanju in upoštevanju različnosti. Zavedanje, da obstajajo številne manjšinske kulture in subkulture, ki se jim je potrebno približati, obstoj številnih modelov obravnave, namenjenih zagotavljanju potreb manjšinskih kultur. Močna podpora zaposlenim za pridobivanje kulturnih kompetenc, vlada povezovalne in aktivno vključevanje manjšinskih skupin pri odločanju in oblikovanju strategij obravnave. Zavezanost h kulturno kompetentni obravnavi opredeljena že v temeljnih strateških aktih sistema.</p>	<p>Razen podatkov, ki govorijo o zavedanju o manjšinskih kulturah (ranljivih skupinah), katerim je potrebno približati storitve, v naši raziskavi nismo identificirali podatkov, ki bi govorili, da je naš zdravstveni sistem kulturno kompetenten.</p>

Odziv na raznolikost	Značilnosti (Cross idr. 1989)	Stanje v slovenskem zdravstvenem sistemu glede na rezultate raziskave
Napredna kulturna kompetentnost	Samodejna osredotočenost na kulturno raznolikost, zagovorništvo kulturne raznolikosti, prizadevanje za izboljšane odnose v celotni družbi. Zaposlovanje strokovnjakov s področja kulturne kompetentnosti v zdravstvenem sistemu ter vlaganje v poglobljeno raziskovanje in izobraževanje. Nenehno izboljševanje pristopov do kulturno raznolikih skupin.	Podatkov, ki bi govorili o napredni kulturni kompetentnosti v slovenskem zdravstvenem sistemu, v naši raziskavi nismo identificirali.

Glede na pridobljene podatke ocenjujemo, da se slovenski zdravstveni sistem nahaja v fazi kulturne predkompetentnosti. Še vedno so prisotni nekateri elementi kulturne slepote, pa tudi kulturne nezmožnosti, vendar ocenjujemo, da ima večina podatkov težišče v kulturni predkompetentnosti ter da se sistem premika proti kulturni kompetentnosti. Sistem se vsekakor nagiba proti pozitivnemu delu kontinuuma, ki se prične s kulturno predkompetentnostjo, kar ocenjujemo kot vzpodbudno.

5 RAZPRAVA

5.1 Pogled ekspertov in vodilnih struktur na kulturno kompetentnost

Naše prvo raziskovalno vprašanje se je nanašalo na to, kako vidijo stanje in potrebe po kulturni kompetentnosti slovenskega zdravstvenega sistema eksperti, predstavniki ključnih deležnikov ter vodilni kadri v zdravstvenem sistemu. Predvideli smo, da se zavedajo potreb in nujnosti razvoja kulturne kompetentnosti slovenskega zdravstvenega sistema, kot tudi ovir.

Naša družba je vse bolj raznolika, česar so se zavedali tudi sogovorniki. Na rast raznolikosti so po njihovem mnenju vplivali različni procesi, od globalizacije do migracij. Navedli so tudi naraščanje raznolikosti znotraj lastne kulture, ki je pogojena s pokrajinskimi razlikami, dodatno pa se krepi zaradi pojavov, kot so individualizem ter socialne razlike. S tem so sogovorniki izkazali razumevanje raznolikosti, saj slednja dejansko ni izraz, ki definira le etnične ter kulturne razlike. Kljub dolgi zgodovini raznolikost še vedno ni natančno definiran pojem, v Evropi pa jo razumemo kot razlike v starosti, etnični pripadnosti, kulturnem ozadju, spolu, veri, prepričanjih, pogledih na svet, spolni usmerjenosti, spolni identiteti itd. (European Commission 2012b, 3).

Budnica, ki je ozavestila potrebe po kulturni kompetentnosti v našem zdravstvenem sistemu, je bila po navedbah sogovornikov migrantska kriza pred nekaj leti. S tem se strinja tudi Goriupova, ki je navedla, da je migrantska kriza leta 2015 močno vplivala na zdravstvene sisteme v Evropi, tudi na slovenskega, čeprav smo se že prej srečevali z migracijami. Potrebe po kulturni kompetentnosti zdravstvenega sistema in zdravstvenih delavcev so ob tej krizi narasle in postale očitne (Goriup 2016, 5).

V zvezi z naraščanjem raznolikosti so sogovorniki identificirali negativne pojave v družbi in v zdravstvenem sistemu, kot so nestrpnost, prisotnost negativnih stereotipov ter predsodkov in strah pred drugačnostjo. Pridobili smo tudi podatke, ki smo jih opredelili kot minimiziranje in kulturno slepoto pa tudi kot žaljiv odnos in obsojanje. Minimiziranje je pojav, pri katerem se pripadniki dominantne skupine ne zavedajo svojih institucionalnih privilegijev in menijo, da imajo vsi ljudje podobne možnosti (Bennett in Bennett 1993, 155;

Hammer idr. 2003, 424–425; Bennett 2004, 66–67). Podobno velja za kulturno slepoto, kjer ne opazimo sistemskih nepravilnosti, temveč se krivda za težave pripisuje predvsem prizadetim posameznikom (Cross idr. 1989). Gre za univerzalni pogled zdravstvenih delavcev na raznolikost, v smislu »vsi smo enaki« (Chambers idr. 2013, 72). Raziskave, ki bi ugotavljale in proučevale tovrstne pojave pri odzivanju na raznolikost v slovenskem zdravstvenem sistemu, so maloštevilne. Mlinšek je že pred leti opozoril na pojav nesprejemanja ter diskriminacije v zdravstveni negi ter na to, da se o tem premalo govori in raziskuje (2012). Bogatajeva in sodelavci so v raziskavi iz leta 2019 navedli, da je 8 % migrantk že izkusilo diskriminacijo in nasilje v našem zdravstvenem sistemu. Tudi Lipovec Čebrova je v nedavno objavljeni raziskavi opisala fenomen obsojanja pacientov v slovenskem zdravstvenem sistemu, saj je ugotovila, da ob medkulturnih težavah jezikovnega značaja zdravstveni delavci pripisujejo krivdo predvsem pacientom, saj “niso dovolj motivirani” ali pa “se ne potrudijo zadosti”, da bi se prilagodili. Opozorila je, da je od takšnega mnenja do rasizma le majhen korak (Lipovec Čebrova 2021, 10–11). Na te pojave moramo biti pozorni, saj stereotipi in predsodki vodijo v diskriminacijo (Wright in Taylor 2007, 361) ter v neenako in manj kakovostno obravnavo kulturno, jezikovno ali socialno raznolikih posameznikov in skupin (Anand in Lahiri 2009, 390; Marcelin idr. 2019)

Soočanje z raznolikostjo pa ne sproži le negativnih odzivov. Zanimivo je, da ravno to soočanje lahko spodbudi povsem nasprotno učinke, kot so povečana tolerantnost in razblinjanje stereotipov (Crisp in Turner 2011; Verkuyten idr. 2019). Tudi naši sogovorniki so navajali tovrstne pozitivne odzive na raznolikost, tako v družbi kot v zdravstvenem sistemu. Opisovali so povečano motivacijo za pridobivanje znanja, povečano samozavedanje ter izboljšano sprejemanje drugačnosti. Motivacija je predpogoj za razvoj kulturne kompetentnosti (Bennett 2009, 127), medtem ko velja samozavedanje za temeljni steber kulturne kompetentnosti, saj razumevanje lastnega kulturnega ozadja in samorefleksija pomembno vplivata na pogled in na sprejemanje drugih (Campinha-Bacote 2003; Purnell 2012; Jongen idr. 2018b).

Motivacija in potrebe po pridobivanju znanja so po pridobljenih podatkih povezane z etičnimi načeli. Zaposleni v zdravstvu se dobro zavedajo etičnih načel, kar je bilo na primeru zdravstvene nege prikazano tudi v Sloveniji (Mlinšek 2012). V tujini se je izkazalo, da zdravstveni delavci pogosto doživljajo delovno okolje kot največjo bariero pri zagotavljanju

etične prakse, saj v njem vidijo omejitve njihovih zmožnosti zagotavljanja kompetentne oskrbe. Etične dileme pogosto rešujejo konformistično, pogojeno s tradicionalnimi pravili in normami delovnega mesta, mnogo manj pa s pomočjo kreativne in kritične refleksije, ki bi osvetlila njihovo vlogo (Dierckx de Casterlé idr. 2008). Tudi zdravstveni delavci v Sloveniji se pogosto soočajo z etičnimi dilemami, povezane pa so predvsem z dolgimi čakalnimi vrstami, ohranjanjem človeškega dostojanstva, slabimi medosebnimi odnosi ter odnosi med njimi in pacienti. V nasprotju s tujimi raziskavami so etične dileme redkeje povezane s socialno neenakostjo (Grosek idr. 2020).

Kljub podatkom, ki so govorili o prepoznavanju potreb po kulturni kompetentnosti pa smo pridobili tudi nekaj povsem nasprotnih podatkov. Temu je botrovalo že samo razumevanje koncepta kulturne kompetentnosti, ki se je med sogovorniki močno razlikovalo. Izkazalo se je, da je nekaterim koncept popolnoma nepoznan, drugi so ga razumeli le kot nekaj, kar se tiče zgolj obravnave uporabnikov z različnim jezikovnim, geografskim in etničnim ozadjem oziroma z drugačno veroizpovedjo, tretji pa so razumeli koncept precej širše, in sicer kot obravnavo uporabnikov ne le glede na kulturne, temveč tudi glede na sociološke in biološke determinante (socialno in ekonomsko ozadje, način življenja, starost). Širši pogled na kulturno kompetentnost, vključno s socialnimi in biološkimi determinantami, je zastopan tudi v prvem slovenskem priročniku za razvijanje kulturnih kompetenc pri zdravstvenih delavcih (Bofulin idr. 2016a) ter v drugih člankih na to temo (Prosen 2018; Lipovec Čebren idr. 2019; Halbwachs 2019). Socialno-ekonomski dejavniki, ki jih ob odsotnosti kulturnih kompetenc ne moremo učinkovito naslavljanje, tudi pri nas pomembno vplivajo na zdravstveno stanje in povzročajo razlike v zdravju med prebivalci na posameznih geografskih področjih (NIJZ 2020, 1–2). Kot omenjeno, slovenski pogled na kulturno kompetentnost sledi definicijam v sodobni mednarodni literaturi, v katerih se kulturne kompetence (v nekaterih člankih naslovljene kot medkulturne kompetence) nanašajo na upoštevanje vseh vrst raznolikosti in dejavnikov (kulturnih, socialnih in bioloških). Ob tem pa je vseeno potrebno poudariti, da so definicije v mednarodni literaturi neuskklajene ter nekonsistentne (Jongen idr. 2018a, 2).

Tudi v zvezi z zanimanjem za področje kulturne kompetentnosti smo pridobili nasprotujoče si podatke - nekateri sogovorniki še niso zaznali zanimanja za to področje med svojimi sodelavci, drugi pa so navajali veliko zanimanje. Na splošno lahko trdimo, da zanimanje po

pridobivanju kulturnih kompetenc in delovanju na tem področju narašča, vendar je omejeno predvsem na posameznike. Ti so pobudniki za uvajanje rešitev, ki so načeloma improvizirane, nestandardizirane ter odvisne od interesa ter posluha vodstev. Rezultati niso presenetljivi, saj so inovativne rešitve v zdravstvu pogosto posledica reakcije posameznikov na etične dileme oziroma na konflikte vrednot (Stacey idr. 2011). Posamezniki, ki ne morejo delovati skladno s svojim sistemom vrednot, se ne podredijo pogojem, s katerimi se ne strinjajo, temveč poskušajo uvesti spremembe v prakticanju zdravstvene oskrbe (Watson, 2002). Ne smemo pozabiti, da je nenehno ustvarjanje novosti in nečesa izvirnega nujna potreba vsake organizacije. Refleksivni, prilagodljivi posamezniki, ki iščejo ustvarjalni in inovativni naboj kot smisel in poslanstvo svojega dela, pomenijo ključ do ustvarjalnosti in s tem napredka (Ovsenik in Ovsenik 2015)

V naši raziskavi se je izkazalo, da so sogovorniki povezali in zaznali potrebe po kulturni kompetentnosti predvsem v zvezi s številnimi ranljivimi skupinami v zdravstvenem sistemu. Ugotavljali so, da ima lahko pomanjkanje kulturne kompetentnosti pri teh skupinah negativne posledice za njihovo zdravje. Kot ranljive so sogovorniki izpostavili predvsem naslednje skupine: albansko skupnost, tujce, kronično bolne, ljudi z oviranostjo, osebe brez ustreznega zdravstvenega zavarovanja, romsko skupnost ter starejše. Posamično pa so bile identificirane še mnoge druge ranljive skupine, kot so revni, brezdomci, zaporniki, alkoholiki, nosečnice, ljudje z različnim verskim ozadjem (na primer Jehove priče) ter istospolno usmerjeni. Ranljive skupine so sicer posamično identificirane tudi s strani drugih raziskovalcev. Pri romski skupnosti je, na primer ugotovljeno, da imajo v primerjavi z ostalo slovensko populacijo višjo rodnost, smrtnost, več hospitalizacij ter več težav z uporabo drog (Zakrajšek in Krajnc- Nikolić 2018). Do podobnih ugotovitev glede prisotnosti ranljivih skupin v Sloveniji so prišle tudi raziskovalke Lipovec Čebren, Keršič-Svetel in Pistotnik, ki so ranljive skupine opredelile kot skupine, ki jih tako imenujemo po vzoru iz tuje literature, lahko pa bi jih poimenovali tudi kot obrobne ali marginalizirane skupine. Gre za ranljivost v smislu večjega tveganja za zdravstvene težave ter odrinjenosti v zdravstvenem sistemu. Opozarjajo, da tovrstno poimenovanje lahko vodi v stigmatizacijo, zato moramo izraz ranljive skupine uporabljati previdno (Lipovec Čebren idr. 2016). Ne glede na poimenovanje pa je prepoznavanje skupin in posameznikov, ki doživljajo neenakost, zelo pomembno za razvoj kulturne kompetentnosti, saj je ta ključen za zagotavljanje dostopnosti vseh ljudi do

zdravstvenega sistema ter za enakost v njem (Betancourt idr. 2002; Anderson idr. 2003, 70; Chiarenza 2012, 66; Handtke idr. 2019, 1). Ob tem je pomemben odnos do neenakosti. V preteklosti se je v Sloveniji izkazalo, da neenakost v družbi ni prepoznana kot gonilo za nadaljnji razvoj in napredek (Ovsenik 2000, 148).

Ob identifikaciji ranljivih skupin v zdravstvu se je izkazalo, da je ena izmed poglavitnih težav njihov dostop do zdravstvenega sistema ter ovire v njem. Pridobili smo splošne podatke o zaznavanju ovir kot tudi povsem konkretne primere iz vsakdanje prakse. Neenak dostop do zdravstvenega sistema je bil po pridobljenih podatkih povezan z zdravstvenim zavarovanjem, s socialno-ekonomskim statusom, z osebno funkcionalnostjo in kroničnimi obolenji, s težavami pri sporazumevanju ter s preobremenjenostjo in rigidnostjo sistema. Te težave so se pogosto prepletale, saj so bile težave z zavarovanjem pogosto omenjene kot posledice revščine in prekarnosti. Po eni strani je šlo tu za težave v dostopnosti do osnovnega zdravstvenega zavarovanja, po drugi pa za težave pri plačevanju dodatnega zdravstvenega zavarovanja. Podobne ugotovitve o ovirah v zvezi z zdravstvenim zavarovanjem so navedene v več raziskavah zadnjih let (Lipovec Čebren in Pistotnik 2015; Lipovec Čebren 2017; Pistotnik 2019; Huber idr. 2020), medtem ko je v analizi zdravstvenega sistema v Sloveniji, pripravljenega s strani Ministrstva za zdravje, Svetovne zdravstvene organizacije in Evropskega observatorija za spremljanje zdravstvenih sistemov in politik navedeno, da so plačila iz žepa v Sloveniji nizka in da ne pomenijo ovire v dostopnosti do zdravstvenega varstva (Ministrstvo za zdravje 2016, 4). Tem navedbam navkljub je bila istega leta izdana Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja«, ki navaja, da se je:

»v času gospodarske krize povečalo tudi 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). Za ureditev tega problema je potrebna boljša koordinacija med sistemom zdravstvenega varstva in sistemom socialnega varstva.«

Ta pojav dodatno potrjujejo odprtja ambulant za nezavarovane osebe po vsej Sloveniji v zadnjem desetletju. V njih vse pogosteje tretirajo ne le osebe, ki nimajo zavarovanja, temveč tudi osebe (samostojne podjetnike, kmete in osebe, ki opravljajo samostojne poklice), ki se

uradno vodijo kot zavarovani, vendar imajo zadržane pravice zaradi dolga do zdravstvene zavarovalnice. Teh oseb je bilo pred tremi leti že več kot 15.000 (Zabukovec 2018).

Kot omenjeno, smo pridobili podatke tudi o funkcionalnih ovirah in ovirah zaradi kroničnih obolenj. Te so sogovorniki navajali pri različnih skupinah ljudi, predvsem pri starejših, izpostavljeni pa so bili tudi otroci in institucionalizirane osebe. Pri starejših osebah je bilo izpostavljeno, da nimajo zadostnega dostopa do javnega prevoza in s tem do zdravstvene ustanove. Klemenc-Ketiš s sodelavci podobno navaja, da imajo v Sloveniji ljudje z gibalnimi ovirami, s psihiatričnimi obolenji, s šibkim socialnim statusom, starejši in drugi s podobnimi značilnostmi, lahko težave pri obisku svojih družinskih zdravnikov (Klemenc-Ketiš idr. 2019, 140). Ta dognanja potrjuje raziskava o neenakostih in ranljivostih v zdravju v Sloveniji (Lipovec Čebren idr. 2016, 18; Huber idr. 2020), čeprav Ministrstvo za zdravje na svojih spletnih straneh zagotavlja, da je »z dobro organizacijo javne zdravstvene službe, torej široko in enakomerno geografsko razporejeno mrežo zdravstvenih storitev« vsem zagotovljena fizična dostopnost do zdravstvenega varstva (Ministrstvo za zdravje 2021b). V naši raziskavi smo pridobili tudi podatke, ki kažejo, da je enaka dostopnost do zdravstvene oskrbe zelo otežena institucionaliziranim osebam oziroma prebivalcem socialnih zavodov, tudi v primeru preventivnih programov, kot sta na primer SVIT in DORA, ki sicer veljata za široko dostopne. Težave v zvezi z izvajanjem preventivnega programa SVIT pri prebivalcih socialnih zavodov so izpostavili tudi avtorji Debeljak, Novak Mlakar in Škrjanec (2015). Neenakost prebivalcev socialnih zavodov, predvsem starejših, je postala v mnogih državah zelo opazna v času epidemije novega korona virusa (Le Couteur idr. 2020; Brooke in Jackson 2020).

Težave pri sporazumevanju so se kot ovira v dostopu do zdravstvenega sistema in znotraj njega pojavljale kot rdeča nit tudi v ostalih kategorijah in temah. Jezikovne ovire so tudi mednarodno priznane kot ene izmed ključnih in najbolj očitnih ovir. V nedavni kanadski raziskavi so dokazali, da potrebujejo pacienti z omejenim znanjem angleškega jezika mnogo več ponovnih hospitalizacij kot ostali (Rawal idr. 2019). Ker je jezik pogosto razumljen kot sinonim za drugačno kulturo (Chiarenza 2012, 75), so ravno te ovire pred mnogimi desetletji botrovale nastanku koncepta kulturne kompetentnosti (Chin 2000, 28). Potrebno pa se je zavedati, da kulturna kompetentnost ne pomeni le premoščanje jezikovnih ovir v smislu dobesednih prevodov, temveč gre za upoštevanje kompleksne situacije posameznika, ki

vključuje tudi prepričanja, navade in poglede na zdravje in zdravstveno oskrbo (Napier idr. 2014, 1614).

Naši sogovorniki so kot jezikovne ovire večinoma navajali težave zaradi nepoznavanja ali slabega znanja slovenskega jezika, pridobili pa smo tudi podatke o drugačnem ozadju jezikovnih ovir, kot je na primer slušna oviranost. Kljub večinskemu mnenju, da so jezikovne ovire pogoste, pa smo pridobili tudi diametralno nasprotno podatke – nekaj sogovornikov je navedlo, da te ovire uspešno in brez težav rešujejo, ali pa so popolnoma zanikali prisotnost jezikovnih ovir. Te odgovore lahko umestimo v kategorijo že omenjene kulturne slepote, saj slovenske raziskave potrjujejo, da so jezikovne ovire močno prisotne v vsakdanjiku zdravstvenih delavcev, da so jezikovni nesporazumi pogosti ter da so nujne sistemske rešitve na tem področju (Milavec Kapun idr. 2017, Lipovec Čebren 2017; Pokorn 2019).

V naši raziskavi se je izkazalo, da jezikovne ovire v slovenskem zdravstvenem sistemu ne obstajajo le na relaciji zdravstveni delavec – uporabnik in obratno, temveč tudi med samimi zaposlenimi, vključno s študenti. Študenti iz tujih okolij imajo po pridobljenih podatkih veliko težav tako v šolskem kot v kliničnem okolju, in tudi tu so rešitve zelo improvizirane. Dokazano je, da so kulturno in jezikovno raznoliki študenti v kliničnem okolju, ki velja kot stresno in čustveno naporno, izpostavljeni večjim izzivom kot ostali (Arieli, 2013). Poleg stresnega prilagajanja se lahko soočajo še s stereotipi, diskriminacijo in rasizmom, tako s strani osebja kot pacientov (Oikarainen idr. 2018, 156; Korhonen idr. 2019). To lahko vodi v pogostejšo opustitev nadaljnjega šolanja, kar je zelo zaskrbljujoče tudi v luči vse večjih potreb po kadrih v zdravstvu (Gibbs in Culleiton 2016, 118). V zdravstvenih ustanovah pa se po mnenju sogovornikov soočajo tudi z vse večjimi jezikovnimi ovirami pri zaposlovanju deficitarnih poklicev. Sogovorniki, ki so izpostavili to problematiko, so se načeloma strinjali, da je za delo v zdravstvu znanje slovenskega jezika pomembno, vendar so omenjali neskladje med zahtevami, potrebami in možnostmi ter izpostavili nefleksibilnost in nepripravljenost sistema za hitro reševanje te problematike. S podobno problematiko se srečujejo številne države in zdravstveni sistemi, ki zaradi pomanjkanja zdravstvenih delavcev zaposlujejo tujo delovno silo (WHO 2016). V Nemčiji, na primer, napovedujejo primanjkljaj več kot 100 000 zdravnikov do leta 2030, po drugi strani pa so ob migrantskem valu leta 2000 pridobili več tisoč zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev iz Sirije.

Navedli so, da se ti srečujejo z zelo zapletenimi in dolgotrajnimi birokratskimi postopki ter da bi bile potrebne številne systemske izboljšave za premagovanje kulturnih in jezikovnih barier oziroma za hitrejšo, učinkovitejšo in uspešnejšo integracijo tujih zdravstvenih delavcev v nemški zdravstveni sistem (Abbara idr. 2019).

Kljub obilici podatkov, ki so govorili o ovirah ranljivih skupin do zdravstvenega sistema in v njem pa smo pridobili tudi temu nasprotujoče podatke. Ti so govorili o tem, da naš zdravstveni sistem omogoča vsem enak dostop. Ob tem je bilo izpostavljeno, da nekateri posamezniki ali skupine res nimajo urejenega dostopa do zdravstvenega sistema, vendar predvsem po svoji krivdi, ker si ne želijo, ne znajo ali ne zmorejo urediti dostopa do zdravstvene oskrbe. Pri tem so bili izpostavljeni kot problematični predvsem Romi, brezdomci, podjetniki in neslovensko govoreči. Slovenski zdravstveni sistem po mnenju uporabnikov res omogoča precej dobro dostopnost (Kert idr. 2015), to pa potrjujejo tudi mednarodne primerjave (Perko idr. 2019, 189). Ne glede na to smo pridobljene podatke interpretirali kot minimiziranje ter kulturno slepoto, saj je nemogoče zanikati, da težave v dostopnosti obstajajo, posebno v luči pridobitve številnih podatkov o tem v naši raziskavi, ter pogostih tovrstnih navedb v mnogih drugih publikacijah (Albreht idr. 2016, 163–175; Lipovec Čebren 2017; Lipovec Čebren in Bombač 2019, Pistotnik 2019; Huber idr. 2020). Ob tem bi radi opozorili na fenomen, da se pri določenih skupinah ranljivost oziroma težave pogosteje tretirajo kot osebna odgovornost, pri drugih skupinah, kot so otroci, invalidi in starejši, pa obstaja več naklonjenosti (Stanojević-Jerković 2018, 15). V zvezi s socialno neenakostjo je bila v Sloveniji tudi v preteklosti zaznana splošno razširjena intoleranca do tega pojava (Ovsenik 2000, 148).

Poleg specifičnih ovir, s katerimi se srečujejo predvsem ranljive skupine in posamezniki, smo pridobili tudi množico podatkov o splošnih ovirah v zdravstvenem sistemu, ki lahko vplivajo na razvoj kulturne kompetentnosti. Eno pomembnejših ovir je predstavljala že omenjena rigidnost sistema. Rigidnost se kaže v počasnem prilagajanju sistema na nujno potrebne spremembe, ki jih prinašajo s seboj raznolikost, demografske spremembe in prepoznavanje ranljivih skupin. Znano je, da so velike javne institucije, med katere spadajo tudi zdravstvene, dokaj rigidne, kar pomeni, da se na spremembe težko in počasi prilagajajo, vendar je odzivnost na potrebe in zahteve ključna za zagotavljanje kakovosti zdravstvene oskrbe (Macur 2018, 309). Slovenski zdravstveni sistem dejansko velja za rigidnega in

neprilagodljivega, saj se že od leta 1992 ni kaj prida spremenil (Cankar in Petkovšek 2012; 234). Spremembe sistema v smeri kulturne kompetentnosti zahtevajo spremembo organizacijske kulture, v kateri bi morale biti osnovno vodilo predvsem varnost pacienta (Chassin in Loeb 2013). Sem spada tudi kulturna varnost, kar pomeni, da se pacient pri obravnavi počuti socialno, duhovno, čustveno in fizično varno. Pomeni zavezanost zdravstvenih delavcev in organizacij, da ustvarjajo okolje brez predsodkov in neenakosti, v katerem se vsak pacient počuti sprejetega (Curtis idr. 2019).

Bistveni pogoj za prepoznavanje potrebnih sprememb in s tem za prilagajanje pa so zadostne informacije o zahtevah in potrebah v sistemu, in pogosto je težava ravno v tem, da ni na voljo dovolj informacij (Macur 2018, 309). Tudi v naši raziskavi se je izkazalo, da imamo zelo malo zanesljivih podatkov o potrebah uporabnikov zdravstvenega sistema v lokalnih skupnostih ali na širšem področju. Nihče izmed sogovornikov ni razpolagal s podatki, katere ranljive ali druge specifične skupine živijo na območju delovanja institucije, koliko pripadnikov imajo te skupnosti, kakšne so značilnosti teh skupin v smislu ohranjanja zdravja in podobno. Kot razlog za pomanjkanje podatkov so navajali predvsem zakonodajno ozadje zbiranja podatkov, ki prepoveduje povpraševanje po veroizpovedi, etničnosti, socialnem ozadju in podobno. Uredba evropskega parlamenta in sveta z dne 27. aprila 2016, ki se nanaša na varstvo posameznikov pri obdelavi osebnih podatkov in na prosti pretok takih podatkov, v 1. odstavku 9. člena dejansko pravi, da sta:

»prepovedani obdelava osebnih podatkov, ki razkrivajo rasno ali etnično poreklo, politično mnenje, versko ali filozofsko prepričanje ali članstvo v sindikatu, in obdelava genetskih podatkov, biometričnih podatkov za namene edinstvene identifikacije posameznika, podatkov v zvezi z zdravjem ali podatkov v zvezi s posameznikovim spolnim življenjem ali spolno usmerjenostjo.«

Vendar ista uredba v drugem odstavku določa, da to ne velja, kadar je “obdelava potrebna za namene preventivne medicine ali medicine dela, oceno delovne sposobnosti zaposlenega, zdravstveno diagnozo, zagotovitev zdravstvene ali socialne oskrbe ali zdravljenja ali upravljanje sistemov in storitev zdravstvenega ali socialnega varstva ...” ali je “obdelava potrebna iz razlogov javnega interesa na področju javnega zdravja, kot je zaščita pred resnimi čezmejnimi tveganji za zdravje ali zagotovitev visokih standardov kakovosti in varnosti zdravstvenega varstva ...” (Uredba EU 2016/679). Tudi priporočila Svetovne

zdravstvene organizacije navajajo, da je za enakost v zdravstveni oskrbi ključno zbiranje podatkov o ranljivih skupinah in o razlikah v njihovih zdravstvenih izidih v primerjavi s splošno populacijo (WHO 2021).

Kot pomembno oviro so sogovorniki izpostavili tudi časovne in kadrovske pogoje v zdravstvenem sistemu, predvsem v primarnem zdravstvu, ki otežujejo že osnovno oskrbo in obravnavo pacientov. V mednarodni literaturi nismo našli veliko raziskav, ki bi govorile o tem, da so tovrstni resursi dodatno potrebni za kulturno kompetentnost. Posamične raziskave sicer omenjajo pomanjkanje financiranja dodatnih kadrov kot eno izmed ovir na poti do kulturne kompetentnosti, vendar pa kot bistvene ovire izpostavljajo organizacijsko kulturo, ki kulturne kompetentnosti ne postavlja kot prioriteto; osebje, ki ni naklonjeno temam raznolikosti in ki stereotipizira pripadnike različnih skupin ter pomanjkanje informacij o raznolikosti populacije, ki jo oskrbujejo zdravstvene organizacije (Taylor 2005; Reese idr. 2017). Osnova kulturne kompetentnosti je torej “mindset” posameznika in sistema, da je prepoznavanje, spoštovanje in upoštevanje kulturnega ozadja v zdravstvu pomembno ter da vpliva na zdravje posameznika in skupin (Kachur Krajic in Altshuler 2004; Dreachslin idr. 2012, 145). Prakticiranje kulturnih kompetenc pa ni mogoče brez številnih veščin – med njimi imajo pomembno vlogo tudi komunikacijske veščine (Shapiro idr. 2002; Balcazar idr. 2009, 1155; Henderson idr. 2018, 593). Prav te veščine pa so po mnenju sogovornikov iz naše raziskave med zdravstvenimi delavci pogosto pomanjkljive.

Pomembno oviro kulturni kompetentnosti so predstavljale po pridobljenih podatkih tudi pomanjkljive zakonodajne podlage, posebno na področju jezikovnih ovir. Izpostavljeno je bilo, da kljub zakonu, ki določa, da mora biti uporabnik obveščen (Zakon o pacientovih pravicah, čl.20), pravica do tolmača ali prevajalca zakonsko ni določena. Izjema so uradno priznani manjšini na dvojezičnem področju, gluhe osebe ter v utemeljenih primerih proslci za mednarodno zaščito (Bofulin idr. 2016b, 219–220). Ne glede na posamična pomanjkljiva zakonodajna določila pa strokovnjaki opozarjajo, da je za kulturno kompetentno oskrbo v zdravstvu na splošno dovolj zakonskih in etičnih podlag, ki naj bi preprečevala diskriminatorne prakse, žal pa le obstoj teh podlag ne zagotavlja kulturno kompetentno oskrbo v praksi (Engebretson idr. 2008, 172).

Ugotovili smo tudi, da predstavlja pomembno oviro do kulturne kompetentnosti v zdravstvenem sistemu pomanjkanje multidisciplinarnega in večnivojskega pristopa. Interes za tematiko, za pridobivanje znanja ter za prilagajanje je bil po pridobljenih podatkih med posameznimi poklici in nivoji v zdravstvenem sistemu (primarni, sekundarni, terciarni) zelo raznolik. Po raziskavah sodeč se na področju kulturne kompetentnosti največ aktivnosti odvija v zdravstveni negi in na primarnem nivoju. Koncept kulturne kompetentnosti se je tudi v mednarodnem merilu najhitreje razvil v zdravstveni negi (Murphy 2006, 143), vendar je za učinkovit pristop nujno potreben multidisciplinarni in večnivojski pristop (Mews idr. 2018, 5; Jongen idr. 2018a, 127).

Na kulturno kompetentnost v zdravstvenem sistemu so po mnenju sogovornikov vplivali tudi mnogi zunanji dejavniki. Kot pomemben se je izkazal vpliv politike, kar ni presenetljivo. Zdravje je zaradi neenake dostopnosti politična tema, pa tudi politične intervencije znatno vplivajo na determinante in odnos do zdravja (Bambra idr. 2005, 187).

Še bolj kot vpliv politike na kulturno kompetentnost v zdravstvenem sistemu pa je bil izpostavljen vpliv medijev. Predvsem so prevladovale navedbe njihovega vpliva v smislu povečevanja strahu pred raznolikostjo. Vpliv medijev na oblikovanje načina razmišljanja ter socialne realnosti je nesporen (McQuail 2010, 4). Slovenske raziskave potrjujejo, da je ta vpliv predvsem v odnosu do tujcev (migrantov) v družbi problematičen, saj pogosto poudarja vidik ogroženosti večinske populacije oziroma kriminalizira migrante (Goršič in Železnik, 2016; Smrdelj 2019). Raziskav, ki bi proučevale konkretne vplive medijev na kulturno kompetentnost v slovenskem zdravstvu nismo zasledili. Sklepamo lahko, da imajo splošni družbeni vplivi, kot je to vpliv medijev, pomembno vlogo v zdravstvenem sistemu, saj se vrednote družbe odražajo tudi v vseh njenih sistemih in organizacijah (Hofstede 1985).

Sogovorniki so še menili, da se zdravstveni sistem na področju kulturne kompetentnosti tesno prepleta s šolskim in socialnim sistemom. S šolskim sistemom je bilo prepletanje povezano predvsem v smislu izobraževanja in pridobivanja kulturnih kompetenc, s socialnim sistemom pa v smislu celostne obravnave posameznikov. Izkazalo se je, da je bila tudi policija pomemben partner zdravstvenega sistema pri soočanju z raznolikostjo, saj smo pridobili podatke o konkretnih primerih, ko so priskočili na pomoč s prevajalci ali s spremstvom do ranljivih skupin. V mednarodni literaturi podobno navajajo uspešne primere

sodelovanja policije z zdravstvenimi delavci, pri čemer najpogosteje navajajo pomen sodelovanja v primeru urgentnih zdravstvenih težav in kriz, povezanih z mentalnim zdravjem (Lamb idr. 2002; van den Brink idr. 2012; Sestoft idr. 2014)

Pogled sogovornikov iz naše raziskave na razvoj kulturne kompetentnosti ocenjujemo kot obetaven. Večina podatkov govori o tem, da bi morala biti implementacija koncepta kulturne kompetentnosti nujna, ob tem pa so izrazili mnenje, da bo verjetno zaživela z vzgojo novih generacij. Razvoj v tej smeri je vsekakor neizbežen zaradi vseh sprememb v družbi, ki smo jim priča.

5.4 Prilagojenost storitev in materialov kulturno raznolikim skupinam

Eden izmed pomembnih raziskovalnih vprašanj v naši raziskavi je bilo, v kolikšni meri so storitve in materiali prilagojeni kulturni raznolikosti prebivalstva.

Posebno pozornost smo posvetili vprašanju prilagajanja prehrane. Prehrana je eden izmed ključnih pogojev za preživetje človeka, vendar so se preko milijonov let človeške evolucije razvile zelo raznolike navade in pogledi na prehrano (EAN 2021, 16), zato je prehranjevanje izrazito kulturno pogojeno. Določena živila, ki so v neki kulturni skupini neobhodni del prehrane, so lahko v drugi popolnoma nezaželena (Reddy in Anitha 2015, 613). Poleg tega vplivajo na prehranjevalne navade tudi drugi dejavniki, kot so socialno-ekonomski status, spol, starost, izobrazba, zaposlitev, osebne značilnosti ter okus (EAN 2021, 16). Prehranjevalne navade so zaradi svoje kompleksnosti in globoke kulturne zakoreninjenosti ene izmed najbolj "rezistentnih" navad. Tudi pri priseljencih spremljajo človeka najdlje časa, ne glede na to, da se običajno privadijo na nekaj lokalnih prehranjevalnih navad (Kittler idr. 2017, 6). Bistveno je zavedanje, da lahko enake prehranjevalne rezultate dosežemo s kombinacijo mnogih različnih živil (Reddy in Anitha 2015, 613). Hospitalizacije so že same po sebi zelo stresne za paciente, zato je pomembno, da pacienti niso izpostavljeni dodatnemu stresu zaradi prehrane, ki jim ni znana ali ki ni pripravljena okusno ali ni v skladu z njihovimi navadami, prepričanji in verovanji. Upoštevanje njihovih omejitev in kulturnega ozadja lahko pripomore k večjemu zaupanju do zdravstvenih delavcev in zdravstvenega sistema (Alpers 2017 v Alpers 2019, 1455) ter k večjemu zadovoljstvu z zdravstveno obravnavo. Sovpada tudi s sodobnimi usmeritvami zdravstvene oskrbe, ki naj bi bila osredotočena na

pacienta (Bond 2013, 22). Prehrana v bolnišnicah postaja vse bolj pomembna tudi zaradi naraščajočega števila raziskav, ki potrjujejo vpliv prehrane na preprečevanje in zdravljenje bolezni, na dolžino hospitalizacij, na zdravstvene izide in na stroške hospitalizacije (Shelley idr. 2020, 9). V naši raziskavi smo ugotovili, da se v bolnišnicah trudijo priti naproti pacientom glede individualnih želj in potreb, vendar le do določene meje. Te meje so bile med bolnišnicami različne, kar je bilo očitno na primeru prilagajanja veganske prehrane. Ta je bila v nekaterih bolnišnicah že del standardne diete, v drugih pa še povsem nesprejemljiv način prehranjevanja. Prav tako se je izkazalo, da se v večini bolnišnic, od koder so prihajali sogovorniki, do določene meje spoštujejo in upoštevajo versko pogojene zahteve po prehrani, vendar so se tudi tu meje zelo razlikovale. Nekatere bolnišnice zagotavljajo halal certificirano hrano, ki je že del razpisnih nakupov, v drugih pa so tovrstne zahteve že preko meje, kateri so pripravljeni ustreči. Ob tem je bilo zanimivo, da so mnogi sogovorniki (vodilni na področju prehrane) izrazili slabo poznavanje različnih kulturno pogojenih metod priprav prehrane, kot sta na primer halal in kosher. Izpostavili so, da možnost izobraževanja o kulturnem ozadju prehranjevanja v slovenskem prostoru praktično ne obstaja – vsa izobraževanja se nanašajo na biomedicinske vidike prehranjevanja. Podobne težave opažajo tudi v drugih državah, čeprav je na voljo nekaj več tovrstnih izobraževanj. Raziskava na Norveškem, ki je sicer potekala med medicinskimi sestrami, je pokazala, da večina teh ni razumela kulturnih aspektov prehranjevanja pri muslimanih ter da je bilo njihovo razumevanje zelo poenostavljeno (prepoved svinjine in alkohola). Poleg tega so videle celotno skupino Muslimanov kot homogeno skupino (Alpers 2019), kar je problematično, saj obstaja znotraj posamičnih kulturnih skupin veliko individualnih razlik ali kot pravi Purnell – razlike obstajajo tako med kulturami kot znotraj kultur (Purnell 2005, 12). Strokovnjaki opozarjajo, da bi bilo potrebno v kurikulum programov na področju prehrane in zdravstva uvrstiti vsebine o raznolikosti in kulturni kompetentnosti (Wall-Bassett in Harris 2017). Individualna ocena zahtev po prilagoditvi prehrane zahteva večšine kulturne kompetentnosti. Pomembno je, da bolnišnice po najboljših močeh zagotovijo individualnim potrebam pacienta prilagojeno prehrano, seveda pa ostaja vprašanje, kje so meje v željah in zahtevah pacientov (Alpers 2019). Bolj kot s prilagajanjem prehrane verskim prepričanjem so sogovorniki izrazili težave s sprejemanjem in prilagajanjem prehrane pri tako imenovanih modernih dietah (keto, LCHF, presna). V naši raziskavi smo ugotovili, da načeloma obstaja pripravljenost po še večjem prilagajanju prehrane, vendar se osebje na tem področju sooča

z mnogimi ovirami. Omenili smo že pomanjkanje primernih izobraževanj, izpostavili pa so tudi akutno pomanjkanje kadrov – tako na področju dietetičnega svetovanja kot na področju priprave prehrane - in zapletene postopke pri naročanju in nakupu živil, ki onemogočajo hitro prilagajanje.

Kot primer prilagajanja potrebam raznolikih pacientov so sogovorniki iz bolnišnic izpostavili možnosti duhovne oskrbe za različne veroizpovedi ter uporabo bolnišnične kapelice za druge veroizpovedi in prepričanja. Te podatke smo dodatno preverili z analizo informacij o duhovni oskrbi na spletnih straneh. Ugotovili smo, da skoraj polovica bolnišnic ne nudi nobenih informacij o duhovni oskrbi na svojih spletnih straneh, večina ostalih pa nudi informacije predvsem ali zgolj o duhovni oskrbi pripadnikov katoliške vere. Čeprav nekatere izmed ustanov na spletnih straneh navajajo možnost duhovne oskrbe ne glede na versko ozadje, nobena izmed njih ne nudi povezav ali kontaktnih podatkov do predstavnikov drugih veroizpovedi, razen katoliške. S primerjavo največje avstrijske bolnišnice (AKH), ki se nahaja na Dunaju, smo ugotovili, da ima ta objavljene kontaktne podatke sedmih različnih verskih predstavnikov (AKH 2021). Po drugi strani pa smo ugotovili, da ima tudi ena najznamenitejših evropskih bolnišnic, Charité v Berlinu, objavljene le informacije in kontaktne osebe evangeličanske in katoliške verske skupnosti (Charité 2021), čeprav poudarjajo, da so ti na voljo za pogovor vsem pripadnikom različnih verskih skupnosti. Pri nas ureja področje zagotavljanja verske oskrbe v bolnišnicah Zakon o verski svobodi, ki določa, da imajo osebe v bolnišnicah ali socialnovarstvenih zavodih pravico do redne individualne ali kolektivne verske duhovne oskrbe (Zakon o verski svobodi, čl. 25). Natančneje je to opredeljeno v Pravilniku o organizaciji in izvajanju verske duhovne oskrbe v bolnišnicah in pri drugih izvajalcih zdravstvenih storitev (čl.1–8), vendar ta ne vsebuje določil o informacijah, ki smo jih proučevali. Kulturna kompetentnost zdravstvenega sistema se vsekakor odraža tudi v enaki dostopnosti informacij raznolikim skupinam prebivalstva, saj predstavlja neenak dostop do podatkov, posebno na spletu, zaradi njegove univerzalne uporabe najbolj dramatično obliko neenakosti (Edejer 2000, 797).

Dopolnilne raziskave, v katerih smo proučili tiskane ter e-informacije, so potrdile navedbe o neenaki dostopnosti informacij, saj so bili materiali neprilagojeni raznolikosti prebivalstva. Zdravstvene ustanove so se močno razlikovale v številu tiskanih informacij, ki so bile na voljo uporabnikom na info točkah ter urgencah; tiskanih informacij, namenjenih ranljivim

skupinam ali prilagojenih specifičnim skupinam, skorajda ni bilo zaznati. Zloženske, ki so bile v ustanovah najbolj zastopane, so bile primerne le za zavarovane uporabnike z visoko stopnjo informacijske, funkcionalne in zdravstvene pismenosti. Upoštevanje zdravstvene pismenosti, ki je tesno povezano s kulturno kompetentnostjo, je v Sloveniji še v povojih in zelo redko prisotno v materialih in dokumentih (van der Heide idr. 2019, 406). Dobra novica pa je, da poteka v Sloveniji od leta 2019 projekt Dvig zdravstvene pismenosti (ZaPiS), ravno na podlagi spoznanja, da imajo vsi ljudje pravico do razumljivih zdravstvenih informacij in storitev (NIJZ 2021, 27. februar).

Rezultati naše raziskave kažejo, da so bile tudi informacije na spletu slabo dostopne, ne le tistim, ki slovenskega jezika ne obvladajo, temveč tudi tistim, ki imajo vizualne, slušne, kognitivne ali fizične omejitve. Tu ne gre za neko marginalno, ozko populacijo, saj se s temi omejitvami pogosto spopadajo tudi ostareli. Ostareli predstavljajo zelo številčno skupino, ki pa je pri dostopu pogosto zapostavljena in nerazumljena (Ilaš 2016, 217). Slovenija je aprila leta 2018 sprejela Zakon o dostopnosti spletišč in mobilnih aplikacij (ZDSMA), ki določa ukrepe za zagotovitev dostopnosti spletišč in mobilnih aplikacij zavezancev za vse uporabnike, zlasti za uporabnike z različnimi oblikami oviranosti. Podlaga zakona je evropska Direktiva o dostopnosti spletišč in mobilnih aplikacij organov javnega sektorja, ki je bila sprejeta z namenom, da bi predvsem invalidnim in starejšim uporabnikom olajšala dostop do spletnih strani in aplikacij upravnih organov, bolnišnic, sodišč in ostalih v javnem sektorju (Evropski parlament 2016).

Ob bok tem izsledkom je potrebno postaviti še izsledke analize dokumentacije, kjer smo preverjali prilagoditev materialov tudi za neslovensko govoreče. Izkazalo se je, da je na info točkah zdravstvenih ustanov ter na tako pomembnih mestih, kot je vstop na urgenco, izjemno malo zloženk v drugih jezikih, celo na nekaterih dvojezičnih področjih, kjer bi morala biti uporaba v obeh uradnih jezikih obvezna oziroma na drugih točkah blizu državnih mej. Podobne izsledke je prinesla analiza spletnih strani, saj so bile na primarnem nivoju spletne strani le enega zdravstvenega doma na voljo v tujem (angleškem) jeziku, pa tudi več kot polovica bolnišnic ima spletne strani na voljo le v slovenskem jeziku. To je precej nenavadno ob upoštevanju, da kulturno ozadje prebivalcev v Sloveniji ni homogeno, da uradni delež tujcev (nedržavljanov Slovenije) ni nezamisljiv (okoli 8 %) (Statistični urad Republike Slovenije 2021), da več kot 12 % ljudi v Sloveniji ne govori slovenskega jezika kot

materinega (Vertot 2009, 57–60) ter ne nazadnje, da prihaja v Slovenijo vsako leto več milijonov tujih turistov – v letu 2017 smo namreč našli 3 milijone tujih turistov (Statistični urad Republike Slovenije 2017). Tudi globalno gledano se v mnogih deželah povečuje delež prebivalstva, ki ne govori jezika države gostiteljice. Jezikovne ovire imajo močan vpliv na zdravstvene izide in vodijo v neenakost (Akhavan 2012), povečajo tveganja za paciente (Divi idr. 2007), povečajo stroške zaradi nepravilnega zdravljenja, posledično bolj številnih obiskov ter neučinkovite uporabe resursov (Jacobs idr. 2011).

Ne glede na to, ali so informacije na voljo na spletu ali v tiskani obliki, je pomembno, da so te informacije aktualne in kakovostne, napisane v preprostem jeziku (Sium idr. 2017, 485) in na voljo v več jezikih (McInnes in Haglund, 2011). Pričakovali bi, da so pri nas vsaj v urgentnih službah ali na drugih pomembnih kritičnih točkah, pa tudi na spletnih straneh bolnišnic in zdravstvenih domov, na voljo osnovni podatki v angleškem jeziku kot *lingua franca*, vendar temu ni bilo tako. Res pa je, da strokovnjaki opozarjajo, da uporaba angleščine ne zagotavlja dostopa do kakovostnih javnih storitev tujejezičnim ter da je ob njej potrebna tudi podpora tolmačev, posebno v situacijah z visokimi tveganji (Južnič Mikolič in Pokorn 2021).

Izsledki raziskave so pokazali, da so se zdravstveni delavci posluževali številnih strategij za premagovanje jezikovnih ovir in prilagajanje v sporazumevanju. Med njimi je bilo pogosto omenjeno tolmačenje s strani otrok in drugih sorodnikov uporabnikov. Podatki so pričali o tem, da je bilo to za nekatere sogovornike povsem sprejemljivo. Do podobnih ugotovitev glede reševanja jezikovnih ovir so prišli tudi avtorji publikacije *Večjezično zdravje: Komunikacijske strategije in večkulturni stiki s tujejezičnimi bolniki v slovenskem zdravstvenem sistemu*. Opozorili so, da slovenski zdravstveni delavci tolmačenje s strani otrok, svojcev in nemedicinskih strokovnjakov ocenjujejo kot uspešno, kljub strokovnim mnenjem, da se to zaradi številnih težav lahko uporabi le v skrajni sili (Pokorn 2019, 41). Pri tolmačenju s strani svojcev je lahko vprašljiva zasebnost pacienta ter pristranskost prevajanja. Posebno problematično je prevajanje s pomočjo otrok (Goriup 2016, 7–8), saj ima lahko to negativne posledice za otroke in celotno razmerje moči v družini (Banas idr. 2017), pa tudi otroci ne zmorejo razumeti zadev odraslih, zato je ta praksa v mnogih državah prepovedana (Juckett in Unger 2014).

V naši raziskavi smo pridobili podatke tudi o tem, da so se v zdravstvenem sistemu ob jezikovnih ovirah pogosto posluževali tolmačenja s strani zaposlenih ter pisnih pripomočkov (slovarji, priročniki, lastno prevedeni obrazci). Ponekod so omenjali tudi »prevajalske službe«, zelo redko pa uporabo za zdravstvo usposobljenih tolmačev in medkulturnih mediatorjev. Medkulturno mediatorstvo je z dokazi podprta praksa, ki služi zmanjševanju neenakosti in zagotavljanju kakovostne obravnave v zdravstvu. Medkulturni mediatorji poleg jezika tolmačijo tudi kulturne pomene (Dravec idr. 2017, 31). Njihove naloge vključujejo tudi posredovanje pri nesporazumih, podporo zdravstvenim delavcem in uporabnikom pri prevzemanju njihovih vlog ter zagovorništvo (Verrept in Coune 2016). V letu 2020 so v Sloveniji uvedli nacionalno poklicno kvalifikacijo za medkulturne mediatorje. Hkrati je v istem letu prišlo še do nacionalne poklicne kvalifikacije za skupnostne tolmače. Trenutno vlada nekoliko zmede glede vloge enih in drugih. Južnič Mikolič in Pokorn sta raziskali razlike med obema profiloma in ugotovili, da imajo skupnostni tolmači predvsem prevodne in jezikovne kompetence, medkulturni mediatorji pa predvsem kompetence za razreševanje konfliktov in mediacijo (2021).

Podatki naše raziskave kažejo, da je reševanje jezikovnih ovir prepuščeno iznajdljivosti posamične ustanove ter da v slovenskem zdravstvenem sistemu ni sistemskih rešitev za tolmačenje ter medkulturne mediatorje, čeprav smo ob pregledu literature ugotovili, da se medkulturno mediatorstvo v nekaterih okoljih, predvsem na primarni ravni, že vpeljuje (Škraban 2020; Škraban in Lipovec Čebtron 2021).

Ob reševanju jezikovnih težav so sogovorniki izpostavili težave v plačevanju tolmačenja in medkulturnih mediatorjev. Izkazalo se je, da so prakse plačevanja zelo različne – medtem ko v nekaterih ustanovah tolmačenje krijejo iz lastnih virov (pogosto le za nekatere jezike), morajo v drugih te stroške kriti sami uporabniki. Ob tem se Lipovec Čebtronova sprašuje, zakaj so medkulturni mediatorji in tolmači tako težko dostopni v slovenskem zdravstvu. Pravi, da je njihovo vključevanje v sodstvu in policiji že rutina, in se sprašuje, ali se v zdravstvu sploh zavedamo jezikovnih ovir in njihovega vpliva na kakovost zdravstvene oskrbe, ter tudi na naraščanje negativnih, celo rasističnih odzivov na tujejezične paciente (Lipovec Čebtron 2021).

Velik pomen pri prilagajanju storitev in materialov raznolikim skupinam uporabnikov ima aktivno vključevanje teh v zdravstveni sistem, v smislu sooblikovanja zdravstvene politike in njim namenjenih programov. Njihovo sodelovanje je ključno za uspeh programov za zmanjševanje neenakosti (Wiley, 2009; Clifford idr. 2015; Jongen idr. 2017; Jongen idr. 2018a, 101–103). A naši podatki kažejo, da se v slovenskem zdravstvenem sistemu ranljive skupine zelo redko aktivno vključujejo. Izjema so posamični projekti ter redka močnejša, politično aktivna društva bolnikov, katerih predstavniki so ponekod celo vključeni v skupščine oziroma v druge organe zdravstvenih zavodov. V opisu slovenskega zdravstvenega sistema v okviru Evropskega observatorija o zdravstvenih sistemih navaja Albreht s sodelavci, da so organizacije pacientov pogosto povabljeni k oblikovanju zdravstvenih politik, vendar ne obstaja krovna organizacija, ki bi predstavljala interese vseh pacientov. To nadomeščajo zastopniki pacientovih pravic (Albreht idr. 2016, 55). Kljub podatkom v naši raziskavi, da zdravstvene organizacije aktivno sodelujejo z društvi bolnikov, se je ob poglobljeni analizi izkazalo, da gre predvsem za prirejanje predavanj društvom s strani zdravstvenih delavcev ali za omogočanje sestankov društva v prostorih zdravstvene institucije. Tu ne gre za enakopraven partnerski odnos in vpliv na zdravstvene strategije, kar v raziskavi o vpletenosti uporabnikov v slovenski zdravstveni sistem ugotavlja tudi Kavčič s sodelavci. Navaja, da so zdravstvene politike oblikovane predvsem s strani ekspertov in odločevalcev (Kavčič idr. 2015). Ob tem je potrebno opozoriti, da v kulturno kompetentnem sistemu ne gre le za sodelovanje in vključevanje društev bolnikov, temveč tudi za sodelovanje skupin, ki jih povezujejo kulturno-sociološke determinante oziroma za sodelovanje ranljivih skupin. Zavedati se je potrebno, da ni zdravstvenega pristopa, ki bi ustrezal vsem ljudem in vsem skupinam. Cilj kulturno kompetentnega sistema in vključevanja ranljivih skupin je dobro poznavanje in razumevanje struktur, procesov in delovanja posameznika in skupin in temu skladna smiselna prilagoditev zdravstvenega pristopa (Brach in Fraserirector 2000).

5.3 Izobraževanje na področju kulturne kompetentnosti

V okviru naše raziskave smo želeli ugotoviti, v kolikšni meri zdravstvene ustanove podpirajo in omogočajo svojim zaposlenim izobraževanje s področja kulturne kompetentnosti. Potrebo po izobraževanju zdravstvenih delavcev na področju kulturne kompetentnosti izpostavljajo številne raziskave in članki (Gebbie idr. 2003, 7; Shaya in Gbarayor 2006, Hunter in Krantz

2010; Bjegovic-Mikanovic idr. 2014, 13; Young in Guo 2020), tudi na slovenskem področju (Prosen 2015; Goriup 2016, 4; Lipovec Čebren in Huber 2020, 76–83). Železnikova s sodelavci ugotavlja, da spadajo veščine s področja kulturne kompetentnosti (medkulturna komunikacija, zdravstvena oskrba raznolikih ljudi, naslavljanje globalnih zdravstvenih potreb) med ključne veščine zdravstvene nege v prihodnosti (Železnik idr. 2017, 108). Potrebno se je zavedati, da kulturna kompetentnost ni prirojena, temveč je pridobljena lastnost – kontinuirano izobraževanje je zato ključnega pomena (Lin in Hsu 2020).

Tudi v naši raziskavi smo pridobili številne podatke, ki so pričali o potrebah po izobraževanju zdravstvenih delavcev iz teh vsebin, ne le v okviru delovnih organizacij, temveč že mnogo pred zaposlitvijo. Z izobraževanjem in državljansko vzgojo na tem področju bi bilo po mnenju naših sogovornikov potrebno pričeti že v zgodnjih otroških letih. V ZDA so na potrebo po medkulturni vzgoji pri otrocih opozarjali že v sedemdesetih letih prejšnjega stoletja, prve kurikulume v ta namen pa so razvili nekaj let kasneje (Grant in Haynes 1995). Tudi v mednarodni literaturi opozarjajo na nujnost medkulturne vzgoje otrok (Abdullah 2009, Manning idr. 2017). Slovenski podatki kažejo, da vsebine medkulturnosti še niso prisotne v vseh učilnicah ter da mnogi učitelji še sami niso imeli veliko priložnosti za pridobivanje medkulturnih kompetenc, vendar je spodbudno, da so večinoma motivirani ter si pri delu želijo več podpore, ustrezne literature in več gradiv za poučevanje (Majcen in Drljić 2015). Pridobivanje kulturnih kompetenc v zdravstvu pa je nato seveda naloga dodiplomskih pa tudi podiplomskih programov, kar smo identificirali tudi v naši raziskavi. Vendar naši podatki kažejo, da so vsebine načeloma v vseh programih izobraževanja zdravstvenih delavcev malo prisotne, čeprav so prepoznane kot potrebne. Naše izsledke potrjujejo tudi drugi avtorji (Prosen 2015; Halbwachs in Zurc 2016; Lipovec Čebren in Huber 2020, 76). Pomanjkanje zadostnega izobraževanja na tem področju pa je ugotovljeno tudi na evropskem in mednarodnem nivoju. V Združenem kraljestvu ugotavljajo, da imajo medicinske sestre, ki prihajajo iz držav Evropske skupnosti, pogosto težave s kulturnimi kompetencami, saj so mnogi evropski zdravstveni in šolski sistemi ta koncept povsem spregledali (Cowan in Norman 2006). Raziskava programov zdravstvene nege štirih evropskih univerz je na primer pokazala, da so vsebine, ki se nanašajo na to področje, pomanjkljive. Avtorji pozivajo k jasnim smernicam in standardom za integracijo teh vsebin v kurikulume zdravstvene nege (Antón-Solanas idr. 2021). Podobno velja za izobraževanje

v medicini – strokovnjaki iz 11 evropskih držav so leta 2015 izdelali priporočila za umeščanje vsebin s področja kulturnih kompetenc v kurikulume medicinskih fakultet (Sorensen idr. 2017). Nekaj let kasneje so preverjali upoštevanje teh priporočil oziroma njihovo integriranje v kurikulume evropskih študijev medicine in ugotovili, da so zelo pomanjkljivo implementirane (Sorensen idr. 2019).

Raziskave kažejo na težave tudi v kasnejšem, neformalnem izobraževanju zdravstvenih delavcev na področju kulturnih kompetenc. Pregled izobraževalnih programov, namenjenih zdravstvenim delavcem za boljši dostop in kakovost zdravstvene oskrbe migrantov in etničnih manjšin, vključno z romsko manjšino, je pokazal, da so programi slabo zasnovani in pomanjkljivi (Chiarenza idr. 2019). Zaskrbljujoči so tudi naši podatki, da delovne organizacije v zdravstvenem sistemu izjemno redko omogočijo izobraževanja na temo kulturne kompetentnosti. Te teme so pogosto prepoznane kot »mehke« in neprioritetne teme. Nekateri sogovorniki so posredovali podatke, da potrebe ali povpraševanje po teh vsebinah v delovnih okoljih ne obstajajo. Te informacije smo pridobili tudi v zdravstvenih ustanovah, kjer se pogosteje srečujejo s pripadniki ranljivih skupin, kot so na primer pripadniki romskih skupnosti in kjer so navajali konkretne primere medkulturnih nesporazumov. Ob tem smo se vprašali, ali morda tudi tu ne gre za pojav kulturne slepote, ko ne prepoznamo raznolikosti ter z njo povezanih težav, ali pa nezavedne nekompetentnosti – faze razvoja kulturne kompetentnosti, v kateri sploh še ne prepoznamo, da tovrstne kompetence potrebujemo. To fazo omenjajo avtorji različnih modelov kulturne kompetentnosti, kot sta na primer Campinha-Bacote in Purnell, kot začetno fazo razvoja kulturne kompetentnosti (Campinha-Bacote 2003; Purnell 2012). Podobne pojave so opazili tudi v drugih raziskavah. V ameriški raziskavi med zdravstvenimi delavci ene izmed zveznih držav so ugotovili, da so bili ti precej samozavestni v oceni svojih sposobnosti glede medkulturne oskrbe, čeprav več kot polovica izmed njih ni nikoli obiskala izobraževanja na to temo. Za njih je medkulturna oskrba predstavljala predvsem poznavanje prepričanj in navad druge kulture in pomoč tolmačev pri jezikovnih ovirah, medtem ko jim komponente kulturne kompetentnosti, kot so samorefleksija ter prepoznavanje razmerij moči in diskriminatornih praks, niso bili znani (Shepherd idr. 2019). Tudi slovenska raziskava kaže, da zdravstveni delavci samocenujejo svojo kulturno kompetentnost precej visoko, bolj kot v tujih raziskavah (Filej idr. 2016), kljub pomanjkanju izobraževalnih programov na to temo. V raziskavah je pogosto

opisan fenomen, da se zdravstveni delavci po udeležbi na izobraževanjih za pridobivanje kulturnih kompetenc samoocenjujejo nižje kot pred njim (Davis idr. 2006; Gozu idr. 2007, 14), saj pride do premika na prej omenjeni osi od nezavedne nekompetentnosti do zavedne nekompetentnosti. Ob tem ne smemo pozabiti, da je ne glede na pridobljeno znanje proces pridobivanja kulturnih kompetenc vseživljenjski proces (Tehee idr. 2020), kar zahteva kontinuirano zavezanost k izobraževanju in izpopolnjevanju.

Kljub pomanjkanju izobraževanj pa smo v naši raziskavi ugotovili, da se stvari premikajo na bolje, saj smo pridobili podatke o razvoju in zametkih izobraževanj o kulturni kompetentnosti. Predvsem so o tem poročali s primarne ravni zdravstvenega varstva. Gre za tridnevni program usposabljanja kulturne kompetentnosti v okviru projekta MoST – Model skupnostnega pristopa za krepitev zdravja in zmanjševanje neenakosti v zdravju v lokalnih skupnostih, ki je pod okriljem Nacionalnega inštituta za javno zdravje potekalo v 25 zdravstvenih domovih (Lipovec Čebren in Huber 2020, 76). Poleg tega smo pridobili podatke o seriji zaključenih usposabljanj za zdravnike družinske medicine ter o poletnih šolah na medicinskih fakultetah. Prav tako se na nekaterih fakultetah zdravstvenih smeri uvajajo novi izbirni predmeti in specializirani programi, ki vsebujejo komponente kulturnih kompetenc.

Ob pojavu izobraževanj na področju kulturne kompetentnosti pa je potrebna previdnost, saj strokovnjaki opozarjajo, da posamične delavnice dobronamernih organizacij ne prinašajo nobenih prednosti, če je odsoten celovit pristop h konceptu kulturne kompetentnosti (Shepherd 2019). Poleg tega izkušnje iz držav, ki ta koncept že dolgo poznajo, kažejo, da obstaja nevarnost izobraževanja »receptur«. Če se osredotočimo na pridobivanje znanja o »drugih« kulturah in pojem kulture obravnavamo kot statičen, tvegamo, da bomo posameznike, katerih videz, jezik, narodnost, veroizpoved ali spolna usmerjenost se razlikujejo od večine, objektivizirali s preveč poenostavljenimi kategoričnimi opisi značaja in vedenja (Kumagai in Lypson 2009, 783). O teh nevarnostih smo pridobili podatke tudi v naši raziskavi, saj so sogovorniki izpostavili težave v zvezi s poenostavljanjem koncepta in jačanjem kulturalizma.

5.4 Potrebni ukrepi na področju razvoja kulturne kompetentnosti

Z našo raziskavo smo želeli ugotoviti tudi, kateri ukrepi so po mnenju vodilnih kadrov in ekspertov v zdravstvu najpomembnejši za razvoj kulturne kompetentnosti v slovenskem zdravstvenem sistemu.

Identificirani ukrepi so se nanašali predvsem na izboljšanje fleksibilnosti zdravstvenih organizacij, kadrovske okrepitve, izboljšanje komunikacije in informiranosti, na koordinacijo, vključevanje in zagovorništvo, na ozaveščanje in izobraževanje ter na premagovanje jezikovnih ovir. Sogovorniki so poudarili tudi pomembnost vključevanja kulturne kompetentnosti v strateške usmeritve zdravstvenih organizacij ter intenzivnejšega raziskovanja in pridobivanja podatkov.

Izboljšanje fleksibilnosti zdravstvenih organizacij se je nanašalo na hitrejšo in učinkovitejšo odzivnost na potrebe posameznikov in skupin, pa tudi na potrebe sistema. Za uspešnost delovanja v negotovem in spreminjajočem okolju, značilnim za zdravstvo, je fleksibilnost prav gotovo ključna zahteva (Powers in Jack 2008; Kumar idr. 2018). Prilagajanje spremembam v okolju je proaktiven in dinamičen proces, pri katerem sta bistvena dejavnika obstoj in upoštevanje povratnih informacij (Ovsenik in Ambrož 2010). Železnikova je že pred vstopom Slovenije v EU opozorila, da so »prav spremembe, pogojene z globalizacijo, s tranzicijo in spremembami na področju vseh znanosti, še posebej pa na področju medicine in zdravstvene nege« tiste, ki »nas opozarjajo, da bo potrebno iskati nove rešitve strokovnih problemov, spremeniti odnos do obstoječih vrednot, oblikovati nove vrednote in odnose ter poiskati ustrezne načine dela z ljudmi« (Železnik 2003, 181). Fleksibilen zdravstveni sistem ima mnogo prednosti, predvsem v smislu učinkovitosti in kakovosti zdravstvene oskrbe (Wadhwa idr. 2007). Težava pa je v tem, da je fleksibilnost težko doseči – potreben je proaktivni pristop in sposobnost prilagoditve internih procesov na spreminjajoče okolje. Intervencije za izboljšanje fleksibilnosti v zdravstvenem sistemu in zdravstvenih organizacijah zahtevajo tesno in konstruktivno sodelovanje vseh organizacijskih nivojev (Van Gool idr. 2017). To velja tudi za fleksibilnost v smislu kulturne kompetentnosti – koncept potrebuje več kot le kulturno kompetentno zdravstveno osebje – zajemati mora vso organizacijo, ki mora biti zavezana k učinkovitemu managementu raznolikosti (Rechel idr. 2013, 1241).

Po pridobljenih podatkih so za razvoj kulturne kompetentnosti v zdravstvu potrebne tudi kadrovske okrepitve. O tem smo razpravljali že v poglavju o pogledu sogovornikov na stanje kulturne kompetentnosti, kjer so kot pomembne ovire navedli pomanjkanje kadrov. Kadrovski normativi v zdravstvenem sistemu so v Sloveniji že vrsto let problematična tema (Albreht 2016, 100), ki jo je dodatno potencirala še epidemija z novim koronavirusom (Komadina 2021). Tudi zagovorniki pacientovih pravic opozarjajo na kadrovske težave, posebno na področju zdravstvene oskrbe na primarni ravni. Gre predvsem za premajhno število zdravnikov družinske medicine pa tudi osebnih ginekologov (Vlada Republike Slovenije, 2020). Dejstvo je, da je število zaposlenih v Sloveniji v zdravstvu in sociali manjše kot v večini držav OECD. V Sloveniji so v letu 2017 te zaposlitve predstavljale 6,5 % vseh zaposlitev, medtem ko je bil povprečni odstotek v državah OECD 10,1 % (OECD 2019, 171). Pri tem pa število zdravnikov ne odstopa veliko od povprečja OECD (3,1 vs 3,5 na 1000 prebivalcev), število medicinskih sester pa je celo višje (9,9 vs 8,8 na 1000 prebivalcev) (OECD 2019, 179). Vendar se v število medicinskih sester štejejo tako zdravstveni tehniki kot diplomirane medicinske sestre, čemur stroka ostro nasprotuje (Albreht 2016, 101). Če upoštevamo le število diplomiranih medicinskih sester, ima Slovenija zgolj 3,2 diplomiranih medicinskih sester na 1000 prebivalcev, kar jo uvršča na rep evropskih držav (Požun 2019). Število zaposlenih v dolgotrajni oskrbi pa je več kot pol manjše od povprečja OECD28 (2,3 vs 4,9 na 100 oskrbovancev) (OECD 2019, 235). Kadrovsko pomanjkanje bo po mnogih napovedih še bolj pereče v prihodnosti, kar bo med ostalimi ukrepi zahtevalo tudi uvoz tuje delovne sile (Požun 2019). Naše mnenje je, da ne glede na kadrovske težave oziroma prav zaradi njih je koncept kulturne kompetentnosti toliko bolj pomemben. Integracija tuje delovne sile v naše okolje zahteva kulturno kompetentne zdravstvene delavce in zdravstveni sistem, kar je že dolgo znano v drugih okoljih (Shaw-Taylor in Benesch 1998; Harvey idr. 2004; Brush idr. 2004; Cowan in Norman 2006). Obstoječe zdravstveno osebje pa s pridobitvijo kulturnih kompetenc ne bo bolj obremenjeno. Prav nasprotno, na ta način lahko kadre tudi zadržimo (Delphin-Rittmon idr. 2013) ter povečamo kakovost in učinkovitost oskrbe ob zmanjšanju stroškov (Swedish 2010). Pomembno je tudi, da se zavedamo virov za razvoj kulturne kompetentnosti, ki jih v Sloveniji imamo, v mnogih državah pa jih ne poznajo. To so na primer centri za krepitev zdravja, kjer so zaposlene diplomirane medicinske sestre, fizioterapevti, psihologi, dietetiki in kineziologi in v katerih izvajajo raznolike aktivnosti za krepitev zdravja v lokalnem

okolju. Ena izmed nalog teh centrov je tudi zmanjševanje neenakosti v dostopu do zdravstvenega sistema (Dravec idr. 2017, 12–15).

Naslednji ukrep, ki smo ga identificirali v naši raziskavi, se je navezoval na izboljšanje komunikacije v zdravstvenem sistemu in na izboljšanje informiranosti uporabnikov, predvsem v zvezi z dostopom do zdravstvenega sistema. Jasna in učinkovita komunikacija med zdravstvenimi delavci in uporabniki je ključna za dostopno, kakovostno in varno zdravstveno oskrbo (Jongen idr. 2018a, 87). Posebno medkulturna komunikacija spada med veščine, ki jih bodo medicinske sestre v prihodnosti najbolj potrebovale (Železnik idr. 2017, 108). Zagovorniki pacientovih pravic v Sloveniji opozarjajo, da je potrebno izboljšati:

»komunikacijo na vseh ravneh. Celostna obravnava pacientov in medsebojno komuniciranje med zdravstvenimi delavci in pacienti pri timskem delu zmanjšujeta verjetnost za pre pogoste komunikacijske šume in neustrezen odnos do pacientov. Vzrok pritožbe je velikokrat v nejasnem komuniciranju med pacientom in zdravstvenim delavcem. Zdravstveni delavci bi se morali zavedati, da imajo pacienti različne sposobnosti sprejemanja informacij, še posebej če so vezane na njihovo zdravstveno stanje.« (Vlada Republike Slovenije, 2020)

Kulturna kompetentnost je tesno povezana s komunikacijskimi veščinami in te imajo pomembno vlogo pri njenem razvoju (Wang 2011). Ključne naloge komunikacije za namen kulturne kompetentnosti so razumevanje ozadja pacienta, podajanje informacij, vključevanje pacienta v odločitve o zdravstveni oskrbi, razumevanje pacientovih prepričanj in vrednot, pridobivanje zaupanja pacienta in ustrezna podpora pacienta (Brown idr. 2016, 1906). Komunikacija vpliva na boljšo kulturno kompetentnost in obratno. Raziskave kažejo, da v kulturno kompetentnih zdravstvenih ustanovah pacienti bolje ocenjujejo komunikacijske veščine zdravnikov in medicinskih sester (Weech-Maldonado idr. 2012). Strategije v smeri izboljšanja komunikacijskih veščin so torej zelo pomembne za razvoj kulturne kompetentnosti (Jongen idr. 2018a; 102). Podobno lahko trdimo za strategije v smeri izboljšanja informiranosti uporabnikov zdravstvenega sistema. V Državnem poročilu o stanju varstva pacientovih pravic za leto 2019 zagovorniki pacientovih pravic poročajo o pogostih pritožbah glede pravic pacientov o obveščanju in sodelovanju in poudarjajo nujnost ukrepanja v smislu boljšega informiranja (Vlada Republike Slovenije 2020). Pravica dostopa do javnih informacij, vključno z informacijami o zdravstvenem sistemu in pravicah v njem, spada med osnovne človekove pravice. Že Univerzalna deklaracija človekovih pravic iz leta

1948 jo definira kot »svobodno iskati, sprejemati in širiti informacije in ideje na kakršenkoli način in ne glede na meje.« (Splošna deklaracija človekovih pravic 1948). Pomembno je, da so vse informacije, povezane z zdravjem in zdravstveno oskrbo, dostopne vsem enako. Pri tem ne gre le za bolj učinkovito podajanje informacij neslovensko govorečim, temveč tudi za uporabo slovenskega jezika, ki upošteva koncepte zdravstvene pismenosti (Davidson idr. 2013). Pomembno je tudi podajanje informacij na način, ki zmanjšuje digitalno ločnico. Digitalna ločnica je izraz za neenakost v uporabi in dostopu do interneta, in v naši raziskavi smo ugotovili, da pri spletnih straneh slovenskega zdravstvenega sistema niso upoštevani vsi kriteriji dostopnosti. Dostop do interneta vpliva na distribucijo moči in virov v družbi (Sparks 2013, 43), zato ga je nujno potrebno upoštevati tudi pri raziskovanju neenakosti, kot so na primer Neenakost zaradi spola, ekonomskega razreda ter etničnosti (Robinson idr. 2015, 578). Novejše mednarodne raziskave sicer kažejo, da se razlike zaradi etničnosti v dostopnosti do informacij manjšajo, poglobljajo pa se razlike povezane s starostjo in socialno ekonomskim statusom (Kontos idr. 2014; Hong in Cho 2016).

Nadalje so sogovorniki identificirali ukrepe, kot so koordinacija, vključevanje in zagovorništvo. Koordinacija bi bila potrebna za usklajevanje številnih projektov in naporov, ki potekajo v Sloveniji v smeri razvoja kulturne kompetentnosti in podobnih konceptov ter diseminacijo in implementacijo njihovih rezultatov v zdravstveni sistem. Pridobili smo podatke, da projekti za zmanjševanje neenakosti potekajo tako pod okriljem Ministrstva za zdravje in Nacionalnim inštitutom za javno zdravje kot pod okriljem fakultet različnih zdravstvenih smeri ter posamičnih zdravstvenih institucij, tako na primarnem nivoju (pogosteje) kot na sekundarnem (redkeje). Projekti potekajo tudi na področju sorodnih konceptov. S konceptom kulturne kompetentnosti se namreč stikajo mnogi koncepti, kot je zdravstvena pismenost (Singleton in Krause 2009; Désirée idr. 2012) in na pacienta osredotočena oskrba (Campinha-Bacote 2011; Epner in Baile 2012), kar smo ugotovili tudi v okviru naše raziskave. Sistematični pregled strategij za razvoj kulturne kompetentnosti v zdravstvu je pokazal, da spada koordinacija med pomembne principe uspešne implementacije tega koncepta (McCalman idr. 2017, 12). V naši raziskavi se je izkazalo, da v slovenskem prostoru pogrešamo tovrstno telo, ki bi vse te aktivnosti in znanja spremljalo, povezovalo ter skrbelo za diseminacijo in implementacijo rešitev v prakso. Strokovnjaki opozarjajo na neučinkovitost strategij kulturne kompetentnosti z uporabo ločenega pristopa,

ki so usmerjene le na en vidik v zdravstvenem sistemu brez jasnega upoštevanja učinkov na druge ravni ali povezovanja med njimi (Jongen idr. 2018a, 127).

Koordinacijsko telo bi lahko delovalo tudi v smislu zagovorništva enakosti v zdravstvenem sistemu oziroma povezovanja z drugimi institucijami na tem področju, kot so zagovorniki pacientovih pravic, varuh človekovih pravic ter zagovornik načela enakosti. Hkrati bi lahko koordiniralo in promoviralo vključevanje ranljivih skupin v razvoj rešitev. Vključevanje ne le ranljivih skupin, temveč nasploh uporabnikov v zdravstveno politiko je v Sloveniji relativno redko. Raziskava, ki je primerjala vključevanje uporabnikov v Angliji, Sloveniji in na Poljskem je pokazala, da je zdravstveni sistem v Angliji proaktiven pri vključevanju mnenj uporabnikov v zdravstveno politiko, medtem ko imajo v Sloveniji uporabniki že tradicionalno bolj pasivno vlogo, koncepti resničnega vključevanja pa so še v povojih (Lichon idr. 2015, 625–636). Tudi druge evropske raziskave kažejo, da želimo biti Evropejci bolj vključeni v zdravstveno politiko in da je potrebno poskrbeti za premostitev prepada med pričakovanji uporabnikov in njihovimi dejanskimi izkušnjami v zdravstvu (Coulter in Jenkinson 2005). Vključevanje ranljivih skupin, vključno skupin s kulturnim in jezikovno raznolikim ozadjem, pa je v smislu razvoja kulturne kompetentnosti strategija ključnega pomena (McCalman idr. 2017).

Med predlaganimi ukrepi smo nadalje identificirali ukrepe za premagovanje jezikovnih ovir. Za premoščanje teh ovir mora skrbeti predvsem zdravstveni sistem (Škraban 2020, 10). Dejstvo je, da trenutne strategije, ki se večinoma uporabljajo, ne zagotavljajo varnosti in kakovosti zdravstvene obravnave. K premagovanju jezikovnih ovir je potrebno pristopiti profesionalno in sistematično. Uporaba profesionalnih tolmačev in medkulturnih mediatorjev za izboljšanje učinkovitosti zdravstvene oskrbe temelji na trdnih dokazih (Flores 2005). Ob tem je z organizacijskega stališča pomembno razviti jasne smernice za njihovo uporabo v zdravstvu (Lundin idr. 2018). Hkrati pa ne smemo spregledati tudi strategij za premoščanje jezikovnih ovir, ki jih imajo slovensko govoreči ljudje zaradi ravni zdravstvene pismenosti kot tudi ljudje s slušnimi in govornimi ovirami, saj smo pridobili podatke tudi o ovirah teh skupin ljudi v dostopu do informacij in zdravstvenega sistema.

V naši raziskavi smo ugotovili, da lahko standardi kakovosti pripomorejo k razvoju kulturne kompetentnosti, zato je pomembna njihova implementacija v prakso. Zahteva po kulturni

kompetentnosti je del mnogih akreditacijskih standardov za zdravstvene organizacije, z namenom spodbujanja kakovostne, učinkovite, skladne in najsodobnejše zdravstvene oskrbe (Ferlie in Shortell 2001). Že prej smo omenili mednarodni akreditacijski standard za zdravstvene organizacije AACI (American Accreditation Commission International), ki v standardu 10 pravi, da mora zdravstvena organizacija zagotavljati medkulturno izobraževanje in zadovoljevanje potreb pacienta, ki izhajajo iz kulturnih specifičnosti. (American Accreditation Commission International 2013). Ta standard je po informacijah Ministrstva za zdravje že leta 2016 pridobilo 21 slovenskih zdravstvenih ustanov (Ministrstvo za zdravje 2018 v Halbwachs 2019, 70), pri čemer se v luči naših rezultatov sprašujemo o načinu preverjanja izpolnjevanja tega standarda. Vsekakor je boljši pokazatelj kulturne kompetentnosti zdravstvene organizacije Standard za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi ranljivih skupin, ki sta ga leta 2016 v slovenski jezik prevedli Lipovec Čebrova ter Farkaš Lainščakova. Ta standard postavlja 5 zahtev, ki jih morajo izpolnjevati zdravstvene ustanove: enakost v politikah, enak dostop in uporabo zdravstvenih storitev, enako kakovost zdravstvene oskrbe, enakost pri sodelovanju in spodbujanje enakosti. Standard je opremljen tudi z orodjem za samoocenjevanje (Chiarenza idr. 2014). Podatkov o doseganju tega standarda med slovenskimi zdravstvenimi zavodi ter o rezultatih samoocenjevanja nismo uspeli najti.

Eden izmed nadaljnjih smiselnih ukrepov je povečano ozaveščanje in izobraževanje na področju kulturne kompetentnosti. Vpliv izobraževanja na področju kulturne kompetentnosti na izboljšanje znanja, odnosa, samozavesti in veščin med zdravstvenimi delavci je namreč podkrepjen s trdnimi dokazi (Jongen idr. 2018a, 118; Lin in Hsu 2020). Pridobivanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev ima učinek tudi na zadovoljstvo pacientov (Thom idr. 2006), njihovo zaupanje v zdravstvo ter upoštevanje zdravstvenih napotkov (Flynn idr. 2020), predvsem na področju premagovanja jezikovnih ovir pa tudi na zdravstvene izide (Diamond idr. 2019). Aktivnosti izobraževanja in osveščanja bi morale biti okrepljene na vseh sistemskih in organizacijskih nivojih kot tudi v prepletajočih sistemih (šolstvo, socialno skrbstvo). V zdravstvenem sistemu morajo biti poleg zdravstvenih delavcev vključeni tudi vodilni kadri in odločevalci, saj le tako lahko dosežemo trajnostne rezultate (Grant 2010; Weech-Maldonado idr. 2018). Ne glede na to, da spada ozaveščanje in izobraževanje med ključne strategije v razvoju kulturne kompetentnosti, pa je pomembno

tudi ocenjevanje njegovih učinkov in vplivov na dejanske zdravstvene izide, saj tovrstnih raziskav primanjkuje (Jongen idr. 2018b).

Kot pomemben ukrep smo identificirali tudi strateške usmeritve v zdravstvenem sistemu. Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja«, sprejeta v letu 2016, govori o strateških usmeritvah za zmanjšanje neenakosti, in priznava, da ta narašča zaradi:

»drugačne etnične pripadnosti, slabega socialno-ekonomskega položaja (revni, brezposelni, osebe v negotovih zaposlitvah, starejši z nizkimi prihodki) ali različnih oblik oviranosti ali odvisnosti. Poleg ovir pri dostopu, s katerimi se sooča večina prebivalstva (na primer čakalne dobe), imajo ranljive skupine težave tudi zaradi geografske oddaljenosti, neprilagojenosti zdravstvenih ustanov za osebe z različnimi oviranostmi, doplačil za zdravstvene storitve in zdravila, stigmatiziranosti, jezikovnih in kulturnih razlik ter neprilagojenosti programov njihovim potrebam. Za te skupine je nujna senzibilizacija sistema zdravstvenega varstva za njihove specifične potrebe in prilagoditev tako zdravstvene obravnave kot zdravstvenih programov.«

Tudi Albreht v poročilu o slovenskem zdravstvenem sistemu pod okriljem Evropskega observatorija za spremljanje zdravstvenih sistemov piše, da je zmanjševanje neenakosti v zdravju ključni cilj prihodnosti (Albreht idr. 2016, 163). Prav kulturna kompetentnost pa je osrednji koncept za zmanjševanje neenakosti (Betancourt idr. 2005, 503). A v naši raziskavi smo pridobili podatke, da v strateških in drugih ključnih dokumentih zdravstvenih organizacij ni opredeljenih konkretnih strategij za razvoj kulturne kompetentnosti, kot je uravnavanje raznolikosti, nediskriminatorne prakse in vrednote za zagotavljanje enakosti. Kulturna kompetentnost v organizacijah pa ne more zaživeti brez podlag v strateških dokumentih organizacij. Vrednote, povezane z raznolikostjo prebivalstva, morajo biti jasno zapisane, vodstva pa morajo raznolikost podpirati in zagotavljati, da se te vrednote odražajo tudi v praksi (Grant 2010).

Nenazadnje pa smo pridobili tudi podatke o nujnosti raziskovanja in pridobivanja podatkov, pomembnih za področje kulturne kompetentnosti. V Sloveniji moramo pridobiti več podatkov o soočanju z raznolikostjo, o vplivu raznolikosti na zdravje in zdravstveno oskrbo ter o ranljivih skupinah. Hkrati je pomembno poglobljeno razumevanje odnosa

zdravstvenega sistema do raznolikosti prebivalstva, vključno z razumevanjem dejavnikov, ki s strani sistema poglobljajo neenakosti. Raziskovalci poudarjajo, da so bile v preteklosti raziskave na področju neenakosti v zdravstvu osredotočene predvsem na ranljive skupine, vendar se je potrebno osredotočiti tudi na raziskovanje doprinosa sistema ter na strukturne dejavnike, ki doprinašajo k neenakosti (Burgess 2011; Kapilashrami idr. 2015). Razumeti moramo pogled skozi lastna »kulturna očala«, ki jih imamo v zdravstvenem sistemu, saj ima tudi zdravstvo svojo specifično kulturo (Taylor 2003; Jelenc idr. 2016, 36–37).

5.5 Kritičen pogled na oceno stanja kulturne kompetentnosti slovenskega zdravstvenega sistema

V naši raziskavi smo za oceno stanja kulturne kompetentnosti uporabili teoretični model, ki ga predstavlja kontinuum odzivov na kulturno kompetentnost. Model, ki izhaja iz leta 1989, predstavlja enega najbolj citiranih modelov za oceno odzivov sistema ali organizacije na kulturno raznolikost (Engebretson idr. 2008, 175). Model se še vedno uporablja kot standard pri raznih ocenah kulturne kompetentnosti (Garg idr. 2017, 191; Diaz-Kruz in Hagan 2020; Cormier 2021), služi pa tudi kot izpeljanka mnogim drugim modelom (Bustamante idr. 2009, 799).

Mnogi avtorji so zelo kritični do modela po Crossu in sodelavcih, kot tudi do drugih podobnih modelov. Lipovec Čebren s sodelavci meni, da so ti modeli problematični ter da »spominjajo na presežene kulturno-evolucionistične unilinealne modele«. Očitki so povezani predvsem s togostjo modelov, ki predvidevajo iste stopnje in enak cilj razvoja za vse kulturne skupine (Lipovec Čebren idr. 2019). Zavedamo se, da ima ta model pomanjkljivosti, vendar smo ga ocenili kot primerne za oceno stanja kulturne kompetentnosti našega zdravstvenega sistema. Model ne razumemo kot statični in faze ne kot strogo omejene. Kontinuum odzivov razumemo kot prepletanje različnih odzivov, pri katerih pa lahko prepoznamo določene vzorce, po katerih je možno oceniti nahajanje sistema na kontinuumu. Proučevali smo odziv zdravstvenega sistema kot celote, proučevanje odzivov sistema ali delov sistema na posamične kulturno in jezikovno raznolike skupine ali na ostale ranljive skupine pa bi morda prikazalo drugačno sliko.

5.6 Zanesljivost rezultatov

Zanesljivost rezultatov smo zagotovili z upoštevanjem priporočil, ki veljajo za kvalitativne raziskave. Pri tem smo se oprli na kopico znanstvenih člankov na področju kvalitativne metodologije ter standarde za poročanje tovrstnih raziskav (Giacomini idr. 2000; O'Brien idr. 2014).

Eden izmed načinov za povečanje zanesljivosti je bila triangulacija. Uporabili smo več podatkovnih in metodoloških triangulacij.

Podatkovno triangulacijo smo zagotovili preko izvedbe polstrukturiranih intervjujev z različnimi skupinami sogovornikov (vodilni zdravstveni delavci različnih poklicev, iz različnih zdravstvenih ustanov in geografskih regij), med katerimi so bili tudi eksperti na področju kulturne kompetentnosti.

Tudi pri analizi dokumentacije smo se poslužili podatkovne triangulacije, saj smo analizirali dve različni vrsti dokumentacije - zloženke, najdene na info točkah v zdravstvenih domovih ter urgentnih službah, in spletne strani izbranih zdravstvenih institucij. S kombinacijo intervjujev z analizo dokumentacije pa smo poleg podatkovne zagotovili tudi metodološko triangulacijo. Ta kombinacija je posebno priporočljivo, kadar želimo podkrepiti in validirati izsledke intervjujev (Shenton 2004, 66; Holloway in Galvin 2016, 122). Tovrstna triangulacija je preizkušena v raziskavah te in sorodne tematike, kot na primer v raziskavi avtorice Brassolotto s sodelavci, ki se je nanašala na obravnavo socialnih komponent zdravja (2013).

Poskrbeli smo tudi za saturacijo podatkov. Število intervjujev oziroma sogovornikov smo sicer določili že vnaprej (50), čeprav je težko predvideti število intervjujev, ki zadoščajo saturaciji podatkov. Nekatere raziskave kažejo, da je povprečno število intervjujev za saturacijo podatkov med 6 in 12 (Guest idr. 2006), vendar se nam je zdelo pomembno, da smo za zanesljivost podatkov intervjuvali večje število sogovornikov. Ob tem smo morali upoštevati tudi, da smo intervjuvali različne skupine ter da je bil del vprašanj prilagojen posamični skupini. Tudi pri teh vprašanjih smo morali zagotoviti saturacijo. S sprotno analizo podatkov smo ugotovili, da ob kodiranju zadnjih intervjujev nismo več pridobili novih tem in kod, na podlagi česar smo smatrali, da je principu saturacije zadoščeno.

Zagotavljanje zanesljivosti naše raziskave se nam je zdelo toliko bolj pomembno, ker smo naše izsledke predstavili kot generalizirane za celoten slovenski zdravstveni sistem. Zavedamo se, da generalizacija pri kvalitativnih raziskavah načeloma ni možna niti zaželena. Vendar obstajajo tudi izjeme (Mayring 2007, Carminati 2018). Generalizacija izsledkov pri kvalitativnih raziskavah je možna, kadar sta izpolnjena dva pogoja. Prvi je, da je generalizacija glavni namen raziskave oziroma da želimo razumeti proučevani fenomen v teoretičnih okvirjih (Carminati 2018). Namen naše raziskave je bil ravno v tem, da smo poskusili umestiti proučevano tematiko, kulturno kompetentnost slovenskega sistema, v teoretični okvir Crossovega kontinuuma odzivov na raznolikost. Ta namen smo jasno postavili že pred izvedbo raziskave in s tem izpolnili prvi pogoj za generalizacijo izsledkov. Drugi pogoj se veže na spoštovanje terminoloških previdnostnih ukrepov. Prvi previdnostni ukrep je predstavitev filozofskega in teoretičnega ozadja, na katerem temelji študija. Ta ukrep smatramo kot izpolnjen, saj smo v teoretičnem delu predstavili teoretično ozadje raziskave, vključno s filozofskimi stališči, v empiričnem delu pa natančno opisali raziskovalni proces ter ugotovitve. Drugi ukrep je jasen in natančen opis celotnega raziskovalnega procesa ter ugotovitev kot tudi vloge raziskovalca v študiji (Carminati 2018). Tudi ta ukrep smatramo kot izpolnjen, saj smo raziskovalni proces ter ugotovitve natančno opisali, vloga raziskovalke ter njena stališča pa so navedena v Izjavi o reflektivnosti (priloga C). Pri raziskavi smo kontinuirano upoštevali načelo reflektivnosti, kar pomeni, da mora raziskovalec stalno preverjati svoja stališča, predpostavke in predsodke, ter njihov vpliv na pridobivanje in interpretacijo rezultatov (Mauthner in Doucet 2003; Kalu in Chola Bwalya 2017, 51). Posebno pri tovrstnem naturalističnem pristopu je kakovost raziskave močno odvisna od osebnosti, znanja, radovednosti ter občutljivosti raziskovalca (Rubin in Rubin 2011, 17). Pristranskost ter svetovnonazorska usmerjenost raziskovalca je prisotna v vseh družbenih raziskavah, tako namerno kot nenamerno (Fusch in Ness 2015, 1411). Vsak raziskovalec vstopi v proces raziskovanja z določenimi predpostavkami, česar ne smemo zanikati (Malterud 2001, 484) in čemur se je težko izogniti (Haven in Van Grootel 2019, 237).

5.7 Omejitve raziskave

Naša raziskava je trčila ob nekaj omejitvah.

Prvo omejitev je predstavljal vzorec sogovornikov. Izmed 88 neslučajnostnih in namenskih naslovnikov smo za sodelovanje v raziskavi pridobili 50 oseb. Osebe, ki so se odločile za sodelovanje, so bile verjetno bolj naklonjene tematiki kulturne kompetentnosti, čeprav so bile nekatere med njimi delegirane s strani institucij. Neposredno pred vsakim intervjujem smo vedno dodatno preverili, da je sodelovanje prostovoljno, ter zagotovili, da se lahko intervju kadarkoli prekine, a smo pri majhnem deležu delegiranih sogovornikov opazili, da so bili intervjuji opravljeni »po službeni dolžnosti«. Opazili smo, da so bili ti intervjuji načeloma krajši, odgovori pa bolj formalni, površinski ter »politično korektni«.

Naslednja omejitev raziskave je ta, da nismo vključili neposrednega vidika pacientov, ki so vendar središče delovanja zdravstvenega sistema. To omejitev smo poskusili premagati tako, da smo njihova mnenja in izkušnje predstavili preko raziskav, ki so predstavljale njihove vidike (v sistematičnem pregledu literature). V diskusiji pa smo primerjali njihove vidike, ki so bili razvidni iz druge razpoložljive dokumentacije, kot na primer iz državnega poročila o stanju varstva pacientovih pravic, z našimi ugotovitvami.

Omejitev je predstavljal tudi nova terminologija, kompleksnost področja ter raznoliko razumevanje obravnavane teme. To omejitev smo predvideli že vnaprej in zasnovali vprašalnik za intervjuje tako, da se je prvo vprašanje vedno nanašalo na razumevanje koncepta. S tem smo pridobili pomembne raziskovalne podatke o razumevanju koncepta, intervju pa smo po potrebi nadaljevali po obrazložitvi koncepta ter obsega raziskovanja.

Nenazadnje je bila pomembna omejitev raziskave dejstvo, da je množico obilnih podatkov analizirala le ena oseba, doktorska kandidatka. Omenili smo že, da značilnosti raziskovalca lahko vplivajo na raziskavo, vključno z osebnimi lastnostmi, kvalifikacijami, izkušnjami, domnevami in podobnim (Ruben in Ruben 2011, 17; O'Brien idr. 2014, 1247). Posebno pri raziskovanju pomena kulture in kulturne kompetentnosti v zdravstvu vpliva na rezultate sama kultura in občutljivost raziskovalca do kulturnih razlik (Resnicow idr. 2000). Načeloma je za tovrstno kvalitativno raziskovanje pomemben timski pristop k analizi in interpretaciji podatkov (Carminati 2018, 6), kar v naši raziskavi zaradi zahteve po samostojnem delu ni bilo možno. Nekoliko je to omejitev omilila podpora in nasveti mentorice ter somentorice.

6 MODEL RAZVOJA KULTURNE KOMPETENTNOSTI SLOVENSKEGA ZDRAVSTVENEGA SISTEMA

Pri izdelavi našega modela razvoja kulturne kompetentnosti smo izhajali iz najbolj citirane definicije kulturne kompetentnosti, ki jo je podal Cross idr. (1989), vendar smo navedene komponente dopolnili z novejšimi pogledi ter z izsledki naše raziskave. Originalna definicija navaja, da kulturno kompetenten sistem na vseh nivojih priznava in upošteva pomen kulture, ocenjuje medkulturne reakcije, je občutljiv na dinamiko, ki je posledica kulturnih razlik, širi tovrstno znanje in prilagaja storitve specifičnim, iz kulture izhajajočim potrebam. V skladu s sodobnimi pogledi na kulturno kompetentnost smo kulturne dejavnike razširili še na ekonomsko - sociološke dejavnike. Ocenjevanje medkulturnih relacij smo interpretirali kot ocenjevanje kulturne kompetentnosti, širjenje znanja pa smo dopolnili tudi s pridobivanjem znanja, saj moramo v našem specifičnem okolju na mnogih tozadevnih področjih šele prepoznati in pridobiti potrebna znanja. Na podlagi teh dopolnjenih komponent kulturne kompetentnosti smo izdelali model razvoja (slika 22), kjer predstavljajo te komponente osnovne razvojne stebre. Stebri so medsebojno povezani in vplivi strategij se prepletajo, kar smo ponazorili s puščico na dnu stebrov, ki kaže v obe smeri.

Na stebre smo naslonili naš zdravstveni sistem, ki smo ga razdelili na tri nivoje. Prvi nivo predstavljajo regulativna in nadzorna telesa pa tudi plačnik storitev. Drugi nivo predstavlja operativni nivo oziroma posamične zdravstvene organizacije. Tretji nivo pa predstavljajo zaposleni v zdravstvu - zdravstveni delavci ter sodelavci. Nivojski prikaz smo uporabili v luči ugotovitev, da je kulturno kompetentnost možno doseči le s sistematičnimi, skladnimi in večnivojskimi ukrepi (Ferlie in Shortell 2001).

Mehurčki, ki izhajajo iz stebrov in so prisotni v vseh nivojih zdravstvenega sistema, ponazarjajo strategije, ki se medsebojno dopolnjujejo ter prepletajo. Te strategije smo natančneje opredelili na straneh 175–177, v tabeli 24. Povzeli smo jih skladno z izsledki naše raziskave, vključno z ukrepi, ki so jih predlagali naši sogovorniki. Ob tem smo upoštevali ostala, že predhodno navedena relevantna dognanja slovenskih in tujih avtorjev. Nekatere izmed opisanih strategij se v slovenskem zdravstvenem sistemu že delno izvajajo, vendar smo jih za zagotavljanje prikaza celovitega razvoja kljub temu vključili v naš model.

V model smo vrisali tudi simbol za neskončnost, s čimer ponazarjamo kulturno kompetentnost kot nikoli dokončan proces, ki se mora nenehno odvijati. Model razvoja smo umestili kot nadaljevanje že prikazanega modela trenutnega stanja kulturne kompetentnosti zdravstvenega sistema, ki smo ga izdelali na podlagi rezultatov naše raziskave. Na ta način smo želeli še enkrat opozoriti na trenutno stanje in potrebo po razvoju kulturne kompetentnosti in ponuditi sistematičen pogled na obravnavano problematiko.

Implementacija in razvoj koncepta kulturne kompetentnosti v slovenskem zdravstvenem sistemu bi nedvomno prinesel veliko prednosti. Prednosti lahko opredelimo na socialne, zdravstvene (prednosti v zdravstvenih izidih) ter poslovne. Podrobneje jih prikazujemo v tabeli 23.

Tabela 23: Prednosti implementacije kulturne kompetentnosti v zdravstveni sistem

Socialne prednosti	Prednosti v zdravstvenih izidih	Poslovne prednosti
<ul style="list-style-type: none"> • Povečano vzajemno spoštovanje in razumevanje med bolnikom in organizacijo • Višje zaupanje v zdravstveni sistem in zdravstveno oskrbo • Podpiranje in izboljšanje, vključevanje vseh članov skupnosti v zdravstvena vprašanja 	<ul style="list-style-type: none"> • Izboljšanje razpoložljivosti in zanesljivosti podatkov o pacientih • Boljši rezultati v preventivi • Zmanjševanje neenakosti med pacienti • Manjše število napak v zdravstveni oskrbi, manjše število ponovnih obiskov in nepotrebnih hospitalizacij • Boljša učinkovitost zdravstvene oskrbe 	<ul style="list-style-type: none"> • Vključevanje različnih pogledov, idej in strategij v proces odločanja • Prepoznavanje in odstranjevanje ovir, ki upočasnjujejo napredek • Višja skladnost z zakonskimi in drugimi pravnimi podlagami • Bolj učinkovito stroškovno poslovanje in prihranki

Vir: AHA 2013, 3.

Slika 21: Model razvoja kulturne kompetentnosti slovenskega zdravstvenega sistema s prikazom obstoječega stanja

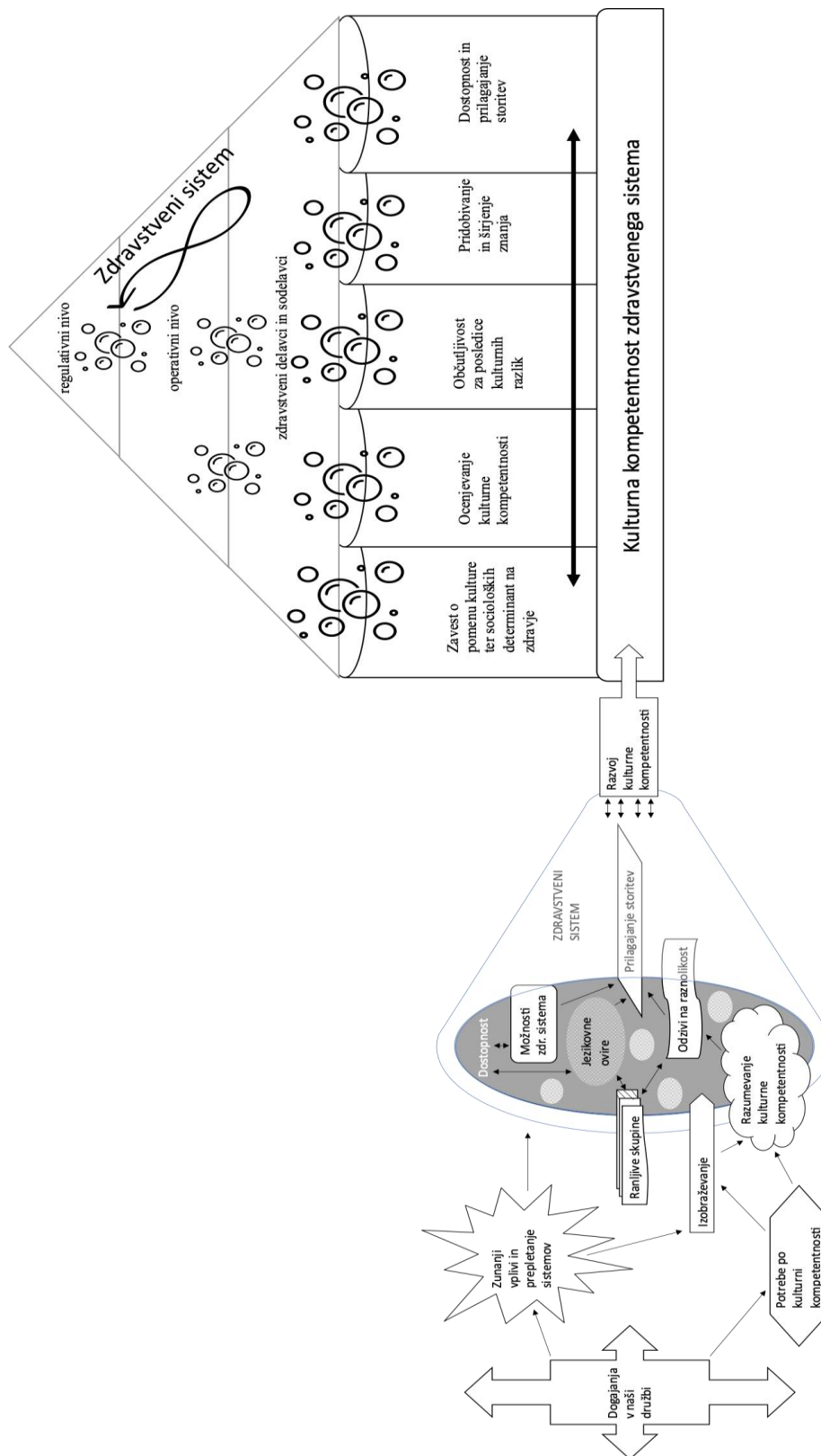


Tabela 24: Predlog strategij razvoja kulturne kompetentnosti v slovenskem zdravstvenem sistemu

<i>Strategije razvoja kulturne kompetentnosti</i>			
<i>Komponente kulturne kompetentnosti (po Cross idr. 1989)</i>	<i>Zdravstveni sistem (regulativni nivo/ nadzorni nivo/ plačnik)</i>	<i>Zdravstveni sistem (operativni nivo- zdravstvene organizacije)</i>	
<i>Priznavanje in upoštevanje pomena kulture ter socioloških determinant na zdravje</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Senzibilizacija tematike preko izobraževanj ključnih deležnikov • Vključitev koncepta v strateške dokumente • Opredelitev in sprejetje normativnih podlag za zagotavljanje kulturne kompetentnosti • Povezovanje in sodelovanje s prepletajočimi sistemi (šolstvo, raziskovalna dejavnost, politika, mediji) • Vključitev koncepta med obvezne vsebine licenciranja reguliranih poklicev v zdravstvu • Zagovornišvo in spoštovanje raznolikosti • Ustanovitev / opredelitev telesa, ki bo opravljalo naloge koordinacije ter zagovornišva na področju kulturne kompetentnosti 	<ul style="list-style-type: none"> • Senzibilizacija tematike preko izobraževanj vodilnih kadrov in ostalih zaposlenih • Vključitev koncepta v strateške in organizacijske dokumente • Management kakovosti s pomočjo standardov kulturne kompetentnosti • Povezovanje in sodelovanje s prepletajočimi sistemi na lokalnem nivoju • Zagotavljanje kontinuiranega izobraževanja in podpore pri izobraževanju • Zagovornišvo in spoštovanje raznolikosti • Določitev ekspertov na nivoju organizacije/regije za koordinacijo ter zagovornišvo na področju kulturne kompetentnosti 	<ul style="list-style-type: none"> • Senzibilizacija tematike preko kontinuiranega izobraževanja • Seznanitev s strateškimi in organizacijskimi dokumenti • Delovanje v smislu izpolnjevanja standardov • Opolnomočenje za posredovanje pobud in predlogov • Kulturna imerzija- soočanje s pripadniki raznolikih skupin • Zagovornišvo in spoštovanje raznolikosti
<i>Ocenjevanje kulturne kompetentnosti</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Ocenjevanje sistemske kulturne kompetentnosti s pomočjo validiranih orodij ter indikatorjev, kot so zdravstveni izidi, dostopnost, izkušnje in zaupanje pacientov • Sistematično zbiranje in analiza indikatorjev kulturne kompetentnosti po regijah, nivojih zdravstvenega sistema ter posameznih institucijah 	<ul style="list-style-type: none"> • Ocenjevanje organizacijske kulturne kompetentnosti s pomočjo validiranih orodij, kot so zdravstveni izidi, dostopnost, izkušnje in zaupanje pacientov • Omogočanje in vzpodbujanje ocenjevanja kulturne kompetentnosti zaposlenih s pomočjo validiranih orodij 	<ul style="list-style-type: none"> • Samozavedanje • Samorefleksija • Supervizija


Strategije razvoja kulturne kompetentnosti

<i>Komponente kulturne kompetentnosti (po Cross idr. 1989)</i>	Zdravstveni sistem (regulativni nivo/ nadzorni nivo/ plačnik)	Zdravstveni sistem (operativni nivo- zdravstvene organizacije)	Zdravstveni delavci in sodelavci v zdravstvenih organizacijah
<i>Občutljivost na dinamiko, ki je posledica kulturnih razlik</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Kontinuirana senzibilizacija tematike preko izobraževanja ključnih deležnikov • Povezovanje in aktivno vključevanje uporabnikov ter predstavnikov ranljivih skupin na nacionalnem nivoju • Skrb za implementacijo strateških usmeritev in vrednot sistema v organizacije • Določanje, zbiranje in analiza relevantnih podatkov na nacionalnem nivoju, skrb za zakonodajne podlage • Kulturno občutljiva komunikacija z javnostjo in ranljivimi skupinami na nacionalnem nivoju • Ničelna toleranca do diskriminacije in vzpostavitev mehanizmov za zaščito diskriminiranih 	<ul style="list-style-type: none"> • Kontinuirana senzibilizacija tematike preko izobraževanja vodilnih kadrov • Povezovanje in aktivno vključevanje uporabnikov ter predstavnikov ranljivih skupin na lokalnem nivoju • Zbiranje in analiza relevantnih podatkov na lokalnem nivoju • Skrb za implementacijo strateških usmeritev in vrednot organizacije v vsakodajno prakso • Kulturno občutljiva komunikacija z javnostjo in ranljivimi skupinami na lokalnem nivoju • Ničelna toleranca do diskriminacije vzpostavitev mehanizmov in protokolov ob tem pojavu 	<ul style="list-style-type: none"> • Kontinuirana senzibilizacija tematike preko izobraževanja vseh zaposlenih • Uporaba kulturnih kompetenc v vsakdanji praksi • Dokumentiranje relevantnih podatkov • Delovanje v skladu z etičnimi standardi ter vrednotami organizacije • Kulturno občutljiva komunikacija med zaposlenimi ter s pacienti • Ničelna toleranca do diskriminacije, zaščita diskriminiranih
<i>Pridobivanje in širjenje znanja</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Spodbujanje, omogočanje in izvajanje izobraževalnih, raziskovalnih in razvojnih projektov na področju kulturne kompetentnosti (lokalno, nacionalno, mednarodno) • Mednarodno povezovanje, sodelovanje in izmenjava znanja in izkušenj • Povezovanje znanja in izkušenj iz prepletajočih sistemov • Koordinacija pridobljenih znanj ter omogočanje implementacije rešitev v prakso 	<ul style="list-style-type: none"> • Spodbujanje, omogočanje, izvajanje raziskovalnih in razvojnih projektov na področju kulturne kompetentnosti • Povezovanje znanja in izkušenj iz prepletajočih sistemov na lokalnem nivoju in širše • Spodbujanje in omogočanje pridobivanja znanja na vseh nivojih in v vseh disciplinah • Koordinacija pridobljenih znanj ter implementacija rešitev v prakso 	<ul style="list-style-type: none"> • Izvajanje raziskovalnih in razvojnih projektov na področju kulturne kompetentnosti • Kontinuirano izobraževanje • Opolnomočenje za kreativnost pri iskanju rešitev


Strategije razvoja kulturne kompetentnosti

Komponente kulturne kompetentnosti (po Cross idr. 1989)	Zdravstveni sistem (regulativni nivo/ nadzorni nivo/ plačnik)	Zdravstveni sistem (operativni nivo- zdravstvene organizacije)	Zdravstveni delavci in sodelavci v zdravstvenih organizacijah
Dostopnost in prilagajanje storitev	<ul style="list-style-type: none"> • Senzibilizacija tematike preko izobraževanj ključnih deležnikov ter vzpostavitve pozitivne naravnosti do potreb prilagajanja storitev • Vzpostavitev regulativnih in normativnih podlag za izboljšanje dostopnosti in enakost v zdr. sistemu ter zagotavljanje finančnih sredstev za potrebne rešitve (npr.: za premagovanje jezikovnih in kulturnih ovir s pomočjo tolmačev in medkulturnih mediatorjev) • Zagotavljanje ustreznih kadrovskih normativov in strategij za pridobivanje kadra • Prilagoditev in dostopnost informacij na različne načine in za raznolike skupine ljudi • Nadzor nad upoštevanjem regulativnih in normativnih podlag prilagoditev na operativnem nivoju • Zagovornišvo in koordinacija prilagoditev na vseh nivojih zdr. sistema • Vključevanje raznolikih uporabnikov in skupnosti pri razvoju rešitev in kontinuirano sodelovanje • Kontinuirano opazovanje indikatorjev kulturne kompetentnosti, samoocejevanje in strmenje k izboljšavam 	<ul style="list-style-type: none"> • Senzibilizacija tematike preko izobraževanj vodilnih kadrov ter ostalih zaposlenih ter vzpostavitve pozitivne naravnosti do potreb prilagajanja storitev • Upoštevanje regulativnih in normativnih podlag in zagotavljanje prenosa znanja in vrednot vsem zaposlenim • Skrb za izpolnjevanje kadrovskih normativov in kreativnost pri pridobivanju kadrov (npr. vključevanje prostovoljcev) • Vključevanje raznolikih uporabnikov in skupnosti pri razvoju rešitev in kontinuirano sodelovanje z njimi na lokalnem nivoju • Prilagoditev in dostopnost informacij na različne načine in za raznolike skupine ljudi, vključno s profesionalnim premagovanjem jezikovnih ovir • Zagovornišvo in koordinacija prilagoditev storitev v organizaciji • Povezovanje z ostalimi organizacijami znotraj in izven zdravstvenega sistema za zagotavljanje integrirane oskrbe • Kontinuirano opazovanje indikatorjev kulturne kompetentnosti, samoocejevanje in strmenje k izboljšavam 	<ul style="list-style-type: none"> • Kontinuirano izobraževanje in pozitivna naravnost do prilagoditev • Seznanitev z regulativnimi in normativnimi podlagami • Delovanje v skladu z etičnimi standardi ter vrednotami organizacije • Uporaba razpoložljivih resursov za prilagajanje storitev (na primer medkulturnih mediatorjev) • Sodelovanje in kreativnost pri razvoju rešitev za boljše dostopnost in prilagoditve • Kulturno občutljiva komunikacija in empatija

7 ZAKLJUČEK

Kulturna kompetentnost zdravstvenega sistema je ključni pogoj za doseganje enakosti in kakovosti v zdravstveni oskrbi. Pomembna je tudi za zagotavljanje bolj varne, učinkovite, pravočasne in k pacientu osredotočene zdravstvene oskrbe. Koncept ne predstavlja nadstandardne zahteve, saj temelji na osnovnih človekovih pravicah in socialni pravičnosti, kar predstavlja temelje sodobne družbe. Kulturna kompetentnost je zahteva, ki bi jo moral izpolnjevati vsak sodoben zdravstveni sistem. Dosegamo jo lahko le, če je koncept integriran v vse komponente in nivoje sistema, kar kliče po sistematičnih in skladnih ukrepih na nivoju posameznika, tima, organizacije, in širšega okolja.

O kulturni kompetentnosti v slovenskem zdravstvu v preteklih letih nismo veliko govorili. Čeravno so posamični raziskovalci, predvsem antropoloških in drugih socialnih strok, že prej postregli z raziskavami na tem področju, se je največji premik pričel z migrantsko krizo po letu 2015. Kar naenkrat smo se morali soočiti s »tujjo« kulturo ter se pričeli zavedati raznolikosti, čeravno sprva le tiste, povezane s tujim jezikom in barvo kože. Vendar je to odprlo vrata motivaciji po pridobivanju znanja, večji osveščenosti, raziskovanju in izobraževanju, s čimer smo tudi v slovenskem zdravstvenem sistemu pričeli pomik proti kulturni kompetentnosti.

V pričujoči doktorski disertaciji smo prikazali trenutno stanje kulturne kompetentnosti slovenskega zdravstvenega sistema. Ugotovili smo, da se pretežno nahajamo v fazi kulturne predkompetentnosti ter predlagali strategije za razvoj tega ključnega koncepta za zagotavljanje enakosti v zdravstvenem sistemu. S tem naša doktorska disertacija doprinaša pomemben delež k razvoju tega obsežnega in kompleksnega koncepta, brez katerega si ne moremo zamisliti prihodnosti učinkovitega zdravstvenega sistema. Po vseh napovedih se bodo raznolikosti v prihodnosti le še širile in poglobljale, kar še dodatno kliče k čimprejšnji implementaciji koncepta kulturne kompetentnosti v slovenski zdravstveni sistem.

Pred nami je še dolga pot, polna raziskovanj, izobraževanj in izboljšav. V mednarodnem prostoru obstaja izjemno obsežna literatura na obravnavanem področju, vendar moramo intenzivirati slovenske raziskave ter razvoj celovitih rešitev, ki bodo ustrezale našim nacionalnim in lokalnim potrebam. V naši raziskavi smo te potrebe prikazali ter nakazali strategije, ki so potrebne za nadaljni razvoj kulturne kompetentnosti pri nas.

Ob zaključku povzemamo nabor priporočljivih strategij razvoja kulturne kompetentnosti v zdravstvenem sistemu:

- **Priznavanje in upoštevanje pomena kulture ter socioloških determinant na zdravje:** Na vseh nivojih zdravstvenega sistema so potrebne aktivnosti v smeri povečane senzibilizacije o pomenu kulture ter socioloških determinant na zdravje, pa tudi na ostale interakcije v zdravstvenem sistemu. Pospešene aktivnosti v smeri kulturne občutljivosti ter soočanja z raznolikostjo so potrebne tudi v širši družbi oziroma v prepletajočih sistemih. Predvsem v šolskem sistemu bi morali zagotoviti, da v zdravstveni sistem vstopajo zaposleni z osnovnimi veščinami kulturnih kompetenc. Sistematično povezovanje in sodelovanje zdravstvenega sistema s prepletajočimi sistemi je zatorej na tem področju nujen ukrep. V samem zdravstvenem sistemu pa je potrebno zagotoviti senzibilizacijo tematike preko dodatnih neformalnih izobraževanj ter drugih strategij pridobivanja kulturnih kompetenc. Ena izmed njih je vključevanje koncepta kulturne kompetentnosti v strateške in organizacijske dokumente zdravstvenega sistema ter posameznih organizacij. Ti bi morali vsebovati zavezo k upoštevanju pomena raznolikosti na zdravje ter h kulturno kompetentnim pristopom. Delegacija nalog koordinacije vseh aktivnosti na področju kulturne kompetentnosti ter zagovorništva raznolikosti na sistemskem ter organizacijskem nivoju zdravstvenega sistema bi morali zaokrožati strategije tega področja.
- **Ocenjevanje kulturne kompetentnosti:** Ocenjevanje kulturne kompetentnosti s pomočjo validiranih orodij ter merjenja priznanih indikatorjev kulturne kompetentnosti na sistemskem in organizacijskem nivoju je ključna strategija, ki je osnova za ugotavljanja potreb ter načrtovanja aktivnosti za nadaljni razvoj kulturnih kompetenc.
- **Občutljivost za dinamiko, ki je posledica kulturnih razlik:** V tem segmentu priporočamo predvsem strategije, usmerjene v dosledno zbiranje podatkov o potrebah v zdravstvenem sistemu, povezanih s kulturnimi in sociološkimi razlikami. Povezovanje s kulturno raznolikimi oziroma ranljivimi skupinami, kot tudi njihovo aktivno vključevanje v oblikovanje zdravstvenih politik ter storitev, je središčnega

pomena. Pomembna strategija, ki nakazuje našo kulturno občutljivost, je tudi kulturno občutljiva komunikacija do vseh zunanjih deležnikov ter ničelna toleranca do diskriminatornih praks.

- **Pridobivanje in širjenje znanja:** Na vseh nivojih zdravstvenega sistema je potrebno spodbujati, omogočati ter izvajati izobraževalne, raziskovalne ter sorodne aktivnosti, ki pripomorejo k pridobivanju in širjenju znanja. Potrebno je povezovanje znanja ter izkušenj na lokalnem, regijskem, nacionalnem in mednarodnem nivoju in multidisciplinarno sodelovanje pri aktivnostih za pridobivanje znanja. Pomemben vidik predstavljajo tudi strategije za implementacijo pridobljenih znanj v prakso.
- **Dostopnost in prilagajanje storitev:** Kulturno kompetentnost je potrebno prepoznati kot pomemben koncept, ki prispeva k zagotavljanju dostopnosti zdravstvenih storitev. Pri tem so pomembne že naštetе strategije senzibilizacije vseh ključnih deležnikov o pomenu in vplivu raznolikosti na dostopnost, kot tudi strategije za vzpostavitev in upoštevanje regulativnih, normativnih in kadrovskih pogojev za vzpostavljanje rešitev. Predvsem je potrebno prilagoditi in zagotoviti enak dostop do informacij, vključiti pripadnike raznolikih skupin v razvoj rešitev ter doseči pozitivno naravnost v zdravstvenem sistemu do prilagajanja storitev kot tudi nasploh do koncepta kulturne kompetentnosti.

Kulturna kompetentnost ni točka, ki jo lahko dosežemo, temveč proces, ki se nikoli ne konča. Celostni pristop in upoštevanje priporočljivih strategij lahko zagotovi premik sistema v fazo kulturne kompetentnosti, ki se odraža s pozitivno naravnostjo in spoštovanjem različnosti, nenehno kritično refleksijo in zavezanostjo k razumevanju in upoštevanju različnosti.

Naj zaključimo z besedami, ki smo jih zapisali kot predgovor prvemu slovenskemu priročniku za pridobivanje kulturnih kompetenc v zdravstvu:

»Predvsem pa si želim, da bi vsi pacienti, ne glede na to, od kod so prišli, koga ljubijo, h komu molijo, kako so oblečeni, kaj jedo, začutili, da jih obravnavamo kompetentno, spoštljivo, brez predsodkov in z veliko mero empatije. Le tako bomo lahko vzpostavili zaupen odnos, ki je osnova za uspeh zdravstvene oskrbe.« (Halbwachs 2016, 8)

8 LITERATURA

1. Abbara, Aula, Diana Rayes, Maryam Omar, Ammar Zakaria, Faisal Shehadeh, Henriette Raddatz, Annabelle Böttcher in Ahmad Tarakji. 2019. Overcoming obstacles along the pathway to integration for Syrian healthcare professionals in Germany. *BMJ Global Health* 4(4): e001534.
2. Abdullah, Anna Christina. 2009. Multicultural education in early childhood: Issues and challenges. *Journal of International Cooperation in Education* 12(1): 159–175.
3. Active Citizenship Network. 2002. *European Charter of Patients Rights*. Dostopno na: <http://www.health-rights.org/index.php/cop/item/european-charter-of-patients-rights> (13. april 2021).
4. AHA (American Hospital Association). 2013. *Becoming a culturally competent health care organization*. Chicago, Illinois: Health Research & Educational Trust.
5. Ahmed, Faheem, Na'eem Ahmed, Christopher Pissarides, in Joseph Stiglitz. Why inequality could spread COVID-19. *The Lancet Public Health* 5(5): e240. Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7270465/> (17. avgust 2021).
6. AKH. 2021. *Seelsorge und Besuchsdienste im AKH Wien*. Dostopno na: <https://www.akh-seelsorge.at/> (11. junij 2021).
7. Akhavan, Sharareh. 2012. Midwives' views on factors that contribute to health care inequalities among immigrants in Sweden: a qualitative study. *International Journal for Equity in Health* 11(1): 1–10.
8. Albreht, Tit, Pribakovič B. Radivoje, Dušan Jošar, Mircha Poldrugovac, Tatja Kostnapfel, Metka Zaletel, Dimitra Panteli in Anna Maresso. 2016. *Slovenia: Health system review*. (2016). Copenhagen: World Health Organization, European Observatory of Health system and Policies.
9. Almutairi, Adel F., Susan V. Dahinten in Patricia Rodney. 2015. Almutairi's Critical Cultural Competence model for a multicultural healthcare environment. *Nursing Inquiry* 22(4): 317–325.
10. Alpers, Lise-Merete. 2019. Hospital food: When nurses' and ethnic minority patients' understanding of Islamic dietary needs differ. *Nursing Open* 6(4): 1455–1463.

11. AACI (American Accreditation Commission International). 2013. *Mednarodni akreditacijski standard za zdravstvene organizacije. Verzija 4.1.*
12. Anand, Rohini in Indra Lahiri. 2009. Intercultural competence in Health care. V *The SAGE Handbook of Intercultural Competence*, ur. Darla K. Deardorff, 387–403. Thousand Oaks: Sage.
13. Anderson, Laurie M., Susan C. Scrimshaw, Mindy T. Fullilove, Jonathan E. Fielding in Jacques Normand. 2003. Culturally competent healthcare systems: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine* 24(3S): 68–79.
14. Antelius, Eleonor in Charlotta Plejert. 2016. Ethnoculturally-profiled care: Dementia caregiving targeted towards Middle Eastern immigrants living in Sweden. *Anthropology and Aging* 37(1): 9–26.
15. Antón-Solanas, Isabel, Isabel Huércanos-Esparza, Nadia Hamam-Alcober, Valérie Vanceulebroeck, Shana Dehaes, Indrani Kalkan, Nuran Kömürçü idr. 2021. Nursing lecturers' perception and experience of teaching cultural competence: a european qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18(3): 1357–1375.
16. Arieli, Daniella. 2013. Emotional work and diversity in clinical placements of nursing students. *Journal of Nursing Scholarship* 45(2): 192–201.
17. Assarroudi, Abdolghader, Fatemeh Heshmati Nabavi, Mohammad Reza Armat, Abbas Ebadi in Mojtaba Vaismoradi. 2018. Directed qualitative content analysis: the description and elaboration of its underpinning methods and data analysis process. *Journal of Research in Nursing* 23(1): 42–55.
18. Balcazar, Fabricio E., Yolanda Suarez-Balcazar in Tina Taylor-Ritzler. 2009. Cultural competence: Development of a conceptual framework. *Disability and Rehabilitation* 31(14): 1153–1160.
19. Bambra, Clare, Debbie Fox in Alex Scott-Samuel. 2005. Towards a Politics of Health. *Health Promotion International* 20(2): 187–193.
20. Banas, Jennifer R., James W. Ball, Lisa C. Wallis in Sarah Gershon. 2017. The Adolescent Health Care Broker—Adolescents Interpreting for Family Members and Themselves in Health Care. *Journal of Community Health* 42(4): 739–747.

21. Banton, Michael. 2010. The vertical and horizontal dimensions of the word race. *Ethnicities* 10(1): 127–140.
22. Beard, Holly, Ann Marie Kopitzke, R. S. Benjamin-Coleman, Carolyn Rutledge in Laurel S. Garzon. 2004. Does the level of cultural competence influence positive attitudes towards the elderly? *The Gerontologist* 44(1): 594–595.
23. Benet-Martínez, Verónica in Ying-yi Hong, ur. 2014. *The Oxford handbook of multicultural identity*. New York: Oxford University Press.
24. Bennett, Janet M. 2009. Cultivating Intercultural Competence. V *The SAGE Handbook of Intercultural Competence*, ur. Darla K. Deardorff, 121–140. Thousand Oaks: Sage.
25. Bennett, Milton in Janet Bennett. 1993. Intercultural sensitivity. *Principles of Training and Development* 25(21): 185–206.
26. Bennett, Milton J. 2004. Becoming Interculturally Competent. V *Toward multiculturalism: A reader in multicultural education* (2. izd.), ur. Jaime S. Wurzel, 62–77. Newton, MA: Intercultural Resource Corporation.
27. Betancourt, Joseph R., Alexander R. Green in Juan Emilio Carrillo. 2002. *Cultural competence in health care: Emerging frameworks and practical approaches*. New York, NY: Commonwealth Fund, Quality of Care for Underserved Populations.
28. Betancourt, Joseph R., Alexander R. Green, J. Emilio Carrillo in Elyse R. Park. 2005. Cultural competence and health care disparities: key perspectives and trends. *Health Affairs* 24(2): 499–505.
29. Bloomer, Melissa J., Mari Botti, Fiona Runacres, Peter Poon, Jakqui Barnfield in Alison M. Hutchinson. 2019. Cultural considerations at end of life in a geriatric inpatient rehabilitation setting. *Collegian* 26(1): 165–170.
30. Bloor, M. in F. Wood. 2006. *Keywords in qualitative methods: A vocabulary of research concepts*. London: Sage Publications.
31. Bhui, Kamaldeep, Nasir Warfa, Patricia Edonya, Kwame McKenzie in Dinesh Bhugra. 2007. Cultural competence in mental health care: a review of model

- evaluations. *BMC Health Services Research*, 7: 15. Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1800843> (27. september 2019).
32. Bjegovic-Mikanovic, Vesna, Katarzyna Czabanowska, Antoine Flahault, Robert Otok, Stephen Shortell, Wendy Wisbaum in Ulrich Laaser. 2014. *Addressing needs in the public health workforce in Europe*. Copenhagen: World health organisation. Dostopno na: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/248304/Addressing-needs-in-the-public-health-workforce-in-Europe.pdf (12. januar 2021).
33. Bofulin, Martina, Jerneja Farkaš Lainščak, Karmen Gosenca, Ajda Jelenc, Marjeta Keršič Svetel, Uršula Lipovec Čebren, Sara Pistotnik, Juš Škraban in Darja Zaviršek. 2016a. *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba: priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
34. Bofulin, Martina, Jerneja Farkaš Lainščak, Karmen Gosenca, Ajda Jelenc, Marjeta Keršič Svetel, Uršula Lipovec Čebren in Juš Škraban. 2016b. Komuniciranje. V *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba: priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev*, ur. Uršula Lipovec Čebren, 197–252. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje
35. Bogataj, Urška, Mirko Prosen, Igor Karnjuš, Doroteja Rebec in Sabina Ličen. 2019. Current Issues and Future Possibilities for Improving Healthcare for Migrant Women in Slovenia. V *Women, Migrations and Health: Ensuring Transcultural Healthcare*, ur. Igor Karnjuš, Sabina Ličen in Mirko Prosen, 107–116. Koper: University of Primorska Press.
36. Bond, Penny. 2013. A hospital nutrition improvement programme. *Nursing Times* 109(39): 22–24.
37. Boutin-Foster, Carla, Jordan C. Foster in Lyuba Konopasek. 2008. Physician, know thyself: The professional culture of medicine as a framework for teaching cultural competence. *Academic Medicine* 83(1): 106–111.
38. Bowen, Glenn A. 2009. Document analysis as a qualitative research method. *Qualitative Research Journal* 9(2): 27–40.

39. Böhm, Katharina, Achim Schmid, Ralf Götze, Claudia Landwehr in Heinz Rothgang. 2013. Five types of OECD healthcare systems: empirical results of a deductive classification. *Health Policy* 113(3): 258–269.
40. Brace, Loring Charles. 1996. A four-letter word called »race«. 1996. V *Race and other misadventures: Essays in honor of Ashley Montagu in His Ninetieth Year*, ur. Larry T. Reynolds, Leonard Lieberman, George J. Amrelagos, Elazar Barkan idr., 106–141. Dix Hills, NY: General Hall.
41. Brach, Cindy in Irene Fraserirector. 2000. Can cultural competency reduce racial and ethnic health disparities? A review and conceptual model. *Medical Care Research and Review* 57(1): 181–217.
42. Bradshaw, Carmel, Sandra Atkinson, in Owen Doody. 2017. Employing a qualitative description approach in health care research. *Global qualitative nursing research* 4:1–8. Dostopno na: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2333393617742282> (20. avgust 2021).
43. Brassolotto, Julia, Dennis Raphael, in Navindra Baldeo. 2014. Epistemological barriers to addressing the social determinants of health among public health professionals in Ontario, Canada: a qualitative inquiry. *Critical Public Health* 24 (3): 321–336.
44. Braveman, Paula in Eleuther Tarimo. 2002. Social inequalities in health within countries: not only an issue for affluent nations. *Social Science & Medicine* 54(11): 1621–1635.
45. Brito, Maria José Menezes, Carolina da Silva Caram, Lívia Cozer Montenegro, Lilian Cristina Rezende, Heloiza Maria Siqueira Rennó, in Flávia Regina Souza Ramos. 2017. Potentialities of Atlas. ti for data analysis in qualitative research in nursing. V *Computer supported qualitative research*, ur. Pedro Costa António, Luís Paulo Reis, Francislê Neri de Sousa, António Moreira in David Lamas, 75–84. Cham: Springer International Publishing.

46. Brooke, Joane in Debra Jackson. (2020). Older people and COVID-19: Isolation, risk and ageism. *Journal of Clinical Nursing* 29(13–14): 2044–2046. Dostopno na: <https://doi.org/10.1111/jocn.15274> (11. maj 2021).
47. Brown, Edwina A., Hilary L. Bekker, Sara N. Davison, Jonathan Koffman in Jane O. Schell. 2016. Supportive care: Communication strategies to improve cultural competence in shared decision making. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology* 11(10): 1902–1908.
48. Brush, Barbara L., Julie Sochalski in Anne M. Berger. 2004. Imported care: Recruiting foreign nurses to US health care facilities. *Health Affairs* 23(3): 78–87.
49. Burgess, Diana. J.. 2011. Addressing racial healthcare disparities: how can we shift the focus from patients to providers? *Journal of general internal medicine* 26(8): 828–830.
50. Bustamante, Rebecca M., Judith A. Nelson in Anthony J. Onwuegbuzie. 2009. Assessing schoolwide cultural competence: Implications for school leadership preparation. *Educational administration quarterly* 45(5): 793–827.
51. Butler, Mary, Ellen McCreedy, Natalie Schwer, Diana Burgess, Kathleen Call, Julia Przedworski, Simon Rosser, Sheryl Larson, Michele Allen, Steve Fu in Robert L. Kane. 2016. *Improving cultural competence to reduce health disparities*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, U.S. Department of Health and Human Services. Dostopno na: https://effectivehealthcare.ahrq.gov/sites/default/files/pdf/cultural-competence_research.pdf (11. junij 2021).
52. Cai, Duan-Ying. 2016. A concept analysis of cultural competence. *International Journal of Nursing Sciences* 3(3): 268–273.
53. Campinha-Bacote, Josepha. 2002. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing* 13(3): 181–184.
54. Campinha-Bacote, Josepha. 2003. *The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: a culturally competent model of care*. Cincinnati: Transcultural Care Associates.

55. Campinha-Bacote, Josepha. 2011. Delivering patient-centered care in the midst of a cultural conflict: The role of cultural competence. *Online Journal of Issues in Nursing* 16(2): 5. Dostopno na: <http://dx.doi.org/10.3912/OJIN.Vol16No02Man05> (17. marec 2021).
56. Cankar, Stanka Setnikar in Veronika Petkovšek. 2012. Improving the Slovenian healthcare system by examining other European healthcare systems. *American Journal of Health Sciences* 3(4): 229–238.
57. Capell, Jennifer in Elizabeth Dean. 2007. Cultural competence in healthcare: Critical analysis of the construct, its assessment and implications. *Journal of Theory Construction & Testing* 11(1): 30–37.
58. Carminati, Lara. 2018. Generalizability in qualitative research: A tale of two traditions. *Qualitative Health Research* 28(13): 2094–2101.
59. 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.
60. Cartwright, Brenda Y., Judy Daniels in Shuqiang Zhang. 2008. Assessing multicultural competence: Perceived versus demonstrated performance. *Journal of Counseling & Development* 86(3): 318–322.
61. Castillo, Richard J. in Kristina L. Guo. 2011. A framework for cultural competence in health care organizations. *The Health Care Manager* 30(3): 205–214.
62. Chambers, Derek, Susan Thompson in Aru Narayanasamy. 2013. Engendering cultural responsive care: a reflective model for nurse education. *Journal of Nursing Education and Practice* 3(1): 70–81.
63. Charité. 2021. *Trost und Unterstützung: Die Seelsorge in der Charité*. Dostopno na: <https://seelsorge.charite.de/> (11. maj 2021).
64. Chassin, Mark R. in Jerod M. Loeb. 2013. High-reliability health care: getting there from here. *The Milbank Quarterly* 91(3): 459–490.
65. Chettih, Mindy. 2012. Turning the lens inward: cultural competence and providers' values in health care decision making. *The Gerontologist* 52(6): 739–747.

66. Chiarenza, Antonio. 2012. Developments in the concept of cultural competence. V *Inequalities in health care for migrants and ethnic minorities*, ur. David Ingleby, Antonio Chiarenza, Walter Devillé in Ioanna Kotsioni, 66–81. Antwerp: Garant.
67. Chiarenza, Antonio, Elizabeth Abraham, Simone Atungo, Isabelle Coune, Julia Puebla Fortier, Manuel Garcia idr. 2014. Standard za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi ranljivih skupin in orodje za samoocenjevanje zdravstvenih ustanov. Prevedli: Farkaš Lainščak, Jerneja in Lipovec Čebren, Uršula. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Dostopno na: <https://www.nijz.si/en/node/2757> (15. junij 2021).
68. Chiarenza, Antonio, Lidia Horvat, Katja Lanting, Anna Ciannameo in Jeanine Suurmond. 2019. Addressing healthcare for migrants and ethnic minorities in Europe: A review of training programmes. *Health Education Journal* 78(1): 9–23.
69. Chin, Jean Lau. 2000. Culturally competent health care. *Public Health Reports* 115(1): 25–33.
70. Clifford, Anton, Janya McCalman, Roxanne Bainbridge in Komla Tsey. 2015. Interventions to improve cultural competency in health care for Indigenous peoples of Australia, New Zealand, Canada and the USA: a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care* 27(2): 89–98.
71. Cormier Dwayne Ray. 2021. Assessing Preservice Teachers' Cultural Competence With the Cultural Proficiency Continuum Q-Sort. *Educational Researcher* 50(1): 17–29.
72. Constantine, Madonna G. in Nicholas Ladany. 2000. Self-report multicultural counseling competence scales: Their relation to social desirability attitudes and multicultural case conceptualization ability. *Journal of Counseling Psychology* 47(2): 155–164.
73. Coulter, Angela in Crispin Jenkinson. 2005. European patients' views on the responsiveness of health systems and healthcare providers. *European Journal of Public Health* 15(4): 355–360.
74. Cowan, David T. in Ian Norman. 2006. Cultural competence in nursing: new meanings. *Journal of Transcultural Nursing* 17(1): 82–88.

75. Creswell, John W. 2012. *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Los Angeles: Sage Publication Inc.
76. Crisp, Richard J. in Rhiannon N. Turner. 2011. Cognitive adaptation to the experience of social and cultural diversity. *Psychological bulletin* 137(2): 242–266.
77. Cross, Terry L., Barbara J. Bazron, Karl W. Dennis in Mareasa R. Isaacs. 1989. *Towards a culturally competent system of care: A monograph on effective services for Minority Children who are severely emotionally disturbed*. Washington DC: CASSP Technical Assistance center, Georgetown University Child Development Center. Dostopno na: <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED330171.pdf> (4. maj 2017).
78. Curtis, Elana, Rhys Jones, David Tipene-Leach, Curtis Walker, Belinda Loring, Sarah-Jane Paine in Papaarangi Reid. 2019. Why cultural safety rather than cultural competency is required to achieve health equity: a literature review and recommended definition. *International Journal for Equity in Health* 18(1): 1–17.
79. Dahl, Stephan. 2004. *Intercultural Research: The Current State of Knowledge*. Middlesex University Discussion Paper No. 26. London: Middlesex University. Dostopno na: <http://ssrn.com/abstract=658202> (26. april 2017).
80. Davidson, Emma M., Jing Jing Liu, R. A. J. Bhopal, Martin White, Mark RD Johnson, Gina Netto, Cecile Wabnitz in Aziz Sheikh. 2013. Behavior change interventions to improve the health of racial and ethnic minority populations: a tool kit of adaptation approaches. *The Milbank Quarterly* 91(4): 811–851. Dostopno na: <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12034> (11. januar 2021).
81. Davis, David A., Paul E. Mazmanian, Michael Fordis, R. T. K. E. Van Harrison, Kevin E. Thorpe in Laure Perrier. 2006. Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence: a systematic review. *JAMA* 296(9): 1094–1102.
82. Deardorff, Darla K. 2011. Assessing intercultural competence. *New Directions for Institutional Research* 2011(149): 65–79.
83. Debeljak, Irena, Dominika Novak Mlakar in Ana-Lucija Škrjanec. 2015. Izvajanje programa SVIT in podpora posameznikom pri sodelovanje – primer dobre prakse. V *Dolgotrajna oskrba : izzivi in priložnosti : oskrbovalni in bivalni vidiki*, ur. Lorenzo

- Brian Ros McDonnell, David Bogataj in Marta Kavšek, 102–110. Šempeter pri Gorici: MEDIFAS; Ljubljana: Skupnost socialnih zavodov Slovenije.
84. Debevc, Matjaž, Ines Kožuh, Simon Hauptman, Andrej Klembas, Julija Bele Lapuh in Andreas Holzinger. 2015. Using WCAG 2.0 and heuristic evaluation to evaluate accessibility in educational web based pages. V *Learning Technology for Education in Cloud, 4th International Workshop, LTEC 2015, Maribor, Slovenia, August 24–28, 2015, Proceedings*, ur. Lorna Uden, Dario Liberona, Tatjana Welzer, 197–207. New York: Springer International Publishing.
 85. Delamare Le Deist, Francoise in Jonathan Winterton. 2005. What is competence? *Human Resource Development International* 8(1): 27–46.
 86. Delphin-Rittmon, Miriam E., Raquel Andres-Hyman, Elizabeth H. Flanagan in Larry Davidson. 2013. Seven essential strategies for promoting and sustaining systemic cultural competence. *Psychiatric Quarterly* 84(1): 53–64.
 87. Demšar, Darja, Andrej Krajnc, Anka Vesel, Darija Pochyla, Alida Klemenčič, Antun Smerdel in Lada Lištvanova. 2015. *Dostopnost spletnih strani*. Ljubljana: Beletrina.
 88. Désirée, Lie, Olivia Carter-Pokras, Bonnie Braun in Cliff Coleman. 2012. What Do Health Literacy and Cultural Competence Have in Common? Calling for a Collaborative Health Professional Pedagogy. *Journal of Health Communication*, 17(sup3): 13–22. Dostopno na: <http://dx.doi.org/10.1080/10810730.2012.712625> (15. april 2021).
 89. Diamond, Lisa, Karen Izquierdo, Dana Canfield, Konstantina Matsoukas, and Francesca Gany. 2019. A systematic review of the impact of patient–physician non-English language concordance on quality of care and outcomes. *Journal of general internal medicine* 34(8): 1591–1606.
 90. Diaz-Cruz, Edgar S. in Angela M. Hagan. 2020. Developing a Co-Curricular Activity to Introduce Student Pharmacists to the Cultural Proficiency Continuum Framework. *Innovations in Pharmacy* 11(1): Article 1.
 91. Dierckx de Casterlé, Bernadette, Shigeo Izumi, Nelda S. Godfrey in Kris Denhaerymck. 2008. Nurses' responses to ethical dilemmas in nursing practice: meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing* 63(6): 540–549.

92. Dijkman, Bea, Petri F. Roodbol, Jukka Aho, S. Achtschin-Stieger, Anna Andruszkiewicz, Alice Coffey, Mirosława Felsmann Irma Mikkonen, Greet Schoofs, Celia Soares in Panayota Sourtzi. 2016. *European Core Competences Framework for Health and Social Care Professionals Working with Older People*. Dostopno na: <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.15194.08648> (11. maj 2021).
93. Dilworth-Anderson, Peggye, Geraldine Pierre in Tandra S. Hilliard. 2012. Social justice, health disparities, and culture in the care of the elderly. *The Journal of Law, Medicine & Ethics* 40(1): 26–32.
94. *Direktiva Sveta 2000/43/ES z dne 29. junija 2000 o izvajanju načela enakega obravnavanja oseb ne glede na raso ali narodnost*. Ur. l. ES, št. 23 L 180/22
Dostopno na: https://www.varuh-rs.si/fileadmin/user_upload/pdf/pravni_dokumenti/direktiva_rasna_ enakost.pdf
(18. marec 2021).
95. Divi, Chandrika, Richard G. Koss, Stephen P. Schmaltz in Jerod M. Loeb. 2007. Language proficiency and adverse events in US hospitals: a pilot study. *International Journal for Quality in Health Care* 19(2): 60–67.
96. Douglas, Marilyn K, Marlene Rosenkoetter, Dula F. Pacquiao, Lynn Clark Callister, Marianne Hattar-Pollara, Jana Lauderdale, Jeri Milstead, Deena Nardi in Larry Purnell. 2014. Guidelines for Implementing Culturally Competent Nursing Care. *Journal of Transcultural Nursing* 25(2): 109–121.
97. Dravec, Sonja, Zalka, Drglin, Jerneja Farkaš-Lainščak, Martina Horvat, Ivanka Huber, Nuša Konec Juričič, Jožica Maučec Zakotnik, Barbara Mihevc Ponikvar, Rok Poličnik, Radivoje Probaković Brinovec, Vesna Pucelj, Klara Rebernik, Saška Roškar, Sonja omšič, Polonca Truden-Dobrin in Sanja Vrbovšek. 2017. *Nadgradnja in razvoj preventivnih programov ter njihovo izvajanje v primarnem zdravstvenem varstvu in lokalnih skupnostih: Vsebinska izhodišča za izvajanje projektnih aktivnosti*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
98. Dreachslin, Janice L., Jean M. Gilbert in Beverly Malone. 2012. *Diversity and Cultural Competence in Health Care: A Systems Approach*. San Francisco: Jossey-Bass publishing.

99. Dreachslin, Janice L., Robert Weech-Maldonado, Judith Gail, Josué Patien Epané in Joyce Anne Wainio. 2017. Blueprint for sustainable change in diversity management and cultural competence: Lessons from the National Center for Healthcare Leadership diversity demonstration project. *Journal of Healthcare Management* 62(3): 171–183.
100. EAN (European Ageing Network). 2021. *Promoting well-nutrition in elderly care - A guide to organising the nutritional journey in elderly care settings*. Tabor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. Dostopno na: <https://european-nutrition.org/good-practices/ean-guideline-promoting-well-nutrition-in-elderly-care/> (19. avgust 2021).
101. Edejer, Tessa Tan-Torres. 2000. Disseminating health information in developing countries: the role of the internet. *BMJ* 321: 797. Dostopno na: <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7264.797> (1. marec 2021).
102. Elo, Satu in Helvi Kyngäs. 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62(1): 107–115.
103. EN 301 549 V1.1.2. 2015. *Accessibility requirements suitable for public procurement of ICT products and services in Europe*. Dostopno na: https://www.etsi.org/deliver/etsi_en/301500_301599/301549/01.01.02_60/en_301549v010102p.pdf (10. oktober 2019).
104. Engebretson, Joan, Jane Mahoney in Elizabeth D. Carlson. 2008. Cultural competence in the era of evidence-based practice. *Journal of Professional Nursing* 24(3): 172–178.
105. Epner, Daniel. E. in Walter F. Baile. 2012. Patient-centered care: the key to cultural competence. *Annals of Oncology* 23(suppl. 3): III33–III42. Dostopno na: <https://doi.org/10.1093/annonc/mds086> (15. 5. 2021).
106. European Commission. Directorate-General for Education and Culture. 2012. *Education and Training 2020 Work programme - Literature review, Glossary and examples*. Thematic Working Group 'Assessment of Key Competences'. Dostopno na:

- https://www.academia.edu/2254264/Thematic_Working_Group_Assessment_of_Key_Competences_Literature_review_glossary_and_examples (9. avgust 2021).
107. European Commission. 2012b. *Implementation Checklist for Diversity Management: Support for voluntary initiatives promoting diversity management at the workplace across the EU*. Dostopno na: https://www.wko.at/site/Charta-der-Vielfalt/Service/publikationen/checklist_diversitymanagement_en.pdf (22. maj 2021).
108. European Economic and Social Committee. 2008. *Opinion of the European Economic and Social Committee on Patients' Rights* (2008/C 10/18). Dostopno na: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52007IE1256&qid=1609604596857&from=EN> (22. april 2021).
109. Evropski parlament. 2016. *Lažji dostop do spletnih storitev javnih ustanov za invalide in starejše*. Dostopno na: <http://www.europarl.europa.eu/news/sl/press-room/20161020IPR47872/lazji-dostop-do-spletnih-storitev-javnih-ustanov-za-invalide-in-starejse> (7. junij 2021).
110. Farkaš Lainščak Jerneja, Tatjana Buzeti in Jožica Maučec Zakotnik (ur.) 2015. *Zaključki ocene potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle: poročilo izsledkov kvalitativnih raziskav in stališč strokovnih delovnih skupin*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Dostopno na: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/zakljucki_ocene_potreb_uporabnikov_in_izvajalcev_preventivnih_programov_za_odrasle.pdf (15. februar 2022).
111. Farkaš Lainščak Jerneja, Uršula Lipovec Čebren. 2016. Uvod. V *Standard za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi ranljivih skupin in orodje za samoocenjevanje zdravstvenih ustanov*. Chiarenza, Antonio, Elizabeth Abraham, Simone Atungo, Isabelle Coune, Julia Puebla Fortier, Manuel Garcia idr., 11–25. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Dostopno na: <https://www.nijz.si/en/node/2757> (15. junij 2021).
112. Ferlie, Ewan B. in Stephen M. Shortell. 2001. Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: a framework for change. *The Milbank Quarterly* 79(2): 281–315.

113. Filej, Bojana, Boris Miha Kaučič, Kristijan Breznik in Tina Razlag Kolar. 2016. Cultural competences of nurses. V *Multicultural society and aging - Challenges for Nursing in Europe: selected chapters*, ur. Miha Kaučič idr., 16–23. Celje: College of nursing.
114. Flores, Glenn. 2005. The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. *Medical Care Research and Review* 62(3): 255–299.
115. Flynn, Patricia M., Hector Betancourt, Natacha D. Emerson, Esmeralda I. Nunez, in Connor M. Nance. 2020. Health professional cultural competence reduces the psychological and behavioral impact of negative healthcare encounters. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology* 26(3): 271.
116. Fullerton, Judith T., Atf Ghérissi, Peter G. Johnson, in Joyce B. Thompson. 2011. Competence and competency: core concepts for international midwifery practice. *International Journal of Childbirth* 1(1): 4–12.
117. Fusch, Patricia I. in Lawrence R. Ness. 2015. Are we there yet? Data saturation in qualitative research. *The Qualitative Report* 20(9): 1408–1416.
118. Galletta, Anne. 2013. *Mastering the semi-structured interview and beyond: From research design to analysis and publication*. New York: NYU Press.
119. Garg, Manish, Gregory L. Peck, Bonnie Arquilla, Andrew C. Miller, Sari E. Soghoian, Harry L. Anderson III, Christina Bloem idr. 2017. A comprehensive framework for international medical programs: A 2017 consensus statement from the American College of Academic International Medicine. *International Journal of Critical Illness and Injury Science* 7(4): 188–200.
120. Gebbie, Kristine, Linda Rosenstock in Lyla M. Hernandez (ur). 2003. *Who will keep the public healthy: Educating public health professionals for the 21st century*. Washington: The national Academies Press.
121. Giacomini, Mita K. in Deborah J. Cook. 2000. Users' guides to the medical literature: XXIII. Qualitative research in health care. Are the results of the study valid? *Jama* 284(3): 357–362.

122. Gibbs, Debra K. in Alicia L. Culleiton. 2016, A project to increase educator cultural competence in mentoring at-risk nursing students. *Teaching and Learning in Nursing* 11(3): 118–125.
123. Goriup, Jana. 2016. Multicultural society and nursing. V *Multicultural society and aging - challenges for nursing in Europe: selected chapters*, ur. Boris Miha Kaučič idr., 4–14. Celje: Visoka zdravstvena šola.
124. Goršič, Nina in Sara Železnik. 2016. Portret migranta v medijih: primerjava slovenskih in belgijskih medijskih prispevkov. V *17. Slovenski dnevi varstvoslovja: zbornik povzetkov, Kranjska gora, 8. in 9. junij 2016*, ur. Benjamin Flander, Igor Areh in Tinkara Pavšič Mrevlje, 114. Ljubljana: Fakulteta za varnostne vede.
125. Gozu, Aysegul, Mary Catherine Beach, Eboni G. Price, Tiffany L. Gary, Karen Robinson, Ana Palacio, Carole Smarth idr. 2007. Self-administered instruments to measure cultural competence of health professionals: a systematic review. *Teaching and Learning in Medicine* 19(2): 180–190.
126. Grant, Darlene in Dennis Haynes. 1995. A developmental framework for cultural competence training with children. *Children & Schools* 17(3): 171–182.
127. Grant, Steven. 2010. Diversity in healthcare: Driven by leadership. *Frontiers of Health Services Management* 26(3): 41–44.
128. Grenier, Marie-Lyne. Cultural competency and the reproduction of White supremacy in occupational therapy education. *Health Education Journal* 79(6): 633–644.
129. Griner, Derek in Timothy B. Smith. 2006. Culturally adapted mental health intervention: A meta-analytic review. *Psychotherapy Theory Research & Practice* 43(4): 531–548. Dostopno na: <https://doi.apa.org/doi/10.1037/0033-3204.43.4.531> (11. junij 2021).
130. Grobelšek Andreja. 2013. Kritična diskurzivna analiza v raziskovanju družbenih manjšin. *Socialna pedagogika* 17(1–2): 1–24.
131. Grosek, Štefan, Rok Kučan, Jon Grošelj, Miha Oražem, Urh Grošelj, Vanja Erčulj, Jaro Lajovic, Ana Borovečki in Blaž Ivanc. 2020. The first nationwide study on facing and solving ethical dilemmas among healthcare professionals in Slovenia.

PloS One 15(7): e0235509. Dostopno na:
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235509> (11. junij 2020).

132. Guest, Greg, Arwen Bunce in Laura Johnson. 2006. How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods* 18(1): 59–82.
133. Halbwachs, Helena. 2016. Predgovor. V *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba: priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev*, ur. Uršula Lipovec Čebren, 7–8. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
134. Halbwachs, Helena. 2019. Kulturna kompetentnost zdravstvenega sistema. V *Medkulturna oskrba v zdravstvu*, ur. Bojana Filej in Boris Miha Kaučič. 65–74. Celje: Visoka zdravstvena šola.
135. Halbwachs, Helena Kristina in Joca Zurc. 2016. Pogled vodilnih medicinskih sester na kulturno kompetentnost zaposlenih v zdravstveni negi. *Družba in znanost v celostni skrbi za človeka: zbornik prispevkov z recenzijo, 4. mednarodna znanstvena konferenca, 11.–12. 3. 2016*, ur. Bojana Filej, 60–68. Maribor: Alma Mater Europaea – ECM.
136. Hammer, Mitchell R., Milton J. Bennett in Richard Wiseman. 2003. Measuring intercultural sensitivity: The intercultural development inventory. *International Journal of Intercultural Relations* 27(4): 421–443.
137. Handtke, Oriana, Benjamin Schilgen in Mike Mösko. 2019. Culturally competent healthcare—A scoping review of strategies implemented in healthcare organizations and a model of culturally competent healthcare provision. *PloS One* 14(7): 1–24.
138. Harper, Maya, Mario Hernandez, Teresa Nesman, Debra Mowery, Janice Worthington in Mareasa Isaacs. 2006. *Organisational Cultural Competence: A review of Assessment Protocols (Making Children's Health Services Successful)*. Tampa, Florida: University of South Florida.
139. Harvey, Michael, Chad Hartnell in Milorad Novicevic. 2004. The inpatriation of foreign healthcare workers: A potential remedy for the chronic shortage of professional staff. *International Journal of Intercultural Relations* 28(2): 127–150.

140. Haven, Tamarinde L. in Leonie Van Grootel. 2019. Preregistering qualitative research. *Accountability in Research* 26(3): 229–244.
141. Henderson, Saras, Maria Horne, Ruth Hills in Elizabeth Kendall. 2018. Cultural competence in healthcare in the community: A concept analysis. *Health & Social Care in the Community* 26(4): 590–603.
142. Hofstede, Geert. 1985. The interaction between national and organizational value systems[1]. *Journal of Management Studies* 22(4): 347–357.
143. Hofstede, Geert. 2011. Dimensionalizing Cultures: The Hofstede Model in Context. Online Readings in Psychology and Culture, 2(1). Dostopno na: <https://doi.org/10.9707/2307-0919.1014> (11. januar 2021).
144. Holloway, Immy in Kathleen Galvin. 2016. *Qualitative research in nursing and healthcare*. West Sussex, UK: John Wiley & Sons.
145. Hong, Alicia Y. in Jinmyoung Cho. 2016. Has the digital health divide widened? Trends of health-related internet use among older adults from 2003 to 2011. *The Journals of Gerontology Series B Psychological Sciences and Social Sciences* 72(5): 856–863.
146. Hsieh, Hsiu-Fang in Sarah E. Shannon. 2005. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research* 15(9): 1277–1288.
147. Huber, Ivanka, Uršula Lipovec Čebren in Sara Pistotnik (ur). 2020. *Neenakosti in ranljivosti v zdravju v Sloveniji: kvalitativna raziskava v 25 okoljih*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
148. Hunter, Jennifer L. in Steven Krantz. 2010. Constructivism in cultural competence education. *Journal of Nursing Education* 49(4): 207–214.
149. Ilaš, Gregor. 2016. Spletna dostopnost : na primeru spletne stran slovenskega etnografskega muzeja. *Etnolog* 26: 217–225.
150. Ingersoll-Dayton, Berit. 2011. The development of culturally-sensitive measures for research on ageing. *Ageing and Society* 31(3): 355–370.
151. International Commission on Occupational Health (ICOH). 2014. *International Code of Ethics for occupational health professionals*. 3. izd. Rome: International

- Comission on Occupational Health. Dostopno na: http://www.icohweb.org/site/multimedia/code_of_ethics/code-of-ethics-en.pdf (16.junij 2021).
152. International Council of Nurses. 2021. *The ICN code of Ethics for Nurses*. Dostopno na: https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web_0.pdf (30. december 2021).
153. International Council of nurses. 2013. *Cultural and linguistic competence. Position Statement*. Dostopno na: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/B03_Cultural_Linguistic_Compentence.pdf (30. marec 2021).
154. ISO/IEC 40500:2012. Information technology — *W3C Web Content Accessibility Guidelines (WCAG) 2.0*. Dostopno na: <https://standards.iso.org/ittf/PubliclyAvailableStandards/index.html> (10. avgust 2021).
155. Jacobs, Elizabeth A., Ginelle Sanchez Leos, Paul J. Rathouz in Paul Fu Jr. 2011. Shared networks of interpreter services, at relatively low cost, can help providers serve patients with limited English skills. *Health Affairs* 30(10): 1930–1938.
156. Jager, Mirjam, Andrea den Boeft, Annika Versteeg-Pieterse, Susanne Leij-Halfwerk, Thomas Pelgrim, Rob van der Sande in Maria van den Muijsenbergh. 2021. Observing cultural competence of healthcare professionals: A systematic review of observational assessment instruments. *Patient Education and Counseling* 104(4): 750–759.
157. Jakič, Maja in Danica Rotar Pavlič. 2016. Patients' perception of differences in general practitioners' attitudes toward immigrants compared to the general population: Qualicopc Slovenia. *Slovenian Journal of Public Health* 55(3): 155–165.
158. Jelenc, Ajda, Marjeta Keršič Svetel in Uršula Lipovec Čebren. 2016. Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba. V *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba: priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev*, ur. Uršula Lipovec Čebren, 11–28. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
159. Jongen, Crystal, Janya McCalman in Roxanne Bainbridge. 2017. The implementation and evaluation of service level health promotion interventions to

- improve cultural competency: a systematic scoping review. *Frontiers in Public Health* 5(24): 1–14.
160. Jongen, Crystal, Janya McCalman, Roxanne Bainbridge in Anton Clifford. 2018a. *Cultural competence in health: a review of the evidence*. Singapore: Springer.
161. Jongen, Crystal, Janya McCalman in Roxanne Bainbridge. 2018b. Healthcare workforce cultural competency interventions: a systematic scoping review. *BMC Health Services Research* 18(1): 1–15.
162. Juckett, Gregory in Kendra Unger. 2014. Appropriate use of medical interpreters. *American Family Physician* 90(7): 476–480.
163. Južnič Mikolič, Tamara in Nike K. Pokorn. 2021. In Search of the Essential Competences for Overcoming Language Barriers in Public Services. *ELOPE: English Language Overseas Perspectives and Enquiries* 18(1): 15–35.
164. Kachur Krajic, Elizabeth in Lisa Altshuler. 2004. Cultural competence is everyone's responsibility! *Medical Teacher* 26(2): 101–105.
165. Kapilashrami, Anuj, Sarah Hill in Nasar Meer. 2015. What can health inequalities researchers learn from an intersectionality perspective? Understanding social dynamics with an inter-categorical approach?. *Social Theory & Health* 13(3): 288–307.
166. Kavčič, Matic, Majda Pahor in Barbara Domajnko. 2015. User involvement in Slovenian healthcare. *Journal of Health Organization and Management* 29(5): 595–610.
167. Kert, Suzana, Igor Švab, Maja Sever, Irena Makivić in Danica Rotar Pavlič. 2015. A cross-sectional study of socio-demographic factors associated with patient access to primary care in Slovenia. *International Journal for Equity in Health* 14(1): 1–9. Dostopno na: <http://dx.doi.org/10.1186/s12939-015-0166-y> (11. junij 2020).
168. Kirmayer, Laurence J. 2012. Rethinking cultural competence. *Transcultural Psychiatry* 49(2): 149–164.
169. Kittler, Pamela, Kathryn P. Sucher in Marcia Nelms. 2017. *Food and Culture*. Belmont: Cengage Learning.

170. Kleinman, Arthur in Peter Benson. 2006. Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Med* 3(10): 1673–1676.
171. Klemenc-Ketiš, Zalika, Robertina Benkovič in Antonija Poplas-Susič. 2019. A Slovenian Model of Comprehensive Care for Patients with Difficulties Accessing Healthcare: A Step Towards Health Equity. *Journal of Community Health Nursing* 36(3): 139–146.
172. *Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije*. 2014. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Dostopno na: https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/kodeks_etike_v_zdravstveni_negi_in_oskrbi_slovenije_marec_2014.pdf (12. januar 2021).
173. Komac, Miran. 2016. Priseljenci: večni tujek ali konstitutivni del slovenske države? V *Raznolikost v raziskovanju etničnosti: izbrani pogledi*, ur. Danijel Grafenauer in Katalin Munda Hirnök, 74–98. Ljubljana: Inštitut za narodnostna vprašanja.
174. Komadina, Radko. 2021. COVID-19 ima številne grozovite učinke – dober stranski učinek epidemije pa je, da je razgalila ključne probleme, ki so bili v slovenskem zdravstvu prisotni že prej. Interv. Diana Zajec. *Zdravstveni portal*, 7. junij. Dostopno na: <https://www.zdravstveniportal.si/zdravstvo/sistem/747/radko-komadina-urgentni-centri-epidemija-cepljenje> (11. marec 2021).
175. Kontos, Emily, Kelly D. Blake, Wen-Ying Sylvia Chou, in Abby Prestin. 2014. Predictors of eHealth usage: insights on the digital divide from the Health Information National Trends Survey 2012. *Journal of Medical Internet Research* 16(7): e172. Dostopno na: <https://doi.org/10.2196/jmir.3117> (20. junij 2021).
176. Korhonen, Heidi, Anna-Maria Tuomikoski, Ashlee Oikarainen, Maria Kääriäinen, Satu Elo, Helvi Kyngäs, Eeva Liikanen in Kristina Mikkonen. 2019. Culturally and linguistically diverse healthcare students' experiences of the clinical learning environment and mentoring: A qualitative study. *Nurse education in practice* 41: 102637.

177. Kumagai, Arno K. in Monica L. Lypson. 2009. Beyond cultural competence: critical consciousness, social justice, and multicultural education. *Academic Medicine* 84(6): 782–787.
178. Kumar, Pradeep, Sasadhar Bera, Tanusree Dutta, in Shibashish Chakraborty. 2018. *Auxiliary flexibility in healthcare delivery system: An integrative framework and implications*. *Global Journal of Flexible Systems Management* 19(2): 173–186.
179. Lamb, H. Richard, Linda E. Weinberger in Walter J. DeCuir Jr. 2002. The police and mental health. *Psychiatric Services* 53(10): 1266–1271.
180. Le Couteur, David, Rozalyn M. Anderson in Anne B. Newman. (2020). COVID-19 through the lens of gerontology. *The Journals of Gerontology: Series A* 75(9): e119–e120. Dostopno na: <https://doi.org/10.1093/gerona/glaa077> (11. junij 2021).
181. Lichon, Mateusz, Matic Kavcic in Daniel Masterson. 2015. A comparative study of contemporary user involvement within healthcare systems across England, Poland and Slovenia. *Journal of Health Organization and Management* 29(5): 625–636.
182. Lin, Mei-Hsiang in Hsiu-Chin Hsu. 2020. Effects of a cultural competence education programme on clinical nurses: A randomised controlled trial. *Nurse Education Today* 88: 104385. Dostopno na: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104385> (12. junij 2021).
183. Lipovec Čebren, Uršula, Marjetka Keršič-Svetel, Sara Pistotnik, Špela Fistrič in Ajda Jelenc. 2015. Zdravstveno marginalizirane skupine: prepreke, ovire, nepremostljivi zidovi do zdravja. V *Zaključki ocene potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle: poročilo izsledkov kvalitativnih raziskav in stališč strokovnih delovnih skupin*, ur. Farkaš Lainščak Jerneja, Buzeti Tatjana, Maučec Zakotnik Jožica, 25–61. Ljubljana, Nacionalni inštitut za javno zdravje.
184. Lipovec Čebren, Uršula in Sara Pistotnik. 2015. Iluzija o univerzalnem dostopu do zdravstvenega zavarovanja: ndržavljeni, prekarni, revni kot zdravstveno nezavarovani prebivalci. *Emolog* 25: 89–111.
185. 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. Farkaš Lainščak Jerneja, 14–25. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
186. Lipovec Čebtron, Uršula. 2017. »Ko nujno postane nenujno«: raziskovanje zdravstvenih vidikov migracije v Slovenije. *Glasnik Slovenskega etnološkega društva* 57(1–2): 54–64.
187. 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 SANU* 66(3): 657–673.
188. Lipovec Čebtron, Uršula, Sara Pistotnik, Jerneja Farkaš Lainščak in Ivanka Huber. 2019. Medkulturne kompetence in zdravstvena oskrba v Sloveniji. V *Medkulturna oskrba v zdravstvu*, ur. Bojana Filej in Boris Miha Kaučič, 35–49. Celje: Visoka zdravstvena šola.
189. 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. Nike Kocijančič-Pokorn in Uršula Lipovec Čebtron, 78–91. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete.
190. Lipovec Čebtron, Uršula in Ivanka Huber. 2020. Cultural Competence and Healthcare. Experiences from Slovenia. *Etnološka tribina: Godišnjak Hrvatskog etnološkog društva* 50(43): 68–88.
191. Lipovec Čebtron, Uršula. 2021. Language as a Trigger for Racism: Language Barriers at Healthcare Institutions in Slovenia. *Social Sciences* 10(4): 1–17.
192. Loftin, Collette, Vicki Hartin, Marietta Branson in Helen Reyes. 2013. Measures of cultural competence in nurses: An integrative review. *The Scientific World Journal* 2013(4): 289101. Dostopno na: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/289101> (11. junij 2021).
193. Lukšič-Hacin, Marina, Mirjam Milharčič Hladnik in Mitja Sardoč. 2011. *Medkulturni odnosi kot aktivno državljanstvo*. Ljubljana: Založba ZRC.

194. Lundin, Christina, Emina Hadziabdic in Katarina Hjelm. 2018. Language interpretation conditions and boundaries in multilingual and multicultural emergency healthcare. *BMC International Health and Human Rights* 18: 23. Dostopno na: <https://doi.org/10.1186/s12914-018-0157-3> (11. maj 2021).
195. Macur, Mirna. 2018. Anketiranje pacientov kot orodje za večjo odzivnost v zdravstvu. V *Izzivi globalizacije in družbeno ekonomsko okolje EU: zbornik prispevkov: mednarodna znanstvena konferenca, Novo mesto, 17. maj 2018*, ur. Jasmina Starc, 305–309. Novo mesto: Univerza v Novem mestu, Fakulteta za ekonomijo in informatiko, Fakulteta za poslovne in upravne vede.
196. Majcen, Ivana in Karmen Drljić. 2015. *Razvijamo medkulturnost kot novo obliko sobivanja: raziskovalno poročilo v okviru projekta Razvijamo medkulturnost kot novo obliko sobivanja. Izboljšanje usposobljenosti strokovnih delavcev za uspešnejše vključevanje učencev in dijakov priseljencev v vzgojo in izobraževanje*. Ljubljana: ISA institut. Dostopno na: <http://www.medkulturnost.si/wp-content/uploads/2013/11/Raziskovalno-poro%C4%8Dilo1.pdf> (27. junij 2021).
197. Majcen, Milena. 2009. *Management kompetenc: izdelava modela kompetenc ter njegova uporaba za razvoj kadrov in za vodenje zaposlenih k doseganju ciljev*. Ljubljana: GV Založba.
198. Malterud, Kirsti. 2001. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet* 358: 483–488.
199. Manning, M. Lee, Leroy G. Baruth, in G. Lea Lee. 2017. *Multicultural education of children and adolescents*. New York: Taylor & Francis.
200. Mannion, Russell in Huw Davies. 2018. Understanding organisational culture for healthcare quality improvement. *BMJ* 363. Dostopno na: <https://www.bmj.com/content/bmj/363/bmj.k4907.full.pdf> (12. april 2021).
201. Marcelin, Jasmine R., Dawd S. Siraj, Robert Victor, Shaila Kotadia in Yvonne A. Maldonado. 2019. The impact of unconscious bias in healthcare: how to recognize and mitigate it. *The Journal of Infectious Diseases* 220(Suppl. 2): S62–S73.
202. Martin, Elisha M. in Thomas W. Barkley Jr. 2016. Improving cultural competence in end-of-life pain management. *Nursing* 46(1): 32–41.

203. Mauthner, Natasha S. in Andrea Doucet. 2003. Reflexive accounts and accounts of reflexivity in qualitative data analysis. *Sociology* 37(3): 413–431.
204. Mayring, Philipp. 2000. Qualitative Content Analysis. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 1(2), Art. 20. Dostopno na: <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1089/2386> (20.avgust 2021).
205. Mayring, Philipp. 2007. On Generalization in Qualitatively Oriented Research. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 8(3), Art. 26. Dostopno na: <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/291/642> (21.avgust 2021).
206. Mazanec, Polly in Mary Kay Tyler. 2003. Cultural Considerations in End-of-Life Care: How ethnicity, age, and spirituality affect decisions when death is imminent. *The American Journal of Nursing* 103(3): 50–58.
207. McCalman, Janya, Crystal Jongen in Roxanne Bainbridge. 2017. Organisational systems' approaches to improving cultural competence in healthcare: a systematic scoping review of the literature. *International Journal for Equity in Health* 16(1): 1–17. Dostopno na: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-017-0571-5> (11. april 2021).
208. McConnell, Edwina A. 2001. Competence vs. competency. *Nursing Management* 32(5): 14–17.
209. McInnes, Nicholas in Bo J. A. Haglund. 2011. Readability of online health information: implications for health literacy. *Informatics for Health and Social Care* 36(4): 173–189.
210. McQuail, D. 2010. *McQuail's Mass Communication Theory*. London: SAGE.
211. Mews, Claudia, Sylvie Schuster, Christian Vajda, Heide Lindtner-Rudolph, Luise E. Schmidt, Stefan Bösner, Leyla Güzelsoy idr. 2018. Cultural competence and global health: Perspectives for medical education – Position paper of the GMA committee on cultural competence and global health. *GMS Journal for Medical Education* 35(3): 1–17. Dostopno na: <https://www.egms.de/static/pdf/journals/zma/2018-35/zma001174.pdf> (20. marec 2021).

212. Milavec Kapun, Marija, Uršula Lipovec Čebren, Tanja Korošec, Sara Pistotnik, Simona Jazbinšek in Vesna Homar. 2017. Strategije premagovanja jezikovnih ovir med medicinskimi sestrami. V *Medicinske sestre in babice - ključne za zdravstveni sistem: zbornik prispevkov z recenzijo*, ur. Suzana Majcen Dvoršak idr., 564–573. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
213. Milavec Kapun, Marija in Nike K. Pokorn. 2019. Jezikovne kompetence zdravstvenih delavcev. V *Večjezično zdravje: komunikacijske strategije in večkulturni stiki s tujejezičnimi bolniki v slovenskem zdravstvenem sistemu*, ur. Nike Kocijančič-Pokorn in Uršula Lipovec Čebren, 48–65. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete.
214. Minde, Gunn-Tove. 2015. A culturally-sensitive approach to elderly care. *Journal of Gerontology and Geriatric Research* 4(5): 1000241. Dostopno na: <http://dx.doi.org/10.4172/2167-7182.1000241> (11. januar 2021).
215. Ministrstvo za kulturo Republike Slovenije. 2021. *Verske skupnosti*. Dostopno na: <https://www.gov.si teme/verske-skupnosti/> (11. junij 2021).
216. Ministrstvo za zdravje. 2016. *Analiza zdravstvenega sistema v Sloveniji. Povzetek in ključne ugotovitve*. Dostopno na: 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 (19. maj 2021).
217. Ministrstvo za zdravje. 2021a. *Zdravje*. Dostopno na: <https://www.gov.si/podrocja/zdravje/> (2. januar 2021).
218. Ministrstvo za zdravje. 2021b. *Kakovost, varnost in dostopnost zdravstvenega varstva*. Dostopno na: <https://www.gov.si/podrocja/zdravje/dostopnost-in-varnost-zdravstvenega-varstva/> (2. januar 2021).
219. Mlinšek, Aleksander. 2012. Etičnost razmišljanja in diskriminacija v zdravstveni negi. *Revija za univerzalno odličnost* 1(1): 20–29.

220. Moher, David, Alessandro Liberati, Jennifer Tetzlaff, Douglas G. Altman in PRISMA Group. 2009. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Medicine* 6(7): e1000097. Dostopno na: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097> (11. maj 2021).
221. Murphy, Sharon C. 2006. Mapping the literature of transcultural nursing. *Journal of the Medical Library Association* 94(2): E143–E151. Dostopno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1463039/> (30. oktober 2019).
222. Napier, David A., Michael H. Depledge, Michael Knipper, Rebecca Lovell, Eduard Ponarin, Emilia Sanabria in Felicity Thomas. 2017. *Culture matters: using a cultural contexts of health approach to enhance policy-making*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe. Dostopno na: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/334269/14780_World-Health-Organisation_Context-of-Health_TEXT-AW-WEB.pdf?ua=1 (16. marec 2018).
223. National Quality Forum. 2009. A Comprehensive Framework and Preferred Practices for Measuring and Reporting Cultural Competency: A Consensus Report. Washington, DC: NQF. Dostopno na: <https://www.qualityforum.org/WorkArea/linkit.aspx?LinkIdentifier=id&ItemID=2> 2024 (12. november 2020).
224. Nayak, Anoop. 2006. After race: Ethnography, race and post-race theory. *Ethnic and Racial Studies* 29(3): 411–430.
225. NIJZ (Nacionalni inštitut za javno zdravje). 2020. *Zdravstveni statistični letopis Slovenije 2018*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Dostopno na: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/publikacije/letopisi/2018/zdravstvenistatisticniletomis_2018.pdf (22. maj 2021).
226. NIJZ (Nacionalni inštitut za javno zdravje). 2021. *Projekt Dvig zdravstvene pismenosti v Sloveniji (ZaPiS)*. Dostopno na: <https://www.nijz.si/sl/projekt-zapis-dvig-zdravstvene-pismenosti-v-sloveniji> (27. februar 2021).
227. NTAC (National Technical Assistance Center for State Mental Health Planning) in NASMHPD (National Association of State Mental Health Program Directors). 2004. *Cultural Competency: Measurement as a Strategy for Moving Knowledge into*

- Practice in State Mental Health Systems: Final report*. Alexandria, VA: National Technical Assistance Center for State Mental Health Planning. Dostopno na: https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/cult%20comp_0.pdf (7. maj 2020).
228. OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development). 2019. *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing. Dostopno na: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/802338c3-en.pdf?expires=1624888570&id=id&accname=guest&checksum=791663B79F5291CF69EAED8884C1A330> (11. maj 2021).
229. Office of Minority Health. 2013. *National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health and Health Care: A Blueprint for Advancing and Sustaining CLAS Policy and Practice*. U.S. Department of Health and Human Services. Dostopno na: <https://minorityhealth.hhs.gov/omh/browse.aspx?lvl=2&lvlid=53> (17. oktober 2020).
230. Oikarainen, Ashlee, Kristina Mikkonen, Anna-Maria Tuomikoski, Satu Elo, Salla Pitkänen, Heidi Ruotsalainen in Maria Kääriäinen. 2018. Mentors' competence in mentoring culturally and linguistically diverse nursing students during clinical placement. *Journal of Advanced Nursing* 74(1): 148–159.
231. Ovsenik, Marija. 2000. Social management in Slovenia - transition problems or towards a new social work theory? *Društvena istraživanja: Journal for General Social Issues* 9(1): 137–155.
232. Ovsenik, Marija in Milan Ambrož. 2010. *Celovitost in neznatnost organizacije*. Ljubljana: Institut za management.
233. Ovsenik, Marija, Smiljana Fister in Nikolaj Lipič. 2012. Leonardo da Vinci - Mobility: the challenges of training and education for providing gerontology services. V *Intergenerational solidarity and older adults education in community: The Third Conference of the ESREA Network on Education and Learning of Older Adults, 19–21 September 2012, Ljubljana, Slovenia*, ur. Sabina Jelenc Krašovec in Marko Radovan, 310–320. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete.

234. Ovsenik, Rok in Marija Ovsenik. 2015. Creativity - life imperative of individuals and organisations. *Innovative Issues and Approaches in Social Sciences* 8(2): 150–164.
235. Organizacija združenih narodov. 1966. *Mednarodni pakt o ekonomskih, socialnih in kulturnih pravicah*. Dostopno na: https://www.varuh-rs.si/fileadmin/user_upload/PRAVNE_PODLAGE/Mednarodne_konvencije_-_OZN/Mednarodni_pakt_o_ekonomskih_socialnih_in_kulturnih_pravicah/Mednarodni_pakt_o_ekonomskih_socialnih_in_kulturnih_pravicah.pdf (14. marec 2020).
236. Paasche-Orlow, Michael. 2004. The ethics of cultural competence. *Academic Medicine* 79(4): 347–350.
237. Papadopoulos Irena. 2006. The Papadopoulos, Tilki and Taylor Model of Developing Cultural Competence. V *Transcultural Health and Social Care: Development of culturally competent practitioners*, ur. Papadopoulos Irena, 7–23. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.
238. Parker Victoria A. in Scott Miyake Geron. 2007. Cultural competence in nursing homes: Issues and implications for education. *Gerontology & Geriatrics Education* 28(2): 37–54.
239. Paternotte, Emma, Sandra van Dulmen, Nadine van der Lee, Albert J. J. A. Scherpbier in Fedde Scheele. 2015. Factors influencing intercultural doctor-patient communication: A realist review. *Patient Education and Counseling* 98(4): 420–445.
240. Perko, Denis, Mircha Poldrugovac, Robert Potisek, Blashko Kasapinov, Mojca Simončič, Matej Vinko, Dušan Josar, Vesna Zupančič, Mojca Presečnik, Anita Jacovič in Kenneth Grech. (2019). *Health System Performance Assessment for Slovenia*. Dostopno na: <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/Kakovost-zdravstvenega-varstva/HEALTH-SYSTEM-PERFORMANCE-ASSESSMENT-FOR-SLOVENIA.pdf> (11. maj 2021).
241. Pistotnik, Sara. 2019. Pravni statusi nedržavljanov in z njimi povezane ovire pri dostopu do zdravstvene obravnave. V *Večjezično zdravje: komunikacijske strategije*

- in večkulturni stiki s tujejezičnimi bolniki v slovenskem zdravstvenem sistemu*, ur. Nike Kocijančič-Pokorn in Uršula Lipovec Čebren, 66–77. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete.
242. Pokorn, Nike K. 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. Nike Kocijančič-Pokorn in Uršula Lipovec Čebren, 30–47. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete.
243. Pope, Catherine, Sue Ziebland in Nicholas Mays. 2000. Analysing qualitative data. *BMJ* 320(7227): 114–116.
244. Powell, Dorothy. (2016). Social determinants of health: Cultural competence is not enough. *Creative Nursing* 22(1): 5–10.
245. Powers, Thomas L. in Eric P. Jack. 2008. Using volume flexible strategies to improve customer satisfaction and performance in health care services. *Journal of Services Marketing* 22(3): 188–197.
246. Požun, Peter. 2019. *Zapis sestanka na temo Zagotavljanje dovoljšnjega števila ustreznih kadrov v zdravstveni in babiški negi v Republiki Sloveniji*. Dostopno na: http://www.ds-rs.si/sites/default/files/dokumenti/ds_etc_nujnost_zagotavljanja_kadrov_za_zdravstvo_2019_zapisnik.pdf (11. marec 2021).
247. *Pravilnik o organizaciji in izvajanju verske duhovne oskrbe v bolnišnicah in pri drugih izvajalcih zdravstvenih storitev*. Ur. l. RS, št. 100/08.
248. Prosen, Mirko. 2015. Introducing transcultural nursing education: Implementation of transcultural nursing in the postgraduate nursing curriculum. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 174: 149–155.
249. Prosen, Mirko. 2018. Developing cross-cultural competences: opportunity for ensuring health and healthcare equality and equity. *Obzornik zdravstvene nege* 52(2): 76–80.
250. Prosen, Mirko, Sabina Ličen, Urška Bogataj, Doroteja Rebec in Igor Karnjuš. 2019. Migrant Women's Perspectives on Reproductive Health Issues and Their Healthcare

- Encounters. V *Women, Migrations and Health: Ensuring Transcultural Healthcare*, ur. Igor Karnjuš, Sabina Ličen in Mirko Prosen, 117–137. Koper: University of Primorska Press.
251. Purnell, Larry. 2005. The Purnell model for cultural competence. *Journal of Transcultural Nursing* 11(2): 7–15.
 252. Purnell, Larry. 2012. *Transcultural health care: A culturally competent approach*. Philadelphia: FA Davis Company.
 253. Purnell, Larry. 2019. Update: The Purnell theory and model for culturally competent health care. *Journal of Transcultural Nursing* 30(2): 98–105.
 254. Putney, Norella M., Dawn E. Alley in Vern L. Bengtson. 2005. Social gerontology as public sociology in action. *The American Sociologist* 36(3–4): 88–104.
 255. Rawal, Shail, Jeevitha Srighanthan, Arthi Vasantharoopan, Hanxian Hu, George Tomlinson, and Angela M. Cheung. 2019. Association between limited English proficiency and revisits and readmissions after hospitalization for patients with acute and chronic conditions in Toronto, Ontario, Canada. *Jama* 322(16): 1605–1607.
 256. Rechel, Bernd, Philipa Mladovsky, David Ingleby, Johan P. Mackenbach in Martin McKee. 2013. Migration and health in an increasingly diverse Europe. *The Lancet* 381(9873): 1235–1245.
 257. Reddy, Sreedhar in M. Anitha. 2015. Culture and its influence on nutrition and oral health." *Biomedical & Pharmacology Journal* 8, (October Spl edition): 613–620. Dostopno na: <https://dx.doi.org/10.13005/bpj/757> (17. junij 2021).
 258. Reese, Dona J., Sarah Buila, Sarah Cox, Jessica Davis, Meaghan Olsen in Elaine Jurkowski. 2017. University–community–hospice partnership to address organizational barriers to cultural competence. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* 34(1): 64–78. Dostopno na: <https://doi.org/10.1177%2F1049909115607295> (17. maj 2021).
 259. Resnicow, Ken, Robin Soler, Ronald L. Braithwaite, Jasjit S Ahluwalia in Jacqueline Butler. 2000. Cultural sensitivity in substance use prevention. *Journal of Community Psychology* 28(3): 271–290.

260. *Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja«*. Ur. l. RS, št. 25/16.
261. Robinson, Laura, Sheila R. Cotten, Hiroshi Ono, Anabel Quan-Haase, Gustavo Mesch, Wenghong Chen, Jeremy Schulz, Timothy M. Hale in Michael J. Stern. 2015. Digital inequalities and why they matter. *Information, Communication & Society*, 18(5): 569–582.
262. Rubin, Herbert J., in Irene S. Rubin. 2011. *Qualitative interviewing: The art of hearing data*. Thousand Oaks: Sage Publications Inc.
263. Saccomano, Scott J. in Geraldine A. Abbatiello. 2014. Cultural considerations at the end of life. *The Nurse Practitioner* 39(2): 24–31.
264. Saha, Somnath, Mary Catherine Beach in Lisa A. Cooper. 2008. Patient centeredness, cultural competence and healthcare quality. *Journal of the National Medical Association* 100(11): 1275–1285.
265. Sestoft, D., M. F. Rasmussen, Kathrine Vitus in L. Kongsrud. 2014. The police, social services and psychiatry cooperation in Denmark: a new model of working practice between governmental sectors. A description of the concept, process, practice and experience. *International Journal of Law and Psychiatry* 37(4): 370–375.
266. Shapiro, Johanna, Judy Hollingshead in Elizabeth H. Morrison. 2002. Primary care resident, faculty, and patient views of barriers to cultural competence, and the skills needed to overcome them. *Medical Education* 36(8): 749–759. Dostopno na: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2002.01270.x> (11. april 2021).
267. Shaw-Taylor, Yoku in Brenda Benesch. 1998. Workforce diversity and cultural competence in healthcare. *Journal of Cultural Diversity* 5(4): 138–146.
268. Shaya, Fadia T. in Confidence M. Gbarayor. 2006. The Case for Cultural Competence in Health Professions Education. *American Journal of Pharmaceutical Education* 70(6): 124. Dostopno na: <https://dx.doi.org/10.5688%2Faj7006124> (11. 3. 2021).
269. Shelley, Phillip, Prue Leith, Andy Burman, Balwinder Dhoot, Craig Smith, David Alexander, Emma Brookes et al. 2020. *Report of the Independent Review of NHS*

- Hospital Food*. London: Department of Health and Social Care. Dostopno na: <https://www.gov.uk/government/publications/independent-review-of-nhs-hospital-food> (10. marec 2021).
270. Shenton, Andrew K. 2004. Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information* 22(2): 63–75.
271. Shepherd, Stephane M., Cynthia Willis-Esqueda, Danielle Newton, Diane Sivasubramaniam in Yin Paradies. 2019. The challenge of cultural competence in the workplace: perspectives of healthcare providers. *BMC Health Services Research* 19(1): 1–11. Dostopno na: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3959-7> (1. junij 2021).
272. Shepherd, Stephane M. 2019. *Cultural awareness workshops: limitations and practical consequences*. BMC Medical Education 19(1): 1–10.
273. Singleton, Kate in Elizabeth Krause. 2009. Understanding cultural and linguistic barriers to health literacy. *The Online Journal of Issues in Nursing* 14(3): 4. Dostopno na: <http://dx.doi.org/10.3912/OJIN.Vol14No03Man04> (11. junij 2021).
274. Sium, Aman, Meredith Giuliani in Janet Papadacos. 2017. The persistence of the pamphlet: on the continued relevance of the health information pamphlet in the digital age. *Journal of Cancer Education* 32(3): 483–486.
275. Slovensko zdravniško društvo in Zdravniška zbornica Slovenije. 2016. *Kodeks zdravniške etike*. 2016. *Isis* 11: 17–21. Dostopno na: <https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/zbornicni-akti/kodeks-2016.pdf?sfvrsn=4> (17. januar 2021).
276. Smith, Mark J. 2000. *Culture: Reinventing the social sciences*. Philadelphia: Open University Press.
277. Smrdelj, Rok. 2019. Medijsko poročanje o beguncih in migrantih v Sloveniji po letu 1991: stanje raziskav in prihodnje pespektive. V *Znanost in družbe prihodnosti: zbornik prispevkov*, ur. Miroljub Ignjatović, Aleksandra Kanjuo Mrčela in Roman Kuhar, 211–216. Ljubljana: Slovensko sociološko društvo.
278. Sorensen, Janne, Marie Norredam, Nisha Dogra, Marie-Louise Essink-Bot, Jeanine Suurmond, and Allan Krasnik. 2017. Enhancing cultural competence in medical

- education. *International Journal of Medical Education* 8: 28–30. Dostopno na: <https://dx.doi.org/10.5116/2Fijme.587a.0333> (11. maj 2021).
279. Sorensen, Janne, Marie Norredam, Jeanine Suurmond, Olivia Carter-Pokras, Manuel Garcia-Ramirez in Allan Krasnik. 2019. Need for ensuring cultural competence in medical programmes of European universities. *BMC Medical Education* 19(1): 21. Dostopno na: <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1449-y> (11. maj 2021).
280. Sparks, Colin. 2013. What is the »Digital Divide« and why is it important?. *Javnost - The Public* 20(2): 27–46.
281. *Splošna deklaracija človekovih pravic*. 1948. Dostopno na: <https://www.varuh-rs.si/index.php?id=102> (14. maj 2021).
282. Stacey, Gemma, Kirsty Johnston, Theo Stickley in Bob Diamond. 2011. How do nurses cope when values and practice conflict?. *Nursing Times* 107(5): 20–23.
283. Stanojević-Jerković, Olivera. 2018. Socialne determinante zdravja in ranljivost. V *Javnozdravstveni pristopi, namenjeni romski etnični skupnosti v Sloveniji*, ur. Tatjana Krajnc Nikolić, 15–23. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
284. Starc, Jasmina in Karmen Erjavec. 2017. Impact of the Dimensions of Diversity on the Quality of Nursing Care: The Case of Slovenia. *Open access Macedonian Journal of Medical Sciences* 5(3): 383–390.
285. Statistični urad Republike Slovenije. 2017. *Povsod je lepo: turisti in turizem v številkah*. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije. Dostopno na: https://www.stat.si/StatWeb/File/DocSysFile/9602/povsod_je_lepo.pdf (11. marec 2021).
286. Statistični urad Republike Slovenije. 2021. *Število in sestava prebivalstva*. Dostopno na: <https://www.stat.si/StatWeb/Field/Index/17/104> (11. maj 2021).
287. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. 2014. *Improving Cultural Competence. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 59*. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
288. Sue, Derald Wing. 2001. Multidimensional facets of cultural competence. *The counseling psychologist* 29(6): 790–821.

289. Swedish, Joseph R. 2010. Practitioner application: From the Perspective of CEOs: What Motivates Hospitals to Embrace Cultural Competence?. *Journal of Healthcare Management* 55(5): 351–352.
290. Škraban, Jus. 2020. Uvod k slovenski izdaji. V *Standardi medkulturne mediacije v zdravstvu*, avt. Hans Verrept in Isabelle Coune. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
291. Škraban, Juš in Uršula Lipovec Čebren. 2021. *Medkulturna mediacija in zdravstvo v Sloveniji*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete.
292. Taatila, Vesa. 2004. *The concept of organizational competence: a foundational analysis*. Doctoral Dissertation, University of Jyväskylä.
293. Taylor, Janelle S. 2003. Confronting “culture” in medicine's “culture of no culture”. *Academic Medicine* 78(6): 555–559.
294. Taylor, Rosemarie. 2005. Addressing barriers to cultural competence. *Journal for Nurses in Professional Development* 21(4): 135–142.
295. Tehee, Melissa, Devon Isaacs in Melanie M. Domenech Rodríguez. 2020. The elusive construct of cultural competence. V *Handbook of Cultural Factors in Behavioral Health: A Guide for the Helping Professional*, ur. Lorraine Benuto, Frances Gonzalez in Jonathan Singer, 11–24. Cham: Springer International Publishing
296. The Lewin Group. 2002. *Indicators of Cultural Competence in Health Care Delivery Organizations: An Organizational Cultural Competence Assessment Profile*. Dostopno na: <https://www.hrsa.gov/CulturalCompetence/healthdlvr.pdf> (3. september 2017).
297. Thom, David H., Miguel D. Tirado, Tommy L. Woon, in Melen R. McBride. 2006. Development and evaluation of a cultural competency training curriculum. *BMC medical education* 6(1):1–9.
298. Truong, Mandy, Yin Paradies in Naomi Priest. 2014. Interventions to improve cultural competency in healthcare: a systematic review of reviews. *BMC Health Services Research* 14(99): 1–17. Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24589335> (31. avgust 2017).

299. UNESCO. 2009. *Investing in Cultural Diversity and Intercultural Dialogue: UNESCO World Report*. Paris: UNESCO Publishing. Dostopno na: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001852/185202e.pdf> (20. maj 2020).
300. United Nations Economic and Social Council. 2000. *Substantive issues arising in the implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights: General Comment No. 14, 2000*. Dostopno na: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2f2000%2f4&Lang=en (20. marec 2020).
301. *Uredba (EU) 2016/679 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 27. aprila 2016 o varstvu posameznikov pri obdelavi osebnih podatkov in o prostem pretoku takih podatkov ter o razveljavitvi Direktive 95/46/ES (Splošna uredba o varstvu podatkov)*. Dostopno na: <https://op.europa.eu/sl/publication-detail/-/publication/3e485e15-11bd-11e6-ba9a-01aa75ed71a1/language-sl> (5. junij 2021).
302. Van den Brink, Rob HS, Jan Broer, Alfons J. Tholen, Wim H. Winthorst, Ellen Visser in Durk Wiersma. 2012. Role of the police in linking individuals experiencing mental health crises with mental health services. *BMC Psychiatry* 12(1): 1–7.
303. Van Dijk, Teun A. 1993. Principles of critical discourse analysis. *Discourse & Society* 4(2): 249–283.
304. Van der Heide, Iris, Monique Heijmans in Jany Rademakers. 2019. Health literacy policies: European perspectives. V *International Handbook of Health Literacy*, ur. Orkan Okan, Ulrich Bauer, Diane Zamir-Levin, Paulo Pinheiro, Kristine Sørensen, 403–418. Bristol: Policy Press.
305. Van Driel, Marinus, in William K. Gabrenya Jr.. 2013. Organizational cross-cultural competence: Approaches to measurement. *Journal of cross-cultural psychology* 44(6): 874–899.
306. Van Gool, Frank, Nicolet C. M. Theunissen, Joyce J. P. A. Bierbooms in Inge M. B. Bongers. 2017. Literature study from a social ecological perspective on how to create flexibility in healthcare organisations. *International Journal of Healthcare Management* 10(3): 184–195.

307. Van Ngo, Hieu. 2009. Patchwork, sidelining and marginalization: Services for immigrant youth. *Journal of Immigrant & Refugee Studies* 7(1): 82–100.
308. Verkuyten, Maykel. 2014. *Identity and cultural diversity: What social psychology can teach us*. London: Routledge.
309. Verkuyten, Maykel, Kumar Yogeeswaran in Levi Adelman. 2019. Intergroup toleration and its implications for culturally diverse societies. *Social Issues and Policy Review* 13(1): 5–35.
310. Verrept, Hans in Isabelle Coune. 2016. *Guide for intercultural mediation in health care*. Brussels: Federal Public Service Public Health, Food Chain Safety and Environment.
311. Vertot, Petronela. 2009. *Medkulturni dialog v Sloveniji*. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije. Dostopno na: http://www.stat.si/doc/pub/medkulturni_dialog-SLO.pdf (15. maj 2021).
312. Vlada Republike Slovenije. 2020. *Državno poročilo o stanju varstva pacientovih pravic za leto 2019*. Dostopno na: <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/Drzavno-porocilo-o-stanju-varstva-pacientovih-pravic-za-leto-2019.pdf> (11. maj 2021).
313. Vrhovec, Jure in Maks Tajnikar. 2016. Population ageing and healthcare demand: The case of Slovenia. *Health Policy* 120(11): 1329–1336.
314. Wadhwa, Subhash, Jitendra Madaan in Avneet Saxena. 2007. Need for flexibility and innovation in healthcare management systems. *Global Journal of Flexible Systems Management* 8(1–2): 45–54.
315. Wall-Bassett, Elizabeth in Nancy Harris. 2017. Promoting Cultural Competency: A Nutrition Education Model for Preparing Dietetic Students and Training Paraprofessionals in an International Setting. *Global Journal of Health Science* 9(7): 108. Dostopno na: <https://doi.org/10.5539/gjhs.v9n7p108> (17. junij 2021).
316. Wang, Jianglong. 2011. Communication and cultural competence: The acquisition of cultural knowledge and behavior. *Online Readings in Psychology and Culture* 7(1). Dostopno na: <https://doi.org/10.9707/2307-0919.1064> (11. maj 2021).

317. Wang, Monica L., Pamela Behrman, Akilah Dulin, Monica L. Baskin, Joanna Buscemi, Kassandra I. Alcaraz, Carly M. Goldstein, Tiffany L. Carson, Megan Shen, in Marian Fitzgibbon. 2020. Addressing inequities in COVID-19 morbidity and mortality: research and policy recommendations. *Translational Behavioral Medicine* 10(3): 516–519.
318. Watson, Jean. 2002. Nursing: seeking its source and survival. *ICUs and Nursing Web Journal*, 9: 1–7.
319. *WCAG Checklists*. 2019. Dostopno na: <https://www.wuhcag.com/wcag-checklist/> (27. april 2019).
320. Weech-Maldonado, Robert, Janice L. Dreachslin, Julie Brown, Rohit Pradhan, Kelly L. Rubin, Cameron Schiller in Ron D. Hays. 2012. Cultural competency assessment tool for hospitals: Evaluating hospitals' adherence to the culturally and linguistically appropriate services standards. *Health Care Management Review* 37(1): 54. Dostopno na: <http://dx.doi.org/10.1097/HMR.0b013e31822e2a4f> (11. junij 2021).
321. Weech-Maldonado, Robert, Janice L. Dreachslin, Josué Patien Epané, Judith Gail, Shivani Gupta in Joyce Anne Wainio. 2018. Hospital cultural competency as a systematic organizational intervention: Key findings from the national center for healthcare leadership diversity demonstration project. *Health care management review* 43(1): 30–41.
322. WHO (World Health Organisation). 1994. *A Declaration on the Promotion of Patients Rights in Europe*. Dostopno na: https://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf (20. september 2020).
323. WHO (World Health Organization). 2000. *The World Health Report 2000: Health systems: improving performance*. Geneva: WHO Press. Dostopno na: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf (25. maj 2019).
324. WHO (World Health Organization). 2016. *Health workforce and services. Draft global strategy on human resources for health: workforce 2030*. Dostopno na: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_38-en.pdf (11. april 2021).

325. WHO (World Health Organization). 2020. *Integrated, person-centred primary health care produces results: case study from Slovenia*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe. Dostopno na: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336184/9789289055284-eng.pdf> (26. maj 2021).
326. WHO (World Health Organization). 2021. *The Global Health Observatory. Health equity monitor: About the Health Equity Monitor*. Dostopno na: <https://www.who.int/data/gho/health-equity/about> (12. maj 2021)
327. Wiley, Adrienne. 2009. At a cultural crossroads: Lessons on culture and policy from the New Zealand Disability Strategy. *Disability and Rehabilitation* 31(14): 1205–1214.
328. World Medical Association. 2020. *WMA Declaration of Oslo on Social Determinants of health*. 2020. Dostopno na: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-oslo-on-social-determinants-of-health/> (15. junij 2020).
329. Wright, Stephen C. in Donald M. Taylor. 2007. The social psychology of cultural diversity: Social stereotyping, prejudice, and discrimination. V *The SAGE handbook of social psychology: Concise student edition*, ur. Michael A. Hogg in Joel Cooper, 361–387. London: SAGE Publications Ltd.
330. Young, Susan in Kristina L. Guo. 2020. Cultural diversity training: the necessity of cultural competence for health care providers and in nursing practice. *The Health Care Manager* 39(2): 100–108.
331. Zabukovec, Mojca. 2018. Zakonsko zavarovani, a v praksi brez pravic. *Delo*, 4. oktober. Dostopna na: <https://www.delo.si/lokalno/ljubljana-in-okolica/zakonsko-zavarovani-a-v-praksi-brez-pravic/> (11. april 2021).
332. *Zakon o dostopnosti spletišč in mobilnih aplikacij (ZDSMA)*. Ur. l. RS 30/2018.
333. *Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP)*. Ur. l. RS 15/2008.
334. *Zakon o verski svobodi (ZVS)*. Ur. l. RS, št. 14/07, 46/10 – odl. US, 40/12 – ZUJF in 100/13).

335. *Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej)*. Ur. l. RS, št. 23/05 (s poznejšimi spremembami in dopolnitvami).
336. *Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ)*. Ur. l. RS, št. 72/06 (s poznejšimi spremembami in dopolnitvami).
337. Zakrajšek, Viktorija in Tatjana Krajnc-Nikolić. 2018. Use of health services by Roma in the health care system of Slovenia. *European Journal of Public Health* 28(suppl_4): cky218-174. Dostopno na: <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky218.174> (11. junij 2021).
338. Združeni narodi. Generalna skupščina. 1965. *Mednarodna konvencija o odpravi vseh oblik rasne diskriminacije*. Dostopno na: <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZZ/Dokumenti/multilaterala/clovekove-pravice/porocila-SLO-po-instrumentih-o-clovekovih-pravicah/a948f0676d/Mednarodna-konvencija-o-odpravi-vseh-oblik-rasne-diskriminacije.pdf> (16. marec 2020).
339. ZZZS (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije). 2021. *Obvezno zdravstveno zavarovanje*. Dostopno na: <http://www.zzss.si/zzss/internet/zzss.nsf/o/875E847A07B8589AC1256D34002A1360> (22. maj 2021).
340. Železnik, Danica. 2003. Uvodnik: izobraževanje za jutri. *Obzornik Zdravstvene Nege* 37(3): 181–182.
341. Železnik, Danica, Peter Kokol in Helena Blažun Vošner. 2017. Adapting nurse competence to future patient needs using Checkland's Soft Systems Methodology. *Nurse Education Today* 48: 106–110.

PRILOGE

PRILOGA A: Vprašalnik za intervjuje

► **Eksperti** (raziskovalci, publicisti, predavatelji)

1. Kako razumete izraz »kulturna kompetentnost« v zdravstvu?
2. Kakšno je, glede na vaše izkušnje, razumevanje tega izraza v slovenskem zdravstvu?
3. Na kakšen način se vi ukvarjate s tem področjem?
4. Kako pogosto razpravljate o temi kulturne raznolikosti in kompetentnosti v vaših delovnih sredinah oziroma na področjih, kjer delujete?
5. Ali se pri ukvarjanju (raziskovanju, publiciranju, poučevanju) s področjem kulturne kompetentnosti v zdravstvu pogosto srečate z ovirami? S katerimi?
6. Ali menite, da je tema kulturne raznolikosti in kompetentnosti v slovenskem zdravstvu aktualna, ali se dovolj razpravlja o tem? Utemeljite.
7. Kako ocenjujete odnos in odziv slovenskega zdravstvenega sistema na kulturno raznolikost prebivalstva?
8. Na kulturno kompetentnost v zdravstvu vplivajo tudi stališča ostalih prepletajočih se sistemov, na primer šolskega, socialnega, političnega ter celotne družbe. Kako ocenjujete te vplive, obstaja sodelovanje s temi sistemi?
9. Kako ocenjujete potrebe po kulturni kompetentnosti v slovenskem zdravstvenem sistemu?
10. Katere ovire v dostopnosti do zdravstvenega sistema so po vašem mnenju najbolj pereče?
11. Katere rešitve na področju kulturne kompetentnosti so po vašem mnenju potrebne? Katere so najnujnejše?
12. Ali menite, da spada razvoj in negovanje kulturne kompetentnosti v zdravstvu med prioritete naloge? Utemeljite.
13. Kako ocenjujete lastno kulturno kompetentnost? Na kakšen način sami pridobivate znanja na tem področju?
14. Ali sodelujete pri pobudah za zmanjševanje kulturnih in jezikovnih ovir? Pri katerih in na kakšen način? Ali pri teh pobudah sodelujejo tudi pripadniki ranljivih skupin, kateri?
15. Ali je za vaše delovanje, pa tudi delovanje ostalih ekspertov na področju kulturne kompetentnosti zagotovljenih in predvidenih dovolj finančnih sredstev? Kdo jih zagotavlja?
16. Kako vidite razvoj kulturne kompetentnosti v zdravstvenem sistemu v prihodnosti?

► **Ključni deležniki** (predstavniki Ministrstva za zdravje, Zdravniške zbornice, Zbornice zdravstvene nege, Lekarniške zbornice, Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Nacionalnega inštituta za javno zdravje)

1. Kako razumete izraz »kulturna kompetentnost«?
2. Kako pogosto razpravljate o temi kulturne raznolikosti in kompetentnosti v vaših delovnih sredinah?
3. Kako ocenjujete odnos in odziv vašega delovnega okolja na kulturno raznolikost?
4. Kako ocenjujete potrebe po kulturni kompetentnosti v vašem delovnem okolju, kako v slovenskem zdravstvenem sistemu?
5. Ali menite, da je dostopnost do zdravstvenega sistema in znotraj njega za vse enaka? Katere ovire prepoznate, katere skupine imajo pri tem težave?
6. Kakšno je vaše stališče do kulturnih in jezikovnih ovir, ki se pojavljajo v vašem delovnem okolju ter drugje v zdravstvu?
7. Ali menite, da spada razvoj in negovanje kulturne kompetentnosti v zdravstvu med prioritete naloge? Utemeljite.
8. Kako ocenjujete lastno kulturno kompetentnost? Na kakšen način sami pridobivate znanja na tem področju?
9. Kakšne možnosti za izobraževanje na področju kulturne kompetentnosti so omogočene ostalim v vaši delovni sredini?
10. Ali imate/zbirate sistematične informacije o ranljivih skupinah v zdravstvu ter o kulturnih in jezikovnih ovirah v zdravstvenem sistemu?
10. Katere ukrepe za izboljšanje kulturne kompetentnosti ste sprejeli/izvedli v zadnjih petih letih?
11. Ali sodelujete pri pobudah za zmanjševanje kulturnih in jezikovnih ovir? Pri katerih in na kakšen način?
12. Ali pri pobudah za zmanjševanje kulturnih in jezikovnih ovir sodelujejo tudi pripadniki ranljivih skupin, kateri?
13. Ali je za ukrepe na področju kulturne kompetentnosti zagotovljenih in predvidenih dovolj finančnih sredstev?

► **Vodstva zdravstvenih ustanov** (generalni in strokovni direktorji, pomočniki direktorjev za zdravstveno nego in izobraževanje)

1. Kako razumete izraz »kulturna kompetentnost«?
2. Kako pogosto razpravljate o temi kulturne raznolikosti in kompetentnosti v vaših delovnih sredinah?
3. Kako ocenjujete odnos in odziv vašega delovnega okolja na kulturno raznolikost?
4. Kako ocenjujete potrebe po kulturni kompetentnosti v vašem delovnem okolju, kako v slovenskem zdravstvenem sistemu?
5. Ali menite, da je dostopnost do zdravstvenega sistema in znotraj njega za vse enaka? Katere ovire prepoznate, katere skupine imajo pri tem težave?
6. Kakšno je vaše stališče do kulturnih in jezikovnih ovir, ki se pojavljajo v vašem delovnem okolju ter drugje v zdravstvu?
7. Ali menite, da spada razvoj in negovanje kulturne kompetentnosti v zdravstvu med prioritete naloge? Utemeljite.
8. Kako ocenjujete lastno kulturno kompetentnost? Na kakšen način sami pridobivate znanja na tem področju?
9. Kakšne možnosti za izobraževanje na področju kulturne kompetentnosti so omogočene vašim zaposlenim?
10. Ali imate/zbirate sistematične informacije o ranljivih skupinah v populaciji, ki jo oskrbujete, ter o kulturnih in jezikovnih ovirah v vaši ustanovi/praksi?
11. Katere ukrepe za izboljšanje kulturne kompetentnosti v vaši ustanovi ste sprejeli/izvedli v zadnjih petih letih?
12. Ali kateri izmed vaših internih aktov, standardov ali protokolov opredeljuje področje kulturnih kompetenc?
13. Ali sodelujete pri pobudah za zmanjševanje kulturnih in jezikovnih ovir? Pri katerih in na kakšen način? Ali pri tem sodelujejo tudi pripadniki ranljivih skupin, kateri?
14. Kako se v vaši ustanovi soočate z jezikovnimi ovirami? Ali imajo zaposleni možnost vključitve tolmačev in medkulturnih mediatorjev? Ali imajo jasna navodila, v katerih primerih?
15. Ali v vaši ustanovi spodbujate raziskovalno delo na področju kulturnih kompetenc? Lahko navedete konkretni primer?
16. Ali ima pri kadrovanju v vaši ustanovi kulturno in jezikovno ozadje kandidatov kakršnokoli vlogo? Utemeljite.
17. Kako pogosto se v vaši ustanovi srečujete z ugovorom vesti? Kateri ugovori so najpogostejši, kako ukrepate?

► **Odgovorni za prehrano v stacionarnih institucijah** (vodje prehranjevalnih služb, klinični dietetiki)

1. Kako razumete izraz »kulturna kompetentnost«?
2. Kako pogosto razpravljate o temi kulturne raznolikosti in kompetentnosti v vaših delovnih sredinah?
3. Kako ocenjujete odnos in odziv vašega delovnega okolja na kulturno raznolikost?
4. Kako ocenjujete potrebe po kulturni kompetentnosti v vašem delovnem okolju, kako v slovenskem zdravstvenem sistemu?
5. Ali menite, da je dostopnost do zdravstvenega sistema in znotraj njega za vse enaka? Katere ovire prepoznate, katere skupine imajo pri tem težave?
6. Kakšno je vaše stališče do kulturnih in jezikovnih ovir, ki se pojavljajo v vašem delovnem okolju ter drugje v zdravstvu?
7. Ali menite, da spada razvoj in negovanje kulturne kompetentnosti v zdravstvu med prioritete naloge? Utemeljite.
8. Kako ocenjujete lastno kulturno kompetentnost? Na kakšen način sami pridobivate znanja tem področju?
9. Ali in na kakšen način zbirate podatke o potrebah v zvezi s prehrano, prilagojeno kulturnemu ozadju in prepričanjih pacientov?
10. Ali v vaši ustanovi obstaja možnost prehrane, prilagojene kulturnemu ozadju in prepričanjem pacientov? Katere so te možnosti?
11. Ali ste se v vaši ustanovi že pogovarjali o tej problematiki prilagajanja prehrane kulturnemu ozadju? Kakšna so stališča vodstva in zaposlenih?
12. Kako ocenjujete znanje za pripravo tovrstne prehrane in v kolikšni meri so omogočena izobraževanja s področja prehrane ljudi z raznolikim kulturnim ozadjem?
13. Katere ovire bi morali premagati, da bi lahko omogočili večjo izbiro prehrane v skladu s kulturnim ozadjem pacientov?

PRILOGA B: Izjava o soglasju za zbiranje in obdelavo podatkov intervjuja

Izjava o soglasju za zbiranje in obdelavo podatkov intervjuja

Raziskava: **Kulturna kompetentnost slovenskega zdravstvenega sistema** (doktorska disertacija)

Študentka: **Helena Kristina Halbwachs**

Ustanova: **Alma mater Europaea- ECM**

Datum intervjuja:

Spoštovani,

Hvala za sodelovanje v raziskavi o kulturni kompetentnosti slovenskega zdravstvenega sistema. Intervju se beleži s snemalno napravo. Zvočni zapis bo nato prepisan kot tekst ter vsebinsko analiziran. Pri tem se bodo vse informacije, ki bi lahko privedle do identifikacije osebe, spremenile ali odstranile iz besedila. Rezultati bodo anonimizirani, morebitni citati bodo v publikacijah navedeni le, v kolikor ne morejo voditi do identifikacije osebe. Osebni kontaktni podatki so ločeni od intervjujev in shranjeni kot nedostopni tretjim osebam, prav tako so nedostopno tretjim osebam shranjeni intervjuji.

Sodelovanje v intervjuju je prostovoljno. Kadarkoli imate priložnost prekiniti intervju in zavrniti nadaljnje sodelovanje, preklicati soglasje k zapisu in prepisu intervjujev, ter zahtevati izbris vseh podatkov, brez neugodnih posledic za vas. Hvala.

S sodelovanjem v intervjuju ter z zgoraj navedenimi pogoji se strinjam.

Ime in priimek: _____

Kraj, datum, podpis: _____

PRILOGA C: Izjava o reflektivnosti

Helena Kristina Halbwachs

Doktorska kandidatka

Študijskega programa tretje bolonjske stopnje

Socialna gerontologija

Alma Mater Europaea - Evropski Center Maribor

Slovenija

Izjava o reflektivnosti

Tematika kulturne kompetentnosti mi je bila položena že v zibelko. Rojena sem bila leta 1968 v Kanadi, mladi Slovenki, ki je malo pred tem emigrirala v Kanado in je v času mojega rojstva slabo govorila angleško. Takoj po mojem rojstvu je zaradi jezikovnih in kulturnih ovir prišlo do nesporazuma, z zahtevnimi posledicami za moje zdravje, kot tudi za mentalno zdravje moje mame. Tako sem že v ranem otroštvu slišala mnogo zgodb, povezanih z zapleti ob mojem rojstvu in nadaljnjo hospitalizacijo, kar nedvomno vpliva na moja stališča do kulturne kompetentnosti.

Tudi kasneje me je to področje vedno spremljalo in zanimalo. Kot otrok sem se preselila iz Kanade v tedanjo Jugoslavijo, kar je predstavljalo precejšen kulturni šok. Vedno sem se počutila nekoliko drugačno, čeprav se mi je vedno zdelo, da je ta drugačnost pogosto tudi moja prednost. Kmalu sem ugotovila, da je moja drugačnost pogosto prednost predvsem zato, ker prihajam iz zahodne države, za katero je imela moja okolica bolj pozitivno percepcijo kot na primer za prišleke iz »južnih« držav. To se mi je že kot otroku zdelo zelo krivično in zdi se mi, da sem ob tem razvila občutljivost na raznolikost ter čut za pravičnost. Skupaj z željo, da bi ljudem pomagala, so te značilnosti botrovale tudi moji odločitvi, da postanem medicinska sestra.

Moja življenjska pot se je po študiju zdravstvene nege zopet nadaljevala v tujini. Kot mlada medicinska sestra sem se vrnila v Kanado, kjer sem nekaj let delala kot koordinatorica, vodja tima ter učiteljica zdravstvene nege na domu. Kljub odraščanju v prvih letih mojega življenja v Kanadi sem bila kot medicinska sestra na kulturno raznolikost pacientov ter sodelavcev v tej deželi popolnoma nepripravljena, vendar polna motiviranosti po pridobivanju znanja. V

tem času sem se veliko naučila ne le na podlagi sodelovanja z raznolikimi ljudmi, temveč tudi na podlagi lastnega doživljanja ponovne preselitve v tujo državo. Ne glede na svoje otroštvo v tej deželi sem bila zopet drugačna, tujka, z naglasom in nepopolnim poznavanjem življenja v tej državi. Na lastni koži sem občutila široko paleto težav in občutkov, ki jih s seboj prinese drugačnost. Ob opazovanju ostalih drugačnih pa sem se vseeno zavedala, da imam srečo, ker sem kot belopolta oseba iz Evrope privilegirana in brez mnogih ovir, ki jih drugi priseljenci ali drugače raznoliki ljudje imajo. To spoznanje me je spremljalo tudi kasneje v življenju, ko me je pot zanesla v druge države.

Domotožje me je po nekaj letih le premagalo in vrnila sem se v Slovenijo, tudi zato, ker sem postala mama in sem želela, da moji otroci odraščajo med starimi starši, strici in tetami, ki so živeli v Sloveniji. Karierno sem se posvetila zdravstveni negi ter napisala veliko strokovnih člankov, ki so temeljili na pridobljenih znanjih in izkušnjah v Kanadi. Ob tem sem delovala na različnih delovnih mestih, ki so mi omogočila še dodatne mednarodne izkušnje in spoznavanje zdravstvenih sistemov v različnih deželah sveta. Vzporedno sem se odločila za univerzitetni študij organizacije dela, saj so me pričeli zanimati tudi organizacijski vidiki zdravstvenih sistemov in organizacij, ter ga leta 2000 zaključila.

Življenjska pot pa me je zopet postavila pred izbiro življenja in dela v tujini. Po ločitvi sem spoznala partnerja, avstrijskega državljan, zaradi katerega sem se po tehtnem premisleku odločila za življenje v Avstriji, skupaj z mojima otrokoma iz prvega zakona. Tako sem leta 2007 zopet izkusila življenje imigrantke, tokrat brez znanja jezika države, v katero sem se preselila, in ki sem se ga morala šele naučiti. Popolnoma nova izkušnja je bila tudi integracija mojih otrok v tuji državi. Pot ni bila gladka, saj sem bila postavljena pred mnoge izzive. Nenadoma moja izobrazba ni veljala nič, zelo sem bila omejena v komunikaciji, otroci so potrebovali ogromno pomoči. Posebno zahtevne izkušnje so bile povezane z dostopom do zdravstva, kjer sem doživela kar nekaj jezikovnih in kulturnih nesporazumov. Te izkušnje so okrepile željo, da se pričnem profesionalno ukvarjati s tem področjem, kar je vodilo do prvih člankov in učnih delavnic. Vmes sem se naučila jezika ter zaposlila v Avstriji, kmalu pa dobila priložnost zanimive zaposlitve v Nemčiji, kjer sem preživela 8 mesecev in dodatno obrusila svoje znanje in izkušnje na področju kulturne kompetentnosti. Ob tem se pričela z doktorskim študijem socialne gerontologije, ki je idealno združevalo interesna področja, ki so mi blizu. Med drugim sem opazila, da sem bila pri štiridesetih, ko sem se preselila v Avstrijo, obravnavana že kot »starejša« imigrantka ter se pričela zavedati starizma kot dela našega kulturnega okolja. Študij mi je omogočil nadaljnje delovanje in raziskovanje na področju kulturne kompetentnosti, kar je vodilo k izbiri teme za doktorsko disertacijo.

Zavedam se, da moje življenjske izkušnje močno zaznamujejo moja stališča do kulturne kompetentnosti ter da so predvsem težke izkušnje in krivice, ki sem jih doživela ali opazila, lahko zameglile mojo nepristranskost pri pridobivanju in interpretaciji rezultatov. V izogib temu sem med samim raziskovanjem in interpretacijo rezultatov pogosto samoreflektirala in preverjala rezultate s pomočjo dodatne literature. Predvsem sem reflektirala ob rezultatih, ki sem jih interpretirala kot minimiziranje, kulturno slepoto in ostale negativne pojave ob soočanju z raznolikostjo, ter preverjala svoj odnos do teh pojavov. Ob tem sem si pomagala tudi s prebiranjem in poslušanjem mnenj znanih filozofov, kot so Slavoj Žižek in Jordan Peterson, ki govorijo o tej temi ter zablodah levo in desno usmerjenih ekstremistov, ter se spraševala, kam se nagibam sama. Načeloma sem politično neopredeljena - ne pripadam nobeni stranki, v nekaterih pogledih se nagibam bolj na levo, v drugih bolj na desno. Skušam razumeti in spoštovati vsa mnenja, hkrati pa menim, da ob krivicah ne smemo molčati ter da se moramo boriti z vsemi demokratičnimi sredstvi za socialno pravičnost.

Svojo izjavo o refleksivnosti zaključujem s citatom znamenitega socialnega psihologa po imenu Gert Hofstede, s katerim sem tudi pričela doktorsko nalogo. Ta pravi: »V vseh družbah vlada neenakost, toda v nekaterih je več neenakosti kot v drugih«. Zavedam se, da popolna enakost ni dosegljiva, vendar si želim, da bi bilo neenakosti na področju zdravstva čim manj. Doprinos k zmanjševanju neenakosti je bilo moje glavno vodilo pri izdelavi doktorske disertacije.



Bad Vöslau, 20. 8. 2021

IZJAVA O AVTORSTVU



ALMA MATER
EUROPAEA
ECM

07

IZJAVA O AVTORSKEM DELU IN ISTOVETNOSTI TISKANE IN ELEKTRONSKE VERZIE ZAKLJUČNEGA DELA

Priimek in ime študenta	Helena Kristina Halbwachs
Vpisna številka	31153003
Študijski program	Socialna gerontologija
Naslov zaključnega dela:	Kulturna kompetentnost slovenskega zdravstvenega sistema- stanje in model razvoja
Naslov v angleščini:	Cultural competence of Slovenian health care system- status quo and model of development
Mentor:	zasl. red. prof. ddr. Marija Ovsenik
Somentor:	
Mentor iz podjetja:	

S podpisom izjavljam da:

- Je predloženo zaključno delo z naslovom „Kulturna kompetentnost slovenskega zdravstvenega sistema-
stanje in model razvoja“, izključno rezultat mojega lastnega raziskovalnega dela,
- Sem poskrbel/a da so dela in mnenja drugih avtorjev, ki jih uporabljam v predloženem delu navedena oz.
citirana v skladu s fakultetnimi navodili,
- Se zavedam, da je plagiatstvo – predstavljanje tujih del, bodisi v obliki citata, bodisi v obliki dobesednega
parafraziranja, bodisi v grafični obliki, s katerim so tuje misli oziroma ideje predstavljene kot moje lastne,
kaznivo po zakonu (Zakon o avtorskih in sorodnih pravicah, UrL RS št. 139/2006 s spremembami),
- V primeru kršitve zgoraj navedenega zakona prevzemam vso moralno, kazensko in odškodninsko
odgovornost,

Podpisani-a Helena Kristina Halbwachs izjavljam, da sem za potrebe arhiviranja oddal/a elektronsko verzijo zaključnega dela v Digitalno knjižnico. Zaključno delo sem izdelal-a sam-a ob pomoči mentorja. V skladu s 1. odstavkom 21. člena Zakona o avtorskih in sorodnih pravicah (Uradni list RS, št. 16/2007) dovoljujem, da se zgoraj navedeno zaključno delo objavi na portalu Digitalne knjižnice. Prav tako dovoljujem objavo osebnih podatkov vezanih na zaključek študija (ime, priimek, leto in kraj rojstva, datum diplomiranja, naslov diplomskega dela) na spletnih straneh in v publikacijah Alma Mater.

Tiskana verzija zaključnega dela je istovetna elektronski verziji, ki sem jo oddal/a za objavo v Digitalno knjižnico.

Datum in kraj:

BadVodan, 12.11.2021

Podpis študent/ke:

Helena Kristina Halbwachs

IZJAVA LEKTORJA



ALMA MATER
EUROPAEA
ECM

O6

POTRDILO O LEKTORIRANJU

Podpisani(a)

dr. Ivanka Huber

po izobrazbi (strokovni oz. znanstveni naslov)

doktorica znanosti, prof. slov. in soc.

potrjujem, da sem lektoriral(a) zaključno delo študenta(ke)

Helene Kristine Halbwachs

z naslovom:

Kulturna kompetentnost slovenskega zdravstvenega sistema

Kraj: Murska Sobota

Datum: 5. 11. 2021

Podpis:

Ivanka Huber