

ZDRAVSTVENA OBRAVNAVA PROSILCEV ZA MEDNARODNO ZAŠČITO



Co-funded by
the Health Programme
of the European Union

KAZALO

4	UVOD, <i>mag. Franci Zlatar</i>
<hr/>	
6	1. DEL
7	Migranti in zdravje, <i>Helena Liberšar</i>
18	Poročila socialnih delavcev s terena, <i>Jaka Matičič, Urška Živkovič</i>
32	Zdravstvena obravnava in oskrba prosilcev za mednarodno zaščito ter delo v okviru projekta, <i>Lea Bombač, dr. med., Špela Brecelj, dr. med., Helena Liberšar, dr. Erika Zelko, dr. med.</i>
39	Skrb za duševno zdravje prosilcev za mednarodno zaščito, <i>Špela Brecelj dr. med., Lea Bombač, dr. med., dr. Erika Zelko, dr. med.</i>
42	Psihoterapevtsko delo z begunci, <i>dr. Zuzanna G. Kraskova</i>
<hr/>	
44	2. DEL
45	Naše izkušnje pri obravnavi prosilcev za mednarodno zaščito, <i>asist. dr. Nena Kopčavar Guček, dr. med., spec. druž. med., Simona Repar Bornšek, dr. med., Neli Grosek, dr. med.</i>
47	Izkušnje z zdravstveno obravnavo beguncev in migrantov, <i>prof. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med., Erva Vičič, dr. med.</i>
54	O pomenu vpeljevanja medkulturne mediacije v zdravstvene ustanove v Sloveniji, <i>dr. Uršula Lipovec Čebtron</i>
<hr/>	
61	DODATEK 1
62	Pravni okvir slovenskega zdravstvenega sistema in dostopa do zdravstvenih storitev v Sloveniji, <i>Helena Liberšar</i>
<hr/>	
69	DODATEK 2
70	Zdravstvena oskrba prosilcev za mednarodno zaščito – rezultati ankete, <i>Jaka Matičič, Helena Liberšar</i>

UVOD

Mag. Franci Zlatar, vodja programa Migracije

Zaradi trenda vse večje komercializacije zdravstva postaja dostop do zdravstvenega varstva za nekatere skupine prebivalstva vse težji. Pri tem pa ne moremo govoriti o samo določenih ranljivih skupinah na področju zdravstva, saj se te v odvisnosti od družbenih okoliščin spreminjajo. Pred leti, ko smo v partnerstvu različnih organizacij v Ljubljani ustanovljali ambulanto s posvetovalnico za osebe brez zdravstvenega zavarovanja, so imeli omejen, otežen dostop do zdravstvenega varstva predvsem brezdomci. V ambulanti, ki je bila ustanovljena začasno, dokler se ne uredi položaj nezavarovanih, pa se je kmalu pokazalo, da se kar naprej pojavljajo nove skupine in posamezniki, ki niso zavarovani oz. nimajo urejenega dostopa do ustreznega zdravstvenega varstva: v ambulanto so prihajali brezdomci, izbrisani, migranti, kasneje, ko se je pojavila gospodarska kriza, pa tudi npr. mnogi samostojni podjetniki z dolgom do zdravstvene zavarovalnice. Zaradi povedanega tu ne govorimo samo o ranljivih skupinah, temveč o »ranljivostih na področju zdravstva«, saj se moramo zavedati, da lahko v določenih družbenih okoliščinah ostane brez dostopa do zdravstvenega varstva prav vsak posameznik.

Mreža za zmanjševanje ranljivosti na področju zdravstva, ki jo vodi mednarodna organizacija Zdravniki sveta in katere članica je tudi Slovenska filantropija, v svojem poročilu¹ med drugim ugotavlja, da je med 30.000 intervjuvanimi pacienti, ki so obiskovali ambulante organizacije Zdravniki sveta in partnerskih organizacij v različnih evropskih državah, kar 65,5 % takšnih, ki nimajo dostopa do sistema rednega zdravstvenega varstva, okoli 40 % žensk nima dostopa do zdravstvenega varstva pred porodom in po njem, pri otrocih pa jih prav tako okoli 40 % ni cepljenih. Kar 94 % vseh intervjuvancev je bilo migrantov, večinoma iz držav, ki niso članice Evropske unije.

Številni podatki kažejo, da je za različne skupine migrantov dostop do zdravstvenega varstva v veliki meri omejen. Posebno ranljivi so begunci, saj so pogosto deležni različnih oblik nasilja tako v izvorni državi kot na poti, pa tudi v ciljnih državah. Tudi v Sloveniji

¹ Medecines du monde/Doctors of the World, International network 2016 Observatory Report: Access to the healthcare for people facing multiple vulnerabilities in health in 31 cities in 12 countries.

lahko nekatere skupine migrantov (nedokumentirani migranti in prosilci za mednarodno zaščito, razen otrok) dostopajo samo do nujnega zdravstvenega varstva in samo v omejenem obsegu tudi do nekaterih storitev dodatnega zdravstvenega varstva. Ob tem pa je povsem nepotrebno poudarjati, da je ustrezen dostop do zdravstvenega varstva, tudi do psihološke in terapevtske obravnave, bistvenega pomena za njihovo uspešno integracijo. Zaradi vsega navedenega se moramo zavzemati ne samo za boljši dostop do zdravstvenega varstva migrantov, pač pa širše, za univerzalni dostop do zdravstvenega varstva za vse skupine prebivalstva.

Pričujoči zbornik je rezultat projekta *8 NGO's for migrants/refugees' health in 11 countries (8 nevladnih organizacij za zdravje migrantov in beguncev v 11 državah, v besedilu tudi kot 8 NGO's)*, v okviru katerega smo zbrali ugotovitve, predloge in izzive, ki jih predstavlja zdravstvena in širše psihosocialna obravnava prosilcev za mednarodno zaščito.

1. DEL

Naslednji članki prikazujejo rezultate in ugotovitve o zdravju migrantov/beguncev v praksi in na terenu projektnega tima, ki smo ga sestavljali koordinator projekta, socialna delavca, koordinatrosi in pomočnika za zdravstvene zadeve, psihosocialna referenta in tolmači, ki s(m)o tvorili tako imenovano mešano mobilno enoto, in drugi člani projekta.

Izraza migranti in begunci sta v besedilu lahko zamenljiva in vključujeta različne skupine migrantov (migrante, begunce, prosilce za mednarodno zaščito). Ker pa imajo različne skupine migrantov v Sloveniji različne zdravstvene pravice, smo pri konkretnih primerih navajali izraz prosilci za mednarodno zaščito, saj smo z njimi največ delali, hkrati pa predstavljajo eno od skupin, ki imajo na področju zdravstvenega varstva najmanj pravic, v Sloveniji pa lahko živijo tudi daljše obdobje, kar lahko njihovo zdravstveno stanje oslabi ali poslabša prav zaradi neustreznega dostopa do zdravstvenih storitev.

MIGRANTI IN ZDRAVJE

Helena Liberšar

--- IZVLEČEK ---

Ob prihodu večjega števila migrantov, kakršnemu smo bili pri nas priča od oktobra 2015, se vedno poraja tudi strah pred nalezljivimi boleznimi, pred obremenitvijo nacionalnega zdravstvenega sistema in pred izkoriščanjem zdravstvenih storitev »mimo vrste«.

Ko govorimo o zdravstvenem stanju in varstvu migrantov, ki so vstopili na naše območje, pa bi morali govoriti predvsem o dveh vidikih:

- Prvi je, da so s prihodom v Evropo, če govorimo o širšem geografskem območju s podobnimi karakteristikami, katerega del je tudi Slovenija, zdravstveno veliko bolj ogorženi migranti kot lokalni prebivalci, kajti dogaja se, da sicer zdravi ljudje zbolijo šele na poti in zaradi nje.
 - In drugi, da bi morali zdravje migrantov gledati širše – predvsem z vidika njihove begunske izkušnje. Marsikdo je namreč moral svojo domovino zapustiti zaradi vojne in v zelo težkih razmerah. Zdravstveno stanje migrantov je zato treba gledati v tem kontekstu, upoštevajoč pot, ki so jo opravili peš, v zaprtih tovarnjakih, na ladjah, v neugodnih vremenskih razmerah (zelo nizke temperature, dež, sneg ali visoka vročina), in ne glede na trenutnega stanja, v katerem so se znašli pri nas.
- To je zelo pomembno, saj je dostopnost zdravstvene oskrbe in storitev zelo odvisna od statusa, ki je migrantu priznan v Republiki Sloveniji:
- Oseba s priznano mednarodno zaščito ima enake zdravstvene pravice kot državljani.
 - Otroci prosilcev za mednarodno zaščito imajo enake zdravstvene pravice kot slovenski otroci.
 - Prav tako imajo nosečnice enake pravice kot noseče državljanke Slovenije, enako pa velja tudi za vse zdravstvene storitve za ženske, povezane s kontracepcijo, porodom in nego otroka.
 - Najtežje je odraslim prosilcem za mednarodno zaščito in drugim migrantom, ki

v Republiki Sloveniji nimajo takega statusa, ki bi jim na zdravstvenem področju omogočal več kot le nujno zdravstveno pomoč.

Konkretno zdravstveno stanje prisilcev za mednarodno zaščito pogosto ne spada v nujno zdravstveno obravnavo, vsaj ne po definiciji in na podlagi zakonov, ali pa se ta nujnost interpretira zelo različno. Z vidika celovitega zdravstvenega stanja in predhodnih zdravstvenih stanj, predvsem pa z vidika njihove begunske izkušnje (pot, travmatiziranost, strah, beg, smrtna nevarnost itd.) bi bilo zdravljenje nujno tudi v medicinsko nenujnih primerih in bi jim bilo treba tudi v teh primerih zagotoviti ustrezno zdravstveno oskrbo, ki ne otežuje življenja in ne slabša zdravstvenega stanja. Tako bi bilo treba, na primer, tudi pri preprostem prehladu na njihovo zdravstveno stanje gledati kot na nujno obravnavo, saj se ne ve, kaj vse je ta oseba prestala in kaj se lahko v zdravstvenem smislu razvije iz navadnega prehlada.

Projekt 8 NGO's: cilji in rezultati

V Slovenski filantropiji smo imeli leta 2016 priložnost, da smo se lahko bolj osredotočeno posvetili zdravstveni oskrbi prisilcev za mednarodno zaščito.

V sodelovanju z mednarodno mrežo Zdravniki sveta smo sodelovali pri projektu 8 NGO's for migrants/refugees' health in 11 countries, ki je bil pripravljen za odziv na

prihod večjega števila beguncev v Evropo, s tem pa smo imeli možnost vpogleda v zdravstveno stanje beguncev, ki so prečkali slovensko ozemlje in predvsem tistih, ki so v Sloveniji zaprosili za mednarodno zaščito.

Glavni cilj projekta: zagotoviti novo prispelem priseljencem v EU, zlasti najbolj ranljivim, lažji dostop do osnovne in preventivne zdravstvene oskrbe in krepiti zmogljivosti nacionalnih zdravstvenih sistemov držav članic, da se bodo sposobne na primeren način odzivati na zdravstvene potrebe beguncev in preprečevati čezmejne nevarnosti za zdravje.

Projekt je zagotavljal tri komponente: zdravstveno, socialno in psihološko podporo.

Prvotno je bil namenjen spremljanju zdravstvenega stanja beguncev v tranzitu, po 9. marcu 2016, ko so se meje zaprle, pa smo se v Sloveniji usmerili na begunce, ki so zaprosili za mednarodno zaščito pri nas. Tako smo z rednejšo zdravstveno obravnavo prisilcev v daljšem obdobju dobili vpogled v njihovo zdravstveno stanje in težave.

Pokazalo se je, da je pri obravnavi prisilcev bistveno, da:

- gledamo zdravstveno obravnavo v širšem kontekstu, predvsem v kontekstu njihove poti in razmer, zaradi katerih so se bili prisiljeni podati na pot,
- si zaradi jezikovnih ovir pri obravnavi vzamemo več časa za to, da jim razložimo, kako deluje zdravstveni sistem v

Sloveniji in kaj lahko od njega pričakujemo, saj so bili doma pogosto vajeni drugačnega načina, tudi z več pravicami ali z drugačnim zdravljenjem,

- informiramo o njihovih pravicah tako prosilce kot tudi zdravstvene delavce, ki jih sprejemajo.

Predlog zdravstvene obravnave prosilcev

Naše ugotovitve so pokazale, da bi bilo zaradi specifičnosti dela zdravnika, ki obravnava prosilce, in zaradi posebnosti obravnavane te skupine pacientov smiselno, da bi za prosilce ves čas skrbel en zdravnik, in sicer v vlogi družinskega in osebnega zdravnika. Zdravnikovo delo pa bi bilo vezano na specifično skupino, v našem primeru na prosilce, in ne na število oseb, ki jih mora sprejeti.

Argumenti za to so predvsem naslednji:

- V prvi vrsti je treba zagotoviti dobro informiranje prosilcev, zato si mora zdravnik vzeti čas, da jim natančno razloži njihove pravice in delovanje slovenskega zdravstvenega sistema ter do česa je oseba na podlagi svojih pravic upravičena.
- Zdravnik se mora podrobno pozanimati o prosilčevem zdravstvenem stanju, njegovih preteklih obolenjih in morebitnih terapijah, da mu lahko na podlagi pregleda po potrebi predpiše novo terapijo.

- Pri zdravstveni obravnavi prosilcev je treba premostiti tudi jezikovne ovire. Pri tem lahko pomagajo kulturni mediatorji, ki poznajo tako slovenski jezik in kulturo kot jezik in kulturo izvorne države, pomembno pa je, da dobro poznajo tudi zdravstveno terminologijo in da znajo prevajati, torej da prevajajo nepristransko, da v prevod ne vpletajo svojega mnenja in da podatkov med prevajanjem ne spreminjajo.

Zelo pomembno je, da prosilci razumejo svoje zdravstveno stanje, zaradi nepoznavanja jezika pa marsičesa, kar jim zdravnik pove, ne razumejo. Problem je tudi, če pri sebi nimajo svoje zdravstvene dokumentacije, ker je ali nimajo ali ker ne vedo, da bi jo pri zdravniku potrebovali, in tako zdravnik ne ve, kakšna sta bila njihovo preteklo zdravstveno stanje in že predpisana terapija. Zaradi zdravstvenih pravic, ki jih imajo v Sloveniji, pa jih pri nas vedno sprejme le dežurni zdravnik, to pa pomeni, da tudi ta zdravnik ne more spremljati njihovega zdravstvenega stanja tako, kot lahko družinski oziroma osebni zdravnik.

V okviru našega terenskega dela se je pokazalo, da je med informiranjem prosilcev za mednarodno zaščito pri nas najpomembnejše informiranje o slovenskem zdravstvenem sistemu in o njihovih pravicah na tem področju. Pogosto namreč ne razumejo, da bodo morali, ko pridejo k zdravniku, čakati, da pridejo na vrsto, da jih zdravnik sprejme. Tega jim predhodno nihče ne pove. Nepoznavanje zdravnikovega načina dela in delovanja slovenskega zdravstvenega sistema povzroča med

prosilci nezadovoljstvo, ker mislijo, da ne dobijo primerne zdravstvene oskrbe in da zanje ni primerno poskrbljeno, vendar gre pri tem pogosto le za to, da se obravnava v Sloveniji velikokrat razlikuje od zdravstvene oskrbe v državi, od koder prihajajo. Že osnovne informacije o tem, kaj jih čaka pri zdravniku, bi zato prosilcem in zdravstvenim delavcem prihranile mariskateri nesporazum in tudi slabo voljo.

Upoštevati je treba tudi preobremenitev zdravstvenih delavcev v zdravstvenih domovih in pravila slovenskega zdravstvenega sistema, vezanega na zdravstveno zavarovanje.

Zdravstveno varstvo migrantov je pri nas za mnoge kočljiva zadeva. Veliko je namreč očitkov, da ni primerno poskrbljeno niti za slovenske državljane, zakaj bi potem dali več pravic migrantom. Porajajo se tudi pomisleki o izkoriščanju sistema – da so prosilci sprejeti mimo vrste, medtem ko morajo slovenski državljani čakati. Seveda je prosilcem mogoče ponuditi tudi samoplačniške storitve, vendar je to precej kruto, glede na to da jih večina nima denarja niti za preživetje, kaj šele za zdravstvene storitve.

Če migrantom omogočimo večji obseg zdravstvenih storitev, ni treba, da bi to pomenilo, da bi bili slovenski državljani zaradi tega na slabšem. Razmišljati moramo v smeri večjih pravic za vse, torej da se vse pravice na področju zdravstvenega varstva s tem samodejno povečajo za vse skupine zavarovancev. Z vključitvijo prosilcev za mednarodno zaščito v zdravstveno zavarovanje bi bili ti vključeni tudi v sistem

»čakalnih vrst«, to pa bi pomenilo, da bi do zdravstvenih storitev dostopali pod enakimi pogoji kot vsi drugi.

Kot je povedala dr. Uršula Lipovec Čebro na posvetu o zdravstveni obravnavi prosilcev za mednarodno zaščito konec novembra 2016, ki ga je v okviru tega projekta organizirala Slovenska fialntropija, pravica do nujne zdravstvene pomoči ne bi smela biti obravnavana kot pravica, temveč kot osnova, ki nato omogoča različen obseg pravic.

Ali je 31-letni Afganistanec. Ima ženo in dva otroka, po poklicu je krojač.

V Afganistanu je bil žrtev talibanskega nasilja – med pretepom, so mu zlomili nogo. Zaradi poškodb je šel v bolnišnico in tam so ga operirali, mu vstavili ortopedski vsadek in ga zadržali en mesec. V tem času so mu talibani ubili mater.

V Slovenijo je prišel po balkanski poti – z družino je pobegnil preko Pakistana, Irana, Turčije, naprej pa preko Makedonije, Srbije in Hrvaške. Med izčrpavajočo 15-dnevno potjo ga je noga zelo bolela.

V Iranu in Turčiji so namreč morali tudi čez gorske prelaze in reke, in stanje njegove noge se je zato poslabšalo. Povedal je, da je bil ta del poti izredno težaven, a ne samo zaradi bolečin v nogi, temveč tudi zaradi tega, kar so tu videli, na primer številna trupla ljudi, ki so na poti omagali in zmrzni. Z družino je bil tudi pet ur v čolnu, na morju, na poti med Turčijo in Grčijo. Ko je

v čoln začela pritekati voda, so morali odvreči vso svojo prtljago. Ob tem pa so lahko samo nemo opazovali potapljačji se čoln za njimi.

Njegove težave z nogo so se v zadnjih šestih mesecih še stopnjevale. Bolečina je postajala vedno hujša, ob tem pa mu je proteza začela uhajati iz kolena. Tako je 1. aprila obiskal medicinsko sestro v azilnem domu. Povedala mu je, da mu ne more pomagati, ker nima zdravstvenega zavarovanja, in da lahko v življenjsko neogrožajočih okoliščinah obišče zdravnika, šele ko si bo uredil status. Naš prevajalec pa je vztrajal, da ga morajo poslati na urgenco. Končno so ga le poslali tja in mu tam nogo slikali. Zdravnik je ugotovil, da je kakovost osteosintetičnega materiala dobra, da je material enakovreden materialom, ki jih uporabljajo v Sloveniji, le da je proteza zanj predolga. Ker pa njegovo stanje ni bilo tako, da bi ogrožalo življenje (dobesedno: pacient ne umira od bolečin), mu ni mogel pomagati.

Kljub temu pa je to ena od zgodb, ki so se končale srečno. Po spletu srečnih naključij in s pomočjo predanih prostovoljcev je dobil napotnico za kirurško obravnavo.

Migranti brez dovoljenja za začasno/trajno bivanje v Sloveniji, kot so na primer prisilci za azil, imajo pri nas pravico le do nujne medicinske pomoči. Zato mnoge njihove zdravstvene težave niso obravnavane kot nujne in življenje ogrožajoče, je pa njihova obravnava kl-

jub temu potrebna, saj izboljša kakovost življenja in lahko dolgoročno prepreči poslabšanje njihovega zdravstvenega stanja.

V organizacijah, ki delujejo v interesu migrantov, se ob iskanju rešitev zanje pogosto srečujemo z izzivi in moramo pri tem pogosto prehoditi tudi še povsem neuhojene poti.

Tesno sodelovanje z ranljivimi skupinami, kar begunci vedno so - ne glede na njihov spol ali situacijo, v kateri so se znašli -, odpre posamezniku nov pogled na življenje, ljudje, ki pri različnih storitvah sodelujejo z njimi, naj bo to zdravstveno osebje, socialni delavci ali prostovoljci, pa bi morali vedno upoštevati tudi migrantove osebne okoliščine, in to ne le v trenutku sodelovanja, temveč bi morali celostno upoštevati osebno zgodovino posameznika, čas in razdaljo, ki jo je oseba prepotovala, da je prispela na trenutno destinacijo, ter vse, kar se ji je v tem času dogajalo - vsakega posameznika bi morali obravnavati kot enakovredno človeško bitje.

Da so Alija videli v tej luči vsi, ki so bili vključeni v njegov primer, je bilo pri iskanju rešitve njegovega zdravstvenega problema ključnega pomena. Njegovo zdravstveno stanje sicer ni ogrožalo njegovega življenja, je pa bilo zelo boleče in je negativno vplivalo na njegov vsakdan.

Zdaj, skoraj štiri mesece po operaciji, je Ali srečen in ne trpi bolečin, uživa la-

hko v sprehodih in športnih dogodkih, kar prej ni bilo mogoče. Njegovo stanje pa ni vplivalo le nanj, temveč na vso njegovo družino. Njegova žena je bila pod stresom in je postala zelo pasivna, otroci pa so postali neubogljivi. Zdaj je družina spet bolj srečna in zadovoljna. Vsi so bolj optimistični in tudi obnašanje otrok se je, odkar se lahko oče spet ukvarja z njimi, zelo popravilo.

Z vključitvijo v zdravstveno zavarovanje bi rešili le del težav, s katerimi se soočajo prosilci za mednarodno zaščito in tudi zdravstveni delavci – pravico do osnovne zdravstvene oskrbe. Ostali pa bi izzivi, kako premagati jezikovne ovire in kulturne razlike med državami, iz katerih prosilci prihajajo.

Na celotno begunsko situacijo ne smemo gledati zgolj iz enega zornega kota, situacije ne smemo reševati enostransko, temveč se moramo tega lotiti večplastno in celovito, in to začenši s spoštovanjem človeškega dostojanstva.

Nujna medicinska pomoč

Vsak človek ima pravico do nujne medicinske pomoči, o nujnosti zdravljenja pa odločajo osebni zdravnik oziroma pristojne zdravniške komisije skladno s splošnimi akti Zavoda za zdravstveno zavarovanje.

Nujna medicinska pomoč vključuje oživiljanje, storitve za ohranjanje življenjskih funkcij in za preprečitev hudega poslab-

šanja zdravstvenega stanja nenadno obolelih, poškodovanih in kronično bolnih. Storitve se zagotavljajo do stabilizacije življenjskih funkcij oziroma do začetka zdravljenja na ustreznem mestu. V storitve nujne medicinske pomoči so vključeni tudi nujni reševalni prevozi.

Tako nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene storitve so:

- takojšnje zdravljenje po nujni medicinski pomoči, če je to potrebno,
- oskrba ran, preprečitev nenadnih in usodnih poslabšanj kroničnih bolezni oziroma zdravstvenega stanja, ki bi lahko povzročilo trajne okvare posameznih organov ali njihovih funkcij,
- zdravljenje zvinov in zlomov ter poškodb, ki zahtevajo specialistično obravnavo,
- zdravljenje zastрупitev,
- storitve za preprečevanje širjenja infekcij, ki bi pri zavarovani osebi utegnile povzročiti septično stanje,
- zdravljenje bolezni, za katere je z zakonom predpisano obvezno zdravljenje, ali storitve, ki so z zakonom opredeljene kot obvezne in za katere ni plačnik država, delodajalec ali zavarovana oseba sama,
- zdravila s pozitivne liste, potrebna za zdravljenje stanj iz predhodnih alinej, predpisana na recept,
- pripomočki, potrebni za obravnavo stanj

iz predhodnih alinej, in sicer v obsegu, po standardih in normativih, kot jih določajo pravila (103. člen Pravil zdravstvenega zavarovanja).

Mohammad je star 34 let, ima ženo in dva otroke. Nekaj dni pred njihovim odhodom v Evropo so se začele njegove težave z ledvičnimi kamni. Zdravnik mu je povedal, da se ledvični kamen premika proti mehurju, in mu predpisal zdravila, ki bi jih moral jemati 10 dni. Zdravila so mu lajšala bolezenske znake, dokler niso prispeli v Grčijo, tam pa je v stresni situaciji vse izgubil, zdravila in tudi dokumente. Med potjo je tako dobival le različne analgetike, ki so mu lajšali potovanje, vedel pa je, da težava s tem še ni odpravljena.

Pred štirimi meseci je prispel v azilni dom v Ljubljani. Petnajst dni je vsak dan obiskal ordinacijo, da mu je medicinska sestra dala protibolečinske tablete, dokler ni končno pritegnil njene pozornosti, in ga je napotila v bolnišnico. A je bil prav ta dan z družino premeščen v drugo izpostavo azilnega doma, in mu tako ni uspelo priti do bolnišnice.

Na novi lokaciji je bil Mohammad trikrat pri socialni delavki, da bi dobil analgetike, doktor C pa je zanj napisal dve napotnici za slikanje ledvic v bolnišnici. Socialna delavka je trdila, da ga je v bolnišnico peljala, vendar to ni bilo res. Ko je doktor C napisal še tretjo napotnico, jo je poslal socialnemu delavcu nevladne organizacije, in ta je obljubil, da bo Mohammada poskusil peljati v

bolnišnico v roku dveh tednov. Vendar mu obiska v bolnišnici ni uspelo urediti. Pregled so preložili, Mohammad pa je nad vsem skupaj obupal.

Prosilci za azil so v Sloveniji upravičeni izključno do nujne medicinske pomoči. V primerih, kakršen je Mohammad, mora socialni delavec napotnico splošnega zdravnika predati komisiji, ki jo sestavljajo vodja azilnega doma kot predsednik komisije, zdravnik, medicinska sestra in socialni delavec/ psiholog. Komisija namreč odloča o tem, ali je prosilec za azil upravičen do specialističnega pregleda ali ne.

Pred dvema tednoma so Mohammadu opravili preiskavo krvi in ugotovili, da je nekaj narobe – o tem priča povišana vrednost kalcija.

Mohammad je zelo utrujen in hkrati obupan. Sedi s prekrizanimi rokami. Najprej sem mislila, da mu je neprijetno zaradi intervjuja, nato pa mi je razložil, da je tak zaradi bolečine, a zavrača tako obisk doktorja C-ja kot socialnega delavca ali kateregakoli predstavnika organizacije. To pa je razložil: *»Ne bom jih motil, dokler mi ledvice povsem ne odpovejo. Spoprijateljil sem se z bolečino.«*

Slaba stran nujne medicinske pomoči v praksi je to, da o tem, ali gre za nujno medicinsko pomoč, odloči zdravstveno osebje na kraju samem in da lahko dostop do zdravstvenih storitev tudi zavrne, če odloči, da pomoč ni nujna. O nujnosti primera pa se lahko odloča tudi nakandno, in če se

ugotovi, da ni šlo za nujno medicinsko pomoč, mora zdravljene plačati račun.

Dostop prosilcev za mednarodno zaščito do zdravstvenega varstva

Zdravstveno varstvo prosilcev za mednarodno zaščito določa Zakon o mednarodni zaščiti, ki določa med drugim, da se prosilec zdravstveno varstvo zagotavlja iz državnega proračuna.

Tudi če poznamo njihove zakonsko zagotovljene pravice na zdravstvenem področju, torej predvideno zdravstveno obravnavo, pa se že tu pojavljajo prve ovire pri dostopanju do zdravnika, kajti slovenski zdravstveni sistem je vezan na Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, zato tudi zdravstveni delavci razmišljajo v teh okvirih in se pri vsakem primeru znajdejo pred vprašanjem, kdo bo plačnik storitev in v kakšnem obsegu sploh lahko prosilca zdravijo.

Druga ovira pa so dolgotrajni azilni postopki, zaradi česar ostanejo številni prosilci v Sloveniji več mesecev, tudi nekaj let, in so v tem času brez možnosti za ureditev zdravstvenega zavarovanja, ne glede na dolžino svojega bivanja pri nas pa imajo pravico le do nujne medicinske pomoči. Mogoča rešitev bi bila, da bi po šestih mesecih bivanja v Sloveniji vsi pridobili pravico do osnovne oskrbe v obsegu, ki ga zagotavlja naše obvezno zdravstveno zavarovanje. Za zdaj pa Zakon o mednarodni

zaščiti z dne 16. marec 2016 določa – v 86. členu:

Nujno zdravljenje prosilcev obsega pravico do:

1. nujne medicinske pomoči in nujnega reševalnega prevoza po odločitvi zdravnika ter pravico do nujne zobozdravstvene pomoči;

2. nujnega zdravljenja po odločitvi lečečega zdravnika, ki obsega:

- ohranjanje življenjsko pomembnih funkcij, zaustavljanje večjih krvavitev oziroma preprečevanje izkrvavitve;
- preprečevanje nenadnega poslabšanja zdravstvenega stanja, ki bi lahko povzročilo trajne okvare posameznih organov ali življenjskih funkcij;
- zdravljenje šoka;
- storitve pri kroničnih boleznih in stanjih, katerih opustitev bi neposredno in v krajšem času povzročila invalidnost, druge trajne okvare zdravja ali smrt;
- zdravljenje vročinskih stanj in preprečevanje širjenja infekcij, ki bi lahko vodili do septičnega stanja;
- zdravljenje oziroma preprečevanje zastrupitev;
- zdravljenje zlomov kosti oziroma zvinov ter drugih poškodb, pri katerih je nujno posredovanje zdravnika;

■ zdravila s pozitivne in vmesne liste v skladu s seznamom medsebojno zamenljivih zdravil, ki so predpisana na recept za zdravljenje navedenih bolezni in stanj;

3. zdravstvenega varstva žensk: do kontracepcijskih sredstev, prekinitve nosečnosti oziroma zdravstvene oskrbe v nosečnosti in ob porodu.

Zdravstveno zavarovanje lahko prosilci pridobijo, ko se zaposlijo. Dovoljenje za delo pa lahko pridobijo v skladu s pogoji, določenimi v Zakonu o mednarodni zaščiti, po devetih mesecih bivanja v Sloveniji, če v tem času še niso prejeli odločbe v zvezi s prošnjo za mednarodno zaščito.

87. člen Zakona o mednarodni zaščiti, o dostopu na trg dela in do poklicnega usposabljanja prosilcev:

(1) Prosilec ima pravico do prostega dostopa na trg dela devet mesecev po vložitvi prošnje, če mu v tem času ni bila vročena odločitev pristojnega organa in če te zamude ni mogoče pripisati prosilcu.

(2) Prosilcu se po poteku devetih mesecev po vložitvi prošnje omogoči dostop do tečajev poklicnega usposabljanja v skladu s predpisom iz četrtega odstavka 78. člena tega zakona.

Kazalo bi razmišljati, da bi se prosilcem omogočilo pridobiti delovno dovoljenje čim prej po prihodu. Tako bi imeli možnost delati, to pa bi bilo dobro za vse, tudi za našo skupnost, saj so med njimi pogosto

tudi visoko izobraženi in ljudje s specifičnimi znanji. Prosilci bi si tako lahko plačevali prispevke in bi razbremenili državni proračun.

Rad bi bil koristen in nekaj počel – najbolj ubija nedejavnost

K socialnemu delavcu je pristopil prosilec in se začel z njim pogovarjati o tem, da bi rad nekaj delal.

Prosilec: Mi lahko pomagaš? Rad bi nekaj počel, nekaj koristnega, pomagal nekomu in uporabil svoje sposobnosti. Uradno še ne morem delati, ker tu še nisem devet mesecev, ampak rad bi se nekako zaposlil, da mi bo čas hitreje mineval in da bom naredil nekaj dobrega za skupnost.

Soc. delavec: Ja, to, da ne moreš delati, dokler nisi tu vsaj devet mesecev, je res problem. Mogoče pa bi lahko poskusil s kakim prostovoljskim delom. Bi bilo kaj takega v redu zate?

Prosilec: Seveda, karkoli. Največja neumnost je, da ne morem nič delati in da se zato počutim nekoristnega. Zakaj bi tu ležal, če pa se lahko aktiviram in kaj naredim, za kogarkoli.

Soc. delavec: Prav, bom preveril, kakšne so možnosti za vključitev v prostovoljske programe. Kaj pa te zanima oziroma kaj najbolj znaš?

Prosilec: V bistvu lahko delam res karkoli, lahko pomagam s kakim fizičnim

delom, lahko koga učim ples ali rolkanje, lahko pomagam pri kaki industrijski obdelavi, ker sem se za to tudi šolal. Samo da bi bil nekako koristen za družbo in bi se zaposlil, da ne bi imel kar naprej negativnih misli, ko samo čakam in čakam.

Soc. delavec: Prav, bom preveril, kakšne so možnosti, in se bova potem pogovorila.

Določene skupine prosilcev pa imajo širši obseg zdravstvenih pravic. Tako 86. člen Zakona o mednarodni zaščiti določa še:

- Ranljiva oseba s posebnimi potrebami, izjemoma pa tudi drug prosilec, ima pravico do dodatnega obsega zdravstvenih storitev, vključno s psihoterapevtsko pomočjo, to pa odobri in določi komisija iz četrtega odstavka 83. člena tega zakona.
- Mladoletni prosilci, tudi mladoletni prosilci brez spremstva, so upravičeni do zdravstvenega varstva v enakem obsegu kot otroci, ki so obvezno zdravstveno zavarovani kot družinski člani. V enakem obsegu so do zdravstvenega varstva upravičeni tudi šolajoči se otroci po 18. letu starosti, in sicer do konca šolanja, vendar največ do dopolnjenega 26. leta starosti.

Čeprav imajo mladoletniki in ženske v povezavi z reprodukcijo in kontracepcijo zagotovljene enake pravice kot naši državljani, pa se pri tem v praksi velikokrat zaplete, ker zdravniki ne poznajo njihovih pravic ozi-

roma, še večkrat, ker se z njimi ne morejo sporazumeti zaradi nepoznavanja jezika.

Samira je v poznih dvajsetih letih in prihaja iz države, kjer govorijo perzijsko. Pred sedmimi meseci je z možem prispela v Slovenijo, še v obdobju zgodnje nosečnosti. Ob prihodu v azilni dom je zaradi bolečine v želodcu zaprosila za obisk pri zdravniku. Medicinska sestra ji je rekla, da je to nekaj normalnega in da jo bodo naročili na ultrazvok, na to slikanje pa je nato čakala kar dva meseca. Na srečo se je vse dobro izteklo, vendar je bilo čakanje zanjo zelo stresno.

Pri pripravah na porod ji je pomagala prostovoljka Ana, sama mati dveh otrok. S pomočjo tolmača ji je razložila tudi, kako bo porod potekal, in skupaj sta pogledali tudi posnetek poroda.

Njen otrok je zdaj star 20 dni. Spominja se, da je bil porod dolgo trajen, težak in zelo boleč. Po porodu je dobila vnetje slepiča in je morala v bolnišnici ostati dlje, kot je običajno. *»Ob sebi nisem imela tolmača, ki bi mi pomagal izraziti moje želje in skrbi glede otrokovega zdravja. Otrok je imel majhen izrastek na prstu, ki so mu ga kasneje odstranili. Zdravniška nisem mogla povprašati o postopku, kaj naj storim in kako naj zanj skrbim. Kmalu po porodu pa je moj otrok še zbolel, za meni neznano boleznijo (šlo je za zlatenico), in prav tako nisem mogla vprašati strokovnjakov, kaj se dogaja.«*

Ko je k njej prišla babica, da bi ji razložila, kako naj skrbi za otroka, se zaradi

jezikovne prepreke nista mogli sporazumeti. Tu se je v dogajanje ponovno vključila Ana in Samiri vse še enkrat razložila in pokazala.

Otroci in nosečnice, prosilci za azil, so pri nas upravičeni do polnega kritja zdravstvenih storitev. To je pomembna informacija, ki pa je večina od njih ne pozna. Negotovost glede otrokovega zdravja in nosečnost po dolgotrajni poti pa sta izredno stresna dejavnika, in mnoge bodoče mamice zaradi tega ne morejo spati.

Največja ovira v okoliščinah, kakršna je opisana zgoraj, pa je jezikovna prepreka. Prvi porod v neznani deželi, v nepoznanem zdravstvenem sistemu, z neznanimi zdravstvenimi posegi, brez možnosti spregovoriti v jeziku, ki bi ga zdravstveni strokovnjaki razumeli, ter negotovost glede otrokove bližnje prihodnosti – to je izziv, ki bi ga lažje premagovali s pomočjo tolmačev in/ali kulturnih mediatorjev.

Komisija je sestavljena iz predstavnikov Ministrstva za notranje zadeve, Ministrstva za zdravje, zdravnika in predstavnika nevladnih organizacij.

Komisija za dodatni obseg zdravstvenih storitev

V okviru Ministrstva za notranje zadeve deluje posebna komisija, ki lahko odobri dodatni obseg zdravstvenih storitev tudi odraslim prosilcem, ki imajo po zakonu pravico do nujne medicinske pomoči. Vloga te komisije je zagotavljati dodatne zdravstvene storitve in širšo zdravstveno obravnavo, ki ne spada med nujno medicinsko pomoč.

POROČILA SOCIALNIH DELAVCEV S TERENA

Jaka Matičič, Urška Živkovič

--- IZVLEČEK ---

Prispevek o poročilih s terena predstavlja opažanja socialnih delavcev v projektu in je povzetek tedenskih poročil o stanju na posameznih lokacijah, o sprejemu prosilcev v azilne domove in sprejetosti prosilcev pri lokalnem prebivalstvu. Poročila so namenjena zaznavanju in spremljanju posebnih okoliščin in potreb prosilcev.

V celostno oskrbo prosilcev za mednarodno zaščito so vključeni številni akterji: socialna in druge službe Ministrstva za notranje zadeve, nevladne organizacije, lokalna skupnost in drugi. Pri Slovenski filantropiji smo pri spremljanju stanja prosilcev sodelovali pri njihovi oskrbi s t. i. mobilno enoto, ki smo jo sestavljali tudi socialni delavci, spremljali pa smo predvsem psihosocialni vidik zdravstvene oskrbe, ki naj bi zajel širši pogled na zdravje in splošno zdravstveno stanje prosilcev za mednarodno zaščito. Naše delo je zajemalo spremljanje položaja prosilcev za mednarodno zaščito, evidentiranje njihovih osnovnih življenjskih potreb, pomoč pri napotovanju k zdravniku in informiranje o njihovih zdravstvenih pravicah.

Psihosocialna pomoč in integracijske akitvnosti

Pri psihosocialni pomoči in integracijskih aktivnostih predstavlja največji izziv pomanjkanje kadra za konkretno delo s takšno ranljivo skupino. V teh aktivnostih je namreč treba upoštevati med drugim njihov položaj, povezan z begom iz države izvora, dolgo potjo in travmami zaradi nasilja, ki so ga mnogi doživeli v svoji državi ali na poti, hkrati pa naj bi jim že med čakanjem na odločitev o mednarodni zaščiti v tem novem okolju pomagale premagovati socialne razlike, ki temeljijo na drugačni kulturi in jeziku.

Na že tako slab položaj prosilcev, na njihovo splošno počutje in tudi zdravje pa še do-

datno dolgoročno slabo vplivajo dolgotrajni postopki in zavrnitve prošenj za mednarodno zaščito.

To stanje lahko delno pripišemo tudi dejstvu, da je naš pristop h konkretni integraciji slab. Integracija bi namreč morala potekati že med čakanjem na odločitev o zaščiti, da bi to olajšalo kasnejšo integracijo, ki se zdaj prav začne šele, ko te osebe pridobijo status begunca ali status subsidiarne zaščite.

Pri našem delu smo zaznali, da izvira veliko zdravstvenih težav pri prosilcih ravno iz splošnega slabega počutja, njihovih strahov in travm, ki jih spremljajo. Pri obravnavi prosilcev se je tako največkrat pokazala potreba po njihovi razbremenitvi s pogovorom. Socialni delavci smo zanje predstavljali psihološko prvo pomoč, naši pogovori pa so bili zaradi njihovih travm in strahov pogosto zelo zahtevni. Pri zagotavljanju širše psihološke podpore v okviru projekta se je ravno zato izkazala za zelo dragoceno prisotnost psihoterapevke in psihologinje, medtem ko imajo prosilci sicer na voljo le psihiatra, in to le v azilnem domu na Viču, enkrat tedensko po dve uri.

Za prosilce bi bilo nujno zagotoviti stalno psihološko in/ali psihoterapevtsko pomoč in tako okolje, v katerem bi se počutili varne in sprejete. To je namreč osnova za človekovo dobro počutje in za primerno stanje duha, kar predstavlja temelj za začetek integracije, saj je ta lahko uspešna le, če je posameznik dovolj motiviran za to, da postane čim hitreje samostojen član skupnosti, da sam dostopa do storitev, ki jih po-

trebuje pri svojem življenju v državi, kamor je pribežal. Pri tem predstavlja največje težave ravno dostop do zdravstvenih storitev, saj so prosilci zdaj omejeni z obsegom nujnih zdravstvenih storitev, kot jih definirata Zakon o mednarodni zaščiti in Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. To pomeni tudi, da nimajo pravice do osebnega zdravnika, temveč le do dežurnega. Za boljšo vključenost in lažje samostojno urejanje življenjskih situacij pa bi morali prosilci podrobneje poznati tudi slovenske zakone in s tem povezane pravice, ki jim pripadajo.

Če prosilci sami nimajo nekoga, ki jim vsaj v začetku pomaga pri dostopu do zdravnika in kasneje, v primeru kompleksnih zdravstvenih stanj, tudi pri dostopu do specialista in bolnišnic, lahko pride pri njihovem psihofizičnem zdravju in pri počutju do večjih zapletov.

Na lokacijah azilnega doma na Kotnikovi v Ljubljani in v Logatcu dela s prosilci trenutno v eni izmeni en socialni delavec, in to za od 50 do 70 prosilcev (govorimo o kadru, ki ga zagotavlja Ministrstvo za notranje zadeve), v azilnem domu na Viču je slika podobna. Ob primerjanju s podobnimi programi, leta 2016 financiranimi iz javnega razpisa za sofinanciranje programov socialnega varstva, ki vključujejo neposredno in večurno socialno delo z uporabniki (programe razpisuje Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti), lahko ugotovimo, da predvidevajo ti enega strokovnega delavca za kontinuirano delo z 8 do 25 stalno vključenimi uporabniki. Ker pa naletimo pri delu s prosilci na prime-

re, ki spadajo poleg tega še v kako drugo ranljivo skupino, predlagamo, da naj se za delo s prosilci zagotovi strokovno osebo s kompetencami s področja socialnega varstva ali drugih sorodnih področij in za delo z ranljivimi skupinami ljudi, ki jim bo lahko zagotavljalo uspešno psihosocialno pomoč ter preprečevalo zdravstvena in socialna tveganja, in sicer enega strokovnega delavca za skupaj največ do 20 oseb. To predstavlja maksimum glede na kompleksnost dela s to ranljivo skupino, v kateri niso le travmatizirane osebe, ampak tudi druge ranljive skupine, kot so gibalno ovirane osebe, ostareli, žrtve nasilja, otroci ipd. Seveda pa je pri tem treba imeti v mislih tudi oteženo komunikacijo zaradi jezikovnih in kulturnih razlik, ki zahtevajo še dodatno angažiranost strokovnega delavca in več njegovega časa.

Ključnega pomena pri zdravstveni obravnavi je tudi pretok informacij, ki pa je velikokrat slab, kajti veliko informacij o prosilcu lahko ostane pri enem akterju (prosilce obravnavajo različni dežurni zdravniki), medtem ko je za učinkovito delo potrebno celotivo poznavanje njihovega stanja. Dogaja se tudi, da hranijo njihovo zdravstveno dokumentacijo socialni delavci v azilnem domu in je prosilci ne prinesejo s seboj k zdravniku. Če pa bi imeli bolj sistematičen pretok informacij, bi bila boljša tudi zdravstvena obravnava prosilcev, vključno z, glede na njihovo stanje, nadaljnjimi postopki.

Obisk pri specialistu, julij 2016 – problem dobrega prenosa informacij

Po pregledu deklice pri specialistu je do

nje, njene družine in socialnega delavca, ki jih je spremljal, pristopila medicinska sestra in informacije, ki jih je dobila že družina, podelila še s socialnim delavcem.

Med. sestra: Tako, deklica je bila pregledana. Zdravnik ni ugotovil kakšnih tveganj, povezanih z njenim stanjem. Če se stanje poslabša, pridite na ponovni pregled, sicer pa ste naročeni spet čez 14 dni.

Soc. delavec: Ampak, kaj je bilo ugotovljeno pri njej, nič?

Med. sestra: Drži. S seboj pa imejte novo napotnico, ker je bila ta ‚nujna‘ in velja samo 24 ur. Pri zdravniku poskusite dobiti tako za dalj časa. Aja, saj je ne bo mogla dobiti, ker do nje niso upravičeni.

Soc. delavec: Aja, sploh nisem vedel, da je napotnica s tako kratko veljavnostjo. Sicer pa za deklico lahko dobimo napotnico za daljši čas, saj so pravice otrok prosilcev za mednarodno zaščito pri zdravstveni oskrbi izenačene s pravicami slovenskih otrok.

Med. sestra: Ne vem, če to drži, saj niso slovenski državljani.

Soc. delavec: Gospa, vsekakor drži. To ureja Zakon o mednarodni zaščiti.

Med. sestra: Vi pa ste zagreti. Kaj ko bi še meni zrihtali kak dober pregled pri specialistu za moje težave ...

Soc. delavec: Kako pa je z njenim izvidom? Kaj lahko povem zdravniku o tem, kaj se je zgodilo?

Med. sestra: Počakajte, bomo preverili pri zdravniku.

VSTOP V AMBULANTO

Soc. delavec: Gospod doktor, kako pa je z izvidom? Zdravnika v azilnem domu bo zanimalo, kakšno je njeno stanje, saj ga redno spremlja.

Doktor: Izvide bomo poslali.

Soc. delavec: Pa imate naslov? Mi smo danes namreč prvič tukaj in si kontaktov še nismo izmenjali.

Doktor: Poslali jih bomo pediatru v Logatec, pa naj vaš zdravnik njega pokliče, če bo potreboval informacije.

Soc. delavec: Hvala in nasvidenje.

Potlačena čustva in pasivnost

Pri našem delu so nam prosilci zaupali veliko bolečih in žalostnih zgodb. Ti pogovori so nam odkrivali njihovo čustveno stanje. V začetku so svoje zgodbe pripovedovali večinoma s solzami v očeh ob mislih na dom, družino in prijatelje, ki so ostali za njimi. Nekateri niso vedeli in še vedno ne vedo, kaj se je zgodilo njihovim sorodnikom – ali sploh še živijo, ali njihov dom, njihovo

mesto še stojita. Zaradi velikih skrbi, ker teh informacij niso dobili, se je njihovo stanje, tudi zdravstveno, poslabšalo. Nekateri so čez čas do informacij le prišli. Če so bile novice dobre, se je njihovo počutje znatno izboljšalo. Tistim, ki so izvedeli o smrti svojcev in prijateljev, je postalo težje, najhujše pa je tistim, ki vedo, da se je nekaj zgodilo, niso pa dobili jasne potrditve ali zavrnitve novic o smrti svojih bližnjih.

Prosim vas, pustite me domov – ilustracija psihičnega stanja med dolgim čakanjem

Zaradi nepredvidljivega položaja, v katerem se znajdejo prosilci v Sloveniji, začenja ta počasi načenjati njihovo počutje. Nekateri od njih so bili tako ali drugače prisiljeni pri nas zaprositi za mednarodno zaščito, saj jim sistem ni omogočal ničesar drugega. Ko razočarani ugotovijo, da jim v državi pribežališča ne bo nič bolje kot v državi izvora, se marsikdo vda v usodo in sprejme, da tu pač ne more biti nič bolje kot doma. Pri nas se prav tako počutijo ogrožene in na koncu se marsikdo odloči, da se bo kljub vsem nevarnostim vrnil v domovino. A tudi postopek vračanja je dolg in je človek zato negotov in zaskrbljen glede vrnitve, enako kot ob čakanju na odobritev prošnje za mednarodno zaščito. Tak primer je bil mož, ki je sam sedel pred azilnim domom in strmел v daljavo. Ko je k njemu pristopil socialni delavec, ga je prosilec nagovoril.

Prosilec: Isti dan v tednu, tako kot

pred šestimi meseci, in otroci se igrajo, tako kot so se pred šestimi meseci. Jaz pa sem dobil klic, da mi je umrla mama. Kaj sploh počnem tu? Tudi sam sem zelo bolan in moj oče doma je zelo bolan in nima nikogar, ki bi mu lahko pomagal. Jaz pa sem tu. Prosim, pustite me domov, čim prej. Moj dom je v moji državi. Prosim vas, ne dopustite, da mi oče umre, medtem ko bom čakal, da lahko grem nazaj.

Druga težava je pasivnost, v katero pehajo ljudi prav dolgotrajni postopki ugotavljanja upravičenosti prošnje za mednarodno zaščito. Tudi tisti, ki so na začetku kazali pozitivno energijo in so bili prepričani, da jih nič ne more streti, so kasneje postali zelo pasivni – sčasoma je vse manj motiviranosti za aktivnosti tako znotraj kot zunaj azilnega doma. Pri tem vse manj pomaga tudi vključevanje v aktivnosti, ki bi jim tako ali drugače vsaj malo odvrnile negativne misli, in njihova udeležba kljub začetnemu zanimanju upada.

Rojstni dan imam, a nisem srečen – ilustracija razpoloženja prosilca

Socialni delavec je načel pogovor z enim od prosilcev, z moškim, s katerim se zaradi dobrega medsebojnega zaupanja rada pogovarjata.

Soc. delavec: Hej, kako si danes, dobro?

Prosilec: Imam rojstni dan, a sem zelo žalosten.

Soc. delavec: Čestitam za rojstni dan.

Drugače pa – kaj je narobe, ti lahko kako pomagam?

Prosilec: Moja žena joka, ker vsi drugi dobivajo status in zapuščajo azilni dom. V domu nimamo nobenih znancev več, mi pa še naprej čakamo tukaj in ne vemo, kaj bo z nami. Vse, kar si želim za rojstni dan, je, da bi bila moja družina srečna. Za vse, kar vi delate za nas, sem hvaležen. A rad bi tudi, da ne bi bilo joka in žalosti.

Soc. delavec: Saj bo bolje, boš videl, danes je tvoj rojstni dan – izkoristi ga tako, da osrečiš družino, tebi to dobro gre.

Prosilec: Saj poskušam, a ne pomaga, poleg tega pa me skrbi, da nas včasih morda narobe razumejo. Glej, vsi pravijo, kako živa in neubogljiva je moja hči. Ampak nihče ne ve, kako je bilo v moji državi. Tam se ni mogla igrati tako, kot se lahko tu. Ni mogla iti iz hiše in biti z drugimi otroki. Zaradi nevarnosti je tam cele dneve preživela znotraj in bila zelo pasivna. Tu pa gre lahko ven in se z drugimi igra vse mogoče otroške igre. Tu je dobila nazaj otroštvo, ki ga prej ni imela. In zato je tako živahna. Ker prej ni mogla biti. Ampak nekateri tega ne razumejo.

Soc. delavec: Pa poskusi vzeti odejo in peljati vso družino na sprehod, naredite si piknik na jasi. Vsaj malo praznujte tvoj rojstni dan. Boš videl, da vam bo tako na samem, ko boste vsi skupaj, malce bolje.

Prosilce: Bom poskusil, verjetno imaš prav in bo pomagalo.

Prostor

Sobe, v katerih so nastanjeni prosilci, so majhne, pogosto preobljudene glede na velikost prostora, in ponekod so skupaj nastanjene tudi različne družine, tako da jih loči le zavesa, ki deli prostor na pol, in torej nimajo nikakršne zasebnosti. Prostori niso ustrezno opremljeni za poletno vročino in zimski mraz, saj so stavbe neustrezno izolirane, toplotno in tudi zvočno, in nimajo klimatskih naprav, poletna vročina in zimski mraz zaradi slabega ogrevanja pa sta za prosilce stresna. Enako deluje tudi pomanjkanje zasebnosti, ki lahko privede do kulturnih nesoglasji in nesoglasji med spoloma. Vsi ti dejavniki pa pogosto negativno vplivajo na širši vidik psihofizičnega zdravja in počutja.

Dodatno vpliva na hudo socialno izključnost prosilcev tudi lokacija azilnega doma in izpostav – to se pozna pri njihovem slabšem vključevanju v lokalno skupnost in tudi pri dostopnosti storitev, ki so potrebne za kakovost življenja, kot so zdravnik, šola idr. Medtem ko je v azilnem domu na Viču in v njegovi izpostavi v Kotnikovi ulici za to do neke mere poskrbljeno, pa je v Logatcu dostopnost javne infrastrukture slaba, enako tudi dostop do zdravnika, kar lahko predstavlja tudi večje tveganje za njihovo zdravje, predvsem v zimskem času, ko je večja obolevnost za prehladi in respiratornimi obolenji.

Informiranje in komunikacija

Prosilci so ob prihodu pogosto naleteli na zelo oviran dostop do informacij in ustreznih sredstev za komuniciranje. Prevodi postopkov in različnih napotkov, ki bi jim pomagali bolje razumeti njihov položaj, se sicer izboljšujejo, vendar dobijo prosilci še vedno premalo informacij, ki bi jim na ustrezen način pomagale, da bi bili samostojnejši in manj odvisni od pomoči drugih akterjev. Prosilci v izpostavi Kotnikova so tako dobili npr. internetno povezavo šele zelo pozno v letu 2016, in to čeprav so jim bili okoliški prebivalci pripravljene pri tem pomagati. Ob dragih mednarodnih telefonskih klicih pa predstavlja internet za prosilce edino možnost za komuniciranje s svojci. Ko tega ni bilo, je bilo pri ljudeh čuti močno frustracijo in občutek nemoči, ker niso vedeli, kaj se dogaja z njihovimi bližnjimi, zaradi tega pa so bili pogostejši tudi obiski zdravnika. S tem povezane težave je težko opisati, dejstvo pa je, da so bili prosilci zaradi negotovosti svojega položaja in položaja svojcev, ki so ostali doma ali na poti, pogosto potrebni intenzivne psihoterapevtske ali druge pomoči. Izvajanje te pa predstavlja večinoma velik zalogaj za vse, ki se ukvarjajo s primerom, saj gre tu za številne težave – od jezika do kulturnih in drugih razlik.

Oteženo je tudi njihovo komuniciranje z lokalno skupnostjo, saj so prosilci zaradi svoje dislociranosti in zaprtosti institucij, v katerih bivajo, prisiljeni v slumovski način življenja, ko se družijo le s sebi enakimi, in tako ne prihajajo v stik z realnostjo življen-

ja zunaj. To pa slabša njihove možnosti za integracijo in samostojno življenje v novi skupnosti.

• Pozitivno pa vplivata na njihovo počutje stik z »zunanjim« svetom in možnost mobilnosti v lokalnem okolju. Aktivnosti, ki so v dobro družbe in ki bi jih prosilci radi opravljali, bi jim omogočale, da bi se počutili koristne, hkrati pa bi izboljšale njihovo podobo v javnosti, ki je zdaj oblikovana predvsem na podlagi predsodkov in strahu.

• Slaba informiranost lokalnega prebivalstva in različnih javnih služb pa vpliva tudi na dostop prosilcev do različnih sistemsko utečenih poti, kot so dostop do farmacevtskih izdelkov in zdravstvene oskrbe in zgolj življenje v skupnosti. Zaradi napačnih predstav lokalnega prebivalstva o njihovem položaju so pogosto izpostavljeni verbalnemu nasilju in občasno tudi fizičnemu, saj ker ne živijo med nami, temveč v insitutuciji, javnost njihovega položaja ne razume pravilno.

Obisk lekarne, maj 2016 – primer za- ničevanja v javnosti

Prostovoljka je s prosilcem za mednarodno zaščito obiskala lekarno, ker mu je tako pomagala, da bi se v prihodnje sam bolje znašel. Spremila ga je do pul-ta, kjer naj bi dobil in plačal zdravila, ki jih je potreboval. Ker je bila celotna situacija za prosilca povsem nova, mu je prostovoljka vse podrobno razlagala, tudi to, kako je z zdravstvenim in far-macevtskim sistemom, da bi to lažje razumel. Medtem pa je farmacevtka

izjavila, da je Hitler že vedel, kako se dela s takimi, ko jih je odstranjeval iz Evrope, ker da ta ni zanje. Prostovolj-ka in prosilec sta želeni izdelek preje-la, zaradi komentarja pa sta zapuščala lekarno ogorčena.

Tudi v institucijah so prosilci podvrženi številnim zapletom zaradi slabše informiranosti in nesposobnosti komuniciranja – zapleti se pojavljajo prvenstveno zaradi kulturnih razlik, ki se jih ne zavedamo dovolj, saj se nam prepogosto zdi, da so nekatere stvari utečena praksa. V realnosti pa se pokaže, da ravno te razlike prosilce izpostavljajo nepotrebnemu zaostrovanju pravil in šikaniranju, ki dolgoročno slabšata njihovo počutje. Taki so, na primer, zapleti z uporabo stranišč, kuhinj in podobnih javnih površin, zapleti, ki so največkrat posledica tega, da jim ni nihče konkretno razložil načina uporabe, nato pa so jim zaradi napačne uporabe tega tako ali drugače zaostri-tili pravila – od prepovedi uporabe, npr. kuhinje, do odpovedi posebnih obrokov ob postenju ali pa je šlo vsaj za slabo voljo, ki so jo znesli nanje, ker niso uporabili, npr. stranišča, v skladu z našimi standardi, ki pa jih oni ne poznajo.

Tudi drugih informacij zanje je premalo in niso celovite. Tako imajo še vedno pre-malo informacij za lažji dostop do zdravstvenih storitev pa o nevarnostih in možnostih dodatnih okužb v EU oz. Sloveniji (v Logatcu, na primer, o klopih, ki jih oni sploh ne poznajo) ter o tukajšnjih zdravstvenih standardih, ki se tičejo higijene, obolenja, zdravljenja, operativnih posegov in terapij z zdravili, kar bi lahko bistveno zmanjšalo

možnosti za dodatne zdravstvene zaplete, ki se lahko pojavijo ob neinformiranosti.

Celovite konkretne informacije so nujne tudi za odpravljanje stereotipov o prosilcih in strahu pred njimi pri lokalnem prebivalstvu, kar je pomembno za njihovo sprejemanje, saj izriše pomanjkanje informacij o prosilcih v javnosti pogosto tako podobo, da je lokalno prebivalstvo zaradi tega do njih zelo negativno in nesramno, to pa otežuje njihovo vključevanje v družbo in s tem še dodatno slabo vpliva na njihovo splošno počutje.

Policijski nadzor in varnostna služba

Prosilce so v času projekta večkrat spremljali policisti, čeprav naj bi bilo njihovo gibanje znotraj meja RS relativno svobodno. Tako smo v izpostavi v Logatcu, kjer so nastanjene zgolj družine, nekajkrat zaznali policijske patrulje, ki so prosilce spremljale tudi na sprehodu po kraju, od tam, kjer so jih srečale, do tja, kamor so bili namenjeni. Včasih nam o tem poročajo tudi prosilci. Tudi drugje izvajajo policisti redno kontrolo. Občutek, ki ga ob tem dobijo prosilci, ni prijeten in ne pripomore k njihovem vključevanju v kraj. Poleg tega pa se varnostna služba, ki naj bi zagotavljala varnost prosilcev in tudi obiskovalcev v azilnem domu, do prosilcev ponekod včasih po nepotrebem obnaša nasilno, kar pa kaže tudi na njeno preobremenjenost. Sedanje razmere namreč več kot očitno presegajo njene kadrovske zmogljivosti, torej ne omogoča-

jo, da bi zagotavljale kvalitetno delo zaposlenih in dostojno obravnavo prosilcev. Priča pa smo bili tudi manjšemu šikaniranju in neprimernemu ravnanju varnostnikov v primerih, ko posredovanje sploh ni bilo potrebno in bi lahko bili prosilci drugače obravnavani. To je sicer le manjši delček v celotnem mozaiku, vendar negativno vpliva na počutje prosilcev v njihovem že tako nezavidljivem položaju.

Zagotavljanje ustreznih standardov pri bivanju in zadovoljevanju osnovnih potreb

Obleka, ki jo prosilci dobijo, je prvenstveno iz nadvse dobrodošlih donacij, a te ne zagotovijo vedno tistega, kar ti ljudje res potrebujejo. Tako so prosilci v azilnih domovih pogosto dobili tudi oblačila, ki jim niso bila povsem prav, in nekateri tudi po več mesecev niso imeli ustrezne obutve ali obleke, ki bi bila primerna za gibanje zunaj azilnega doma. Ko so se mladostniki in otroci odpravljali v šolo, so večkrat omenili strah pred tem, kako bodo nanje gledali vrstniki, ko jih bodo videli v prevelikih ali premajhnih oblačilih, marsikateri starejši moški pa je namesto pasu uporabljal kar vrv ali kaj podobnega, da je bil vsaj približno primerno oblečen za gibanje v javnosti, je pa to močno vplivalo na njihovo samopodobo. Obleka, ki ne ustreza »družbenim standardom«, povzroča namreč strah pred zaničevanjem, čudnimi pogledi in socialno izključenostjo.

Prosilci tudi skoraj nimajo dežnikov, če si jih ne kupijo sami, zato so v slabem vremenu primorani ostati v domu. In zaradi take malenkosti se povečuje njihova socialna izključenost, hkrati pa jim to onemogoča udejstvovanje na dogodkih zunaj azilnega doma, ki bi pozitivno vplivali na njihovo počutje. Deževni dnevi so zanje tako še težji.

Prehrana

Prosilci so upravičeni do treh obrokov na dan, otroci do petih, hrana, ki jo prejemajo, pa ni vselej ustrezno prilagojena njihovim prehranskim navadam in lahko povzroča tudi številne zdravstvene težave, tudi želodčna obolenja. Pozivi, da naj se prehrana prilagodi njihovim navadam (več riža in začimb, ki jih uporabljajo pri njih), so sicer obrodili nekaj izboljšav, vendar le kratkotrajno. Z ustrežno prehrano pa bi se izognili tudi marsikateri zdravstveni in zobozdravstveni težavi, med drugim zaprtosti, driski, črevesnim bolečinam ter težavam z vnetimi dlesnimi in bolečinami v zobeh, pa podhranjenosti, slabokrvnosti in drugim problemom, s katerimi se pogosto soočajo predvsem otroci in mlade mamice. Primer neprimerne hrane so obroki, ki jih dobijo prosilci v paketih za vikende, v t. i. lunch paketih, ki v glavnem vključujejo tudi živila z veliko vsebnostjo sladkorja in soli, kot so sladkarije in čips, medtem ko dobivajo med tednom kuhane obroke.

Ljudje si po večini želijo, da bi si lahko sami kuhali in si tako pripravljali hrano, ki ustreza njihovim navadam, potrebam in preba-

vi. V azilnih domovih je za to sicer nekaj možnosti, a le manjše kapacitete. Manjše kuhinje, ki jih imajo, namreč ne omogočajo tudi shranjevanja hrane in priprave hrane za veliko prosilcev. Pri zagotavljeni prehrani pa prosilci omenjajo predvsem večjo potrebo po zelenjavi, rižu, črnem čaju in drugačnih začimbah, ki so jih vajeni od doma.

Kuhanje pa bi bilo zelo koristno tudi zato, ker bi jih zaposlovalo in bi jim tako omogočalo tudi ohranjanje dnevnih življenjskih opravil, ki pripomorejo k boljšemu splošnemu počutju, zdravju in skrbi za družino. To, da so jim z institucionalno ureditvijo nastanitve in prehrane odvzete življenjske funkcije, jih namreč sili v pasivnost in jih demotivira, zato se počutijo nemočne, to pa samo še povečuje njihovo zaskrbljenost in anksioznost.

Sistemska ureditev zdravstvene oskrbe in praksa

V praksi prihaja v zdravstvenih ustanovah do težav predvsem pri administrativni obravnavi prosilcev, tudi ko gre za otroke in nosečnice, ki so po veljavnih zakonih pri zdravstveni obravnavi izenačeni z državljanji RS.

Prosilci za mednarodno zaščito imajo kartico prosilca za mednarodno zaščito, ki je dokument za identifikacijo, hkrati pa služi kot zdravstvena izkaznica. Zaradi sistemske neurejenosti (kar je verjetno posledica medresorske neusklajenosti med Ministr-

stvom za zdravje in Ministrstvom za nortanje zadeve, pod katero spada delovanje azilnega doma) se dogaja, da prosilec v zdravstveni ustanovi ne ve, kako priti do zdravnika, osebje, ki ga administrativno obravnava pred začetkom zdravstvene obravnave, pa ne ve, kako ga vključiti v sisteme, ki se ves čas posodablajo in so prilagojeni ljudem z zdravstvenim zavarovanjem. Zaradi pomanjkanja informacij o prosilčevih pravicah na področju zdravstva in dostopa do zdravnika se tako dogaja tudi, da jih v zdravstvenem domu zavrnejo, najpogosteje pa prihaja do nesporazumov in slabe volje pri zdravstvenem osebju, ki ne ve, kako prosilca obravnavati in kakšne storitve mu pripadajo.

Naročanje k specialistu, junij 2016 – problem administrativne obravnave

Klicatelj: Pozdravljeni, sem socialni delavec in bi rad naročil na pregled pri vašemu specialistu dečka iz družine prosilcev za mednarodno zaščito, in to na podlagi napotitve pediatra iz lokalnega zdravstvenega doma.

Med. sestra: Mi lahko poveste njegovo številko zdravstvenega zavarovanja?

Klicatelj: Gospa, ker gre za prosilca za mednarodno zaščito, te številke nima.

Med. sestra: Gospod, mi ga ne moremo naročiti, če te številke nima. To ni mogoče. Sploh ima zdravstveno izkaznico? Kdo pa je tu plačnik?

Klicatelj: Gospa, gre za mladoletnega

otroka prosilcev za mednarodno zaščito, ti otroci pa so po zakonu upravičeni do enake zdravstvene oskrbe kot državljani Republike Slovenije; oni imajo samo kartico prosilca za mednarodno zaščito, ki je hkrati njihova osebna izkaznica in zdravstvena izkaznica, deček pa ima tudi napotnico pediatra, na kateri piše, da je plačnik Ministrstvo za zdravje, ki se je zavezalo, da bo plačevalo take napotitve.

Med. sestra: Ampak kako naj jaz to vem, mi nismo dobili nobenega navodila?! Klicali smo že na ministrstvo, a se ne javljajo.

Klicatelj: Ravno zato vam to razlagam, ker je bilo od ministrstva to zagotovljeno.

Med. sestra: Poglejte, jaz o tem ne vem nič; vam vežem zdravnika, pa se z njim zmenite.

PREVEZAVA NA TELEFON ZDRAVNIKA

Zdravnik: Pozdravljeni.

Klicatelj: Pozdravljeni, medicinska sestra me je vezala k vam, da se z vami dogovorim glede napotitve dečka iz družine prosilcev za mednarodno zaščito, ki biva v azilnem domu. Potrebuje namreč pregled pri specialistu, napotil pa ga je pediater iz lokalnega zdravstvenega doma.

Zdravnik: Ja, ja, to kar s sestro uredite.

Klicatelj: Ampak ravno ona me je vezala k vam. Ker ne ve, kako to urediti; da morate vi povedati, ali je to sploh možno ali ne, kar pa seveda je, saj so mladoletni otroci prosilcev za mednarodno zaščito upravičeni do enake zdravstvene oskrbe kot državljani Republike Slovenije.

Zdravnik: Ja, to je res, kar povejte sestri, naj ga naroči.

Klicatelj: Hvala.

Zdravnik: Lep pozdrav.

Klicatelj: Lep pozdrav.

PREVEZAVA NA TELEFON SESTRE

Klicatelj: Pozdravljeni, zdravnik je rekel, da dečka lahko naročite.

Med. sestra: Toda, gospod, jaz ne vem, kakšno številko naj tu vpišem. Jaz ga ne morem prijavit, če nima številke!

Klicatelj: Gospa, jaz ne vem nič o sistemu v vašem zdravstvenem domu, deček pa resnično potrebuje ta specialistični pregled.

Med. sestra: Razumem, ampak mi nimamo navodil, kako v takem primeru ravnati.

Klicatelj: Pa stopite v stik z ministrstvom, jaz sem vam že povedal, kaj bi morali narediti. Če želite, pa vam šte-

vilko pristojnega na ministrstvu tudi povem.

Med. sestra: Ma, ne, ne. Naj se kar zdravnik s tem ukvarja.

Klicatelj: Je deček torej naročen?

Med. sestra: Ja, ne vem; ga bom po mojem kar nekam posebej napisala, pa bomo na to pozorni. Kdaj pa bi želeli, da ga naročimo, dopoldne ali popoldne?

Klicatelj: Zaradi prevoza, ki ga je lažje organizirati v dopoldanskem času, bi vas prosil za dopoldne, če je mogoče.

Med. sestra: Velja. Naj pride takrat in takrat, zraven naj ima napotnico, in tisto številko pristojnega na ministrstvu morate obvezno priložiti. Pa bomo potem to nekako reševali.

Klicatelj: Bomo. Najlepša hvala za vaš trud in prijaznost. Lep pozdrav.

Med. sestra: Lep pozdrav tudi vam.

Med našim delom pa naletimo tudi na kompleksne primere, govorimo tudi z ljudmi s kroničnimi boleznimi, ki bi morali redno obiskovati zdravnika in imeti stalen dostop do zdravil (npr. srčni in sladkorni bolniki), a to sistemsko ni mogoče, to pa lahko bistveno poslabša njihovo počutje in tudi zdravstveno stanje. Vedno novi obiski pri vedno drugem zdravniku samo za dostop do rednih zdravil pa so za prosilca zahtevni in pogosto nemogoči brez sodelovanja socialnih in drugih delavcev, ki pomagajo pri

posredovanju, logistiki in drugih aktivnostih za preprečevanje najhujšega.

Kronična bolečina in pomanjkanje redne medicinske oskrbe

Vladimir je 56-letnik iz Rusije, v Sloveniji živi pet mesecev.

Ima kronične srčno-žilne težave. Zdravniki v Rusiji so mu predpisali zdravila, ki jih mora dnevno jemati do konca življenja.

Njegove težave so se začele pred šestimi leti zaradi njegove izjemno stresne službe in adrenalinskih športnih dejavnosti. Začelo se je s srčno kapjo, tej pa je nato sledila še ena. Prijatelj zdravnik mu je svetoval operacijo in operiran je bil v Moskvi.

Pri nas ima težave z dostopom do nujno potrebnih zdravil. Kadar opazi, da mu jih začne zmanjkovati, mora obiskati medicinsko sestro v drugi izpostavi azilnega doma, da ga napoti k dežurnemu zdravniku. Nikoli ne ve, kako dolgo bo moral čakati na zdravniško obravnavo - nazadnje je moral čakati dva tedna. Ker se dežurni zdravniki dnevno menjavajo, mora vsakemu od njih vedno znova pojasnjevati, kaj potrebuje in zakaj. Poleg tega je dežurni zdravnik splošni zdravnik in ne specialist, ki bi spremljal njegovo stanje. Vladimir je bil pri specialistu pred osmimi meseci, in če bo z njim vse v redu, ga bo naslednjič lahko obiskal šele čez eno leto. Skrbi ga, kako bo tukaj to izvedljivo, ko pa je že do zdravil tako težavno priti.

Njegova zgodba je dober primer nezadostnosti zdravstvene oskrbe, ki je na voljo prosilcem za azil v Sloveniji; do specialističnega pregleda so namreč upravičeni le v življenje ogrožajočih okoliščinah ali če posebna komisija azilnega doma to odobri na podlagi njihovega pisnega zahtevka. Ta postopek je dolgotrajen, to pa je problematično zlasti za osebe s kroničnimi obolenji, ki potrebujejo redno zdravstveno oskrbo in kontrole. Prosilec za azil tudi nima pravice, da bi si izbral osebne zdravnika, ki bi redno kontroliral njegovo stanje in ga po potrebi napotil k specialistu. Obične lahko le dežurnega zdravnika, ki pa je vedno druga oseba. Njegovo zdravljenje se začne vsak mesec znova in se opira le na njegove besede, ne pa na mnenje specialista, posledica tega pa je lahko tudi postopno napredovanje bolezni. Prav tako pa je zelo verjetno, da mu bo zdravil zmanjkalo še pred pridobitvijo novega recepta, kar dodatno prispeva k nekonsistentnemu zdravljenju.

Vse omenjeno pa, skupaj z Vladimirjevo zelo nepredvidljivo življenjsko okoliščino, med čakanjem na odločbo o priznanju mednarodne zaščite zagotovo ne vpliva spodbudno na njegovo zdravje.

Vladimir se spominja, kako je bilo v Avstriji, kjer je takoj dobil napotnico za pregled pri specialistu in recept za zdravila za daljše obdobje. Dobro bi bilo, če bi se zgledovali po njihovi dobri praksi.

Zobozdravstvena oskrba

Pri prosilcih prihaja tudi do obsežnih težav z zobmi, in to kot posledica številnih razlogov, med katerimi je tudi neustrezna prehrana. Pri osebah, ki so dolgotrajno obravnavane kot prosilci za mednarodno zaščito (to traja v povprečju pol leta, lahko pa tudi leto ali več), tiči največji problem ravno v dejstvu, da so v tem času upravičeni le do nujne zobozdravstvene oskrbe, ki pa v praksi pomeni, bodisi da oboleli zob izpulijo bodisi da ga sicer zavrtajo, a brez zalivke. Odprt zob pa predstavlja nadaljnje možnosti za zobobol in splošno slabo zdravstveno stanje prosilca.

Ayesha je mati nekajmesečnega fantka in ima težave z zobmi. Ko je pred približno osmimi meseci prispela v Slovenijo, je o svojih težavah poročala sestri v azilnem domu. Predpisali so ji analgetike. Ko so se bolečine stopnjevale, je medicinska sestra o tem obvestila zdravstveni dom in Ayesha je obiskala zobozdravnika. Ker prosilci za azil nimajo osebne zobozdravnika, so jo napotili k dežurnemu zobozdravniku. Spremljal jo je prostovoljec.

Težave z zobmi so najpogostejše zdravstvene težave, o katerih poročajo prosilci za mednarodno zaščito, eden največjih izzivov pri zagotavljanju ustreznih zobozdravstvenih storitev pa je sporazumevanje. Nimajo namreč vsi možnosti, da bi jih k zdravniku spremljal tolmač. V Ayeshinem primeru je bil rezultat tega zdravljenja napačnega zoba, ker pa je bilo preveč sram, o tem

ni javno spregovorila, prostovoljka, ki je bila sicer zelo jezna, toda ni ukrepala.

Ko se je Ayeshi pojavila nova bolečina, je bilo nevzdržno: *»Jokala sem, nisem mogla zaspati – bolečina je bila tako huda, kakršno sem doživela le še ob porodu. Vzela sem kar šest protibolečinskih tablet (4 lekadolje, 2 nalgesina), vendar sem sestri naslednji dan rekla, da sem vzela samo dve. Moj otrok, ki ga še dojim, je dva dni samo spal. Prepričana sem, da se je to zgodilo zaradi zdravlil. Obiskala sem zdravnika in ta mi je zob izpulil. Podpisati pa sem morala izjavo, da se strinjam s posegom. Vsebine podpisane izjave nisem razumela.«*

Glede zobozdravstvenih težav so zgodbe večinoma podobne, saj imajo prosilci za mednarodno zaščito pravico le do nujne zobozdravstvene oskrbe. Vse to pa vpliva na njihovo življenje. Zavedajo se, da ne bodo dobili drugega kot protibolečinske tablete, dokler ne bo bolečina tako huda, da jim bodo zob morali izpuliti.

V Sloveniji pokriva zdravstveno zavarovanje prosilcev za mednarodno zaščito le življenje ogrožajoča stanja. Težave z zobmi pa se, ne glede na njihov vzrok ali stopnjo bolečine, obravnavajo na enak način: *»Vedno je ista zgodba. Zobozdravnik odpre in očisti zob, naredi začasno zalivko, ki pa po nekaj dneh izpade. Ko se bolečina vrne, ponovno obišče zobozdravnika, na koncu pa ta zob izpuli.«*

Poleg dolgotrajnega čakanja na pridobitev mednarodne zaščite predstavljajo dodatne zaplete in stres tudi zdravstvene težave, zato bi osnovno zdravstveno zavarovanje, ki bi omogočalo osnovno preventivno in kurativno zdravstveno oskrbo, številnim prosilcem za mednarodno zaščito občutno olajšalo življenje.

Zgodbe in pričevanja prosilcev, ki jih navajamo v zborniku sta zbrala socialna delavca na projektu (op. ur.).

ZDRAVSTVENA OBRAVNAVA IN OSKRBA PROSILCEV ZA MEDNARODNO ZAŠČITO TER DELO V OKVIRU PROJEKTA

*Lea Bombač, dr. med., Špela Breclj, dr. med.,
Helena Liberšar, univ. dipl. soc. kult. in fran., dr. Erika Zelko, dr. med.*

--- IZVLEČEK ---

Prispevek predstavlja projektno delo, v katerem smo zdravstveno obravnavali prosilce za mednarodno zaščito, za katere veljajo v Sloveniji omejene pravice do zdravstvenih storitev. Gre za osebni pogled avtoric na dileme, ki se pri tem delu porajajo, in videnje možnih izboljšav zdravstvene obravnave prosilcev.

Uvod

Z zaprtjem migrantskih poti marca letos (2016) so se zdravstvene potrebe beguncev pri nas spremenile, s tem pa sta se spremenila tudi njihova zdravstvena obravnava in upoštevanje njihovih potreb. Tisti, ki ostanejo pri nas in zaprosijo za mednarodno zaščito, so obravnavani kot prosilci za mednarodno zaščito in imajo samo omejeno pravico do zdravstvenih storitev. Sprememba potreb se kaže v tem, da je bilo pred zaprtjem migrantskih poti več potreb po oskrbi ran in poškodb ter

oskrbi zaradi dehidracije, česar je zdaj zelo malo, povečale pa so se potrebe po širši obravnavi, tudi obravnavi zaradi kroničnih nenalezljivih bolezni, ki pa niso uvrščene med nujna stanja. Prosilcev za mednarodno zaščito je v Sloveniji trenutno okoli 300, kar je en begunec na 7000 Slovencev, nastanjeni pa so v azilnem domu in njegovih izpostavah. Naša zdravniška ekipa skuša prosilcem za mednarodno zaščito, ki imajo po zakonu opredeljeno zelo omejeno zdravstveno oskrbo, z delom v okviru projekta Slovenske filantropije in Zdravnikov sveta (8 NGO's) zagotoviti širšo obravnavo. Zdravniško ekipo sestavljamo 3 zdravnice,

z bolniki komuniciramo s pomočjo prevajalcev za farsi in arabščino, da delo teče nemoteno, pa skrbi še administratorka. Prisotni smo v vseh treh izpostvah azilnega doma – v Ljubljani na Viču in na Kotnikovi ter v Logatcu – in sicer zagotavljamo 26-urno tedensko prisotnost v improviziranih ambulantomah, v katerih bolnike obravnavamo in oskrbujemo, pri čemer pa imamo dostop le do osnovnih pripomočkov. Zagotavljanje zdravstvene oskrbe je še posebej zahtevno zaradi specifičnosti populacije, zaradi ranljivosti teh oseb, kar zahteva še večjo mero pozornosti. Običajno je potrebno veliko improvizacije in prilagodljivosti. S koncem tega projekta bo konec tudi intenzivnejše zdravstvene obravnave prosilcev in relativno učinkovite komunikacije z njimi pri reševanju njihovih zdravstvenih težav med čakanjem na ureditev statusa. Zaradi naraščanja števila prosilcev za zaščito pri nas in zaradi napovedi novega vala beguncev želimo s predstavitvijo svojih izkušenj, pridobljenih v projektu, pripomoči, da bi bila njihova zdravstvena obravnava tudi v prihodnje čim bolj nemotena in da prihod prosilca v javno zdravstveno ustanovo ne bi povzročal nepotrebnih zapletov in upočasnitve pregledov zaradi iskanja rešitev ter da bi bila prosilcu vedno zagotovljena dostojna zdravstvena obravnava.

Potek našega dela v projektu

Prosilca, ki potrebuje zdravstveno oskrbo, se v ambulanti v azilnem domu oglasi med uradnimi urami ali pa se že prej napove

osebju, ki skrbi za sodelovanje/povezovanje z zdravstveno ekipo v ustanovi. Prosilec nato, če je sposoben za sporazumevanje v slovenščini, angleščini, hrvaščini ali srbsščini, pride v ambulanto sam in se pogovori z zdravnikom. Če pa gre za komunikacijske težave, za neznanje teh jezikov, je ob pregledu pri zdravniku prisoten tudi prevajalec (izjemoma organiziramo prevajanje po telefonu ali internetu). Delo v ambulanti je raznoliko. Vsakega, ki potrebuje zdravstveno oskrbo, poslušamo, pregledamo z osnovnimi pripomočki, ki so nam na voljo, in se pogovorimo o njegovih zdravstvenih težavah. Preden bolnika, ki bi potreboval laboratorijske preiskave in drugo diagnostiko oz. morebitno napotitev naprej, usmerimo v zdravstveni dom, pokličemo tamkajšnjega dežurnega zdravnika ali medicinsko sestro in se dogovorimo za ustrezno diagnostiko in terapijo, če je to potrebno v okviru nujnega zdravljenja. Da bi bilo med prosilčevo nadaljnjo obravnavo čim manj jezikovnih preprek, skupaj s prevajalcem pripravimo nekaj podatkov o njegovem zdravju. Za prosilca, ki potem opravi pregled pri splošnem zdravniku ali specialistu, je zaželeno, da se z vsemi dobljenimi izvidi vrne k nam, da ga seznanimo z vrsto in naravo njegove bolezni. Pomagamo mu tudi, da čim prej dobi zdravila. Kadar prosilci potrebujejo nadaljnje preglede zunaj azilnega doma, je zanje treba organizirati tudi prevoz do zdravstvene ustanove in prevajalčevo pomoč, ko je ta na voljo. Prevajalec naše delo običajno olajša, kljub temu pa ovire v komunikaciji ostajajo, in to predvsem pri prosilčevem razumevanju njegovega zdravstvenega stanja.

Z zakonom opredeljena zdravstvena obravnava in oskrba prosilcev

V Zakonu o mednarodni zaščiti je v poglavju o pravicah in dolžnostih prosilcev za mednarodno zaščito v 78. členu navedeno, da imajo prosilci na območju sprejema pravico do nujnega zdravljenja, brezplačne zdravstvene storitve, ki so jim na voljo, pa so opredeljene v 86. členu tega zakona. Mladoletnim prosilcem (do 18. leta) in ženskam (v zvezi z nekaterimi zdravstvenimi stanji) je danih nekoliko več pravic kot preostalim – otroci prosilcev imajo enake pravice kot otroci slovenskih državljanov, nosečnice prosilke imajo enake pravice kot noseče državljanke, isto velja za doječe matere, prosilke imajo enake pravice tudi na področju kontracepcije in reproduktivnega zdravja. Kako država zagotavlja zdravstveno varstvo prosilcev, je določeno v Pravilniku o pravicah prosilcev za mednarodno zaščito. Za zagotavljanje njihove zdravstvene oskrbe je bistven 17. člen o pravici do zdravstvenega varstva (v obdobju projekta in izdaje zbornika še veljavnega pravilnika, medtem ko je novi še v pripravi – op. ur.).

Zakaj naj bi imeli prosilci izbranega osebnega zdravnika

V prid temu govorijo izkušnje iz obravnave posameznih prosilcev. Navajamo nekaj značilnih.

37-letni bolnik zadnjih 10 mesecev, kar je prišel preko Avstrije v Slovenijo, ves čas toži, da se mu občasno pojavljajo bolečine v trebuhu. Pregledan je bil že pri različnih zdravnikih, v različnih krajih, a zapisov o poteku zdravljenja nima. Nekega večera so ga zaradi nevzdržnih bolečin z nujno pomočjo pripeljali na urgenco, in to brez kakršnih koli »papirjev«, brez opisane dotedanje terapije, povsem brez podatkov o bolniku, ob tem pa je šlo še za jezikovno oviro. Obravnava je bilo tako treba začeti z nič – spet so opravili različno slikovno diagnostiko, ki pa ni pokazala nikakršnega bolezenskega dogajanja. Ob odpustu je dobil pisna navodila za dieto za preobčutljivo črevesje, to pa smo natančno razložili tudi njegovi ženi, in njegovo zdravstveno stanje se je potem znatno izboljšalo. Če bi imel ta bolnik izbranega zdravnika, bi dobil takšna priporočila glede diete že prej, in bi se lahko izognili stroškom drage zdravstvene obravnave.

35-letni bolnik stalno toži zaradi zamašenega nosu. Človek bi najprej pomislil, da je prehlajen, sploh ker ima med obravnavo na sebi več toplih oblačil, po pregledu njegovega zdravstvenega stanja pa kaže na to, da bi pri njem lahko šlo za seneni nahod. Preskusil je že različna zdravila, ki blažijo težave zamašenega nosu, in sicer npr. spiranje nosu in jemanje vitamina C, vendar je njegov nos še vedno zamašen. Pri tem zdravljenju poskusi vsak zdravnik s svojo terapijo, in to glede na svoje izkušnje in informacije, ki jih je dobil od bolnika, ob tem pa ni znano, točno katera zdravila je ta dotlej jemal. Bolnik ni bil nikoli napoten na nadaljnjo obravnavo, kar bi bilo pri kroničnem stanju nujno, to njegovo stanje pa

naj bi trajalo že nekaj mesecev, morda celo let, vendar se o tem ne moremo sporazumeti, ker nimamo prevajalca za jezik, ki ga govori.

20-letni bolnik se zadnje leto pritožuje zaradi glavobola migrenskega tipa, ki se mu pojavlja vsak teden, traja dan ali dva, potem pa spontano mine. Ob naši obravnavi je glavobol trajal že peti dan, in to čeprav ga je poskušal odpraviti z različnimi protibolečinskimi tabletami. Mladenič je bil mentalno spremenjen in zato napoten v zdravstveni dom, od tam so ga napotili naprej na bolnišnično obravnavo, tu pa so z dodatnimi preiskavami ugotovili, da gre za migrenski napad. Če bi ta bolnik lahko imel izbranega osebnega zdravnika, bi ga ta lahko spremljal, in ker bi vedel, da se tako običajno kažejo migrenski napadi, bi ga zdravil z ustrezno protimigrensko terapijo, in ne bi bilo stroškov, ki so nastali z napotitvijo na nadaljnjo obravnavo.

8-letni deček ima od drugega leta starosti cerebralno paralizo z občasnimi epileptičnimi napadi. Potreboval bi izbranega osebnega pediatra, da bi ta spremljal njegovo zdravstveno stanje in skrbel za ustrezne napotitve k specialistom za proučitev stanja ter za terapije in pridobitev invalidskega vozička. Če bi dečka spremljal ves čas en sam zdravnik, bi bilo delo lažje za vse, za dečka, zdravnike in družino. Družini namreč ne bi bilo treba vedno znova ponavljati zgodbe, je pojasnjevati vedno novim zdravnikom in prevajalcem.

29-letni bolnik je prišel z bolečinami v zadnjiku in pogosto naj bi krvavel zaradi

hemoroidov. V različnih urgentnih ambulantah je vedno dobil le zdravila proti hemoroidom, a mu ni nič od tega pomagalo. Katera zdravila so bila to, ni vedel, izvidov ni imel, na nadaljnji pregled pa ni bil nikoli napoten, ker ni šlo za urgentno stanje. Ko je bil končno obravnavan pri specialistu proktologu, je bilo ugotovljeno, da sploh nima hemoroidov, temveč da gre pri njem za vnetje kožnih gub – da te bolijo, krvavijo in dajejo vtis hemoroidov. Za boljšo kvaliteto življenja bi bilo treba te gube kirurško odstraniti, saj so zelo velike in zdaj že kronično vnete ter tako razbolene, da bolnik ne more ne sedeti, ne hoditi, ne ležati, a je medresorska komisija prošnja za odobritev sredstev za operacijo zavrnila.

Dileme in predlogi za spremembe pri obravnavanju prosilcev

Prosilci za mednarodno zaščito so s trenutnimi pravicami na področju zdravstvenega varstva v nezavidljivem položaju, in to zlasti zato, ker se o njihovi prošnji za mednarodno zaščito odloča zelo dolgo, lahko tudi po več mesecev in celo let. Tako lahko živijo v Sloveniji nekaj let, ves ta čas pa imajo pravico le do nujne medicinske pomoči, razen otrok in določenih skupin žensk. Poleg tega je težava tudi v tem, da v Sloveniji nimamo pravih, ustaljenih postopkov oz. primernih navodil za zdravstveno obravnavo prosilcev. Med ministrstvi in zdravstvenimi domovi je samo dogovor, da je treba prosilca za lažjo obravnavo in sprejem v zdravstvenem domu

vedno naročiti oziroma poklicati dežurnega zdravnika, da je obveščen o njegovem prihodu. Pokliče lahko kdorkoli od socialnih ali zdravstvenih delavcev azilnega doma. Prosilce iz azilnega doma na Viču napotujemo v zdravstveni dom Vič-Rudnik, iz izpostave v Logatcu v zdravstveni dom Logatec, težje pa je za prosilce na Kotnikovi, za katere je pristojna Splošna nujna medicinska pomoč (SNMP), ki pa zaradi narave njenega dela in nujnosti njenih zdravstvenih obravnav ni najprimernejša za napotovanje prosilcev k njim. Veliko bolj smiselno bi bilo za te prosilce vzpostaviti sodelovanje z zdravstvenim domom na Metelkovi, kjer bi jih sprejel tamkajšnji dežurni zdravnik, po predhodnem dogovoru, kot to poteka na preostalih lokacijah.

Poleg tega je v azilnem domu na Viču za zdravstveno dejavnost poskrbljeno tako, da jo vodi in za njeno izvajanje v celoti skrbi medicinska sestra. To pa žal nič ne koristi prosilcem iz preostalih enot, saj ti iz izpostav Kotnikova in Logatec te pomoči ne morejo uporabiti. Če kdo zboli, na primer v Logatcu, namreč ne bo šel najprej na Vič, k medicinski sestri, in nato k zdravniku v zdravstvenem domu Logatec. Tako se mora z zdravstvenimi zadevami v teh dveh izpostavah ukvarjati tamkajšnje osebje, to so najpogosteje socialni delavci, ki pa za to niso usposobljeni.

Težava pa je tudi v tem, da je urgentna obravnava v zakonu opredeljena precej ohlapno, in tako dopušča različno interpretacijo. V primerjavi z državljani pa so prosilci v slabšem položaju tudi zato, ker jim je v prvih devetih mesecih po prihodu v

našo državo onemogočeno pridobitno delo in tako ne morejo zaslužiti za to, da bi si plačali zdravstveno zavarovanje ali zdravstvene storitve. Prosilci bi morali biti vsaj osnovno zdravstveno zavarovani. Tu ne gre za nikakršen nadstandard za prosilce za mednarodno zaščito, kakršen za slovenske državljane ne bi veljal. Pomembno je samo, da se tudi zanje zagotovi minimum, ki bo vsem prizadetim zagotovil osnovno človeško dostojanstvo. Taka zdravstvena oskrba prosilcev s širšim obsegom pravic pa bi razbremenila tudi sistem, npr. dežurne službe. V sedanjem sistemu se komisija (za dodaten obseg zdravstvenih storitev – op. ur., glej str. 17) pri svojem presojanju namreč osredotoča le na nujnost zdravljenja, pri tem pa ne upošteva, da zdravstvena stanja, ki se ne uvrščajo med nujna stanja, prosilcem izrazito zmanjšujejo kakovost življenja. Druga sedanja težava pa je to, da če komisija vendarle odobri dodatne zdravstvene storitve, nimamo nobenega jasnega mehanizma za izbiro izvajalca teh storitev.

Kaj bi bilo potrebno

1. Na nacionalnem nivoju bi morali imeti zdravstvenega koordinatorja, ki bi skrbel za kontinuirano zdravstveno obravnavo in spremljanje zdravstvenega stanja prosilcev, skrbel pa bi tudi za pretok informacij med različnimi akterji, vpetimi v zdravstveno varstvo prosilcev (in širše migrantov) na različnih ravneh.

2. Prosilci bi morali imeti na voljo družinskega zdravnika, vključenega v

sistem, ki bi imel standardno ekipo s prevajalcem, primerno izobrazbo za delo z begunci in ustrezno opremljeno ambulanto. S tako obravnavo bi bili deležni primarnega zdravstvenega varstva in v posebnih primerih, o katerih bi odločala komisija, tudi specialistične obravnave, tudi tisti, ki teh pravic še nimajo – zdaj jih imajo samo določene skupine žensk in mladoletni prosilci.

3. Izboljšati bi bilo treba sistem napotitev. Če zdravnik izda napotnico z oznako nujno, bi moral biti bolnik pri zdravstvenih storitvah izenačen z državljani. Če je na napotnici oznaka hitro ali redno, pa bi o tem, ali bo storitve plačalo ministrstvo za zdravje, presojala medresorska komisija. Če je napotitev odobrena zdaj, namreč ni jasno, ali bolnik potrebuje še napotnico, ki je predmet Zavarovalnice za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), ali ne.

4. Opredeliti bi bilo treba tudi, ali mora biti prosilec, če mu komisija napotitev odobri, uvrščen na čakalni seznam ali ne. Čakalni seznam je namreč prav tako predmet ZZZS.

5. Opredeliti bi bilo treba tudi čas, v katerem mora biti prošnja rešena, npr. v tednu dni. To obveščanje zdaj ne deluje dobro, saj čakajo eni na odgovor komisije tudi po več mesecev, pri tem pa nihče ne ve, kdaj komisija zaseda.

6. Potrebno bi bilo aktivno delo medresorske skupine, ki bi dorekla, kaj spada med nenujne storitve, dostopne migrantom, ki jih izvajalcem zanje plača Ministrstvo za zdravje. Pri tem pa je treba

biti dovolj kritičen, kajti če bi bile odobrene vse zdravstvene storitve, sploh ne bi bilo potrebe po obstoju take komisije.

7. Nujno bi bilo poskrbeti za sistemsko informiranje prosilcev o njihovih zdravstvenih pravicah in dolžnostih, saj je med njihovo zdravstveno obravnavo premalo časa za to, da bi jim predstavili različne možnosti obravnave, zaplete in tudi funkcioniranje zdravstvenega sistema za prosilce.

8. Pripraviti bi bilo treba klinične poti za ukrepanje v primeru suma na nalezljive bolezni (npr. tuberkuloza, okužba z virusom HIV, hepatitis, prenosljiva spolna obolenja).

9. Določiti bi bilo treba okvir in načine ukrepanja pri duševnih obolenjih, vključno z odvisnostmi.

10. V prosilcem razumljivih jezikih bi bilo dobro pripraviti preproste zgibanke o tem, kako deluje naš zdravstveni sistem in kakšne pravice in dolžnosti imajo v njem kot prosilci.

11. V vseh izpostavah azilnega doma bi bilo treba zagotoviti prisotnost medicinske sestre, vsaj s krajšim delovnim časom. Skrbela bi npr. za preventivo, izobraževanje, hrambo in delitev zdravil, za pomoč pri enostavnejših zdravstvenih težavah ter za sodelovanje z zdravniki in za napotitve.

12. Treba bi bilo omogočiti, da bi si lahko prosilec v pristojnem zdrav-

stvenem domu izbral osebnega zdravnika, pediatra in/ali ginekologa, kajti nekateri so prisiljeni v azilnem domu živeti tudi več mesecev oz. celo let. Tako bi bilo zagotovljeno spremljanje njihovega zdravstvenega stanja, na enem mestu bi bila ustrezno vodena njihova zdravstvena dokumentacija in bolniki bi bili od tu napotovani v nadaljnjo obravnavo.

Zaključek

Med svojim delom v tem projektu smo vzpostavili dobre povezave med našo ekipo in zdravstvenimi timi v javnih zdravstvenih ustanovah, v nadaljevanju pa bi bilo treba dodelati postopke za ukrepanje in delovanje ter pripraviti primerna navodila za zdravstveno obravnavo in oskrbo prosilcev, saj teh zdaj ni ali pa so zelo ohlapna.

SKRB ZA DUŠEVNO ZDRAVJE PROSILCEV ZA MEDNARODNO ZAŠČITO

Špela Breclj, dr. med., Lea Bombač, dr. med., dr. Erika Zelko, dr. med

--- IZVLEČEK ---

V prispevku so podani naši osebni pogledi na dileme v zvezi s skrbjo za duševno zdravje prosilcev in predlogi za izboljšave. Med projektnim delom smo se pri zdravstveni obravnavi prosilcev najpogosteje srečevale z depresijo, nespečnostjo, tesnobnostjo in stanji somatizacije anksioznosti, kot so glavoboli, nepojasnjene bolečine in slabosti.

Nespečnost in more – pogosta sprem- ljevalca prosilcev

Še tako trden mož, ki dolgo čaka na rešitev prošnje, se lahko stre, ko vidi, da dobijo prosilci za mednarodno zaščito, v Slovenijo preseljeni iz posebnih kvot, odgovor na prošnjo za mednarodno zaščito že v enem mesecu. Če pa čakaš že na prve intervjuje, ki so potrebni, da se azilni postopek sploh začne, po več mesecev, se negotovost glede prihodnosti povečuje in ena od posledic tega je nespečnost.

Eden izmed prosilcev se je tako večkrat sredi noči odpravil ven, na zrak, saj zaradi stalnega razmišljanja o tem, kaj

se bo zgodilo z njimi, ni mogel spati. Negotovost in z njo povezani neprespanost in slaba volja pa so vplivale nanj in tudi na njegove odnose z ženo in sinom. In tako se je tudi njegov otrok ponoči zbujal iz mor. In medtem ko se lahko odrasel človek z ustrezno psihoterapevtsko pomočjo verjetno vsaj približno pobere, je otrok v najobčutljivejših letih razvoja, ki vidi nejevoljo staršev in težave, ki jih pestijo, toliko težji primer, z dolgoročnejšimi posledicami. Le ugibamo lahko, kaj se bo zgodilo s to družino.

Duševno stanje prosilcev za azil je zaradi njihovega posebnega življenjskega položaja (vojno ali krizno stanje v domovini,

smrt družinskih članov in prijateljev, izpostavljenost nasilju, mučenju in terorističnim napadom, izguba doma, družine in socialne mreže, naporna begunska pot, negotova prihodnost) posebej izpostavljen zdravstveni vidik. Nastanitev v državi sprejema in začetek postopka za pridobitev mednarodne zaščite sicer sprva vzbujata upanje na boljše življenje, med nastanitvijo v azilnem domu pa se ti posamezniki srečujejo z novo vrsto stresnih okoliščin v smislu socialne izolacije, finančne negotovosti, izgube vloge v družbi in družini in z omejenimi možnostmi dostopa do zdravstvene oskrbe, dela in aktivnosti, to pa jim jemlje občutek dostojanstva, smisla in upanja. Po naših izkušnjah z delom s prosilci za azil so eni ključnih preventivnih ukrepov s področja zdravja za to populacijo ukrepi za ohranjanje in krepitev duševnega zdravja. Da bi preprečili sekundarno travmatizacijo in razvoj duševnih motenj, »samozdravljenje« stisk s psihoaktivnimi substancami, pa tudi somatske bolezni, ki so posledica neravnovesja v psiho-nevro-endokrino-imunskem sistemu, priporočamo odgovornim za organizacijo bivanja v azilnih domovih naslednje ukrepe (podkrepljene tudi s priporočili evropskega projekta EUR-HUMAN):

■ **Priprava obrokov naj bo organizirana tako, da bodo prosilci v celoti ali vsaj delno aktivno vključeni.**

To ima namreč mnoge pozitivne učinke na njihovo telesno in duševno zdravje, in sicer: ustvarja dnevni ritem aktivnosti, ustvarja občutek odgovornosti, predstavlja smiselno vsakodnevno opravilo, daje vlogo v skupnosti, občutek soustvarjanja bivanja v azilnem domu

in priložnost za pripravo obrokov, ki so bližje tradicionalnim, kar zagotavlja višjo kvaliteto prehrane in s tem boljšo prehranjenost (s čimer se izognemo podhranjenosti zaradi neješčosti in pridobivanju telesne teže zaradi nesorazmerno velikega vnosa ogljikovih hidratov) ter tako preventivo za s prehrano povezane bolezni (pomanjkanje vitaminov, debelost, diabetes, hipertenzija, bolezni gastrointestinalnega trakta itd.).

■ **Skrb za higieno sob in skupnih prostorov naj prav tako aktivno vključuje tudi prosilce.**

Lastna skrb za sobo, v kateri bivajo, ponuja možnost za ustvarjanje občutka intimnosti, domačnosti, odgovornosti zase – kar je temelj občutka dostojanstva. Kot je opisano že zgoraj, daje to bivanju v azilnem domu neki dnevni, tedenski ritem.

■ **V okolici azilnega doma naj bo organizirano (ne)pridobitno delo.**

Smiselno delo vrača občutek lastne sposobnosti in vrednosti. Organizirano delo v smislu urejanja okolice in pomoči v soseski (grabljenje suhega listja, kidanje snega, košenje trave ipd.) bi po našem mnenju pomenilo blagodejno dejavnost, ki bi ključno pripomogla k preprečevanju splošnega slabšanja morale in duševnega zdravja prebivalcev azilnega doma. Če bi to pomenilo tudi vir dodatnega zaslužka (za tiste, ki čakajo na rešitev že 9 mesecev ali več) in povezovanje z družbeno okolico, bi bilo še toliko bolj dragoceno.

Omenjene spremembe bi bolj kot dodatne

stroške pomenile reorganizacijo bivanja in dela v azilnem domu, ki naj ne bo totalna ustanova. Skupni cilj vseh, ki delamo s prosilci, je gotovo, da jim omogočimo aktivno vključitev v skrb zase, s čimer bi pripomogli k njihovemu okrevanju od preteklih travmatičnih izkušenj. Priložnost, da se prosilci za mednarodno zaščito izkažejo kot urejeni, sposobni za delo in aktivno vključeni v skupnost (za razliko od npr. brezdelnih bodočih alkoholikov, kar lahko postanejo v trenutnih razmerah), pa bi pripomogla tudi k odpravljanju stigme in strahu pred to populacijo in bi vnaprej olajšala akulturacijski proces, h kateremu lahko prosilci iz različnih okolij in kultur bogato pripomorejo.

PSIHOTERAPEVTSKO DELO Z BEGUNCI

Dr. Zuzanna G. Kraskova

--- IZVLEČEK ---

Psihoterapevtsko se ukvarjam s klienti, ki so bili žrtve vojnega nasilja ali nasilja sploh; gre za prosilce za mednarodno zaščito v RS in uporabnike, ki so status že pridobili, in sicer za osebe z globokimi poškodbami v strukturi osebnosti, na čustvenem, vedenjskem in miselnem področju. Večina teh oseb prihaja z vojnih žarišč, zbežali so pred vojno in nasiljem in se po mukotrpnem potovanju zatekli v našo državo. Pri večini teh oseb se posledice strahu, napetosti in stisk kažejo v obliki duševnih motenj.

Za delo z njimi uporabljam različne terapije.

KTV-terapija ali kognitivno-vedenjska terapija je najbolj primerna za obravnavo pri razpoloženski duševni motnji, katere simptomatika kaže na neprilagojeno mišljenje in zato nelagodno oz. neprijetno počutje. Njena sekundarna oblika pa se izraža tudi kot obsesivno-kompulzivna motnja (OKM) in fobije več vrst. Ugotovljeno je bilo, da pisanje dnevnikov, ki jih klienti potem prinesejo na terapijo, pomaga odkriti, kdaj, zakaj in kako intenzivno se motnja pojavlja v vsakdanjem življenju. Kognitivno-vedenjska terapija temelji na prepoznavanju in spreminjanju neprilagojenega mišljenja, nastalega zaradi napačnega bazičnega

vzorca – z njegovim modificiranjem se zmanjša raven čustvenega nelagodja, s primernimi psihoterapevtskimi obravnavami pa navadno tudi izzveni.

Z vsemi klienti izvajam psihodinamični pristop, ki je primeren za odkrivanje globljih miselnih vzorcev, strukture osebnosti, pa tudi za oblikovanje takega psihološkega profila pri klientu, ki je potreben za izvajanje psihoterapevtskega postopka.

Z vsemi klienti izvajam tudi kreativno terapijo, kajti kreativni vidik terapije ponuja divergentno razmišljanje in omogoča širši pogled na problem in na svet okoli sebe. Ta terapija pomaga klientom doseči višjo raven razmišljanja in omogoča delovan-

je višje ravni zavesti. Kreativno terapijo uporabljam občasno tudi hkrati s kognitivno-vedenjsko terapijo.

Terapija notranjega pogleda ali mindsight temelji na »notranjem pogledu« in je primerna za kliente, ki kažejo znake anksiozne duševne motnje, zlasti generalizirano anksiozno motnjo (GAM). Pri teh klientih je ta pristop optimalen zaradi poglobljanja v specifično travmatično doživetje v otroštvu ali mladosti – klient se poglobi v preteklost in ponotranji travmatični dogodek ter se tako sooči z njim, ga »zagleda« v zrcalni podobi, to pa mu pomaga odkriti nezavedne vzorce, ki to travmo vzdržujejo v aktivni miselni dinamiki – mindsight pomaga, da travma postopoma blede, stopa v ozadje oziroma postopoma izzveni.

Tudi ACT-terapijo oz. terapijo sprejemanja in spreminjanja (sokratska metoda) uporabljam pri večini klientov; ta metoda namreč omogoča neposredno soočanje s travmatičnim dogodkom, in sicer soočanje z njim na ravni razumevanja, ponotranjenja travme in modificiranja bazičnih vzorcev. Klienti so bili v preteklosti deležni specifičnih travmatičnih dogodkov, omenjena terapija, ki temelji tudi na vprašanjih (tudi z vidika odgovorov), pa jim pomaga, da frustracijo sprejmejo, in jim da možnost, da spremenijo način mišljenja, saj jim s tem, da se travmatičnega dogodka spomnijo, omogoča tudi, da uporabijo nov, svež miselni vzorec, ki bo znižal raven napetosti, nelagodnosti počutja zaradi dogodka.

2. DEL

Zdravstvena obravnava beguncev in prosilcev za mednarodno zaščito v Sloveniji ni povsem nova praksa. Zdravniki, ki jih obravnavajo pri svojem rednem delu ali pri prostovoljskem delu v ambulantni za osebe brez zdravstvenega zavarovanja, se redno srečujejo z zahtevnostjo te zdravstvene obravnave, opravljene so tudi podrobne raziskave in dobljeni rezultati kažejo nujnost zdravstvene obravnave te populacije, a še vedno nimamo sistematičnega pristopa k zdravstveni obravnavi beguncev in sodelovanja vseh delujočih na tem področju, to pa so pristojna ministrstva, zdravstvene ustanove, raziskovalci in nevladne organizacije, ki delajo z begunci/migranti ali delujejo na področju migracij. Vse te prakse je treba povezati in beguncem in migrantom zagotoviti kar najboljšo zdravstveno obravnavo.

Prispevki v nadaljevanju predstavljajo tri izkušnje zdravstvene obravnave beguncev, ki prikazujejo, da se različne prakse strinjajo, kaj je potrebno za ustrezno in uspešno zdravstveno obravnavo beguncev, hkrati pa opozarjajo, katere ovire je še treba premagati.

NAŠE IZKUŠNJE PRI OBRAVNAVI PROSILCEV ZA MEDNARODNO ZAŠČITO

Asist. dr. Nena Kopčavar Guček, dr. med., spec. druž. med., Simona Repar Bornšek, dr. med., Neli Grosek, dr. med., Zdravstveni dom Ljubljana Vič in Ambulanta za osebe brez zdravstvenega zavarovanja

--- IZVLEČEK ---

V Zdravstvenem domu Ljubljana Vič že vrsto let obravnavamo prosilce za mednarodno zaščito iz azilnega doma. Pri delu smo si nabrali že precej izkušenj in smo jih poskusili tu strniti v nekaj opazanj o šibkostih obstoječega sistema in v seznam predlogov za njegovo izboljšavo.

V našem zdravstvenem domu sprejme prosilce za mednarodno zaščito kot nujne nenaročene bolnike praviloma dežurni zdravnik izmene. Tako obravnava posameznega bolnika vsakič drug zdravnik, to pa otežuje sledljivost obravnave in kontinuiteto ter s tem po nepotrebnem podaljšuje nadaljnje obravnave.

Šibkosti obstoječega sistema

1. Prosilci prihajajo v zdravstveni dom pogosto sporadično, brez napovedi in brez posvetovanja s pooblaščenimi osebo

v azilnem domu. Velikokrat ne razumejo svojih pravic in možnosti obravnave, kajti pri nas jim je zagotovljeno samo nujno zdravljenje, kar pa onemogoča dodatno zdravljenje.

2. Obravnavo upočasnjujejo in otežujejo jezikovne ovire.

3. Migranti pogosto nimajo nobenih podatkov o svojem zdravstvenem stanju (kronična obolenja) in o zdravilih, ki jih jemljejo oz. so jih jemali, nobenih izvidov predhodnih obravnav.

4. Zaradi neorganiziranega in nepredvidenega prihoda in obravnave pro-

silcev so v zdravstvenem domu pogosto zapostavljene pravice zavarovancev Republike Slovenije.

5. Obravnava je razpršena in nepovezana, zato je lahko nepopolna in za posameznega prosilca celo nevarna.

6. Včasih se zgodi, da naletimo tudi na etnične ovire, ko npr. migrantka za klinični pregled ne želi sleči oblačil ali ko migrant moškega spola ne želi, da bi ga pregledala zdravnica.

Predlogi za izboljšave

1. Pred obiskom pri zdravniku naj bi se prosilec oglasil pri pooblaščenim osebi v azilnem domu, da bi ga ta po telefonu pri zdravniku napovedala.

2. Če je le mogoče, naj bi prišel s prosilcem na obravnavo prevajalec (lahko tudi laični).

3. Koristno bi bilo, če bi imeli prosilci pri obisku pri zdravniku s sabo vso dotodanjo zdravstveno dokumentacijo.

4. Obiski v ambulanti naj bodo predhodno napovedani, vsaj isti dan – da bodo predvideni, pri tem pa je pomemben tudi epidemiološki vidik, npr. zaradi nujnosti izolacije v primeru suma na nalezljivo bolezen.

5. Odkar poteka projekt *8 NGO's*, ki ga v Sloveniji v azilnih domovih izvaja

Slovenska filantropija, opažamo v zdravstvenem domu manj obiskov prosilcev za mednarodno zaščito (tabela 1), ko pa pridejo, so praviloma opremljeni s pismom zdravstvenega koordinatorja.

6. Podpiramo možnost, da bi migranti imeli svojega stalnega zdravnika, saj bi to obravnavo v marsičem poenostavilo in poenotilo in bi omogočilo kontinuiteto in s tem večjo kakovost in varnost.

MESEC	Število obravnavanih prosilcev
januar	16
februar	25
marec	23
april	29
maj	26
junij	9
julij	4
avgust	15
september	22
oktober	11
november	5

Tabela 1: Število obravnavanih prosilcev v ZD Vič v letu 2016 po mesecih

Največ obiskov smo zabeležili zaradi pridobitve recepta za zdravila, želje po testiranju, preveze in prvega pregleda.

IZKUŠNJE Z ZDRAVSTVENO OBRAVNAVO BEGUNCEV IN MIGRANTOV

*Prof. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med., Eva Vičič, dr. med.,
Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta v Ljubljani*

--- IZVLEČEK ---

Za uspešno zdravljenje je zelo pomembna komunikacija med bolnikom in zdravnikom, zato je to tudi del medicinskega dodiplomskega študija in tudi podiplomskega usposabljanja. Zmožnost sporazumevanja pa je še posebej pomembna v medkulturnih obravnavah. Zdravniki morajo namreč v teh primerih ob premagovanju jezikovnih ovir upoštevati tudi bolnikovo sociokulturno prepričanje in verovanje ter drugačno pogostnost nekaterih bolezni med bolniki iz različnih kultur in manjšin. Sporazumevanje je treba enako kot pri zdravstveni obravnavi predstavnikov večinske populacije individualno prilagajati tudi pri obravnavi predstavnikov etničnih manjšin oziroma beguncev, načeloma pa ga lahko precej olajša navzočnost tolmačev, čeprav so raziskave pokazale, da imajo lahko ti tudi negativno vlogo. Ne glede na bolnikovo kulturno ozadje in jezikovne ovire pa morajo zdravnik, zdravstveni tehnik, psiholog in drugi sodelavci vedno graditi zaupen odnos, ki vse od začetka temelji na medsebojnem spoštovanju.

Uvod

Od začetka krize v Siriji se število beguncev v Evropi nenehno povečuje (1), k migracijskim tokovom pa niso prispevali samo sirske begunci, temveč tudi migranti z drugih vojnih žarišč in z gospodarsko slabše

razvitih območij. Leta 2015 se je morala z begunsko problematiko soočiti tudi Slovenija, saj je bila kot del balkanske poti za migrante pomembna t. i. tranzitna država. To pa za našo državo ni pomenilo samo politično-socialnega izziva, temveč tudi javnozdravstveni problem (2, 3).

V Evropi še vedno nimamo dorečenega standardiziranega pristopa k ocenjevanju zdravstvenih potreb priseljencev in beguncev, od katerih so mnogi po več tednov in mesecev prestajali različne oblike transporta in imeli v tem času različno primeren dostop do hrane, vode in nastanitve, bili zaradi številnih dejavnikov bolj izpostavljeni tveganjem za poškodbe in obolevnost, ob tem pa jim tudi zdravstvene storitve niso bile enako dostopne.

V nekaterih državah EU so za novo prispеле priseljence, ekonomske migrante in begunce obvezne začetne triažne ocene in zdravstveni pregledi, v drugih niso, pa tudi vsebina teh ocen ni usklajena; tako v večini držav v zdravstveni obravnavi ne podeljujejo t. i. odpustnih pisem ali izvidov, in zdravstveno osebje posamezne države ob prvem stiku z novim beguncem ali priseljencem ne more presoditi in upoštevati podatkov prejšnjih zdravstvenih obravnav.

V prispevku so najprej podane splošne ugotovitve glede begunske zdravstvene problematike v Evropi, s poudarkom na sporazumevanju. Opisana je problematika tolmačev in kulturnih mediatorjev, na koncu pa posebej opozarjamo na podcenjenost duševnega zdravja beguncev.

Begunska in priseljska problematika

Begunska in priseljska zdravstvena problematika lahko razdelimo na več področij:

- dostopnost zdravstvene oskrbe,
- sredstva za oskrbo migrantov in z oskrbo povezani stroški,
- sporazumevanje z migranti in begunci,
- raznolikost bolezni, ki se pojavljajo v tej populaciji,
- možnost nadaljnje bolnišnične zdravstvene oskrbe,
- psihološka podpora.

V državah, ki se že nekaj let spoprijemajo z begunsko problematiko (npr. Švedska, Norveška), so različne raziskave (4, 5) pokazale, da je za dobro zdravstveno oskrbo ključen individualen pristop. Begunci in drugi priseljenci prihajajo namreč iz različnih okolij (tako urbanih kot ruralnih), deležni so bili različne vzgoje, imajo različne navade, različno raven izobrazbe. In tako kot pri delu z »lokalnimi« bolniki je treba prilagoditi sporazumevanje posamezniku tudi pri oskrbi priseljencev in migrantov. Pri tem sporazumevanju pa se pojavlja dodatna težava – jezik. Dobrodošla navzočnost tolmačev in kulturnih mediatorjev to sporazumevanje načeloma sicer precej olajša, a raziskave kažejo, da je njihova vloga lahko tudi negativna (6). Najprej je treba zagotoviti, da so ti ljudje primerneга spola (npr. pri obravnavi migrantk tolmačke in zdravnice). Upoštevati je treba, da lahko pride tudi do napačne interpretacije, če so tolmači oziroma prevajalci v sorodu z bolnikom – svojcem se namreč lahko zdi neki simptom bolj ali pa manj pomemben kot

tistemu, ki podaja anamnezo, zato ga lahko zaradi čustvene vpletenosti predstavijo drugače. Ob navzočnosti uradnega tolmača pa se lahko pri obravnavani osebi pojavi tudi občutek sramu in nelagodja, kar lahko spet povzroči netočnost podanih informacij, ki so za zdravstveno osebje morda ključnega pomena.

Naslednja težava je dostopnost zdravstvene oskrbe. Ker je bila Slovenija ob migrantskem valu predvsem tranzitna država, je bilo pri oskrbi beguncev takrat ključno, da so bili zdravniki na voljo v vseh nastanitvenih centrih, in so torej migranti vedeli, kam se obrniti glede zdravstvenih težav. Povsem drugače je pri beguncih, ki želijo ostati v državi in zaprositi za mednarodno zaščito, saj jih je treba **seznaniti z delovanjem našega zdravstvenega sistema – kje in kako urediti zdravstveno zavarovanje, kam se obrniti v primeru urgence in kam v primeru drugih akutnih ali kroničnih težav, kje so ambulate zdravnikov družinske medicine, kakšen je njihov delovni čas** itn. (8).

Z medicinskega stališča je pomembno, da se zdravnik pouči tudi o boleznih, ki se pri nas pojavljajo redkeje, v drugih delih sveta pa so pogoste. Da bi bilo beguncem poleg strokovne zdravstvene pomoči mogoče zagotoviti tudi primerno psihološko podporo, sta zelo pomembna še sodelovanje z različnimi službami (psihiatri, psihologi, socialni delavci idr.) in celovit pristop k obravnavi bolnikov. Za migrante je bila zelo naporna in stresna že sama pot, poleg tega pa jih je večina v preteklosti že v matični državi do-

živela številna grozodejstva vojne, zlorab in drugih travm. Tega se moramo zavedati in jih zato spodbujati pri iskanju pomoči, saj nekateri že zaradi etničnih in/ali verskih razlogov niso vajeni o tem javno govoriti. Posebno pomoč pa je treba zagotoviti otrokom in jih vključiti v izobraževalni sistem.

Pri migrantih ne smemo biti presenečeni, če pričakujejo pri nas takšno zdravstveno oskrbo, kakršne so bili vajeni in deležni doma, pa tudi njihovo dojetanje in opisovanje bolezni se lahko precej razlikujeta od našega (4). Zaradi tega prihaja občasno tudi do večjega pritiska na zdravnike, saj imajo posamezniki od zdravljenja morda drugačna pričakovanja.

Sporazumevanje

Ustrezno sporazumevanje spodbuja razvoj zadovoljivega odnosa med bolnikom in zdravstvenim delavcem, omogoča ustrezno izmenjavo informacij, odloča o načrtovanju in učinkovitosti zdravljenja ter zagotovi bolnikovo sodelovanje (9). V medkulturnih srečanjih je ta zmožnost sporazumevanja še posebej pomembna. Ob premagovanju jezikovnih ovir morajo zdravniki v tem primeru upoštevati še bolnikovo sociokulturno prepričanje, verovanje in drugačno prevallenco nekaterih najpogostejših bolezni med bolniki iz različnih kultur (10).

Zadovoljivo sporazumevanje vodi k razvoju zaupanja. Begunci imajo tako možnost razkriti pomembne, pogosto občutljive informacije, ki zdravniku omogočajo pra-

vilno oceno in odločitve, sami pa imajo s tem boljši občutek avtonomnosti in so, ker prispevajo svoj košček avtonomnosti, bolj motivirani za spremembe in za sodelovanje pri zdravljenju. Begunci imajo s komunikacijo tudi negativne izkušnje, te pa bi lahko združili v štiri kategorije: nezaupanje, slabša oskrba, prekomerna ali preskromna raba zdravstvenih virov, nezadovoljstvo zaradi neprizadevnosti pri njihovem zdravljenju. Kadar begunci niso zadovoljni s sporazumevanjem, iščejo drugo ali celo tretje mnenje, se odpravijo po zdravstveno oskrbo drugam in se izogibajo nadaljnjim stikom z zdravstveno službo, ki jih je obravnavala. Posledica negativnih izkušenj so občutki frustracije in nesprejetosti, in ker imajo občutek, da jih nihče ne sliši, je njihova motivacija za nadaljnje zdravljenje manjša (11).

Posebnosti sporazumevanja z bolniki iz drugačnega kulturnega okolja

Pri delu s posamezniki iz drugačnega kulturnega okolja je dobro poznati »kulturno pogojene sindrome«, ki vplivajo na sodelovanje in sporazumevanje med bolnikom in zdravstvenim osebjem. Nekateri begunci se na zdravstvene težave odzovejo zelo čustveno, zato jih lahko zdravstveni delavec, če ne razume njihovega načina izražanja, neustrezno opredeli kot nevrotike. Drugi, bolniki iz skupine ekonomskih migrantov, pa lahko v strahu za delovno mesto

minimalizirajo svoje težave in zdravnika nehote usmerijo v drug diagnostični algoritem (12).

Načela sporazumevanja z ljudmi iz drugačnega kulturnega okolja:

- Sporazumevanje naj bo »dvosmerna cesta«, pri čemer oba vključena poslušata in sta slišana.
- Za učinkovito sporazumevanje se je treba usposablјati; sporazumevanje naj temelji na uporabi enostavnih izrazov, govor naj bo jasen, navodila kratka in preprosta.
- Zdravnik naj bo prilagodljiv in naj za učinkovito delo v ambulantni uporablјa različna komunikacijska sredstva.
- Zdravnik naj bo v sporazumevanju potrpežljiv.

Zdravnik se mora naučiti sprejemati drugačnost, zato se mora pozanimati o značilnostih kulture, iz katere begunec izhaja. Proučiti mora, kakšno je begunčevo poznavanje bolezni, kakšne so njegove predstave o njej, kakšna pričakovanja in kaj ga v zvezi z zdravstvenim stanjem tudi sicer zanima, predvsem pa mora biti empatičen.

Prevajalci, tolmači in kulturni mediatorji

Begunci, ki so prišli v Slovenijo, niso ena sama homogena skupina in jih tudi ni mo-

goče razdeliti na več manjših homogenih skupin, npr. na Sirce, Afganistance, Somalce itn. Med njimi obstaja veliko razlik v družbenem, kulturnem, socialno-ekonomskem, etničnem in verskem pogledu. Schengenska raziskava (Slovenija, Hrvaška) je potrdila izsledke pred tem opravljenih raziskav zdravstvene oskrbe migrantov – da je največja težava slaba komunikacija. Zaradi slabe komunikacije so (bili) zdravstveni delavci pod bistveno večjim stresom, in to zaradi možne napačno postavljene diagnoze in/ali napačno zastavljenega zdravljenja, saj je – kot v vseh drugih zdravstvenih disciplinah – tudi pri oskrbi migrantov ključnega pomena za čim boljšo oskrbo dobra anamneza, ta pa je odvisna od medsebojnega razumevanja. Dober tolmač bi zato moral biti zdravstvenemu delavcu na voljo ves čas, seveda pa mora slednji k vsakemu bolniku pristopiti individualno. Spletna storitev *Google translate* in sporazumevanje s pomočjo rok, ki so ju bili med izvajanjem naše schengenske raziskave prisiljeni uporabljati številni zdravstveni delavci, sta sicer lahko zasilna pomoč, ne bi pa smela biti glavna oblika pomoči za sporazumevanje, saj se tako zlahka izgubijo pomembne informacije.

Sodelovanje kulturnih mediatorjev in prevajalcev se razlikuje od primera do primera. Pri uradnih postopkih (npr. oddaja vloge za mednarodno zaščito) mora biti prevajalec vedno prisoten – za te postopke in prevajanje skrbi Ministrstvo za notranje zadeve. Načeloma naj bi sodelovali sodni tolmači, vendar sta se pri tem pojavili dve težavi: prvič, za nekatere jezike je težko dobiti sodne tolmače, ker jih preprosto ni

oziroma niso vedno na voljo; in drugič, sodni tolmači so za sodne prevode načeloma plačani bolje, kot bi dobili po urni postavki, ki jo priznava Ministrstvo, zato se za takšno sodelovanje ne odločajo, in pri postopkih pogosteje sodelujejo uradni prevajalci.

V drugih primerih, ko uradni prevajalci niso del uradnega postopka, npr. v postopkih zdravstvene obravnave, pa se večina obrača kar na ljudi, ki znajo enega od jezikov beguncev oziroma migrantov. Pri tem prevajanju naj bi vedno stremeli k objektivnosti, a so taki neuradni, neformalni prevajalci manj zanesljivi, saj lahko izjave zdravstvenega osebjia interpretirajo po svoje, neredko tudi v škodo obolelega. Slovenska filantropija se zato zavzema, da bi razvili profil t. i. kulturnih mediatorjev (z raziskovanjem te prakse in njenim vpeljevanjem se podrobneje ukvarja dr. Uršula Lipovec Čebbron; njen prispevek je v nadaljevanju – op. ur.), ki bi dobro poznali tako oba jezika kot tudi obe kulturi in ki bi se za to primerno usposobili z različnim izobraževanjem.

Podcenjena problematika duševnega zdravja

Potem ko so bili izpostavljeni vojnim grozotam in drugim stresnim dogodkom, so begunci v večji nevarnosti, da se pri njih razvijejo težave z duševnim zdravjem. Razširjenost duševnih motenj je pri beguncih oz. migrantih zelo različna – od manj kot 5- do 75-odstotne razširjenosti, npr. posttravmatskega stresnega sindroma. Sistematično proučevanje izsledkov raziskav, ki

so vključevale otroke in odrasle, pa pokaže tudi, da otroci psihološko bolje prebolijo travmatska doživetja kot odrasli (13).

Begunci pogosto zapustijo svojo domovino, potem ko so bili izpostavljeni življenje ogrožajočim dogodkom, kot so vojni spopadi in nasilje. Lahko so bili izpostavljeni smrtno nevarnim situacijam, z begunstvom pa so lahko tvegali zaporno kazen ali izgubo ljubljene osebe. Marsikje so lahko izpostavljeni tudi preganjanju in zatiranju zaradi etnične pripadnosti, vere ali spolne usmerjenosti, v nekaterih državah je še vedno dovoljeno nasilje na podlagi spola, tudi pohabljanje ženskih spolovil (14). Ob prihodu v novo državo pa lahko begunci ugotovijo, da so bila njihova pričakovanja, njihove predstave o razvitem svetu drugačni, in se jim vsi upi o boljšem življenju v trenutku razblinijo (15). Tako se lahko pogosto razvijejo stanja zanikanja, negativizma, čezmerne razdražljivosti in depresivnega razpoloženja (16, 17). Med migranti je prevalenca posttravmatske stresne motnje (PTSM) od 20- do 40-odstotna, prevalenca velike depresivne epizode pa celo od 30- do 70-odstotna. Ob tem moramo upoštevati, da je razmerje med moškimi in ženskami s PTSM v primerjavi s prevalenco v splošni populaciji primerljivo (18).

Zaključek

Migracije in globalizacija vplivajo na spremembo sestave obiskovalcev ambulant. Zdravniki in drugo zdravstveno osebje se morajo pri zdravljenju oseb iz drugih etničnih

in kulturnih okolij in pri sporazumevanju z njimi zavedati specifičnih dejavnikov izvornih kultur. Jezikovne ovire naj skušajo premostiti s pomočjo tolmačev in kulturnih mediatorjev. Obravnava bolnika iz drugega kulturnega okolja pa zahteva tudi zdravnikovo samorefleksijo in zavedanje lastnih norm in vrednot, ki jih vnaša v interakcijo z bolnikom.

Literatura

1. Rodgers, L., Gritten, D., Offer, J., Asare, P. Syria: The story of the conflict. BBC News. Dosegljivo 20. 8. 2016 na spletni strani www.bbc.com/news/world-middle-east-26116868.
2. Priebe, S., Sandhu, S., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ionnidis, E. et al. Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health* 2011; 178: 1–12.
3. Rechel, B., Mladovsky, P., Deville, W., Rijks, B., Petrova-Benedict, R., McKee, M. Migration and health in the European Union. Berkshire: Open University Press; 2011.
4. Wachtler, C., Brorsson, A., Troein, M. Meeting and treating cultural difference in primary care: a qualitative interview study. *Fam Pract* 2006; 23: 111–115.
5. Van Wieringen, V. C. M., Harmsen, J. A. M., Bruijnzeels, M. A. Inter-cultural communication in general practice. *Eur J Pub Health* 2002; 12: 63–68.

6. Ferguson, W. J., Candib, L. M. Culture, language and the doctor-patient relationship. *Fam Med* 2002; 34(5): 353–61.
7. Bhatia, R., Wallace, P. Experiences of refugees and asylum seekers in general practice: a qualitative study. *BMC FamPract* 2007; 8: 48.
8. Berg, J. E., Smaland Goth, U. G. Migrant participation in Norwegian health care. A qualitative study using key informants. *Eur J Gen Pract* 2011; 17: 1, 28–33.
9. Swenson, S. L., Buell, S., Zettler, P., White, M., Ruston, D. C., Lo, B. Patient-centered Communication: Do Patients Really Prefer It? *J Gen Intern Med.* 2004; 19(11): 1069–79.
10. Car, J., Rifel, J. Načela zdravstvene oskrbe ljudi iz drugih kultur. Učinkovito sporazumevanje v medkulturnih srečanjih med bolnikom in zdravnikom. U: Kersnik, J., ur. Družinska medicina na stičišču kultur. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2004, 39–43.
11. Rocque, R., Leanza, Y. A Systematic Review of Patients Experiences in Communicating with Primary Care Physician: Intercultural Encounters and a Balance between Vulnerability and Integrity. *PloS One.* 2015; 10: 10–34.
12. Zelko, E. Sporazumevanje z osebo iz drugega kulturnega okolja. U: Petek, D., Svab, I. Sporazumevanje v družinski medicini. Ljubljana : Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete, 2016, 40–42.
13. Reed, R. V., Fazel, M., Jones, L., Panter-Brick, C., Stein, A. Mental health of displaced and refugee children resettled in low-income and middle-income countries: risk and protective factors. *Lancet* 2012; 379: 250–265.
14. Thomas, S., Nafees, B., Bhugra, D. 'I was running away from death'- the pre-flight experiences of unaccompanied asylum seeking children in the UK. *Child Care Health Dev* 2004; 30 (2): 113–122.
15. Janoff-Bulman, R. *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma.* New York: Free Press; 1992.
16. Slobodin, O., de Jong, J. T. Mental health interventions for traumatized asylum seekers and refugees: What do we know about their efficacy? *Int J Soc Psychiatry* 2015; 61 (1): 17–26.
17. Murray KE, Davidson GR, Schweitzer RD. Review of Refugee Mental Health Interventions Following Resettlement: Best Practices and Recommendations. *Am J Orthopsychiatry* 2010; 80(4): 576–585.
18. Firenze, A., Aleo, N., Ferrara, C., Maranto, M., La Cascia, C., Restivo, V. The Occurrence of Diseases and Related Factors in a Center for Asylum Seekers in Italy. *Zdr. varst.* 2016; 55: 21–28.

O POMENU VPELJEVANJA MEDKULTURNE MEDIACIJE V ZDRAVSTVENE USTANOVE V SLOVENIJI²

*Dr. Uršula Lipovec Čebren,
Oddelek za etnologijo in kulturno antropologijo, Filozofska fakulteta*

Kaj je medkulturna mediacija

Medkulturna mediacija je mednarodno uveljavljen koncept in praksa, ki se uporablja za zmanjševanje neenakosti in zagotavljanje kakovostne obravnave v zdravstvenih in drugih ustanovah (EQUAL EP TransKom 2012; Verrept 2008, 2012). Namenjena je preprečevanju nesporazumov,

ki vznikajo ob jezikovnih, kulturnih, socialnih in drugih razlikah med uporabniki in izvajalci v zdravstvenih ustanovah v javnem in zasebnem sektorju. Kultura v tem kontekstu ne zajema le posameznikovega etničnega ozadja, temveč vključuje še vse druge ekonomske in socialne vidike življenja, ki povzročajo pojav različnih nesporazumov. V tem okviru je mediacija več kot zgolj jezikovno tolmačenje, saj vključuje tudi prevajanje različnih pojmovanj in praks. Če bi lahko za tolmaštvo rekli, da prevaja jezik, lahko za medicino rečemo, da prevaja kulturne pomene (Bowen 2001: 8). Medkulturni mediator tako ni le oseba, ki govori jezik določene skupnosti, temveč predvsem pozna in »govori« njeno kulturo. Znanja jezika tako ne smemo enačiti z znanjem o kulturi. Medkulturni mediator je strokovno usposobljen posameznik, ki nastopa kot tretja oseba v odnosu med uporabnikom in izvajalcem. V zdravstvenih ustanovah predstavlja medkulturni mediator most med zdravstvenimi delavci in uporabniki

2 Besedilo temelji na raziskovalnem delu interdisciplinarne skupine, ki so jo sestavljali Karmen Gosenca, Juš Škarban, Sara Pistotnik, Jerneja Farkaš Lainščak, Marjeta Svetel, Ajda Jelenc in Jožica Mavčec Zakotnik. Skupina je delovala v okviru projekta Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju – Skupaj za zdravje, ki ga je od leta 2013 do 2016 vodil Nacionalni inštitut za javno zdravje. Deli besedila so bili objavljeni v publikacijah omenjenega projekta in sicer: Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba: priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev; Standard za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi ranljivih skupin in orodje za samoocenjevanje zdravstvenih ustanov; Ocena potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016).

(Bofulin, Farkaš Lainščak, Gosenca in drugi 2016).

Zakaj je medkulturna mediacija potrebna

V sodobnem svetu so skupnosti zaradi fluidnosti in družbenih sprememb kulturno in socialno vse bolj raznolike, to pa velja tudi za okolja, za katera bi na prvi pogled lahko trdili, da so notranje homogena. Slovenija v tem pogledu ni izjema. V tako spremenjenem okolju ni treba upoštevati le dejstva, da obstajajo različne skupine prebivalcev, temveč tudi, da so razlike znotraj teh skupin morda celo večje kot razlike med eno in drugo skupino. Novi migracijski in drugi družbeni trendi namreč vse bolj jasno kažejo, kako večplastne so razlike med prebivalci – ne le zaradi vse večjega števila različnih »etničnih skupin«, temveč tudi zaradi družbenega razslojevanja in številnih drugih dejavnikov, ki vplivajo na vključevanje ali izključevanje prebivalstva (Standards for Equity in Health Care for Migrants and other Vulnerable Groups 2013; Chiarenza, in drugi 2016). Vse te spremembe v širši družbi pa se prenašajo tudi v sistem zdravstvenega varstva in predstavljajo izzive, na katere je treba odgovoriti, če želimo imeti kakovostne zdravstvene storitve.

Kulturne in socialne razlike pomenijo v kontekstu zdravstva npr. razlike v socialnem položaju, v razumevanju zdravja in bolezni, v praksah pri skrbi za zdravje in pri odgovorih na zdravstvene težave. Razlike med

uporabniki in zdravstvenimi delavci torej niso omejene zgolj na razlike v izobrazbi, v poznavanju jezika idr., temveč so prisotne v vseh vidikih zdravstvene obravnave. Čeprav te razlike niso vedno očitne, imajo vselej pomembne klinične implikacije.

Tudi v Sloveniji se vse več zdravstvenih delavcev vsakodnevno srečuje z uporabniki storitev iz drugih kulturnih in družbeno-ekonomskih okolij, ki ne govorijo in ne razumejo (dobro) slovenskega jezika in/ali imajo drugačne zdravstvene prakse in različno dojetje telesa, bolečine, zdravja in bolezni ter slabše poznajo delovanje sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji. Zaradi odsotnosti medkulturnih mediatorjev in tolmačev so zdravstveni delavci pri takih obravnavah prepuščeni svoji presoji in iznajdljivosti, to pa pogosto zelo otežuje njihovo delo, povzroča številne nesporazume in zmanjšuje kakovost zdravstvene oskrbe. Zaradi tega imajo uporabniki iz drugih okolij pogosto izkušnjo neenake, manj kakovostne zdravstvene obravnave, posledica pa so slabši rezultati zdravljenja in izpostavljenost vse večjim zdravstvenim tveganjem (Bofulin, Farkaš Lainščak, Gosenca in drugi 2016; Chiarenza in drugi 2016).

V mnogih državah so te težave odpravili z vpeljavjo tolmačev in/ali medkulturnih mediatorjev, pa tudi z mnogimi usposabljanji, na katerih so zdravstveni delavci razvijali kulturne kompetence, a njihove izkušnje kažejo, da te oblike premoščanja jezikovnih in kulturnih ovir niso brez težav in dilem (Kleinman in Benson 2006; Gregg in Saha 2006); te se pojavijo predvsem takrat, ko

iščejo zdravstvene ustanove nagle, nestrokovne, kratkotrajne »rešitve«, ob tem pa ne razrešijo vrste vprašanj³, ključnih za dobro sodelovanje z medkulturnimi mediatorji. Drugače pa je, če je vpeljava medkulturne medicije dobro načrtovana, sproti evalvirana in strokovno vodena in če obenem služi kot dopolnitev dolgotrajnega razvijanja kulturnih kompetenc pri zdravstvenih delavcih (Verrept 2008, 2012). Tam, kjer je bila medkulturna medicija ustrezno implementirana, jo evalvirajo kot dobro prakso, ki znatno viša kakovost zdravstvenih storitev. Razloge za tako vpeljavo medkulturnih mediatorjev lahko strnemo v naslednje točke:

- Vpeljava mediatorjev zmanjšuje neenakost v zdravstveni obravnavi: Zaradi boljšega razumevanja uporabnikovih potreb lahko zdravstveni delavci zagotavljajo dejansko – ne le formalno – enako, pravično in kakovostno obravnavo, preprečijo neželjeno diskriminacijo in obvladujejo tveganja za njen nastanek.
- Mediacija povečuje kakovost zdravstvene oskrbe: Ob prisotnosti medkulturnega mediatorja je zaradi natančnih informacij možna točnejša diagnoza, posledica pa sta tudi uporabnikovo boljše razumevanje navodil za jemanje zdravil in za druge terapije ter njegovo zanesljivejše upoštevanje preventivnih ukrepov.
- Sodelovanje mediatorjev povečuje

3 Ta vprašanja so, na primer: kako zagotoviti neodvisnost medkulturnih mediatorjev, kdo bo postavil kriterije za delo medkulturnih mediatorjev, kdo in kako jih bo strokovno usposabljal, od kod bo financirano njihovo delo ...

odzivnost uporabnikov: Zaradi boljše komunikacije z zdravstvenimi delavci jim uporabniki zdravstvenih storitev tudi bolj zaupajo, lažje sledijo predpisanim terapijam in se, na splošno, bolj odzivajo na različne, tudi preventivne programe.

- Mediacija zmanjšuje stroške: Zaradi prisotnosti medkulturnega mediatorja porabijo zdravstveni delavci med obravnavo manj časa za odpravljanje nesporazumov; zaradi kakovostnejše zdravstvene oskrbe je zdravje uporabnikov boljše, hkrati pa ti storitve tudi racionalneje uporabljajo – manj je iskanja pomoči v urgentnih službah, manj hospitalizacij idr. (Verrept 2008, 2012).

Začetki vpeljevanja medkulturne medicije v javnem zdravstvu v Sloveniji

V Sloveniji obstaja več določil, ki so lahko pravna podlaga za vpeljavo medkulturnih mediatorjev v sistem zdravstvenega varstva. Tako zakonsko podlago predstavlja ta Zakon o pacientovih pravicah in Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi. Doslej pa še niso bile natančneje določene smernice njihovega vključevanja v izvajanje zdravstvenih storitev in medkulturni mediatorji doslej še niso bili uradno vključeni v sistem slovenskega zdravstvenega varstva.

Izjemo predstavlja le nedavno pilotno uvajanje medkulturne mediatorke za prebi-

valce albanske skupnosti v Celju, v okviru projekta Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju – Skupaj za zdravje. Namen projekta, ki ga je od leta 2013 do 2016 vodil Nacionalni inštitut za javno zdravje⁴, je bil vključiti v preventivno zdravstveno varstvo skupine z različnimi oblikami ranljivosti in tako zmanjšati neenakost v zdravju. V tem projektu je bila opravljena tudi kvalitativna raziskava, v kateri so raziskovalci v različnih krajih po Sloveniji ugotavljali, kateri deli prebivalstva so pri nas zdravstveno najbolj marginalizirani, s katerimi ovirami pri dostopu do sistema zdravstvenega varstva se najpogosteje soočajo in kako to odpraviti (Farkaš Lainščak 2016: 14–25). Ključne ugotovitve raziskave so, da so v zdravstvu najbolj ranljiva skupina migranti/begunci, saj se soočajo z mnogimi ovirami (izključenost iz sistema zdravstvenega zavarovanja ali otežen dostop do nje, otežen dostop do nujne medicinske pomoči idr.), med katerimi so tudi jezikovne in kulturne (ibid.). Kot odziv na te ugotovitve so sodelavci projekta izvedli 20-urno usposabljanje zdravstvenih delavcev za razvijanje kulturnih kompetenc⁵, za kar je bil pripravljen tudi priročnik z naslovom Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba: priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev (Lipovec Čebren 2016). Poleg tega pa so bili pripravljeni tudi predlog sistemskih ukrepov, ki bi pripomogli k zmanjšanju neenakosti v zdravju (Chiarenza in drugi 2016: 18–19), ter prevod Standarda za zagotavljanje enakosti

4 Projekt je financiral program Norveškega finančnega mehanizma 2009–2014.

5 Usposabljanje je potekalo v Zdravstvenih domovih Celje, Sevnica in Vrhnika, med januarjem in junijem 2016.

v zdravstveni oskrbi »ranljivih« skupin in orodja za samoocenjevanje zdravstvenih ustanov (Chiarenza in drugi 2016). Kot je bilo že omenjeno, je predstavljalo enega ključnih delov projekta nekajmesečno (september–december 2015) delovanje medkulturne mediatorke v Zdravstvenem domu Celje⁶, ki se je tako med zdravstvenimi delavci kot med uporabnicami albanske skupnosti izkazalo za zelo uspešno in potrebno (Jazbinšek in Pistotnik 2016). Osnovo za to pilotno vpeljevanje medkulturne medicije je predstavljala Deklaracija o pomenu vpeljevanja medkulturne medicije v zdravstvene ustanove v Sloveniji, ki so jo pripravili sodelavci projekta Skupaj za zdravje skupaj z različnimi nevladnimi organizacijami⁷ in ki vsebuje naslednje predloge za uvajanje medkulturne medicije v slovenski sistem zdravstvenega varstva:

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

Funkcije in pomena medkulturne medicije ne more nadomestiti spontana ali neorganizirana oblika podpore pri reševanju kul-

6 Natančneje, šlo je za Center za krepitev zdravja ZD Celje in Referenčno ambulanto ZD Vošnjak. Za vpeljavo medkulturne medicije v Celju smo se člani projektne skupine odločili, saj so v že omenjeni kvalitativni raziskavi sogovorniki in sogovornice najpogosteje izpostavljali jezikovne/kulturne ovire med zdravstvenimi delavci in pripadnicami albanske skupnosti v Celju.

7 Nevladne organizacije, ki so pripravile in skupaj z Nacionalnim inštitutom za javno zdravje podpisale deklaracijo, so: Društvo mozaik, Društvo za osvoboditev in varstvo – center antidiskriminacije (OVCA), Slovenska filantropija, Društvo za razvoj in povezovanje družbenih ved in kultur – Odnos, Inštitut za multikulturne raziskave, Mirovni inštitut, Slovenska filantropija in Zveza svobodnih sindikatov Slovenije.

turnih nesporazumov (na primer svojci in drugi).

2. Medkulturni mediator mora delovati profesionalno in upoštevati načelo molčečnosti

Organizirano profesionalno delo zavezuje medkulturnega mediatorja k molčečnosti.

3. Medkulturni mediator mora biti ustrezno usposobljen

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

Za opravljanje dela medkulturnega mediatorja je dobro poznavanje jezika uporabnika nujen, a ne zadosten pogoj, saj zajema mediacija tudi zelo dobro poznavanje uporabnikove kulture.

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

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

c. Strokovno usposabljanje medkulturnih mediatorjev mora izvajati interdisciplinarna skupina strokovnjakov

Usposabljanje medkulturnih mediatorjev ne sme biti enkratno, posplošeno podajanje informacij zgolj na teoretični ravni, tem-

več mora zajemati celovito in poglobljeno usposabljanje, ki ga vodi interdisciplinarna skupina strokovnjakov.

4. Financiranje medkulturnega mediatorja mora zagotoviti neodvisnost njegovega dela

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

5. Medkulturni mediator si mora prizadevati za sodelovanje z vsemi stranmi, še posebej z uporabnikom

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

6. Medkulturni mediator mora dobro poznati lokalno okolje in imeti dobro razvito mrežo kontaktov (z vladnimi in nevladnimi organizacijami, s pobudami prebivalcev in podobno), za morebitno sodelovanje

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

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

Medkulturni mediator naj posreduje v zdravstvenih domovih, bolnišnicah, rehabilitacijskih centrih in drugje. Po potrebi naj deluje tudi na terenu, v okviru patronažne službe, z obiski na domu in pri drugih oblikah zdravstvene pomoči, ki se izvajajo zunaj zdravstvenih ustanov.

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

V odnos med izvajalcem in uporabnikom zdravstvenih storitev naj medkulturni mediator posega zgolj ob zaznani neenakosti obravnave, ob tem pa se mora zavedati posledic neenakih pozicij v zdravstveni obravnavi in naj bo nanje posebej pozoren.

9. Vpeljava medkulturnega mediatorja je smiselna, če se hkrati izvaja tudi usposabljanje zdravstvenih delavcev za pridobitev kulturnih kompetenc

Medkulturna mediacija in kulturna kompetenca zdravstvenih delavcev tvorita skupaj celostno razumevanje medkulturnih in socialnih razlik in pomagata pri odpravljanju ovir, ki izvirajo iz teh razlik.

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

Ker je medkulturna mediacija v našem okolju nova praksa, naj zdravstveni delavci pridobijo veščine tudi za sodelovanje s tretjimi osebami v zdravstveni obravnavi.

11. Medkulturni mediator mora za svoje delo prejeti ustrezno plačilo

Delo mediatorja ne sme biti prostovoljno, kajti le z ustreznim plačilom in dobrim načrtom dela lahko zagotovimo trajno ustrezno in kakovostno medkulturno mediacijo (Farkaš Lainščak in Lipovec Čebtron 2016: 93–96).

Literatura:

Bofulin, M., Farkaš Lainščak, J., Gosenca, K., Jelenc, A., Keršič Svetel, M., Lipovec Čebtron, U., Škraban, J.. 2016. Komuniciranje. V: Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba: priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Dostopno na: <<http://www.skupajzdravje.si/media/prirocnik.kulturne.kompetence.2016.pdf>>, 1. 12. 2016.

Bowen, S.. 2001 Language Barriers in Access to Health Care. Ottawa: Health Canada.

Chiarenza, A., Farkaš Lainščak, J., Lipovec Čebtron, U.. 2016 Standard za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi »ranljivih« skupin. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

EQUAL EP TransKom. 2012 *Comparative Study on Language and Culture Mediation in different European countries*. Wuppertal: EQUAL EP TransKom – gesund & sozial.

Farkaš Lainščak, J., ur. 2016 Ocena potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Dostopno na: < <http://www.nijz.si/sl/>

publikacije/ocena-potreb-uporabnikov-in-izvajalcev-preventivnih-programov-za-odrasle>, 1. 12. 2016.

Gregg, J., Somnath, S.. 2006 Losing Culture on the Way to Competence: The Use and Misuse of Culture in Medical Education. *Academic Medicine* 81 (6): 542–547.

Jazbinšek, S., Pistotnik, S.. 2016 ‚Evalvacija pilotnega uvajanja medkulturne mediatorke za albansko govorečo skupnost v Center za krepitev zdravja (CKZ) ZD Celje in v referenčno ambulanto ZD Vojnik.‘ Neobjavljeno poročilo projekta Skupaj za zdravje. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Lipovec Čebren, U., ur. 2016 Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba: priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Dostopno na: <<http://www.skupajzazdravje.si/media/prirocnik.kulturne.kompetence.2016.pdf>>, 3. 12. 2016.

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

Standards for Equity in Health Care for Migrants and other Vulnerable Groups. Self-Assessment Tool for Pilot Implementation.

2013 Copenhagen: The Task Force on Migrant-Friendly and Culturally Competent Health Care, The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services, 2014. Dostopno na: <http://hphnet.org/index.php?option=com_content&view=article&id=291:migrant-friendly-a-culturally-competent-health-care&catid=20&Itemid=3>, 2. 12. 2016.

Verrept, H.. 2008 ‚Intercultural Mediation: an Answer to Health Care Disparities?‘. V: Crossing borders in community interpreting. Definitions and dilemmas.

Verrept, H. 2012 ‚Notes on the employment of intercultural mediators and interpreters in health care.‘ Facts Beyond Figures: Communi-Care for Migrants and Ethnic Minorities. 4th Conference on Migrant and Ethnic Minority Health in Europe, Università Bocconi, Milano, Italija.

Valero-Garcés, C., Martin, A., ur. Amsterdam/Philadelphia: Benjamins Translation Library. b.n.l. , Intercultural Mediation at Belgian Hospitals.‘ Spletni vir: http://mfh-eu.net/public/files/conference/mfh_paper3_Hans_Verrept.pdf, pregledano 5. 8. 2015.

DODATEK 1

Zdravstveno varstvo v Sloveniji je vezano na sistem zdravstvenega zavarovanja, ki je predstavljen v nadaljevanju. Ljudje brez zdravstvenega zavarovanja nimajo dostopa do vseh zdravstvenih storitev, temveč le v omejenem obsegu, ki zajema nujno medicinsko pomoč.

Za enaka, nenujna bolezenska stanja so tako v veliko slabšem položaju kot zavarovane osebe, ki lahko, npr. zaradi prehladnih obolenj, obiščejo svojega osebnega zdravnika. Nezavarovana oseba pa mora zaradi takega stanja iskati urgentno medicinsko pomoč, kjer pa jo pogosto zavrnejo zaradi nenujnega stanja. Vendar lahko to tako postane, če ni zdravstveno stanje ustrezno zdravljeno in se poslabša.

Še večje težave imajo kronični bolniki, ki potrebujejo redno obravnavo in terpijo ter zdravila, dostopa do tega pa nimajo, saj nimajo zavarovanja, ki bi jim to omogočalo.

Sistem zdravstvenega zavarovanja poskrbi za zavarovane osebe (ki nenujne premije plačujejo same), ne poskrbi pa za nezavarovane osebe, ki so ravno zaradi tega dejstva na področju zdravja toliko bolj ranljive, in verjetnost, da se bo njihovo zdravstveno stanje dolgoročno poslabšalo, je zato toliko večja.

PRAVNI OKVIR SLOVENSKEGA ZDRAVSTVENEGA SISTEMA IN DOSTOPA DO ZDRAVSTVENIH STORITEV V SLOVENIJI⁸

Helena Liberšar

Sestava in zagotavljanje sredstev za zdravstveno varstvo v Sloveniji⁹

Slovenski zdravstveni sistem sestavlja dve vrsti zdravstvenega zavarovanja: obvezno in prostovoljno ali dopolnilno zdravstveno zavarovanje.

Obvezno zdravstveno zavarovanje ureja Zakon o zdravstvenem zavarovanju in zdravstvenem varstvu, skupaj s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja.

8 Poročilo o pravnem okviru dostopa do zdravstvenega varstva v Sloveniji je nastalo v okviru projekta Mreža za preprečevanje ranljivosti na področju zdravstva, pri katerem Slovenska filantropija sodeluje z mednarodno organizacijo Zdravniki sveta. V zborniku navajamo le povzetek.

9 Za več informacij o organiziranosti in financiranju slovenskega zdravstvenega sistema glej poročilo WHO 2009 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/96367/E92607.pdf?ua=1, strani 17–61, in spletno stran Zavoda za zdravstveno zavarovanje <http://www.zzs.si/zzs/internet/zzseng.nsf/o/F233938E2AD0AAA3C1257BB000452FD9>.

Za kritje razlike do polne vrednosti storitev, ki niso v celoti zajete v obveznem zdravstvenem zavarovanju, lahko zavarovanec sklene prostovoljno dopolnilno zdravstveno zavarovanje, ki ga zavarovalnice izvajajo v skladu z Zakonom o zavarovalništvu in Zakonom o zdravstvenem zavarovanju in zdravstvenem varstvu.

Institucija, ki ureja obvezno zavarovanje po tem zakonu, je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Zdravstveni sektor je organiziran na primarni, sekundarni in terciarni ravni. Zdravstvene storitve na primarni ravni obsegajo osnovno zdravstveno dejavnost in farmacijo; zdravstvene storitve na sekundarni ravni so specialistične ambulantne in bolnišnične storitve; terciarno raven pa predstavljajo klinike in inštituti ter drugi pooblaščenih zdravstveni zavodi (2. člen Zakona o zdravstveni dejavnosti, 13. februar 1992, zadnje spremembe 15. februarja 2013).

Primarne zdravstvene storitve opravljajo javni zdravstveni domovi (62 zdravstvenih centrov po vsej Sloveniji).¹⁰

Institucije, pristojne za zdravstveno varstvo v Sloveniji

Ministrstvo za zdravje

Najvišji organ na področju zdravstvenega varstva v Sloveniji je Ministrstvo za zdravje. Njegovi glavni cilji so:

- Krepiti javno zdravstvo, upoštevaje njegovo finančno vzdržnost, s poudarkom na ohranitvi s pravicami zagotavljenega čim bolj popolnega obveznega zdravstvenega zavarovanja in jasnejši ločitvi izvajanja javne in zasebne zdravstvene dejavnosti (ukinitvev dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja).
- Zagotoviti finančno vzdržnost obveznega zdravstvenega zavarovanja ob solidarni prispevni obremenitvi zavarovancev in čim večjem ohranjanju obstoječih pravic.
- Uveljaviti pregleden enoten sistem javnega naročanja v zdravstvu in s tem doseči učinkovito naročanje zdravil, medicinskih pripomočkov in opreme za potrebe zdravstva.

¹⁰ Več v poročilu Public network of Primary health-care services, september 2013, Ministrstvo za zdravje, stran 8.

- Na novo urediti vodenje, poslovanje in nadzor javnih zdravstvenih zavodov ter povečati odgovornost direktorjev in svetov zavodov.¹¹

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) je javni zavod, s sedežem v Ljubljani, odgovoren za izvajanje obveznega zdravstvenega zavarovanja kot javne službe. Organiziran je tako, da so njegove storitve zavarovanim osebam na voljo najbliže njihovem stalnemu prebivališču (69. člen Zakona o zdravstvenem zavarovanju in zdravstvenem varstvu).

Zdravstvene zavarovalnice

V Sloveniji obstajajo 4 (zdravstvene) zavarovalnice, ki so odgovorne za zagotavljanje dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Njihova funkcija je določena z Zakonom o zavarovalništvu (z dne 17. januarja 2000). Zavarovalnice lahko zagotavljajo dopolnilna zdravstvena zavarovanja le obvezno zavarovanim osebam, in sicer dopolnilno zdravstveno zavarovanje in druga dodatna zavarovanja (npr. za »luksuzne« zdravstvene storitve). Dopolnilno zdravstveno zavarovanje tako ne more nadomestiti obveznega zavarovanja.

Nacionalni inštitut za javno zdravje

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) je osrednja nacionalna ustanova za prou-

¹¹ Glej http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja_in_prioritete/

čevanje in varovanje zdravja ter zviševanje ravni zdravja prebivalstva Republike Slovenije, in to z ozaveščanjem in drugimi preventivnimi ukrepi. Ob svoji osrednji vlogi v skrbi za javno zdravje v Sloveniji se NIJZ aktivno vključuje tudi v mednarodne projekte, ki pokrivajo različna področja zdravja in splošnih javnozdravstvenih problemov prebivalstva. NIJZ pa predstavlja tudi ekspertno raven za podporo odločitvam, ki jih sprejema država na nacionalni ravni in na lokalnih ravneh in imajo posreden ali neposreden vpliv na zdravje.¹²

Financiranje zdravstvenega zavarovanja

Sredstva za obvezno zavarovanje se zagotavljajo s prispevki, ki jih zavarovanci, delodajalci in druge osebe, določene v Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, plačujejo Zavodu za zdravstveno zavarovanje. Glede na status zavarovane osebe (upokojenci, brezposelni itd.) so zavezanci za plačilo prispevkov tudi druge institucije (Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, Zavod za zdravstveno zavarovanje, državni proračun, Zavod za zaposlovanje, občine).

Zdravstvene storitve se krijejo iz obveznega in dopolnilnega zavarovanja. Če oseba, ki je obvezno zavarovana, nima sklenjenega tudi dopolnilnega zavarovanja, sama plača stroške storitev do

polne cene, ki jih ne pokrije v celoti obvezno zavarovanje, in to iz lastnih sredstev oziroma iz drugih virov, če izpolnjuje pogoje, da se ji dopolnilno zavarovanja plača iz drugega naslova.

V nekaterih primerih krije zdravstvene storitve proračun Republike Slovenije, in sicer za nujno zdravljenje: oseb z neznanim prebivališčem, tujcev iz držav, s katerimi niso sklenjene mednarodne pogodbe, ter tujcev in državljanov Republike Slovenije s stalnim prebivališčem v tujini, ki začasno prebivajo v Republiki Sloveniji ali so na poti skozi državo in zanje ni bilo mogoče zagotoviti plačila zdravstvenih storitev, pa tudi za druge osebe, ki po določbah tega zakona niso vključene v obvezno zdravstveno zavarovanje in niso zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja (7. člen Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju).

Dostop do zdravstvenega varstva v Sloveniji

Zavarovana oseba lahko dostopa do zdravstvenih storitev na podlagi kartice zdravstvenega zavarovanja.¹³ Kartica zdravstvenega zavarovanja je javni dokument, osebni dokument osebe z obveznim zdravstvenim zavarovanjem. Njen izdajatelj je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Zavarovanec mora svojo kartico predložiti ob vsakem obisku pri zdravniku in

12 Več na <http://www.nijz.si/sl/nijz/predstavitev/osebna-izkaznica>

13 Za več informacij <http://www.zzzs.si/zzzs/internet/zzzs.nsf/o/667843302118EB9CC1256E-8B003135E0>.

ob drugih priložnostih, ko uveljavlja pravice iz zdravstvenega zavarovanja.

Vsak prebivalec Slovenije bi moral imeti sklenjeno zdravstveno zavarovanje in tako tudi dostop do zdravstvenih storitev, vsak zavarovanec pa bi moral izbrati svojega osebnega zdravnika.¹⁴ Dostop do javne zdravstvene službe je mogoč le prek osebnega zdravnika in s kartico zdravstvenega zavarovanja, osebni zdravnik pa napotuje paciente naprej na specialistične preglede ali v bolnišnico. Enako velja za ginekologa in zobozdravnika.¹⁵

Osebni zdravnik je pooblaščen in dolžan: vzpostaviti začasno odsotnost z dela; napotiti zavarovano osebo k določenemu zdravniku, na zdravniško komisijo in invalidsko komisijo; napotiti zavarovano osebo k specialistu na ustrezni ravni;¹⁶ predpisovati zdravila in medicinske pripomočke ter storitve z reševalnimi in drugimi vozili ... (81. člen Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju).

To pa ne velja za primere nujne zdravstvene pomoči.¹⁷

Vsaka oseba, ki ima v Sloveniji obvezno zdravstveno zavarovanje, je upravičena do

zdravstvenih storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v obsegu in na način, ki ju določa postopek obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Obvezno zavarovane osebe imajo pravico do zdravstvenih storitev v skladu s pogoji in postopki, ki jih določajo veljavni predpisi, obsegajo pa: storitve osnovne zdravstvene in zobozdravstvene dejavnosti, storitve v posebnih socialnih zavodih, specialistične-ambulantne storitve, bolnišnične in terciarne zdravstvene dejavnosti, zdraviliško zdravljenje, obnovenitveno rehabilitacijo, prevoz z reševalnimi in drugimi vozili, zdravila na recept, medicinskotehnične pripomočke, zdravljenje v tujini med potovanjem in bivanjem v tujini. Pri določenih skupinah zavarovancev, kot so otroci in šolajoči se mladoletniki in študenti ali zavarovane osebe z določenimi zdravstvenimi stanji, je pri nekaterih zdravstvenih storitvah plačilo v celoti pokrito iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. To določa prvi odstavek 23. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, ki določa tudi, katere zdravstvene storitve se plačujejo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v celoti ali v določenem odstotku polne cene.

Zavarovane osebe

Zavarovane osebe so zavarovanci in njihovi družinski člani.

Zavarovane osebe, kot je določeno v 15. členu Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, so:

14 Glej Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, z dne 1. september 2015, členi od 80 do 85, in Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja, z dne 17. november 2014, členi od 161 do 180.

15 Člen 80 Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju.

16 Za več informacij glej <http://www.zzzs.si/zzzs/internet/zzzseng.nsf/o/711DAD33F7FB1CB-8C1257BB000456695>.

17 Glej Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja, člen 179.

1. osebe, ki so v delovnem razmerju v Republiki Sloveniji;
2. osebe v delovnem razmerju pri delodajalcu s sedežem v Republiki Sloveniji, poslane na delo ali na strokovno izpopolnjevanje v tujino, če niso obvezno zavarovane v državi, v katero so bile poslane;
3. osebe, zaposlene pri tujih in mednarodnih organizacijah in ustanovah, tujih konzularnih in diplomatskih predstavništvih s sedežem v Republiki Sloveniji, če ni z mednarodno pogodbo določeno drugače;
4. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, zaposlene pri tujem delodajalcu, ki niso zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja;
5. osebe, ki na območju Republike Slovenije samostojno opravljajo gospodarsko ali poklicno dejavnost kot edini ali glavni poklic;
6. družbeniki osebnih družb, družbeniki družb z omejeno odgovornostjo in ustanovitelji zavodov, če so družbeniki družb oziroma ustanovitelji zavodov poslovodne osebe, ki opravljajo poslovodno funkcijo kot edini ali glavni poklic;
7. kmetje, člani njihovih gospodarstev in druge osebe, ki v Republiki Sloveniji opravljajo kmetijsko dejavnost kot edini ali glavni poklic;
8. vrhunski športniki in vrhunski šahisti – člani telesnokulturnih in šahovskih organizacij v Republiki Sloveniji, ki niso zavarovani iz drugega naslova;
9. brezposelne osebe, ki prejemajo denarno nadomestilo Zavoda za zaposlovanje ;
10. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki prejemajo pokojnino po predpisih Republike Slovenije oziroma preživnino po predpisih o preživalskem varstvu kmetov;
11. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki prejemajo pokojnino od tujega nosilca pokojninskega zavarovanja, če z mednarodno pogodbo ni določeno drugače;
12. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja, ki med bivanjem v Republiki Sloveniji ne morejo uveljavljati pravic iz tega naslova;
13. družinski člani osebe, zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja, ki imajo stalno prebivališče v Republiki Sloveniji in niso zavarovane kot družinski člani pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja;
14. tujci, ki se izobražujejo ali izpopolnjujejo v Republiki Sloveniji in niso zavarovani iz drugega naslova;
15. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki so uživalci

invalidnin po predpisih o vojaških invalidih in civilnih invalidih vojne in pravic po predpisih o varstvu vojnih veteranov, žrtev vojnega nasilja in udeležencev drugih vojn ter uživalci republiških priznavalnin, če niso zavarovani iz drugega naslova;

16. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki prejemajo nadomestilo po zakonu o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih odraslih oseb, če niso zavarovane iz drugega naslova;

17. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki prejemajo trajno denarno socialno pomoč, in osebe, ki jim je Republika Slovenija priznala status begunca ali subsidiarno zaščito v skladu s predpisi o mednarodni zaščiti, če niso zavarovane iz drugega naslova;

18. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki so uživalci priznavalnin po predpisih o varstvu udeležencev vojn, če niso zavarovane iz drugega naslova;

19. vojaški obvezniki s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki so v civilni službi kot nadomestilu služenja vojaškega roka;

19.a vojaški obvezniki s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji med služenjem vojaškega roka oziroma med usposabljanjem za rezervni sestav policije;

20. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, če ne izpolnjujejo pogojev za zavarovanje po nobeni drugi točki tega odstavka in si same plačujejo prispevek;

21. državljani Republike Slovenije in tujci z dovoljenjem za stalno prebivanje v Sloveniji, ki jim je po zakonu, ki ureja uveljavljanje pravic iz javnih sredstev, priznana pravica do plačila prispevka za obvezno zavarovanje;

22. priporniki, ki niso zavarovanci iz drugega naslova, do trenutka nastopa pripora ali če jim v času pripora zavarovanje preneha), obsojenci na prestajanju zaporne kazni oz. mladoletniškega zopora, mladoletniki na prestajanju vzgojnega ukrepa oddaje v prevzgojni dom, osebe, ki jim je izrečen varnostni ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja, varstva v zdravstvenem zavodu ter obveznega zdravljenja odvisnosti od alkohola in drog. Pripornike prijavi v zavarovanje zavod za prestajanje zaporne kazni, v katerem so na prestajanju pripora, druge osebe iz te točke pa zavod oziroma organizacija, v kateri se te osebe nahajajo najkasneje naslednji delovni dan po njihovem sprejemu;

23. osebe, ki pridobijo pravico po zakonu, ki ureja starševsko varstvo, in sicer:

- upravičenci do starševskega nadomestila, ki jim je med starševskim dopustom prenehalo delovno razmerje,
- eden od staršev, ki neguje in varu-

je otroka do tretjega leta starosti in si na podlagi svoje dejavnosti plačuje prispevke za socialno varnost za najmanj 20 ur tedensko,

- eden od staršev, ki zapusti trg dela zaradi nege in varstva štirih ali več otrok;

24. otroci do 18. leta starosti, ki se šolajo in niso zavarovani kot družinski člani, ker njihovi starši ne skrbijo zanje oziroma ker starši ne izpolnjujejo pogojev za vključitev v obvezno zavarovanje;

25. družinski pomočniki po zakonu, ki ureja socialno varstvo.

Dopolnilno zdravstveno zavarovanje

Dopolnilno zdravstveno zavarovanje pokriva razliko stroškov do polne cene storitev. V primeru, ko ima zavarovanec sklenjeno tudi dopolnilno zdravstveno zavarovanje, plača razliko do polne vrednosti storitev zavarovalnica, pri kateri je oseba vključena v dopolnilno zdravstveno zavarovanje.

Dopolnilno zdravstveno zavarovanje krije zavarovancem stroške zdravstvenega varstva in z njim povezanih storitev oskrbe z zdravili in medicinskimi pripomočki.

Obvezno in dopolnilno zdravstveno zavarovanje skupaj tvorita del socialne varnosti zavarovanih oseb.

DODATEK 2

V projektu smo izvedli tudi raziskavo o zdravstveni obravnavi prosilcev za mednarodno zaščito in o tem, kako dobro poznajo njihove pravice na zdravstvenem področju zdravstveni delavci. Z raziskavo smo želeli dobiti širšo sliko o sprejemu in zdravstveni obravnavi prosilcev v Sloveniji ter o informiranosti zaposlenih v javnih zdravstvenih zavodih, tam pa smo se osredotočili predvsem na zdravnike in medicinske sestre/zdravstvene tehnike, ki so neposredno vključeni v obravnavo bolnikov.

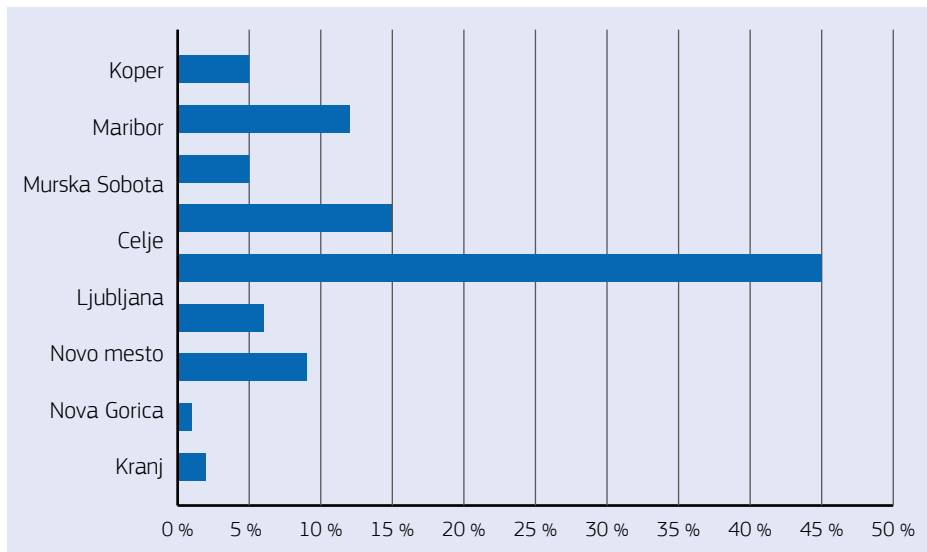
ZDRAVSTVENA OSKRBA PROSILCEV ZA MEDNARODNO ZAŠČITO V JAVNIH ZAVODIH – REZULTATI ANKETE

Jaka Matičič, Helena Liberšar

Anketo smo naslovili na vodstva in zaposlene v 56 zdravstvenih domovih in nekaterih splošnih bolnišnicah po vsej Sloveniji. Dosegla je 449 ljudi (to pomeni, da so povezavo do ankete odprli in si anketo ogledali), odgovorilo pa jih je 187. Podatke smo zbirali od 5. do 31. avgusta 2016.

Regijska umestitev anketirancev in izkušnje prosilcev za mednarodno zaščito v zdravstveni obravnavi

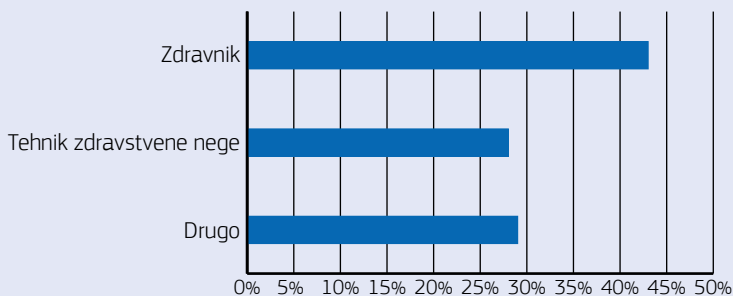
V anketo smo želeli zajeti vse slovenske regije in z njimi povezane večje kraje, da bi preverili seznanjenost tamkajšnjih zdravstvenih delavcev z zakonsko določeno zdravstveno obravnavo prosilcev za mednarodno zaščito, in sicer za primer, če bi se zgodilo, da bi v prihodnosti tudi njihova regija predstavljala gostiteljsko regijo/kraj, kjer bi se ob okrepljenem dotoku migrantov v državo odprl azilni dom s svojimi izpostavami, kot se je že zgodilo v Logatcu. Izhajali smo iz nujnosti, da je za obravnavo prosilcev pristojni zdravstveni zavod ustrezno informiran, da je za zagotovitev normalnega poteka dela seznanjen s pravicami prosilcev, s postopki za njihov sprejem in z ustrezno zdravstveno obravnavo. Med anketiranimi jih je 44 % odgovorilo, da prihajajo iz ljubljanske regije, sledili sta celjska (15 %) in mariborska (12 %), najmanj odgovorov je bilo s področja Nove Gorice (1 %), Kranja (3 %) in Murske Sobote (5 %).



Slika 1: Regijska zastopanost vprašanih (n = 185)

Velik delež anketirancev iz nekaj regij je najverjetneje povezan z dejstvom, da gre za večje regije, ki zato obsegajo več zdravstvenih domov in tudi večjo splošno bolnišnico. Razlog za tako strukturo odgovorov pa lahko pripišemo tudi dejstvu, da se vsi naslovniki ankete niso odzvali, in sicer ker stika s prosilci za mednarodno zaščito doslej še niso imeli. Prosilci in begunci, ki že imajo priznano mednarodno zaščito, so namreč trenutno nastanjeni v glavnem na širšem območju Ljubljane in Maribora.

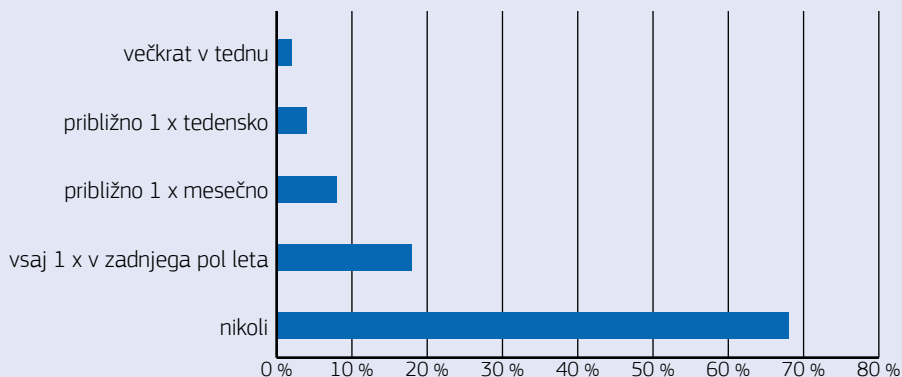
Med tistimi, ki so navedli svojo funkcijo v javnem zavodu, je slaba polovica (43 %) zdravnikov (dr. med. ali dr. dent. med.), 28 % tehnikov zdravstvene nege, 14 % višjih in diplomiranih medicinskih sester oz. zdravstvenih tehnikov, 15 % pa preostalih poklicev v zdravstvu – delovnih terapevtov, zobnih asistentov, inženirjev radiologije in drugih. Po večini imajo te osebe višje- ali visokošolsko izobrazbo (69 %), petina pa jih ima opravljeno srednjo šolo.



Slika 2: Funkcija v javnem zavodu (n = 110)

Pogostost obravnave

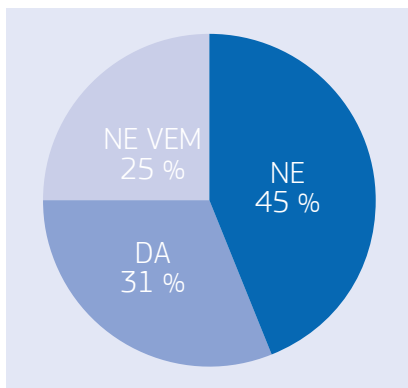
Zanimalo nas je, kako pogosto in kje so anketiranci že obravnavali prosilca za mednarodno zaščito. Za dve tretjini anketirancev velja, da niso bili še nikoli vključeni v obravnavo osebe s statusom prosilca za mednarodno zaščito. Nekaj manj kot petina (18 %) jih je obravnavalo prosilca vsaj enkrat v zadnjega pol leta, preostali (14 %) pa so jih obravnavali vsaj enkrat mesečno. Tako nizko število oz. pogostost obravnav lahko pripišemo dejstvu, da so prosilci za mednarodno zaščito trenutno nastanjeni samo v azilnih domovih na Viču in na Kotnikovi v Ljubljana in v Logatcu.



Slika 3: Pogostost doseganje obravnave prosilcev za mednarodno zaščito (n = 184)

Informiranost in dejanski način obravnave prosilcev za mednarodno zaščito

V zdravstvenih domovih, ki so lokalno pristojni za zdravstveno obravnavo prosilcev za mednarodno zaščito, se pokaže kot problem pomanjkljivo informiranje. Manjka torej informiranje, ki bi omogočalo ustrezno obravnavo prosilcev za mednarodno zaščito brez dodatnih zapletov in nemoten potek dela med obravnavo. V kar nekaj primerih je zaradi neustrezne informiranosti in neprilagojenosti orodij, potrebnih za administrativno obravnavo prosilcev za mednarodno zaščito (prosilci npr. nimajo kartice zdravstvenega zavarovanja, temveč uveljavljajo tudi zdravstvene storitve s kartico prosilca za mednarodno zaščito), prihajajo do situacij, v katerih osebje prosilca ni znalo ali moglo ustrezno obravnavati. Zaradi tega je bilo oteženo tako delo zdravstvenih delavcev kot tudi dostop prosilcev do zdravstvene oskrbe, tako da ti brez dodatne pomoči socialnih delavcev ali prostovoljcev sami niso mogli dobiti zdravniške pomoči. Anketiranci so v anketi odgovarjali tudi na vprašanje, ali so od resornega ministrstva in pristojnih institucij prejeli kakšne informacije ali navodila glede zdravstvene obravnave prosilcev za mednarodno zaščito. Malce manj kot pol sodelujočih v anketi (45 %) od resornega ministrstva ni dobilo nikakršnih navodil za obravnavo prosilcev, petina (25 %) pa jih ne ve, ali so taka navodila dobili ali ne.



Slika 4: Ste bili od resornega ministrstva in pristojnih institucij obveščeni glede načina obravnave prosilcev za mednarodno zaščito? (n = 183)

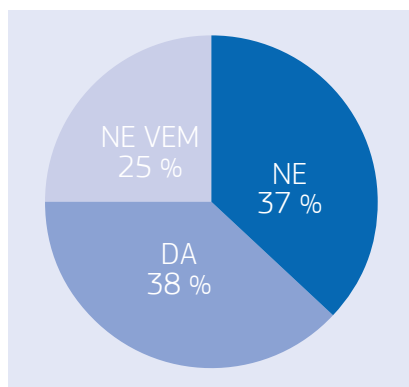
Takih, ki so na vprašanje odgovorili z DA, se pravi, da so prejeli te informacije, je bila slaba tretjina (30 %) in tem smo postavili podvprašanje o vsebini navodil, ki so jih dobili od ministrstva in pristojnih inštitucij. Na voljo so imeli več odogovorov. Večina jih je odgovorila, da so prejeli navodila glede administrativne obravnave prosilcev (84 %) in protokol za ustrezno ukrepanje v primeru izbruha nalezljivih bolezni ali bolezenskih stanj (53 %). Manj (39 %) pa jih je odgovorilo, da so prejeli informacije o pravicah prosilcev za mednarod-

no zaščito oziroma naslove referenčnega osebja in ambulant za obravnavo prosilcev za mednarodno zaščito (27 %).



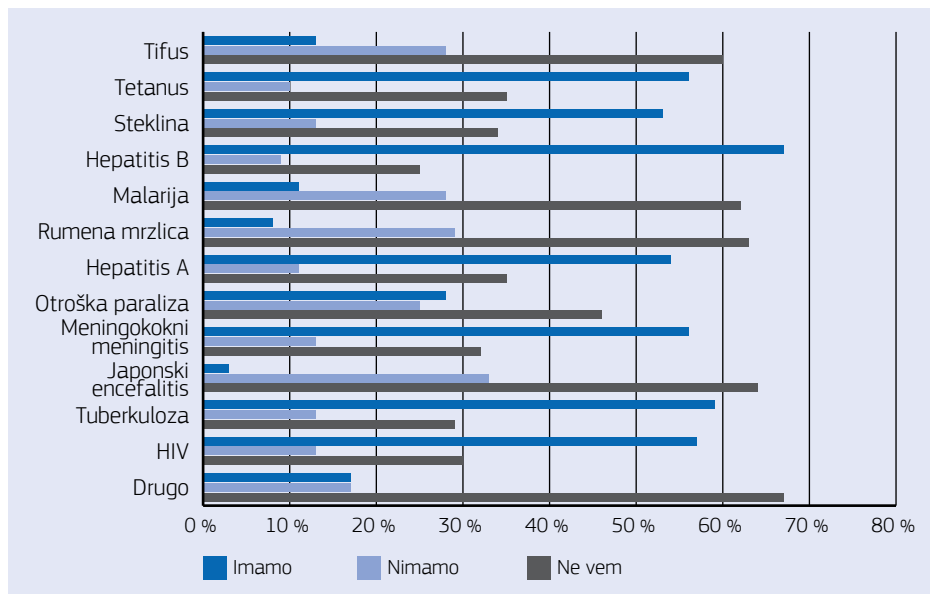
Slika 5: O čem so bili obveščeni od pristojnih ministrstev oz. institucij (n = 51)

Pri tem je zanimivo dejstvo, da so tudi anketiranci v ljubljanski regiji, kjer je največ prosilcev, odgovarjali, da informacij o njihovih pravicah niso prejeli. Torej se tudi zaposleni v javnih zdravstvenih zavodih, ki so vključeni v obravnavo prosilcev in z njimi delajo, spopadajo s pomanjkanjem informacij, ki bi jim pomagale pri delu. V praksi pa se je pokazalo, da vodi pomanjkanje informacij do nezadovoljstva in stresa tako pri zdravstvenih delavcih kot pri prosilcih. Pokazalo se je tudi, da je bila tako administrativna kot zdravstvena obravnava lažja, če so zdravstveni delavci, ki so prosilca sprejeli, vedeli, kako ga morajo sprejeti in obravnavati ter kako napotovati naprej. V našem nadaljnjem delu smo se tako osredotočili na informiranje tako prosilcev kot tudi zdravstvenih delavcev o pravicah prosilcev.



Slika 6: Obveščenost zaposlenih na območju Ljubljane (n = 82)

Pri pripravljenosti javnih zdravstvenih zavodov smo želeli preveriti tudi, kako dobro poznajo oz. so pripravljeni na določena zdravstvena stanja, ki bi lahko pestila prosilce za mednarodno zaščito. Ker določenih bolezni v Sloveniji ni, ker jih tu nikoli ni bilo oz. smo jih uspešno iztrebili, bi se pri osebi iz države, kjer te obstajajo, zdravstveno stanje hipotetično lahko poslabšalo, če zdravstveni zavodi ne bi imeli navodil oz. protokolov za učinkovito zdravstveno obravnavo in postopke za zdravljenje obolelih. Pri tem vprašanju smo preverili, ali zaposleni vedo za morebitne protokole/navodila v njihovem zavodu za bolezni in bolezenska stanja, za katerimi bi prosilci lahko oboleli v državi izvora (navedeno na sliki spodaj).



Slika 7: Za katere nalezljive bolezni imate v vašem zavodu pripravljen protokol oz. usmeritve za učinkovito obravnavo pacienta? (n = 102)

Zaposleni so za večino bolezni poznali neke napotke oz. usmeritve, potrebne za njihovo obravnavo, le za tifus, malarijo, rumeno mrzlico, otroško paralizo in japonski encefalitis so sodelujoči v anketi navedli, da tovrstnih usmeritev nimajo oz. ne vedo zanje. Če bi v zavod dobili takega pacienta, bi torej to otežilo obravnavo, saj bi morali pravilne postopke takrat dodatno preverjati, hkrati pa bi se lahko pacientovo stanje ob nepravilnem postopanju ali dolgem čakanju še dodatno poslabšalo. Kot se je v preteklosti pokazalo v praksi ob izbruhu nekaterih bolezni, bi zavodi ustrezne napotke za ukrepanje verjetno pridobili šele, ko bi obravnavali zadostno število takih primerov, na katerih bi se postopki lahko zgradili. Ta ocena temelji tudi na dejstvu, da nam ob preverjanju tega (pred začetkom izvajanja raziskave) od Nacionalnega inštituta za javno zdravje teh navodil in podatkov o preven-

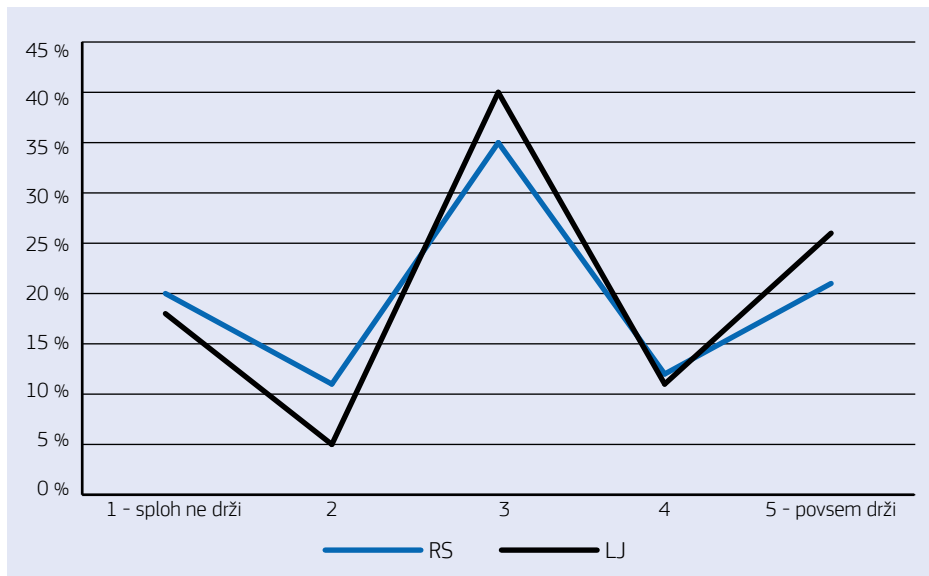
tivnih ukrepih ni uspelo pridobiti. Pri tem vprašanju so zanimivi tudi odgovori pri možnosti DRUGO, kjer so anketiranci v večini navedli, da ne vedo, ali imajo navodila oz. predviden protokol tudi za nekatere druge bolezni, kot so ebola, virus zika in pojav ošpic.

Kot opombo lahko navedemo, da se je v praksi pokazalo, da pridejo begunci oz. prosilci za mednarodno zaščito v Slovenijo večinoma zdravi, zbolijo pa šele med bivanjem pri nas in za »našimi« bolezni, proti katerim niso odporni.

Ocena položaja prosilcev in odnos osebja do njihove obravnave

Zaradi številnih sistemskih preprek, ki tako ali drugače otežujejo ustrezno zdravstveno obravnavo prosilcev za mednarodno zaščito, smo želeli preveriti, ali so težave pri zdravstveni oskrbi prosilcev resnično samo posledica administrativnih ovir, medresorske neusklajenosti in upoštevanja zakonodaje ali pa prihaja do težav v procesu zagotavljanja zdravstvene oskrbe v javnem zdravstvenem sistemu tudi zaradi neustreznega poznavanja pravic prosilcev za mednarodno zaščito.

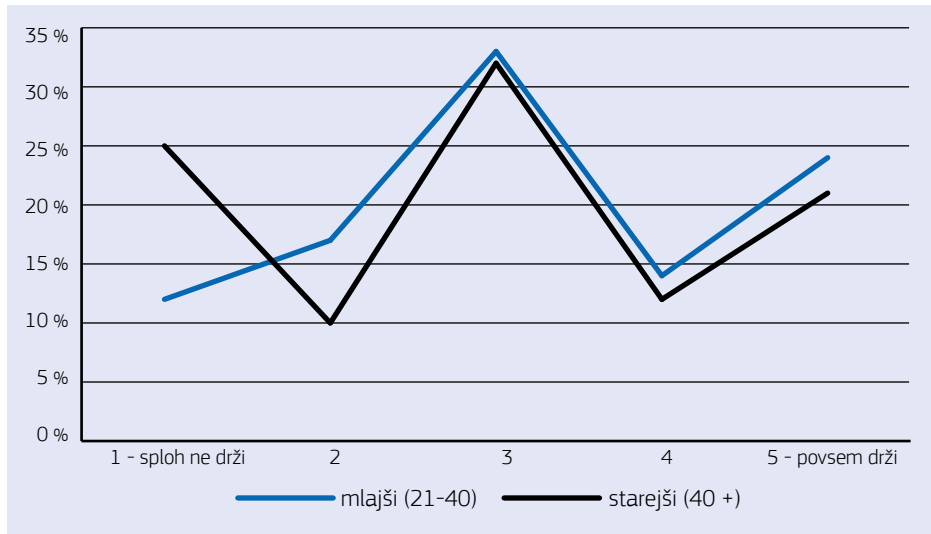
Preveriti smo želeli tudi, kakšen je odnos anketirancev do prosilcev oz. ali pomenijo te obravnave zanje težavo. Večina anketirancev je bila neopredeljenih, 21 % jih je odgovorilo, da obravnava prosilcev zanje ne predstavlja težave, za 20 % anketirancev pa zdravstvena obravnava prosilcev je težava. Tako lahko sklepamo, da je zdravstveno osebje prosilcem v večini naklonjeno oz. zdravstvena obravnava prosilcev zanje ne predstavlja težave. Nasprotno pa je precej visoko tudi število tistih, ki ne vedo, kako pristopati k prosilcem pri njihovi zdravstveni obravnavi.



Slika 8: Obravnava prosilcev za mednarodno zaščito zame ne predstavlja večje težave (n = 177 – za nacionalni nivo, n = 80 – za zdravstveno regijo Ljubljana)

V nadaljevanju smo se osredotočili še na analizo tega odnosa glede na lokacijo, kjer so prosilci za mednarodno zaščito trenutno nastanjeni v največjem številu – v ljubljanski regiji. Odstotek tistih, za katere obravnava prosilcev ne predstavlja težave, je v Ljubljani za spoznanje večji kot v celoti na nacionalni ravni (26 % vseh sodelujočih), 11 % se jih delno strinja s trditvijo (imajo nekaj težav s tem), največji odstotek pa je spet neopredeljenih – 40%. Tisti iz zdravstvene regije Ljubljana, ki trditev zanje sploh ne drži, predstavljajo 18 % vseh iz te regije, tistih, za katere trditev delno ne drži, pa je 5 %. Tako je očitno, da regija, ki je obravnava prosilcev za mednarodno zaščito bolj izpostavljena, to tudi lažje sprejema, razlog pa bi lahko iskali tudi v boljšem medsebojnem dialogu in večji pogostosti obravnave, do česar dejansko prihaja. Pri tem se je treba zavedati, da je za izboljšanje razumevanja problematike prosilcev za mednarodno zaščito pri državljanih RS in za njihovo sprejemanje ter za življenje prosilcev po družbenih normah, ki veljajo v naši državi oz. EU, ključen medkulturni dialog. Samo tako bosta lahko njihovo vključevanje v družbo bolj tekoče in obravnava na vseh ravneh družbe, tudi v zdravstvu, boljša.

Vprašanje smo analizirali tudi z vidika starosti anketirancev. Pokazalo se je, da predstavlja zdravstvena obravnava prosilcev večjo težavo starejšim (25 %), pri mlajših pa je ta delež 12 %. Večina mlajših se je opredelila, da z obravnavo prosilcev ne bi imeli težav.

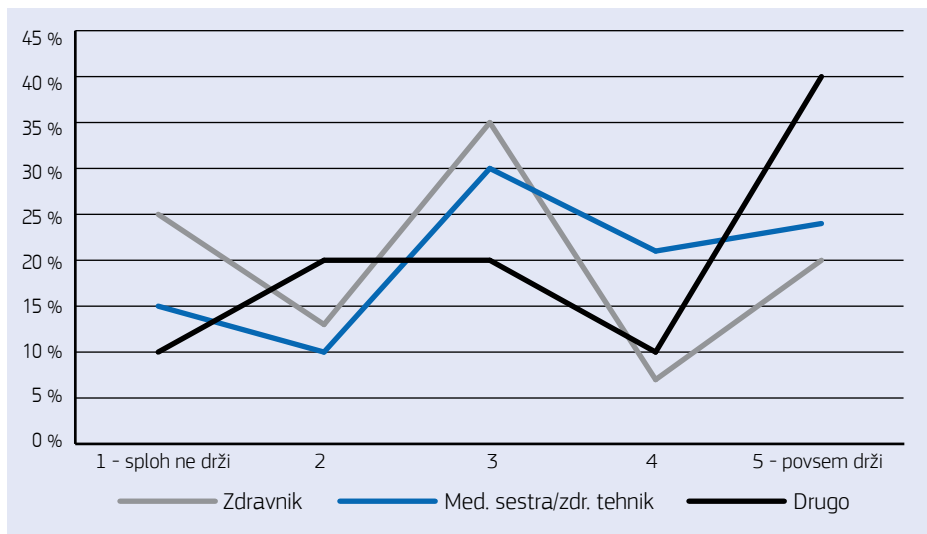


Slika 9: Obravnava prosilcev glede na starost zdravstvenega osebja (n-mlajši = 48, n-starejši = 59)

Pri vlogi v zavodu se pokaže izrazita razlika med zdravniki (dr. med.) in zobozdravniki (dr. dent. med.) na eni strani ter zdravstvenimi tehnikami in medicinskimi sestrami na drugi. Na podlagi analize odgovorov lahko sklepamo, da predstavlja zdravstvena obravnava prosilcev za medicinske sestre in zdravstvene tehnike manj težav kot za zdravnike in zobozdravnike.

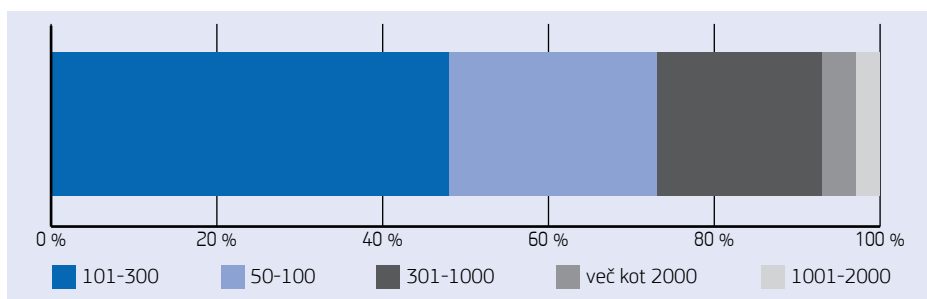
O možnih razlogih za take odgovore lahko le ugibamo. Eden od razlogov bi lahko bil, da so zdravniki in zobozdravniki odgovorni za celotno zdravstveno obravnavo prosilcev in se zavedajo morebitnih dodatnih težav, ki jih taka obravnava predstavlja.

Za podrobnejšo analizo odgovorov bi potrebovali več podatkov. V prihodnje pa bi bilo razloge za take odgovore vsekakor zanimivo poiskati, a bi za to morali uporabljati natančnejšo tehniko, npr. intervjuje.



Slika 10: Obravnava prosilcev glede na funkcijo zaposlenih v zavodu (n-zdravnik – dr. med. oz. dent. med., r = 46, n-teh. zdr. nege/med. sestra = 47, n-drugo = 10)

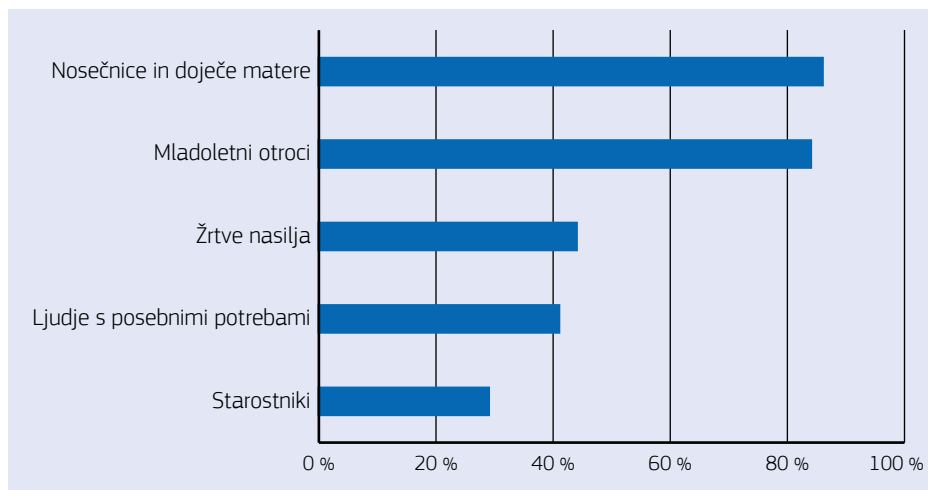
V anketi smo želeli preveriti tudi, ali so zaposleni v splošnih bolnišnicah in zdravstvenih domovih seznanjeni s trenutnim begunskim stanjem. Sodeč po odgovorih anketiranci kar dobro poznajo dejansko stanje.



Slika 11: Mnenje o številu prosilcev za mednarodno zaščito v Sloveniji (n = 103)

Zanimalo nas je tudi, kaj menijo anketiranci, s katerimi boleznimi in bolezenskimi stanji bi se lahko srečevali pri zdravstveni obravnavi prosilcev. Kot najpogostejše bolezni prosilcev so navedli akutne bolezni in stanja, okužbe, podhranjenost ter različne oblike poslabšane duševnega zdravja. Ob tem pa predstavlja dejansko največjo težavo dostop do stalne oskrbe za kronične bolnike, katerih stanje se brez take oskrbe iz dneva v dan slabša oz. se ne izboljšuje.

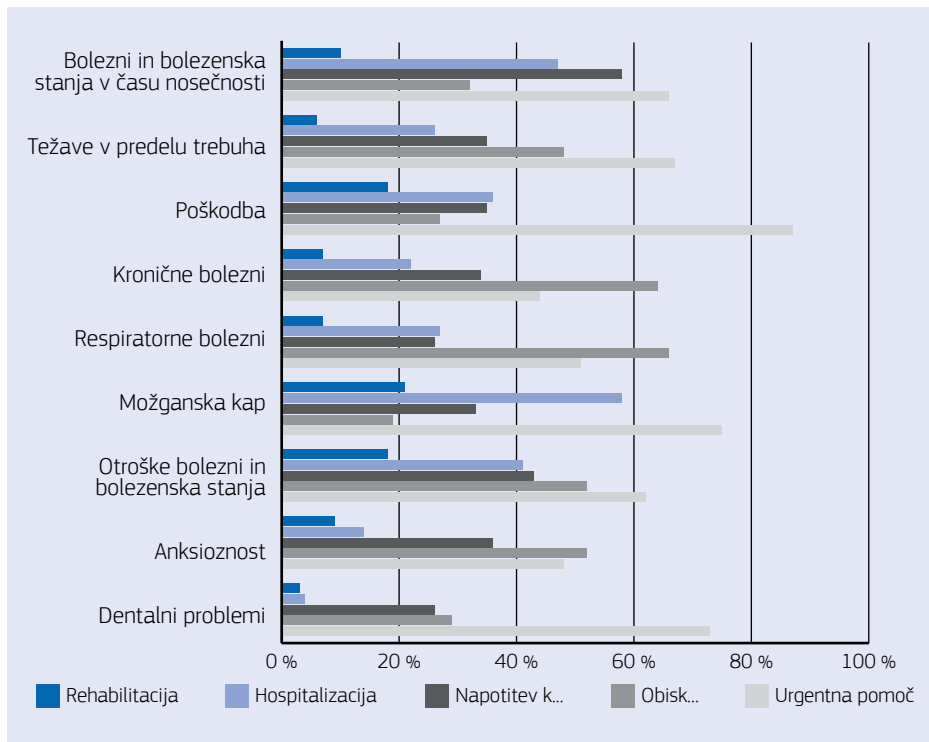
Vprašali smo jih tudi o poznavanju pravic prosilcev in obsegu pravic posameznih skupin prosilcev. Po slovenski zakonodaji, ki ureja področje zdravstvene oskrbe prosilcev za mednarodno zaščito, imajo ti pravico do nujne medicinske oskrbe, posebnost pa so otroci in nosečnice oz. doječe matere, ki so pri pravici do zdravstvene oskrbe na zakondajni ravni izenačeni z državljeni RS. A v praksi se vseeno večkrat pokaže, da je treba marsikateremu zdravstvenemu delavcu to dodatno pojasnjevati oz. jih ozaveščati. Anketa pokaže, da so vprašani dobro seznanjeni s tem, saj je odstotek tistih, ki poznajo pravice teh dveh ranljivih skupin, zelo visok – presega 80 % vseh odgovorov. Po izkušnjah iz prakse in izsledkih te ankete se razumevanje teh pravic očitno povečuje, po odgovorih pa bi bilo mogoče sklepati tudi, da osebje zakone razume, a tega ne izvaja, in to iz različnih razlogov, ki so mogoče osebni ali pa so povezani z neprilagojenostjo sistema obravnave pacienta tej pravici. Kot je že bilo omenjeno, smo pri nekaj primerih videli zaplete že pri administrativni obravnavi pacienta, to pa postavlja v neprijeten položaj tako zdravstvenega delavca, ki prosilca obravnava, kot prosilca, ki obravnavno potrebuje.



Slika 12: Mnenje o izenačenosti pravic ranljivih skupin s pravicami državljanov RS (n = 103)

V celotni oskrbi prosilcev nas je zanimalo tudi, kako gleda zdravstveno osebje na obravnavo pacientov, ki imajo status prosilca za mednarodno zaščito. Kot rečeno, so prosilci upravičeni do obravnave le v primeru urgentnih stanj, in je tudi obravnava, ki so je deležni, taka – urgentna. V praksi to pomeni, da se prosilec ob napotitvi brez oznake »nujno«, razen če se odloči za samoplačniško storitev, kar pa v veliko primerih ni mogoče, znajde v situaciji, ko napotnico za specialista zaradi svojega zdravstvenega stanja sicer dobi, a mu to nič ne pomaga, kajti brez oznake »nujno« na napotnici nima pravice do nadaljnje obravnave pri specialistu ali pa pride pri tem do dodatnih oteževalnih okoliščin, če prosilec za obravnavo

ne more plačati, kajti to otežuje delo zdravstvenega osebja, ki pri tem doživlja dodaten pritisk zaradi veljavnih ukrepov tega sistema.



Slika 13: Upravičenost do različnih ravni obravnave pri določenih zdravstvenih stanjih (n = 105)

Iz odgovorov je razvidno, da se zdravstveno osebje zaveda, da so prosilci v skladu z zakonodajo upravičeni do urgentne pomoči, vseeno pa je relativno visoka tudi opcija »napotitve na specialistični pregled«, a se je to v praksi brez pomoči dodatnega osebja vsaj na začetku relativno težko izvajalo.

Da bi se obstoječi sistem, ki je neprijazen tako do prosilcev za mednarodno zaščito kot do zdravstvenega osebja, izboljšal, so morali anketiranci oceniti trenutno stanje zdravstvene oskrbe prosilcev, odnos zdravstvenih delavcev do te oskrbe in možnost za spremembe v prihodnosti. Možni odgovori so bili ocenjeni z lestvico od 1 do 5, kjer je 1 pomenilo »sploh ne drži«, 5 pa »popolnoma drži«. Rezultati so podani v spodnji tabeli, ki prikazuje tudi izjave, do katerih so se vprašani opredelili.

Izjava/ocena	1	2	3	4	5	n
Menim, da javni zdravstveni sistem učinkovito pokriva zdravstvene potrebe prosilcev za mednarodno zaščito.	8%	8%	33%	21%	30%	106
Prosilci za mednarodno zaščito bi morali biti upravičeni do obiska specialista tudi v primeru nenujnih stanj.	21%	21%	29%	16%	3%	105
V primeru povečanih zdravstvenih potreb za oskrbo prosilcev za mednarodno zaščito bi se bil pripravljen vključiti še bolj intenzivno (ambulante pro bono, prostovoljno opravljena storitev v lastni ambulanti)	17%	15%	28%	15%	25%	103
Obravnavanje prosilcev za mednarodno zaščito zahteva več napora, zdravstveni zavodi pa so bolj obremenjeni.	2%	3%	20%	28%	47%	100
Reševanje zdravstvenih stanj prosilcev za mednarodno zaščito bi bilo treba sistemsko bolje urediti.	2%	4%	20%	24%	50%	101

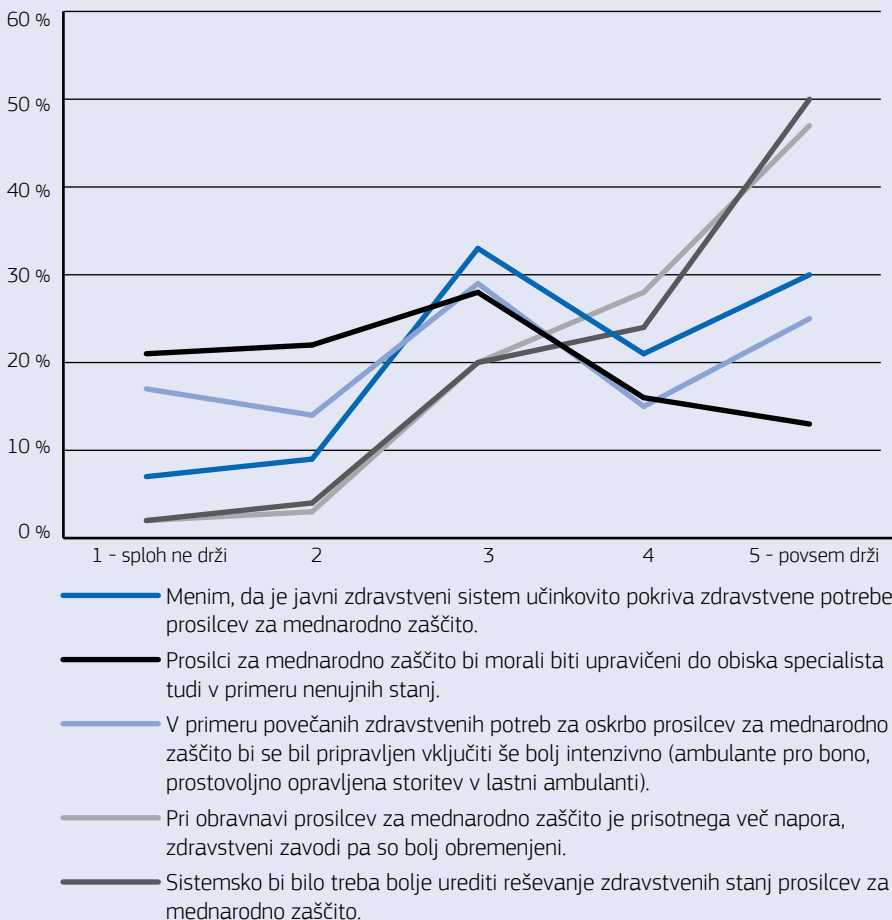
Tabela 1: Opredelitev vprašanih glede obravnave prosilcev za mednarodno zaščito

Iz odgovorov je moč razbrati, da so anketiranci v večini prepričani, da sistem že zdaj dobro pokriva potrebe prosilcev za mednarodno zaščito in da se jih večina – 42 % – ne bi strinjala s pravico do obiska specialista v primeru nenujnih stanj, neopredeljenih glede tega pa je 29 %. Problem obiska specialista v primeru nenujnih stanj je resnično kompleksna zadeva, saj se lahko stanje (tudi kroničnih bolnikov), kot opazamo pri našem delu, od nenujnega slabša vse do točke, ko postane obravnava takega bolnika nujna. Ko pride do te točke, pa je ljudi zelo težko obravnavati brez ustrezne zgodovine zdravstvenega stanja, ki bi jo lahko prepoznali, če bi imel prosilec dostop do lečečega zdravnika in specialista. Tako slabšanje zdravstvenega stanja pa tudi zelo slabo vpliva na psihofizično počutje prosilcev. To se vidi v pojavu stanj, ki zahtevajo intenzivno psihosocialno pomoč ali celo obisk psihoterapevta. Tako čakanje na zdravstveno stanje, ki bo pripeljalo tako daleč, da bo obravnava prosilca postala nujna, pa pripelje s seboj še veliko drugih težav, povezanih z drugimi področji, in pomeni na koncu še obsežnejši problem, kot bi bil, če bi imel prosilec že v začetku dostop do specialista.

Na vprašanje o prostovoljskem vključevanju v zdravstveno obravnavo je kar 40 % anketirancev odgovorilo, da bi bili pripravljene tudi prostovoljsko sodelovati v zdravstveni oskrbi prosilcev, veliko pa jih je ostalo neopredeljenih.

Aktiviranje prostovoljcev za delovanje pro bono predstavlja že zdaj levji delež pomoči ranljivim skupinam (osebam brez zdravstvenega zavarovanja), vseeno pa so ti odgovori spodbudna informacija za organiziranje, ki se ukvarjajo z zdravstveno oskrbo prosilcev, čeprav kakšnih pomembnejših zaključkov glede tega vprašanja na podlagi teh odgovorov ne moremo delati, saj so zelo enakomerno porazdeljeni in ne omogočajo kakšnega konkretnega sklepanja.

Vsi, ki so odgovarjali na zadnji dve vprašanji, ki preverjata oceno zaposlenih v javnih zdravstvenih zavodih o obremenjenosti sistema in kako oni vidijo učinkovitost sistema pri obravnavanju prosilcev, pa se v relativno velikem odstotku (75 %) strinjajo, da so zavodi preobremenjeni in da bi morali reševanje zdravstvenih stanj prosilcev urediti sistemsko učinkoviteje (74 %).



Slika 14: Porazdelitev odgovorov glede na strinjanje z izjavo o oskrbi prosilcev za mednarodno zaščito

Zaključek

Na podlagi rezultatov ankete lahko zaključimo, da je v dobro tako zaposlenih v javnih zdravstvenih domovih kot tudi prosilcev treba premisliti, kako zdravstveno obravnavo prosilcev sistemsko urediti, da jim bo čim bolj naklonjena, zagotoviti pa bi bilo treba tak sistem, da bi prosilcem omogočal čim večjo samostojnost in čim manj dodatnih zapletov in da ga zdravstveno osebje ne bi občutilo kot dodatno breme in bi mu omogočalo tudi administrativno ustrezno obravnavo prosilcev brez večjih težav.

ZDRAVSTVENA OBRAVNAVA PROSILCEV ZA MEDNARODNO ZAŠČITO

Uvod mag. Franci Zlatar

Avtorji prispevkov Helena Liberšar
Jaka Matičič
Urška Živkovič
Lea Bombač, dr. med.
Špela Breclj, dr. med.
dr. Erika Zelko, dr. med.
dr. Zuzanna G. Kraskova
asist. dr. Nena Kopčavar Guček, dr. med.
Simona Repar Bornšek, dr. med.
Neli Grosek, dr. med.
prof. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med.
Eva Vičič, dr. med.
dr. Uršula Lipovec Čebtron

Zbrala in uredila Helena Liberšar

Izdala Slovenska filantropija, Združenje za promocijo prostovoljstva,
Cesta Dolomistskega odreda 11, Ljubljana, december 2016

Jezikovni pregled Darja Tasič

Oblikovanje Tadej Trkman

Elektronska verzija dostopna na www.filantropija.org.

Zbornik je bil izdan s pomočjo sredstev Evropske unije, Generalnega direktorata za zdravje in vrano hrano v okviru projekta 8 NGO's for migrants/refugees health 11 Countries.

© 2016. Slovenska filantropija, Združenje za promocijo prostovoljstva

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

614.2:341.43-051(082)(0.034.2)

ZDRAVSTVENA obravnava prosilcev za mednarodno
zaščito [Elektronski vir] / [avtorji prispevkov Helena Liberšar ... [et
al.] ; zbrala in uredila Helena Liberšar]. - El. knjiga. - Ljubljana :
Slovenska filantropija, Združenje za promocijo prostovoljstva, 2017

ISBN 978-961-91702-9-8 (pdf)

1. Liberšar, Helena
289989888

