

STANDARDI
**MEDKULTURNE
MEDIACIJE**
V ZDRAVSTVU

Standardi medkulturne mediacije v zdravstvu

Slovenska izdaja

Izvirnik z naslovom *Guide for intercultural mediation in health care* sta napisala Hans Verrept in Isabelle Coune.

Prevajalec in avtor uvoda k slovenski izdaji: Juš Škraban

Urednici slovenske izdaje: Ivanka Huber, Uršula Lipovec Čebtron

Jezikovni pregled: Ivanka Huber

Ilustracija: Dana Terzić

Oblikovanje: Idearna d.o.o.

Izdajatelj: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva cesta 2, Ljubljana

Spletni naslov: www.nijz.si

Kraj in leto izdaje: Ljubljana, 2020

Elektronska izdaja.

Brezplačen izvod.

Za vsebino so odgovorni avtorji.

Oblikovanje in tisk gradiva sofinancirata Republika Slovenija in Evropska unija iz Kohezijskega sklada - Evropskega socialnega sklada.

////////////////////////////////////

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

COBISS.SI-ID=30755587

ISBN 978-961-6945-17-2 (pdf)

////////////////////////////////////

Kazalo

UVOD K SLOVENSKI IZDAJI	6
1 MEDKULTURNA MEDIACIJA	18
1.1 Zakaj je potrebna medkulturna mediacija?	19
1.2 Definicija medkulturne mediacije	20
1.3 Načela evalvacije medkulturne mediacije	21
2 NALOGE MEDKULTURNE MEDIACIJE V ZDRAVSTVU	22
2.1 Jezikovno posredovanje	24
2.2 Podpora	25
2.3 Zagovorništvo	28
3 STANDARDI MEDKULTURNE MEDIACIJE V ZDRAVSTVU	30
3.1 Uvodne opombe	31
3.2 Standardi jezikovnega posredovanja	32
3.3 Standardi podpore	37
3.4 Standardi zagovorništva	42
4 ETIČNI VIDIKI	44
4.1 Poklicna molčečnost in ravnanje z zaupnimi informacijami	45
4.2 Transparentnost	47
4.3 Nevtralnost in nepristranost	47
4.4 Odgovornost in strokovnost	48
4.5 Omejitve medkulturne mediacije	49
4.6 Vloga medkulturne mediacije v konfliktih	50
5 ORGANIZACIJA MEDKULTURNE MEDIACIJE V ZDRAVSTVENIH USTANOVAH	52

Zahvala

Ob izidu pričujoče publikacije se moramo zahvaliti predvsem medkulturnim mediatorkam, ki so s svojimi izkušnjami doprinesle k oblikovanju tega besedila.

Zahvala gre tudi vodstvom zdravstvenih domov, ki so v okviru projekta Nadgradnja in razvoj preventivnih programov ter njihovo izvajanje v primarnem zdravstvenem varstvu in lokalnih skupnostih prepoznali potrebo po vpeljevanju medkulturne mediacije in zdravstvenim delavcem, ki so sodelovali z medkulturnimi mediatorkami.

Hvala tudi vodstvu Nacionalnega inštituta za javno zdravje za prepoznavanje pomena vpeljevanja medkulturne mediacije ter sodelavki Sari Pistotnik in Oddelku za etnologijo in kulturno antropologijo Filozofske fakultete za plodno dolgoletno strokovno sodelovanje.

Posebna zahvala gre avtorju in avtorici izvirnega besedila, Hansu Verreptu in Isabelle Coune, za predgovor.

Besedilo, ki je pred vami, je namenjeno predvsem sedanjim in bodočim medkulturnim mediatorjem, hkrati pa tudi zdravstvenim delavcem, raziskovalcem na presečnih področjih zdravstva in družboslovja ter načrtovalcem in izvajalcem javnozdravstvenih politik v Sloveniji.

Predgovor

Pred seboj imate prevod in priredbo »Vodiča za medkulturno mediacijo v zdravstvu«, ki smo ga razvili v Belgiji v okviru programa vpeljevanja medkulturne mediacije v zdravstvo. Kot nakazuje že naslov, je namen publikacije podati smernice in zagotoviti podporo medkulturnim mediatorjem, ki so v praksi – tako kažejo naše izkušnje – soočeni s številnimi situacijami, v katerih je težko takoj najti primerno rešitev. Publikacija je hkrati tudi podpora osebam, ki v zdravstvenih ustanovah koordinirajo vpeljevanje medkulturne mediacije in ki pogosto niso dovolj seznanjeni s kompleksnostjo nalog medkulturnih mediatorjev, da bi jih lahko učinkovito podprli.

Originalno besedilo, ki v prevodu zdaj prihaja tudi do bralcev v Sloveniji, je nastalo na podlagi diskusije več kot 240 študij primerov, ki smo jih na delavnicah analizirali skupaj z medkulturnimi mediatorji, zato lahko rečeva, da je besedilo osnovano na izkušnjah medkulturnih mediatorjev in predstavlja njihov pogled na lastno stroko.

V publikaciji najdemo standarde opravljanja različnih nalog medkulturne mediacije. Pomembno je, da standardov ne razumemo preveč togo – ne dajejo nam dokončnih odgovorov na vse potencialne dileme ali možne izbire, s katerimi so vsak dan soočeni medkulturni mediatorji. Slednji se bodo morali v praksi še vedno odločati za najprimernejše rešitve predvsem izhajajoč iz poznavanja konkretne situacije. Upava, da jim bodo pri tem standardi v pomoč. Po vsej verjetnosti pa v določenih okoliščinah upoštevanje zgolj določenega standarda ne bo uporabno za reševanje konkretne situacije.

Vesela sva, da je najino besedilo s prevodom in priredbo v slovenščino prišlo v roke medkulturnim mediatorkam v Sloveniji in drugim. Upava, da bo v pomoč in vesela bova, če nama sporočite, kako se obnese!

Hans Verrept in Isabelle Coune

Bruselj, maj 2020

UVOD K
SLOVENSKI
IZDAJI

Jezikovne in kulturne ovire v zdravstvu ter medkulturna medicija v Sloveniji

Do sistema javnega zdravstva v Sloveniji dostopa mnogo različnih oseb¹, med katerimi vsi ne govorijo ali razumejo slovenskega jezika. Na drugi strani pa Zakon o pacientovih pravicah daje pacientu pravico, da je »zaradi uresničevanja pravice do samostojnega odločanja o zdravljenju in pravice do sodelovanja v procesu zdravljenja« obveščen glede svojega zdravstvenega stanja in zdravljenja (ZPacP, 20. člen). Te informacije bi moral »zdravnik, odgovoren za zdravljenje, pojasniti pacientu v neposrednem stiku, obzirno, na pacientu razumljiv način oziroma skladno z individualnimi sposobnostmi sprejemanja informacij, v celoti in pravočasno« (ZPacP, 20. člen). Lahko rečemo, da gre za »spečo« pravico, saj zaenkrat v državi še nismo razvili sistemsko vpeljanih storitev, ki bi zagotavljale njeno dosledno spoštovanje.

V tujini jezikovne in kulturne ovire premoščajo z medkulturno medicijo in njej sorodnimi storitvami, kot je tolmačenje v zdravstvu ali skupnostno tolmačenje. V slovenskem zdravstvu se je za zdaj najbolj ustalila prav medkulturna medicija, ki se od tolmačenja razlikuje v tem, da svoje naloge razume širše kot zgolj jezikovno posredovanje. Razlog za širši nabor nalog je spoznanje, da samo jezikovno tolmačenje marsikdaj ni dovolj za učinkovito sporazumevanje med zdravstvenimi delavci in tujejezičnimi uporabniki zdravstvenega sistema.

Dosedanji poskusi premoščanja jezikovnih in kulturnih ovir v javnem zdravstvu v Sloveniji so bili sporadični, predvsem vezani na projekte in nikakor še ne vpeljani na sistemski ravni. Kljub vsemu smo z leti doživeli nekatere pomembne premike, ki dajejo osnovo za tovrstni strokovni razvoj v prihodnje. Na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje (v nadaljevanju NIJZ) smo se temu področju posvetili že v projektu Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju – Skupaj za zdravje [2013–

¹ Med številnimi možnimi izrazi smo se v celotnem besedilu odločili za rabo besedne zveze »uporabnik zdravstvenih storitev« ali krajše »uporabnik«. S tem želimo poudariti vidik (ne)dostopnosti zdravstvenih storitev, torej poudariti vprašanje, ali oseba te storitve uporablja ali ne oziroma ali so zanj uporabne. Te pomena bi izgubili, če bi uporabljali besedi pacient ali bolnik, saj označujeta predvsem to, da je ta oseba nosilka bolezni, poleg tega pa je v okviru zdravstvene preventive – ki je okvir projekta, v katerega se umešča ta publikacija – vprašljivo govoriti o pacientih. Možno bi bilo uporabljati tudi besedo »oseba«, a smo bili mnenja, da je v večini primerov preveč splošna in da bi s tem izgubili kontekst (dostopanja do) zdravstvenih storitev. Od poenotene rabe besede »uporabnik zdravstvenih storitev« smo se oddaljili v posameznih primerih, ko je bilo ustrežnejše uporabiti kak drug izraz.

2016), kjer smo pilotno vpeljali medkulturno medicacijo v en zdravstveni dom (glej Škraban, Oprešnik, Pistotnik in Lipovec Čebtron 2020; Lipovec Čebtron, Pistotnik, Jazbinšek in Farkaš-Lainščak 2017).

Sledil je projekt Nadgradnja in razvoj preventivnih programov ter njihovo izvajanje v primarnem zdravstvenem varstvu in lokalnih skupnostih – krajše Krepitev zdravja za vse (2018-2019), v okviru katerega so zdravstveni domovi na podlagi potreb vpeljevali medkulturno medicacijo ob preventivnih zdravstvenih obravnavah. Projekt Krepitev zdravja za vse razumemo kot do zdaj najintenzivnejše dokumentirano vpeljevanje medkulturne medicacije v zdravstvo v Sloveniji: v letu 2019 je v 11 zdravstvenih domovih sodelovalo 12 medkulturnih mediatorok, skupaj pa smo zabeležili 1033 njihovih intervencij (kar je naneseo nekaj več kot 780 opravljenih ur; glej Škraban 2020). NIJZ je zdravstvenim domovom zagotavljal strokovno podporo pri vpeljevanju medkulturne medicacije v okviru projekta Model skupnostnega pristopa za krepitev zdravja in zmanjševanje neenakosti v zdravju v lokalnih skupnostih (akronim MoST, 2017-2020).

Sodelavci NIJZ smo v tem obdobju v sodelovanju z Oddelkom za etnologijo in kulturno antropologijo Filozofske fakultete v Ljubljani razvili in izvedli serijo rednih usposabljanj za medkulturne mediatorke; izvedli kvalitativno raziskavo medkulturne medicacije v zdravstvu;² napisali znanstveno monografijo o medkulturni medicaciji v zdravstvu v Sloveniji (Škraban in Lipovec Čebtron, v tisku); eden končnih izdelkov projekta pa je tudi pričujoča publikacija Standardi medkulturne medicacije v zdravstvu.

² Študenti in študentke magistrskega študija so se v raziskavo vključili v okviru predmeta medicinska antropologija pod mentorstvom izr. prof. dr. Uršule Lipovec Čebtron.

Standardi in profesionalizacija medkulturne mediacije

Standarde medkulturne mediacije v zdravstvu razumemo kot enega od korakov na poti profesionalizacije medkulturne mediacije v zdravstvu (tako svoje izvorno besedilo razumeta tudi njegova avtorja, glej Verrept in Coune 2017: 4). Na tej poti pa moramo biti pozorni na več stvari.

PRVIČ, medkulturno mediacijo moramo razumeti ne kot dopolnilo, temveč kot nadomestilo za neprofesionalne oblike reševanja jezikovnih ovir, kot je z raziskavo³ dokumentirana praksa spontanih tolmačev. To vlogo namreč prevzema marsikdo, od uporabnikov bližnjih do zdravstvenega in tehničnega osebja v zdravstvenih ustanovah. Vsi naštetih niso usposobljeni za reševanje jezikovnih ovir, niso zavezani k molčečnosti in za opravljanje teh nalog ne dobijo plačila. Z razvojem medkulturne mediacije želimo doseči opuščanje teh nestrokovnih in marsikdaj spornih praks. Seveda je pri tem treba upoštevati, da se medkulturna mediacija šele razvija, zato so in bodo morda ponekod spontani tolmači zaenkrat še edina možna oblika reševanja jezikovnih ovir, kar pa želimo z razvojem medkulturne mediacije v prihodnje preseči.

DRUGIČ, medkulturna mediacija je v Sloveniji relativno nova praksa, zato jo je potrebno vztrajno raziskovati, podpirati in sprotno evalvirati. Pričujoče Standarde moramo razumeti le kot enega izmed prvih korakov profesionalizacije tega poklica, zato ga bo v prihodnje treba nadgraditi in medkulturno mediacijo podpreti tudi na druge načine. En izmed pomembnejših korakov profesionalizacije tega poklica je nedavno sprejeta nacionalna poklicna kvalifikacija za medkulturnega mediatorja (ne le za zdravstvo), kar temu poklicu postavlja poenoten standard strokovnih znanj in spretnosti.

TRETIČ, pri vpeljevanju medkulturne mediacije moramo biti pozorni na pasti, ki jih s sabo prinesejo težnje po individualizaciji odgovornosti.

³ Raziskavo z naslovom Analiza ranljivosti in neenakosti v zdravju v lokalnih skupnostih je izvedel Nacionalni inštitut za javno zdravje. Potekala je v okviru projekta Model skupnostnega pristopa krepitev zdravja in zmanjševanja neenakosti v zdravju v lokalnih skupnostih (akronim MoST) med aprilom 2018 in avgustom 2019. Raziskava se je osredotočala na tri teme: kdo so osebe in skupine, ki se soočajo z ranljivostmi in neenakostmi v zdravju; s kakšnimi ovirami v dostopu do zdravja in drugih oblik pomoči se srečujejo; kakšne so obstoječe prakse premoščanja teh ovir v lokalnih skupnostih. Več o raziskavi in njenih izsledkih najdete v monografiji Neenakosti in ranljivosti v zdravju v Sloveniji - kvalitativna raziskava v 25 okolišjih (2020).

Premoščanje jezikovnih in kulturnih ovir moramo razumeti predvsem kot dolžnost ustanov (in ne uporabnikov!), ki morajo skrbeti tudi za kakovostno vpeljevanje tega novega profila v zdravstvu.

ČETRTIČ, poleg jezikovnih in kulturnih prihaja tudi do drugih ovir, ki tujejezičnim osebam otežujejo in kdaj celo onemogočajo dostop do zdravstvenega varstva. Zato v medkulturni mediaciji ne smemo videti celostne rešitve, temveč zgolj kot eno izmed dejavnosti zdravstvenih ustanov pri zmanjševanju neenakosti v oskrbi tujejezičnih uporabnikov. Različna področja zmanjševanja neenakosti v zdravstveni oskrbi smo izpostavili v mednarodno sprejetem Standardu za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi »ranljivih« skupin in Orodju za samoocenjevanje zdravstvenih ustanov (Farkaš Lainščak in Lipovec Čebren 2016).

K slovenski izdaji standardov medkulturne mediacije v zdravstvu

Osnova pričujoče publikacije je prevod Vodiča za medkulturno mediacijo v zdravstvu, ki sta ga leta 2016 prvič objavila Hans Verrept in Isabelle Coune v nizozemščini in francoščini na podlagi večletnega intenzivnega dela z medkulturnimi mediatorji v Belgiji. Istega leta sta na spletu objavila prvi prevod v angleščini, ki sta ga naslednje leto nadgradila (Verrept in Coune 2017).

Slednjega smo uporabili kot osnovo za prevod in priredbo v slovenščini, vendar smo vzeli v obzir tudi določene dele prve verzije v angleščini.

V Belgiji so medkulturno mediacijo v zdravstvu začeli vpeljevati že leta 1991. Vodič je nastal na podlagi potrebe, da bi podprli to novo prakso, vseeno pa je od začetnih korakov do nastanka končne verzije Vodiča v Belgiji preteklo kar 25 let. Dandanes ga v Belgiji uporabljajo predvsem pri usposabljanju medkulturnih mediatorjev in pri informiranju oseb, ki so v bolnišnicah odgovorne za vpeljevanje in podporo medkulturne mediacije (v nadaljnjem besedilu »mentor«). Na belgijskem zveznem uradu za zdravje, hrano in okolje, s katerega prihajata avtorja izvirnega besedila in ki je to področje razvil ter je hkrati plačnik storitev medkulturne mediacije, uporabljajo Vodič tudi kot osnovo za določitev vsebine dela medkulturnih mediatorjev ter pri supervizijah, ki potekajo dvakrat letno⁴.

Pri pisanju originalnega besedila sta avtorja črpala vsaj iz treh pomembnih virov. Prvi so bile raziskave vpeljevanja medkulturne mediacije in tolmačenja v zdravstvu v Kanadi, ZDA in Švici (glej Kaufert in Putsch 1997; Bischoff 2007)⁵. Drugi vir so bili mednarodni standardi na področju tolmačenja v zdravstvu⁶. Oboje je dalo dobro podlago za pisanje smernic, ki pa še vedno niso odgovorile na vrsto vprašanj, ki jih je porajalo delo medkulturnih mediatorjev v praksi. V ta namen so oblikovali delovno skupino, v kateri so medkulturni mediatorji predstavljali primere iz prakse in na podlagi svojih izkušenj s konsenzom oblikovali standarde dela v teh situacijah (Verrept in Coune 2017: 5).

⁴ Povzeto po pisni korespondenci s Hansom Verreptom.

⁵ Robert Putsch je specialist interne medicine, Joseph Kaufert antropolog, Alexander Bischoff pa specialist javnega zdravja.

⁶ Predvsem naslednjih organizacij: International Medical Interpreters' Association (IMIA), Californian Healthcare Interpreting Association (CHIA) in National Council on Interpreting in Health Care (NCIHC).

V Sloveniji je medkulturna mediacija, v primerjavi z Belgijo, precej »mlajša«. Izkušnje iz tujine in prevod belgijskega Vodiča nam je omogočil učinkovitejšo podporo medkulturni mediaciji. Čeprav medkulturno mediacijo vpeljujejo tudi v drugih državah po svetu, poleg Belgije najbolj v Italiji⁷, za zdaj Vodič ni bil preveden v jezike drugih držav, ki poznajo medkulturno mediacijo v zdravstvu.

Vodič za medkulturno mediacijo v zdravstvu smo prevedli in ga nato v seriji usposabljanj pregledali skupaj z medkulturnimi mediatorkami. Tako smo ohranili osnovo izvirnega besedila in hkrati poudarili vlogo samih medkulturnih mediatork v procesu oblikovanja standardov. S tem smo standarde prilagodili slovenskemu okolju in realnosti zdravstvenih ustanov v Sloveniji, predvsem zdravstvenih domov, ki so sodelovali v projektu Krepitev zdravja za vse. Ker smo izvirno besedilo ne le prevedli, pač pa tudi priredili za slovenski prostor, v nadaljevanju pojasnjujemo strukturo pričujoče publikacije in odstopanja od originala.

Hans Verrept in Isabelle Coune v izvirnem besedilu najprej razložita namen Vodiča in opišeta proces njegovega oblikovanja. To smo iz prevoda izvzeli, relevantne dele pa na kratko povzemamo v uvodu k slovenski izdaji. V drugem delu avtorja definirata medkulturno mediacijo in predstavita vidike njene evalvacije. To objavljamo v prvem poglavju prevoda, pri čemer smo iz originala izvzeli manjše podrobnosti glede belgijskega konteksta, prilagoditve pa pojasnili v opombah. V tretjem delu Hans Verrept in Isabelle Coune definirata vse ključne naloge medkulturne mediacije v zdravstvu in jih predstavita v modelu lestve, kar objavljamo v drugem poglavju te publikacije, pri čemer smo original spreminjali predvsem slogovno, nekatere dele zaradi jasnosti besedila nekoliko skrajšali in izvirno grafično shemo lestve nadomestili z ilustracijo v slovenščini.

V četrtem delu izvirnega besedila sledijo standardi, ki jih v prevodu objavljamo v tretjem poglavju z manjšimi prilagoditvami, ki smo jih pojasnili v opombah. Hans Verrept in Isabelle Coune nadaljujeta s poglavjem o etičnih in organizacijskih vidikih vpeljevanja medkulturne mediacije v zdravstvene ustanove, kar tvori četrto in peto poglavje našega besedila. Prevajanje in bržkone tudi prebiranje organizacijskih vidikov je še

⁷ Najvidnejše je delo Antonia Chiarenze in njegove ekipe v lokalni enoti zdravstva (AUSL) v Reggio Emilia.

posebej zanimivo, saj to poglavje v originalu kodificira v Belgiji že precej vpeljana prakso oseb, ki so v zdravstvenih ustanovah zadolžene za organizacijo medkulturne medicije. Pri nas take prakse ne poznamo, zato standardi, ki omenjajo »mentorja« (angl. supervisor), za slovenski prostor pomenijo tudi nujno vzpostavljano temu podobnih profilov znotraj zdravstvenih ustanov. Pri tem je treba opozoriti, da ima ta profil predvsem mentorsko, podporno (in ne nadzorniško) vlogo pri organizaciji medkulturne medicije v zdravstveni ustanovi, zato v pričujočem besedilu govorimo o mentorju. V slovenščini sicer obstaja izraz »supervizor«, vendar v belgijskih bolnišnicah te vloge ne prevzema oseba, izučena v superviziji, temveč gre bolj za strokovnjaka, ki koordinira izvajanje medkulturne medicije v posamezni bolnišnici.

Bralcem bo verjetno dosledna uporaba ženskega spola ob omembah medkulturnih mediatork precej nenavadna, a jo utemeljujemo z dejstvom, da smo sodelovali le z medkulturnimi mediatorkami (in nobenim moškim v tej vlogi), kar je tudi splošni trend na tem področju.

V prevodu smo dodatno spremenili tudi omembe jezikov in slovenščino zapisali na mestih, ko je originalno besedilo govorilo o jeziku zdravstvene obravnave ali prevladujočem jeziku v okolju. Podobno smo zapise, ki so v izvorniku merili predvsem na medkulturno medicijo v bolnišnici, v prevodu razširili na medkulturno medicijo v zdravstvu. Izvorni fokus na bolnišnično okolje je razumljiv za belgijski kontekst, kjer so razvili originalno besedilo Vodiča, kar pa ni veljalo za kontekst vpeljevanja medkulturne medicije v zdravstvo v Sloveniji, kjer je vloga medkulturnih mediatork zaenkrat opazna predvsem v zdravstvenih domovih. Prihodnost bo pokazala, ali je smiselno standarde prilagoditi tudi glede na kontekst dela medkulturnih mediatork na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega varstva (na primer v zdravstvenemu domu, bolnišnici ali različnih klinikah).

V prevodu smo izpustili vse reference na strokovne in znanstvene publikacije, na katere se sklicuje originalno besedilo – ohranili smo le najpomembnejše in jih dodali v opombe. Za to smo se odločili zaradi večje preglednosti besedila, hkrati pa bralce napotujemo na že omenjeno monografijo Medkulturna medicija in zdravstvo v Sloveniji, v kateri poleg kritične analize ključnih nalog medkulturne medicije v zdravstvu najdete tudi predstavitev najpomembnejših referenc s tega področja.

V besedilu bo večkrat omenjena diadna ali triadna situacija. Nekaj standardov se veže na naloge, ki jih lahko medkulturna mediatorka opravi »diadno«, torej zgolj v stiku bodisi z zdravstvenim delavcem bodisi s tujejezičnim uporabnikom. Večina standardov pa je vezana na tako imenovano »triadno situacijo«. S tem imamo v mislih zdravstveno obravnavo, kjer poleg zdravstvenega delavca in uporabnika sodeluje tudi tretja oseba, medkulturna mediatorka. Usmerjenost na triadne situacije lahko razumemo tudi kot dediščino izvirnega besedila, ki je bilo oblikovano s sodelovanjem medkulturnih mediatorjev v belgijskem bolnišničnem kontekstu. Le malo standardov opisuje načine medkulturne mediacije za skupino uporabnikov, čeprav je to predvsem na primarni ravni zdravstvenega varstva na področju preventive običajen način dela. Bržkone je ključna pomanjkljivost pričujočega prevoda manko standardov, ki bi opisovali način izvajanja nalog v skupnosti in bi vlogo medkulturne mediatorke razumeli bolj skupnostno (v smislu proaktivnosti medkulturnih mediatork pri snovanju novih odgovorov na potrebe tujejezičnih skupnosti v zvezi z zdravstvom ali zdravjem). Ta vidik je umanjkal tudi v dosedanji praksi medkulturne mediacije v Sloveniji, zato je zaenkrat upravičeno izpuščen, kljub temu pa nakazuje možnosti razvoja tega profila v bodoče.

Literatura

Bischoff, Alexander (2007) Zoom auf eine Dolmetscherin. Neues aus einer Nationalfondsstudie über interkulturelle Mediation und Integration. Soziale Medizin 1: 20–22

Farkaš Lainščak, Jerneja in Lipovec Čebren, Uršula (ur.) (2016) Standard za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi »ranljivih« skupin in Orodje za samoocenjevanje zdravstvenih ustanov. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Dostopno na: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/standard_za_zagotavljanje_enakosti_v_zdravstveni_oskrbi_ranljivih_skupin_in_orodje_za_samoocenjevanje_zdravstvenih_ustanov.pdf, zadnjič pregledano 20. 7. 2020.

Kaufert, Joseph in Putsch, Robert (1997) Communication through interpreters in healthcare: ethical dilemmas arising from differences in class, culture, language and power. The Journal of Clinical Ethics 8(1): 71–87.

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

Škraban, Juš (2020) Raziskava obsega medkulturne mediacije v zdravstvenih domovih v letu 2019: izsledki projekta Krepitev zdravja za vse. Revija Javno zdravje.

Škraban, Juš in Lipovec Čebren, Uršula (v tisku) Medkulturna mediacija in zdravstvo v Sloveniji. Ljubljana: Filozofska fakulteta in NIJZ.

Škraban, Juš, Oprešnik, Denis, Pistotnik, Sara in Lipovec Čebren, Uršula (2020) Implementation of intercultural mediation at the primary level in preventive healthcare in Slovenia. Javno zdravje 1:1–7.

Verrept, Hans in Coune, Isabelle (2017) Guide for intercultural mediation in health care. Bruselj: FPS Health, Safety of the Food Chain and Environment.



STANDARDI
MEDKULTURNE
MEDIACIJE V
ZDRAVSTVU

1 MEDKULTURNA MEDIACIJA

1.1 Zakaj je potrebna medkulturna medicija?

Preden si podrobneje ogledamo naloge medkulturnih mediatoric, je pomembno opisati težave, ki vznikajo pri zdravstveni oskrbi tujejezičnih uporabnikov⁸. Potrebno je biti pozoren na posebnosti okoliščin, ki jih v veliki meri določajo neenakovredni odnosi med vsemi, ki sodelujejo v zdravstveni oskrbi. Na eni strani je zdravstveni delavec, ki ima strokovno znanje in v primerjavi z uporabnikom zdravstvenih storitev zavzema višji položaj v zdravstveni ustanovi (pogosto pa tudi v družbi nasploh). Na drugi strani pa je uporabnik zdravstvenih storitev, ki je v veliki meri odvisen od zdravstvenega delavca, tako zaradi svojega zdravstvenega stanja kot tudi morebitnega strahu in stresa.

Na podlagi nam dostopne znanstvene literature ugotavljamo, da na dostopnost in kakovost zdravstvene oskrbe tujejezičnih uporabnikov v veliki meri vplivajo tako jezikovne in kulturne ovire kot tudi diskriminacija, rasizem in podobno. Za zmanjševanje neenakosti v zdravju tujejezičnih uporabnikov moramo čim bolj zmanjšati vpliv teh ovir. V nasprotnem primeru lahko s pristopi, kot so kulturne kompetence, sicer naslavljamo določene ovire, ki nastajajo pri zdravstveni oskrbi tujejezičnih uporabnikov, vendar ne celostno⁹.

Ugotovitve v znanstveni literaturi so precej enotne, in sicer da je vpeljevanje različnih jezikovnih posrednikov, tako medkulturnih mediatorjev kot tolmačev, v zdravstvo ena izmed pomembnejših strategij pri izboljšanju kakovosti zdravstvene oskrbe za tujejezične uporabnike. Z vpeljevanjem jezikovnih posrednikov prihaja v zdravstveni oskrbi do zmanjšanja težav v komunikaciji; uporabnik je boljše informiran o svojem stanju in zdravljenju; zdravljenje je učinkovitejše. Če so v zdravstveno oskrbo vključeni jezikovni posredniki, je kakovost oskrbe lažje primerljiva s kakovostjo oskrbe, ki jo prejmejo uporabniki, ki govorijo isti jezik kot zdravstveni delavci. V Belgiji so se odločili za vpeljevanje medkulturne medicije (in ne tolmačenja), saj so naloge medkulturne medicije vezane ne le na jezikovne, pač pa tudi na druge zgoraj omenjene ovire¹⁰.

⁸ Originalno besedilo govori o migrantih in etničnih manjšinah (migrants and ethnic minorities). V Sloveniji in še posebej na področju medkulturne medicije se je uveljavil izraz »tujejezični uporabnik«, zato ga uporabljamo tudi tukaj [op. prev.].

⁹ Kulturne kompetence so definirane kot: zbir naravnosti, znanja in sposobnosti zdravstvenih delavcev, da učinkovita oskrba doseže vse uporabnike, ne glede na njihov jezik, religijo ali kulturo. [Za priročnik na to temo v slovenščini glej Lipovec Čebren (ur.)(2016) Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba: priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev. Ljubljana: NIJZ; op. prev.]

¹⁰ Kot to dokazuje ta publikacija, se te usmeritve drži tudi NIJZ [op. prev.].

1.2 Definicija medkulturne medicije

Medkulturno medicijo lahko najbolje definiramo kot vrsto aktivnosti, katerih cilj je zmanjševanje negativnih posledic jezikovnih in kulturnih ovir ter napetosti, ki lahko vzniknejo pri dostopu tujejezičnih uporabnikov do zdravstvene oskrbe. Končni namen medkulturne medicije je zmanjševanje neenakosti v zdravju tujejezičnih uporabnikov in zagotavljanje enako dostopne in enako kakovostne oskrbe. To skuša medkulturna medicija doseči z izboljšanjem komunikacije in tako doprinese k boljšemu razumevanju in odnosu med zdravstvenim osebjem in tujejezičnimi uporabniki. Medkulturna medicija krepi vloge tako zdravstvenega osebja kot uporabnikov, saj prispeva k oskrbi, ki je na eni strani bolj prilagojena uporabniku in širi možnosti za njegovo sodelovanje v zdravstveni obravnavi; na drugi strani pa lajša izvajanje nalog zdravstvenega osebja.

Poleg premoščanja jezikovnih in kulturnih ovir je podpora odnosu med zdravstvenim osebjem in uporabniki ključna dimenzija medkulturne medicije, saj slednja pomaga zdravstvenim ustanovam, da lahko kakovostno izvajajo svoje storitve tudi s tujejezičnimi uporabniki.

1.3 Načela evalvacije medkulturne medicije

Medkulturna mediatorka je kot del osebja v zdravstveni ustanovi odgovorna, da prispeva k uporabnikovemu zdravju.

Učinkovito zdravstveno oskrbo med drugim omogoča kakovosten odnos med zdravstvenim delavcem in uporabnikom, zato je vloga medkulturne medicije predvsem spodbujati in podpirati tak odnos.

Medkulturna medicija je uspešna, če uspe premostiti negativne učinke ovir, ki vplivajo na kakovostno oskrbo – v tem primeru lahko govorimo o zmanjševanju neenakosti v zdravju tujejezičnih uporabnikov. Zmanjševanje neenakosti pomeni tudi to, da zdravstveni delavec izvaja in tujejezični uporabnik prejema zdravstvene storitve na enak način, kot to velja za uporabnika, ki govori slovensko. To hkrati pomeni, da zdravstveni delavci ne prelagajo svojega dela (informiranja o zdravstvenem stanju uporabnika) na medkulturno mediatorko.

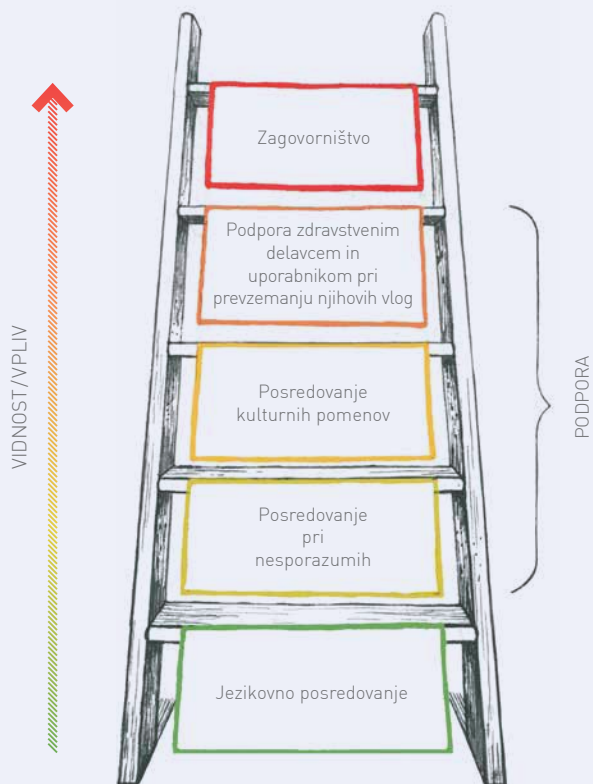
Dobro izvedena medkulturna medicija pomeni tudi čim manjše poseganje medkulturne mediatorke v odnos med zdravstvenim delavcem in uporabnikom, saj si prizadeva za zagotavljanje avtonomije uporabnika in zdravstvenega delavca v največji možni meri. Če medkulturna mediatorka oceni, da zgolj tolmačenje zadošča za uspešno klinično sporazumevanje, se vzdrži prevzemanja drugih nalog, ki so v modelu lestve višje (glej stran 23 – model lestve z nalogami medkulturne medicije). Osrednji namen medkulturne medicije je omogočiti zdravstvenemu delavcu in uporabniku, da v največji možni meri prevzameta svoji vlogi v zdravstveni obravnavi.

Zaradi posebnosti njenega dela (kot tretjega člena) je medkulturna mediatorka pogosto edina, ki v dani zdravstveni obravnavi opazi težavo, ki ključno vpliva na kakovost obravnave ali pa celo ogrozi uporabnikovo življenje. Zato je njena dolžnost opozoriti na tako težavo in, če je mogoče, predlagati možne rešitve.

2
NALOGE
MEDKULTURNE
MEDIACIJE

Medkulturne mediatorke morajo, da bi dosegle prej omenjene cilje, izvajati vrsto različnih nalog, ki jih lahko najbolje predstavimo v tako imenovanem modelu lestve z nalogami medkulturne mediacije (slika 1). Tak grafični prikaz ponazarja razvrstitev nalog glede na kompleksnost nalog in izpostavljenost medkulturne mediatorke ob njihovem izvajanju.

Na dnu lestve je naloga jezikovnega posredovanja, kjer je vloga medkulturne mediatorke najmanj vidna in medkulturna mediatorka najmanj aktivno vpliva na odnos med zdravstvenim delavcem in tujejezičnim uporabnikom, to pa pomeni tudi relativno nizko tveganje medkulturne mediatorke pri izvajanju te naloge (na sliki 1 obarvano zeleno). Na vrhu lestve je zagovorništvo, kjer je stopnja vidnosti vloge in vpliva na situacijo največja (na sliki 1 obarvano rdeče).



Slika 1. Model lestve z nalogami medkulturne mediacije

Torej, višje kot se medkulturna mediatorka giblje po lestvi, več tvega in težje je postaviti standarde za izvedbo posamezne naloge. Zato medkulturne mediatorke posegajo po nalogah, ki zavzemajo višja mesta na lestvi le, ko je to zares potrebno.

2.1 Jezikovno posredovanje

Jezikovno posredovanje je osnovna in tudi najpogostejša naloga medkulturne medicije. Zanj se pojavljajo tudi druge sopomenke, kot je ustno prevajanje ali tolmačenje. Pri tej nalogi medkulturna mediatorka ustno prevede sporočilo iz enega jezika v drug jezik, pri čemer si prizadeva, da je vsebina prevedenega sporočila kar najbližja izvirniku.

Ta naloga je v modelu lestve označena z zeleno barvo, kar ponazarja, da je izvajanje naloge precej »varno«, povezano z najmanj tveganji, in da je to hkrati tudi prva naloga, ki jo medkulturna mediatorka izvaja. Naloga jezikovnega posredovanja po definiciji zahteva, da se jo izvaja v tako imenovani triadni situaciji, torej ko je medkulturna mediatorka med zdravstveno obravnavo sočasno v stiku z zdravstvenim delavcem in tujejezičnim uporabnikom. Tolmačenje je zahtevna naloga, ki jo urejajo številni tuji strokovni standardi tolmačenja, ki so tudi osnova za standarde jezikovnega posredovanja v tej publikaciji.

Če medkulturna mediatorka oceni, da zgolj tolmačenje zadošča za uspešno klinično sporazumevanje, se vzdrži prevzemanja drugih nalog, ki so v modelu lestve prikazane višje. Prednost te naloge je, da je odgovornost v komunikaciji zelo jasna; medkulturna mediatorka je odgovorna le za tolmačenje; zdravstveni delavec za izvajanje zdravstvenih storitev, uporabnik pa za sodelovanje v obravnavi.

2.2 Podpora

Naslednje tri naloge spadajo v sklop, ki smo ga poimenovali podpora.¹¹ S tem mislimo predvsem na zagotavljanje učinkovitejšega sporočanja in odnosa med zdravstvenim delavcem in tujejezičnim uporabnikom. Nekateri strokovnjaki zagovarjajo, da sta za to odgovorna zdravstveni delavec in uporabnik sama in da se mora tretja oseba, torej medkulturna mediatorka, omejiti zgolj na tolmačenje.

Naloge, ki smo jih zapisali v sklopu podpore, odgovarjajo na potrebe v situacijah, ko zgolj jezikovno posredovanje ne omogoča učinkovitega sporočanja. Znanstvena literatura namreč kaže na to, da sociokulturne ovire ključno zmanjšajo dostopnost in kakovost zdravstvene obravnave. Dodatno lahko na to vpliva nizka stopnja kulturne kompetentnosti zdravstvenega delavca, nizka stopnja zdravstvene pismenosti s strani uporabnika in podobno.

Medkulturne mediatorke na tej stopnji prevzemajo vrsto nalog, ki presegajo zgolj tolmačenje in ki so kompleksnejše, s seboj prinašajo več tveganj in od medkulturnih mediatork terjajo več sprotne presoje. Za izvajanje teh nalog ne obstajajo smernice niti v literaturi niti v praksi. Tri naloge v sklopu podpore imajo cilj predvsem podpreti sodelovanje med zdravstvenim delavcem in uporabnikom. Ker so te naloge kompleksnejše od tolmačenja, smo jih v modelu lestve uvrstili višje in obarvali oranžno, saj od medkulturnih mediatork terjajo, da so pri njihovem izvajanju kar se da pazljive. Ob izvajanju teh nalog medkulturne mediatorke prevzamejo del odgovornosti za doseganje uspešnejše komunikacije in sodelovanja med zdravstvenim delavcem in uporabnikom¹².

Medkulturna mediatorka vse tri naloge podpore načeloma izvaja v triadni situaciji, lahko pa jih izvede tudi v individualnem stiku z zdravstvenim delavcem ali uporabnikom. Če bodisi zdravstveni delavec bodisi uporabnik ni prisoten, odsotnega naknadno informira o vsebini pogovora.

¹¹ Besedo »podpora« smo ocenili kot najustreznejši prevod za angleški izraz »facilitation«. Slovenjenje tega izraza, torej »facilitacija«, se nam je zdela neustrezna, prav tako pa ne spodbujanje, pospeševanje, lajšanje, ali pomoč (op. prev.).

¹² Tako stališče zavzema tudi National Council on Interpreting in Health Care (NCIHC) iz ZDA.

Prva naloga podpore je posredovanje pri nesporazumih. To pomeni, da medkulturna mediatorka opozori na nesporazume in jih skuša rešiti. To nalogo prevzame predvsem v primerih, ko bi nerazrešen nesporazum slabo vplival na proces zdravstvene obravnave.

Druga naloga podpore je posredovanje kulturnih pomenov, kar bi lahko na kratko opredelili kot posredovanje pri kulturni različnosti. Ta se lahko kaže v različnih konceptih o zdravju in bolezni ter različnih praksah skrbi za zdravje in zdravljenje, ki imajo lahko vpliv na potek zdravstvene obravnave. Medkulturna mediatorka v tej vlogi torej razlaga kulturo zdravstvenega delavca tujejezičnemu uporabniku, saj uporabniki kdaj potrebujejo pojasnitev o delovanju zdravstvenega sistema, o pomenu določenih zdravstvenih izrazov ali praks. Medkulturna mediatorka pa razlaga kulturo tudi v drugi smeri, saj kdaj tudi zdravstveni delavci potrebujejo dodatno pojasnitev praks ali konceptov o zdravju, bolezni in pričakovanem zdravljenju, ki so značilne za uporabnikov način življenja (kulturo).

PRIMER: Ženska uporabnica, ki prihaja iz kulturnega okolja, kjer obstaja izrazita razlika med spolnimi vlogami, je pred kratkim rodila. Ko jo zdravstveno osebje ob prisotnosti partnerja informira o dojenju, ne sodeluje v pogovoru in je precej pasivna. Medkulturna mediatorka to opazi in medicinski sestri pove, da je morda vzrok njeni zadržanosti prisotnost moža. S tem omogoči medicinski sestri, da se pogovori z uporabnico takrat, ko njenega partnerja ne bo v bližini.

Posredovanje kulturnih pomenov je izjemno uporabna strategija pri krepitvi kulturnih kompetenc in podpori za doseganje učinkovite ter kakovostne oskrbe, zato jo številne organizacije tolmačev v zdravstvu (že prej omenjene IMIA, CHIA in NCIHC) razumejo kot del obveznih nalog tega profila, nekateri pa celo trdijo, da je to neločljiv del vsakega tolmačenja.

Pri tej nalogi se pojavljajo tudi tveganja. Težko je jasno določiti, kako osebo pripraviti na izvajanje te naloge. V Belgiji medkulturno medicino izvajajo predvsem osebe, ki same izvirajo iz okolij, iz katerih prihajajo tujejezični uporabniki, s katerimi sodelujejo¹³. To seveda ne

¹³ Podobno velja za slovenski prostor (op. prev.).

pomeni, da so seznanjene z vsemi koncepti, vrednotami in praksami uporabnikov. Biografski dejavniki in družinski vzorci medkulturnih mediatorok, kot tudi variacije znotraj iste kulture lahko otežujejo poznavanje njihove lastne kulture, kar pomeni, da lahko prepoznajo in odgovorijo na kulturne ovire le v nekaterih primerih. Eno večjih tveganj posredovanja kulturnih pomenov je to, da lahko s tem medkulturna mediatorka nekritično prevzema in potencira obstoječe stereotipe.

Zadnja naloga podpore je podpora zdravstvenim delavcem in uporabnikom pri prevzemanju njihovih vlog. K tej nalogi uvrščamo vse dejavnosti, ki so povezane z zagotavljanjem podpore, da uporabniki lažje prevzamejo svojo vlogo in udeležajo svoje pravice ter da zdravstveni delavci navkljub jezikovnim in kulturnim oviram lažje prevzamejo svojo vlogo z namenom zagotavljanja kakovostne zdravstvene oskrbe.

To nalogo medkulturne mediatorke navadno prevzamejo, ko sporočila kljub tolmačenju prejemnik ne bi razumel. Navadno se to zgodi, če zdravstveni delavec uporablja veliko strokovnega žargona, ali pa uporabnik ni seznanjen z zdravstvenimi izrazi in postopki (kot na primer ob izpolnjevanju psihološkega testa, če se s čim podobnim ni nikoli prej srečal). Včasih je to nalogo treba prevzeti zato, ker v drugem jeziku ne obstaja enakovredna beseda ali koncept, ki bi ga lahko ustrezno prevedli. V takih primerih mora medkulturna mediatorka razviti strategije, ki bodo omogočale vzajemno razumevanje obeh strani. Zdravstvenega delavca lahko prosi za pojasnitev (v nekaterih primerih pa lahko sporočilo poenostavi ali pojasni sama); ali pa ga opozori na nesporazum in skupaj poiščeta način za njegovo reševanje.

Vloga medkulturne medicije se pokaže tudi v primerih, ko uporabnik ne sodeluje pri zdravljenju ali obravnavi – takrat ga medkulturna mediatorka lahko spodbudi k zastavljanju vprašanj in podobnemu, lahko pa tudi predlaga načine, ki bi ga pripravili na obravnavo (ga opomni, da s sabo prinese zdravila, ki jih jemlje; skupaj izdelata seznam vprašanj ali simptomov, ki bi jih rad sporočil zdravstvenemu delavcu). Ko uporabnik ne ve, kaj vse potrebuje za naročanje pri zdravniku in podobno, mu lahko pri tem pomaga medkulturna mediatorka.

2.3 Zagovorništvo

Naloga, ki se nahaja na vrhu modela lestve, je zagovorništvo, ki je obarvano rdeče. Zagovorništvo pomeni govoriti namesto nekoga z namenom zaščite njegovih koristi. Ta naloga presega zgolj zagotavljanje dobrega sodelovanja med zdravstvenimi delavci in uporabniki, s tem pa medkulturna mediatorica tudi presega svojo nevtralno vlogo. Ob izvajanju nalog zagovorništva je medkulturna mediatorica »pooblaščenca«, da v imenu uporabnika prevzame iniciativo in izvede tiste aktivnosti, ki jih razume kot nujne za zagotavljanje kakovosti oskrbe ali zaščite uporabnikovih koristi. To nalogo lahko medkulturna mediatorica prevzame v primerih neizražene ali izražene konflikta.

PRIMERI:

- Medkulturna mediatorica je informirala zdravstvenega delavca, da je uporabnik alergičen na določena zdravila. To mu je sporočila, saj zdravstveni delavec tega ni vedel, sama pa je o tem izvedela iz stikov z uporabnikom v drugi zdravstveni obravnavi.
- Uporabnik je zaužil zajtrk isto jutro pred kirurškim posegom. To informacijo je prikril medicinski sestri, a sporočil medkulturni mediatorici. Slednja je o tem informirala medicinsko sestro.
- Zdravstveni delavec je obravnaval uporabnika na nespoštljiv način. Medkulturna mediatorica je na to opozorila zdravstvenega delavca ali to sporočila tudi svojemu mentorju.

Naloge zagovorništva so povezane z največ tveganji za medkulturno mediatorico, saj lahko ob napačni oceni uporabnikovih koristi zagovorniška akcija uporabniku celo škodi, zato je za izvedbo te naloge potrebna največ usposabljanja. Naloge zagovorništva uporabnikov oziroma delovanja v njihovem interesu si medkulturna mediatorica deli z vsem zdravstvenim osebjem, a jih posebej izpostavljamo kot njene naloge zaradi dejstva, da ima veliko stikov z uporabniki, ki jih večkrat zaznamujejo različne oblike ranljivosti.

V različnih standardih tolmačenja v zdravstvu je zagovorništvo ena izmed najbolj kočljivih nalog – nekateri standardi jo omenijo jasno in nedvoumno, drugi le posredno. Te naloge medkulturne mediatorke prevzemajo zgolj z veliko pazljivostjo in v dobrem sodelovanju s svojimi mentorji. Če je treba, težave sporočijo pristojnim v zdravstveni ustanovi ali zastopniku pacientovih pravic.

3

STANDARDI
MEDKULTURNE
MEDIACIJE

3.1 UVODNE OPOMBE

Naloge, ki bodo naštetje v nadaljevanju, se v praksi marsikdaj prepletajo. Zato je kdaj težko opredeliti, ali bi posamezen standard umestili med standarde »jezikovnega posredovanja« ali »podpore«. Kakorkoli, strogo ločevanje med nalogami in vnaprejšnje odrekanje nekaterim izmed njih je nezaželeno in se v praksi velikokrat izkaže za neproduktivno. V nadaljevanju jih navajamo ločeno predvsem zato, da bi bilo besedilo bolj jasno in razumljivo.

Standardi, ki jih predstavljamo v nadaljevanju, se med seboj precej razlikujejo. Nekateri odziv medkulturne mediatorke definirajo natančno in opisno, torej predpisujejo, kako naj medkulturna mediatorka izvaja določeno nalogo. Nekateri standardi način izvajanja naloge definirajo nikalno, torej določajo to, česar naj ne bi naredila. Spet tretji pa medkulturni mediatorki dajejo jasno pooblastilo za izvajanje razpona določenih nalog v dani situaciji.

3.2 STANDARDI JEZIKOVNEGA POSREDOVANJA

Z izrazom »jezikovno posredovanje« mislimo na natančen in popoln prenos govornega sporočila iz enega jezika v drug jezik. V osnovi se pri tem prenosu sporočilu nič ne dodaja ali odvzema.

- § 1 Medkulturna mediatorica bo zgolj jezikovno posredovala (tolmačila), ko bo to dovolj za doseg cilja medkulturne medicije v določenem primeru.
- § 2 Medkulturna mediatorica se bo vnaprej pripravila na izvedbo svojih nalog z namenom, da bo zagotovila čim višjo kakovost jezikovnega posredovanja. Pri tem bo upoštevala naslednje standarde (§ 2.1–§ 2.5):
 - § 2.1 Pred zdravstveno obravnavo si bo prizadevala od zdravstvenega delavca pridobiti pomembne začetne informacije (angl. briefing). Najhitreje bo to dosegla z vprašanjem: »Ali je karkoli, kar bi morala vedeti, preden začnemo?«
 - § 2.2 Zdravstvenega delavca bo obvestila, če je za določenega uporabnika že opravljala medkulturno medicino. Podobno bo storila, če bo presodila, da mora zdravstveni delavec pred obravnavo izvedeti določene informacije glede uporabnika, vendar bo zdravstvenemu delavcu te informacije posredovala le z dovoljenjem uporabnika.
 - § 2.3 Na začetku srečanja si bo prizadevala pridobiti jasno sliko o težavah, zaradi katerih so jo poklicali. To ji bo dalo možnost, da se na naloge vnaprej pripravi in svoje sodelovanje po potrebi tudi zavrne, če bo mnenja, da nalog ne bo mogla dobro opraviti (na primer zaradi posebnih strokovnih tem ali zaradi čustvenih razlogov).
 - § 2.4 Od začetka bo skušala dobiti jasen vpogled v število sodelujočih oseb in odnosov med njimi. Dodatno pozornost bo namenila morebitnim obstoječim konfliktom med sodelujočimi, posebej pazljiva pa bo tudi pri tolmačenju za skupino (predvsem takrat, ko imajo udeleženci različne ravni znanja slovenščine).
 - § 2.5 Medkulturna mediatorica bo vzpostavila stik z uporabnikom pred samo zdravstveno obravnavo (na primer v čakalnici), le v primeru, ko bo to nujno potrebno in o tem po potrebi obvestila zdravstve-

nega delavca. Pri tem se bo morala zavedati in prevzeti tveganje, da ji bo lahko uporabnik povedal nekaj, česar ne bo želel ponoviti zdravstvenemu delavcu, ali pa ji bo te informacije celo izrecno prepoval prenesti zdravstvenemu delavcu¹⁴.

§ 3 Medkulturna mediatorica bo usmerjala pogovor v triadni situaciji tako, da bo zagotovila čim višjo kakovost jezikovnega posredovanja. Pri tem bo sledila naslednjim standardom (§3.1 – §3.3).

§ 3.1 Na začetku tolmačenja bo razložila svoje delovanje pri jezikovnem posredovanju: da bo tolmačila vse; da ne bo imela vzporednih zasebnih pogovorov z nobenim sodelujočim; da je zaprisežena k molčečnosti; da lahko tolmači zgolj določeno število besed naenkrat; in da je nevtralen člen v tem triadnem odnosu. Svojo vlogo bo razložila tako uporabniku kot zdravstvenemu delavcu.

§ 3.2 Sodelujoče v triadni situaciji bo spodbudila, da se nagovarjajo neposredno, in delovala z namenom, da obravnava poteka, kot da jezikovnih ovir ne bi bilo.

§ 3.3 Sodelujoče v triadni situaciji bo spodbudila, da so usmerjeni eden proti drugemu.

§ 4 Medkulturna mediatorica se bo v prostoru postavila tako, da se bosta zdravstveni delavec in uporabnik lahko dobro slišala in videla, torej ne bo omejevala nju-nega neposrednega stika. Če bo pogovor potekal za mizo, bo skušala doseči, da zdravstveni delavec in uporabnik sedita eden nasproti drugega, sama pa bo sedela ob strani. Na ta način bo omogočila dober stik med zdravstvenim delavcem in uporabnikom. Nadalje si bo prizadevala, da bo enako oddaljena tako od uporabnika kot od zdravstvenega delavca, saj bo na ta način poudarila svojo nevtralnost in nepristranost. To pravilo bo smiselno prilagodila v nekaterih posebnih situacijah (na primer če bo uporabnik imel težave pri izražanju ali pa ga bo težko slišati – takrat bo sedla bližje uporabniku).

¹⁴ Ta standard v izvornem besedilu predlaga, da se naj medkulturna mediatorica pred samo zdravstveno obravnavo čim bolj izogiba stiku z uporabnikom. V prevodu smo standard priredili, saj je po izkušnjah medkulturnih mediatoric prav ta stik ključen pri vzpostavljanju odnosa z uporabniki. Vendarle pa je pri tem potrebna dodatna mera previdnosti, saj je ta naloga povezana s številnimi tveganji (kar navsezadnje nakazuje tudi standard v originalu) (op. prev.).

- § 5 Če bo možno, bo medkulturna mediatorka tolmačila v prvi osebi ednine, da bi omogočila lažjo neposredno komunikacijo. Temu se bo odrekla v primerih, ko bi tolmačenje v prvi osebi ednine lahko povzročalo zmedo¹⁵.
- § 6 Če medkulturna mediatorka ne bo razumela uporabnika ali zdravstvenega delavca, ju bo prosila za dodatno pojasnilo.
- § 7 Medkulturna mediatorka ne bo skušala »popraviti« uporabnikove zgodbe (na primer z dodajanjem logične strukture), če ta ne bo govoril povezano ali pa se bo oddaljeval od teme. Sicer bi to zdravstvenemu delavcu onemogočilo, da bi dobil jasno sliko o uporabnikovem stanju.
- § 8 Medkulturna mediatorka si bo prizadevala ustvariti pogoje, ki omogočajo dobro jezikovno posredovanje in dobro sporazumevanje. V situaciji, ko bo nemogoče dobro tolmačiti ali medirati, bo njena prva naloga opozoriti na to in zagotoviti pogoje za kakovostno opravljanje dela. Če ji ne bo uspelo, bo to sporočila vsem sodelujočim in svojemu mentorju. Skupaj bodo iskali najprimernejše rešitve.

Dobro sporazumevanje lahko pričakujemo, ko:

- zdravstveni delavec in uporabnik spoštujeta vrstni red govora, kot ga določi medkulturna mediatorka (da uporabnikovemu govoru sledi tolmačenje, temu pa besede zdravstvenega delavca in tolmačenje njegovih besed in tako naprej);
 - v dani situaciji ne sodeluje preveč oseb naenkrat. Če medkulturna mediatorka opazi, da sestava skupine onemogoča kakovostno jezikovno posredovanje, lahko svoje predloge sporoči zdravstvenemu delavcu (na primer, da omejijo število sodelujočih v obravnavi).
- § 9 Medkulturna mediatorka bo zagotovila, da bo njena prisotnost čimbolj nemoteča za uporabnika. Posebno pozornost bo morala posvetiti možnim posledicam razlik v spolnih vlogah (in z njimi povezanimi tabuji). Izogibati se bo

¹⁵ V izvornem besedilu ta standard precej strožje zahteva uporabo prve osebe ednine. V prevodu smo standard nekoliko omilili, saj izkušnje medkulturnih mediatork v Sloveniji kažejo, da je tolmačenje v tretji osebi prav tako (v nekaterih primerih pa edini) sprejemljiv način tolmačenja v zdravstvu (op. prev.).

morala situacijam, v katerih bi zaradi njene prisotnosti uporabnik čutil sram (na primer pri pregledih intimnih delov telesa). V primerih, ko bo medkulturna mediatorka pri uporabniku zaznala sram, bo uporabila uveljavljene načine ravnanja v takih primerih (se bo obrnila stran, stopila za zaveso) in tudi omogočila uporabniku, da poda svoje predloge o sodelovanju medkulturne mediatorke (medkulturno mediacijo preko video-klica). Medkulturna mediatorka si bo prizadevala, da bo tolmačenje uporabniku zagotavljala tudi med pregledom.

- § 10 Ko bo uporabnik v svojem jeziku uporabljal vulgarne izraze, ker nima na voljo nobenega ustrežnejšega izraza (na primer za določene dele telesa), bo medkulturna mediatorka pri tolmačenju izraze prilagodila tako, da bo to čimbolj v pomoč pri izvajanju zdravstvene obravnave.
- § 11 Ko tolmači za skupino (za uporabnika in njegove družinske člane ali na delavnici z več uporabniki hkrati), v kateri nekatere osebe govorijo slovensko in druge ne, se bo medkulturna mediatorka prepričala, da ni nihče izvzet iz komunikacije.
- § 12 Ko bo medkulturna mediatorka ocenila, da uporabnik potrebuje dodatne informacije po zaključku zdravstvene obravnave, bo to preverila z uporabnikom in sporočila zdravstvenemu delavcu. Po koncu obravnave lahko vpraša uporabnika, če je razumel vsebino pogovora in če ima dodatna vprašanja za zdravstvenega delavca. Če je medtem zdravstveni delavec že odšel, lahko medkulturna mediatorka natančno ponovi, kar je prej povedal zdravstveni delavec. Če bo uporabnik vprašal po kakšni novi informaciji, se bo medkulturna mediatorka obrnila na zdravstvenega delavca in bo po potrebi uporabniku uredila nov termin/pregled.
- § 13 Osnovnemu načelu, da med tolmačenjem ne dodaja ali odvzema ničesar, se bo medkulturna mediatorka odrekla v naslednjih primerih.
 - § 13.1 V primeru konflikta med zdravstvenim delavcem in uporabnikom pri tolmačenju ne bo poskušala skrivati jeze sodelujočih, a vseh besed ne bo prevajala dobesedno.
 - § 13.2 Ko jo zdravstveni delavec nagovori in ji sporoči nekaj, kar zagotovo

ni mišljeno, da bi slišal uporabnik (kot so na primer do uporabnika nestrpni komentarji), ga bo vprašala, ali želi, da tolmači tudi to (»Bi želeli, da prevedem tudi to?«). Pri tem lahko dodatno pojasni, da je njena naloga tolmačiti vse, kar je povedano. Podobno bo medkulturna mediatorka ravnala, ko zdravstveni delavec daje določene informacije le njej in ne tudi uporabniku. V teh primerih bo opozorila zdravstvenega delavca, da lahko taki vzporedni pogovori med njima oslabijo uporabnikovo zaupanje. Prav tako ga lahko opozori, da uporabniki navadno razumejo vsaj nekaj slovenščine, tako da morda razumejo tudi del njihovih »zasebnih« vzporednih pogovorov.

§ 13.3 Ko bo medsebojno sporazumevanje onemogočeno (na primer zaradi omejenih kulturnih kompetenc zdravstvenega delavca, uporabnikove nizke izobrazbe, kulturnih dejavnikov), bo medkulturna mediatorka prevzela vlogo podpornice, da bi omogočila kakovostno zdravstveno obravnavo.

§ 14 Če se bo zdravstveni delavec razjezil na medkulturno mediatorko na podlagi uporabnikovih besed, ki jih je tolmačila, bo zdravstvenemu delavcu pojasnila, da je njena naloga le tolmačenje. Isto strategijo bo uporabila tudi, ko bo uporabnik jezen nanjo zaradi odgovorov zdravstvenega delavca.

3.3 STANDARDI PODPORE

Kot smo že omenili, razlikujemo med tremi nalogami podpore: posredovanje pri nesporazumih; tolmačenje kulturnih pomenov; ter podpora zdravstvenim delavcem in uporabnikom pri prevzemanju njihovih vlog. Pri tem poudarjamo, da mej med temi tremi nalogami ni mogoče jasno opredeliti (primere, ko se medkulturna mediatorka zavzema, da bi bila zdravstvena obravnava prilagojena uporabnikovi kulturi, namreč lahko uvrstimo tako v nalogo »tolmačenje kulturnih pomenov« kot v »podporo zdravstvenim delavcem in uporabnikom pri prevzemanju njihovih vlog«).

3.3.1 STANDARDI POSREDOVANJA PRI NESPORAZUMIH

§ 15 Ko medkulturna mediatorka prepozna nesporazum¹⁶, bo to sporočila sodelujočim v procesu medkulturne mediacije in ga skušala razjasniti.

3.3.2 STANDARDI POSREDOVANJA KULTURNIH POMENOV

§ 16 Medkulturna mediatorka bo pozdravila uporabnika na zanj kulturno sprejemljiv način. Če bo to zmedlo zdravstvenega delavca (če bo slednji dobil vtis, da sta uporabnik in medkulturna mediatorka prijatelja, ker se objemata), mu bo razložila.

§ 17 Medkulturna mediatorka bo zdravstvenemu delavcu pojasnila uporabnikovo neverbalno komunikacijo, ko bo opazila, da ima zdravstveni delavec težave pri razumevanju take komunikacije in to negativno vpliva na kakovost zdravstvene oskrbe.

§ 18 Ko bo medkulturna mediatorka zaznala, da kulturne ovire v veliki meri ovirajo komunikacijo ali zdravstveno oskrbo, bo to sporočila zdravstvenemu delavcu. Z njim se bo posvetovala o načinih, kako bi lahko presegli te ovire na kulturno sprejemljiv način. Če se bo to posvetovanje odvijalo v triadni situaciji, si bo medkulturna mediatorka prizadevala za čimbolj transparentno posvetovanje.

¹⁶ Nesporazuma ne enačimo s konfliktom, temveč s tem pojmom razumemo situacijo, v kateri se udeležene strani medsebojno ne razumejo.

- § 19 Lahko se zgodi, da zdravstveni delavec ne bo razumel uporabnikovih sporočil (ne bo razumel uporabnikove razlage zdravstvenega stanja, uporabnikovih predstav o alternativnih metodah zdravljenja ali uporabnikovih navezav na versko vsebino), saj z njimi ni seznanjen. Ko bo medkulturna mediatorka to opazila, bo zdravstvenemu delavcu na kratko razložila dani kulturni pojav. Po potrebi bo dodala, da je informacija, ki jo je ravnokar podala, zgolj domneva o možnih razlogih za zgodbu, razlago ali vedenje določenega uporabnika.
- § 20 Medkulturna mediatorka lahko zdravstvenemu delavcu predlaga kulturno kompetentne načine komuniciranja, ki prispevajo h kakovostni komunikaciji in zdravstveni oskrbi.
- § 21 Če ima medkulturna mediatorka za to potrebne kompetence, lahko z namenom učinkovitejše komunikacije informira zdravstvenega delavca o kulturnih posebnostih uporabnika (na primer, da se albansko govoreča uporabnica težje rekreira, saj jo na dom vežejo gospodinske obveznosti in pričakovanja družine).
- § 22 Ko imajo uporabniki zaradi njihove vere ali kulture specifične potrebe, vezane na zdravstveno obravnavo, bo medkulturna mediatorka o tem informirala zdravstvene delavce in/ali svojega mentorja ter podala dodatna pojasnila, če jih ne bo zmožen podati uporabnik sam. Podala bo tudi predloge o možnih strategijah upoštevanja uporabnikovih potreb (na primer, da uporabnika pregleda zdravstveni delavec istega spola; da zdravljenje vključuje tudi komplementarne in alternativne metode, ki jih je uporabnik navajen; da zdravljenje upošteva uporabnikovo vero in drugo).
- § 23 Ko medkulturna mediatorka ugotovi, da na uporabnikovo avtonomijo vpliva njegova kultura ali da zaradi kulturnih dejavnikov ne želi slediti določenim postopkom zdravljenja (na primer ob zavrnitvi lokalne anestezije), bo to sporočila zdravstvenemu delavcu in z njim iskala načine, ki uporabniku omogočajo samostojno odločanje¹⁷.
- § 24 Medkulturna mediatorka bo opozorila zdravstvenega delavca, ko slednji določena uporabnikova vedenja napačno razume in si jih razlaga kot kulturna.

¹⁷ Ta standard je del prvega angleškega prevoda Vodiča za medkulturno medicino v zdravstvu, ki v revidirani verziji, ki je bila osnova za naš prevod, manjka. Vseeno smo se odločili, da ga vključimo k slovenski izdaji, saj je vezan na pomembno temo avtonomije uporabnikovega odločanja o zdravljenju (op. prev.).

3.3.3 STANDARDI PODPORE ZDRAVSTVENIM DELAVCEM IN UPORABNIKOM PRI PREVZEMANJU NJIHOVIH VLOG

- § 25 Če je to potrebno za kakovostno komunikacijo ali zdravstveno oskrbo, bo medkulturna mediatorka podprla zdravstvenega delavca in uporabnika, da pomensko in učinkovito prevzame njuni vlogi.
- § 26 Ko določen jezikovni register zdravstvenega delavca ne obstaja v uporabnikovem jeziku ali pa ga uporabnik ne razume (na primer, ko je izražanje zdravstvenega delavca za uporabnika preveč strokovno), medkulturna mediatorka na to opozori in prevzame vlogo podpornice.

Pri tem lahko izbira med naslednjimi načini:

- zdravstvenega delavca lahko prosi, da določeno informacijo poda še enkrat, in to na način, da jo bo lažje tolmačila in bo uporabnik lažje razumel;
 - zdravstvenemu delavcu lahko predlaga druge načine za lažje razumevanje (na primer risanje ali uporabo ilustracij, primerov, izogibanje statističnim podatkom v smislu »imate 50 % možnosti, da ...«).
 - sporočilo lahko sama poenostavi v dogovoru z zdravstvenim delavcem. Ta način bo uporabila le, ko je popolnoma prepričana o kakovosti poenostavljenega sporočila. V teh primerih si bo medkulturna mediatorka vseeno prizadevala za uporabo uradnih izrazov za zdravstvena stanja/n načine zdravljenja (na primer »temu se reče gastrokopija«) z namenom, da se uporabnik spozna z medicinskim izrazoslovjem.
- § 27 Medkulturna mediatorka bo obvestila zdravstvenega delavca, ko bo opazila, da uporabnik ne razume njegovih vprašanj in nanje ni zmožen odgovoriti tudi po tem, ko jih medkulturna mediatorka tolmači. To bo naredila predvsem v primerih, če zdravstveni delavec sam tega ne bo opazil ali ne bo ustrezno ukrepal. V takih primerih lahko medkulturna mediatorka vpraša zdravstvenega delavca za dovoljenje, da poskuša uporabniku sama razložiti vprašanje. Ko medkulturna mediatorka prevzame vlogo podpornice (ko preoblikuje vprašanje, poenostavi informacije, poda nadaljnjo razlago vprašanja in podobno), to vedno sporoči zdravstvenemu delavcu.

§ 28 Ko medkulturna mediatorka čuti, da uporabnik v svoji zgodbi pozablja na pomembne informacije, ga lahko vpraša, če želi, da jih zdravstvenemu delavcu sporoči ona.

§ 29 Medkulturna mediatorka ima lahko individualni stik s uporabnikom, če se tako dogovori z zdravstvenim delavcem.

To lahko stori z namenom doseganja naslednjih ciljev:

- da razčleni ovire, ki jih doživlja uporabnik pri dostopanju do zdravstvene oskrbe;
- da zagotovi praktično podporo pri izpolnjevanju vlog in obrazcev – to nalogo bo prevzela v odsotnosti zdravstvenega delavca le, če so ti dokumenti namenjeni samostojnemu izpolnjevanju tudi pri uporabnikih, ki znajo slovensko;
- da namesto zdravstvenega delavca prepriča uporabnika o pomembnosti zdravljenja na kulturno primeren način, a zgolj v primeru, ko tega ni možno opraviti v triadni situaciji;
- da ustvari zaupen odnos do uporabnika, če presodi, da bi to pozitivno vplivalo na njegovo sodelovanje v zdravstveni obravnavi;
- da informira uporabnika o vidikih zdravstvene oskrbe, o katerih ta ni podučen zaradi jezikovnih ovir, morebitne nizke stopnje izobrazbe ali kulturnega ozadja (informacije o tem, kaj je dobro prinesiti s seboj pri sprejemu v bolnišnico, kako se naročiti na pregled in podobno).

§ 30 Medkulturna mediatorka lahko podpre uporabnika, ki nima potrebnih kompetenc za prevzemanje lastne vloge v procesu zdravstvene obravnave.

Pri tem lahko uporabi naslednje načine:

- spodbuja ga pri postavljanju vprašanj;
- poudari, da mora prositi za dodatna pojasnila, če česa ni razumel;
- motivira ga za pripravo na pregled (na primer s pripravo seznama vprašanj);
- spomni ga na teme, ki jih morda do zdaj še ni naslovil v zdravstveni obravnavi, a jih je sporočil medkulturni mediatorki;

- svetuje, naj si zapiše (ali naj mu zapiše kdo drug) seznam zdravil, ki jih jemlje;
 - motivira ga, da aktivno poseže v pogovor z zdravstvenim delavcem tudi, ko se z njim ali s potekom zdravljenja ne strinja;
 - poudari, da je na obravnavo pomembno priti točno in ga po potrebi spomni o tem po telefonu dan prej;
 - na koncu obravnave ga izrecno vpraša, ali je vse razumel in ali ima dodatna vprašanja.
- § 31 Medkulturna mediatorka bo po koncu obravnave opozorila na ovire ali probleme, ki jih je opazila med svojim delom znotraj ali izven triadne situacije. Po potrebi bo na to opozorila tudi svojega mentorja.
- § 32 Medkulturna mediatorka lahko zdravstvenega delavca prosi za posvet, ko opazi nekaj, kar bi lahko vplivalo na nemoten potek zdravstvene obravnave. To bo naredila v uporabnikovem imenu, izjemoma pa v svojem (predvsem v primerih, ko oceni, da bi bilo o tem neprimerno ali nezaželeno govoriti v triadni situaciji).

3.4 STANDARDI ZAGOVORNIŠTVA

- § 33 Medkulturna mediatorka lahko med individualnim pogovorom uporabniku sporoči, da nekateri zdravstveni delavci nenehno zavračajo sodelovanje z medkulturnimi mediatorkami.
- § 34 Ko medkulturna mediatorka dobi občutek, da je zdravstveni delavec naredil napako pri dajanju informacij uporabniku ali pa da je pri tem kaj ključnega pozabil, mu lahko to neposredno sporoči, vendar le, če je to v uporabnikovem interesu in le ob uporabnikovi prisotnosti.
- § 35 Ko je uporabnikovo dostojanstvo ogroženo zaradi nespoštljivega odnosa s strani zdravstvenega delavca (agresivnega vedenja, diskriminacije, rasizma), bo medkulturna mediatorka o tem govorila z zdravstvenim delavcem in ga prosila, naj spremeni svoje obnašanje. Če to ne bo zaleglo, lahko medkulturna mediatorka preneha s svojim posredovanjem in o tem primeru poroča mentorju, ki po potrebi primer preda zastopniku pacientovih pravic (na primer, ko zdravstveni delavec nenehno daje neprimerne komentarje v zvezi z uporabnikovim šibkim znanjem slovenščine. V tem primeru lahko medkulturna mediatorka razloži, da taki komentarji verjetno vplivajo na zdravstveno oskrbo in na stopnjo zaupanja med uporabnikom in zdravstvenim delavcem)¹⁸.

¹⁸ Ta standard je del prvega angleškega prevoda Vodiča za medkulturno mediacijo v zdravstvu, ki v revidirani verziji manjka, a smo se vseeno odločili, da ga vključimo k slovenski izdaji. Tako smo se odločili predvsem zato, ker so medkulturne mediatorke relativno pogosto omenjale primere, za katere je mišljen ta standard (op. prev.).

4
ETIČNI
VIDIKI

4.1 POKLICNA MOLČEČNOST IN RAVNANJE Z ZAUPNIMI INFORMACIJAMI

- § 36 Medkulturna mediatorka je del osebja v zdravstveni ustanovi in je zato podrejena pravilom molčečnosti v zdravstvenih ustanovah. To pomeni, da s tretjimi osebami, ki niso povezane z zdravstveno obravnavo, ne bo nikoli delila informacij, ki jih pridobi med opravljanjem svojega dela. Te informacije so lahko zdravstvene, osebne, socialne ali finančne. Ko medkulturna mediatorka ni prepričana, ali lahko posreduje določeno informacijo, se bo posvetovala s svojim mentorjem.
- § 37 Medkulturna mediatorka lahko posreduje zaupne informacije zgolj v situaciji, ko so izpolnjeni naslednji pogoji:
- uporabnik (ali njegov zakoniti zastopnik) mora biti obveščen o tem, da bo določena informacija o njem posredovana naprej in komu bo posredovana;
 - uporabnik mora privoliti v posredovanje informacij;
 - posredovanje informacij mora biti v uporabnikovem interesu;
 - informacije morajo biti posredovane zgolj nekomu, ki je neposredno vključen v obravnavo tega uporabnika;
 - posredovane morajo biti zgolj najnujnejše informacije.
- § 38 Zaupne informacije ostanejo zaupne tudi po tem, ko uporabnik ni več vključen v zdravstveno obravnavo.
- § 39 Medkulturna mediatorka se lahko zgornjim načelu molčečnosti odreče v spodaj navedenih primerih, a se mora pred ukrepanjem posvetovati s svojim mentorjem.
- V primerih nujnega zdravljenja (ko uporabnik sam ali s pomočjo drugih ni sposoben ohranjati svoje psihične ali fizične celovitosti).
 - V primerih pričanja na sodišču ima medkulturna mediatorka pravico do govora, a je nihče ne more prisiliti v to.
 - V primerih, ko je ogrožen uporabnik ali širša skupnost (ko medkulturna mediatorka opazi, da uporabnik ne govori resnice ali pa jo prikriva in ima to lahko nevarne posledice za njegovo neposredno ali širšo skupnost; na primer v primeru [spolno] prenosljivih bolezni, tuberkuloze).

- § 40 Medkulturna mediatorka bo ostala zavezana načelu strokovne molčečnosti v primerih, ko ji nekdo pove ali pa je kako drugače razvidno, da uporabnik goljufa (uporablja tujo zdravstveno kartico ali pa prikriva svoje zdravstveno stanje). V teh primerih se bo medkulturna mediatorka posvetovala s svojim mentorjem.
- § 41 Ko lahko medkulturna mediatorka razume, da bi bila informacija, ki ji jo je uporabnik sporočil, pomembna za zdravstveno obravnavo, ga bo spodbudila, da informacijo sam preda zdravstvenemu delavcu.
- § 42 Ko uporabnik med individualnim pogovorom z medkulturno mediatorko vztraja, da določenih informacij ne želi predati zdravstvenemu delavcu, ga bo medkulturna mediatorka vztrajno vzpodbujala, naj to vseeno stori. Če teh informacij uporabnik še vedno ne želi predati zdravstvenemu delavcu, jih tudi medkulturna mediatorka ne sme, saj jo zavezuje načelo molčečnosti.

4.2 TRANSPARENTNOST

- § 43 Medkulturna mediatorka si bo prizadevala, da bodo vsi sodelujoči v triadni situaciji čimbolj informirani o njenih aktivnostih in informacijah, ki si jih udeleženi med seboj izmenjujejo (medkulturna mediatorka bo informirala uporabnika o tem, da je zdravstvenemu delavcu v primeru kulturnega nesporazuma razložila idejo ali koncept, ki je bil zdravstvenemu delavcu še neznan, ali pa da bo razložila zdravstvenemu delavcu, da je morala pri tolmačenju kaj dodati, saj v uporabnikovem jeziku ne obstaja ustrezen direktni prevod).
- § 44 Medkulturna mediatorka si bo prizadevala, da svojega dela ne bo opravljala v situacijah, v katere bi bili vključeni njeni sorodniki ali prijatelji. Če se temu ne bo mogla izogniti, bo na začetku obravnave o tem informirala zdravstvenega delavca.

4.3 NEVTRALNOST IN NEPRISTRANOST

- § 45 Medkulturna mediatorka bo nepristranska in zmožna opredeliti lastna čustva in prepričanja, ki bi to nepristranost lahko ovirala. Če v določenem primeru ne bo zmogla zagotoviti nepristranosti, v njem ne bo sodelovala.
- § 46 Medkulturna mediatorka bo zagotovila, da njena prepričanja in osebna stališča (politična, verska in druga) ne vplivajo na njeno delo. Če vplivajo in ogrožajo njeno nepristranost, bo svoje sodelovanje v določenem primeru zavrnila in predlagala drugo medkulturno mediatorko.

4.4 ODGOVORNOST IN STROKOVNOST

- § 47 Ko delo z določenim uporabnikom v medkulturni mediatoriki izzove močna čustva, ki ogrožajo njeno strokovnost ali počutje, bo svoje delo začasno prekinila in uporabnika informirala o drugih možnostih, ki pomagajo pri sporazumevanju (medkulturna mediacija preko video klica ali sodelovanje z drugo medkulturno mediatoriko). Take primere bo sporočila svojemu mentorju.
- § 48 Medkulturna mediatorika mora zavrniti sodelovanje v primeru, da bi to zanjo pomenilo nepremostljiv konflikt vrednot. O tem bo obvestila mentorja.
- § 49 Medkulturna mediatorika bo pri svojem delu pazila na ustrezno ravnovesje med vzdrževanjem bližine in strokovne distance do uporabnika¹⁹.

¹⁹ Ta standard je v originalu predpisoval le strokovno distanco do uporabnika (op. prev.).

4.5 OMEJITVE MEDKULTURNE MEDIACIJE

- § 50 Medkulturna mediatorka ne bo opravljala svojega dela za tretje osebe, ki niso neposredno vezane na uporabnikovo zdravstveno oskrbo. To pravilo lahko krši le v izjemnih primerih v dogovoru s svojim mentorjem.
- § 51 Medkulturna mediatorka ne bo izvajala nobenih nalog, ki bi kakorkoli presegale njene dolžnosti in zmožnosti (ne bo izvajala socialnega dela, terapevtskih pogovorov, delila zdravstvenih nasvetov ...). Izjema so praktični podatki o uporabnikovi zdravstveni oskrbi (termini pregledov).
- § 52 Medkulturna mediatorka ne bo opravljala storitev pisnega prevajanja. Možne izjeme so prevodi konkretnih, praktičnih informacij (o terminih pregledov ali pa o načinu jemanja zdravil), a je to odvisno od pogodbe, ki jo ima z zdravstveno ustanovo²⁰.
- § 53 Skrb za zakonske formalnosti (vrnitev uporabnika v izvorno državo ali državo odhoda in podobno) ne sodi v odgovornosti medkulturne medicacije. Enako velja za podporo pri uporabnikovem žalovanju brez ustreznega vključevanja strokovnjakov na tem področju ali za sodelovanje pri izvajanju posameznih delov zdravstvene oskrbe.
- § 54 Medkulturna mediatorka ne izraža svojega mnenja o uporabnikovih psiholoških in drugih stanjih. Če jo kdo prosi za to, lahko poda svoja objektivna opažanja o uporabnikovem vedenju (kot na primer: uporabnikov govor je zelo nejasen in težko ga je tolmačiti; uporabnik jeclja v svojem maternem jeziku).
- § 55 Medkulturna mediatorka ne bo podajala svojega mnenja o uporabnikovem zdravljenju in se ne bo opredeljevala do ljudi, ki se uporabniku predstavljajo kot tradicionalni zdravilci ali do njihovih načinov zdravljenja. Medkulturna mediatorka bo uporabniku predlagala, da ta vprašanja razčleni z zdravstvenim delavcem.
- § 56 Medkulturna mediatorka ne bo izražala svojih mnenj o kakovosti ali smiselnosti zdravljenja, ki je uporabniku predpisano ali v katerega je že vključen, niti ne bo podajala mnenj o strokovnosti posameznega zdravstvenega delavca.

²⁰ Ta standard smo prilagodili tako, da smo dodali možnost pisnega prevajanja kot del nalog medkulturne mediatorke, saj so v dosedanjih izkušnjah medkulturne mediatorke sodelovale tudi pri prevodih zloženek in drugih informativnih gradiv (op. prev.).

4.6 VLOGA MEDIKULTURNE MEDIACIJE V KONFLIKTIH

- § 57 Medkulturna mediatorica ni mediatorica v konfliktih, lahko pa medijira v sporih, za katere je jasno, da so neposredna posledica jezikovnih ali kulturnih ovir.
- § 58 V sporu med zdravstvenim delavcem in uporabnikom bo medkulturna mediatorica uporabniku po potrebi predstavila možnost stika z zastopnikom pacientovih pravic.
- § 59 Ko uporabnik vložijo pritožbo zastopniku pacientovih pravic s pomočjo medkulture mediatorice, se ta nadalje v postopek ne bo vključevala, temveč bo v dogovoru z uporabnikom v postopek vključila drugo medkulturno mediatorico ali tolmača.
- § 60 Ko spor med medkulturno mediatorico in uporabnikom preprečuje njeno delo, bo s svojim delom prekinila, dokler se spor ne razreši.
- § 61 Ko uporabnik medkulturno mediatorico ogroža, bo to nemudoma sporočila zdravstvenim delavcem in svojemu mentorju ter prekinila delo s tem uporabnikom. Odgovorne osebe bodo delovale v smeri, da se medkulturni mediatorici zagotovi varnost in ji podale nasvete o ustreznih nadaljnjih postopkih (na primer vložitev pritožbe).
- § 62 Ko spora med zdravstvenim delavcem in medkulturno mediatorico (ko ta zana zanjo nesprejemljivo in nespoštljivo vedenje zdravstvenega delavca, rasizem in podobno) ni mogoče rešiti s pogovorom, bo medkulturna mediatorica o tem obvestila svojega mentorja, ki bo deloval v smeri razrešitve spora.

5

ORGANIZACIJA
MEDKULTURNE
MEDIACIJE
V ZDRAVSTVENIH
USTANOVAH

§ 63 Zdravstvena ustanova bo določila osebo, ki bo odgovorna za spremljanje in podporo izvajanja medkulturne mediacije. Ta oseba bo zagotovila pogoje, ki bodo omogočali uspešno izvajanje medkulturne mediacije in bo enkrat mesečno opravila kratek pogovor z medkulturno mediatorko, v katerem lahko skupaj analizirata potek dela in rešujeta morebitna odprta vprašanja²¹.

§ 64 Medkulturna mediatorka mora imeti dostop do potrebnih orodij, da lahko dobro izvede svoje naloge.

Ta orodja so:

- računalnik, osebni e-naslov in dostop do interneta;
- službeni mobilni telefon;
- dostop do slovarjev in drugih gradiv (na primer medicinske enciklopedije v njenem maternem jeziku);
- prilagojene tipkovnice ter dostop do spleta v svojem jeziku in pisavi za tiste medkulturne mediatorke, ki pišejo v drugačnih pisavah od latinice (arabsko, v cirilici in drugih).

§ 65 Znotraj ustanove morajo biti zdravstveni delavci in uporabniki obveščeni o prisotnosti medkulturne mediatorke, o njenih nalogah in dosegljivosti (to lahko ustanova doseže preko komuniciranja s plakati, brošurami, vizitkami in podobnim). V pripravo teh gradiv lahko ustanova vključi tudi medkulturno mediatorko, s katero sodeluje²².

§ 66 Ko več zdravstvenih delavcev hkrati potrebuje medkulturno mediatorko, bo imel prednost tisti, ki je prvi poklical. To ne velja ob izjemnih primerih (ob urgencah).

§ 67 Zdravstveni delavci lahko naročijo medkulturno mediacijo tudi med njenim delom, a le, če je pri tem ne motijo (preko informacijskega sistema te ustanove). Kot standardni obseg enkratnega posredovanja medkulturne mediatorke se šteje pol ure.

²¹ Standard smo prilagodili tako, da smo dodali priporočen mesečni sestanek medkulturne mediatorke in mentorja (op. prev.).

²² Standard smo prilagodili tako, da smo dodali zadnji stavek, saj ima medkulturna mediatorka pomembno vlogo pri prilaganju gradiv za tujejezične uporabnike zdravstvenih storitev (op. prev.).

- § 68 Ustanova bo sprejela notranja določila, ki spodbujajo zdravstvene delavce k uporabi medkulturne mediacije v primerih jezikovnih in kulturnih ovir pri njihovem delu.
- § 69 Ustanova bo razvila strategije, ki čimbolj zmanjšujejo čakalni čas medkulturne mediatorke²³.
- § 70 Ko medkulturna mediatorka ne more biti fizično prisotna med zdravstveno obravnavo, bo po zmožnostih uporabila druge načine dela (medkulturna mediacija preko videokonference, telefona in podobno).
- § 71 Ko zdravstveni delavec zavrne prisotnost medkulturne mediatorke, čeprav bo uporabnik njeno prisotnost zahteval, bo medkulturna mediatorka to sporočila svojemu mentorju. Slednji bo raziskal razloge za zavrnitev njene prisotnosti in predlagal zdravstvenemu delavcu, da v prihodnje v primeru jezikovnih in kulturnih ovir sodeluje z medkulturno mediatorko.
- § 72 Zdravstvena ustanova bo medkulturni mediatorki zagotovila psihološko podporo, če jo bo potrebovala za opravljanje svojega dela. Te podpore ne bodo zagotavljali zdravstveni delavci iz iste ustanove.
- § 73 Zdravstveni delavci morajo biti usposobljeni za uspešno delo z medkulturnimi mediatorkami.
- § 74 Udeležba medkulturnih mediatork na usposabljanjih/supervizijah se šteje kot ure, opravljene znotraj zdravstvene ustanove (z vštetiimi potnimi stroški)²⁴.
- § 75 Zdravstvena ustanova bo z medkulturno mediatorko vnaprej določila časovne okvire njenega dela. Ta dogovor naj vsebuje natančno določene dele dneva, ko lahko zdravstvena ustanova od medkulturne mediatorke pričakuje izvajanje dela (na primer vsak delovni dan od 8.00 do 16.00)²⁵.

23 Standard v originalu predpisuje, da lahko medkulturna mediatorka pride največ 5 minut pred zdravstveno obravnavo. V prevodu smo opustili točno definiranje tega časa, pri tem pa nas je vodila podobna logika kot pri prilagoditvah standarda 2.5 (op. prev.).

24 Ta standard smo dodali k slovenski izdaji (op. prev.).

25 Ta standard smo dodali k slovenski izdaji (op. prev.).

"Originalno besedilo, ki v prevodu zdaj prihaja tudi do bralcev v Sloveniji, je nastalo na podlagi diskusije več kot 240 študij primerov, ki smo jih na delavnicah analizirali skupaj z medkulturnimi mediatorji, zato lahko rečeva, da je besedilo osnovano na izkušnjah medkulturnih mediatorjev in predstavlja njihov pogled na lastno stroko.

V publikaciji najdemo standarde opravljanja različnih nalog medkulturne mediacije. Pomembno je, da standardov ne razumemo preveč togo – ne dajejo nam dokončnih odgovorov na vse potencialne dileme ali možne izbire, s katerimi so vsak dan soočeni medkulturni mediatorji. Slednji se bodo morali v praksi še vedno odločati za najprimernejše rešitve predvsem izhajajoč iz poznavanja konkretne situacije. Upava, da jim bodo pri tem standardi v pomoč."

Hans Verrept in Isabelle Coune