

MEDKULTURNA MEDIACIJA
IN ZDRAVSTVO V SLOVENIJI

Medkulturna mediacija
in zdravstvo v Sloveniji

Avtorja
Juš Škraban
Uršula Lipovec Čebtron

Recenzenta
Rajko Muršič
Alenka Bartulović

Zbirka
Zupaničeva knjižnica, št. 50

Jezikovni pregled
Nina Vožič Makuc

Prevod povzetka
Mateja Petan

Odgovorni urednik zbirke
Boštjan Kravanja

Uredniški odbor zbirke
Bojan Baskar, Mateja Habinc, Vito
Hazler, Jože Hudales, Božidar Jezernik,
Miha Kozorog, Boštjan Kravanja,
Uršula Lipovec Čebtron, Ana Sarah
Lunaček Brumen, Mirjam Mencej,
Rajko Muršič, Jaka Repič, Peter Simonič

To delo je ponujeno pod licenco Creative
Commons Priznanje avtorstva-Deljenje
pod enakimi pogoji 4.0 Mednarodna
licenca (izjema so fotografije). / This work
is licensed under a Creative Commons
Attribution-ShareAlike 4.0 International
License (except photographs).



Izid knjige je finančno podprl Nacionalni
inštitut za javno zdravje.

NIJZ Nacionalni inštitut
za javno zdravje

Založila
Znanstvena založba Filozofske
fakultete Univerze v Ljubljani

Izdala
Oddelek za etnologijo in kulturno
antropologijo in Nacionalni inštitut za
javno zdravje

Za založbo
Roman Kuhar, dekan Filozofske
fakultete Univerze v Ljubljani

Ljubljana, 2021

Naklada
300 izvodov

Oblikovna zasnova zbirke
Vasja Cenčič

Tehnično urejanje
Jure Preglau

Prelom
Aleš Cimprič

Slika na naslovnici
Abdelhakim Asnabla

Tisk
Birografika Bori d. o. o.

Cena
14,90 €

Prva e-izdaja. Publikacija je v
digitalni obliki prosto dostopna
na <https://e-knjige.ff.uni-lj.si/>
DOI: 10.4312/9789610604402

Knjiga je izšla s podporo Javne agencije za
raziskovalno dejavnost Republike Slovenije v
okviru Javnega razpisa za sofinanciranje izdaja-
nja znanstvenih monografij v letu 2020.

Publikacija je nastala v okviru projekta Model
skupnostnega pristopa za krepitev zdravja in
zmanjševanje neenakosti v zdravju v lokalnih
skupnostih.

Medkulturna mediacija in zdravstvo v Sloveniji

JUŠ ŠKRABAN IN URŠULA LIPOVEC ČEBRON

Ljubljana 2021

Kazalo

UVOD	9
Komunikacijske ovire v zdravstvenih ustanovah v Sloveniji	11
Načini premoščanja komunikacijskih ovir	14
Vpeljevanje medkulture mediacije v zdravstvene ustanove v Sloveniji	17
Knjigi na pot	18
METODOLOGIJA IN KONTEKST RAZISKAVE	21
Uporabljene metode	22
Umestitev raziskave v širši kontekst raziskovanja medkulture mediacije	24
Vpeljevanje medkulture mediacije znotraj projekta Krepitev zdravja za vse	26
KAJ JE MEDKULTURNA MEDIACIJA: UVODNI KONCEPTUALNI PREMISLEK	29
Različna pojmovanja medkulture mediacije in njenih nalog v praksi	31

Razporeditev nalog medkulturne mediacije po modelu lestve	38
Učinki medkulturne mediacije	40
Premoščanje jezikovnih in kulturnih ovir kot presečišče različnih strok	43
Je vsak tolmač že mediator?	45
Sklepi	50
TOLMAČENJE V MEDKULTURNI MEDIACIJI	51
Vrzeli med teorijo in prakso tolmačenja	52
Aktivna vloga tolmačev	55
Razkorak med deklariranimi in implicitnimi vlogami	58
Sklepi	61
PODPORA	63
Razjasnjevanje nesporazumov	64
Posredovanje kulturnih pomenov	65
Razlaganje uporabnikovega načina življenja	72
Razlaganje kulture zdravstvenih ustanov	75
Podpora zdravstvenim delavcem in pacientom pri zavzemanju njihovih vlog	76
Različne oblike pomoči	78
Sklepi	81
ZAGOVORNIŠTVO	83
Širše razsežnosti zagovorništva:	
krepitev moči in emancipacija	86
Nekritično zagovorništvo sistema	88
Sklepi	91
ORGANIZACIJA MEDKULTURNE MEDIACIJE V ZDRAVSTVU	93
Organizacijski vidiki znotraj zdravstvenih ustanov	94
Prekarnost zaposlovanja medkulturnih mediatorok	98
Med naročanjem, plačevanjem in upravičenostjo do medkulturne mediacije	102
Sklepi	104

USPOSABLJANJA NA PODROČJU MEDKULTURNE MEDIACIJE	107
Pregled usposabljanj medkulturnih mediatorjev v tujini	108
Analiza usposabljanja na NIJZ	112
Udeleženke	114
Opis vsebine	115
Vloge sodelujočih na usposabljanju	119
»Skupna pisarna« oziroma dosežki skupinskega dela	120
Sklepi	123
SKLEPNE MISLI	125
Medkulturna mediacija kot način zagotavljanja enakosti v dostopu do zdravstva	126
Medkulturna mediacija in vloga mostu	127
Raziskovanje medkulturne mediacije v prihodnje	129
Reference	131
Imensko kazalo	142
Povzetek	147
Summary	151

ZAHVALA

Ob izidu pričujoče monografije se toplo zahvaljujema vsem medkulturnim mediatorkam, ki so sodelovale v terenski raziskavi.

Hvala študentkam in študentom z Oddelka za etnologijo in kulturno antropologijo Filozofske fakultete v Ljubljani, ki so nama pomagali izvesti terensko raziskavo. To so Veronika Ambrož, Martin Bučalič, Nina Dečko, Aleksandra Kansky, Patrik Kocina, Pika Kristan, Maruša Marn Eržen, David Muster, Matej Pavlič, Mija Repanšek, Katja Tomc in Elizabeta Vršnik.

Hvala tudi Sari Pistotnik, Ivanki Huber, Anji Kociper in Denisu Oprešniku za skupna razmišljanja pri razvijanju področja medkulturne mediacije ter pomoč pri izvedbi usposabljanja.

Hvala vodstvu Centra za upravljanje programov preventive in krepitve zdravja Nacionalnega inštituta za javno zdravje, da je imelo posluh in pogum za razvijanje medkulturne mediacije.

Hvala Oddelku za etnologijo in kulturno antropologijo Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani za dolgoletno sodelovanje in podporo.

Hvala tudi Hansu Verreptu in Antoniu Chiarenzi za plodne razprave o razvijanju in raziskovanju medkulturne mediacije.

Posebna zahvala gre recenzentoma ter Lei Bombač, Veri Haliti, Ivanki Huber in Mihaili Sokolovi za tovariško branje in konstruktivne napotke ob pregledu tipkopisa.

Uvod

Ko pride pacient k zdravniku, pričakuje, da ga bo ta razumel. Prav tako zdravnik pričakuje, da bo razumel svojega pacienta. Vendar se v svojih pričakovanjih neredko motita. Razlogi za to so različni. Nekateri izhajajo iz same strukture kliničnega srečanja, ki je osnovano na neenakih pozicijah moči med zdravstvenim osebjem in uporabniki ter njihovem različnem dojetanju zdravja, bolezni in zdravljenja. Če do pomanjkljivega razumevanja prihaja med pacienti in zdravstvenimi delavci, ki živijo v istem okolju in si delijo isti jezik, pa je komunikacija – predvidljivo – še veliko težja, ko v zdravstveno ustanovo vstopijo osebe, ki so se priselile iz drugih okolij in si z zdravstvenimi delavci ne delijo nobenega skupnega jezika (Gorjanc 2013: 123; Szczepura 2005: 143).

Problem ovirane komunikacije med zdravstvenim osebjem in priseljenci je že dolgo znan. Prav tako so znane številne posledice, ki jih ta problem prinaša. Med temi posledicami raziskovalci (Flores 2005;

Martínez 2010; Schwei idr. 2016; Pokorn 2019a) izpostavljajo številne nesporazume med zdravstveno obravnavo, napačno postavljene diagnoze, podvajanje zdravstvenih pregledov, povečevanje stroškov zdravljenja in predpisovanje neustreznih terapij. Obenem pa se posledice manj kakovostne zdravstvene obravnave kažejo tudi v tem, da so priseljenci manj odzivni na zdravstvene programe ter odlašajo in se izogibajo iskanju pomoči v zdravstvenih ustanovah (Becker 2004; Horton 2004; Goldade 2009). Posledice komunikacijskih ovir v zdravstvu pa imajo tudi širše družbene razsežnosti: zaradi njih so mnoge marginalizirane skupine prebivalstva še bolj odrinjene, njihovi zdravstveni problemi pa še bolj nevidni. Obenem se zaradi teh ovir v zdravstvenih ustanovah pogosto krepijo negativni stereotipi in razrašča nestrpnost do priseljencev, pri čemer se vse bolj normalizirajo prakse izključevanja ter primeri diskriminacije in rasizma do teh prebivalcev (Nelson 2002; Bhopal 2007; Martínez 2010; Ahlberg idr. 2019).

Vendar pa gre za ovire, ki niso zgolj komunikacijske. Zdravstvene ustanove zgolj zrcalijo splošne družbene procese, v katerih migracijska politika v spregi z neoliberalizmom priseljence vse bolj selektivno pripušča k osnovnim pravicam, med katerimi je tudi pravica do zdravja. Heterogene skupine priseljencev namreč v evropskih državah živijo vse bolj socialno razslojene in razdrobljene na številne pravne statute (Chiarenza 2014), zaradi katerih imajo različen dostop do zdravstvenega zavarovanja in, posledično, do zdravstvenih ustanov. Tako so priseljenci v zdravstvu, podobno kot v drugih sektorjih družbe, soočeni s strukturnimi ovirami, ki poglobljajo obstoječe neenakosti v zdravju ter povzročajo nove neenakosti tam, kjer jih prej ni bilo (Ingleby idr. 2012; Rechel idr. 2013; Olišarová, Tóthová in Brabcová 2014; Castañeda idr. 2015).

Kljub temu pa v različnih evropskih državah ni moč prezreti številnih novih pristopov in programov, ki poskušajo zagotavljati večjo enakost v dostopu do zdravstvenega sistema ter bolj vključujočo zdravstveno obravnavo. Čeprav imajo ti pristopi pogosto različna teoretska izhodišča, jim je skupno zavedanje, da model, po katerem je zdravstvo »za vse ukrojeno po isti meri«, ne zmore zadovoljiti potreb vse bolj heterogenega prebivalstva (Carpenter-Song, Nordquest Schwallie in Longhofer 2007; Barker in Beagan 2014). Ta heterogenost ni zgolj posledica vse bolj raznolike etnične pripadnosti prebivalcev, temveč množstva kulturnih in družbenoekonomskih dejavnikov, zaradi česar lahko govorimo o novi ali izredni raznolikosti (Vertovec 2007: 1025) evropskega prebivalstva. Pri soočenju z vse bolj heterogenimi potrebami svojih uporabnikov so mnoge zdravstvene ustanove razvile nove pristope in izboljšale dosedanje strategije (EQUAL EP

TransKom 2012) ali kot zapiše Vojko Gorjanc: »Čeprav so koraki postopni in na prvi pogled prepočasni, se je v vsem tem času v večini držav članic ob vse bolj jezikovno in kulturno heterogeni evropski družbeni stvarnosti močno dvignila zavest o potrebi po zagotavljanju enakega obravnavanja, tako ob vse večjih migracijah znotraj prostora EU kot ob migracijah državljanov tretjih držav« (Gorjanc 2013: 125).

Tako lahko v zadnjih desetletjih v različnih delih Evrope opazimo spremembe, ki – ponekod sistemsko in dolgoročno, druge pa bolj stihijsko – vplivajo na zagotavljanje bolj dostopnih in kakovostnih zdravstvenih storitev za različne skupine priseljencev. Raznovrstni projekti in programi merijo na eni strani na spreminjanje zakonodaje, ki bi omogočala dostop priseljencem brez »zdravstvenega državljanstva« (Nichter 2008) do zdravstvenega sistema, na drugi strani pa na transformacijo zdravstvenih politik in standardov zdravstvenih ustanov v smeri večje enakosti (Chiarenza 2014). Poleg tega so opazni premiki tudi v izobraževanju zdravstvenih delavcev, ki se v času študija in kasnejših usposabljanjih ob delu vse pogosteje spoznavajo s področjem kulturnih kompetenc ali sorodnih izobraževanj, preko katerih razvijajo spoštovanje in občutljivost za heterogene potrebe pacientov ter znanja in veščine, da se nanje ustrezno odzivajo (Beach idr. 2005; Pulido-Fuentes idr. 2017). Najbolj opazne pa so te spremembe na področju komunikacije med zdravstvenim osebjem in pacienti, ki prihajajo iz drugih okolij. Ne le da večina evropskih zdravstvenih ustanov povsem rutinsko poskrbi za večjezične zdravstvene dokumente in zdravstvene programe, številne med njimi zaposlujejo jezikovne in kulturne posrednike (TIME 2016; Verrept 2019), ki redno sodelujejo pri zdravstvenih obravnavah. Kot bova pokazala v naslednjih poglavjih, sicer obstajajo med evropskimi državami in regijami velike razlike med profili, nalogami in statusi teh posrednikov, a bistveno je, da se lahko mnogi zdravstveni delavci in tujejezični pacienti pri premoščanju komunikacijskih ovir nanje oprejo.

KOMUNIKACIJSKE OVIRE V ZDRAVSTVENIH USTANOVAH V SLOVENIJI

Preden se osredotočiva na potrebe po premoščanju jezikovnih in kulturnih ovir, ki so prisotne v zdravstvenih ustanovah, velja na kratko predstaviti izsledke raziskav, ki se nanašajo na priseljence in zdravstvo v Sloveniji. V zadnjih letih sta na *Nacionalnem inštitutu za javno zdravje* (v nadaljevanju *NIJZ*) potekali dve kvalitativni raziskavi, ki sta se

osredotočali na neenakosti in ranljivosti v zdravju (Farkaš-Lainščak 2016; Huber, Lipovec Čebtron in Pistotnik 2020). Prva raziskava, ki je leta 2014 potekala v okviru projekta *Skupaj za zdravje*, je na osnovi 68 intervjujev s 121 sogovorniki iz zdravstvenih ter drugih organizacij v 8 okoljih¹ pokazala, da so intervjuvanci kot najbolj ranljive prebivalce prepoznali migrante oziroma priseljence (Lipovec Čebtron, Pistotnik in Keršič Svetel 2016). Pet let kasneje je znotraj projekta *MoST*² v 25 okoljih³ potekala metodološko primerljivo zastavljena raziskava, v kateri je bilo izvedenih 417 intervjujev s 629 sogovorniki, ki so med ranljive ponovno pogosto uvrščali priseljence (Huber 2020: 45–47). V obeh raziskavah so sogovorniki prepoznavali velike ovire priseljenec pri pridobivanju trajnejših pravnih statusov (dovoljenja za stalno prebivališče in državljanstva), pri čemer so izpostavljali, da zaradi tega težje dostopajo do množstva pravic, vključno s pravico do zdravstvenega zavarovanja, ki je za nekatere skupine priseljenec nedostopno (Pistotnik 2020). To potrjujejo tudi raziskave med prosilci za mednarodno zaščito (Jazbinšek in Palaić 2009; Bombač idr. 2017; Lipovec Čebtron in Bombač 2018), ki kažejo, da imajo te osebe zaradi izključnosti iz zdravstvenega zavarovanja zelo omejen dostop do zdravstvene oskrbe. Nadalje kvalitativni raziskavi projektov *Skupaj za zdravje* in *MoST* kažeta na velike težave priseljenec na področju zaposlovanja, ki so skladne z ugotovitvami drugih raziskav v Sloveniji (Pajnik 2010; Lukič 2010; Pajnik in Bajt 2011). Ne le da so sogovorniki poudarjali velike težave z dostopom do trga dela, temveč tudi pogoste primere kratenja pravic priseljenkih delavcev in neprimernih delovnih razmer. Pri tem je iz intervjujev obeh kvalitativnih raziskav očitno, da strukturne ovire na področjih pridobivanja (trajnejšega) pravnega statusa in zaposlovanja priseljence neredko vodijo v revščino, ki na eni strani povečuje možnost zdravstvenih težav, na drugi pa zmanjšuje dostop do kakovostne zdravstvene oskrbe (Lipovec Čebtron 2020).

Raziskavi projektov *Skupaj za zdravje* in *MoST* pa tudi dokazuje, da se največje ovire priseljenec v zdravstvenih ustanovah nanašajo na ovirano komunikacijo. Zdravstveni delavci in drugi sogovorniki so izpostavljali mnoge jezikovne in kulturne ovire, ki so vodile v

1 Raziskava je potekala v Celju z okolico, Izoli, Kopru, Kranju z okolico, Ljubljani, Murški Soboti z okolico, Novem mestu z okolico, Sevnici.

2 Projekt je imel daljši naslov *Model skupnostnega pristopa krepitve zdravja in zmanjševanja neenakosti v zdravju v lokalnih skupnostih* in je trajal od 2017 do 2020.

3 Ajdovščina, Brežice, Gornja Radgona, Idrija, Ivančna Gorica, Izola, Kamnik, Kočevje, Kranj, Lenart, Logatec, Maribor, Murska Sobota, Nova Gorica, Ormož, Piran, Postojna, Slovenska Bistrica, Slovenske Konjice, Šentjur, Trebnje, Velenje in Žalec. V primeru Slovenj Gradca in Dravograda ter Črnomlja in Metlike so zdravstveni domovi v projektu tvorili konzorcij, zato te kraje obravnavamo kot dve okolji in ne štiri.

številne nesporazume ter neenako zdravstveno obravnavo priseljencev (Lipovec Čebtron 2020). Podobno sliko ponujajo rezultati spletne ankete med 564 zaposlenimi v zdravstvenih ustanovah v Sloveniji, ki kažejo, da ima kar 94 % anketirancev stike s tujejezičnimi pacienti (Pokorn 2019a: 32), pri čemer mnogi med njimi poročajo o številnih komunikacijskih težavah, vključno z jezikovnimi in kulturnimi nesporazumi. Podobno kot v spletni anketi (Pokorn 2019b: 96–98) so tudi sogovorniki v kvalitativnih raziskavah projektov *Skupaj za zdravje* in *MoST* pri jezikovnih težavah najpogosteje omenili albanščino, nato pa še številne druge jezike (romščino, ruščino, kitajščino, romunščino, bolgarščino, italijanščino, hrvaščino/srbščino/bosansščino/črnogorščino, makedonščino, arabščino, perzijsščino, turščino, nemščino idr.). Pogosta omemba albanščine ne preseneča, saj državljani Kosova po statističnih podatkih predstavljajo eno najštevilčnejših skupin z dovoljenjem za prebivanje v Sloveniji⁴.

Skladno z že omenjenimi raziskavami iz tujine ter drugimi raziskavami v Sloveniji (Bofulin in Bešter 2010; Pokorn in Čibej 2018a, 2018b; Lipovec Čebtron in Bombač 2018) so tudi sogovorniki v raziskavi projekta *MoST* izpostavljali, da jezikovne ovire pogosto zmanjšajo kakovost zdravstvene obravnave in zdravstvenim delavcem otežijo njen potek, saj se pojavljajo tako pri jemanju anamneze, pri navodilih med pregledom kot pri sporočanju diagnoze in predpisovanju ustrezne terapije. Sogovorniki, ki so zaposleni v zdravstvenih ustanovah, so tudi množično poročali o časovnih stiskah, čustvenih težavah in strokovnih dilemah, ki jih povzročajo nezmožnost vzpostavitve uspešne komunikacije pri zdravstveni obravnavi. Ob tem so nekateri zdravstveni delavci ugotavljali, da so določeni zdravstveni programi težko dostopni ali nedostopni⁵ za tujejezične paciente, saj se izvajajo le v slovenskem jeziku. Drugi so priznavali, da so zaradi prevelikih jezikovnih ovir morali zdravstveno obravnavo prekiniti oziroma je niso bili pripravljeni opraviti. Iz intervjujev je tako jasno, da jezikovne ovire zelo otežujejo delo zdravstvenih delavcev, a najtežje posledice teh ovir nosijo tujejezični pacienti, ki so pogosto soočeni z manj kakovostnimi ter slabo ali nedostopnimi zdravstvenimi storitvami. Kot kaže analiza intervjujev, to vpliva na večjo neodzivnost priseljencev, ki se redkeje

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

5 Najpogosteje so omenjali nedostopnost preventivnih programov, kot so šola za bodoče starše, vzgojni programi za zdravo spolnost za mladostnike in predavanja za zobozdravstveno preventivo za otroke in mladostnike.

odločijo za zdravstvene preglede oziroma z njimi odlašajo (Lipovec Čebtron 2020).

Poleg jezikovnih ovir so v raziskavah projektov *Skupaj za zdravje* in *MoST* sogovorniki izpostavljali težave in nesporazume, ki izhajajo iz različnih predstav in praks na področjih zdravja, bolezni in zdravljenja. Čeprav so sogovorniki, zaposleni v zdravstvenih ustanovah, o teh težavah poročali bolj fragmentarno, pa je očitno, da številni med njimi drugačnih kulturnih navad pacientov niso razumeli ter se nanje niso znali odzvati. Tudi v že omenjeni spletni anketi med zdravstvenimi delavci so se, poleg jezikovnih, pokazale številne druge ovire, ki bi jim lahko rekli družbenokulturne in organizacijske. Na vprašanje »Na katerem področju (poleg jezikovnega) še zaznavate težave z uporabniki, ki ne govorijo slovensko?« so anketiranci največkrat izbrali odgovore, ki zadevajo organizacijo in delovanje zdravstvenega sistema: od nerazumevanja navodil zdravljenja, odsotnosti obveznega ali dopolnilnega zavarovanja, neizbranega osebnega zdravnika do nepoznavanja zdravstvenega sistema v Sloveniji (Pistotnik 2019: 69). Podobno kot v spletni anketi so tudi sogovorniki v raziskavi projekta *MoST* opazili, da so številni nesporazumi posledica nepoznavanja zdravstvenega sistema v Sloveniji, ki se kaže predvsem pri sistemu naročanja, urejanju administrativnih zadev ter pogostem odlašanju obiska zdravnika. Do skladnih ugotovitev so prišle še druge raziskave, ki so analizirale izkušnje migrantk in begunk v dostopu do zdravstva (Bombač idr. 2017; Lipovec Čebtron in Bombač 2018; Lipovec Čebtron idr. 2019).

NAČINI PREMOŠČANJA KOMUNIKACIJSKIH OVIR

Raziskavam projektov *Skupaj za zdravje* in *MoST*, ki sta obravnavali komunikacijske ovire med zdravstvenimi delavci in priseljenci v Sloveniji, je skupna ugotovitev, da so, zaradi odsotnosti institucionalnih odgovorov, pri premoščanju teh ovir zdravstveni delavci in pacienti večinoma prepuščeni sami sebi, na kar kažejo tudi druge študije (Bofulin in Bešter 2010; MIPEX 2015; Lipovec Čebtron in Bombač 2018; Pokorn 2019a).

Obe kvalitativni raziskavi *NIJZ* tudi jasno kažeta, da morajo zdravstveni delavci in pacienti sami izumljati in preizkušati različne načine, da bi premostili komunikacijske ovire, kar se izraža v množtvu različnih praks. Podobno kot v drugih študijah (Pokorn 2019a; Pokorn in Čibej 2018a) so se tudi v raziskavi projekta *MoST* sogovorniki

med zdravstveno obravnavo posluževali različnih pristopov, pri čemer so v nekaterih primerih uporabili splošni sporazumevalni jezik ali *linguo franco* (običajno angleščino)⁶ in medjezikovno sporazumevanje⁷ ter pri tem ugotavljali, da taki strategiji pogosto ne zagotavljata kakovostne komunikacije. Posamezni zdravstveni delavci in uporabniki zdravstvenih storitev so omenjali uporabo »google«, ki jo strokovnjaki pogosto odsvetujejo, saj spletni prevajalniki ne zagotavljajo varstva osebnih podatkov ter informacij ne prenašajo dovolj zanesljivo (Pokorn 2019a: 42). To še posebej velja za dvojice jezikov, iz katerih uporabniki redkeje prevajajo (kot sta, na primer, slovenščina in arabščina). Nadalje so sogovorniki opisali posamezne primere, ko so za pomoč prosili zaposlene v zdravstvenih ustanovah, ki znajo jezik tujejezičnih pacientov. Raziskovalci tak način premoščanja jezikovnih ovir vidijo kot priporočljiv predvsem takrat, ko gre za zdravstvene delavce in ne za druge zaposlene, ki nimajo medicinske izobrazbe in niso večji tolmačenja (Pokorn 2019a: 43).

Veliko bolj zastopana strategija, ki so jo omenjali sogovorniki, pa je nebesedna komunikacija – gestikuliranje in mimika. Kot ugotavlja Nike K. Pokorn, se zdi, da je »tako pogosta raba te strategije posledica zmotnega prepričanja, da se pomen v kliničnem pogovoru da prenesti z gestami, ker je ta objektivnejši in bolj znanstven od jezika v drugačnih komunikacijskih situacijah« (Pokorn 2019a: 41). Vendar pa raziskovalci opozarjajo, da v klinični praksi geste nikakor ne morejo nadomestiti jezika, ki je v zdravstveni obravnavi ključni element komunikacije (prav tam). Iz analize terenskega materiala izhaja, da se h gestikuliranju in mimiki zatečejo, ko ni na voljo nobenega drugega načina premoščanja jezikovnih ovir, pri čemer se zdravstveni delavci redko zavedajo problematičnosti takega pristopa.

Daleč najpogostejša strategija premoščanja komunikacijskih ovir je v raziskavi projekta *MoST* prisotnost osebe, ki zna jezik tujejezičnega pacienta. Gre za *ad hoc* tolmače oziroma osebe, ki nimajo tolmaške izobrazbe in spremljajo tujejezičnega posameznika, pri čemer razumejo tako jezik zdravstvenega delavca kot jezik uporabnika zdravstvenih storitev (Pokorn 2019a: 41). Iz intervjujev z zdravstvenimi delavci je očitno, da *ad hoc* tolmače uporabljajo v številnih zdravstvenih ustanovah v različnih krajih Slovenije. Običajno so v tej

6 Lingua franca se nanaša na jezik, ki ga razumeta oba govorca, a za nobenega od njiju to ni materni jezik.

7 Pri medjezikovnem sporazumevanju se govorca poskušata sporazumeti tako, da vsak govori v svojem jeziku (Pirih Svetina idr. 2016). Ta komunikacijska praksa se kaže kot pogojno uporabna predvsem pri jezikih, ki so si sorodni (na primer slovenščina in hrvaščina), ne pa tudi pri drugih.

vlogi znanci, prijatelji, delodajalci ali sodelavci, najpogosteje pa bližnji sorodniki, kot so zakonski partnerji ali otroci. Del sogovornikov v raziskavi projekta *MoST* v takih praksah ne vidi problema, še več, dojemajo jih kot dobrodošlo pomoč pri različnih zdravstvenih pregledih, kar se sklada s stališči sodelujočih v nekaterih drugih raziskavah (Rhodes in Nocon 2003; Hadziabdic in Hjelm 2014). Čeprav je iz terenskega materiala opaziti, da mnogi zaposleni v zdravstvenih (in tudi drugih) ustanovah otrokom brez zadržkov prisodijo vlogo tolmačev, pa se drugi zavedajo pasti tovrstnega premoščanja komunikacijskih ovir ter velikih obremenitev, ki jih nosijo mladi *ad hoc* tolmači. Podobno raziskovalci odsvetujejo take prakse in izpostavljajo, da so v nekaterih okoljih otroci v vlogi *ad hoc* tolmačev nezaželeni ali celo prepovedani (Hadziabdic in Hjelm 2014: 6; Pokorn 2019a: 41). Tudi pri uporabi odraslih *ad hoc* tolmačev raziskovalci poudarjajo številna tveganja, saj te osebe običajno niso večše tolmačenja ter ne poznajo medicinske terminologije, zato lahko netočno tolmačijo (Meyer 2009 po Pokorn 2019a: 41), obenem pa niso zavezani k molččnosti in lahko kršijo načelo zaupnosti in zasebnosti podatkov (Díaz-Duque 1982: 1380).

Zadnja zaznana strategija premoščanja komunikacijskih ovir v raziskavi projekta *MoST* je pomoč tolmačev ali medkulturnih mediatorjev, ki pa je, zaradi predhodno omenjene odsotnosti sistemske vpejave teh profilov v zdravstvene ustanove v Sloveniji, redko prisotna. Pri tem je treba izpostaviti, da so v raziskavi sodelovali tudi sogovorniki iz zdravstvenih ustanov, v katerih so nedavno zaposlili medkulturne mediatorke. Podobno kot druge raziskave s področja vpeljevanja medkulturnih mediatorjev v zdravstvo (Verrept in Loucx 1997; Jazbinšek in Pistotnik 2016; Verrept in Coune 2016; Lipovec Čebren idr. 2017; Škraban idr. 2020) so tudi sogovorniki iz teh ustanov izpostavljali, da je bila ob prisotnosti medkulturnega mediatorja komunikacija lažja in bolj kakovostna, obenem pa je vplivala na večjo odzivnost tujejezičnih pacientov. Tudi drugi sogovorniki, ki so imeli izkušnje s tolmači in medkulturnimi mediatorji, so prepoznavali njihove prednosti pri zdravstveni obravnavi, ob čemer so se nekateri med njimi v intervjujih glasno spraševali, zakaj jim zdravstvene ustanove ne omogočijo rednega, vsakodnevnega dostopa do njih.

Tem glasno izrečenim potrebam po sistemski uvedbi tovrstnega profila v zdravstvene ustanove pritrjujejo tudi odgovori zdravstvenih delavcev na vprašanje že omenjene spletne ankete, ki se je glasilo: »Kaj bi vam koristilo pri premoščanju jezikovnih in drugih ovir pri obravnavi uporabnikov, ki ne znajo slovensko?«. Na to vprašanje, na katero so bili predvideni štirje odgovori, je bil najpogosteje izbran ravno

odgovor » uvedba medkulturnih mediatorjev/tolmačev«⁸ (Lipovec Čebtron 2019).

VPELJEVANJE MEDKULTURNE MEDIACIJE V ZDRAVSTVENE USTANOVE V SLOVENIJI

Glede na jasno izražene potrebe po medkulturnih mediatorjih in tolmačih v zdravstveni obravnavi se poraja vprašanje, zakaj niso bili, tako kot v številnih evropskih državah, že pred časom sistemsko vpeljani v zdravstvene ustanove v Sloveniji? Zakaj predstavniki zdravstvenih ustanov niso predlagali vpeljave teh profilov na različne nivoje zdravstva? Zakaj na drugih področjih, denimo v sodnih, azilnih ali policijskih postopkih, v primerih tujejezičnih oseb že več desetletij sodelujejo tolmači, v zdravstvu pa so taka redkost?

Katerikoli so razlogi za nastalo situacijo, ostaja dejstvo, da so bile komunikacijske ovire med zdravstvenimi delavci in tujejezičnimi pacienti dolga leta zapostavljene. To je bil eden od razlogov, da si je Slovenija v *Indeksu politik vključevanja migrantov* (MIPEX 2015, 2020) na področju zagotavljanja dostopne zdravstvene oskrbe priseljencem na lestvici 52 držav že dvakrat zapored prislužila uvrstitev na zadnja mesta. Eden od argumentov za tako slabo uvrstitev je bil, da si Slovenija » skoraj z ničimer ne prizadeva, da bi pacienta, ki je na novo prišel v to državo, vključila v zdravstveni sistem, ga usmerjala in poskušala zadostiti katero od njegovih specifičnih potreb« (MIPEX 2015).

Neurejenost tega področja se odslikava tudi na nivoju zakonodaje. *Zakon o pacientovih pravicah* sicer določa, da ima pacient »pravo do enake obravnave pri zdravstveni oskrbi ne glede na spol, narodnost, raso ali etnično poreklo, vero ali prepričanje, invalidnost, starost, spolno usmerjenost ali drugo osebno okoliščino« (7. člen Zakona o pacientovih pravicah). Isti zakon zdravniku tudi nalaga, da mora pacienta obvestiti o njegovem zdravstvenem stanju in možnostih zdravljenja »v neposrednem stiku, obzirno, na pacientu razumljiv način oziroma skladno z individualnimi sposobnostmi sprejemanja informacij, v celoti in pravočasno« (20. člen Zakona o pacientovih pravicah). Iz te zadnje določbe bi lahko sklepali, da ima oseba, ki išče zdravstveno pomoč, pravico do obveščенosti v jeziku, ki ga razume. Vendar pa *Zakon o pacientovih pravicah* o tem ne govori eksplicitno, obenem pa

⁸ Za ta odgovor se je odločilo 54,41% oziroma 271 od 498 anketirancev, ki so odgovarjali na vprašanje.

ne ta ne katerikoli drugi zakon ne zagotavlja pravice do tolmačenja. Ta pravica je namreč zagotovljena samo uradno priznanima manjšinama na dvojezičnem območju, gluhim osebam, izjemoma pa tudi prosilcem za mednarodno zaščito (Bofulin in Bešter 2010; Bofulin idr. 2016).

Vseeno pa je v zadnjih letih na tem področju opaziti nekatere pomembne premike. V *Viziji prednostnih nalog in razvoja Urada Vlade RS za oskrbo in integracijo migrantov v obdobju 2019–2024* (Vlada RS 2019) je dobila medkulturna mediacija pomembno vlogo, saj vizija predvideva »strokovno usposabljanje in certificiranje medkulturnih mediatorjev in mediatork z migrantskim ozadjem, ki zagotavljajo podporo migrantom pri komunikaciji z institucijami«. Pomemben korak k profesionalizaciji na tem področju predstavlja tudi nedavna potrditev nacionalnega poklicnega standarda za medkulturnega mediatorja ter nacionalnega poklicnega standarda za skupnostnega tolmača za albanski jezik (NRP 2020).

Opazni premiki pa so se zgodili tudi pred nekaj leti s postopno vpeljavo medkulturnih mediatork v zdravstvene domove v različnih krajih Slovenije. V že omenjenem projektu *NIJZ Skupaj za zdravje*, ki je potekal med letoma 2013 in 2016, so medkulturno mediacijo pilotno vpeljali v Zdravstveni dom Celje (Jazbinšek in Pistotnik 2016; Lipovec Čebren idr. 2017). Zaradi izredno pozitivnih odzivov zdravstvenih delavcev in pacientov (prav tam) pa so nekaj let kasneje, v okviru projekta *Krepitev zdravja za vse*⁹, možnost vpeljave medkulturne mediacije razširili na 25 zdravstvenih domov, pri čemer se je v letih 2018 in 2019 v zdravstvenih domovih zaposlilo 12 medkulturnih mediatork¹⁰. Na osnovi izkušenj z vpeljevanjem medkulturne mediacije v kontekstu projektov *MoST* in *Krepitev zdravja za vse* je nastala pričujoča knjiga.

KNJIGI NA POT

Monografija je posvečena prvim korakom vpeljevanja medkulturne mediacije v zdravstvene ustanove v Sloveniji. V metodološkem delu monografije predstaviva pristope, ki sva jih uporabila pri raziskovanju

9 Celotni naziv projekta je *Nadgradnja in razvoj preventivnih programov ter njihovo izvajanje v primarnem zdravstvenem varstvu in lokalnih skupnostih*.

10 V monografiji piševa o »medkulturnih mediatorkah«, ko imava v mislih tiste, ki so bile zaposlene v zdravstvenih domovih v okviru projekta *Krepitev zdravja za vse* in so bile hkrati udeleženske v raziskavi, na kateri je osnovana pričujoča monografija. Ko pa se na nanašava na ta profil na splošno, piševa v moški obliki.

medkulturne medicije, pri čemer pojasniva tudi širši kontekst najinega raziskovanja, ki je pogojeval način in vrsto zbiranja podatkov.

Sledi poglavje *Kaj je medkulturna medicija: uvodni konceptualni premislek*, ki je posvečeno teoretski utemeljitvi medkulturne medicije. Na osnovi obstoječe znanstvene literature predstaviva različne modele in razumevanja medkulturne medicije ter pri tem izpostaviva »model lestve«, ki pokaže na pahljačo različnih nalog medkulturnih mediatorjev in jih uredi po vidnosti in njihovem vplivu na komunikacijo. Nadalje medkulturno medicijo umestiva med druge, njej sorodne profile, namenjene jezikovnemu in kulturnemu posredovanju, in skušava odgovoriti na vprašanje, kako jih misliti sočasno.

Naslednja poglavja analitično obravnavajo vsako izmed nalog medkulturne medicije v zdravstvu, pri čemer se opirava na najino terensko raziskavo na eni ter strokovno in znanstveno literaturo na drugi strani. V tem sklopu je prvo poglavje *Tolmačenje v medkulturni mediciji*, v katerem razčleniva različne vidike standardov tolmačenja medkulturnih mediatorjev v zdravstvu, pokaževa na njihovo aktivno vlogo v kliničnih srečanjih in poudariva, kakšne so implikacije v zdravstveni obravnavi, ko jezikovni in kulturni posredniki nereflektirano zavzemajo druge vloge.

Sledi poglavje *Podpora*, kjer se posvetiva naslednjemu sklopu nalog medkulturnih mediatorjev v zdravstvu, pri čemer odgovarjava na vprašanje, kako razjasnjujejo kulturne nesporazume in, širše, kako ravnajo s kulturnimi vidiki zdravja, bolezni in zdravljenja, kot se ti kažejo v konkretnih kliničnih srečanjih.

Sklop poglavij o nalogah medkulturnih mediatorjev končujeva s poglavjem *Zagovornišтво*, kjer pokaževa na različne vidike te naloge, ki od vseh najbolj posega v odnose med udeleženci kliničnih srečanj v zdravstvu.

Poglavje *Organizacija medkulturne medicije v zdravstvu* pri naša vpogled v organizacijske vidike, ki ključno vplivajo na vsakdanjo prakso medkulturne medicije v zdravstvenih ustanovah. Posvetiva se tako vidikom, ki se nanašajo na organizacijo medkulturne medicije znotraj zdravstvenih ustanov, kot tudi tistim, ki presegajo konkretne zdravstvene ustanove, a puščajo močan pečat na tem področju.

Poglavje *Usposabljanje na področju medkulturne medicije* sestavljata dva medsebojno prepletana dela. Sprva predstavlja glavne poteze usposabljanj na področju medkulturne medicije v tujini, kar dopolnjujeva z opisom in analizo usposabljanja medkulturnih mediatork v Sloveniji, ki sva ga koordinirala avtor in avtorica te monografije. Pri tem se posvetiva tako analizi procesa skupinskega dela kot njegovim rezultatom.

Zaključno poglavje nameniva sintezi ugotovitev iz prejšnjih poglavij. Pri tem opozarjava na nekatera odprta vprašanja, na katera bomo morali odgovoriti v prihodnosti tako v praktičnem kot tudi teoretičnem in raziskovalnem smislu.

Metodologija in kontekst raziskave

V tem poglavju uvodoma predstaviva potek raziskave, ključne raziskovalne metode ter medkulturne mediatorke, ki so sodelovale v raziskavi. Nadalje najine raziskovalne pristope na kratko primerjava s pristopi k raziskovanju medkulturne mediacije v Sloveniji in tujini. V zadnjem delu poglavja pa se posvetiva širšemu kontekstu, v katerem je potekala raziskava, ter pri tem predstaviva projekta *Krepitev zdravja za vse* in *MoST*, znotraj katerih je bila medkulturna mediacija prvič organizirano vpeljana v nekatere zdravstvene ustanove v Sloveniji.

Pričujoča monografija temelji na analizi 15 individualnih polstrukturiranih intervjujih in 15 skupinskih polstrukturiranih intervjujih z medkulturnimi mediatorkami, ki delajo v različnih krajih Slovenije. Individualne intervjuje sva izvedla med marcem in septembrom 2019, skupinske intervjuje pa med decembrom 2018 in avgustom 2020.

Individualni intervjuji z medkulturnimi mediatorkami so potekali na osnovi vprašalnika, ki je obsegal več tem: od izkušnj sogovornic pri izvajanju medkulturne mediacije, organizacijskih aspektov njihovega dela do njihovih stališč o profesionalizaciji medkulturne mediacije. Pri izvedbi individualnih intervjujev so nama pomagali študentke in študenti drugostopenjskega študija etnologije in kulturne antropologije, vendar je bil na vsakem intervjuju prisoten tudi eden od avtorjev pričujoče monografije. Intervjuje, ki so običajno potekali pred ali po srečanjih usposabljanja za medkulturne mediatorke, smo večinoma izvedli v prostorih *NIJZ*. Intervjuji, ki so trajali od ene do treh ur, so bili posneti in transkribirani.

Osnovo za pričujočo knjigo poleg omenjenih intervjujev tvorijo tudi izsledki 15 skupinskih polstrukturiranih intervjujev. Če so bili individualni intervjuji namenjeni izključno raziskovanju za potrebe te monografije, pa sva skupinske intervjuje opravila tudi zavoljo usposabljanja za medkulturne mediatorke. Kot podrobneje piševa v poglavju *Usposabljanje na področju medkulturne mediacije*, smo večino srečanj delili na predavanja, kjer so strokovnjakinje in strokovnjaki predstavili različna tematska področja, ter na delavnice, v katerih smo se navadno posvetili skupinskemu pogovoru, kjer so medkulturne mediatorke izmenjevale svoje izkušnje. Del teh pogovorov je potekal v obliki skupinskih polstrukturiranih intervjujev, o katerih sva vodila natančne zapiske. V posameznem skupinskem intervjuju je sodelovalo najmanj štiri in največ petnajst oseb, povprečno pa okoli osem medkulturnih mediatork.

Material za analizo torej tvorijo transkripcije individualnih intervjujev in zapisi skupinskih intervjujev. To gradivo sva kodirala po temah iz vprašalnika in mu kasneje, kjer je bilo treba, dodala še druge kode, saj so se tako v individualnih kot skupinskih intervjujih odprle določene teme, ki jih vnaprej nisva predvidela. Pred uporabo gradiva v knjigi sva osebne podatke medkulturnih mediatork prikrila, njihova imena pa zamenjala, da bi zakrila njihovo identiteto.

Kljub temu da sva identiteto sogovornic v pričujoči monografiji prikrila, bova v nadaljevanju predstavila nekaj osnovnih podatkov, s pomočjo katerih si je mogoče ustvariti okvirno sliko o medkulturnih mediatorkah, ki so sodelovale v raziskavi. Večina sogovornic (deset od

petnajstih) je bila vključenih v vpeljevanje medkulturne mediacije v zdravstvene domove v okviru projekta *Krepitev zdravja za vse*, ostale pa delujejo kot medkulturne mediatorke v drugih javnih ustanovah in nevladnih organizacijah. Vse sogovornice, razen ene, so bile redne ali občasne udeležanke strokovnega usposabljanja za medkulturne mediatorke, ki smo ga organizirali na NIJZ.

Sodelujoče v raziskavi so vse ženskega spola, v času intervjuja pa so bile v povprečju stare devetintrideset let. Če pogledamo kraje njihovega rojstva, vidimo, da jih je bilo pet rojenih na Kosovu, tri v Sloveniji, po dve v Iranu in Makedoniji, po ena pa v Iraku, Bosni in Hercegovini in Albaniji. Tiste, ki se niso rodile v Sloveniji, so tu prebivale v povprečju štirinajst let. Deset jih pri medkulturni mediaciji uporablja slovenščino in albanščino, tri slovenščino in arabščino ter dve angleščino, arabščino in perzijsščino. V povprečju so imele v času intervjuja 3,6 leta delovnih izkušenj na področju medkulturne mediacije, vendar so to vlogo večinoma prevzemale že prej, a neformalno. Deset jih ima univerzitetno izobrazbo, ena višješolsko, dve srednjo in dve osnovno, pri čemer imajo tri sogovornice izobrazbo s področja zdravstvene nege.

Kot sva že omenila, sva izsledke individualnih in skupinskih intervjujev sistematično analizirala in vključila v pričujočo monografijo. Mesta, kjer se nanašava na podatke iz individualnih intervjujev, sva v knjigi označila z imeni medkulturnih mediatork in podatkom, da gre za intervju; dele, kjer se referirava na skupinske intervjuje, pa sva označila kot »zapis z usposabljanja« in temu dodala datum skupinskega intervjuja.

Na pisanje pričujoče monografije pa so poleg terenskega raziskovanja bržkone vplivale tudi druge aktivnosti, v katere sva bila sočasno vpeta. Teh izkušenj nisva sistematično beležila, so pa gotovo imele vpliv na proces raziskovanja in pisanja tega dela. Med njimi so bile zagotovo pomembne izkušnje iz projekta *MoST*, kjer bi izpostavila izvedbo kvalitativne raziskave o ranljivostih in neenakostih (Huber, Lipovec Čebren in Pistotnik 2020), izvedbo usposabljanja zdravstvenih delavcev o kulturnih kompetencah (Lipovec Čebren in Huber 2020) in zagotavljanje podpore zdravstvenim domovom pri vpeljevanju medkulturne mediacije (Škraban 2020). V vseh teh primerih je prihajalo do mnogih priložnosti za pretresanje tem, povezanih z medkulturno mediacijo. Poleg tega sva sodelovala pri projektu *TRAMIG*¹¹, ki je bil namenjen usposabljanju učiteljev skupnostnega tolmačenja in medkulturne mediacije.

11 Več informacij na spletnem mestu: tramig.eu.

V nadaljevanju bova najino raziskavo umestila v širši kontekst raziskovanja medkulture mediacije. Pri pregledu relevantne znanstvene in strokovne literature sva, poleg študij s področja medkulture mediacije, zaradi sorodnosti področja upoštevala tudi nekatere raziskave skupnostnega tolmačenja ter drugih oblik jezikovnega in kulturnega posredovanja. Vseeno pa velja opozoriti, da je najin pregled raziskav o delu medkulturnih mediatorjev bolj izčrpen od študij o njegovih sorodnih profilih. V naslednjih odstavkih, v katerih bova primerjala različne raziskovalne pristope in uporabljene metode, posameznih profilov ne bova vedno ločevala, temveč bova pogosto uporabljala nadpomenu jezиковni in kulturni posredniki.

Pri pregledu tujih raziskav je opaziti, da uporaba kvalitativnih metod prevladuje nad kvantitativnimi. Za to področje so se konec prejšnjega stoletja sicer zanimali nekateri antropologi (Verrept in Louckx 1997; Kaufert 1999), vendar pa je opaziti, da je uporaba etnografskih raziskovalnih metod precej pogosta tudi pri raziskovalcih drugih disciplin. Slednji pri tem pogosto prepletajo opazovanje z udeležbo in poglobljene intervjuje (Davidson 2000, 2001; Leanza 2005; Agustí-Panareda 2006; Hsieh 2007). Raziskovalci, ki jih bolj zanimajo jezikovne razsežnosti dela jezikovnih in kulturnih posrednikov, se pogosto poslužujejo transkripcij kliničnih srečanj v prisotnosti tolmačev ter uporabljajo analizo pogovora oziroma kritično analizo diskurza (Pöllabauer 2004; Hsieh 2007; Baraldi in Gavioli 2015).

Velja izpostaviti, da je raziskovanje medkulture mediacije in skupnostnega tolmačenja redko povezano z njunim vpeljevanjem v zdravstvo. Eden izmed takih primerov je sodelovanje raziskovalcev z univerze v Modeni in Reggio Emilii z lokalno enoto zdravstva, ki zagotavlja medkulturno mediacijo v zdravstvu v tej regiji (Baraldi 2014; Baraldi in Gavioli 2015). Opaziti je tudi nekatere študije, v katerih so raziskovalci sočasno sodelovali pri vpeljevanju in raziskovanju medkulture mediacije, vendar so te redkejšje (Verrept in Louckx 1997; Verrept 2008).

Če se zdaj ozreva k raziskovanju medkulture mediacije v Sloveniji, lahko ugotoviva, da je bilo slednje prepletano s projekti, v katerih je, poleg drugih aktivnosti, potekalo vpeljevanje medkulture mediacije v zdravstvo. Kot je bilo napisano že v uvodu, je bila medkulturna mediacija v zdravstvo v Sloveniji do zdaj vpeljana v okviru dveh projektov, in sicer *Skupaj za zdravje* (med 2013 in 2016) in *Krepitev zdravja za vse* (med 2018 in 2019). V obeh projektih je

vpeljevanje medkulturne medicije v zdravstvo spremljala tudi raziskovalna dejavnost, ki je bila z vpeljevanjem tesno povezana. Raziskovanje je vključevalo tako kvalitativno kot tudi kvantitativno metodologijo.

Če se najprej posvetiva kvalitativnemu raziskovanju, je treba najprej omeniti kvalitativni del evalvacije pilotnega vpeljevanja medkulturne medicije v okviru projekta *Skupaj za zdravje* (Jazbinšek in Pistotnik 2016), ki je vključeval opazovanje z udeležbo na preventivnih zdravstvenih obravnavah ter intervjuje s tujejezičnimi uporabnicami preventivnih zdravstvenih obravnav, medkulturno mediatorko, zdravstvenimi delavci in ključnimi akterji iz albansko govoreče skupnosti. Nadalje velja izpostaviti magistrsko delo Karmen Gosence (Gosence 2017), ki je v analizi različnih nalog tega profila izhajala predvsem iz intervjujev z medkulturnimi mediatorji ter zdravstveno delavko, ki je sodelovala pri pilotnem vpeljevanju medkulturne medicije v Sloveniji. Če v obzir vzameva še kvantitativne raziskave, lahko omeniva evalvacijski študiji vpeljevanja medkulturne medicije v zdravstvene ustanove v Sloveniji. Prva je bila izvedena v okviru projekta *Skupaj za zdravje* (Lipovec Čebren idr. 2017), druga pa je raziskovala obseg vpeljevanja medkulturne medicije v letu 2019 v okviru projekta *Krepitev zdravja za vse* (Škraban 2020).

Ob primerjavi najine raziskave z raziskovalnimi pristopi predhodno predstavljenih raziskav v tujini in Sloveniji, prideva do naslednjih ugotovitev. V najini raziskavi uporablja kvalitativno metodologijo, ki jo uporabljajo tako raziskave v tujini kot Sloveniji. Druge raziskave, za razliko od najine vključujejo tudi opazovanje z udeležbo, kar se kaže kot pomemben pristop, ki ga velja uporabiti v prihodnjih raziskavah na tem področju. Drugače od nekaterih drugih študij, ki vključujejo tudi zdravstvene delavce in tujejezične paciente, najina raziskava kot sogovornice vključuje le medkulturne mediatorke. Za bolj celovito razumevanje dinamike v zdravstvenih ustanovah bi v prihodnje veljalo raziskovanje razširiti tudi na zdravstvene delavce in tujejezične uporabnike. Ugotavlja še, da je v Sloveniji raziskovanje medkulturne medicije tesno prepleteno s procesi njenega vpeljevanja v prakso, ki je le v manjši meri prisotno pri študijah v tujini. Vseeno pa se pričujoča raziskava glede na pretekle raziskave medkulturne medicije v Sloveniji razlikuje, saj je prva, v kateri raziskovanje ni namenjeno evalvaciji projektne dela, temveč bolj temeljnemu razmisleku o nalogah medkulturne medicije v zdravstvu.

VPELJEVANJE MEDIKULTURNE MEDIACIJE ZNOTRAJ
PROJEKTA *KREPITEV ZDRAVJA ZA VSE*

Kot sva nakazala že v prejšnjem odstavku, je pričujoča monografija tesno prepletena s procesom vpeljevanja medkulture mediacije v zdravstvo. Slednje je potekalo v okviru projekta *Krepitev zdravja za vse*, v katerega je bilo vključenih 25 zdravstvenih domov po vsej Sloveniji. Sočasno je na NIJZ je potekal projekt *MoST*, ki je vsebinsko in strokovno podpiral izvajalce projekta *Krepitev zdravja za vse*. Znotraj projekta *MoST* je delovala *Delovna skupina za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi* (člana te skupine sva bila tudi avtorica in avtor monografije), ki je izvajala različne dejavnosti na področju zmanjševanja neenakosti v zdravstveni oskrbi. V nadaljevanju povzemava le tiste, ki se neposredno povezujejo z medkulturno medicino (za ostale glej Huber, Lipovec Čebren in Pistotnik 2020).

Že uvodoma je bilo predstavljeno, da je delovna skupina ob pomoči zunanjih izvajalcev izvedla kvalitativno terensko raziskavo o ranljivostih in neenakostih v zdravju v 25 lokalnih okoljih, vključenih v projekt *Krepitev zdravja za vse* (Huber, Lipovec Čebren in Pistotnik 2020). V raziskavi smo ugotovili, da jezikovne in kulturne ovire predstavljajo ključne prepreke do kakovostne zdravstvene oskrbe tujejezičnih uporabnikov (Lipovec Čebren 2020). Skupina je poleg tega vpeljala *Standard za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi ranljivih skupin*, ki je vključeval orodje, s pomočjo katerega so zdravstveni domovi ocenili stopnjo zagotavljanja enakosti v svoji ustanovi (Farkaš Lainščak in Lipovec Čebren 2016). Nadalje je ista skupina izvedla serijo 13 usposabljanj o kulturnih kompetencah za skupno 485 zaposlenih v omenjenih zdravstvenih domovih (Lipovec Čebren in Huber 2020). Izsledke raziskave v 25 okoljih je skupina predstavila tako na usposabljanjih o kulturnih kompetencah kot tudi v lokalnih skupinah za krepitev zdravja, pri čemer so se te predstavitve pogosto nanašale na vpeljevanje medkulturne mediacije v lokalna okolja. Poleg tega so na usposabljanju zdravstvenih delavcev s področja kulturnih kompetenc dve predavanji in ena delavnica obravnavali področje medkulturne mediacije. Vse našete dejavnosti so v projektu tekle vzporedno in imele izrazito razvojno naravnost, zato lahko rečeva, da se je medkulturna medicina v projektu začela razvijati postopoma in glede na zaznane potrebe. Vpeljevanje medkulturne mediacije so v zdravstvenih domovih v nekaterih primerih spodbudili zdravstveni delavci, ki so zaznali potrebe po premoščanju jezikovnih in kulturnih ovir ter tudi sami poiskali medkulturno mediatorico, ki bi jim pri premoščanju teh ovir pomagala. V drugih primerih pa je vpeljevanje medkulturne mediacije

spodbudila delovna skupina s projektnimi aktivnostmi, s katerimi je vplivala na občutljivost zdravstvenih delavcev za prepoznavanje jezikovnih in kulturnih ovir ter sodelovala pri procesu iskanja najustrežnejše medkulturne mediatorke.

V nekaterih zdravstvenih domovih so medkulturne mediatorke začeli vpeljevati že konec leta 2018, zato smo jih povabili na skupni sestanek. Počasi se je oblikovala skupina, ki je štela 25 medkulturnih mediatork, od katerih je približno polovica sodelovala v projektu *Krepitev zdravja za vse*, ostale pa so bile aktivne v lokalnih javnih ustanovah in organizacijah. Zaradi odsotnosti kontinuiranih usposabljanj na tem področju smo se odločili za inkluzivno skupino, v katero smo vključili tudi osebe, ki z omenjenim projektom niso imele tesnejšega stika.

Čeprav se je vpeljevanje medkulturne medicije v zdravstvene domove začelo konec leta 2018, pa je vrh doživelo v letu 2019, ko je v 11 zdravstvenih domovih delovalo 12 medkulturnih mediatork. Za boljše predstavo dela medkulturnih mediatork navajava nekatere ključne kvantitativne podatke iz leta 2019 (za več podatkov glej Škraban 2020). V letu 2019 so medkulturne mediatorke posredovale 1033-krat,¹² pri čemer se je število njihovih intervencij večalo od januarja do decembra (z izjemo poletnih mesecev). Skoraj vse intervencije medkulturnih mediatork so potekale v jezikovni kombinaciji slovenščina-albanščina. Največkrat so se vključevale v pediatrične (n = 183), ginekološke (n = 153) obravnave, obravnave patronažnega varstva (n = 153) in družinske medicine (n = 132). Naj omeniva še podatke o časovnem obsegu intervencij medkulturnih mediatork: največkrat je zdravstvena obravnava ob prisotnosti medkulturne mediatorke trajala 30 minut, pri čemer so medkulturne mediatorke večinoma porabile dodatne pol ure za stik z uporabniki ali zdravstvenimi delavci pred obravnavo ali po njej.

Pričujoča monografija nudi le parcialen pogled na področje medkulturne medicije, saj gre za novo in zelo dinamično področje, ki je v izrazitem porastu in stalnem spreminjanju. Poleg projekta *Krepitev zdravja za vse* so na tem področju sočasno potekali še drugi projekti, ki so vključevali sodelovanje medkulturnih mediatorjev v zdravstvenih ali drugih ustanovah, a jih v to delo nisva vključila. Zato lahko rečeva, da najina raziskava pomeni temeljito analizo dela medkulturnih mediatork znotraj omenjenega projekta in ne dokončno ali celovito raziskava medkulturne medicije v Sloveniji.

12 V raziskavi so zbrani tudi podatki, izraženi v urah, a so zaradi nižje stopnje odgovorov manj zanesljivi. Vseeno naj povzameva, da smo zabeležili 783 ur in 45 minut opravljenega dela medkulturnih mediatork v zdravstvenih domovih.

Kaj je medkulturna mediacija: uvodni konceptualni premislek

Medkulturna mediacija je kot koncept in praksa relativna novost po vsem svetu, na različnih krajih pa se je razvila na raznovrstne načine. Raznorodnost odzivov na tem področju se jasno kaže v pregledu stanja leta 2015, ko so v različnih evropskih državah raziskovalci našli naslednje profile: kulturni tolmač in skupnostni tolmač (Avstrija); medkulturni mediator, podpornik družin in socialni tolmač (Belgija); tolmač v socialnem sektorju ter socialni in kulturni mediator (Francija); tolmač in zdravstveni svetovalec za etnične manjšine (Nizozemska); mediator in spodbujevalec integracije (Nemčija); tolmač in medkulturni mediator (Grčija); socialni tolmač, facilitator sporazumevanja, jezikovni mediator, tehnik jezikovne mediacije za migrante, jezikovni in kulturni mediator, socialni mediator in medkulturni delavec (Italija); sociokulturni mediator, skupnostni mediator in medkulturni mediator (Portugalska); medkulturni mediator (Španija); medkulturni

tolmač in medkulturni mediator (Švica) (Theodosiou in Aspioti 2015: 26, 27). Če poleg Evrope pogledamo še na ameriški kontinent, nas čaka podobna raznolikost: na primer v Kanadi poznajo kulturne posrednike (angl. *culture brokers*; Miklavcic in LeBlanc 2014), v Čilu medkulturne facilitatorje (šp. *facilitadores interculturales*; Ibacache Burgos 2001; Narváez 2012), ponekod v ZDA pa tolmače kulturne mediatorje (angl. *interpreter cultural mediators*; Jackson-Carroll, Graham in Carey-Jackson 1998).

Raznolikosti pa ni moč najti le med državami, saj je množstvo različnih profilov na področju premoščanja jezikovnih in kulturnih ovir pogosto zaznati tudi v eni sami državi ali regiji. V Kataloniji, na primer, poznajo prevajalce in tolmače, tolmače v javnih ustanovah, medkulturne mediatorje, jezikovne mediatorje in medjezikovne mediatorje (Aru-mí Ribas 2017: 196). Da je zmeda še večja, se lahko na različnih koncih sveta uporablja isti pojem (na primer medkulturna mediacija), vendar pa lahko ta v dveh državah ali celo regijah označuje dve različni praksi. Težo pojmovne in konceptualne zmede morda še poveča dejstvo, da ni opaziti študij, ki bi pokazale, kateri pristop je v katerih okoliščinah najbolj učinkovit (Bot in Verrept 2013: 118, 119). V raziskavah namreč pogosto manjka kontekstualizacija teh profilov, ki bi skozi raziskovanje njihovega dela v praksi ovrednotila njihov pomen.

Zaradi te pojmovne raznolikosti v celotnem besedilu ohranja originalne nazive profilov, ko se nanašava na konkretne primere iz različnih držav, termin »jezikovni in kulturni posredniki« pa uporablja va kot nadpomenko, ko govoriva o različnih profilih.

Ob pregledu znanstvene in strokovne literature o različnih profilih jezikovnih in kulturnih posrednikov postane jasno, da raznolike definicije in pojmovanja združuje njihova bistvena kvaliteta, to je vmesnost. Ne glede na definicijo profila gre namreč za posredovanje, torej za to, da so jezikovni in kulturni posredniki vmesni člen – v zdravstvu, na primer, med zdravstvenimi delavci in tujejezičnimi uporabniki. »Diadna« klinična srečanja med zdravstvenimi delavci in tujejezičnimi uporabniki postanejo »triadna« s tem, ko se vanje vključijo jezikovni in kulturni posredniki. Zaradi te vmesnosti morda ni presenetljivo, da je v kopici metafor še najbolj uporabljena prav metafora mostu (Valero Garcés 2005; Tomassini 2012; Roy po Ciordia 2017; Hsieh 2009), saj naj bi most ponazarjal povezovalno vlogo medkulturnih mediatorjev med eno in drugo stranjo, med zdravstvenim delavcem in tujejezičnim uporabnikom. Tako lahko beremo, da je medkulturni mediator »identitetni most« (Cohen-Emerique 2007: 9), most »med etničnimi skupnostmi in zdravstvenimi ustanovami« (Jackson-Carroll, Graham in Carey-Jackson 1998) ali pa med življenjskimi svetovi,

življenjskimi zgodbami in kulturami (Arvanitis 2014: 12). Nekateri metaforo vzamejo precej dobesedno in govorijo o tem, da medkulturni mediator kot most omogoča »promet med različnimi ljudmi, nazori in kulturnimi ovirami« (Vieira in Vieira 2017: 45).

Do zdaj sva ponazorila, da so različni jezikovni in kulturni posredniki precej različno poimenovani, a jim je hkrati skupna povezovalna vloga, ki jo ponazarja pogosto uporabljena metafora mostu. V nadaljevanju bova najprej na kratko utemeljila profil medkulturne mediacije, naslanjajoč se na znanstveno literaturo na tem področju. Tako bova začrtala glavne poteze medkulturne mediacije, ki jih bova v naslednjih poglavjih monografije podrobneje analizirala na podlagi izsledkov terenskega raziskovanja. Da bi že v tem poglavju razpravo približala praksi, bova pozornost posvetila učinkom medkulturne mediacije v zdravstvu. Temu sledi umestitev medkulturne mediacije na širše področje premoščanja jezikovnih in kulturnih ovir, kjer tematizirava razlike in podobnosti različnih profilov jezikovnih in kulturnih posrednikov.

RAZLIČNA POJMOVANJA MEDKULTURNE MEDIACIJE IN NJENIH NALOG V PRAKSI

Globalno gledano lahko ločimo med dvema različnima interpretacijama medkulturne mediacije. Prvo pojmovanje medkulturno mediacijo razume kot mediacijo pri reševanju sporov. Tako pojmovanje je razširjeno v državah, kjer je tolmačenje že sistemsko uvedeno v javne ustanove, to pa so v Evropi predvsem Avstrija, Nemčija, Španija in Poljska (Theodosiou in Aspioti 2015: 65, 66). Tovrstno delo navadno ni specializirano za neko posebno »kulturo« ali jezik, hkrati pa tudi ni v navadi, da bi bili strokovnjaki v tej vlogi sami pripadniki neke »druge kulture«, temveč so v dani državi pogosto del večinskega prebivalstva (prav tam).

Obstaja pa tudi drugo pojmovanje medkulturne mediacije, ki jo razume kot samostojni poklic (v Italiji, Belgiji, Franciji, Švici, Grčiji in na Portugalskem). Ta poklic opravljajo predvsem ljudje z lastno izkušnjo migracije z namenom premoščanja jezikovnih in kulturnih ovir pri stiku migrantskih skupnosti z javnimi ustanovami (Theodosiou in Aspioti 2015: 65, 66). Tako pojmovanje medkulturno mediacijo pogosto razume v tesni povezavi s konceptom enakosti v dostopu do zdravstvenih in drugih javnih storitev (Cattacin, Chiarenza in Domenig 2013; Seeleman idr. 2015). Kot sva pokazala v uvodu, je medkulturna

mediacija eden izmed odgovorov na ovire, do katerih prihaja ob stiku tujejezičnih uporabnikov z različnimi javnimi storitvami (Santinho, Masanet in Padilla 2014; Farkaš Lainščak in Lipovec Čebtron 2016). Tako razumevanje prevladuje predvsem v Italiji in Belgiji, vpeljevanje medkulturne mediacije v Sloveniji pa je v veliki meri osnovano prav na teh temeljih.

Toda, kaj pravzaprav je medkulturna mediacija? Na to vprašanje so poskušali odgovoriti nekateri raziskovalci, ki so medkulturno mediacijo definirali predvsem preko vlog oziroma nalog, ki jih medkulturni mediatorji prevzemajo v vsakdanji praksi. Naloge se razlikujejo predvsem glede na to, ali je v teh sistemih že vpeljan poklic tolmača, nadalje pa na definicijo nalog vplivajo tudi organizacijski vidiki zdravstvenega sistema ter teoretična ozadja avtorjev. V nadaljevanju bova poskušala sintetizirati najbolj odmevne znanstvene prispevke, ki definirajo medkulturno mediacijo in njene naloge¹³ v praksi, vendar ta pregled vsekakor ne bo izčrpal celotne znanstvene literature na tem področju.

Enega izmed najzgodnejših poskusov opredelitve vlog sta podala avtorja Kaufert in Koolage na podlagi 18-mesečnega opazovanja z udeležbo in analize video posnetkov kliničnih srečanj med staroselci in zdravstvenimi delavci ob prisotnosti kulturnih posrednikov¹⁴ na severu Kanade (Kaufert in Koolage 1984). Kot prvo vlogo kulturnih posrednikov opredeljujeta tolmačenje. Čeprav to vlogo navajata kot najpogostejšo oziroma najosnovnejšo, temu dodata opis težav, med katerimi je v ospredju tolmačenje nekaterih biomedicinskih izrazov. Slednji bodisi nimajo ustreznega izraza v jezikih staroselcev na severu Kanade bodisi pa ekvivalent obstaja, a so jezikovni in kulturni posredniki v takih primerih presegali vlogo tolmača, da bi zagotovili dodatno razlago, ko so presodili, da uporabniki niso razumeli niti ekvivalentne besede v svojem jeziku (prav tam: 283, 284).

Kot drugo vlogo avtorja navajata »kulturnega posrednika – informatorja«, ki zdravstvenim delavcem razlaga staroselsko perspektivo določene zdravstvene težave (Kaufert in Koolage 1984: 284). Za ilustracijo te naloge navajata primer, ko je moral jezikovni in kulturni posrednik zdravstvenemu delavcu razložiti, da starši otrok z garjami

13 Avtorji poleg naloge pogosto uporabljajo tudi izraz vloga, velikokrat pa sva termina v literaturi zaznala kot sopomenki. Naloga daje poudarek na praktičnem delu oziroma opravi, vloga pa osvetljuje predvsem funkcijo, ki jo medkulturni mediator zavzema v kliničnem srečanju. Ta dva vidika se marsikdaj prekrivata. Ko oseba na primer tolmači, lahko rečemo, da opravlja nalogo tolmačenja, vendar bi držalo tudi to, da takrat svojo vlogo omeji na vlogo tolmača, ki pa jo lahko v drugi situaciji že preseže. Ko povzemava argumente drugih avtorjev, se drživa njihove uporabe besed naloga in vloga, sama pa jih uporabljava kot sopomenki.

14 Tako sva prevedla angleški izraz *culture broker*.

težje sledijo zdravstvenim priporočilom, saj v nekaterih staroselskih skupnostih prihaja do težav pri oskrbi z vodo. Posredniki so zdravstvenim delavcem pojasnjevali tudi druga razhajanja, do katerih prihaja med zdravstvenimi priporočili in praksami staroselskih uporabnikov, pri čemer so se ta razhajanja pogosto nanašala na časovno dimenzijo, saj je bilo nekaterim staroselskim skupnostim tuje striktno slediti določenim uram ali dnevom.

Zgoraj opisani vlogi analogna, a vektorsko nasprotna, je tretja vloga, ki sta jo Kaufert in Koolage definirala kot nalogo »kulturnega posrednika – tolmača biomedicinske kulture« (Kaufert in Koolage 1984: 284). Kulturni posredniki so v tej vlogi staroselskim uporabnikom zdravstvenih storitev razlagali biomedicinske koncepte, ki so jih zdravstveni delavci uporabljali v dotični zdravstveni obravnavi, in jih informirali o organizaciji zdravstvenih storitev. Pri pojasnjevanju smernic obvladovanja sladkorne bolezni so na primer uporabljali staroselcem bolj domače izraze, ki so jih prenesli iz njihovega vsakdanjega življenja. Tako so na primer metabolične procese razložili sklicujoč se na anatomijo živali ali delovanje motorjev.

Zadnja vloga, ki jo predstavita Kaufert in Koolage (1984: 284, 285), se nanaša na zagovorništvo pacientov, pri kateri so kulturni posredniki izkazovali lojalnost do bolnikov in njihovih skupnosti. Pri tem avtorja podajata primer posrednika, ki je pacientu razlagal pomen vstavitve srčnega spodbujevalnika in postal njegov zagovornik, ko je opazil, da pacient ne more privoliti v tovrstni medicinski poseg, saj je bil zanj tak način zdravljenja kulturno povsem tuji.

Podobno razdelitev vlog podajata tudi Gavioli in Zorzi (2008: 156), ki sta v analizi izhajali iz posnetkov stotih pogovorov v zdravstvenih ustanovah italijanske regije Emilie Romagne. V teh pogovorih so zdravstveni delavci s pomočjo medkulturnih mediatorjev komunicirali s pacienti, ki so se v Italijo večinoma preselili iz osrednje Afrike (prav tam: 158). Avtorici sta, tako kot Kaufert in Koolage, kot prvo vlogo medkulturnih mediatorjev opredelili tolmačenje. Kot drugo navajata vlogo pojasnjevalca, pri kateri naj bi prišlo do majhnih prilagoditev tolmačenja (na primer prilagajanje jezikovnemu registru ene izmed strani). Tretjo vlogo opredeljujeta z izrazom kulturni posrednik, a za razliko od Kauferta in Koolage to vlogo pojmujeta enovito, pri čemer predvidita možnost kulturne razlage v obeh smereh, torej tako razlago biomedicinskih izrazov in konceptov tujejezičnim uporabnikom kot tudi razlago konceptov in praks pacientov zdravstvenim delavcem. Kot zadnje omenita vlogo zagovornika, poseganje po slednji pa predvidita za situacije, ko brez takega početja ne bi bila zagotovljena dovoljšna kvaliteta zdravstvenih storitev.

Ključni doprinos k definiranju medkulturne medicije je prispeval Hans Verrept. Leta 2008 je sintetiziral dve študiji zgodnjega uvajanja medkulturnih mediatorjev v belgijske bolnišnice. Prva študija je potekala dve leti, v njej pa so opravili poglobljene intervjuje z 28 zdravstvenimi delavci, 21 medkulturnimi mediatorji in 31 naključno izbranimi pacienti, ki so jim pri dostopu do zdravstva pomagali medkulturni mediatorji. Druga raziskava je potekala tri leta, vključevala pa je kvalitativno (opazovanje z udeležbo v 10 bolnišnicah, poglobljeni intervjuji in fokusne skupine) in kvantitativno metodologijo (Verrept 2008: 189–191). Avtor je prepoznal nekatere naloge medkulturnih mediatorjev, ki sva jih že povzela iz drugih študij, na primer tolmačenje in kulturno posredništvo ter zagovorništvo pacientov. Poleg teh pa je zaznal tudi nekaj nalog, ki jih v tej razpravi do zdaj še nisva omenila. Medkulturni mediatorji so tujejezičnim pacientom denimo zagotavljali praktično pomoč in čustveno podporo ter izvajali programe zdravstvenega opismenjevanja. Tujejezične uporabnike so individualno obiskovali v njihovih bolnišničnih sobah in zdravstvenim delavcem prenesli informacije o težavah, o katerih so poročali tujejezični uporabniki v času hospitalizacije. Nadalje so medkulturni mediatorji lahko posredovali v konfliktih, a le tistih, ki so izvirali iz jezikovnih ali kulturnih nesporazumov (Verrept 2008: 188, 189).

Pregled pojmovanj medkulturne medicije naj nadaljujeva s prispevkom Margalit Cohen-Emerique (2007), saj avtorica konceptualizacijo dela medkulturnih mediatorjev osvobodi prevladujočega načina, ki njihovo delo definira glede na vrste nalog, torej opravi.¹⁵ Namesto tega avtorica govori o »tipih« medkulturne medicije. Njeno pojmovanje vključuje štiri tipe. Prvi tip je povezan s funkcijo omogočanja stikov, natančneje z omogočanjem komunikacije in razumevanja obeh strani. K temu tipu medicije poleg tolmačenja prištevata še informiranje, spremstvo uporabnikom in pomoč pri orientaciji v sistemu (prav tam: 11).

Drugi tip omogoča razjasnitev nesporazumov, zamer in napestosti, ki niso le posledica nepoznavanja različnih kulturnih kodov in vrednot drugih, temveč tudi predsodkov in stereotipov (Cohen-Emerique 2007: 11, 12). Avtorica navaja primer medicije med priseljenko iz Maroka in socialno delavko, ki zaradi domnevnega nesodelovanja priseljenke zanjo ni želela urejati dokumentacije za dovoljenje

15 Predvidevava, da je definiranje medkulturne medicije glede na naloge medkulturnih mediatorjev v praksi verjetno bližje predvsem avtorjem, ki so medkulturno medicijo tudi vpeljevali – ob raziskovanju praks medkulturne medicije so bili soudeleženi tudi v procesu njihovega vpeljevanja in profesionalizacije.

za bivanje. Vlogo mediatorke je prevzela učiteljica priseljenke, ki je socialni delavki pokazala, da se moti, saj nesodelovanje ni bilo znak priseljenkine nezanesljivosti.

Tretji tip mediacije avtorica opredeljuje kot reševanje sporov (Cohen-Emerique 2007: 12, 13). Tukaj meri na konflikte, ki nastajajo med javnimi službami na eni in priseljenci na drugi strani, pa tudi na konflikte, ki jih doživljajo priseljske družine v procesu integracije. Avtorica sicer ne poda natančnejših primerov, a omeni področja prisilnih porok, izzivov v družinah z otroki, ki pridejo v konflikt z zakonom, prekrške posameznih članov priseljskih družin glede na pravila časti in podobno. Vsem tem področjem so po avtoričino skupne težave v procesu integracije, ki priseljencem v novi kulturi pogosto povzročijo notranje konflikte, saj se morajo odločati, v kolikšni meri naj ohranjajo elemente svoje kulture.

Zadnji, četrti tip mediacije, ki pomembno dopolnjuje pričujočo razpravo, vključuje vpliv medkulturnega mediatorja na spreminjanje norm ter ustvarjanje novih pogojev z namenom, da bi ustanove čim boljše odgovarjale na specifične potrebe vsakega posameznika (Cohen-Emerique 2007: 14, 15). S tem avtorica medkulturne mediatorje pojmuje kot nosilce sprememb. Avtorica navaja primer, ko so priseljenke prihajale v čakalnico zdravstvene ustanove prezgodaj in se družile med seboj. S tem so motile zdravstvene delavce. Medkulturni mediator je zaznal konfliktno situacijo med zdravstvenimi delavci in uporabnicami, obenem pa je opazil potrebe priseljenk po druženju, zato je zanje pomagal organizirati tečaj jezika in preventivne delavnice, v tem času pa so poskrbeli tudi za varstvo njihovih otrok. V navedenem primeru medkulturni mediator ni le zaznal konflikta, temveč ga je uspel razrešiti tako, da je odgovoril na potrebe uporabnic, ki v času pred njegovim posredovanjem niso bile upoštevane. S tem je konkretno zdravstveno okolje približal potrebam tujejezičnih uporabnic.

Pri tretjem in četrtem tipu medkulturne mediacije Margalit Cohen-Emerique vključuje skupnost, pri čemer se medkulturni mediator kaže kot neke vrste skupnostni delavec. S tem avtorica medkulturno mediacijo opredeljuje širše od do zdaj citiranih avtorjev, ki v opredelitvah nalog tega profila skupnosti povečini ne poudarjajo ali je sploh ne omenjajo, saj se posvečajo predvsem njegovemu delu znotraj posameznih ustanov.¹⁶

Podobno kot Margalit Cohen-Emerique se tudi Graziella Favaro in Lorenzo Luatti izogibata definiranju medkulturne mediacije

16 Tako širše, skupnostno pojmovanje je najti tudi pri drugih avtorjih (Giménez-Romero 1997, 2008), česar pa na tem mestu ne bova podrobneje povzemala.

glede na njene konkretne naloge, saj ugotovita, da so področja dela medkulturnih mediatorjev nešteta, zato rajši govorita o »ravnih« njihovega dela (Favaro, Luatti po Russo 2014: 86, 87). Prva je usmerjevalno-informativna, ki naj bi bila opazna predvsem ob prihodu tujejezične osebe v novo državo. Medkulturni mediator tako tujejezičnim osebam olajša dostop do javnih ustanov, jim pri tem posreduje ključne informacije ter zagotavlja druge oblike podpore pri vstopu v različne ustanove. Druga raven je lingvistično-komunikativna in vključuje naloge, kot so prevajanje pisnih dokumentov, tolmačenje in razlaga manj opaznih vidikov sporočanja. Tretja raven je kulturna in interkulturna, pri čemer medkulturni mediator deluje kot most, ki povečuje dostopnost različnih javnih služb tujejezičnim osebam. Četrta in zadnja raven je psihološko-relacionalna in vključuje preventivno delo, delo v konfliktih ter upoštevanje implicitnih in eksplicitnih potreb tujejezičnih uporabnikov (prav tam).

Sorodno pojmovanje dela medkulturnih mediatorjev ponudi Jordi Agustí-Panareda (2006: 413–426) na podlagi 164 poglobljenih intervjujev (večinoma z medkulturnimi mediatorji) in opazovanja z udeležbo 10 medkulturnih mediatorjev v štirih pettedenskih sklopih v Barceloni. Avtor izpostavi različne funkcije medkulturnih mediatorjev. Prvič, medkulturne mediatorje opredeljuje kot »pravne in institucionalne vmesnike«, saj priseljence informirajo o delovanju sistema in usmerjajo v ustrezne ustanove. S tem zagotavljajo udejanjanje človekovih pravic za bolj odrinjene skupine prebivalstva, ki pogosto ostanejo brez pravic. Drugič, avtor opaza njihovo funkcijo obveščevalca oziroma prenašalca, saj na eni strani priseljencem razlagajo pravila in pravna določila v novi državi (na primer delovanje sistema naročanja v zdravstvenih ustanovah), na drugi strani pa izvajalcem storitev pojasnjujejo realnost vsakdanjega življenja tujejezičnih uporabnikov. Kot tretji vidik prakse medkulturnih mediatorjev avtor vidi mediacijsko vlogo med različnimi zakonskimi, institucionalnimi in normativnimi kulturami (na primer razlaga prikritih norm v različnih okoljih).

Pričujoči pregled končujeva s povzetkom nedavno objavljenega preglednega članka Hansa Verrepta (2019), ki sintetizira obstoječo literaturo (82 člankov iz 22 različnih držav), na osnovi katere identificira pet pogloblitnih nalog medkulturne mediacije v zdravstvu v Evropi.

Prva naloga je tolmačenje (včasih tudi prevajanje pisnih dokumentov) med zdravstvenim delavcem in pacientom (Verrept 2019: 6–8).

Drugo nalogo je avtor poimenoval premoščanje družbenokulturnih razlik (prav tam: 8, 9). Zanj pravi, da je med vsemi nalogami najbolj značilna za medkulturne mediatorje. Premoščanje

družbenokulturnih razlik pomeni, da medkulturni mediatorji razlagajo in kontekstualizirajo vrednote in norme, ki jih vsebujejo jezik, vedenje ali prakse bodisi večinskega prebivalstva bodisi priseljencev. To nalogo je moč opravljati v triadni situaciji – na primer, ko medkulturni mediator posreduje med zdravstvenim delavcem in tujejezičnim uporabnikom. Medkulturni mediator pa lahko družbenokulturne razlike premošča tudi v diadnem odnosu – na primer, ko dela zgolj z zdravstvenim delavcem ali zgolj s tujejezičnim uporabnikom.

Tretja naloga je preprečevanje in razreševanje sporov, saj medkulturni mediatorji pogosto znajo predvideti, se pogajati in razrešiti konflikte, ki so posledica različnih pogledov na zdravje, bolezen in zdravljenje (Verrept 2019: 9).

Četrta naloga je spodbujanje procesa integracije preko krepitev moči (angl. *empowerment*) in zagovorništva tujejezičnih pacientov (prav tam: 9, 10). S krepitevijo moči avtor meri predvsem na dejavnosti, s katerimi medkulturni mediator povečuje samostojnost tujejezičnih uporabnikov in jim omogoča čim boljši dostop do storitev v skupnosti. Z zagovorništvom pa misli predvsem na dejavnosti, s katerimi medkulturni mediator ščiti pravice tujejezičnih uporabnikov v primerih diskriminacije ali rasizma.

Zadnja, peta naloga združuje vrsto dejavnosti, ki jih družijo dejstvo, da medkulturni mediatorji prevzemajo nekatere naloge, ki primarno sicer pripadajo drugim strokovnjakom, vendar je kdaj smiselno, da te naloge opravijo medkulturni mediatorji (Verrept 2019: 10, 11). Avtor sem uvršča zagotavljanje psihosocialne pomoči, zdravstveno opismenjevanje in svetovanje ter dejavnosti, ki terjajo vlogo soterapevta – na primer raziskovanje uporabnikove življenjske zgodbe v okviru etnopsihiatrije in psihoterapije.

Količina zgoraj povzetih prispevkov terja kritično analizo. Najprej lahko rečeva, da je tisto, kar družijo vse navedene konceptualizacije, predvsem to, da medkulturno mediacijo razumejo širše od tolmačenja oziroma slednjega razumejo kot eno izmed nalog medkulturne mediacije. Kot vrlino citiranih študij velja izpostaviti, da so definicijo medkulturne mediacije večinoma osnovali na raziskovanju prakse medkulturne mediacije, torej gre za konceptualizacije, ki izhajajo s terena (in ne fotelja, kot bi rekli antropologi). Naslednja skupna točka študij je, da so precej zadržane glede ostrega ločevanja med posameznimi nalogami. Poudarjajo ravno nasprotno, in sicer, da medkulturni mediator navadno v enem samem posredovanju zavzame več vlog in opravi več različnih nalog. Čeprav so si predstavljene študije večinoma složne, da je, zaradi boljšega razumevanja te stroke in utemeljevanja njene prakse, treba definirati vloge in naloge medkulturne mediacije, pa imajo

predhodne razdelitve bolj analitično kot deskriptivno vrednost, saj je praksa medkulturne medicije v resničnem življenju veliko kompleksnejša (Gavioli in Zorzi 2008: 156; Russo 2014: 87; Kaufert in Koolage 1984).

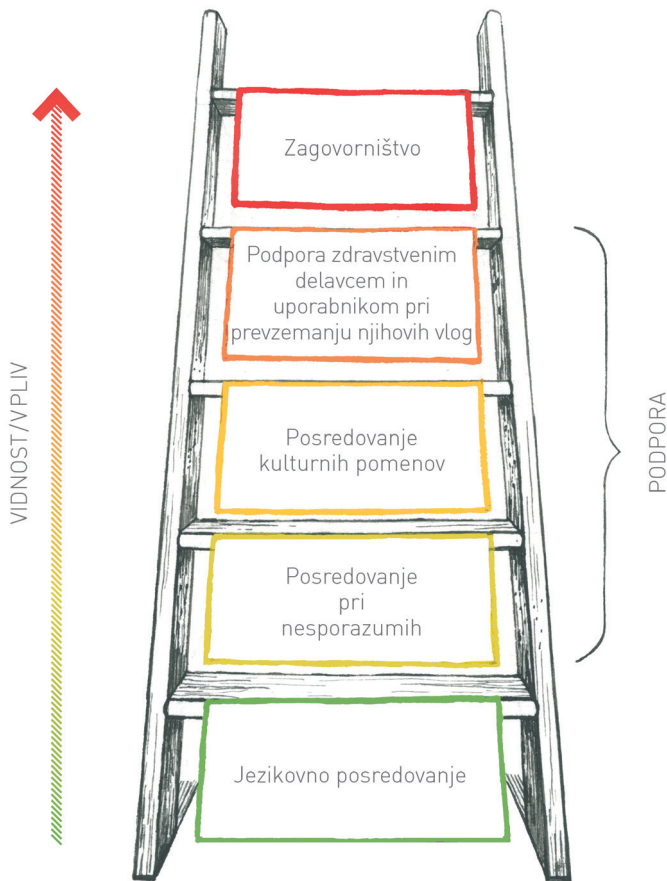
RAZPOREDITEV NALOG MEDKULTURNE MEDIACIJE PO MODELU LESTVE

Zgoraj predstavljena pojmovanja medkulturne medicije in nalog v praksi po najinem mnenju nazorno predstavlja model lestve. Razvila sta ga Hans Verrept in Isabelle Coune (2016, 2017), model pa sta zasnovala na podlagi intenzivnega dela z medkulturnimi mediatorji, ki so prispevali več kot 240 študij primerov iz prakse v Belgiji.¹⁷ Glede na to, da sva na osnovi modela lestve strukturirala poglavja te monografije ter tako z njim zaznamovala celotno besedilo, ki sledi, bova ta model na kratko predstavila.

Model lestve pomembno prispeva k razumevanju dela medkulturne medicije, saj naloge razporedi glede na stopnjo vidnosti in vpliva, ki ga imajo medkulturni mediatorji. Na dnu lestve se tako nahaja tolmačenje, kjer je medkulturni mediator najmanj viden in ima najmanj vpliva na situacijo, v kateri je udeležen. Na vrhu lestve pa je zagovorništvo, kjer sta njegova vidnost in vpliv največja. Med najvišjo in najnižjo stopničko so tri naloge, ki jih avtorja modela uvrščata pod skupno kategorijo podpore: razjasnjevanje nesporazumov, razlaganje kulture ter pomoč, ki jo medkulturni mediator zagotovi zdravstvenim delavcem in pacientom pri zavzemanju njihovih vlog. Naloge podpore so umeščene v sredino, saj ima pri njihovem izvajanju medkulturni mediator večji vpliv in je bolj viden kot pri tolmačenju, a hkrati manjši kot pri zagovorništvu.

Avtorja modela lestve poudarjata, da je pahljača teh vlog potencialna – to pomeni, da medkulturni mediator a priori ne zagovarja pacienta, temveč mu model lestve zgolj »omogoča«, da poseže tudi po kakšni izmed drugih nalog. Medkulturni mediator tako lahko ostane le pri jezikovnem tolmačenju, če oceni, da je to dovolj za učinkovito komunikacijo.

17 Njuna publikacija nosi naslov *Vodič za medkulturno medicijo v zdravstvu*. Vodič je prvič izšel leta 2016 v nizozemščini in francoščini, isto leto pa so ga prevedli in objavili tudi v angleščini. Leta 2017 so objavili novo, nekoliko dopolnjeno verzijo, zato se sklicujeva na publikaciji iz obeh let.



Če Verrept in Coune (2016, 2017) različne naloge medkulturne mediacije predstavita s pomočjo kriterijev vidnosti in vpliva, pa predhodno omenjena avtorja, Kaufert in Koolage (1984), naloge medkulturne mediacije predstavita preko kriterija nadzora, ki ga ima ta posrednik nad sporazumevanjem. Avtorja s tem razpravo o tem profilu povežeta z refleksijo odnosov moči v triadni situaciji. V ospredju je torej vprašanje, kakšna je moč medkulturnega mediatorja pri izvajanju različnih nalog glede na ostale udeležence v triadni situaciji (na primer zdravstvene delavce in tujejezične uporabnike)? Z drugimi besedami, kdo ima moč voditi komunikacijo in jo posledično tudi nadzorovati? Ocenjujema, da gre pri vidnosti in vplivu, o katerem govorita Verrept in Coune, za podoben kriterij, le da ga Kaufert in Koolage drugače imenujeta. Oba para avtorjev pa sta si enotna, da s tolmačenjem medkulturni mediator dobi najmanj in z zagovorništvom največ nadzora nad komunikacijo.

Vpeljevanje novosti na vsakem področju, tudi pri premoščanju jezikovnih in kulturnih ovir, terja oceno njenih učinkov. Ob že omenjenem pregledu študij na tem področju Hans Verrept (2019) izpostavlja, da do metodoloških izzivov pri raziskovanju učinkov medkulture mediacije prihaja zato, ker je slednja v vsaki državi ali regiji vpeljana na drugačen način in je torej kontekstualno specifična. To velja tudi za izsledke o njeni učinkovitosti, ki jih je težko posplošiti (Verrept 2019: 18). Kljub temu pa obstaja kar nekaj študij, ki nedvoumno dokazujejo, da je medkulturna mediacija uspešen in učinkovit način premoščanja jezikovnih in kulturnih ovir.

Ena izmed prvih tovrstnih študij prihaja iz Belgije. Hans Verrept in Fred Louckx (1997; glej tudi Verrept 2008: 191–193) sta izpeljala obsežno evalvacijo na začetku vpeljevanja medkulture mediacije v belgijske bolnišnice. Ugotovila sta, da slednja doprinese k boljši komunikaciji med zdravstvenimi delavci in tujejezičnimi uporabniki, prispeva h kulturno občutljivejši zdravstveni obravnavi in večjemu zadovoljstvu pacientov nad zdravstvenimi storitvami.

V omenjeni študiji so se posledice izboljšane komunikacije kazale predvsem v tem, da so zdravstveni delavci lažje diagnosticirali in zdravili tujejezične uporabnike, slednji pa so lažje sodelovali pri zdravljenju (Verrept in Louckx 1997: 72, 73). Tako avtorja navajata primer zdravstvene delavke, ki je opazila, da brez medkulturnih mediatorjev sicer dela hitreje, a čeprav sprašuje kratka vprašanja v preprostem jeziku, tujejezični uporabniki nanje ne morejo dobro odgovoriti oziroma jih ona ne more zares razumeti. Zato zanjo in za tujejezične uporabnike zdravstvena obravnava dobi smisel šele ob prisotnosti medkulturnih mediatorjev (prav tam: 73). Podobno kaže tudi izkušnja zdravnika, ki je šele s pomočjo medkulturnega mediatorja razumel dejanske razloge za prekomerno težo otroka neke tujejezične osebe, zaradi česar je lahko izključil druge razloge za otrokovo težo ter bolj natančno načrtoval zdravljenje (prav tam).

Kot je bilo rečeno, se učinki medkulture mediacije kažejo tudi v lažjem sodelovanju tujejezičnih pacientov pri zdravljenju (Verrept in Louckx 1997: 73). V ilustracijo avtorja podajata primer zdravnika, ki je moral prekiniti gastrokopijo, ki jo je izvajal 57-letni amazirski pacientki brez medkulturnega mediatorja. Pacientko je namreč postalo zelo strah, zgrabila jo je panika, zato s pregledom ni mogel nadaljevati. Šele ob prisotnosti medkulturnega mediatorja se je pacientka sprostita, pregled pa je potekal brez težav.

Poleg že povedanega sta avtorja raziskave opazila tudi druge posledice medkulture mediacije na komunikacijo v zdravstvenih

ustanovah. Ugotovila sta namreč, da so bili tujejezični uporabniki ob prisotnosti medkulturnega mediatorja pripravljene spregovoriti o temah, o katerih pred tem niso govorili, so pa ključno vplivale na njihovo zdravje in zdravljenje. Tem temam, ki so bile navadno povezane z reproduktivnim zdravjem in odnosi v družini, so se navadno izogibali tudi zato, ker so jih kot spontani tolmači spremljali njihovi svojci (Verrept in Louckx 1997: 74).¹⁸ Učinek medkulturne medicije se je pokazal tudi v bolj transparentni komunikaciji o uporabi komplementarnih in tradicionalnih medicin, ki so jih pacienti brez prisotnosti medkulturnega mediatorja pogosto uporabljali, ne da bi o tem obvestili zdravstvene delavce. Na to kaže primer priseljenke iz Maroka, ki je bila v Belgiji, kjer je živela, vključena v redno dializo, a se je odločila, da bo odšla v Maroko na zdravljenje s tamkajšnjimi tradicionalnimi metodami in opustila dializo, česar ni sporočila zdravstvenim delavcem. Šele ob posredovanju medkulturnega mediatorja je postalo jasno, kakšen je razlog za njeno pot, obenem pa je mediator pomagal doseči, da je pacientka prejela dializo tudi med bivanjem v Maroku (Verrept in Louckx 1997: 75).

Medkulturni mediatorji so k boljšemu sporazumevanju prispevali tudi tako, da so vprašanja, ki so bila tujejezičnim uporabnikom kulturno manj sprejemljiva in bi jih razumeli kot nevljudna, prevedli na kulturno sprejemljiv način. Avtorja ugotavljata, da se je pogosto zgodilo, da so bile informacije, ki so jih posredovali medkulturni mediatorji, tujejezičnim osebam bolj sprejemljive od tistih, ki so jih slišale s strani zdravstvenih delavcev, pa čeprav so imele enako sporočilo (prav tam: 75, 76).¹⁹

Poleg izboljšane komunikacije Verrept in Louckx (1997) izpostavljata, da je medkulturna medicija doprinesla h kulturno občutljivejši zdravstveni obravnavi, ki se je bolj prilagodila potrebam tujejezičnih uporabnikov. V zvezi s tem avtorja navajata primer, ko so medkulturni mediatorji v neki bolnišnici zdravstvenemu osebju uspešno prenesli željo številnih muslimanskih pacientk, naj vaginalnih preiskav ne opravljajo

18 Avtorja sicer ne navedeta razlogov za to, vendar jih lahko predpostavljamo. Svojci navadno niso zavezani k molčečnosti, kot so medkulturni mediatorji, zato se upravičeno pojavi skrb uporabnikov, da bi se osebne informacije o njihovem zdravju razvedele v njihovi ožji ali širši skupnosti. Hkrati je tujejezičnim uporabnikom pred svojci pogosto težko govoriti o teh informacijah, saj si želijo zasebnosti, ki jo lahko bolje zagotavljajo medkulturni mediatorji.

19 Izboljšano sporazumevanje med zdravstvenimi delavci in tujejezičnimi uporabniki kot prvega izmed pomembnih učinkov navaja tudi Verrept v najnovejši pregledni študiji (Verrept 2019: 18–1). Verrept poudari, da medkulturna medicija vpliva širše na boljši odnos med obema stranema, vendar k temu pripomorejo tako dejstvo, da medkulturni mediatorji tolmačijo, torej premoščajo jezikovne ovire, kot tudi vse ostale naloge, kot sta na primer premoščanje kulturnih ovir in zagovornišтво.

v času ramadana. Odslej so te pacientke v času ramadana prihajale na vse ostale zdravstvene preglede, saj jih ni več skrbelo, da bi jim zdravniki opravljali vaginalne preiskave. (Verrept in Louckx 1997: 76, 77)

Kot zadnjo skupino učinkov medkulturne medicije avtorja izpostavljata večje zadovoljstvo tujejezičnih uporabnikov z zdravstvenimi storitvami (prav tam: 77, 78). Pri tem Verrept in Louckx opazata, da so uporabniki medkulturne mediatorje običajno opisovali kot redke osebe, ki si zanje v zdravstvenih ustanovah vzamejo čas in jim lahko zaupajo.

Poleg že predstavljenih učinkov medkulturne medicije pa predhodno omenjeni pregledni članek Hansa Verrepta (2019) o medkulturni mediciji v Evropi ponazarja še nekatere druge. Verrept kot izjemno pomembno navede dejstvo, da je zdravstveni sistem ob prisotnosti medkulturnih mediatorjev bolj dostopen tujejezičnim uporabnikom (Verrept 2019: 21, 22). Brez medkulturne medicije namreč številni tujejezični uporabniki sploh ne bi imeli dostopa do zdravstvenih storitev. Mnogi drugi pa bi bili, zaradi jezikovnih in kulturnih ovir, deležni manj kakovostnih storitev kot uporabniki, ki se s temi ovirami ne srečujejo. Nadalje Verrept med povzemanjem študij o učinkih medkulturne medicije v različnih državah izpostavi še dva vidika: na eni strani prisotnost medkulturnih mediatorjev vpliva na to, da so tujejezični uporabniki v zdravstvenih ustanovah redkeje diskriminirani, na drugi strani pa medkulturni mediatorji bolje od zdravstvenih delavcev opazijo družbene dejavnike, ki vplivajo na zdravje tujejezičnih pacientov.

Verreptov pregled literature na tem področju opozarja tudi na nekatere pasti medkulturne medicije, ki so povezane predvsem s situacijami, ko medkulturni mediatorji prevzamejo glavno vlogo v triadnem odnosu ali delujejo netransparentno oziroma prekomerno poudarjajo kulturne dejavnike, ki vplivajo na zdravje (Verrept 2019: 23). Na tem mestu teh situacij ne bova razčlenjevala, saj se bova nekaterim od njih podrobno posvetila v naslednjem poglavju.

Za konec poglavja o učinkih medkulturne medicije naj na kratko povzameva še rezultate evalvacije medkulturne medicije v Sloveniji, ki se nanaša na njeno pilotno vpeljevanje v okviru projekta *Skupaj za zdravje* (Lipovec Čebren idr. 2017). Evalvacija je bila opravljena z albansko govorečimi uporabnicami, ki jih je medkulturna mediatorka spremljala na preventivnih pregledih in zdravstvenih delavnicah v Zdravstvenem domu Celje. Kvantitativni del evalvacije je obsegal vprašalnik zaprtega tipa, na katerega je odgovorilo 41 uporabnic. Analiza njihovih odgovorov je pokazala, da so bile zaradi medkulturne medicije predstavljene vsebine uporabnicam bolj dostopne

in razumljive. Poleg tega je bila večina respondentk mnenja, da bi brez pomoči medkulturne mediatorke veliko slabše razumele potek in vsebine, obenem pa so lahko s posredovanjem medkulturne mediatorke aktivneje sodelovale in sproti zastavljale vprašanja. Na splošno pa so bile tujejezične uporabnice s prisotnostjo medkulturne mediatorke zelo zadovoljne (Lipovec Čebren idr. 2017).

Do podobnih ugotovitev sta prišli tudi Simona Jazbinšek in Sara Pistotnik (2016), avtorici analize kvalitativnega dela evalvacije istega pilotnega vpeljevanja medkulturne medicije. Kvalitativni del je v obliki intervjujev potekal z zdravstvenimi delavci, uporabniki in medkulturno mediatorko. Avtorici sta svoje evalvacijsko poročilo zaključili z ugotovitvijo, da so bili z delom medkulturne mediatorke zadovoljni tako tujejezični uporabniki kot zdravstveni delavci.

Uporabniki so ocenili, da jim je medkulturna mediatorka olajšala pregled, z njeno pomočjo so zdravstvene delavce zelo dobro razumeli, posledično pa so bolje dojemali svoje zdravstveno stanje. Čeprav je bila medkulturna mediatorka za večino uporabnikov nepoznana oseba, so se v njeni prisotnosti dobro počutili, z njo so se lahko po zdravstveni obravnavi odprto pogovarjali, med obravnavo pa so lahko zastavljali vprašanja in izvedeli tisto, kar jih je zanimalo. Vse to je imelo za uporabnike tudi druge, dolgoročneje posledice, saj so menili, da bodo v prihodnje lažje sledili navodilom in nasvetom zdravstvenih delavcev (Jazbinšek in Pistotnik 2016: 31).

Zdravstveni delavci so v evalvaciji sporočili, da so morali ob prisotnosti medkulturne mediatorke spremeniti način izvajanja zdravstvenih obravnav, vendar so to razumeli kot dobrodošlo dodatno delo, ki je omogočilo večjo prilagojenost njihovih storitev potrebam tujejezičnih uporabnikov. Zdravstveni delavci so kot pozitivno izpostavili tudi izkušnjo sodelovanja z medkulturno mediatorko pred zdravstvenimi obravnavami, saj jim je pomagala pri vabljenju uporabnikov in pripravi prilagojenih zdravstvenih obravnav (Jazbinšek in Pistotnik 2016: 16, 17).

PREMOŠČANJE JEZIKOVNIH IN KULTURNIH OVIR KOT PRESEČIŠČE RAZLIČNIH STROK

Premoščanje jezikovnih in kulturnih ovir ni le domena medkulturne medicije. Na tem področju delujejo tudi drugi sorodni profili, predvsem (skupnostni) tolmači. V nadaljevanju bova poskušala medkulturno medicijo vpeti v to širše področje premoščanja jezikovnih in kulturnih

ovir ter izpostaviti glavne poudarke razprav, ki obstoj teh sorodnih strokovnih profilov prepoznavajo, a jih različno umeščajo v prakso.

Skupnostno tolmačenje se je pojavilo v 90. letih prejšnjega stoletja kot odgovor na vse večjo jezikovno in kulturno raznolikost, ki je predstavljala izzive pri komunikaciji v javnih ustanovah in drugje. Z vpeljevanjem skupnostnega tolmačenja se je tolmačenje preselilo v skupnost, torej predvsem v mrežo javnih ustanov, z namenom omogočanja njihove dostopnosti za tujejezične osebe (Morel in Gorjanc 2016: 41). Glede na to, da je tolmačenje začelo potekati v raznoraznih okoljih, se je pretekla delitev na simultano in konsektivno tolmačenje pokazala za nezadostno. Kot odgovor na to se je vzpostavila delitev tolmačenja na konferenčno in dialoško. Konferenčno po tej delitvi poteka na mednarodni ravni in tolmači predvsem govor enega govorca. Dialoško pa poteka znotraj ene družbe in njenih ustanov, zaznamujeta pa ga umeščenost tolmača v neposredno interakcijo z ljudmi, za katere tolmači, in večja stopnja poseganja slednjega v to interakcijo (Morel in Gorjanc 2016: 42–46). Poleg tega nekonferenčno tolmačenje odgovarja na neposredne potrebe v družbi (prav tam; glej tudi Sokolova 2016).

Kot medkulturna mediacija je tudi nekonferenčno tolmačenje precej raznoliko glede na različne družbene kontekste, v katerih se pojavlja, kar se kaže že v načinih njegovega poimenovanja. V ZDA, Kanadi in Avstraliji prevladuje poimenovanje skupnostno tolmačenje, v britanskem svetu pa prednjači termin tolmačenje v javnem sektorju. Pri tem se pojavlja mnenje, da bi bilo bolje opustiti vsakršni krovni izraz za nekonferenčno tolmačenje ter ga vsakič nadomestiti s termini, specifičnimi za okolje skupnostnega tolmačenja, na primer sodno ali tolmačenje v zdravstvu (po Morel in Gorjanc 2016: 48). Čeprav se je v Sloveniji pojavilo več izrazov (tolmačenje za potrebe skupnosti in tolmačenje za skupnost), za zdaj prevladuje termin skupnostno tolmačenje (prav tam: 50).

Profili skupnostnih tolmačev in medkulturnih mediatorjev se v določeni meri prepletajo, a so si hkrati v marsičem tudi različni. Podobnosti in razlike so vsekakor odvisne od konkretnih modelov teh profilov, ki jih primerjamo, zato pri posplošeni primerjavi tvegamo veliko netočnosti. Vseeno se je v razpravah na tem področju ustalilo stališče, da raznoliki profili skupnostnih tolmačev pri premoščanju jezikovnih in kulturnih ovir bolj poudarjajo pomen jezika in tolmačenja kot medkulturna mediacija (Verrept 2019: 48). Velja pa tudi, da profili, povezani s tolmačenjem, neradi ali pa sploh ne zavzemajo vlog, ki jih večinoma povezujemo z medkulturno mediacijo, kot na primer razlaganje kulturnih pomenov, posredovanje v nesporazumih, razvijanje kulturne kompetentnosti zdravstvenih delavcev in zagovornišvo

(Verrept 2019: 48, 49). Poleg tega je opazno, da tolmačenje zagovarja bolj nevtralnno, torej nepristransko umeščanje tolmača v triadno situacijo ter, na splošno, deluje predvsem v triadnih situacijah, torej se izogiba diadnim stikom bodisi z zdravstvenimi delavci bodisi s tujejezičnimi uporabniki (prav tam). Drugače pa medkulturni mediatorji sicer kot osnovno razumejo svojo nevtralnno, vendar predvidevajo tudi zavzemanje za interese tujejezičnih uporabnikov, če je to nujno za zagotavljanje enakosti pri dostopu do zdravstva. Poleg tega svojega dela ne omejujejo na delo v triadnih situacijah, temveč stopajo tudi v individualne stike zgolj z zdravstvenimi delavci ali pa zgolj s tujejezičnimi uporabniki (prav tam).

Ob kopici raznolikih profilov je upravičeno vprašanje, kako te profile misliti hkrati. Pri pregledu znanstvene in strokovne literature opazava, da raziskovalci tolmačenja in medkulturne mediacije prihajajo iz različnih strok, kar verjetno v veliki meri pogojuje precej divergentne poglede na ti dve področji. Zaznati je tudi, da med njimi ni veliko dialoga, zato se pojavljajo različne težave, ko želijo raziskovalci enega področja razumeti drugo področje. Pogosto je v znanstveni in strokovni literaturi opaziti dve različni stališči, in sicer, da tolmačenje že vsebuje neke vrste mediacijo in obratno, da je tolmačenje le ena od nalog medkulturne mediacije. V nadaljevanju si na kratko pogledimo ti dve stališči.

JE VSAK TOLMAČ ŽE MEDIATOR?

Raziskovalci na področju tolmačenja pogosto zastopajo stališče, da je »vsak tolmač že mediator (med jeziki in kulturami), vendar ni vsak mediator tudi tolmač« (Pöchhacker 2008: 14). V prevodoslovju od 80. let prejšnjega stoletja velja, da je jezik treba obravnavati v kontekstu kulture, zato marsikdo še danes govori o prevajanju kot o jezikovni in kulturni mediaciji (prav tam: 11). Tako na primer Franz Pöchhacker pravi, da je tolmačenje že vselej kognitivna mediacija, saj naj bi vsak, ki prevaja jezik, na nek način mediiral prevedeno sporočilo. To pa predvsem zato, ker je privilegiran bralec (ali poslušalec v primeru tolmačenja) izvornega besedila in pri pisnem ali ustnem prevajanju nanj vpliva njegovo lastno razumevanje izvornika (prav tam: 14, 15). Hkrati pa naj bi bil vsak jezikovni prevod že kulturni prevod par excellence, pač po principu, da je jezik kulturna tvorba (Archibald in Garzone 2014: 9–11; glej tudi Gustafsson, Norström in Fioretos 2013: 199).

Claudio Baraldi (2014) tolmačenje opredeli kot jezikovno, kulturno in medkulturno mediacijo. Ko govori o jezikovni mediaciji, se nanaša na raziskovalne izsledke tolmaške prakse, ki so pokazali, da tolmači niso zgolj »stroji« za ustno prevajanje, temveč da na bolj ali manj opazne načine koordinirajo govor vseh govorcev. To počnejo, da bi omogočili učinkovitejše sporazumevanje med govorcami, in sicer bodisi s tem, da pri tolmačenju dodajo nekaj, česar govorcev niso povedali, ali pa v tolmačenju odvezemajo dele izvirnega govora (Baraldi 2014: 21). Isti avtor vidi tolmačenje kot kulturno mediacijo, saj jezikovno tolmačenje proizvaja »kulturne forme« s tem, ko nekaterih delov tolmači ne prevajajo (temu avtor pravi »kulturne predpostavke«) ali pa spreminjajo izvirni govor in s tem prispevajo h kreiranju novih naracij (Baraldi 2014: 25).²⁰

Poleg dojemanja tolmačenja kot jezikovne, kulturne in medkulturne mediacije se pojavljajo tudi razumevanja skupnostnega tolmačenja kot medosebne, interpersonalne mediacije, saj sta govorca fizično prisotna – to je specifika, ki je ni zaslediti pri pisnem prevajanju, v manjši meri pa velja za konferenčno tolmačenje, kjer tolmač ni tako neposredno prisoten med govorcami (Pöchhacker 2008: 12, 13).²¹

Kot je razvidno iz zgornjih primerov, se navedeni raziskovalci navezujejo na mediacijo kot na nekaj inherentnega tolmačenju, torej kot na nekaj, kar tolmačenje vsebuje že samo po sebi. Mediacijo pa v raziskavah tolmačenja pogosto razumejo tudi kot način reševanja sporov. Pri tem se avtorji sklicujejo na slovarske razlage te besede (Pöchhacker 2008: 14), na teorijo mediacije kot načina reševanja sporov (Baraldi 2009) in celo na zadetke »google« iskanja pod geslom »mediacija« (Rudvin in Spinzi 2014: 76). V primerih takega pojmovanja raziskovalci mediacije navadno ne vidijo v delokrogu skupnostnega tolmačenja. Pomembno je izpostaviti, da omenjeni avtorji pri razmišljanju o mediaciji v tolmačenju praviloma ne jemljejo v obzir

20 Baraldi kot tretjo omeni tudi medkulturno mediacijo, ki naj bi za razliko od tolmačenja kot kulturne mediacije, ki proizvaja nove »kulturne forme«, proizvajala nove pogoje za medkulturno komunikacijo (Baraldi 2014: 26). Kot primer medkulturne mediacije omeni širši prevod zdravnikovega vprašanja pacientki, ali je kdaj splavila. Njen prevod je bil kulturno kompetenten v smislu, da se je izognil besedi »splav«, ki naj bi bila pretežka za tujejezično pacientko, in šel nekako takole: »Imaš dva sina, Bog jih blagoslovi. Ali je bila še kakšna nosečnost, ki se ni dobro končala?« Baraldi zagovarja medkulturno mediacijo kot podkategorijo dialoškega načina jezikovne mediacije in jo nasploh podreja konceptu tolmačenja (Baraldi 2014: 28). Ob tem je zanimivo, da je terensko delo, iz katerega črpa omenjeno analizo, opravil z ljudmi, ki se identificirajo kot medkulturni mediatorji in v zdravstvenem sistemu delujejo pod tem imenom.

21 Nekateri avtorji si sicer prizadevajo v tolmačenju najti poteze mediacije, a so kritični do tega, da naj bi vsak nekonferenčni tolmač že zato, ker dela v zanj neklasičnem okolju, mediiral (Archibald in Garzone 2014: 11).

znanstvene in strokovne literature, ki so jo objavili raziskovalci s področja medkulturne mediacije.

Do zdaj sva analizirala, kako mediacija nastopa v pojmovanjih tolmačenja. Ugotovila sva, da navedeni avtorji mediacijo razumejo kot inherenten del tolmačenja, v redkih primerih pa se od mediacije ograjujejo – predvsem takrat, ko jo razumejo kot način razreševanja sporov. Kot sva že omenila, se v znanstveni in strokovni literaturi pojavlja tudi nasprotno stališče, po katerem je tolmačenje vselej že del medkulturne mediacije. Tega stališča na tem mestu ne bova ponovno povzemala, saj sva ga predstavila že predhodno, na primer z modelom lestve in drugimi sorodnimi pojmovanji medkulturne mediacije, ki razumejo tolmačenje kot prvo, a ne edino nalogo medkulturnih mediatorjev. Pri tem velja opozoriti, da je tako razumevanje prisotno predvsem pri avtorjih, ki medkulturno mediacijo dojemajo kot samostojni poklic. V delih, ki medkulturno mediacijo pojmujejo kot način reševanja medkulturnih sporov, pa kompetence tolmačenja niso pomembne.

Soobstoja skupnostnega tolmačenja in medkulturne mediacije sva se do zdaj lotila z bolj teoretskega zornega kota. V nadaljevanju bova predstavila najopaznejša stališča različnih avtorjev o tem, kako naj ta dva profila sobivata v praksi. Najprej bova predstavila stališča tistih, ki se zavzemajo za ločevanje teh dveh poklicev, potem pa se bova posvetila še tistim, ki razmišljajo o njunem združevanju.

Za ostro ločitev skupnostnega tolmačenja in medkulturne mediacije se zavzemajo predvsem raziskave na področju tolmačenja. To ločitev nekateri zagovarjajo na bolj konceptualni ravni (Rudvin in Spinzi 2014: 64), drugi pa z že obstoječim stanjem, saj ponekod standardi tolmačev izrecno prepovedujejo prevzemanje vlog kulturnega posredništva, ki je značilno za medkulturno mediacijo (Gustafsson, Norström in Fioretos 2013: 190).

Omenjeno ločevanje teh dveh profilov navadno pomeni, vsaj v citiranem delu raziskav o tolmačenju, marginalizacijo delokroga medkulturne mediacije. Nekateri si prizadevajo, da medkulturni mediatorji ne bi premoščali jezikovnih in kulturnih ovir v triadnih situacijah, temveč da bi se ukvarjali s posredovanjem v medkulturnih sporih (Pöchhacker 2008: 23) ali pa v diadnih situacijah, na primer pri informiranju priseljencev o delovanju javnih ustanov in podobnem (Pokorn in Mikolič Južnič 2020: 101, 102). Nadalje nekateri menijo, da bi moral medkulturni mediator »pripraviti teren tolmaču«. Medkulturni mediator naj bi namreč poskrbel za to, da bodo zdravstvene storitve dostopne, premostil kulturne razlike, nato pa delo v triadni situaciji prepustil tolmaču (Martín in Phelan 2009). Zadnja predstava implicira, da je za zagotavljanje dostopnosti in premoščanje kulturnih

razlik potrebna le ena »intervencija«, po kateri naj bi ostale le jezikovne ovire, premoščanje slednjih pa naj bi bila izključno domena tolmačev. Taka delitev dela spominja na hierarhijo nekaterih poklicev, kjer »umazano delo« opravi nižje kvalificiran kader, od tam dalje pa delo prevzamejo ozko specializirani strokovnjaki, ki rešujejo težave, ki so še ostale in so od drugih težav strogo izolirane. Podobno dominacijo tolmačev pri premoščanju jezikovnih in kulturnih ovir in posledično dodelitev obrobni funkcij medkulturnim mediatorjem je zaznati tudi v stališču, da naj se medkulturna mediacija ukvarja s »komunikacijo v turizmu in promocijo kulturno prilagojenih produktov (na primer na področju mode, tradicionalnih živilskih izdelkov)« (Archibald in Garzone 2014: 14).

Sorazmerno pogosto, a ne vedno povsem eksplicitno izraženo, je stališče, da je medkulturna mediacija namenjena le izjemnim situacijam ali posebnim primerom. Tako so medkulturni mediatorji omejeni kot »priče groznim življenjskim zgodbam« ali kot osebe, ki delajo »z zelo ranljivimi družinami in občutljivimi temami« (Martín in Phelan 2009) oziroma z ljudmi s hudimi travmami (Rudvin in Spinzi 2014: 64). V primerih takega pojmovanja dela medkulturne mediacije ostane nejasno, kaj bi to pomenilo v praksi.

V nadaljevanju se bova posvetila še stališču, ki nakazuje na možno sintezo med profiloma skupnostnega tolmačenja in medkulturne mediacije. Najbolj priročna rešitev je, kot smo že pokazali, razširjeno pojmovanje enega izmed profilov. Tako smer nakazuje precej široko pojmovanje tolmačenja, ki sprejema medkulturno mediacijo kot upravičen način tolmačenja (Valero-Garcés 2018), ali pa modeli medkulturne mediacije, ki sprejemajo tolmačenje kot eno izmed svojih nalog (Verrept in Coune 2016). S tem je povezana tudi ideja kontinuuma, ki je na marsikaterem znanstvenem področju že poskusila zgladiti predstavljene binarne opozicije. Kot zagovarja Merlini (po Russo 2014: 83), med tolmačenjem in medkulturno mediacijo ni ostre ločnice, temveč stopenjski prehod vzdolž istega kontinuuma.²² Ne gre torej za dve različni aktivnosti, temveč za dve strategiji iste dejavnosti, ki ju strokovnjaki na terenu izbirajo glede na potrebe in nuje, ki vznikajo v kontekstu določene situacije.²³ Raffaella Merlini zato meni, da bi

22 Za kontinuum med nevtralnimi tolmačenjem in vlogo medkulturnega mediatorja kot neodvisnega udeleženca glej tudi Bot in Verrept (2013: 125, 126).

23 V tem smislu je nastalo nekaj refleksij o tem, kakšne vloge so najbolj zaželeni v določenih zdravstvenih kontekstih. Nekatere med modelom nevtralnega tolmačenja in vlogo medkulturnega mediatorja na primer Bot in Verrept (2013: 126, 127) vidita profil »interaktivnega tolmača« na področju duševnega zdravlja, ki naj bi tesneje sodeloval z zdravstvenim delavcem.

kazalo združiti ta dva profila in strokovnjakom na enem in drugem področju zagotoviti isto izobraževanje (Russo 2014: 83).

Konceptualna sinteza teh raznolikih pristopov je verjetno nemogoča, morda celo nepotrebna. Vsak pristop namreč krepi določen vidik prakse jezikovnih in kulturnih posrednikov. Potreba po nekakšni sintezi pa se še najbolj kaže v praksi, ki ji je ta konceptualna debata navsezadnje namenjena. Zato je težko razumeti, zakaj še vedno ne razpolagamo z raziskavami, ki bi pokazale, kakšen pristop je v kakšnih okoliščinah in za katere skupine najbolj učinkovit (Bot in Verrept 2013: 118, 119). Še več, ob pregledu literature sva pogosto dobila vtis, da se razprave o profilih jezikovnih in kulturnih posrednikov odvijajo zgolj na teoretični ravni. Čeprav so mnoge raziskave osnovane na raziskovanju prakse, so namenjene konceptualnim razglabljanjem, kar je seveda pomembno za razvoj teh profilov, vendar temu umanjka razmislek, ki bi bil usmerjen v razvijanje prakse. Ob tem dajejo nekatere študije občutek, da je odlika različnih profilov zgolj uporaba visoko normiranih tehnik, s čimer se oddaljujejo od potreb tako tujejezičnih uporabnikov kot tudi zdravstvenih in drugih delavcev.

Jasno je, da so tam, kjer so zaznali te potrebe, profile jezikovnih in kulturnih posrednikov zastavili širše od zgolj jezikovnega tolmačenja, kar nakazuje na dejstvo, da ljudje potrebujejo nek profil, ki med drugim tudi tolmači, a vseeno opravlja še druge naloge (Arumí Ribas 2017: 213). Če identitetni boji med različnimi profili ali znanstvenimi vejami prevladajo nad akcijskim odzivom na potrebe iz prakse, je zelo verjetno, da se ujamemo v past in o potrebah uporabnikov govorimo v jeziku že vzpostavljenih storitev. To logiko nekatere poimenujejo »logika hladilnika« (Flaker idr. 2008: 393, 394), saj to še najbolj nazorno ponazori njeno absurdnost. Če smo lačni in imamo v hladilniku le salamo, zase pač ne bomo rekli, da imamo potrebo po salami. Ta primer ilustrira dejstvo, da odgovori na potrebe ne morejo biti označevalci potreb. Ljudje primarno ne potrebujemo storitev, temveč imamo potrebe, na primer po uspešni komunikaciji s svojim zdravnikom in podobno. Na te potrebe pa se lahko odziva več med seboj dokaj različnih storitev. Potreb torej ne moremo določati s ponudbo že obstoječih ali dominantnih odgovorov – na primer s ponudbo profila, ki ga ta ali ona stroka razvija na abstraktni ravni. Namesto tega je treba raziskati potrebe ljudi, saj lahko v nasprotnem primeru ustanove ponujajo nekaj, kar ni nujno v stiku s potrebami aktualnih ali bodočih uporabnikov.

V tem poglavju sva pokazala na raznolikosti medkulturne mediacije v različnih evropskih državah. Poudarila sva, da lahko shematično ločimo med pojmovanjem medkulturne mediacije kot načina reševanja sporov na eni strani in pojmovanjem medkulturne mediacije kot posebne stroke, ki je namenjena premoščanju tako jezikovnih kot kulturnih ovir v različnih javnih ustanovah. Glede na to, da v tej knjigi medkulturno mediacijo razumeva skladno z drugim pojmovanjem, sva nadalje povzela nekaj najopaznejših modelov, s katerimi so raziskovalci prikazali naloge medkulturne mediacije v zdravstvu. Med njimi sva izpostavila model lestve, ki kot najosnovnejšo nalogo vključuje tolmačenje, vse druge naloge pa se po vidnosti medkulturnega mediatorja pri njihovem prevzemanju in po vplivu, ki ga ima na zdravstveno obravnavo, stopnjujejo vse do nalog zagovorništva.

Nadalje sva medkulturno mediacijo umestila v kontekst premoščanja jezikovnih in kulturnih ovir, kjer je zaslediti tudi strokovni profil skupnostnih tolmačev. Pokazala sva, da se na eni strani pojavljajo pojmovanja skupnostnega tolmačenja, ki kot del svojih nalog razumejo tudi medkulturno mediacijo, na drugi strani pa nekatera pojmovanja medkulturne mediacije vsebujejo naloge tolmačenja. Za konec sva se vprašala, kako misliti ta dva profila v praksi. Pokazala sva, da obstajajo tako pristopi, ki se zavzemajo za jasno ločevanje teh dveh profilov, kot tudi pristopi, ki si prizadevajo za nekakšno sintezo obojega. Nazadnje sva opozorila, da morajo konceptualne razprave o teh profilih izhajati iz raziskav prakse, saj le tako (p)ostanejo utemeljene na resničnih potrebah ljudi na terenu.

Tolmačenje v medkulturni mediaciji

Kot sva predstavila v prejšnjem poglavju, je tolmačenje prva in najosnovnejša naloga medkulturne mediacije. Poleg tolmačenja se v znanstveni literaturi za to dejavnost uporabljata tudi izraza ustno prevajanje in jezikovno posredovanje. V tem poglavju bova pozornost najprej posvetila nekaterim smernicam na področju tolmačenja. Spraševala se bova, ali jim medkulturne mediatorke lahko sledijo v praksi in kaj narediti, ko opazimo razkorak med smernicami in prakso. Nadalje bova pokazala, da jezikovni in kulturni posredniki niso le nevidni člani komunikacije v zdravstvu, temveč zavzemajo aktivno vlogo v kliničnih srečanjih, kjer so prisotni. Poglavje bova zaključila z razpravo o tem, da jezikovni in kulturni posredniki kdaj nereflektirano prevzemajo naloge, za katere nimajo pooblastil, a jih v te naloge silijo različni, predvsem institucionalni dejavniki. Kot v naslednjih poglavjih bova tudi v tem prepletala spoznanja iz tujega in najinega terenskega raziskovanja. Slednje je, kot

sva omenila že v poglavju *Metodologija in kontekst raziskave*, vključevalo na eni strani poglobljene individualne intervjuje z medkulturnimi mediatorkami, na drugi pa skupinske intervjuje na usposabljanju za medkulturne mediatorke, ki smo ga organizirali na NIJZ.

Kot osnovo za razpravo o tej nalogi medkulturne medicije bova vzela *Standarde medkulturne medicije v zdravstvu*, na katere sva se že navezovala (Verrept in Coune 2020).²⁴ Pri pisanju standardov tolmačenja sta se Verrept in Coune zgledovala po standardih, ki so jih objavila nekatera mednarodna združenja tolmačev²⁵, poleg tega pa je njuno besedilo osnovano tudi na 240 študijah primerov, ki izhajajo iz vsakdanje prakse medkulturnih mediatorjev v belgijskih bolnišnicah.

Standardi (v nadaljevanju povzemava po Verrept in Coune 2020: 32–36) definirajo tolmačenje kot natančen prenos govornega sporočila iz enega jezika v drugega, pri čemer praviloma ne pride do dodajanja ali odzemanja delov izvirnega sporočila. *Standardi* narekujejo, naj medkulturni mediator tolmači v prvi osebi, pri tem pa se mora odreči »popravljanju«²⁶ zgodb uporabnikov. Učinkovitost sporočanja ima prednost pred dobesednostjo prevoda, zato se lahko medkulturni mediator dobesednemu tolmačenju odreče, če presodi, da to ne bi prispevalo k boljši komunikaciji (v primeru uporabe vulgarnih izrazov in drugih izjem). Nadalje *Standardi* pravijo tudi, da se medkulturni mediator zadrži prevzemanja drugih vlog (podpore in zagovornišva), če to ni nujno potrebno. Pred posredovanjem se mora pripraviti na nalogo, med tolmačenjem pa je njegova naloga delovati kar najmanj vidno in zdravstvene delavce ter uporabnike spodbujati, da se naslavljajo neposredno (za kar poskrbi tudi z zavzemanjem ustreznega mesta v prostoru, ki je čim bolj nevtraln).

VRZELI MED TEORIJO IN PRAKSO TOLMAČENJA

Standardi medkulturne medicije v zdravstvu so pomemben korak k profesionalizaciji medkulturne medicije (Verrept in Coune 2017: 4). Hkrati jih ne gre razumeti preveč togo, saj ne dajejo dokončnih

²⁴ Od tu dalje skozi vso monografijo pri navedbi te publikacije uporabljava njen celotni naslov ali pa jo zapisujeva le kot *Standardi*. Pri tem navajava prevod in priredbo te publikacije v slovenščino (Verrept in Coune 2020) in ne besedila v angleščini (Verrept in Coune 2016, 2017).

²⁵ To so: *International Medical Interpreters' Association* (IMIA), *Californian Healthcare Interpreting Association* (CHIA) in *National Council on Interpreting in Health Care* (NCIHC).

odgovorov na kompleksne dileme, ki vznikajo v vsakdanji praksi medkulturnih mediatorjev (Verrept in Coune 2020: 5). Kot pri drugih profilih jezikovnih in kulturnih posrednikov tudi na področju medkulturne medicije prihaja do izzivov, kako premostiti razlike med prakso na eni strani in teorijo, ki jo zastopajo strokovne smernice, na drugi (Ciordia 2017). V nadaljevanju bova izpostavila nekatere dileme, ki se nanašajo na naloge tolmačenja.

Ena izmed dilem se zagotovo nanaša na to, ali naj medkulturni mediatorji tolmačijo v prvi ali tretji osebi. Ko smo na začetku usposabljanja za medkulturne mediatorke na *NIJZ* pregledovali smernice za tolmačenje, se je o tem razvila dolga diskusija. Kot sva že predstavila, *Standardi medkulturne medicije v zdravstvu* narekujejo tolmačenje v prvi osebi. Čeprav so bile medkulturne mediatorke s tem seznanjene, so imele zadržke do doslednega spoštovanja tega pravila. Izpostavile so, da je odločitev o rabi prve ali tretje osebe odvisna od konteksta, saj lahko po njihovih izkušnjah nepremišljena raba prve osebe povzroči nekatere nesporazume. Ena od medkulturnih mediatork je na usposabljanju tako ubesedila svoje izkušnje:

Ne morem vedno tolmačiti v prvi osebi, saj čisto zmedem zdravstvene delavce. Recimo, zdravnik je delal anamnezo in je vprašal po pacientkinih boleznih. Ona je rekla: »Ja, imam raka na dojkah.« Jaz sem tolmačila: »Ja, imam raka na dojkah.« Potem je zdravnik pogledal mene in me vprašal, če imam jaz raka na dojkah. Čisti kaos. Potem se je začel pogovarjati z mano in pozabil na pacientko. /.../ Ni samo to. To, da rečeš: »Jaz imam raka, jaz imam tuberkulozo,« tudi čisto psihološko vpliva nate, kot bi res imel te bolezni. (Hana, intervju)

Dilema tolmačenja v prvi ali tretji osebi poleg medkulturnih mediatorjev zaposluje tudi številne raziskovalce tega področja. Avtorica ene izmed raziskav, ki o tej dilemi povzema strokovne debate predvsem na področju sodstva, ugotavlja, da ima tolmačenje v tretji osebi, za razliko od tolmačenja v prvi osebi, drugačno ilokucijsko moč. To pomeni, da se tolmač slovnično oddalji od namena izjavljanja primarnega govorca in se s tem tudi loči od avtoritete, ki to izjavlja (Ciordia 2017: 10). Zgoraj navedeni citat medkulturne mediatorke Hane pa to sliko dopolnjuje tudi z uvidom v to, da se medkulturne mediatorke pri tolmačenju v prvi osebi srečujejo s praktičnimi ovirami v sporazumevanju z zdravstvenimi delavci in »psihološkimi« ovirami, saj ne želijo prenašati bremena diagnoz in drugih potencialno obremenjujočih vsebin. Prav zaradi te in podobnih izkušenj medkulturnih mediatork iz prakse smo se odločili, da v prevodu in priredbi *Standardov* v slovenščino smernice, ki se nanašajo na uporabo prve osebe pri tolmačenju,

nekoliko omilimo. Zapisali smo, da se lahko medkulturni mediator tolmačenju v prvi osebi tudi odreče, ko bi uporaba prve osebe lahko povzročila zmedo (glej Verrept in Coune 2020: 34).

Poleg dileme o rabi prve ali tretje osebe sva v raziskavi z medkulturnimi mediatorkami naletela še na nekaj drugih vprašanj, ki spodbujajo razmislek o razkoraku med smernicami in vsakdanjo prakso. Na prvem srečanju usposabljanja za medkulturne mediatorke na *NIJZ* smo gostili profesorico tolmačenja, ki je udeleženkam predstavila nekaj izbranih tem s področja tolmačenja. Med drugim je bilo govora o tem, ali naj medkulturni mediatorji med zdravstveno obravnavo vodijo zapiske. Medkulturne mediatorke so povedale, da zapiskov večinoma ne morejo voditi, saj obravnava poteka prehitro. Istega mnenja so bili tudi medkulturni mediatorji iz študije v Kataloniji, kjer je Marta Arumí Ribas ugotovila, da medkulturni mediatorji redkokdaj uporabljajo tehnike tolmačenja, med katerimi je na primer vodenje zapiskov kot pomoč pri tolmačenju daljših besednih sporočil (Arumí Ribas 2017: 212, 213).

O tehnikah tolmačenja je tekla beseda na že omenjeni izvedbi usposabljanja. Predavateljica je med drugim govorila o parafraziranju. Poudarila je, da se pri parafraziranju izvirnika sicer ne drži popolnoma, saj gre za uporabo lastnih besed za opis pojma ali ideje. Omenila je še, da se je pri parafraziranju kljub temu treba držati bistva, pri čemer se izvirnika ne sme krajšati ali mu karkoli dodajati. Ko so medkulturne mediatorke o tem razmišljale na podlagi svojih izkušenj iz prakse, so povedale, da ob njihovem parafraziranju nekateri zdravstveni delavci izrazito negativno reagirajo. Čeprav niso imele enotne razlage za te njihove reakcije, so jih pripisovale skrbi zdravstvenih delavcev, da bi medkulturne mediatorke pri tolmačenju dodajale nepreverjene informacije (zapis z usposabljanja, 6. 2. 2019).

Kot je razvidno iz omenjenih primerov, je medkulturnim mediatorkam v praksi težko spoštovati nekatere smernice tolmačenja.²⁶ Morda bi določene smernice lažje sprejele, če bi bile deležne daljšega usposabljanja, vseeno pa je opaziti, da kvaliteta dela medkulturnih mediatork ni odvisna le od njih samih, temveč tudi od usposobljenosti zdravstvenih delavcev za delo z njimi, nadalje pa tudi institucionalnih in situacijskih pogojev. Vendar pa večina strokovnih smernic jezikovnih

26 Claudia Angelelli, vidnejša avtorica del o tolmačenju v zdravstvu, opozarja na dejstvo, da se strokovni kodeksi največkrat prenašajo iz konferenčnega tolmačenja na druga področja tolmačenja (vključno s tolmačenjem v zdravstvu), pri čemer zanemarijo kontekst tolmačenja (Angelelli 2008: 151, 152). To bi morda lahko razložilo tudi nekatere primere, pri katerih je take smernice težko spoštovati v kontekstu zdravstva.

in kulturnih posrednikov teh pogojev ne upošteva. V tem smislu eno redkih izjem predstavljajo že omenjeni *Standardi*, ki ne prenašajo odgovornosti za potek in kakovost komunikacije zgolj na medkulturne mediatorje,²⁷ temveč tudi širše, na zdravstvene ustanove, torej na kontekst njihovega dela. Tako poleg smernic za opravljanje posameznih nalog in tistih na področju etike vsebujejo tudi standarde organizacije medkulturne medicije v zdravstvu (Verrept in Coune 2020: 53, 54), ki zapisujejo minimalne pogoje, ki jih mora zdravstvena ustanova zagotoviti za dobro delo medkulturnih mediatorjev (to tematizirava v poglavju *Organizacija medkulturne medicije v zdravstvu*). Skleneva lahko, da smernic za posamezne naloge medkulturne medicije v zdravstvu ne gre razumeti brez standardov, ki določajo pogoje za kakovostno izvajanje vseh nalog medkulturne medicije, tudi tolmačenja.

Vseeno pa ostaja vprašanje, kaj narediti, ko se soočimo z razkorakom med strokovnimi smernicami in stanjem v praksi. Pri odgovoru na to vprašanje se lahko gibamo med dvema skrajnostma. Prva je, da vztrajamo pri korektnosti smernic in si prizadevamo, da po njih kar najbolje usposobimo jezikovne in kulturne posrednike, obenem pa tudi zdravstvene delavce, ki z njimi sodelujejo. Druga skrajnost pa je, da se iz vsakdanje prakse učimo in v smernice prenašamo tisto, kar smo se naučili iz prakse. Tovrstne pristope poznajo ponekod v tujini. Usposabljanja medkulturnih mediatorjev za delo v zdravstvenih ustanovah italijanskega kraja Reggio Emilia na primer sestojijo iz učenja skozi prakso, kar različne strokovne smernice kontekstualizira v dejanske okoliščine dela medkulturnih mediatorjev (Chiarenza 2020). Podobno zagovarja španska raziskovalka tolmačenja Leticia Santamaría Ciordia, ki pravi, da se praksa tolmačev težko opira zgolj na preskriptivne kodekse in smernice ter da bi prakso bolje podpirala raziskovanje in usposabljanje, ki bi bilo deskriptivno in bi izhajalo iz prakse (Ciordia 2017: 14).

AKTIVNA VLOGA TOLMAČEV

Na začetku poglavja sva povzela standarde tolmačenja na področju medkulturne medicije. Opaziti je, da je nevtraln in čim bolj dosledno tolmačenje izhodiščna točka za tolmačenje, kot je definirano na področju medkulturne medicije. Za tako vrsto tolmačenja raziskovalci

27 Ta vpogled dolgujeva skupni refleksiji z Antonijem Chiarenzo.

pogosto uporabljajo besedo »kanal« (angl. *conduit*),²⁸ italijanska raziskovalca Baraldi in Gavioli pa uporabljata besedno zvezo »neposredno tolmačenje«. V praksi medkulturnih mediatorjev sta neposredno tolmačenje opazila predvsem pri prevajanju enostavnih navodil in zaprtih vprašanj (na primer »usedite se«). Raziskovalca izpostavita, da z uporabo te modalitete tolmačenja medkulturni mediatorji implicitno dajo vedeti sogovornecem, da ni kulturnih razlik ali vsebin, ki bi jih morali pojasnjevati (Baraldi in Gavioli 2015: 56–58).

Čeprav je to začetna točka, iz katere izhajajo različni profili jezikovnih in kulturnih posrednikov, pa so raziskave tolmačenja pokazale, da je doseganje tega ideala pogosto nemogoče. Kot sva omenila že v prejšnjem poglavju, je specifičnost skupnostnega tolmačenja, torej tolmačenja v javnih ustanovah ali drugje v skupnosti, v tem, da je tolmač aktivni udeleženec dialoške situacije, v kateri se nahaja. To »podira mit o nevtralnosti tolmača in njegovi nevidnosti«, ki izhaja s področja konferenčnega tolmačenja (Morel in Gorjanc 2016: 43, 44).²⁹

Kritiko tolmaške vloge kot kanala je podala raziskovalka Cecilia Wadensjö konec 90. let prejšnjega stoletja, saj je v tolmačenju videla tako prevajalski kot tudi koordinativni vidik. To pomeni, da tolmači poleg ustnega prevajanja opravljajo tudi funkcijo koordinacije govora med govorniki (Archibald in Garzone 2014: 12). To pa nakazuje na aktivno vlogo tolmačev, ki je predhodno omenjena vloga kanala ne predvideva.

Tozadevno je zanimiva študija raziskovalke Elaine Hsieh (2009), ki je opravila opazovanje z udeležbo pri delu mandarinsko govorečih tolmačev in poglobljene intervjuje z 21 tolmači različnih etničnih skupnosti v ZDA. Avtorica je ugotovila, da je imelo zavzemanje kar najmanj opazne vloge s strani tolmačev dobre učinke na sporazumevanje med zdravstvenimi delavci in tujejezičnimi uporabniki, saj je spodbudilo neposredno komunikacijo med njimi. Obenem pa je Elaine Hsieh opozorila, da tolmači pri tem največkrat niso upoštevali osnovnih pravil tolmačenja (kot na primer tolmačenje v prvi osebi ednine). Zdravstveni delavci so namreč večkrat naslavljali tolmača namesto pacienta, ko so na primer vprašali: »Ali ima pacientka ...« To so tolmači prevedli: »Ali imate ...« torej so tujejezične uporabnike naslavljali direktno, kot bi z njimi govoril zdravstveni delavec. Pri tem ni šlo za nezavedne napake v tolmačenju, temveč za rezultat aktivne

28 V slovenščini sva zaznala prevod »prevodnik« (Morel in Gorjanc 2016: 209).

29 Kaufert in Putsch pa menita, da je princip nevtralnosti posledica tega, da tolmačenje v zdravstvu v svojih standardih posnema standarde sodnega tolmačenja (Kaufert in Putsch 1997: 76, 77).

vloge tolmačev, ki jih je v tako izbiro tolmačenja gnal določen cilj, in sicer spodbujati čim bolj direktno komunikacijo med govornici (Hsieh 2009: 149). O podobnih ciljih govori tudi medkulturna mediatorka iz najine raziskave:

Enkrat je ena pacientka rekla zdravnici, da jo je glava bolela tako, da je tolkla z glavo v steno³⁰ cel večer. Seveda sem to prevedla zdravnici v smislu, da jo je zelo bolela glava. In potem, ko sva z gospo šli ven, sem ji jaz tudi povedala, da ne more tukaj uporabiti istega izraza, ker bodo še mislili, da je za psihiatrijo. (Alja, intervju)

Povzeta študija in primer iz najine raziskave kažeta, da ko tolmači ali medkulturni mediatorji sledijo cilju spodbujanja jasnega in čim bolj nemotenega sporazumevanja med zdravstvenimi delavci in tujejezičnimi uporabniki, to kdaj pomeni, da vsega ne tolmačijo dobesedno. V najini raziskavi sva opazila še nekatere druge primere, ki pričajo o aktivni vlogi medkulturnih mediatork pri tolmačenju.

Kot je bilo že omenjeno, smo na začetku usposabljanja medkulturnih mediatork namenili pozornost različnim tematikam, povezanim s tolmačenjem. Udeleženke so poudarile, da morajo večkrat aktivno poseči v komunikacijo med zdravstvenim delavcem in tujejezičnim uporabnikom, ker navadno prvi uporabljajo izraze, ki so nerazumljivi za druge. O tem je v intervjuju govorila tudi ena izmed medkulturnih mediatork:

Je pa res, včasih se pa zgodi, da prideš ... da [zdravstvena delavka, op. a.] preveč strokovno pove in takrat jaz njo zaustavim. Jaz lahko prevedem tako, kot je ona strokovno rekla, ampak mene niti gospa [uporabnica, op. a.] ne bo razumela, ker tudi moramo paziti na to, da smo z ljudmi, ki niso v bistvu tako izobraženi. Pa tudi če bi bili visoko izobraženi, ne vem, v arhitekturi ..., ne poznajo medicinskih izrazov. (Jasmina, intervju)

Temu raziskovalca Baraldi in Gavioli pravita eksplicitna koordinacija, saj gre pri njej za to, da tolmač ali medkulturni mediator aktivno posežeta v situacijo, pri čemer prosita za pojasnitev, dodatni čas za prevod, bolj dosledno spoštovanje reda govora oziroma izmenjavanja besede (angl. *turn-taking*) in podobno (Baraldi in Gavioli 2015: 51). Vse to kaže, kot drugi primeri, ki sva jih navedla, na dejstvo, da so tolmači in medkulturni mediatorji aktivni člen odnosov, v katere vstopajo.

30 V jeziku izvirnika je to ustaljena metafora.

RAZKORAK MED DEKLARIRANIMI IN IMPLICITNIMI VLOGAMI

Do zdaj sva pokazala, da so tako raziskave prakse tolmačev kot tudi najina raziskava pokazale, da gre pri tolmačenju za več kot nevidno vlogo kanala, saj tolmači in medkulturni mediatorji aktivno sodelujejo v komunikaciji in posledično nanjo med tolmačenjem tudi vplivajo. V nadaljevanju bi rada povzela dognanja raziskav tolmačenja, ki opozarjajo na to, da se morajo jezikovni in kulturni posredniki svoje aktivne vloge zavedati, sicer tvegajo, da nereflektirano prevzemajo tudi druge vloge, ki niso deklarirane v opisu njihovih del in tako delujejo v funkciji tistih, ki imajo moč.³¹

Brad Davidson (2000, 2001) je izvedel etnografijo v splošni bolnišnici v Kaliforniji, v kateri je bil prisoten pri več kot 100 kliničnih srečanjih, ki so vključevali špansko-angleško govoreče tolmače, opravil pa je tudi številne intervjuje s pacienti. Podrobno je analiziral deset srečanj, ki so vključevala profesionalne tolmače, in jih primerjal s prav toliko kliničnimi srečanji, ki so potekala zgolj v angleščini s pacienti, ki niso imeli jezikovnih ovir pri komunikaciji v angleščini. Davidson je opazil, da imajo tolmači v bolnišnici več mandatov³²: nekateri so eksplisitni (na primer tolmačiti točno in natančno), nekateri implicitni (na primer svoje delo opravljati hitro). Implicitne mandate so tolmači prevzemali posredno, saj je nanje vplivalo pomanjkanje časa v kliničnem okolju – torej je nanje vplivala njihova institucionalna umeščenost (Davidson 2001: 171). Nadalje je avtor pokazal, da so zdravniki od tolmačev pričakovali tolmačenje zgolj bistvenih stvari. To je pomenilo, da so morali tolmači v zgodbah, v katerih so pacienti govorili o svojih zdravstvenih težavah, določati, kaj je bilo v njih klinično pomembno in kaj ne, pa čeprav za to niso imeli ustreznega medicinskega znanja. S tem so, po Davidso-novem mnenju, tolmači nastopali v vlogi »prediagnostikov«. Kot

31 Ker najina raziskava ni vključevala opazovanja z udeležbo in snemanja kliničnih srečanj, v katerih so bile prisotne medkulturne mediatorke, sva besedilo na tej točki osnovala le s pomočjo raziskav iz tujine. Nereflektirano prevzemanje vlog, za katere jezikovni in kulturni posredniki nimajo pooblastil, vseeno vključujeva v besedilo, saj to razumeva kot eno izmed ključnih pasti njihovega dela v praksi. Ta fenomen sva zaznala tudi v najini raziskavi, vendar v primerih, ko medkulturne mediatorke opravljajo druge naloge, ki presegajo tolmačenje, zato o tem piševa drugje (glej poglavje *Zagovornišтво*).

32 Mandat razumeva kot naročilo za delo. Mandat za intervencijo lahko medkulturnemu mediatorju dodeli zdravstveni delavec (na primer s tem, da ga pokliče), uporabnik (s tem, da ga prosi za pomoč) ali določen postopek (na primer na sodišču, centru za socialno delo ali v bolnišnici). Več o tem piševa v poglavju *Organizacija medkulturne medicije v zdravstvu*.

poudarja avtor, so to počeli brez eksplicitnega institucionalnega mandata za to, saj so ravnali po implicitnih pričakovanjih zdravnikov (prav tam).³³

Tolmači so prevzemali del vlog zdravstvenih delavcev tudi v drugih primerih. Vodili so klinične intervjuje namesto zdravstvenih delavcev, zgodbe pacientov o njihovih zdravstvenih težavah so preoblikovali tako, da so imeli rdečo nit in podobno. To je imelo mnogotere posledice. Prvič, večina špansko govorečih pacientov zato ni dobila diagnoze in to iz več razlogov: zdravstveni delavci kdaj niso upoštevali glasu pacientov, saj so, namesto njih, na več kot polovico vprašanj že odgovorili tolmači; zdravstveni delavci niso vzeli resno zgodb pacientov, ki so jih prevedli tolmači, ali pa so se odzvali na zgodbe pacientov, a tega tolmači niso prevedli (Davidson 2000: 392).³⁴ Avtor zaključuje, da so s temi implicitnimi mandati, ki so jih prevzemali tolmači, klinični proces v bistvu zavirali, saj so z njimi preprečevali ustrezno diagnosticiranje in posledično zdravljenje.

Davidsonova študija nam kaže, do katere mere lahko na tolmačenje vpliva kontekst, ki ga je v navedenem primeru predstavljalo bolnišnično okolje. Tam so časovne stiske in implicitna pričakovanja zdravstvenih delavcev tolmače silili v prevzemanje vlog, za katere niso bili niti pooblaščen niti izobraženi. Davidson pravi, da so tolmači nastopali kot informacijski vratarji (angl. *gatekeepers*), saj so spreminjali zgodbe pacientov in s svojim delom prispevali k hitri zdravstveni obravnavi (Davidson 2000: 400, 401). S svojim delom so, neformalno, delovali v tesnejši povezavi z zdravstvenimi delavci kot s pacienti. Glede na to, da so bili tudi sami del osebja, institucionalni »insajderji«, so bili lojalni do zdravstvenih delavcev (prav tam: 401).

Podobno kot Brad Davidson je tudi Elaine Hsieh (2007) ugotovila, da tolmači v praksi uporabljajo strategije, s katerimi se postavljajo bližje zdravstvenim delavcem, pri tem pa delujejo v vlogi »sodiagnostikov«. Tudi njena raziskava je bila etnografska: z opazovanjem

33 Podobno so ugotovili v raziskavi tolmačenja azilnih postopkov (glej Pöllabauer 2004: 158, 159).

34 Zelo poveden je primer, ko zdravnik vpraša pacienta, od kdaj ima težave z vidom. Pacient odgovori, da je to ob odsotnosti tolmača poskušal zdravniku sporočiti že v predhodnih obiskih, a ni prepričan, ali je zdravnik to slišal in zabeležil. Tolmač tega ni prevedel zdravniku in nadaljeval z dodatnimi vprašanji (s prevzemanjem zdravnikove vloge), pri čemer je želel od pacienta izvedeti, koliko časa že ima težave z vidom. Ko je pacient nenazadnje le povedal, da ima omenjeno zdravstveno težavo že eno leto, je to tolmač prenesel zdravniku, zamolčal pa je, da je pacient to že povedal in se na njegove tožbe zdravnik do tedaj ni odzval. S tem je tolmač deloval kot ocenjevalec relevantnosti pacientove zgodbe, s čimer se je približal delu zdravstvenih poklicev, ki iz zgodb bolnikov filtrirajo klinično relevantne podatke. Tolmač je s tem tudi filtriral bolnikovo kritiko dotičnega zdravstvenega delavca (po Davidson 2000: 397, 398).

z udeležbo in poglobljenimi intervjuji je raziskovala delo šestindvajsetih mandarinsko govorečih tolmačev v ZDA. Avtorica je ugotovila, da so tolmači sprejemali komunikacijske cilje zdravstvenih delavcev. To pomeni, da so v primerih, ko pacienti niso odgovorili na vprašanje zdravstvenih delavcev, sami ponovili vprašanje z namenom, da bi lahko kasneje tolmačili celoten odgovor – s tem so sledili ciljem, ki so jih v zdravstveni obravnavi imeli zdravstveni delavci (Hsieh 2007: 926–928).

Nadalje je raziskovalka ugotovila, da so med tolmačenjem spreminjali izjave zdravstvenih delavcev in prevajali le tisto, kar so presodili kot klinično relevantno (prav tam: 928–930). Elaine Hsieh to ponazorila s primerom zdravstvene obravnave, v kateri je zdravnik informiral nosečnico s sladkorno boleznijo o priporočljivih navadah za uspešno obvladovanje te bolezni. Avtorica je opazila, da je zdravnik poleg tehničnih nasvetov veliko pozornosti namenil tudi gradnji zaupnega odnosa z nosečnico, vendar pa je tolmačka ustno prevedla le vsebine, ki so bile ozko vezane na zdravstvene informacije. Ko je na primer zdravnik bolnico naslavljaj kot »medicinsko sestro njenega otroka« in ji širše razlagal pomen zdravega načina življenja za otrokovo zdravje in razvoj, je tolmačka to v prevodu izpustila, natančno pa prevedla dele z zdravstvenimi, tehničnimi nasveti.

Elaine Hsieh je ugotovila tudi, da so tolmači v nekaterih primerih samoiniciativno zastavljali vprašanja namesto zdravstvenih delavcev, da bi od pacientov pridobili natančnejše informacije, ki so jih potrebovali zdravstveni delavci. Na primer, če so zdravniki vprašali »koliko časa«, so tolmači, ko niso dobili zadovoljivega odgovora, kdaj dodatno vprašali »koliko ur« in »kolikokrat na dan« ter to v intervjujih z raziskovalko zagovarjali s tem, da jim to pomaga pri zbiranju informacij za lažje tolmačenje. Avtorica je opazila, da so tolmači v določenih primerih sodelovali tudi pri diagnostičnih postopkih in v odsotnosti zdravstvenih delavcev sami delili pacientom zdravstvene nasvete (Hsieh 2007: 930–935). Pri tem avtorica študije poudarja, da so tolmači vse te strategije uporabljali nekako avtomatično, brez refleksije, hkrati pa so ob tem imeli občutek, da delujejo kot nevtralen kanal. Oba avtorja, tako Brad Davidson kot Elaine Hsieh, sta v svojih raziskavah torej pokazala na nereflimirane vloge tolmačev v zdravstvu, s prevzemanjem katerih so se slednji v odnosu med zdravstvenimi delavci in tujejezičnimi uporabniki pozicionirali bližje prvim.

Poglavje sva začela s kratkim povzetkom standardov tolmačenja na področju medkulturne medicije. Nadalje sva se spraševala, kaj narediti z razkorakom med preskriptivnimi smernicami in vsakdanjo prakso jezikovnih in kulturnih posrednikov. Pri tem sva ugotovila, da je treba vzpostavljati ter ohranjati »posluh« za izkušnje medkulturnih mediatork iz prakse in s tem peljati dialektični slalom med snovanjem smernic in izkušnjami iz prakse ter obratno – tak pristop sva izbrala tudi ob prevodu in priredbi *Standardov za medkulturno medicijo v zdravstvu v slovenščino*.

Nadalje sva pokazala, da tako znanstvena literatura na področju skupnostnega tolmačenja kot tudi izkušnje medkulturnih mediatork iz prakse kažejo, da se jezikovni in kulturni posredniki v praksi odmikajo od vloge nevtralnega kanala. Običajno namreč nastopajo kot aktivni člen triadne komunikacije. Pri tem kdaj zasledujejo deklarirane cilje svoje vloge – prizadevajo si na primer za bolj neposredno komunikacijo med zdravstvenimi delavci in tujejezičnimi uporabniki. Kdaj pa aktivno vlogo odigrajo nevede, saj nereflektirano prevzemajo vloge, v katere jih sili vrsta dejavnikov, med drugim tudi njihova institucionalna vpetost v zdravstvene ustanove, kjer so zaposleni.

Vse to ne pomeni, da je treba vlogo kanala popolnoma zavreči – pomeni pa, da je to vlogo konceptualno in praktično treba dopolniti z vrsto drugih. Raziskovalka na področju tolmačenja Elaine Hsieh tako poleg vloge kanala omenja še vloge pojasnjevalca, razlagalca kulture in zagovornika: vse vloge so »legitimne in različne situacije lahko zahtevajo prevzemanje različnih vlog« (Hsieh 2009: 149).

Kot bomo videli v naslednjem poglavju, v določenih primerih zgolj tolmačenje še ne pripomore k jasnejši komunikaciji.³⁵ Jezikovni in kulturni posredniki morajo zavzemati tudi vloge, ki so širše od tolmačenja. Medkulturne mediatorke, ki so sodelovale v najini raziskavi, razumejo, kako prepletena je tolmaška vloga z vsemi drugimi, ki jih zavzemajo, zato si tolmačenja ne predstavljajo brez ostalih, temu komplementarnih vlog. V naslednjem poglavju se po modelu lestve premikamo od tolmačenja eno stopničko višje, v tisti del medkulturne medicije, ki jo lahko označimo kot podporo, kjer nas čaka vprašanje, kdaj morajo medkulturni mediatorji preseči naloge tolmačenja in jih nadgraditi z drugimi ter katere naloge so to.

35 Za to misel se zahvaljujemo Antoniu Chiarenzi.

Podpora

Podpora se v modelu lestve Hansa Verrepta in Isabelle Coune (2020) nahaja eno stopničko višje od tolmačenja, saj je medkulturni mediator pri tem bolj viden in ima večji vpliv na komunikacijo. V tem modelu pojem podpore obsega posredovanje pri nesporazumih, posredovanje kulturnih pomenov ter podporo zdravstvenim delavcem in uporabnikom pri zavzemanju njihovih vlog. Te tri naloge Verrept in Coune (2016: 25–27) združita pod krovnim pojmom »facilitacija« (angl. *facilitation*), ki ga v slovenščino prevajava z izrazom podpora.³⁶

36 Za ta izraz smo se odločili tudi ob prevodu in priredbi *Standardov za medkulturno mediacijo v zdravstvu*, saj se zdi ustrežnejši od besede *facilitacija*, pa tudi od drugih možnih prevodov te besede, kot so na primer *spodbujanje*, *pospeševanje*, *lajšanje* ali *pomoč* (Verrept in Coune 2020: 25).

Tem nalogam sva v pričujočem poglavju dodala še nekatere druge, ki jih model lestve sicer ne omenja, a so o njih govorile medkulturne mediatorke, ki so bile vključene v najino raziskavo. Kot sva omenila že v prejšnjem poglavju, naj bi vse naloge, ki so v modelu lestve višje od tolmačenja, medkulturni mediatorji zavzemali le takrat, ko jezikovno tolmačenje ne zadošča za zagotavljanje učinkovite komunikacije (Verrept in Coune 2020: 25). V nadaljevanju bova te naloge analizirala na podlagi obstoječe znanstvene literature in primerov iz raziskovanja medkulturne mediacije v Sloveniji.

RAZJASNJEVANJE NESPORAZUMOV

Razjasnjevanje nesporazumov je po modelu lestve najmanj zahtevna med nalogami podpore, zato je na lestvi locirana tik nad tolmačenjem. Ta naloga predpostavlja, da medkulturni mediator opozori na nesporazume med zdravstvenim delavcem in uporabnikom ter jih poskuša razrešiti, kot pojasnjuje medkulturna mediatorka v spodnjem citatu:

To je najhujše, ko v večini primerov pacienti kimajo, ne poslušajo. In to je v ozadju marsikaterega nesporazuma, ko pacienti slišijo in podpišejo kakšno stvar, a je v bistvu ne razumejo, le kimajo. Po eni strani jih je sram priznati, da niso razumeli. Nekateri pa razumejo slovensko, a ne dovolj, in pridejo brez prevajalca. Zdravstveni delavci mislijo, da so pacienti razumeli, pa jih ne, in zato moram kdaj priti, da rešimo v prejšnji obravnavi nastale nesporazume. (zapis z usposabljanja, 10. 9. 2019)

Nesporazumi kdaj nastopijo zaradi razlik v pomenu posameznih besed, besednih zvez ali fraz, ki lahko imajo v določenih jezikih povsem drugačen pomen. Na usposabljanju medkulturnih mediatork na NIJZ je medkulturni mediator za arabski jezik, ki živi in dela v Italiji, omenil naslednji nesporazum. Arabsko govoreči uporabnik je prišel na pregled k zdravniku. Za osnovno sporazumevanje je dovolj dobro govoril italijansko, zato mu je medkulturni mediator prepustil, da je na začetku zdravniku sam razložil svojo situacijo. Ko je na prošnjo zdravnika opisal svoj življenjski slog, je omenil, da »pije« cigarete, saj je dobesedno prevedel frazo iz arabščine. Zdravnik ni posumil, da gre za nesporazum, in je uporabnika začel spraševati, kako tako pitje izgleda. Takrat se je vključil medkulturni mediator in pojasnil nesporazum. (zapis z usposabljanja, 24. 8. 2020)

Do nesporazumov pa ne prihaja le na ravni verbalne komunikacije. Najine sogovornice so pogosto poročale o nesporazumih, ki so

bili posledica neverbalne komunikacije, saj so zdravstveni delavci telesno govoricno, geste in mimiko tujejezičnih pacientov lahko napačno interpretirali. V zvezi s tem je poveden nesporazum, o katerem so se pogovarjale medkulturne mediatorke za albanski jezik med eno od izvedb usposabljanja na NIJZ. Omenjale so pogosto situacijo, ko morajo albansko govoreče ženske, ki ne znajo slovensko, svojega otroka same peljati k zdravniku. V času zdravstvenega pregleda se te ženske pogosto ne odzivajo, imajo sklonjeno glavo in se izmikajo očesnemu stiku z zdravstvenimi delavci, zaradi česar si slednji neredko ustvarijo mnenje, da so to nezainteresirane, neskrbne matere, ki so povsem brezbrizne do zdravja svojih otrok. Ko imajo medkulturne mediatorke priložnost sodelovati pri zdravstveni obravnavi, lahko zdravstvenim delavcem pojasnijo, da njihova telesna govoricna ne kaže na brezbriznost do otroka, temveč na spoštljiv odnos do zdravstvenega delavca, ki ga vidijo kot avtoriteto. Sočasno pa s telesno zadržanostjo izražajo lastni občutek inferiornosti in nemoči, saj se ne znajdejo v dani situaciji. (zapis z usposabljanja, 13. 1. 2020)

POSREDOVANJE KULTURNIH POMENOV

Kulturno posredništvo (angl. *culture brokerage*) oziroma posredovanje kulturnih pomenov je naloga, ki je domača področju medkulturne mediacije. Drugače pa je na področju skupnostnega tolmačenja, kjer imajo raziskovalci različne predstave o konceptu kulture ter o tem, kaj s kulturo početi.

Opaziti je, da v nekaterih raziskavah na področju tolmačenja prevladuje razumevanje, ki kulturo umešča v domeno jezika oziroma jo razume le v razsežnosti jezika – kulturne razlike naj bi bile namreč »pridelane v komunikaciji« (Farini 2008: 252). Te raziskave torej jezik definirajo kot lokus in medij kulture, oziroma je »v interakciji jezik medij, kjer se reproducirajo določene kulturne predpostavke [angl. *cultural presuppositions*, op. a.], ki izhajajo iz družbenega konteksta« (Baraldi 2009: 121). Z antropološkega zornega kota lahko tako razumevanje koncepta kulture označimo kot redukcionistično. Čeprav v kulturni in socialni antropologiji koncept kulture raziskovalci definirajo na različne načine, pa so si skladni v prepričanju, da pojma kulture ni mogoče zvesti le na raven jezika. V eni najzgodnejših opredelitev kulture jo Edward B. Tylor definira kot »kompleksno celoto, ki obsega znanje, vero, umetnost, moralo, zakone, običaje in katerekoli druge sposobnosti in navade, ki jih pridobi človek kot član družbe« (Tylor 1958 [1871]: 1).

Pri podobno širokih opredelitvah vztrajajo tudi kasnejši avtorji, vključno s Cliffordom Geertzem, ki v svoji znani definiciji kulturo označi kot sistem podedovanih konceptov, izraženih v simbolni obliki na tak način, da lahko ljudje z njimi komunicirajo med seboj ter ohranjajo in razvijajo svoje védenje o življenju (Geertz 1973: 89). Če v navedenih definicijah jezik ni eksplicitno izpostavljen, pa je v delih nekaterih drugih antropologov bolj jasno opredeljen kot ena od značilnosti kulture (Leach 1976) ali del kulture (Kroeber 1928; Weiss 1972), pri čemer številni raziskovalci poudarjajo njegovo ključno vlogo pri obstoju in ohranjanju kulture (Boas 1938; Bloch in Trager 1942). Oženje pojma kulture, ki mu lahko rečemo tudi »način življenja« (Muršič 2011), le na razsežnosti jezika, pomeni zanikanje antropološke tradicije, obenem pa zanemari kulturne konstrukcije zdravlja, bolezni in zdravljenja, ki jih ni mogoče interpretirati le preko jezika.

Poleg reduktivnega razumevanja kulture pa je pri raziskavah tolmačenja opaziti še nekaj. Nekateri avtorji precej hitro povzemajo (tudi antropološke) kritike koncepta kulture.³⁷ Ob tem izpostavijo, da gre pogosto za problematičen pojem, z uporabo katerega lahko pripomoremo k temu, da Drugega napravimo še bolj Drugega. Pri tem pa razumejo koncept drugotenja (angl. *othering*) kot »načine, s katerimi lahko ena družbena skupina (na primer zdravstveni delavci) izloči drugo družbeno skupino (npr. pacienti iz etničnih manjšin), saj naj bi slednji bili 'drugačni'« (Felberg in Skaaden 2012: 97). Kritika koncepta kulture marsikaterega avtorja privede do kategoričnega zavračanja tega koncepta, s tem pa tudi vseh vlog in nalog jezikovnih in kulturnih posrednikov, ki niso usmerjene zgolj v premoščanje jezikovnih ovir (Martín in Phelan 2009; Felberg in Skaaden 2012: 108).³⁸

37 Te kritike povzemajo predvsem v zvezi z neustrezno rabo koncepta kulture v zdravstvu, kjer različni avtorji opažajo, da kulturo v klinični praksi pogosto razumejo kot fiksni in nespremenljivi nabor kategorij, ki zaznamujejo različne etnične skupine (Miklavcic in LeBlanc 2014: 116). Pri tem povzemajo antropološke zadržke do nekritičnega razumevanja kulture, ki imajo vsaj tri pomembne vidike: 1) v klinični praksi kulturo pogosto nekritično pripisujejo zgolj pacientom, zdravstveni delavci pa naj bi bili kulturno nevtralni; 2) dojemanje, da je kulturo mogoče reducirati na dejavnik, ki naj bi deloval na vse pripadnike neke etnične skupine enako, je napačno; 3) koncept kulture ne bi smel prekriti revščine, odrinjenosti in drugih s kulturo (kot načinom življenja) nepovezanih pojavov (prav tam: 116). Kljub kritičnemu premisleku kulture je nekateri avtorji, še posebej pa zagovorniki medkulturne mediacije, ne zavržejo, temveč uporabijo premišljeno. Potreben je pristop, ki razume jezikovno in kulturno posredovanje širše kot zgolj komunikacijsko strategijo in upošteva širše socialne pomene jezika in socialna pozicioniranja tako uporabnikov in izvajalcev storitev kot tudi jezikovnih/kulturnih posrednikov (Leanza idr. 2014: 94).

38 Po drugi strani pa so take študije (glej na primer Baraldi in Gavioli 2007; Farini 2008; Baraldi 2009, 2014) izjemno povedne, saj kažejo na pomen, ki ga ima jezik, tehnike in modalitete tolmačenja pri delu jezikovnih in kulturnih posrednikov (več o tem piševa v poglavju *Tolmačenje v medkulturni mediaciji*).

Omeniti je treba tudi tiste glasove v raziskovanju skupnostnega tolmačenja, ki omenjajo kulturo, a je ne zavračajo kot področja, s katerim se tolmači ne bi ukvarjali v praksi. Nekateri prepoznajo potrebo po vključevanju kulturnih dimenzij, kar podkrepijo s primeri iz prakse, ki kažejo na pomen kulture pri tolmačenju (Haffner 1992). Drugi pa nazorneje opredelijo tri vrste situacij, v katerih tolmači nastopajo kot kulturni posredniki (Gustafsson, Norström in Fioretos 2013). Prvič, tolmači so v vlogo kulturnega posrednika³⁹ enostavno postavljeni, saj jih bodisi pacienti bodisi zdravstveni delavci razumejo kot zaveznike in od njih pričakujejo, da razlagajo njihovo kulturo. Drugič, tolmači lahko vlogo kulturnega posrednika prevzamejo samoiniciativno, vendar se avtorji ne spustijo v analizo, ali se to zgodi zavestno ali ne. In tretjič, tolmači so v nekaterih primerih pripravljene prevzeti vlogo kulturnega posrednika, saj ocenjujejo, da imajo za to dovolj kulturnih kompetenc, a jim tega ne dopuščajo standardi tolmačenja (Gustafsson, Norström in Fioretos 2013: 199–201).⁴⁰

Najdlje pri upoštevanju kulturnih dimenzij gredo tisti raziskovalci tolmačenja, ki predlagajo modele, ki vključujejo kulturno posredovanje, s čimer se povsem približajo modelom medkulturne mediacije (glej Roy v Ciordia 2017: 2; Avery prav tam: 3; Niska prav tam: 5; Roberts v Zimányi 2009: 61).

Do zdaj sva pokazala, kako kulturo in kulturno posredništvo razumejo nekateri avtorji na področju skupnostnega tolmačenja. Na tem mestu pa se na kratko ustavimo pri zanimivi ureditvi kulturnega posredništva v nekaterih delih Kanade, kjer medkulturno mediacijo razumejo kot eno izmed modalitet kulturnega posredništva. Vlogo slednjega lahko prevzame kdorkoli z ustreznimi kompetencami, a običajno je to socialni delavec, zdravstveni delavec ali skupnostni tolmač, ki poleg svojega dela opravlja še delo kulturnega posrednika (Miklavcic in LeBlanc 2014: 118). Čeprav imajo na voljo tolmače v zdravstvu, posebna služba na področju duševnega zdravja (*The Cultural Consultation Service*) pokliče kulturne posrednike v polovici vseh primerov, ki jih obravnava. Pri tem kulturni posredniki opravljajo tri različne vrste nalog. Prvič, osmislijo različne kulturne naracije, ki se v kliničnih intervjujih kažejo kot pomembne v procesu zdravljenja. Drugič, pacientu razjasnijo različne vidike delovanja zdravstvenega sistema. Tretjič, lahko so vključeni v pogajanje med divergentnimi gledišči ali

39 Kulturno posredništvo uporablja kot prevod angleškega termina *culture brokerage*.

40 Podobno situacijo opiše Wang, ko pokaže, da se poznavanje kulture tujejezičnih uporabnikov od skupnostnih tolmačev sicer pričakuje, vendar jim manjkajo smernice za delo pri kulturnem posredovanju (Wang 2017).

posredujejo v nesporazumih med zdravstvenim delavcem in pacientom (prav tam: 125–127). Zanimivo je, da imajo kulturni posredniki v navedenem kontekstu precej neodvisnosti in s tem tudi vidnosti v procesih kliničnega sporazumevanja. Med kliničnim srečanjem lahko namreč sami zastavljajo vprašanja ali pa že postavljena vprašanja preoblikujejo na kulturno sprejemljiv način, po intervjuju pa podajo svoje mnenje in s tem zdravstvene delavce usmerijo k temam, ki jih razumejo kot relevantne za razumevanje zdravstvenih težav in konteksta, v katerem se pojavljajo (Miklavcic in LeBlanc 2014: 125–126).

Do zdaj sva omenila dve umestitvi kulturnega posredništva – kot del delokroga skupnostnega tolmačenja in kot samostojno dejavnost. Na tem mestu pa naj spomniva še na tretjo pojavnost kulturnega posredništva, ki sva se mu posvetila v uvodnem teoretskem poglavju – to je ureditev, v kateri je kulturno posredništvo ena izmed ključnih nalog medkulturne mediacije (Gavioli in Zorzi 2008; Verrept in Coune 2020; primerjaj tudi Kaufert in Koolage 1984). V nadaljevanju se bova osredotočila na vsebino kulturnega posredništva ne glede na to, v okviru katerega profila ga definirajo avtorji različnih študij. Pri tem bova izpostavila kulturne nesporazume v zdravstveni obravnavi in način njihovega reševanja s pomočjo kulturnega posredništva.

Kulturni nesporazumi in vloga kulturnega posredništva so opazni v študijah vpeljevanja medkulturnih mediatorjev oziroma tolmačev v procese odločanja o zdravljenju v terminalnih stadijih bolezni kanadskih staroselcev.

Do kulturnih nesporazumov je prihajalo pri tem, na kakšen način so zdravstveni delavci informirali kanadske staroselce o možnostih zdravljenja in paliativne oskrbe, ti nesporazumi pa so pomenili nesporazume tudi v fazi odločanja o teh možnostih. Joseph M. Kaufert je ugotovil, da so zdravstveni delavci tujejezičnim uporabnikom opisali možnosti paliativne oskrbe večinoma s statističnimi podatki o tveganjih in prednostih določenih zdravstvenih posegov, kar se je zdelo kulturno povsem sprejemljivo z vidika zdravstvenih delavcev, za paciente pa ni imelo smisla (Kaufert 1999: 407). Velika večina kanadskih staroselcev namreč ni želela izvedeti točne diagnoze, hkrati pa zanje točni podatki o tveganjih in prednostih zdravstvenih intervencij niso imeli pomena, saj so odločanje o oskrbi pred smrtjo prepuščali svojim družinskim članom. To je bilo v navzkrižju z biomedicinskim modelom oskrbe, ki visoko vrednoti točno sporočanje diagnoze in posameznikovo individualno odločanje o njegovem zdravju in zdravljenju (prav tam: 410).

Medkulturni mediatorji so te nesporazume reševali tako, da so pri tolmačenju pazili ne le na kakovost tolmačenja biomedicinskih razlag (na primer diagnoz), temveč tudi na to, da je bil prevod kulturno

sprejemljiv za staroselske uporabnike in njihove družine (Kaufert 1999: 407). Nadalje so medkulturni mediatorji pri posredovanju skušali spodbujati, da so zdravstveni delavci slabe novice glede zdravja pacientov sporočali predvsem v prisotnosti njihovih družinskih članov (prav tam: 411). S tem so zdravstveno obravnavo prilagodili kulturi kanadskih staroselcev, po kateri odločanje o zdravju in zdravljenju običajno poteka kolektivno.

Strneva lahko, da se je v primerih medkulturne medicije v terminalnih stadijih bolezni kanadskih staroselcev izkazalo, da le tolmačenje ne bi pomenilo uspešne klinične komunikacije oziroma bi pomenilo, da bi medkulturni mediatorji nekritično sprejemali dominantno biomedicinsko kulturo, ki ji je domače neposredno sporočanje težkih diagnoz in individualno odločanje o zdravljenju, pri tem pa zanemarilo perspektivo uporabnikov, kanadskih staroselcev. Kot so zaključili raziskovalci istega vpeljevanja medkulturnih mediatorjev v zdravstvo v Kanadi v drugem prispevku – brez medkulturne medicije, ki je šla s prevzemanjem vloge kulturnih posrednikov onkraj tolmačenja, bi bila perspektiva kanadskih staroselcev prezrta (Kaufert, Putsch in Lavallée 1999: 38).

Pomen kulturnega posredništva postane še bolj jasen, če sledimo primerom, ki jih predstavita Alessandra Miklavcic in Marie Nathalie LeBlanc (2014). Avtorici, podobno kot predhodno navedeni avtorji, analizirata prakso kulturnih posrednikov v Kanadi. Na osnovi njunega dela bova v nadaljevanju pokazala, da kulturno posredništvo lahko prepreči neosnovane posege, ki so nastali na podlagi kulturnih nesporazumov, ter pomaga izboljšati delo različnih strokovnjakov.

Najprej se posvetiva primeru, ki ponazarja, da kulturni posrednik lahko prepreči prekomerne in nepotrebne posege strokovnjakov v življenja tujejezičnih uporabnikov. V enem od primerov, ki jih navajata Alessandra Miklavcic in Marie Nathalie LeBlanc (2014), ženska iz Nigerije v času nosečnosti ni želela pripravljati oblek in drugih pripomočkov za nego dojenčka, saj je verjela, da ji to lahko prinese nesrečo. Po rojstvu otroka ji ga je socialna služba želela odvzeti z argumentom, da ne zna skrbeti zanj, saj naj bi na to kazalo njeno vedenje pred porodom, ko ni ničesar pripravila za prihajajočega otroka. Odvzem otroka je preprečil kulturni posrednik, ki je pacientkino ravnanje pred porodom pojasnil kot kulturno normativno v kontekstu pacientkinega načina življenja (Miklavcic in LeBlanc 2014: 127, 128).

Zgornji primer nakazuje, kako pomembno je upoštevati kulturne dimenzije ravnanja posameznega tujejezičnega uporabnika, saj kdaj ravno te dimenzije odkrijejo smiselnost posameznikovega ravnanja v okviru določenega kulturnega konteksta. Poudariti je treba, da je vloga kulturnih posrednikov odločilna tudi v primerih, ko se izkaže,

da kulturne dimenzije ne igrajo pomembne vloge. V takih primerih kulturni posrednik pomaga pri tem, da kulturnih vsebin ne poudarja tam, kjer niso odločilne, to pa se je v primeru, ki ga povzemava v nadaljevanju, izkazalo kot pomembna pomoč zdravstvenim delavcem pri kakovostnem izvajanju zdravstvenega postopka.

Alessandra Miklavcic in Marie Nathalie LeBlanc izpostavljata primer mladega fanta iz Ruande, ki so mu kanadske oblasti zavrnilo prošnjo za azil (v nadaljevanju povzemava po Miklavcic in LeBlanc 2014: 129). Socialni delavec je opazil, da je bil fant zelo pasiven pri iskanju drugih načinov, na katere bi si lahko uredil svoj pravni status v državi. Živel je kot brezdomec in govoril o tem, da prestaja Jezusovo preizkušnjo. Prepričan je bil, da bo lahko šle po Jezusovem znaku, ki ga je čakal, začel iskati službo in si urediti dokumente, ki bi legalizirali njegovo bivanje v Kanadi. Kulturni posrednik se je zavzel za to, da bi s fantom pred tem, ko bi psihiater postavil diagnozo, opravil dodatni pogovor, saj je želel bolje razumeti njegovo razlago, ki je imela ključen vpliv na potek njegovega življenja. Kulturni posrednik se je za ta korak odločil, saj je poznal fantovo kulturno ozadje in ocenil, da bi lahko bila njegova religijska razlaga del kulturno sprejemljivih (normativnih) načinov soočanja z zapletenimi življenjskimi situacijami, ki so bile odmev genocida v Ruandi. V zadnjih 30 letih je ta država namreč doživela val ponovnega vračanja religije v vsakdanje življenje, zato so bile v tem kontekstu take razlage običajne in ne nujno »patološke«. Kulturni posrednik je med dodatnim intervjujem ugotovil, da fant ni ponudil razlage za svoje izkušnje, ki bi bila logična znotraj religijskih referenc njegove lastne kulture. Psihiatri so torej izključili, da so uporabnikova doživljanja širše kulturno sprejeta, zato so se lažje odločili za določitev psihiatrične diagnoze. To jim je omogočil ravno intervju, ki ga je opravil kulturni posrednik, saj je izključil možnost, da je uporabnikova razlaga del sprejemljivih načinov soočanja z zapletenimi življenjskimi situacijami znotraj njegovega kulturnega okvirja.

Do zdaj sva pokazala na ključne točke, kjer pride do izraza pomen kulturnega posredništva. Z njim pa so povezane tudi nekatere dileme in pasti, ki jih bova v nadaljevanju na kratko predstavila. Te dileme zagovorniki tolmača kot nevtralnega kanala razumejo kot zadostni razlog za izogibanje nalogam kulturnega posredništva. Na te dileme sicer opozarjajo tudi raziskave medkulturne medicije, vendar jih izpostavljajo kot opozorilo, ki ga morajo medkulturni mediatorji imeti v mislih, ko kulturno posredujejo.

Med pastmi kulturnega posredništva raziskovalci (Bot in Verrept 2013: 123) izpostavljajo pričakovanja zdravstvenih delavcev, da jim kulturni posredniki ponudijo hitro in učinkovito rešitev za

nastali medkulturni nesporazum. V takih situacijah so »priročne« zlasti kulturalistične razlage (Lipovec Čebren in Huber 2020: 130), ki so problematične predvsem zato, ker socialne in ekonomske neenakosti predstavljajo kot kulturne razlike, pri čemer koncept kulture služi za prikrivanje teh neenakosti (Pulido-Fuentes idr. 2017: 366; Muaygil 2018: 20).⁴¹

Čeprav so kulturalistične razlage razširjene med zdravstvenimi delavci, jih uporabljajo tudi medkulturni mediatorji. V takih primerih se medkulturni mediator brez posvetovanja oziroma preverjanja z uporabnikom postavlja v vlogo poznavalca njegovega načina življenja in s tem prispeva h konstrukciji kulturnih stereotipov (Miklavcic in LeBlanc 2014: 122). Ta past je razvidna v primeru psihiatrične obravnave, ki jo je v svojem delu izpostavil Robert Putsch (1985). Psihiater je v primeru, ki ga navaja Putsch, vprašal pacientko iz Vietnama, koliko časa misli, da bi morala jemati določeno zdravilo. Avtor ugotavlja, da je psihiater v tem primeru deloval skladno z »zahodnim terapevtskim modelom«, ki spodbuja pacientovo vključenost v odločanje o zdravljenju. Medkulturni mediator pa je zdravnikovo vprašanje samoiniciativno spremenil v: »Zdravila morate jemati dva tedna in potem priti ponovno na kontrolo,« saj je mislil, da pacientka iz Vietnama od zdravnika pričakuje jasna navodila, ki se jih mora strogo držati (Putsch 1985: 3347). V tem primeru medkulturni mediator sicer ni razlagal pacientkine kulture, temveč jo je predpostavljal, a ni preveril, ali so veljale v primeru dotične tujejezične uporabnice.

Ko medkulturni mediatorji posredujejo kulturne pomene, s tem prevzemajo iniciativo in se tudi bolj izpostavljajo v odnosu do zdravstvenega delavca in tujejezičnega uporabnika, kar lahko ima pomembne implikacije v konkretni triadni situaciji. Prvo implikacijo Claudio Baraldi (2014: 31) poimenuje kot tolmačenje, osredotočeno na mediatorja (angl. *mediator-centred form of interpreting*). S to besedno zvezo avtor meri na situacije, v katerih medkulturni mediator prevzame glavno vlogo v komunikaciji in iz nje izključi druge govorce, zaradi česar sporazumevanja ne olajša, temveč ga prej otežuje. Do takega pozicioniranja medkulturnega mediatorja prihaja tudi ob drugih priložnostih, vendar se to pogosto zgodi ravno pri kulturnem posredništvu.

Znanstvena literatura pa opozarja še na drugo implikacijo, ki jo lahko ima kulturno posredništvo na triadno situacijo. To je nevarnost tako imenovanega diadnega ločevanja (Baraldi 2009), torej daljših

⁴¹ Več o tem piševa pri predstavitvi primerov iz najine raziskave.

dialogov med medkulturnim mediatorjem in enim izmed primarnih govorcev, ki pa jih medkulturni mediator ne prevede drugemu primarnemu govorniku.⁴² Do diadnega ločevanja lahko prihaja, kot velja tudi za tolmačenje, osredotočeno na mediatorja, v različnih okoliščinah, vendar Baraldi opozarja, da je pogosto prav pri kulturnem posredništvu. Zato zaključuje, da bi se morali medkulturni mediatorji načeloma čim bolj izogibati podajanja biomedicinskih razlag brez zdravstvenega delavca ali pa razlaganja pacientove kulture brez pacienta (Baraldi 2009: 127–132).⁴³

Čeprav ima kulturno posredništvo zelo pomembno mesto pri omogočanju jasne in učinkovite komunikacije, pa ga hkrati spremljajo pasti. Če se medkulturni mediatorji ujamejo vanje, to komunikacije ne olajša, temveč jo oteži. Omenila sva tri večje pasti: podajanje kulturalističnih razlag, za katere jih kdaj aktivno zaprosijo zdravstveni delavci; prevzemanje glavne vloge v triadnem odnosu, kar zasenči vlogo zdravstvenih delavcev in pacientov; diadno ločevanje, pri katerem se medkulturni mediator v pogovoru poveže le z zdravstvenim delavcem ali le s pacientom, tretje strani pa ne vključi, saj ta diadni pogovor ostane netolmačen.

V nadaljevanju bova predstavila primere kulturnega posredovanja, ki sva jih zaznala v najini raziskavi. Zaradi večje preglednosti bova sledila delitvi kulturnega posredništva, kot sta jo pojmovala Kaufert in Koolage (1984). Najprej bova prikazala primere, ko medkulturne mediatorke razlagajo kulturo tujejezičnih uporabnikov zdravstvenim delavcem, nato pa bova predstavila še kulturno posredništvo, kjer medkulturne mediatorke tujejezičnim uporabnikom razlagajo biomedicinske pojme. Kaufert in Koolage prvo vlogo imenujeta »kulturni posrednik – informator«, drugo pa »kulturni posrednik – tolmač biomedicinske kulture« (Kaufert in Koolage 1984: 284).

Razlaganje uporabnikovega načina življenja

Kot sva omenila že v uvodu pričujoče monografije, iz dosedanjih raziskav v Sloveniji (Pokorn in Lipovec Čebtron 2019; Lipovec Čebtron in Huber 2020; Huber, Lipovec Čebtron in Pistotnik 2020) izhaja, da so za zdravstvene delavce kulturni nesporazumi, v primerjavi z jezikovnimi, pogosto manj otipljivi, zato se jih redkeje zavedajo in še redkeje rešujejo.

42 Večina strokovnih standardov v izogib temu poudarja načelo transparentnosti (glej na primer Verrept in Coune 2020: 47).

43 Nekateri avtorji so to označili kot vlogo »enojezičnega strokovnjaka« (angl. *monolingual professional*; glej Leanza 2005: 181, 182).

Podobno kot v raziskavah v tujini tudi študije v Sloveniji kažejo, da koncept kulture zdravstveni delavci pogosto uporabljajo na poenostavljen, stereotipen in zavajajoč način, ki nima nobene zveze z antropološkim pojmovanjem (Lipovec Čebren in Huber 2020).

Tako je na eni strani opaziti, da se v zdravstveni sferi kultura pogosto uporablja kot sinonim za etničnost, zaradi česar zdravstveni delavci pogosto vsem predstavnikom določene etnične skupine pripisujejo iste značilnosti, brez preverjanja, ali zanje dejansko veljajo. Na drugi strani pa se, kot je bilo že omenjeno, v zdravstvenih ustanovah pogosto pojavljajo kulturalistične razlage, zaradi katerih si zdravstveni delavci vsa odstopanja od pričakovanega ravnanja razlagajo s kulturnimi razlikami, s čimer spregledajo socialne in ekonomske neenakosti (Lipovec Čebren 2020). Poleg tega je opaziti, da te »kulturne razlike« zaposleni v zdravstvenih ustanovah pogosto vidijo kot moteče ovire, ki naj bi se jih pacienti čimprej znebili ter se v celoti stopili z večinsko družbo. Tovrstna asimilacijska logika razkriva, da številni zdravstveni delavci kulturo vidijo zgolj kot atribut pacientov, ki pripadajo etničnim manjšinam, pri čemer spregledajo tako vpliv lastne kulture na zdravstveno obravnavo kot tudi kulturno pogojenost zdravstvenih ustanov ter zdravstvenega sistema v celoti (prav tam).

V takem kontekstu se medkulturne mediatorke pogosto znajdejo pred zahtevno nalogo, da morajo zdravstvenim delavcem ne le razlagati »kulturo«, temveč jih opozarjati na neustreznost njihovih predstav in jim pojasnjevati, zakaj jim ne morejo postreči s hitrimi, poenostavljenimi razlagami o »kulturi« pacientov. O tem so medkulturne mediatorke spregovorile na enem od srečanj usposabljanja. Tako so omenile pogosto situacijo, ko spremljajo patronažno službo na obiske k materam in novorojenčkom, pri čemer patronažne sestre od njih pogosto pričakujejo, da jim bodo pred obiskom v nekaj besedah predstavile »albansko kulturo« oziroma, kaj početi in česa ne početi z »albanskimi ženskami«. O podobni predstavi zdravstvenih delavcev, da je »kulturo« možno sploščiti na kratke sezname kulturnih značilnosti ali serijo »receptov« za uspešno delo s pacienti iz drugih okolij, kritično pišejo nekateri antropologi (Kleinman in Benson 2006; Gregg in Saha 2006). Čeprav medkulturne mediatorke niso bile pripravljene posredovati tovrstnih stereotipnih napotkov in so običajno ponudile dodatne, bolj poglobljene razlage, pa pri zdravstvenih delavcih niso vedno naletele na dober odziv (zapis z usposabljanja, 18. 3. 2019).

Veliko lažje pa so se sogovornice znašle v situacijah, ko so na kulturne dimenzije opozarjale na osnovi konkretnega nesporazuma in se tako izognile podajanju posplošenih informacij o »kulturi« uporabnikov. Na to kaže naslednji primer:

V Azilnem domu je bil moški iz mojega mesta v Iranu. Imel je težave, k zdravniku ga je spremljal prevajalec za farsi. Ko je moški prišel nazaj, je bil jezen. Vprašala sem prevajalca, zakaj je tako jezen. Prevajalec mi je rekel, da je moški jezen, ker ga je zdravnica obdolžila spolnega razvrata. Rekla sem prevajalcu, naj mi počasi pove, kaj je rekla zdravnica in kaj je prevedel. Ko ga je zdravnica vprašala, če ima spolne bolezni, je ta prevajalec prevedel tako – direkt, ni nič razložil. Rekla sem mu, naj zdravnici drugič razloži, da pri nas ni navada, da tako direkt sprašujemo o spolnih boleznih. To je naredil. Zdravnica je takoj razumela, drugače vprašala, no, potem sta se sporazumela in rešila težavo. (Nawal, intervju)

Kot kažejo besede medkulturne mediatorke, je zdravnica na osnovi njenega nasveta razumela, da je bil način spraševanja žaljiv za pacienta, zato je bila vprašanje pripravljena preoblikovati. Vse situacije pa se ne končajo tako. Čeprav medkulturni mediatorji poskušajo zdravstvenim delavcem razložiti, da določen izraz ali praksa nista kulturno sprejemljiva za paciente iz določenega okolja, niso vedno slišani. O tem priča naslednji primer:

Ženska, ki je izgubila moža pred več leti, sem spremljala h ginekologinji. Medicinska sestra jo je vprašala: »Kdaj ste zadnjič imeli spolne odnose?« Ženska je bila ... bila je res jezna. Govorila je: »Zakaj me to sprašuje!?« Potem je medicinski sestri odgovorila: »Nazadnje sem jih imela z možem.« Medicinski sestri sem že prej rekla, da je ta ženska izgubila moža in ni v zvezi z nikomer. Takrat, ko je to spraševala, sem ji rekla, da jo s tem vprašanjem žali, a ona je nadaljevala, nič je ni zanimalo, je rekla: »Ste prepričani, da je bilo to zadnjič? Ste prepričani, da niste noseči?« In spet sem medicinski rekla, naj neba s temi vprašanji, a ona nič ... izpolnjuje obrazec, sprašuje naprej isto. (Nadia, intervju)

Na osnovi tega neuspešnega posredovanja se je medkulturna mediatorka odločila, da bo uporabnice, ki jih spremlja na ginekološki pregled, predhodno pripravila na vprašanja, ki bodo zanje lahko kulturno nesprejemljiva ali žaljiva.

Poleg pojasnjevanja kulturne pogojenosti določenih predstav in praks so sogovornice izpostavljale, da so zdravstvenim delavcem pogosto razlagale ekonomske, socialne in politične okoliščine, ki vplivajo na posameznikov način življenja. Podobno kot so ugotavljali drugi raziskovalci tega področja (Bofulin idr. 2016; Pistotnik 2020), so tudi najine sogovornice ugotovile, da zaposleni v zdravstvenih ustanovah pogosto niso seznanjeni z mnogimi vidiki življenja svojih pacientov (na primer revščina, odsotnost zdravstvenega zavarovanja, vojne travme), ki ključno vplivajo na njihovo zdravje. Kot kaže naslednji primer, je zato pomembno, da jim medkulturni mediatorji te življenjske okoliščine pojasnijo ter s tem prispevajo k ustreznejši zdravstveni oskrbi:

Kaj naj rečem ... včasih obstajajo družine, ki so obremenjene, ena plača je, v stiski so ... ko ti ena oseba začne zaupati, pa ti potem pove svoje življenje, mislim, odpre ti dušo. In potem ti ugotoviš, da je zadaj veliko stvari. Ne zamerim ustanovam, ker tega ne vedo. Problem je tudi v tem, da so tisti, ki so prišli s Kosova, travmatizirani, ker so bili v vojni in so dali marsikaj skozi. Tega ne razumejo tisti, ki ne vedo, kaj se je tam dogajalo ... Ko sem jim povedala, da tako in tako stojijo stvari, so rekli: »Aaa, zdaj pa nam je jasno, zakaj ti ne gre,« in smo ugotovili, da pred drugimi zdravstvenimi pregledi oseba potrebuje psihološko podporo, potem pa vse ostalo. (Teuta, intervju)

Razlaganje kulture zdravstvenih ustanov

Tako kot zdravstveni delavci pogosto ne poznajo načina življenja svojih tujejezičnih pacientov, tudi mnogi priseljenici, ki so se nedavno priselili v Slovenijo, niso seznanjeni z organiziranostjo zdravstvenih storitev v novi državi. Kot sva omenila že v uvodu, so nekatere predhodne raziskave (Kulovec 2012; Bombač idr. 2017; Lipovec Čebtron in Bombač 2018; Pistotnik 2019; Lipovec Čebtron idr. 2019) pokazale, da se njihovo nepoznavanje zdravstvenega sistema izraža predvsem pri sistemu naročanja ter urejanju administrativnih zadev v zdravstvenih ustanovah. Na pogoste nesporazume, ki izhajajo iz drugačne organiziranosti zdravstvenih sistemov v državah, iz katerih so se priseljenici odselili, so pogosto opozarjale tudi sogovornice. Na usposabljanju so v zvezi s tem večkrat omenjale zaplete zaradi navade »trkanja na vrata« ambulant, ki so jo delili številni tujejezični uporabniki, saj so bili tako navajeni zdravstvene delavce opozoriti na svojo prisotnost. V teh situacijah so zdravstvenim delavcem, ki so tako obnašanje razumeli kot nespoštljivo, arogantno in predržno, razložile, da je to povsem običajna praksa v nekaterih državah, kjer ne poznajo takega sistema naročanja, kot je vpeljan v Sloveniji. Predvsem pa so veliko napora vložile v to, da so mnogim tujejezičnim uporabnikom pojasnile, zakaj taka praksa v zdravstvenih ustanovah v Sloveniji velja za neprimerno ter kako v njih poteka naročanje.

Pogosto pa je spremljanje tujejezičnih pacientov v zdravstvenih ustanovah od medkulturnih mediatorok zahtevalo tudi kompleksnejše razlage biomedicinskih konceptov in postopkov. V tem smislu bi lahko v njihovem delu videli elemente zdravstvene pismenosti (Krmac idr. 2019; Chao in Kang 2020), promocije zdravja in medikalizacije (Cozzi in Nigris 2000). Na te različne dimenzije kaže naslednji primer, v katerem medkulturna mediatorka uporabnici na svoj način pojasni zdravničino razlago, s tem pa vpliva na njeno večjo dovtetnost za biomedicinske koncepte in na spreminjanje njenih navad:

Zdravnica reče: »Krvni tlak, gospa, zaradi teže imate krvni tlak, ne smete jesti testenin, ker vsebujejo sladkor.« Pa pacientka reče: »Pa kako to vsebuje sladkor, ko jaz ne dam sladkorja.« Take stvari. Potem: »Ne smete kaditi.« »Ja kaj pa, znoreti?« Kako naj jaz ta »Ali znoreti?« prevedem nazaj zdravniku? Delo medkulturnega mediatorja je nekako delo med dvema ognjema: preprečevati moram kreganja ali negativno energijo med pacientko in zdravnico. Ko greva s pacientko iz ambulate, ona je živčna, mi reče: »Kdo je ta zdravnica, da tako govori z mano? Ne smeš tega, ne smeš drugega.« Jaz ji rečem: »Moje je, da prevajam, zdravnica ti hoče najboljše, to je njeno delo. Ti pa si zrela, odrasla oseba, ti se odloči ...« Potem sva skupaj še sedeli v čakalnici in sem rekla: »Ko jemo maščobe, ta maščoba, nekatere so nasičene, nekatere so nenasičene. Te, ki so nenasičene, jih telo ne prebavi, pa ostanejo v telesu in se navadno locirajo na žilah. Žile so že tako ozke, z maščobo pa so še bolj ozke in takrat kri ne pride zraven. In zato moraš nehati s to hrano.« (Dhurata, intervju)

PODPORA ZDRAVSTVENIM DELAVCEM IN PACIENTOM PRI ZAVZEMANJU NJIHOVIH VLOG

Kot ključno nalogo, ki jo lahko uvrstiva med naloge podpore zdravstvenim delavcem in pacientom pri zavzemanju njihovih vlog, so medkulturne mediatorke v raziskavi omenile prilagajanje jezika in kulturnega koda kulturi tujejezičnih uporabnikov. To vlogo nekateri raziskovalci imenujejo »vloga pojasnjevalca« (Gavioli in Zorzi 2008) in jo umeščajo med tolmačenje in razlaganje kulturnih pomenov. Kljub temu pa se bova, zaradi večje preglednosti, držala modela lestve, ki to nalogo umešča v okvir podpore (Verrete in Coune 2020).

Navadno se zgodi, da zdravstveni delavci uporabljajo izraze, ki zaradi takšnih ali drugačnih razlogov niso razumljivi tujejezičnim uporabnikom, če jih medkulturni mediatorji tolmačijo dobesedno. Ta naloga je morda precej podobna razjasnjevanju nespোরazumov, vendar se od njega loči predvsem v tem, da medkulturni mediatorji posredujejo, še preden bi lahko taki nespোরazumi nastali. Zato se večkrat poslužujejo poenostavljenih izrazov ali razlag, katerih cilj je, da se približajo pojmovnemu svetu uporabnikov.⁴⁴ Ena izmed medkulturnih mediatork je pomen take intervencije razložila na primeru svojega dela v porodnišnici. Šlo je za pacientko, ki je imela polihidramnijo ali »preveč plodovnice«, zaradi česar je morala ostati v porodnišnici, kar pa je odklanjala in želela iti domov. Takole se spominja svojega posredovanja v tem primeru:

44 Nekateri raziskovalci na področju tolmačenja sicer opozarjajo, da uporaba preprostejših izrazov še ne pomeni nujno uspešnejšega sporočanja (Pöllabauer 2004: 171).

In ji je zdravnica razlagala na strokoven način ... pacientka pa je vztrajala, da bi šla domov. Jaz pa sem ji rekla čisto po domače: »Ima va en balon ... pa bova pihali vanj ali pa bova nalivali vodo. In kaj se bo zgodilo, ko bo gumica čisto tanka? To bo vse izteklo. Ampak ti nimaš vode notri, ampak imaš še živo bitje, ne? Če si tukaj na od-delku, takoj dobiš carski rez, otroka rešimo. Če si pa doma, je treba rešilca poklicati, je treba mene poklicati; lahko si samo čez cesto... pa je premalo časa ...« Ona je mene gledala debelo in rekla: »A tako je to hudo?« No, pa je pristala v bolnišnici, prej je pa nisem mogla na noben način prepričati. /.../ Jaz bi se lahko tudi na hitro posloвила in rekla le: »Zdravnica je rekla, da moraš ostati ... zdaj boš ti podpisala, da greš na svojo odgovornost domov.« Ona bi podpisala, jaz pa bi se obrnila in šla. Ampak meni tudi ni bilo vseeno ... če ne drugega, devet mesecev sem hodila z njo po porodnišnici, tudi jaz bi rada imela lep zaključek. (Jasmina, intervju)

Medkulturna mediatorka iz navedenega primera je razumela svojo vlogo onkraj premoščanja jezikovnih ovir. Ugotovila je, da pacientka, ki ni razumela strokovne razlage zdravnice, ni dojela resnosti svoje zdravstvene situacije, zato bi se lahko spustila v tveganje za svoje zdravje in zdravje svojega nerojenega otroka. S tem, ko je medkulturna mediatorka razlago jezikovno in pomensko prilagodila pacientki, ji je omogočila, da je lahko bolje razumela svoje zdravstveno stanje in sprejela vlogo pacientke. S tem je posredno podprla tudi zdravnico, da je v nadaljevanju lažje izvajala zdravljenje.

Podobnih primerov je v intervjujih z medkulturnimi mediatorkami še več. Njihova skupna točka je, da pri tolmačenju prilagajajo vsebino tako, da jo približajo življenjskemu svetu uporabnika, saj opažajo, da dobesedno tolmačenje ne omogoča vedno lažje komunikacije. Tako se ravna v zdravstvenih domovih, bolnišnicah, na centrih za socialno delo ali, kot v naslednjem primeru, v šolah:

Strokovna delavka v šoli bo rekla: »Povejte gospe, da naj takrat in takrat ne pripelje otroka v šolo, ker je praznik.« In tukaj zaključí. Jaz mam otroka tega ne morem kar tako prevesti. In povem, kaj je ta praznik in to. Enako je tudi, ko tujejezični uporabniki povedo, da imajo kak praznik ali kaj podobnega, kar brez dodatnih pojasnil za nekoga drugega ni razumljivo. Vendar uporabnik ne čuti te potrebe po dodatnih pojasnilih. Pač pove in to je to. Ampak če jaz povem, kot je povedal uporabnik, drug sogovornik ne bo nujno vsega razumel in potem imam jaz to dovoljenje in kompetenco, da podam dodatno razlago. Vedno pa preverim, ali prav razumem, nikoli ne govorim iz svoje glave. Takrat lahko malo razširjeno povem. (Zana, intervju)

Poleg nalog, ki jih opisuje večina znanstvene in strokovne literature o medkulturni mediaciji, sva v raziskavi identificirala še kopico drugih, ki so jih na terenu prevzemale medkulturne mediatorke. V teh nalogah bi lahko prepoznala različne oblike pomoči, ki jih zagotavljajo medkulturne mediatorke, ter jih umestila v okvir podpore.⁴⁵ Iz intervjujev s sogovornicami je očitno, da so te naloge prevzemale zato, ker ni bilo nikogar drugega, ki bi se lahko v danem trenutku odzval na potrebe tujejezičnih uporabnikov:

Ko imaš ti nekoga tam, ne moreš predvidevati, kaj potrebuje. Ali samo tisto prevajanje ali bo on potreboval še naprej kakšna navodila, ali moraš še za njega poklicati kam, obvestiti institucijo namesto njega ... Tudi to se pričakuje. Pričakujejo od mene institucije in uporabnik. Mislim, to ni neko pisano pravilo, a ko si v tem, vidiš, da nihče drug ne more opraviti tvoje naloge. (Zana, intervju)

Kot kaže ta in mnoge druge izkušnje, o katerih so pripovedovale najine sogovornice, medkulturne mediatorke dodatnih nalog ne morejo predvideti, obenem pa se jim pogosto ne morejo izogniti, saj je tako zaposlenim kot tujejezičnim uporabnikom samoumevno, da jih bodo opravile.

V raziskavi sva ugotovila, da dostop tujejezičnih uporabnikov do zdravstvenih storitev marsikdaj omogoča predvsem posredovanje medkulturnih mediatork, saj v praksi zagotavljajo pomoč pri naročanju. Čeprav se jezikovne in kulturne ovire pojavljajo med zdravstvenimi obravnavami, so lahko namreč tudi eden izmed ključnih dejavnikov, ki preprečujejo ali otežujejo, da do zdravstvenih obravnav sploh pride. Tujejezični uporabniki pogosto ne razumejo smisla nekaterih zdravstvenih obravnav, se ne znajdejo v sistemu zdravstvenega varstva v Sloveniji ali pa jim dostop preprečujejo jezikovne ovire. Pomoč pri naročanju se torej izkaže kot ena izmed ključnih nalog medkulturnih mediatork. Sogovornica Zana se v naslednjem citatu spominja, kako je po telefonu vabila tujejezične uporabnike na preventivne obravnave, saj se na pisna vabila v knjižni albanščini ni nihče odzval: »*Pisno se ni obneslo, sem jih pa tudi vse poklicala po telefonu. Vsi so se javili, sem jim povedala, da bo prevajalka tam in naj jih ne skrbi. Vsi so prišli, od prvega*

45 Ko uporabljava besedi podpora in pomoč, ju razumeva kot dve povezani, a precej različni dejavnosti. Podporo razumeva kot podpiranje nekoga, da nekaj samostojno izvede, medtem ko pomoč razumeva kot dejavnost, pri kateri pomočnik naredi nekaj namesto tistega, ki mu pomaga.

do zadnjega.« (Zana, intervju) Druga sogovornica poudari, da za to, da do zdravstvene obravnave pride, ne skrbi le s pomočjo pri naročanju, temveč tudi v čakalnici zdravstvene ustanove: »Parkrat sem ugotovila, da gospa čaka na drugem koncu in sem šla do nje, se predstavila in jo povabila, naj pride pred ordinacijo« (Drita, intervju).⁴⁶

Medkulturne mediatorke pa dostopnosti do zdravstvenih obravnav ne večajo le s pomočjo pri naročanju in podporo uporabnikom v čakalnicah, temveč s svojim delom omogočajo tudi nekakšno zveznost zdravstvene obravnave. To bova ponazorila na različnih primerih. Ena izmed sogovornic je izpostavila, da preko nje zdravstveni delavci sporočajo rezultate zdravstvenih preiskav: »Jaz jih naročam ali pa če imajo kakšne krvne preiskave za narediti, potem zdravnica mene pokliče in mi pove o rezultatih, jaz pa kličem njih [paciente, op. a.]. V glavnem je kar veliko dela s tem klicanjem.« (Shpresa, intervju)

Izjava medkulturne mediatorke Shprese kaže na tako imenovana diadna posredovanja, torej tista, v katerih imajo medkulturne mediatorke stik le z zdravstvenimi delavci ali pa le s tujejezičnimi uporabniki. Sogovornice v raziskavi so omenjale predvsem te druge in poudarile, da do njih prihajajo tako pred zdravstveno obravnavo kot tudi po njej. Če sva primer diadnega posredovanja navedla s citatom medkulturne mediatorke Drite, v katerem je opozorila na svoje delo pred obravnavo, pa se zdaj posvetiva diadnim stikom medkulturnih mediatork z uporabniki po zdravstvenih obravnavah. Sogovornica v naslednjem citatu pojasnjuje, da mora kdaj ponoviti informacije, kot so jih uporabnikom med zdravstveno obravnavo posredovali zdravstveni delavci, saj nekateri tujejezični uporabniki potrebujejo ponovno razlago tudi po koncu zdravstvene obravnave:

Povem recimo: »Glej, tole je dvakrat na dan, trikrat na dan, zjutraj, zvečer.« Ker včasih so to zdravila pred jedjo, po jedi recimo. To je treba razložiti. Čeprav nisem iz zdravstvene stroke, ampak jaz moram njej [uporabnici, op. a.] natančno povedati, kaj je recimo medicinsko osebje reklo, in ji povem. (Miranda, intervju)

Medkulturne mediatorke poleg tega po zdravstveni obravnavi pogosto spremljajo uporabnike pri obiskih v laboratorijih, lekarnah. Spomnijo jih tudi na to, da si uredijo napotnico za nadaljnje

46 Naj še dodava, da sva poleg navedenih primerov omogočanja dostopa tujejezičnim uporabnikom do zdravstva zasledila tudi, da jim medkulturne mediatorke pomagajo pri izbiri osebnega zdravnika, ginekologa ali pediatra. Iz intervjujev izhaja tudi, da so različne oblike pomoči, ki jih izvajajo medkulturne mediatorke, odvisne predvsem od njihovega delovnega mesta oziroma umestitve njihovega dela v organizacijah, s katerimi sodelujejo. Za več o tem glej poglavje *Organizacija medkulturne mediacije v zdravstvu*.

specialistične preglede in podobno. Glede na to, da tujejezični uporabniki kdaj ne poznajo organizacije zdravstvenega varstva v Sloveniji, bi lahko celo rekla, da medkulturne mediatorke v teh primerih nastopajo v vlogi koordinatorok oskrbe, kot slikovito ponazarja naslednji primer:

Kdaj že svetujem: »Najprej to naredimo, ono naredimo, najprej laboratorij, eno, drugo.« Tako da tudi že organiziraš te ... v bistvu ona [uporabnica, op. a.] pride tja in reče: »Jaz sem zdaj tu,« jaz pa sem potem tista, ki reče: »Pridi, da te dam pod pazduho pa greva okrog in okrog,« in se potem vse zmenim. (Jasmina, intervju)

Z najino kvalitativno raziskavo sva torej dobila vpogled v situacije, v katerih medkulturne mediatorke zagotavljajo raznovrstno pomoč in s tem širijo dostop tujejezičnim uporabnikom do zdravstva. Pomen teh nalog pomoči pa potrjujejo tudi kvantitativni podatki (v nadaljevanju povzemava po Škraban 2020), ki so bili zbrani ob vpeljevanju medkulturne medicije v zdravstvene domove v letu 2019. Med drugim smo pridobivali tudi podatke o vrsti obravnave, v kateri so sodelovale medkulturne mediatorke. Pri zbiranju teh podatkov je bilo ponujenih 23 možnih kategorij, med drugim tudi kategorija »drugo«. Analiza podatkov kaže, da so se medkulturne mediatorke najbolj intenzivno vključevale v pediatrične obravnave ($n = 183$). Drugo mesto je zasedala prav kategorija »drugo« ($n = 155$), tej pa so sledila posredovanja medkulturnih mediatorok v ginekoloških obravnava in obravnava patronažnega varstva (obe z $n = 153$). Kategorijo »drugo« so medkulturne mediatorke izbrale, ko nobena od vnaprej ponujenih možnosti ni bila ustrezna za opis njihove intervencije. Vsak opis, ki so ga uvrstile v kategorijo »drugo«, so imele možnost dodatno razložiti, kar je privedlo do izjemno raznolikih vpisov. Po kodiranju odprtih odgovorov je postalo jasno, da so bili najštevilčnejši odgovori taki, ki smo jih kodirali s kodo »pomoč« ($n = 120$), občutno manj pa je bilo vpisov, ki so nakazovali na vključevanje medkulturnih mediatorok v zdravstvene obravnave, ki jih nismo predvideli v 23 vnaprej podanih kategorijah ($n = 31$), in vpisov, ki niso bili opremljeni z dodatnim pojasnilom o vsebini teh intervencij ($n = 4$). V kategorijo »pomoč« smo uvrstili predvsem vpise, ki so nakazovali na telefonski klic in pomoč pri naročanju. Ker so medkulturne mediatorke redko poročale o tolmačenju po telefonu, lahko sklepamo, da je večina vpisov, ki smo jih kodirali s kodo »pomoč«, vključevala telefonske stike z uporabniki in zdravstvenimi delavci, med drugim tudi z namenom pomoči pri naročanju.

Strneva lahko, da brez teh oblik pomoči s strani medkulturnih mediatorok tujejezični uporabniki ne bi dobili kontinuirane oskrbe, saj bi zaradi mnogih ovir redkeje uporabljati storitve oziroma bi bile te

slabše kakovosti. Kot sva omenjala že v uvodu monografije, namreč številne raziskave (Becker 2004; Wolff idr. 2007; Castañeda 2008, 2009; Goldade 2009; Recape idr. 2016) kažejo, da se priseljenci zaradi jezikovnih in kulturnih ovir ter strahu pred zavrnitvijo ali diskriminatorno obravnavo težje odločajo za zdravstvene preglede oziroma z njimi odlašajo toliko časa, dokler ni (pre)pozno. Čeprav medkulturne mediatorke številne od teh ovir pomagajo premoščati v triadnih situacijah, lahko ugotoviva, da je tudi njihovo delo izven triadnih situacij pomembno prispevalo k zagotavljanju večjega dostopa do zdravstvenih storitev.

SKLEPI

Kot podporo razumeva tri sklope nalog medkulturnih mediatorjev. Prvi je razjasnjevanje pri nesporazumih v zdravstveni obravnavi. Do njih prihaja tako na verbalni kot neverbalni ravni, razjasnjevanje nesporazumov pa je pogosto pomembno za nadaljevanje kakovostne komunikacije med zdravstveno obravnavo.

Naslednji sklop nalog je razlaganje kulture oziroma kulturno posredništvo. To je sklop nalog, ki nastopa kot del delokroga medkulturne mediacije in kot samostojna dejavnost. Na področju skupnostnega tolmačenja je vloga kulture pri nekaterih avtorjih minimizirana, zato kulturnega posredništva ne vidijo kot naloge tega profila; pojavljajo pa se tudi pojmovanja skupnostnega tolmačenja, ki kulturno posredništvo uvrščajo v svoj delokrog.

V tem poglavju sva pokazala, da kulturno posredništvo lahko prepreči neosnovane posege, ki so nastali na podlagi kulturnih nesporazumov, ter pomaga izboljšati delo različnih strokovnjakov. Opozorila sva, da so s kulturnim posredništvom povezane tudi nekatere dileme in pasti. Če se medkulturni mediatorji ujamejo vanje, to komunikacije ne olajša, temveč jo oteži. Omenila sva tri večje pasti. Prva je podajanje kulturalističnih razlag, za katere medkulturne mediatorje kdaj aktivno zaprosijo zdravstveni delavci. Druga se nanaša na prevzemanje glavne vloge v triadnem odnosu, kar zasenči vlogo zdravstvenih delavcev in pacientov na račun poudarjene vloge medkulturnega mediatorja. Tretja past je diadno ločevanje, pri katerem se medkulturni mediator v pogovoru poveže le z zdravstvenim delavcem ali le s pacientom, tretje strani pa ne vključi, saj ta diadni pogovor ostane netolmačen.

Na podlagi kvalitativnega raziskovanja sva nadalje pokazala primere, ko medkulturne mediatorke razlagajo kulturo tujejezičnih

uporabnikov zdravstvenim delavcem. Izpostavila sva predvsem primere, v katerih morajo medkulturne mediatorke zdravstvene delavce opozarjati na neustreznost njihovih posplošenih in netočnih predstav o načinu življenja tujejezičnih uporabnikov in jim pojasnjevati, zakaj jim ne morejo postreči s hitrimi, poenostavljenimi razlagami o kulturi pacientov. Nato sva predstavila še kulturno posredništvo, kjer medkulturne mediatorke tujejezičnim uporabnikom razlagajo biomedicinske pojme.

V okviru podpore modela lestve poleg razjasnjevanja nesporazumov in kulturnega posredništva uvršča še zadnji sklop nalog, to je podpora zdravstvenim delavcem in pacientom pri zavzemanju njihovih vlog. Na podlagi kvalitativne raziskave sva ta sklop nalog analizirala s pomočjo primerov, v katerih so medkulturne mediatorke pri tolmačenju uporabljale poenostavitve ali pa zagotovile dodatno razlago s ciljem, da bi se približale pojmovnemu svetu uporabnikov ali strokovnjakom.

V raziskavi pa sva zaznala tudi druge naloge medkulturnih mediatork, ki sva jih poimenovala kot različne oblike pomoči. Ugotovila sva, da je posredovanje medkulturnih mediatork ključno pri širjenju dostopnosti zdravstva za tujejezične uporabnike, predvsem zato, ker medkulturne mediatorke poleg dela v triadnih situacijah opravljajo tudi delo z uporabniki pred zdravstvenimi obravnavami ali po njih. Največkrat gre za pomoč pri naročanju, stike z uporabniki v čakalnicah, pomoč pri izbiri zdravnika in podobno. S tem medkulturne mediatorke zagotavljajo nekakšno zveznost zdravstvene obravnave, lahko pa bi celo rekla, da v nekaterih primerih nastopajo v vlogi koordinatoric oskrbe.

Zagovorništvo

V tem poglavju pozornost nameniva nalogi, pri izvajanju katere so medkulturni mediatorji najbolj izpostavljeni in imajo največji vpliv na klinično komunikacijo. Poglavje začneva s povzetkom *Standardov medkulturne mediacije v zdravstvu*, na podlagi katerih s primeri iz prakse ponazoriva naloge zagovorništva. Nadalje pokaževa na širše razumevanje zagovorništva, ki bolj kot v triadnih pride do izraza v diadnih odnosih medkulturnih mediatorjev in tujejezičnih uporabnikov. Kot zadnje izpostaviva, da medkulturni mediatorji kdaj zavzamejo vlogo spontanih zagovornikov zdravstvenega sistema, kar razumeva kot drugo, manj opazno stran zagovorništva, saj ta pojem večina znanstvene literature povezuje z zagovarjanjem tistih, ki imajo manj moči.

Zagovorništvo je naloga, ki je v modelu lestve na samem vrhu (Verrept in Coune 2020: 28, 29). To pomeni, da je pri izvajanju te naloge medkulturni mediator najbolj izpostavljen, torej najbolj viden

in ima največ vpliva na zdravstveno obravnavo v primerjavi z ostalimi nalogami, ki sva jih obravnavala predhodno. Če sva v poglavju *Tolmačenje v medkulturni medicini* pokazala, da lahko jezikovni in kulturni posredniki že pri tolmačenju nereflektirano stopijo na stran pacienta ali zdravstvenega delavca in s tem izstopijo iz nevtralne vloge, je nezavzemanje strani pri nalogah, ki so od tolmačenja po modelu lestve višje, še toliko težje. Kot razlog za to nekateri raziskovalci navajajo stališče, da s prevzemanjem te vloge jezikovni in kulturni posredniki prekršijo vrsto drugih standardov, ki od njih zahtevajo nevtralnost in nepristranost (Kaufert in Putsch 1997: 76, 77).

Zdi se, da vprašanje nevtralnosti (nepriustranosti) ne predstavlja izzivov znotraj enega profila, temveč zavzema osrednje mesto tudi v razpravah o razlikah in podobnostih medkulturne medicije na eni in skupnostnega tolmačenja na drugi strani (Verrept 2019: 11, 12). Raziskave na področju tolmačenja sicer svarijo pred nevarnostjo prevzemanja zagovorniške vloge do tujejezičnih uporabnikov (Archibald in Garzone 2014: 12), vendar lahko opazimo, da je zagovorništvo hkrati del nekaterih strokovnih smernic tolmačev, kot so na primer standardi *Nacionalnega sveta za tolmačenje v zdravstvu* iz ZDA (*National Council on Interpreting in Health Care*; Martín in Phelan 2009). Zagovorništvo predvidevajo tudi *Standardi medkulturne medicije v zdravstvu*, v katerih je zapisano, da je pri zagovorništvu medkulturni mediator »poblaščen«, »da v imenu uporabnika prevzame iniciativo in izvede tiste aktivnosti, ki jih razume kot nujne za zagotavljanje kakovosti oskrbe ali zaščite uporabnikovih koristi« (Verrept in Coune 2020: 28).

Na pomen zagovorništva kažejo mnoge raziskave s področja neenakosti, ki dokazujejo, da imajo priseljenci in etnične manjšine v zdravstvu, tako kot na drugih področjih družbe, številne izkušnje stigmatizacije, diskriminacije in rasizma (glej Nelson 2002; Bhopal 2007; Ahlberg idr. 2019). Nedaven porast nestrpnosti do priseljencev, ki ga je moč opaziti v številnih evropskih državah, vključno s Slovenijo, pa možnost diskriminatorne zdravstvene obravnave še povečuje.

Medkulturni mediatorji imajo pri zmanjševanju diskriminacije v zdravstvu pomembno vlogo, pri čemer omenjeni *Standardi* predvidevajo tri vidike zagovorništva (povzemava po Verrept in Coune 2020: 42). Prvič, medkulturni mediator lahko informira uporabnika, da so določeni zdravstveni delavci pogosto diskriminatorni ali drugače nestrpni do tujejezičnih uporabnikov. Drugič, medkulturni mediator lahko zdravstvenega delavca opozori na nepravilnosti v obravnavi, če jih zazna in če presodi, da jih je razčistiti v uporabnikovem interesu. Tretjič, medkulturni mediator lahko posreduje v primeru nespoštljivega odnosa zdravstvenega delavca do tujejezičnega uporabnika.

O različnih odzivih na nespoštljivo, diskriminatorno zdravstveno obravnavo so v intervjujih pripovedovale tudi najine sogovornice, pri čemer izpostavlja dve situaciji, kjer sta medkulturni mediatorki delovali kot zagovornici. Ena sogovornica je na primer navedla, da je bil zdravnik do nje in do uporabnice tako diskriminatoren, da je medkulturna mediatorka ustavila obravnavo, rekoč, da nista dolžni trpeti takega odnosa, in sta odšli iz ambulante, ona pa je uporabnici pomagala pri izbiri drugega zdravnika.

Druga sogovornica se je spomnila primera, ko je tujegovorečo uporabnico spremljala na ginekološkem pregledu. Zdravnica jo je vprašala, če je uporabnica umita. Medkulturna mediatorka tega komentarja uporabnici ni tolmačila, saj je presodila, da je za začetno zdravstveno obravnavo bolje, če poteka s čim manj spori. Čez nekaj časa je zdravnica medkulturni mediatorki rekla, naj uporabnici reče, da si ostriže nohte. Medkulturna mediatorka ji je na to odgovorila, da ne razume, kako naj bi bili nohti povezani z ginekološkim pregledom: »*Je rekla [ginekologinja, op. a.]: 'Kaj, gospa, vam ni všeč, kar sem ji rekla?' Pa sem ji rekla: 'Brez zamere, ampak kaj imajo nohti veze z ginekološkim pregledom? Ali je gospa prišla na pedikuro ali na vaš pregled?'*« V nadaljevanju je pregled potekal brez večjih težav, medkulturna mediatorka pa je uporabnici kasneje na samem razložila, kaj se je dogajalo med pregledom. (zapis z usposabljanja, 10. 9. 2019)

Navedena primera pričata o tem, da medkulturni mediatorji kdaj aktivno posežejo v zdravstveno obravnavo in tako zagovarjajo pravice tujegovorečih uporabnikov. O manj intenzivni, a nič manj učinkoviti taktiki poseganja v obravnavo pa je poročala naslednja medkulturna mediatorka. Ker je bila večkrat priča diskriminatornemu odnosu zdravstvenih delavcev do tujegovorečih uporabnikov in tudi do nje same, se je odločila, da v teh primerih besede zdravstvenih delavcev zapiše v zvezek, ki ga ima vedno pri sebi: »*In sem vedno nosila zraven zvezek ... pač tisto, kar mi je zdravnik v tistem momentu povedal nesramnega, sem pred njim rekla: 'Aha, dobro, gospod, jaz si bom tole zapisala.' Potem se je odnos izboljšal.*« (Alja, intervju)

Pri analizi intervjujev je bilo opaziti, da so medkulturne mediatorke običajno govorile o prevzemanju nalog, ki so v modelu lestve nižje od zagovorništva, po slednjem pa so posegale redkeje. Podobno je ugotovila raziskava v Belgiji (Verrept 2008), pri čemer je razloge za redko nastopanje medkulturnih mediatorjev v vlogi zagovornikov pojasnjevala z njihovo pozicijo v zdravstvenih ustanovah. Slednji naj bi v hierarhiji teh ustanov imeli premalo moči, da bi lahko oporekali medicinski avtoriteti (Verrept 2008: 195). Glede na skope podatke, ki sva jih o zagovorništvu dobila v najini raziskavi, lahko le domnevava, da

sorodni razlogi vplivajo tudi na najine sogovornice. Razloge za njihovo manjšo družbeno moč v odnosu do različnih strok v zdravstvenih ustanovah je med drugim najti tudi v dejstvu, da medkulturni mediatorji običajno pripadajo isti etnični skupnosti kot uporabniki, ki so prav zaradi svoje etnične pripadnosti pogosto diskriminirani. Nadalje pa sklepara, da je redkejša pojavljanje zagovorništva posledica trenutne organizacije medkulturne medicije v zdravstvenih ustanovah, ki jo zaznamuje prekarlost (glej poglavje *Organizacija medkulturne medicije v zdravstvu*). V tako negotovem položaju si medkulturni mediatorji pogosto ne morejo privoščiti, da bi z zagovarjanjem tujejezičnih uporabnikov tvegali konflikt z drugimi zaposlenimi v zdravstveni ustanovi, kjer delujejo.

ŠIRŠE RAZSEŽNOSTI ZAGOVORNIŠTVA: KREPITEV MOČI IN EMANCIPACIJA

Zagovorništvo se pojavlja v različnih strokah, na primer v socialnem delu, ki zagovorništvo umešča na področje krepitev moči tistih, ki je imajo manj (Flaker 1993), oziroma ga razumejo kot proces emancipacije (Lamovec in Flaker 1993). Če slediva taki opredelitvi zagovorništva in se odmakneva od njegove definicije v *Standardih medkulturne medicije v zdravstvu*, bi lahko kot zagovorništvo opredelila tudi naslednji primer.

Mlada tujegovoreča ženska je svojega otroka spremljala pri hospitalizaciji v splošni bolnišnici. Otrok je bil izrazito podhranjen, saj je imel pri treh letih le nekaj kilogramov. Zdravstvene delavke se z materjo otroka niso mogle sporazumeti, saj z njo niso našle skupnega jezika. Sklepale so, da ženska ne zna dobro skrbeti za svojega otroka. Ko se je v obravnavo vključila medkulturna mediatorka, so ji medicinske sestre potožile, da materi otroka ne morejo dopovedati, naj otroku pri hranjenju pripoveduje pravljico, da bi se umiril in dovolj pojedel. Medkulturna mediatorka je žensko poznala že od prej, saj jo je spremljala k različnim specialistom, zato je dobro poznala njeno zgodbo. Vedela je, da je begunka, ki je doživela hudo pomanjkanje in ji v otroštvu nihče ni pripovedoval pravljic, zato jih ne zna povedati svojemu otroku. Ko je zdravstvena delavka vztrajala, da mora mati svojemu otroku povedati pravljico, ji je medkulturna mediatorka rekla: »*Gospa niso nikoli govorili pravljice, zato sploh ne ve, kaj to je pravljica, ne morete od nje zahtevati ... Jo poznate? Poznate njeno zgodovino? Poznate njeno zgodbo? Ne poznate, a pričakujete, da bo delala po vaših navodilih.*« Nato

se je medkulturna mediatorka spomnila drugačnega načina, s katerim je rešila situacijo: »*In potem sem jo vprašala, ali zna peti in je rekla, da zna. Sem rekla: 'Potem pa si neko pesmico izmišljuješ pa si jo poj,' in smo potem začeli počasi, počasi.*« (Jasmina, intervju)

Posredovanje medkulturne mediatorke lahko razumemo kot zagovorništvo, saj je na eni strani zdravstveni delavki razložila, zakaj tujejezična ženska ni mogla slediti njenim navodilom, na drugi strani pa je neposredno krepila moč tujejezične ženske v odnosu do medicinskih sester. Ko jo je spodbudila k petju pesmi, je uporabnici namreč pomagala pri tem, da je »dobro odigrala« svojo vlogo matere, torej je ostala kredibilna v očeh zdravstvenih delavk.

Naj zagovorništvo v pomenu krepitve moči in emancipacije ponazoriva še z enim primerom. Izpostavila ga je medkulturna mediatorka, ki deluje tako na področju zdravstva kot sociale in izobraževanja, v tem primeru pa je govorila o svoji izkušnji v centru za izobraževanje odraslih. Na tečaju učenja slovenščine, ki je bil namenjen tujejezičnim ženskam, je sodelovala kot medkulturna mediatorka, da bi izobraževalni program prilagodila njihovim potrebam. Opazila je, da ena izmed udeleženk zelo zaostaja. Ko so z uro končali, je stopila do nje in ji rekla:

»*Jaz vidim, da vi imate eno tako stisko, da vas ubija, ampak jaz vam ne morem pomagati, če ne vem, kaj je problem.*« *In ona mi je povedala, da je očeta izgubila, ko je bila šest let stara. Očeta so ubili na dvorišču, kjer so se otroci igrali. Bilo je šest otrok. In potem je mama komaj preživljala družino, ker je ostala čisto sama s šestimi otroki. Lahko je otrokom zagotavljala samo hrano, šole za vse pa ni mogla. Šolali so se samo bratje, sestre pa se niso, ker je šola daleč, finančna stiska je bila ogromna. In ta ženska ni imela niti enega dne šole. Veste, kaj to pomeni?* (Teuta, intervju)

V tem pogovoru so se medkulturni mediatorki razkrili razlogi za nepismenost udeleženke tečaja, ki jo je doslej pred učitelji in drugimi udeleženci prikrivala, saj jo je bilo sram. Medkulturna mediatorka se takole spominja nadaljevanja: »*In potem sem jaz rekla gospe: 'Jaz te bom naučila pisati in nihče tu v skupini ne rabi izvedeti, da ti nimaš narejenega niti enega dneva šole, jaz te bom naučila.'* *In sem kupila posebni zvezek s tisto vmesno črto in sva začeli s črko a. In tiskane in pisane, celo slovensko abecedo. Tako lepo pisavo je imela.*« (Teuta, intervju)

Kot kaže zadnji citat, se je medkulturna mediatorka odločila, da bo to osebo sama naučila brati in pisati, s čimer ji je zagotovila dodatno pomoč, ki je njena vloga medkulturne mediatorke na tečaju ni predvidevala. Sklepava lahko, da medkulturna mediatorka uporabnice ni napolnila h kakšnim drugim strokovnjakom, temveč jo je sama učila pisati

in brati iz vsaj dveh razlogov. Verjetno se je zavedala, da bi strah in sram pri gospe kvečjemu zavirala procese iskanja pomoči pri drugih strokovnjakih, hkrati pa sta z gospo že navezali zaupen odnos, ki je omogočal to direktno pomoč.⁴⁷ Kot v prejšnjem gre tudi v tem primeru za to, da je medkulturna mediatorka krepila moč uporabnice, saj se je slednja potem, ko se je naučila pisati in brati, na tečaju lažje učila slovenščine in postajala samostojnejša na vseh področjih življenja v novi državi.

NEKRITIČNO ZAGOVORNIŠTVO SISTEMA

Ko avtorji različnih znanstvenih raziskav pišejo o zagovorništvu v zdravstvu, s tem merijo predvsem na zavzemanje za pravice uporabnikov, saj imajo ti praviloma manj družbene moči in so pogosteje tarča diskriminacije kot zdravstveni delavci. Obratno pa ni zaslediti, da bi bil izraz zagovorništvo uporabljen pri zavzemanju strani zdravstvenih delavcev. Tudi v *Standardih medkulturne mediacije v zdravstvu* se zagovorništvo ne osredotoča na zdravstvene delavce, a vseeno je v poglavju *Standardi* v delu o podpori zapisano, da je ena izmed pomembnih nalog medkulturnih mediatorjev podpora zdravstvenim delavcem pri zavzemanju njihovih vlog, kar pomeni, da jih podpirajo, da lažje opravljajo svoje delo, o čemer sva pisala v poglavju *Podpora*. Kljub temu pa bi tako vrsto podpore težko razumeli kot »zagovorništvo« zdravstvenih delavcev.

Iz znanstvene literature s tega področja tako izhaja, da lahko medkulturni mediator nevtralno oziroma nepristransko pozicijo zapusti le takrat, ko zavzame stran uporabnika, ki so mu kršene pravice in je tarča diskriminacije. Prav zato, ker v strokovnih standardih in smernicah jezikovnih in kulturnih posrednikov ni najti deklarativnega zavzemanja strani zdravstvenih delavcev, je presenetljivo, da številne raziskave kažejo na drugačno sliko v praksi, saj jezikovni in kulturni posredniki pogosto zavzamejo stran tistega, ki ima več moči (Davidson 2000, 2001; Pöllabauer 2004; Agustí-Panareda 2006; Hsieh 2007). Iz teh raziskav je namreč razvidno, da jezikovni in kulturni posredniki v vsakdanji klinični praksi stopajo na stran zdravstvenih delavcev. To dejstvo postavi pod vprašaj deklarativno nevtralno funkcijo jezikovnih in kulturnih posrednikov. Eden izmed ključnih mandatov slednjih naj bi bil omogočanje medkulturnih stikov ter zagotavljanje dostopa tujejezičnih uporabnikov do zdravstvenega sistema, a se v praksi marsikdaj

⁴⁷ Oba razloga sta morda tudi pogost argument za direktno pomoč, ki jo medkulturni mediatorji zagotovijo tujejezičnim osebam tudi v drugih primerih (glej poglavje *Podpora*).

močno oddalji od tega deklarativnega cilja oziroma se sprevrže v njegovo nasprotje (po Farini 2008: 266). Na to sva delno opozorila že v poglavju *Tolmačenje v medkulturni mediaciji*, kjer sva pokazala, da je zavzemanje strani možno najti že v načinu tolmačenja. Na naslednjih straneh bova to razpravo nadaljevala, a se pri tem ne bova omejevala na posamezno nalogo medkulturnih mediatorjev, temveč bova, na osnovi izsledkov najine in drugih raziskav, osvetlila nekatere najbolj izražene vidike tega prikritega, implicitnega zagovorništva zdravstvenih delavcev ali zdravstvenega sistema.

V najini raziskavi sva ugotovila, da postavljanje medkulturnih mediatork na stran zdravstvenih delavcev ali zdravstva ni le implicitno, temveč pogosto tudi nerefektirano, saj so se najine sogovornice za tako ravnanje redko odločile zavestno ali premišljeno. Ravno to nerefektirano zavzemanje strani je skupno primerom, ki jih predstavlja v nadaljevanju, obenem pa so med njimi tudi pomembne razlike.

V spodnjem citatu medkulturna mediatorka opisuje posredovanje v splošni bolnišnici. Tujejezična uporabnica je imela zatrdlino v dojki, ki jo je bilo po presoji zdravnice treba kirurško odstraniti. Uporabnica tega ni želela, saj je imela njena sestra podobno zatrdlino, ki je sčasoma sama od sebe izginila. Skrbelo jo je tudi, da po kirurškem posegu ne bo več mogla dojiti svojega otroka, saj bo izgubila mleko. Medkulturna mediatorka je s stališčem uporabnice seznanila zdravnico: » *To sem prenesla zdravnici, ki je rekla, da je čisto možno, da ne bo smela več dojiti. Komaj sem jo [uporabnico, op. a.] prepričala, da je to v njeno dobro in v dobro otroka. Prepričati sem jo morala tudi, da podpiše izjavo, da dovoljuje operacijo.* « (Zana, intervju)

Medkulturna mediatorka je v kliničnem srečanju poleg tolmačenja ter pojasnjevanja uporabničinih stališč zdravnici svojo dejavnost razširila tudi na prepričevanje uporabnice, naj pristane na zdravljenje. Pri tem je pomembno poudariti, da je to vlogo prevzela sama od sebe, saj je zdravnica tega ni prosila.

Nadalje je iz materiala najine raziskave zaznati, da medkulturne mediatorke pogosto pričakujejo od uporabnikov, da se bodo biomedicinskim konceptom in postopkom povsem prilagodili oziroma podredili, četudi so v nasprotju z njihovimi predstavami in praksami. Podobno ugotavlja Claudio Baraldi, ki sklene, da so, ko so medkulturni mediatorji opravljali naloge kulturnega posredništva, prevladali koncepti biomedicine, ki so se jim pacienti morali prilagoditi in jih sprejeti, kar je utrdilo norme biomedicinske kulture (Baraldi 2009). Naslednji citat je zapis z enega izmed srečanj usposabljanja medkulturnih mediatork, kjer je udeleženka poročala o precej nespoštljivem odnosu ginekologinje do tujejezične uporabnice.

Udeleženka se je na usposabljanju takole spominjala besed ginekologinje: »Povejte ji, naj se sleče od pasu dol pa naj se tam usede.« Udeleženka je nadaljevala, da je bila uporabnica v tem primeru zmedena in je medkulturni mediatorki povedala, da ni navajena na ginekološke preglede, nakar je zdravnica uporabnici rekla: »Kaj ste tako trda, dajte malo bolj noge narazen.« Medkulturna mediatorka je na usposabljanju ob pripovedovanju tega močno povzdignila glas in s tem želela pokazati, kako je doživela odnos ginekologinje do uporabnice. V odziv na to zgodbo je druga udeleženka usposabljanja rekla: »Ampak pacientka se tudi mora malo predati zdravniku, če gre na pregled.« Ko smo slednji postavili vprašanje, čigava naloga je pacientko pripraviti na zdravstveni pregled, je rekla: »Pa oni imajo natrpan urnik, ne more biti pripravljena na vse, pacient mora tudi biti.« (zapis z usposabljanja, 10. 9. 2019)

Medkulturna mediatorka, ki je poročala o tej izkušnji iz prakse, je v nadaljevanju srečanja opozorila predvsem na nestrpen odnos zdravnice in pokazala na razumevanje uporabničinega položaja, ki naj ne bi bila navajena ginekoloških pregledov. Reakcija druge udeleženke pa je, nasprotno, zanemarila uporabničin vidik in se postavila na stran zdravstvenih delavcev, ki naj bi jih bili uporabniki dolžni razumeti in jim slediti.

Nekateri drugi deli intervjujev pa kažejo na to, da lahko medkulturni mediatorji med svojim delom nekritično promovirajo zdravstvene koncepte in prakse, obenem pa obsojajo tiste, ki odstopajo od biomedicinskih. V zvezi s tem je poveden naslednji citat, v katerem medkulturna mediatorka povzema svoje izkušnje dela v zdravstvu:

Naše ženske [albansko govoreče uporabnice, op. a.] se kdaj v ambulanti obnašajo prav, se opravičujem za izraz, prav neumno, nič ne razumejo. Midve z zdravnico jim vse lepo razloživa, pojasniva, one pa še kar nočejo jemati zdravil, raje gredo dol na Kosovo k hodži ali po neke obeske, amulete. To se mi zdi res neumno. (Linda, intervju)

V tem primeru že sama raba dvojine (»midve z zdravnico«) nakazuje na to, da se je medkulturna mediatorka postavila na stran zdravnice, pri čemer je zviška, z veliko mero obsojanja interpretirala odločitve albansko govorečih uporabnic, ki niso sledile zdravničinim nasvetom, ki jih očitno zagovarja tudi medkulturna mediatorka. V njeni izjavi je opaziti pejorativen odnos do praks uporabnic, ki so drugačne od biomedicinskih. Pri tem je zanimivo, da medkulturna mediatorka praks uporabnic ne poskuša razumeti v kontekstu medicinskega pluralizma (Cozzi in Nigris 2000) oziroma v kontekstu uporabe tradicionalnih medicin, temveč jih le obsodi kot deviantne glede na zdravstvene nasvete zdravnice.

Tudi v raziskavi medkulturne mediacije v bolnišnicah v Belgiji so ugotovili, da so medkulturni mediatorji pri svojem delu promovirali biomedicinske koncepte in prakse ter bili odklonilni do takih, ki bi bile povezane s komplementarnimi in alternativnimi medicinama (Verrept in Louckx 1997). Avtorja raziskave razlagata, da je do tega prihajalo med drugim zato, ker so si medkulturni mediatorji prizadevali za lastno vključitev v večinsko kulturo, kar je pogosto pomenilo tudi, da so si želeli zapustiti svojo migrantsko skupnost. Kot namigneta avtorja, to morda razloži, zakaj medkulturni mediatorji niso bili senzibilni za verjetja, znanja in prakse tujejezičnih uporabnikov, ki se razlikujejo od biomedicinskih (Verrept in Louckx 1997: 81).

Ena izmed specifik posredovanja medkulturnih mediatorjev v zdravstvu je, kot sva tematizirala že v poglavju *Kaj je medkulturna mediacija: uvodni konceptualni premislek*, da klinična srečanja med zdravstvenimi delavci in uporabniki iz diadnih spremenijo v triadna, saj so tretji člen v tem odnosu. Iz zadnjega citata pa je razvidno, da je medkulturna mediatorka ustvarila podskupino v triadni situaciji, ki je povezovala zdravstveno delavko in njo ter izključila uporabnico (za podoben primer in analizo glej Baraldi in Gavioli 2015: 58–61). Claudio Baraldi je to poimenoval ustvarjanje »mi-identitet« (Baraldi 2009). Bot in Verrept postavljanje medkulturnih mediatorjev na stran zdravstvenih delavcev vidita kot problematično, saj uporabniki tako situacijo pogosto razumejo kot koalicijo proti njim (Bot in Verrept 2013: 123, 124). S tem se z vidika uporabnikov postavi pod vprašaj sama vloga medkulturnih mediatorjev.

SKLEPI

Če zagovorništvo razumemo v smislu krepiteve moči in spodbujanja emancipacije, ga je, sicer v manjši meri, najti tudi pri nalogah, ki so v modelu lestve nižje od zagovorništva – pri tolmačenju in podpori –, hkrati pa lahko na splošno medkulturno mediacijo, tako za uporabnike kot zdravstvene delavce, razumemo kot emancipatorno. Že pri tolmačenju na primer medkulturni mediator krepi moč uporabnika, saj je slednji ob prisotnosti medkulturnega mediatorja, ki tolmači, bolj slišan in razumljen, emancipatorna vloga medkulturne mediacije pa pogosto pride do izraza tudi pri nalogah podpore.

Vseeno pa je vidik krepiteve moči najbolj izrazit pri nalogah zagovorništva. Kot sva pokazala v tem poglavju, *Standardi medkulturne mediacije v zdravstvu* zagovorništvo definirajo predvsem v kontekstu

triadne situacije, torej v posredovanju medkulturnega mediatorja med zdravstvenimi delavci in uporabniki. To pojmovanje zagovorništva sva konceptualno dopolnila z razumevanjem zagovorništva kot krepite moči in emancipacije, saj so medkulturne mediatorke poročale tudi o zagovorništvu, ki ga opravljajo v tako imenovanih diadnih situacijah, torej v individualnih stikih z uporabniki in ne le v kliničnih srečanjih, kjer so prisotni tudi zdravstveni delavci.

Standardi zagovorništvo definirajo kot zapuščanje nevtralnosti in postavljanje na stran uporabnikov z namenom zagotavljanja enakosti zdravstvene obravnave. Kljub temu pa tako iz tujih raziskav kot iz najine kvalitativne raziskave sledi, da se medkulturni mediatorji precej pogosto postavljajo na stran biomedicinskih konceptov in praks ter na stran zdravstvenih delavcev, pri čemer medkulturni mediatorji svojega zagovarjanja biomedicinskih konceptov in praks pogosto ne reflektirajo.

Iz najine raziskave lahko strneva, da medkulturne mediatorke zagovorniško vlogo zavzemajo precej redko, hkrati pa sva zaznala tudi, da precej pogosto nereflektirano zavzemajo stran zdravstva. Glede na skope podatke, ki sva jih o zagovorništvu dobila v najini raziskavi, lahko le domnevava o razlogih za tako stanje. Razloge za manjšo družbeno moč medkulturnih mediatorjev v odnosu do različnih strok v zdravstvenih ustanovah je iskati v dejstvu, da medkulturni mediatorji pripadajo isti etnični skupnosti kot uporabniki, ki so prav zaradi svoje etnične pripadnosti pogosto diskriminirani. V naslednjem poglavju pa predstavljava različne vidike organizacije medkulturne mediacije v zdravstvenih ustanovah, kjer je mogoče iskati še druge razloge, zakaj medkulturne mediatorke redkeje posegajo po zagovorniški vlogi.

Organizacija medkulturne mediacije v zdravstvu

V tem poglavju se bova posvetila temam, ki sva jih delno načela že v prejšnjih poglavjih, to so teme, povezane z organizacijo medkulturne mediacije. Pri tem bova pozornost posvetila najprej organizacijskim vidikom medkulturne mediacije znotraj zdravstvenih ustanov, kasneje pa bova ta pogled razširila na vprašanja trenutnega financiranja medkulturne mediacije, kjer prevladuje prekarnost, ki povratno vpliva na marsikateri vidik dela medkulturnih mediatorjev v praksi.

Na začetku poglavja naj opozoriva, da lahko v nadaljevanju predstavljene organizacijske težave v procesu vpeljevanja medkulturne mediacije v zdravstvene ustanove razumemo predvsem kot posledico sorazmerno zgodnjih faz tega procesa. Zato je to poglavje treba brati predvsem kot opomnik o organizacijskih vprašanjih zgodnjih faz vpeljevanja medkulturne mediacije, ki terjajo akcijski premislek in ukrepanje v bodoče.

ORGANIZACIJSKI VIDIKI ZNOTRAJ ZDRAVSTVENIH USTANOV

O organizaciji medkulturne medicije v zdravstvenih ustanovah govorijo *Standardi medkulturne medicije v zdravstvu*, s čimer jasno sporočajo, da je za učinkovito delovanje medkulturne medicije potrebna podpora ustanove, v kateri deluje posamezni medkulturni mediator (v nadaljevanju povzemava po Verrept in Coune 2020: 53, 54). V zvezi s tem je v *Standardih* najprej zapisano, da mora vsaka ustanova, ki ima vpeljšano medkulturno medicijo, zagotoviti tako imenovanega mentorja, torej referenčno osebo znotraj te ustanove, ki spremlja in podpira izvajanje medkulturne medicije.⁴⁸ Nadalje je zapisano, da mora imeti medkulturni mediator zagotovljene materialne pogoje za svoje delo, kot sta službeni mobilni telefon, dostop do spleta in slovarjev. Ustanova mora poskrbeti tudi za obveščanje zdravstvenih delavcev in uporabnikov, da lahko uporabijo storitve medkulturne medicije, pri čemer morajo biti zdravstveni delavci usposobljeni za delo z medkulturnimi mediatorji.

Standardi seveda zapisujejo zaželeno ureditev medkulturne medicije znotraj zdravstvenih ustanov. Izsledki kvalitativne raziskave z medkulturnimi mediatorkami pa kažejo precej drugačno sliko. Najprej se bova posvetila mentorski vlogi, ki so jo kdaj prevzemali nekateri zdravstveni delavci v podporo organizaciji medkulturne medicije v njihovi ustanovi. Nato bova izpostavila primere, ki kažejo na neusposobljenost zdravstvenih delavcev za sodelovanje z medkulturnimi mediatorji, a hkrati poudarila, da v praksi medkulturne mediatorke pogosto same informirajo zdravstvene delavce o načinih, ki potem pripomorejo k njihovemu boljšemu medsebojnemu sodelovanju. Kot zadnjega izpostavlja še vidik, ki se nanaša na zdravstvene delavce in vpliva na uspešno premoščanje jezikovnih in kulturnih ovir s pomočjo medkulturne medicije, to pa je njihovo pogosto zatekanje k drugim, neprofesionalnim načinom premoščanja teh ovir.

Najprej naj se torej posvetiva vlogi mentorja. V raziskavi ni bilo zaznati, da bi v katerem izmed zdravstvenih domov vzpostavili profil, ki bi bil podoben mentorju, o katerem pišejo *Standardi*. Vseeno pa so sogovornice poročale, da so koordinativno ali podporno vlogo prevzeli nekateri zdravstveni delavci. V takih primerih je tovrstno sodelovanje opazno olajšalo organizacijske vidike dela medkulturnih mediatork. Sogovornice so namreč omenjale, da so ti zdravstveni delavci kdaj vodili bolj ali manj redne koordinativne sestanke z medkulturnimi

⁴⁸ Na to osebo se sklicujejo standardi tudi v preostalih poglavjih, predvsem v smislu podpore, če pride pri delu medkulturnega mediatorja do težav, ki jih ne zmore rešiti sam.

mediatorkami, kar je omogočilo razreševanje odprtih vprašanj pri vpe-ljevanju medkulturne medicije, kdaj so imeli tudi pomembno vlogo pri prvem stiku medkulturnih mediatork z zdravstvenimi ustanovami in njihovimi zaposlenimi. Ena izmed udeleženk izobraževanja je ome-nila, da je bila povabljen na razširjen kolegij zdravnikov, na katerem je imela možnost predstaviti svoje delo. Medkulturna mediatorka je poudarila, da je ta dogodek pozitivno vplival na njeno kasnejše sode-lovanje z zdravniki, obenem pa je pogrešala več takih srečanj. (zapis z usposabljanja, 1. 10. 2019) Tudi druge sogovornice so v skupinskih pogovorih na usposabljanju izražale to potrebo ter bile mnenja, da bi številne probleme lažje reševale ob tesnejšem sodelovanju z zdravstve-nimi delavci konkretne zdravstvene ustanove.

V nadaljevanju bova izpostavila primere, ki kažejo na neusposo-bljenost zdravstvenih delavcev za sodelovanje z medkulturnimi medi-atorji. Podobno kot ponekod v tujini (Verrept in Louckx 1997: 79) se je tudi v najini kvalitativni raziskavi neusposobljenost zdravstvenih de-lavcev za sodelovanje z medkulturnimi mediatorkami izkazala kot ena izmed ključnih ovir organizacije medkulturne medicije v zdravstve-nih ustanovah. Prva težava se nanaša na to, da so nekateri zdravstveni delavci v stiku z medkulturnimi mediatorkami uporabljali prezahtev-no raven medicinske terminologije. Iz opravljenih intervjujev je tež-ko razbrati, ali bi k lažji komunikaciji prispevalo le več usposabljanja medkulturnih mediatork na področju medicinske terminologije. Mo-gočje pa je tudi sklepati, da bi bila komunikacija lažja, če bi zdravstveni delavci uporabljali preprostejši jezik. Na to kaže izkušnja medkulturne mediatorke, ki je zdravstvene delavce opozorila, da uporabljajo preveč strokoven jezik. Opazila je, da so v kasnejših zdravstvenih obravnavah njeno opozorilo upoštevali ter dodatno pojasnili nekatere strokovne izraze. (zapis z usposabljanja, 10. 6. 2019)

Druga težava je bila posledica dejstva, da so nekateri zdravstveni delavci govorili predolgo ter pri tem pozabili, da morajo medkulturne mediatorke to vsebino tudi prevesti. V takih primerih so jih medkul-turne mediatorke opozorile, naj sporočila omejijo tako, da bodo lahko prevedle določeno sekvenco stavkov: *»Jaz rečem: 'Vi povejte, potem počakajte majčkeno, da jaz prevajam, potem boste nadaljevali.' In potem drugič to upoštevajo. Eni so že navajeni, vejo in lepo sodelujemo. Čakajo na to, da tolmačim.«* (Hana, intervju)

Tretja težava se navezuje na pogost pojav, o katerem poročajo tudi raziskovalci iz tujine (glej na primer Farini 2008: 260), in sicer, da zdravstveni delavci »pozabijo« na uporabnika in naslavljajo pred-vsem medkulturnega mediatorja. O tem priča citat ene od sogovornic: *»Spomnim se tiste jeze, ko je zdravnica mene gledala pa je bila jezna,*

zakaj uporabnica kadi. Kaj imam jaz veze s tem!? In jaz sem ji pač rekla, da naj se k uporabnici obrne.« (Alja, intervju) Pri tem so se zdravstveni delavci pogosto raje obračali le na medkulturne mediatorke, saj so pričakovali, da tujejezične uporabnike dobro poznajo, kot kaže naslednji primer:

Ko zdravnica pokliče pacienta, reče: »Sprevajalko.« In jaz stopim notri in me vpraša: »Ja, saj vam je mogoče že povedala v čakalnici?« Ne, ni mi povedala, ker jaz pacienta ne poznam. Jaz sem prišla kot medkulturna mediatorka, jaz jih ne poznam, se osebno z njimi ne spoznavam. Ne navezujem nekih stikov. Ja, pač informacije, ki so pomembne za zdravstveno obravnavo, nekaj osebnega pa ne. In potem se počutim ... Večkrat sem se počutila, kot da bi svojo mamo imela tam. (Shpresa, intervju)⁴⁹

Ko je govora o usposobljenosti zdravstvenih delavcev za sodelovanje z medkulturnimi mediatorji, je treba dodati, da so bili vsi zdravstveni delavci v projektu *Krepitev zdravja za vse* prisotni na usposabljanju o kulturnih kompetencah. Med letoma 2016 in 2019 se je usposabljanja udeležilo 526 zdravstvenih delavcev (Lipovec Čebtron in Huber 2020). Del vsebin usposabljanja je bil namenjen analizi jezikovnih nesporazumov ter predstavitvi medkulturne medicije in tolmačenja v zdravstvu.⁵⁰ Vsekakor bi bilo zdravstvenim delavcem treba zagotoviti več tovrstnih vsebin, vendar predstavljeni primeri nakazujejo tudi na to, da lahko zdravstvene delavce v marsičem informirajo medkulturni mediatorji sami v konkretnih kliničnih srečanjih ali po njih ter tako zagotovijo boljše medsebojno sodelovanje.

Kot zadnjega izpostavljava vidik, ki se nanaša na zdravstvene delavce in zavira uspešno premoščanje jezikovnih in kulturnih ovir, to pa je njihovo pogosto zatekanje k drugim, neprofesionalnim načinom premoščanja teh ovir. Kot sva pokazala že v uvodu te monografije, raziskave v Sloveniji (Lipovec Čebtron, Pistotnik in Keršič Svetel 2016; Pokorn in Lipovec Čebtron 2019; Huber, Lipovec Čebtron in Pistotnik

49 Medkulturne mediatorke pa so poročale tudi o tem, da so zdravstveni delavci od njih kdaj pričakovali, da bodo tujejezične paciente vozile na ostale zdravstvene preglede. Tako se ena sogovornica spomni: »Ker en primer sem imela pri eni zdravnici, ena [tujejezična, op. a.] gospa se je zelo slabo počutila, pa je bila napotena na urgenco. Meni je zdravnica rekla: 'A jo boste vi peljali s svojim avtom na urgenco?'« (Hana, intervju) Zdravstveni delavci pa kdaj na medkulturne mediatorje prelagajo tudi naloge, ki bi jih morali opraviti sami ob pomoči slednjih. Ena sogovornica je na primer rekla, da so jo zdravstveni delavci klicali ob pol štirih zjutraj, ko je v bolnišnici umrl otrok tujgovorečih staršev. Od nje so pričakovali, da to sporoči staršem. (Dhurata, intervju).

50 Predavanje *Jezikovni nesporazumi in tolmačenje/medkulturna medicija: pomen jezika v klinični praksi* ter delavnico *Kako sodelovati s tolmačem/medkulturnim mediatorjem* je izvajala strokovnjakinja s področja tolmačenja. Posebno predavanje *Izkušnje medkulturne medicije v zdravstvu* je izvajala medkulturna mediatorka.

2020) kažejo, da zdravstveni delavci premoščanje jezikovnih in kulturnih ovir pogosto prepuščajo svojcem tujejezičnih uporabnikov ali drugim osebam (na primer prijateljem, znancem, delodajalcem). Na pogosto prisotnost teh spontanih tolmačev so opozorile tudi številne sogovornice v najini raziskavi, pri čemer je ena od njih poudarila: »Zdravniki pravijo pacientom, da če ne govoriš slovensko, pripelji nekoga, ki govori« (Dhurata, intervju). V raziskavi se je izkazalo tudi, da se zdravstveni delavci kdaj ne odločijo za klic medkulturnih mediatork, četudi so vpeljane v redno delo zdravstvenega doma. O tem je poveden naslednji citat sogovornice:

Ni toliko klincev in ni toliko zanimanja z njihove strani. Včasih se jim moraš prav ponujati: »A jaz tudi zraven pridem?« Ker pač rečejo, da naj [pacient, op. a.] drugič pride s prevajalcem. Ja, kaj sem pa jaz tu? Jaz sem tudi del zdravstvenega doma in ne vem, zakaj nekateri tega ne uporabijo. (Shpresa, intervju)

Medkulturne mediatorke se v prej opisanih primerih srečujejo z oviro pri delu, saj ga kdaj težko pričnejo, ker se zdravstveni delavci namesto za medkulturno medicino raje odločajo za spontane tolmače. Poleg uporabe teh tolmačev pa na podlagi najine raziskave ugotavlja, da poskušajo zdravstveni delavci jezikovne in kulturne ovire rešiti tudi z drugimi, nič ustrežnejšimi načini, kot so gestikulacija, mimika, risanje in podobno.

Kot so ugotovile že druge raziskave v Sloveniji (MIPEX 2015; Lipovec Čebren in Bombač 2018; Huber, Lipovec Čebren in Pistočnik 2020), zaenkrat še ne moremo govoriti o sistematični uporabi medkulturne medicije v zdravstvu. Kot sva pokazala, je premoščanje jezikovnih in kulturnih ovir velikokrat prepuščeno iznajdljivosti bodisi zdravstvenih delavcev bodisi tujejezičnih uporabnikov. V praksi pa se izkaže, da ima ta iznajdljivost pogosto zelo očitne meje, zato se po besedah številnih sogovornic iz najine raziskave zdravstveni delavci odločijo, da jih pokličejo, vendar predvsem v primerih, ki so nujni in tudi bolj zapleteni. V takih primerih morajo medkulturne mediatorke reševati nesporazume, ki so se »nabrali« v zdravstvenih obravnavah, v katerih niso bile prisotne. Sogovornica takole opisuje prakso v zdravstveni ustanovi, s katero ima sklenjeno pogodbo:

Jaz prevajam za njih, ko imajo res najnujnejše primere, ker očitno veliko šparajo na tem, pogosto uporabljajo pomoč drugih, tudi otrok. Otroci gredo prevajati za mame, očete ali karkoli, ker ne znajo jezika. Kar je absurdno. Nekateri zdravstveni delavci najprej mrcvariijo in me pokličejo, ko vidijo, da nikamor ne gre. (Zana, intervju)

Če povzameva: do zdaj sva omenila težave, s katerimi se srečujejo medkulturni mediatorji pri delu znotraj zdravstvenih ustanov. Čeprav sva v tem delu poglavja osvetlila predvsem vidike organizacije medkulturne mediacije, za katero so odgovorne zdravstvene ustanove, sva v primerih iz raziskave izpostavila tudi aktivno vlogo medkulturnih mediatork pri poskusih urejanja boljše organiziranosti svojega dela, na primer pri tem, da zdravstvenim delavcem po potrebi same razložijo boljše načine, na katere lahko delujejo v triadni situaciji.

PREKARNOST ZAPOSLOVANJA MEDKULTURNIH MEDIATORK

Večina medkulturnih mediatork se sooča s prekarnimi, torej nestabilnimi zaposlitvami. Od petnajstih intervjuvanih medkulturnih mediatork je bila v času intervjuja le ena redno zaposlena. Delala je 8 ur dnevno, njeno delo je bilo razdeljeno v vnaprej predvidene naloge in urnike za sodelovanje z različnimi ustanovami. Vse druge so svoje delo opravljale po pogodbah za določen čas, vendar redkokdaj v obliki rednega delovnega razmerja, saj so z javnimi ustanovami sodelovale na osnovi podjemnih pogodb. V tem smislu je medkulturna mediacija v podobni poziciji kot množstvo drugih poklicev, ki jih, tako v drugih evropskih državah kot v Sloveniji, zaznamuje naraščajoča prekarizacija (Leskošek 2013, 2016). V nadaljevanju bova izpostavila ključne vidike prekarnosti zaposlovanja medkulturnih mediatork.

Iz terenske raziskave z medkulturnimi mediatorkami izhaja, da vse sodelujejo z različnimi organizacijami (nevladne organizacije, centri za izobraževanje odraslih, zdravstveni domovi, bolnišnice, centri za socialno delo, osnovne in srednje šole, vrtci, zavodi za zaposlovanje, upravne enote, sodišča, azilni dom), ki se nahajajo v isti občini ali malo širše. Sogovornice so v intervjujih jasno sporočile, da se zaposleni v različnih organizacijah srečujejo z zelo podobnimi jezikovnimi in kulturnimi ovirami. To velja tudi za uporabnike: medkulturne mediatorke se namreč v različnih ustanovah običajno srečujejo z istimi uporabniki, ki imajo v različnih situacijah precej podobne jezikovne in kulturne ovire. Čeprav bi opisana situacija zahtevala celovit odziv na ravni občine (ali širšega območja), pa izkušnje sogovornic kažejo, da ustanove pri premoščanju ovir tujejezičnih uporabnikov ne sodelujejo, temveč so prepuščene same sebi. Smiselno bi bilo dodati, da ta nekoordiniranost med ustanovami otežuje delo medkulturnih mediatork, saj tako težje uskladijo svoje delovne obveznosti, ki jih imajo v različnih ustanovah,

obenem pa so tudi plačila njihovega dela povsem neusklajena. V zvezi s tem je poveden del intervjuja z medkulturno mediatorko Zano, ki ga povzemava takole:

Albansko govoreča ženska je v Slovenijo prišla pred 6 leti. Imela je dva otroka in moža, ki je govoril malo slovensko. Nekoč je začela obiskovati tečaj slovenščine na Ljudski univerzi. Takrat sta se prvič srečali z Zano, ki je na tečaju delala kot medkulturna mediatorka. Ko je uporabnica imela ginekološki pregled, se je vanj na klic zdravstvenih delavcev vključila tudi medkulturna mediatorka. Za to posredovanje je dobila plačilo, saj je imela tedaj sklenjeno pogodbo v splošni bolnišnici, kjer je potekal pregled. Uporabnico so napotili na dodatni specialistični pregled v drugo zdravstveno ustanovo, s katero pa medkulturna mediatorka ni imela sklenjene pogodbe, zato je medkulturno medicino opravila zastonj. Čez nekaj mesecev je medkulturna mediatorka dobila klic iz psihiatrične bolnišnice, kjer so izrazili potrebo po njeni pomoči in izkazalo se je, da gre za isto uporabnico. S to ustanovo je imela sklenjeno pogodbo, zato je bilo njeno delo plačano. (povzeto po intervjuju z Zano)

Iz zgornjega primera je razvidno, da je medkulturna mediatorka opravljala delo v različnih ustanovah, vselej za isto uporabnico, vendar je bilo njeno delo različno finančno ovrednoteno. Iz kasnejšega pogovora s to medkulturno mediatorko je postalo jasno, da se je za neplačano delo odločila predvsem zato, ker sta z uporabnico že imeli vzpostavljen odnos. Kljub temu da je bila za svoje delo plačana le v dveh ustanovah iz navedenega primera, ji ni hotela odreči pomoči, ki jo je potrebovala tudi v tretji ustanovi. V tem in mnogih drugih primerih so težave izhajale iz dejstva, da je bilo plačilo za medkulturno medicino vezano na eno ali le nekaj ustanov v lokalni skupnosti, zaradi česar financiranje medkulturnih mediatork ni sledilo uporabnikom in njihovim potrebam, ki pa so se navezovale tudi na ustanove, s katerimi medkulturne mediatorke niso imele podpisane pogodbe.

Obstajajo pa tudi primeri, ko imajo medkulturne mediatorke sklenjene pogodbe z več ustanovami v lokalnem okolju. V takih primerih to zanje pomeni precejšnjo zmedo v urniku, ki ga morajo pogosto sproti prilagajati. Taka »ureditev« implicira tudi večjo mero »tekmovalnosti« med ustanovami, ki jo določajo pogoji, zapisani v pogodbah. Nekatere ustanove na primer zahtevajo dosegljivost medkulturnih mediatork 24 ur na dan ali pa njihovo odzivnost v, na primer, dveh urah. Medkulturne mediatorke so v taki »ureditvi« primorane v sprotno prilagajanje urnikom ter v tehtanje, komu dati prednost pri sočasnih klicih iz različnih ustanov. V taki prekarni zaposlitveni situaciji pa se morajo obenem znati ustrezno odzivati na kompleksne potrebe tujejezičnih uporabnikov, ki se nahajajo v najrazličnejših okoliščinah.

Nesorazmerje med zaposlitveno situacijo, ki jo zaznamuje velika prekarčnost, in zahtevanimi delovnimi obveznostmi, ki s seboj nosijo visoko mero odgovornosti, je očitno.

Iz terenskega materiala izhaja, da lahko medkulturne mediatorke najbolj celovito odgovarjajo na potrebe po premoščanju jezikovnih in kulturnih ovir priseljencev, ko so zaposlene v nevladnih organizacijah, ki delujejo na področju migracij. V eni od njih je delala tudi sogovornica, ki je lahko v okviru svojega dela priseljence spremljala v različne ustanove:

Drugače pa, ko sem to delala na [ime organizacije, op. a.], pa sem delala za vse, čisto vse, z vsemi institucijami. Vse, kar ti pride na pamet. Bolnice, šole, vrtci, centri za socialno delo, banke, zavod za zaposlovanje, vse pač, kar rabi človek dnevno, na kateri koli instituciji smo bili. Tudi magari je to bilo v trgovini ali pa na cesti kje, ali pa smo morali preveriti, kaj rabi posameznik in smo mu pomagali pri tem. To je bila celotna integracija v življenje, v Slovenijo. (Alja, intervju)

Opaziti je, da taka zaposlitev na eni strani zagotavlja odziv medkulturnih mediatork na širok spekter potreb tujejezičnih uporabnikov, na drugi strani pa lokalne ustanove razbremenjuje dolžnosti premoščanja jezikovnih in kulturnih ovir.

Do zdaj sva opisala precejšnjo heterogenost zaposlitvenih statusov medkulturnih mediatork. Vseeno pa bi na tem področju lahko izpostavila dve prevladujoči obliki sodelovanja z zdravstvenimi ustanovami. Pri prvi gre za to, da so nekatere medkulturne mediatorke redno zaposlene v nezdravstvenih ustanovah v lokalnem okolju. V takih primerih so sogovornice iz raziskave pogodbeno sodelovale z zdravstvenimi ustanovami, a v prostem času, kot jim je pač dovoljevalo primarno delovno mesto. Pri drugi najpogostejši obliki pa gre za to, da so medkulturne mediatorke zaposlene kot zdravstvene delavke v istem zdravstvenem domu, kjer opravljajo tudi delo medkulturne mediatorke. V teh primerih medkulturno mediacijo opravljajo v okviru svojih rednih delovnih nalog, ker jih ustanove prepoznajo predvsem kot zdravstvene delavke, njihovo dvojezičnost pa uporabijo neformalno oziroma za medkulturno mediacijo ne predvidijo plačila. Prav ta zadnja situacija se je izkazala za precej pogosto v najini raziskavi, pa tudi v drugih študijah (Jazbinšek in Pistotnik 2016; Pokorn 2019a), ki omenjajo, da imajo večje zdravstvene ustanove interne sezname dvojezičnih zdravstvenih delavcev, ki po potrebi sodelujejo pri zdravstveni obravnavi. Čeprav so za zdravstvene ustanove ti zdravstveni delavci zelo priročni, pa do sedaj ni opaziti, da bi bilo to dodatno delo regulirano ali ovrednoteno s plačilom, saj ga delodajalci pogosto

dojemajo kot obliko prostovoljne, solidarne pomoči. Ali kot to ubesedi sogovornica:

Ali jaz delujem kot medkulturna mediatorka? Po pogodbi ne, ker jaz nimam sklenjene pogodbe, kot jo imajo nekatere ostale kolegice [medkulturne mediatorke, ki niso zdravstvene delavke, op. a.]. Jaz sem zaposlena v zdravstvenem domu kot medicinska sestra, ampak poleg tega imam tudi to možnost, ker znam govoriti albansko, in me vsake toliko časa kdo »pocuka«. (Besjana, intervju)

Učinki prekarnosti so mnogoteri. Za medkulturne mediatorke – predvsem tiste, katerih prihodek v večji meri predstavlja izvajanje medkulturne mediacije – to pomeni zaposlitveno in finančno negotovost, za uporabnike pa precej nestabilno »ponudbo« pomoči, ki jo potrebujejo. Kot opisuje naslednji citat, financiranje medkulturne mediacije pogosto omogočajo različni projekti, ki pa so velikokrat kratkoročni, kar ima pomembne učinke na uporabnike in medkulturno mediatorko:

Recimo, konec avgusta zaključimo s projektom. Kaj pa zdaj? Mogoče bom pomagala prek telefona iz dobre volje. Mene najbolj boli to, da imaš eno osebo, jo spremljaš in ker je konec denarja, je konec projekta, ti pa se moraš lepo obrniti in nehati delati. Oseba ostane sredi poti in se izgubi iz tvojega življenja. In potem, ko spet: »Jupi, nov projekt,« poiščeš ti to isto osebo in ji rečeš: »Zdaj pa te spet lahko spremljam.« Ko spet mine nekaj mesecev, pa je že konec projekta. To je problem. Ker to so ljudje, to niso predmeti, ki jih kar prestaviš iz enega v drug projekt. (Jasmina, intervju)

O nezadovoljstvu nad nestanovitnim projektnim delom in drugimi oblikami zaposlitve so sogovornice pogosto govorile tako v intervjujih kot v času usposabljanja, ki smo ga organizirali na NIJZ. Kot omeniva v naslednjem poglavju, so udeleženke na usposabljanju večkrat podale različne predloge (na primer poenotenje urne postavke za medkulturne mediatorje v zdravstvenih ustanovah, osnovanje sindikalne ali koordinativne skupine, ki bi zagotovila kolektivno platformo pri doseganju skupinskih ciljev), s katerimi so želele izboljšati svoje delovne pogoje. Vse to dokazuje, da je na področju zaposlovanja medkulturnih mediatorjev v zdravstvu v Sloveniji potrebnega še veliko dela.

Do zdaj sva omenila različne načine zaposlovanja medkulturnih mediatork v lokalnih okoljih. Pri tem se zdi pomembno poudariti, da ti načini zaposlovanja pogosto poglobljajo neenako pozicijo medkulturnih mediatork v delovnem okolju ter velikokrat vplivajo na naloge, ki jih od slednjih pričakujejo plačniki. Nadalje imajo lahko ti načini financiranja vpliv tudi na lojalnosti medkulturnih mediatork do plačnikov njihovega dela. Kot sva omenjala v prejšnjem poglavju,

se medkulturne mediatorke, zaradi prekarnih zaposlitev, lahko znajdejo v izrazito neenakem, podrejenem odnosu do zdravstvenih delavcev, zaradi česar se veliko težje odločijo za zagovorništvo tujejezičnih uporabnikov. Obratno pa se pogosteje postavijo na stran zdravstvenih delavcev in zdravstvenih ustanov, s katerimi imajo sklenjene prekarne pogodbe, saj se morajo truditi, da bodo z njimi zadovoljni in jim bodo pogodbe pripravljene podaljšati. V teh primerih se lahko zgodi, da nekritično promovirajo biomedicinske koncepte in postopke, ki so v nasprotju s predstavami in praksami tujejezičnih uporabnikov.

Obstajajo pa tudi drugačni modeli organiziranja medkulturne medicije, ki dajejo medkulturnim mediatorjem več avtonomije, saj so financirani neodvisno od zdravstvenih ustanov, v katerih delujejo. Na področju, ki ga pokriva lokalna enota zdravstva Reggio Emilia, so na primer medkulturni mediatorji zaposleni v zadrugah, te pa se na nekaj let prijavljajo na razpise lokalne enote zdravstva, ki tako le posredno skrbi za izvajanje medkulturne medicije v zdravstvenih ustanovah v regiji, za katero je zadolžena (Pokorn idr. 2020: 28, 29). Taka ureditev nedvomno zagotavlja več varnosti, da lahko medkulturni mediatorji zavzemajo tudi zagovorniško vlogo, ne da bi se bali za svoje pogodbe, saj slednje niso sklenjene neposredno z njimi in tudi ne neposredno z zdravstvenimi ustanovami.

MED NAROČANJEM, PLAČEVANJEM IN UPRAVIČENOSTJO DO MEDKULTURNE MEDIACIJE

V zadnjem delu tega poglavja pa se bova posvetila nekaterim vprašanjem, ki so aktualna za trenutno in prihodnje vpeljevanje medkulturne medicije v Sloveniji. Kot sva pokazala, so zaposlitve medkulturnih mediatork različne, pri čemer bi jih lahko razvrstila na dve obliki: prva se nanaša na delo v programih, druga pa na delo, ki se obračunava kot storitev.⁵¹ Prvo obliko opazimo predvsem pri mediatorkah, ki so zaposlene v okviru nevladnih organizacij na področju integracije migrantov in beguncev. Njihovo delo bi definirala kot delo v programu, saj je ta namenjen določeni skupini ljudi ter ima vnaprej določene cilje, ki so

51. V nadaljevanju se opirava na razčlenitev storitev in programov ter nekatere druge razmisleke, ki jih predstavi Vito Flaker v poskusu taksonomije socialnega dela in varstva (Flaker 2015). To ne pomeni, da medkulturno medicijo razumeva kot del področja socialnega varstva, temveč iz navedene reference črpava konceptualno ogrodje za razmislek o nekaterih organizacijskih vidikih medkulturne medicije.

povezani z integracijo priseljencev v novo okolje. Za drugo obliko pa je značilno obračunavanje dela medkulturnih mediatorik kot storitve, ki jo nekdo naroči, pri tem pa obračuna vsako storitev posebej.

Četudi je po definiciji tisti, ki storitev naroča, tudi njen uporabnik (Flaker 2015: 130–132), velja pri medkulturni medicaciji drugače – uporabnika sta praviloma dva, torej zdravstveni delavec in tujejezični uporabnik zdravstva. Analogno bi lahko rekli, da morata obe strani imeti moč, da medkulturno medicacijo naročita. Tujejezični uporabniki imajo pravico, da jim je zdravstvena obravnava razumljiva, zdravstvene ustanove pa dolžnost, da to zagotovijo. Glede na to bi bilo smiselno vpeljati mehanizme, ki bi zagotovili, da imata obe strani moč naročanja medkulturne medicacije, če presodita, da jo potrebita.

Poleg naročanja je eden izmed ključnih vidikov storitev tudi njihovo plačevanje. Ugotovila sva, da kdaj prihaja do težav, ko naročnik sovpada tudi z vlogo plačnika. Povedano drugače, če so zdravstvene ustanove plačnice medkulturne medicacije, se lahko pojavijo težnje zategovanja pasu in nižanja stroškov za medkulturno medicacijo. V raziskavi sva ugotovila, da so plačniki večinoma javne ustanove, redkokdaj so zasebni (tujejezični uporabniki ali njihovi svojci), pogosto pa se dogaja, da plačnika ni, torej medkulturna medicacija (p)ostane zastoj opravljena storitev. Ponekod pa sva zasledila tudi kratkotrajne javno-zasebne ureditve. Zdravstvene ustanove so v določenih primerih namreč omejile plačevanje medkulturne mediatorke tako, da so bili uporabniki upravičeni le do določenega števila obravnav, pri katerih naj bi stroške medkulturne medicacije krila ustanova, za dodatne obravnave v prisotnosti medkulturne mediatorke pa bi pacienti morali plačati sami. (zapis z usposabljanja, 15. 4. 2020) Prepričana sva, da tako javno-zasebno financiranje lahko razumemo le kot oviro pri zagotavljanju pacientovih pravic.⁵²

Naročanje in plačevanje storitev medkulturne medicacije je, kot nakazuje že prejšnji primer, tesno povezano s pacientovimi pravicami do razumljive zdravstvene obravnave. Kot sva zapisala v uvodu monografije, *Zakon o pacientovih pravicah* jasno določa, da mora biti zdravstvena obravnava razumljiva za uporabnika zdravstva. Ker gre za pravico, lahko rečeva, da bi morala biti medkulturna medicacija v

52 Take odločitve zdravstvenih ustanov pa so pomenile tudi oviro za delo medkulturnih mediatorik. Zdravstvene ustanove so namreč ponekod določile tudi, da so do medkulturne medicacije upravičeni le tisti, ki v Sloveniji bivajo manj kot eno leto. Medkulturnim mediatorikam pa so naložile nalogo »vratarja«, torej nekoga, ki bo pazil na to, da ustanova medkulturne medicacije ne bo plačevala tistim, ki so domnevno »neupravičeni« do nje. Ta dodatna naloga je medkulturnim mediatorikam povzročila veliko stisko, v nekih primerih pa je tudi načela zaupanje pripadnikov tujejezične skupnosti do njih.

zdravstvu zagotovljena neposredno po pobudi zdravstvenega delavca ali uporabnika, pri čemer te pobude ne bi smel nihče ocenjevati kot upravičene ali ne, saj bi s tem ocenjevali, ali je nekdo upravičen do pravice, ki mu po zakonu pripada.

SKLEPI

Organizacijski vidiki vpeljevanja medkulturne mediacije v zdravstvo odločilno vplivajo na njeno izvajanje. Za učinkovito vpeljevanje medkulturne mediacije niso dovolj le ukrepi, ki dvigujejo kakovost medkulturne mediacije ter krepijo znanja in kompetence medkulturnih mediatorjev (na primer usposabljanja in supervizija medkulturnih mediatorjev). Čeprav so taki pristopi navadno prvi odziv na strokovne izzive v praksi, lahko reševanje teh izzivov le individualizirajo, saj rešitve iščejo v spreminjanju znanja in veščin posameznih medkulturnih mediatorjev. Problemi so, kot sva pokazala v tem poglavju, velikokrat širši, zato morajo to upoštevati tudi odzivi nanje, torej morajo odzivi odsevati kolektivni napor pri zagotavljanju kakovostnega vpeljevanja medkulturne mediacije.

Do organizacijskih težav prihaja že znotraj samih zdravstvenih ustanov. Čeprav obstajajo tudi druge, sva kot najpomembnejše izpostavila težave, ki izhajajo iz slabe informiranosti zdravstvenih delavcev za delo z medkulturnimi mediatorji. Zanimivo je, da iz najine raziskave izhaja, da medkulturne mediatorke v konkretnih primerih v praksi pogosto precej uspešno informirajo zdravstvene delavce o načinih, ki spodbudijo boljše medsebojno sodelovanje.

Do številnih organizacijskih težav prihaja tudi zaradi prekarnih zaposlitev, ki med medkulturnimi mediatorkami prevladujejo tako v zdravstvenih kot drugih ustanovah in organizacijah. Kot sva pokazala, prekarlost vpliva na negotove pogoje dela in nestalen dohodek medkulturnih mediatork kot tudi na nestalnost njihovega sodelovanja z različnimi ustanovami in tujejezičnimi uporabniki.

Kot zadnje sva podala premislek o naročanju, plačevanju in upravičenosti do medkulturne mediacije. Skleneva lahko, da v trenutni situaciji, ki jo zaznamujejo kratkotrajne in stihijske rešitve, prihaja do različnih načinov naročanja in plačevanja medkulturne mediacije. Izpostavila sva, da sta uporabnika medkulturne mediacije po definiciji dva – zdravstveni delavec in tujejezični uporabnik zdravstva –, zato bi se ta dvojnost morala zrcaliti tudi v moči naročanja medkulturne mediacije, torej v moči udejanjanja v zakonu zapisane pravice do vsem

razumljive zdravstvene obravnave. Plačevanje medkulturne medicije je posebno vprašanje, ki pa je povezano z naročanjem. Soočamo se z izzivom, kako ustvariti »varovalke« pred »zategovanjem pasu«, ki vodi v omejevanje obsega medkulturne medicije, kot se to lahko dogaja, če je naročnik tudi plačnik storitev. Nazadnje izpostavlja vprašanje upravičenosti do medkulturne medicije in opozarja, da jo je treba, skladno z *Zakonom o pacientovih pravicah*, razumeti široko, brez omejitev in pogojevanja.

Usposabljanja na področju medkulturne mediacije

V tem poglavju bova najprej na kratko predstavila programe usposabljanja medkulturnih mediatorjev v različnih evropskih državah. Nadalje bova predstavila in kritično ovrednotila usposabljanje za medkulturne mediatorke, ki smo ga izvajali na *NIJZ* v sodelovanju z *Oddelkom za etnologijo in kulturno antropologijo Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani*. Poglavje bova zaključila s krajšo sintezo ugotovitev iz literature na temo usposabljanj medkulturnih mediatorjev in usposabljanja, ki smo ga izvedli na *NIJZ*.

PREGLED USPOSABLJANJ MEDKULTURNIH MEDIATORJEV V TUJINI

Izhajala bova iz pregleda tuje znanstvene in strokovne literature, ki obravnava prakse usposabljanja na področju medkulturne medicije. Gradivo za analizo sva iskala v bazah znanstvenih del s ključnimi besedami »medkulturna medicija« in »usposabljanje« ter prevodi teh dveh ključnih gesel v angleščino, španščino, portugalsščino in italijanščino. Pri iskanju materiala za analizo sva bila pozorna tako na znanstveno kot strokovno literaturo, osredotočila pa sva se le na objave iz evropskih držav (z izjemo ene iz ZDA, ki pa sva jo vključila zaradi tematske podobnosti). Glede na to lahko rečeva, da pregled ni izčrpen. Ključno referenčno delo je zagotovo predstavljal pregledni članek o medkulturni mediciji v zdravstvu, ki ga je izdala *Svetovna zdravstvena organizacija* in je delno posvečen tudi pregledu usposabljanj (Verrept 2019).

Pri pregledu zbranega gradiva sva naletela na določene omejitve oziroma ovire. Polje medkulturne medicije in usposabljanj na tem področju se hitro razvija, strokovne in znanstvene reference pa so praviloma opisovale stanje v času, ko so nastajale, kar za marsikateri vir pomeni, da so informacije stare pet ali več let. Raziskovanje tujih programov usposabljanja je otežilo tudi dejstvo, da je javno dostopnih relativno malo opisov že izvedenih programov, prevladujejo pa predlogi usposabljanj. Nadalje je treba poudariti dejstvo, ki sva ga omenjala že v uvodu monografije, da je medkulturna medicija v evropskih državah in pokrajinah različno opredeljena in raznoliko vpeljana v javne ustanove. To se odlikava tudi na področju usposabljanja, zaradi česar je bila primerjava med njimi otežena.

V pregled usposabljanj v tujini vključujeva 12 strokovnih in znanstvenih objav. Od njih so le tri take, ki vsebujejo natančne informacije o programu usposabljanja (Jackson-Carrol, Graham in Carey-Jackson 1998; Anderson idr. 2002; TIME 2016), saj so avtorji obširneje navedli načrt celotnega usposabljanja ter ga tudi utemljili. Osnovne podatke o usposabljanju sva našla v referenci z Malte (Migrant Health Unit Malta 2010), ki pa ne vsebuje podrobnejših informacij o vsebini in izvedbi. Podrobnosti o usposabljanjih sva izluščila iz treh znanstvenih člankov (Verrept 2008; Tomassini 2012; Chiarenza 2020). Nadalje so bile povedne nacionalne smernice usposabljanja medkulturnih mediatorjev iz Italije (Consiglio Nazionale 2009). Različni dokumenti z izbori dobrih praks oziroma predlogov zanje (T-SHaRE 2012; EQUAL EP TransKom 2012; IOM 2017; WHO 2018) ter pregledni članek (Verrept 2019) pa so nama pomagali dobiti bolj celovit pregled stanja tovrstnih usposabljanj v Evropi.

Medkulturna mediacija se na splošno srečuje s težavo neumeščnosti v zdravstveni in druge sisteme javnih storitev. To se zrcali tudi v usposabljanjih, ki jih zaznamuje še večja prekarlost kot delo medkulturnih mediatorjev. Slednja se kaže tako v njihovem projektnem financiranju kot v sporadičnem in razpršenem pojavljanju, ki je v domeni množstva različnih pobud in organizacij (na primer v Švici usposabljanje izvaja 11 organizacij; glej EQUAL EP TransKom 2012: 12). Izjema so aktivnosti, ki jih lahko uvrščamo bolj v supervizijo kot v usposabljanja, a so, na primer, v Belgiji sistemsko zagotovljena, prisotnost na njih pa je obvezna za vse medkulturne mediatorje (Verrept 2008: 196, 197).

Tudi če na usposabljanja pogledava s perspektive, kdo jih izvaja, lahko opaziva precej heterogeno sliko. Usposabljanja pogosto izvaja tista ustanova, ki zaposluje medkulturne mediatorje, kar je praksa ponekod v ZDA (Jackson-Carrol, Graham in Carey-Jackson 1998) in v Belgiji (WHO 2018: 6). Redkeje ga organizirajo državni organi, ki medkulturnih mediatorjev ne zaposlujejo direktno – na Malti usposabljanje organizira oddelek primarnega zdravstva na ministrstvu za zdravje (Migrant Health Unit Malta 2010), ministrstvo za zdravje pa ima vodilno vlogo tudi v Kataloniji (glej IOM 2017: 36). Nasprotno pa v drugih državah državni organi pogosteje predlagajo smernice (Consiglio Nazionale 2009), usposabljanja pa izvajajo regionalne in lokalne oblasti (Tomasini 2012: 43). Opazne so tudi ureditve, kjer usposabljanje organizira in izvaja konzorcij različnih organizacij. Tako v Bolgariji obvezni modul usposabljanja izvaja skupina s fakultete za medicino v sodelovanju z *Nacionalno mrežo mediatorjev v zdravstvu*, neobvezni modul pa izvaja omenjena mreža v sodelovanju z različnimi nevladnimi organizacijami (IOM 2017: 15). Zanimivi so primeri, ko se je medkulturna mediacija uveljavila v specializiranih zdravstvenih ustanovah, nato pa se, vključno z usposabljanjem, razširila tudi na druge ustanove. Tak je primer v Franciji, kjer se je, zaradi razmaha etnopsihiatrije, medkulturna mediacija razvila in uveljavila predvsem na področju duševnega zdravja, zaradi česar so usposabljanja sistemsko vpeljali na tem področju, a jih ponujajo tudi ustanovam v drugih sektorjih zdravstva (T-SHaRE 2012: 198).

Velike razlike se kažejo tudi v stopnji obveznosti usposabljanja ter instituciji, ki ta usposabljanja zahteva od medkulturnih mediatorjev. Ponekod so usposabljanja obvezna za vse medkulturne mediatorje, saj tak pogoj postavi plačnik medkulturne mediacije. Drugod pa so obvezna le za določene medkulturne mediatorje. Tako je na primer v Belgiji, kjer so usposabljanja obvezna za tiste, ki nimajo magisterija ali veljavnega certifikata iz tolmačenja (IOM 2017: 8), medtem ko je za vse druge medkulturne mediatorje obvezna udeležba na superviziji dvakrat letno (WHO 2018: 7).

Usposabljanja se nadalje razlikujejo tudi v obsegu in časovni razporeditvi modulov. Če v Belgiji usposabljanje traja 72 ur (12 dni po 6 ur, enkrat letno; glej IOM 2017: 8) in na Slovaškem 88 ur (razporejenih čez celo leto; glej IOM 2017: 22), pa so drugod veliko daljša. V Švici na primer usposabljanje traja 248 ur (EQUAL EP TransKom 2012: 11, 12), v Kataloniji 345 ur (IOM 2017: 36), v Italiji pa od 300 do 600 ur (vključno s praktičnim delom; glej EQUAL EP TransKom 2012: 44; Tomassini 2012: 43) oziroma kar do 1200 ur (Chiarenza 2020: 205). Eno izmed daljših usposabljanj sva našla še v Španiji, kjer traja okoli 950 ur (Anderson idr. 2002: 129, 130). Pri nizanju teh podatkov velja poudariti, da reference, iz katerih črpava število ur posameznega usposabljanja, navadno ne govorijo o stanju v celotni državi, zato jih je treba razumeti kot primer prakse v enem delu države ali regije.

Ozriva se še na razmerje med teoretičnimi in praktičnimi vsebinami na usposabljanjih. Če izvzameva manjšino tistih, ki predvidevajo zgolj teoretične vsebine, za ostale večinoma velja, da obsegajo praktične oblike dela pomemben delež in so pogosto prisotne že na samem začetku usposabljanja. V primeru usposabljanja iz ZDA lahko ugotovimo, da snovalci usposabljanja priporočajo uravnoteženo razmerje med teorijo in prakso (50/50), saj je medkulturnim mediatorjem teoretične vsebine lažje integrirati preko izkušenj iz prakse. Velja dodati, da se pred odhodom na prakso nanjo pripravijo z igro vlog ter spremljanjem bolj izkušenih medkulturnih mediatorjev pri njihovem delu (Jackson-Carrol, Graham in Carey-Jackson 1998: 30). V Italiji nacionalne smernice priporočajo, da udeleženci minimalno eno tretjino vseh ur usposabljanja opravijo v praksi, kjer pišejo tudi poročila in refleksije (Consiglio Nazionale 2009).⁵³ Posebej zanimivo je usposabljanje v Reggio Emilii v Italiji, ki sestoji kar iz dveh tretjin praktičnega in ene tretjine teoretičnega usposabljanja – uvodnemu modulu v obsegu 40 ur takoj sledi preplet spremljanja dela izkušenejših medkulturnih mediatorjev v praksi in teoretičnih vsebin. Usposabljanje se konča s kar 800-urnim usposabljanjem v praksi, kjer udeleženec usposabljanja z mentorsko podporo že samostojno prevzema strokovne naloge (Chiarenza 2020: 205, 206).⁵⁴ V Nemčiji so usposabljanja sestavljena iz treh modulov, v vsakega pa je vključena praksa: v začetnem modulu

53 Za podoben primer iz Katalonije glej IOM (2017: 36), za podoben primer iz Španije pa Anderson idr. (2002: 129, 130).

54 Pri praktičnem delu medkulturni mediatorji uporabljajo številne metode in orodja, ki jim omogočajo analize teh praktičnih izkušenj. Izpolnjujejo namreč opomnik za opazovanje, pišejo dnevnik in na koncu vse to zberejo v osebнем portfoliju. Slednji je podlaga za skupinske supervizije ter končno kritično ovrednotenje praktičnega dela, ki ga medkulturni mediator sestavi skupaj s supervizorjem (glej Chiarenza 2020: 208).

je praksa namenjena spoznavanju različnih področij javnih storitev (na primer zdravstva, sociale, šolstva), med katerimi si udeleženec usposabljanja izbere enega, na katerem v naslednjih dveh modulih opravlja praktično delo ter ob tem reflektira svoje terenske izkušnje (EQUAL EP TransKom 2012: 50).

Naslednja značilnost večine usposabljanj je skrb za spremljanje dela oziroma supervizijo. Ponekod v ZDA supervizijo zagotavlja oseba zdravstvene ustanove, kjer so medkulturni mediatorji zaposleni, kar običajno pomeni redno podporo pri delu (Jackson-Carrol, Graham in Carey-Jackson 1998: 32). V Španiji je ta podpora že vključena kot del usposabljanja, ima pa obliko individualnega in skupinskega dela z medkulturnimi mediatorji (Anderson idr. 2002: 129, 130). Kot sva že omenila, je v Belgiji supervizija, na kateri poteka diskusija o najbolj kočljivih primerih iz prakse, obvezna dvakrat letno, zagotavlja pa jo plačnik storitev medkulturne medicije (WHO 2018: 7). Ob tem v Belgiji velja izpostaviti enega od organizatorjev usposabljanja, ki v program vključuje obvezno supervizijo, ki jo izvaja psiholog vsaka dva tedna (EQUAL EP TransKom 2012: 22).

Vsebine posameznih usposabljanj na tem mestu ne bova izčrpno predstavljala, temveč bova zgolj povzela oziroma poudarila ključne teme, ki se pojavljajo v večini pregledanih programov usposabljanja v drugih državah. Verrept (2019) je v že omenjenem preglednem članku ugotovil, da usposabljanja v glavnem vključujejo naslednje teme: vloga in naloge medkulturnega mediatorja; (medkulturne) komunikacijske veščine; antropološka refleksija zdravja, bolezni in zdravljenja; migracije; organizacija zdravstvenih in socialnih storitev; osnove medicinske terminologije; tolmačenje in etika (Verrept 2019: 14). Pregled drugih programov usposabljanja v veliki meri potrjuje navedene teme kot najbolj zastopane, vendar pa so v posameznih kurikulumih prisotne tudi različne zdravstvene vsebine, s katerimi udeleženci ne osvojijo zgolj terminov, temveč tudi znanje o določenem zdravstvenem področju. Iz pregleda dostopnih programov usposabljanja bi lahko sklepala, da v tem smislu prednjačijo anatomija, reproduktivno zdravje žensk, zdravje otrok, kronične bolezni, preventiva in prva pomoč (Jackson-Carrol, Graham in Carey-Jackson 1998; Migrant Health Unit Malta 2010; EQUAL EP TransKom 2012: 11, 12 in 55; IOM 2017: 15, 22 in 36). Poleg zdravstvenih tem nekateri kurikulumi vsebujejo predstavitev različnih zakonskih podlag, ki se nanašajo predvsem na področja zdravstva, migracij in sociale. Zanimivo pa je, da so manj zastopane nekatere teme, ki se zdijo za opravljanje medkulturne medicije precej ključne, na primer refleksija lastnih družbenokulturnih značilnosti in migrantske izkušnje medkulturnega mediatorja, timsko delo in skrb zase.

Poudariti še velja, da se omenjeni programi usposabljanja precej razlikujejo tudi glede na usmeritve vpeljevanja medkulturne medicije v posamezni državi ali regiji. Tako nekateri izpostavljajo vsebine, ki izhajajo iz dela na posameznem primeru (angl. *casework*), drugi se bolj posvečajo medkulturni mediciji kot posredovanju v konfliktnih situacijah, spet tretji pa medkulturni mediciji kot obliki skupnostnega dela.

Način izvedbe usposabljanj in njihove vsebine je vsekakor zanimivo brati vzporedno. Opaziti je, da se vsebine usposabljanj navadno stopenjsko dopolnjujejo, saj usposabljanja največkrat vključujejo več modulov, ki postopoma nadgrajujejo in poglobljajo vsebine ter s tem zagotavljajo kontinuiteto usposabljanja. Ponekod v ZDA namreč začetno usposabljanje dopolnjujejo z mesečnimi usposabljanji ob delu, kjer se posvečajo temam, kot so napredne tehnike tolmačenja, diskusijam o različnih temah (na primer zaupnost podatkov, medicinska terminologija), medkulturni mediatorji pa morajo v okviru usposabljanja sproti spremljati novosti o spremembah ureditev na področjih migracij, sistema socialnega varstva in podobnem (Jackson-Carrol, Graham in Carey-Jackson 1998: 31). V Bolgariji so poleg obveznega vpeljali nadaljevalni modul, ki je namenjen poglobitvi specifičnih tem, kot so spolno prenosljive bolezni, varna spolnost, obvezno cepljenje in drugo (IOM 2017: 15). Podobno usposabljanje in supervizijo kombinirajo v Kataloniji. Kot dodatne vsebine kontinuiranega (mesečnega) usposabljanja ponujajo med drugim duševno zdravje, reproduktivno zdravje žensk ter nasilje, vezano na spol. Temu dodajajo mesečna srečanja, kjer preko igre vlog in skupinske supervizije razčlenjujejo najbolj pereče teme in situacije, pri čemer spodbujajo samorefleksijo (IOM 2017: 37). Podobno ravnaajo tudi v Franciji, kjer teme kontinuiranega izobraževanja določijo medkulturni mediatorji sami, temu pa dodajajo tudi nacionalna srečanja medkulturnih mediatorjev petkrat letno, kjer imajo možnost izmenjati izkušnje iz prakse in snovati orodja, s katerimi bi dosegli svoje skupnosti, jih informirali o zdravstvenem sistemu v Franciji in tako širili dostopnost do teh storitev (IOM 2017: 47, 48).

ANALIZA USPOSABLJANJA NA NIJZ

Kot sva predstavila že v poglavju *Metodologija in kontekst raziskave*, smo usposabljanje začeli s prvim skupnim srečanjem vseh medkulturnih mediatork decembra 2018, končali pa smo ga avgusta

2020.⁵⁵ Ravno zaradi odsotnosti opisov programov usposabljanja v tuji literaturi se nama zdi toliko pomembneje v nadaljevanju natančno predstaviti vsebino in proces usposabljanja v Sloveniji. Skupno smo izvedli 15 srečanj. Usposabljanje sva koordinirala avtorica in avtor te monografije.

Poglavitni razlog za formiranje skupine medkulturnih mediatork je bil zagotavljanje podpore pri vpeljevanju njihovega dela v zdravstvene domove. Bili smo mnenja, da lahko strokovno podporo uspešneje zagotavljamo v okviru skupinskega dela. To podporo pa smo razumeli v smislu dveh vidikov, ki ju je zaradi njune dejanske prepletenosti največkrat težko (in morda tudi nesmiselno) ločiti.

Prvi vidik se nanaša na zagotavljanje strokovne podpore v smislu usposabljanja za izvajanje nalog medkulturne mediacije. Pri tem smo izhajali iz dejstva, da v času, ko smo pričeli z usposabljanjem, v Sloveniji ni obstajalo nobeno kontinuirano usposabljanje na področju medkulturne mediacije, še posebej pa ne tako, ki bi bilo vezano na zdravstvo. Čeprav so v preteklih letih nekatere nevladne organizacije (*IOM, Slovenska filantropija, Društvo Up*) organizirale nekajurna do nekajdnevna usposabljanja za medkulturne mediatorje, so bila vsa enkratna, brez kasnejših ponovitev.

Drugi vidik pa se nanaša na podporo pri organiziranju skupine, ki bi omogočala procese medsebojne (vrstniške) podpore.⁵⁶ Pri tem smo izhajali iz dejstva, da so bile skoraj vse medkulturne mediatorke med seboj nepovezane, hkrati pa jih je družilo veliko vsebinskih in organizacijskih vprašanj, dilem in težav, ki so bile povezane z njihovim vsakdanjim delom.

Usposabljanje je potekalo v prostorih *NIJZ* v Ljubljani, ki smo jih izbrali predvsem zaradi pragmatičnih razlogov, saj so pomenili stično točko za medkulturne mediatorke, ki so prihajale z različnih koncev Slovenije.⁵⁷ Čeprav so srečanja sprva potekala manj kot enkrat mesečno, smo jih začeli na pobudo udeleženk organizirati enkrat na mesec, pri čemer smo se za datume srečanj sproti usklajevali

55 Od tu dalje uporabljava množino v primerih, ko se navezujeva na skupno delo pri razvoju in izvedbi usposabljanja.

56 Na marsikaterem področju se je vrstniška podpora pojavila kot oblika podpore, ki se ne zanaša na znanje različnih strokovnjakov, ki se poklicno ukvarjajo s podporo in pomočjo ljudem. Namesto tega se zanaša na podporo, ki si jo zagotavljajo »strokovnjaki iz lastne izkušnje«, torej ljudje, ki jih družijo izkušnje, zaradi katerih pridejo v take sisteme pomoči. Za primer na področju duševnega zdravlja glej *The Icarus project* (2015).

57 Prostorji so se izkazali za ustrezne tudi zato, ker so omogočali večjo participativnost udeleženk (na primer s postavitvijo stolov v krogu) ter manj formalno naravo srečanj (na primer z možnostjo uporabe čajne kuhinje, kjer smo za udeleženke pripravljali kavo ali čaj).

z udeleženkami.⁵⁸ Odločili smo se za triurna srečanja, ki so potekala v popoldanskem času.

Udeleženke

Na posamezno srečanje usposabljanja je prišlo največ 15 in najmanj 7, v povprečju pa 10 medkulturnih mediatorok. Udeležba na srečanjih ni bila obvezna, v projektu pa tudi ni bilo sredstev, ki bi bila specifično namenjena njihovim stroškom za udeležbo na usposabljanju. Le redkokateri udeleženki so delodajalci udeležbo upoštevali kot opravljene ure dela, večina jih je zato na usposabljanje prihajala v prostem času in tudi na lastne stroške. Po vsakem srečanju so udeleženke dobile uradno potrdilo o udeležbi, ki so nekaterim služila kot osnova za priznavanje stroškov poti ter ur, spet drugim pa kot strokovna referenca. Poleg medkulturnih mediatorok smo na srečanja vabili tudi nekatere sodelavce *NIJZ*, ki so bili tako ali drugače povezani s temo medkulturne medicije. Zaposlovalcev in drugih zainteresiranih praviloma nismo vabili, saj smo usposabljanje razumeli kot prostor, kjer mora biti zagotovljena kar velika mera varnosti in medsebojnega zaupanja.

Udeleženke usposabljanja so bile medkulturne mediatorke, ki so imele pogodbe z različnimi zdravstvenimi domovi v okviru projekta *Krepitev zdravja za vse*. Na njihovo pobudo smo na usposabljanje kasneje povabili tudi medkulturne mediatorke, ki so opravljale podobno delo v drugih zdravstvenih in ostalih ustanovah. Ob koncu leta 2019 smo na srečanja vabili 10 udeleženk, ki so sodelovale v okviru projekta *Krepitev zdravja za vse*, in podobno število tistih, ki v ta projekt niso bile vključene. Fleksibilnost kriterijev vključitve v skupino smo z organizacijske plati razumeli kot nujo, iniciativo obstoječih udeleženk pri vabljenju novih članic pa kot potrditev, da je med medkulturnimi mediatorkami potreba po usposabljanju relevantna širše od omenjenega projekta ter da take aktivnosti v Sloveniji za medkulturne mediatorke manjka. Idejo odprtega in fleksibilnega števila in nabora udeleženk je bilo treba, kot vsa druga načela skupine, obnavljati in negovati, kar se je pokazalo ob menjavah delovnega mesta ali prekinitvi pogodbe posameznih medkulturnih mediatorok.⁵⁹

Skupino udeleženk razumeva hkrati kot homogeno in heterogeno. Na eni strani je udeleženke družilo dejstvo, da so bile vse v vlogi

58 Vnaprej določeni datumi srečanj se niso izkazali za smiselne, saj smo se želeli prilagoditi različnim in zelo nestanovitnim urnikom dela medkulturnih mediatorok.

59 V takih situacijah so se udeleženke pogosto spraševale, ali lahko nadaljujejo z obiskovanjem skupine.

medkulturnih mediatork. To je največkrat pomenilo, da so se jim med delom porajala podobna vprašanja glede njihovega profila, nalog in organizacije dela, ki smo jih na usposabljanju skušali sproti naslavljati, hkrati pa so se pojavljala tudi vprašanja, ki so jih lahko reševale z vrstniško podporo. Na drugi strani pa se je heterogenost udeleženk kazala v različnih področjih dela (zdravstvo, šolstvo, sociala, zaposlovanje), organizaciji njihovega dela ter delovnih izkušnjah.

Opis vsebine

Srečanja so bila vedno razdeljena na dva dela, pri čemer je bil prvi del praviloma namenjen izobraževanju o določeni temi, drugi pa je pomenil bodisi nadaljnje poglobljanje teme v obliki delavnice bodisi odpiranje nove teme preko skupinske diskusije ali delavnice. Poglavitna namena srečanj – zagotavljanje usposabljanja in spodbujanje vrstniške podpore – sta se mestoma udeleževala vsak v enem delu srečanja, običajno pa sta predstavljala sočasna in neločljiva procesa. Vsebino srečanj shematično predstavlja v Preglednici 1 in podrobneje opisujeva v nadaljevanju.

Preglednica 1: Vsebina srečanj na usposabljanju medkulturnih mediatork na NIJZ

Zaporedna številka	Termin	Tema
1	5. 12. 2018	– Medsebojno spoznavanje in izdelava zemljevida relevantnih tem usposabljanja
2	6. 2. 2019	– Izbrane teme s področja tolmačenja
3	18. 3. 2019	– Kulturni vidiki zdravja, bolezni in zdravljenja
4	8. 5. 2019	– Profesionalna etika v kontekstu standardov medkulturne mediacije
5	10. 6. 2019	– Nacionalna poklicna kvalifikacija za medkulturnega mediatorja – Jezikovno posredovanje v kontekstu standardov medkulturne mediacije
6	10. 9. 2019	– Jezikovno posredovanje v kontekstu standardov medkulturne mediacije
7	1. 10. 2019	– Izgorevanje na delu ter skrb zase – Snovanje koordinativne skupine
8	5. 11. 2019	– Komplementarne in alternativne medicine – Naloge podpore v kontekstu standardov medkulturne mediacije

Zaporedna številka	Termin	Tema
9	3. 12. 2019	– Pacientove pravice in medkulturna mediacija
10	13. 1. 2020	– Duševno zdravje in medkulturna mediacija – Vloga medkulturne mediatorke v skupnosti
11	3. 2. 2020	– Zemljevid potreb medkulturnih mediatork po organizacijski podpori pri njihovem delu
12	4. 3. 2020	– Ginekologija, porodništvo in medkulturna mediacija
13	15. 4. 2020	– Družinska medicina in medkulturna mediacija
14	4. 6. 2020	– Medkulturna mediacija in podpora migrantom v času koronavirusa
15	24. 8. 2020	– Predstavitev medkulturne mediacije v zdravstvu v Reggio Emilii

Usposabljanje smo začeli z uvodnim srečanjem, katerega namen sta bila vzajemno seznanjanje in soočanje pričakovanj in potreb različnih udeležencev. Skupaj smo izbrali teme, ki so jih medkulturne mediatorke razumele kot relevantne za svoje delo, in se jim v kasnejših izvedbah izobraževanja skušali čim bolj posvetiti. Vsebina prvega srečanja so bile osnove tolmačenja, kar je bilo medkulturnim mediatorkam ključnega pomena, saj nobena izmed njih ni bila deležna izobraževanja na to temo, hkrati pa je bilo tolmačenje sestavni del njihovih vsakdajšnjih nalog. Izbrane teme je predstavila raziskovalka in predavateljica s tega področja, predstavitvi pa je sledila diskusija, v kateri so medkulturne mediatorke predstavljale svoje primere iz prakse in predavateljici zastavljale vprašanja.

Nadaljevali smo s srečanjem, na katerem smo se posvetili kulturnim vidikom zdravja, bolezni in zdravljenja. Srečanje sem izvedla soavtorica te monografije, predstavitvi pa je ponovno sledila diskusija o izkušnjah iz prakse, skozi katero so udeleženske razmišljale o pomenu kulture v zdravstvenih ustanovah ter, širše, v svojem okolju. Poleg tega smo organizirali delavnico z identifikacijo nalog, znanj in veščin medkulturnih mediatork v praksi, saj smo želeli skupaj z njimi razčleniti raznovrstne naloge, ki jih opravljajo medkulturne mediatorke.

Glede na to, da omenjena razčlenitev nalog ni zadoščala, saj je nudila predvsem popis nalog, ne pa tudi smernic za njihovo izvajanje,

smo, kot sva že omenila, v slovenščino prevedli *Standarde medkulturne medicije v zdravstvu* (Verrept in Coune 2020), ki so nastali na podlagi izkušenj medkulturnih mediatorjev v Belgiji (glej Verrept in Coune 2016, 2017). Na nekaj naslednjih srečanjih smo se na osnovi prevoda teh standardov ukvarjali z nekaterimi ključnimi temami medkulturne medicije, kar je imelo vsaj dvojni učinek: skupina se je lahko na usposabljanju seznanjala s *Standardi* in reflektirala uporabnost smernic v njihovi praksi.

Na četrtem srečanju smo tako obravnavali standarde o strokovni etiki. Peto srečanje smo posvetili standardom o tolmačenju, temu pa smo dodali tudi predstavitev nacionalne poklicne kvalifikacije o medkulturni mediciji, ki je bila takrat v fazi priprave na *Centru za poklicno izobraževanje*.

Sedmo srečanje smo namenili delavnici o izgorevanju na delu ter skrbi zase. Tem temam smo se posvetili zaradi primerov, ki so kazali na težavo z izgorelostjo zaradi kompleksnih pričakovanj zaposlovalcev in uporabnikov medkulturne medicije, obenem pa smo o skrbi zase govorili zaradi prekarne pogojev zaposlovanja, o katerih so poročale številne medkulturne mediatorke. Sledila je dodatna delavnica, posvečena razmisleku o snovanju koordinativne skupine medkulturnih mediatork, ki bi delovala kot njihova platforma za ugotavljanje in doseganje skupnih ciljev.

Naslednje srečanje smo posvetili delavnici o komplementarnih in alternativnih medicinah, saj smo želeli povečati poznavanje in občutljivost medkulturnih mediatork za najrazličnejše prakse, ki jih ljudje uporabljajo za zdravljenje. Na delavnici se je odprlo tudi vprašanje medikalizacije ter lojalnosti medkulturnih mediatork do zdravstvenih delavcev na eni strani in etničnih manjšin na drugi. Delavnico smo dopolnili z razčlenitvijo nalog medkulturne medicije, ki spadajo v okvir podpore.

Na deveto izvedbo usposabljanja smo povabili eno izmed zastopnic pacientovih pravic, ki je predstavila svojo vlogo, organiziranost zastopnika pacientovih pravic ter pripadajoče pristojnosti. To srečanje smo posvetili tudi analizi srečanj v takrat iztekajočem se letu in načrtovanju novih vsebin usposabljanja v letu 2020.

Deseto srečanje je bilo namenjeno predstavitvi najrazličnejših tem na področju duševnega zdravja ter sledeči diskusiji. Izpostaviti gre subjektivne izkušnje težav v duševnem zdravju, travme in duševno zdravje ter spoznavanje mreže služb na področju duševnega zdravja.

Enajsto srečanje je bilo zaznamovano z iskanjem korakov v smeri krepitve moči skupine medkulturnih mediatork, da bi se lahko boljše medsebojno podpirale tudi izven organiziranih srečanj. Medkulturne mediatorke so v skupni diskusiji razmišljale o aktivnostih, ki bi

jih lahko izvedle kot avtonomna skupina strokovnjakinj. Vsebino tega srečanja je spodbudilo predvsem zavedanje, da se projekt, v okviru katerega smo izvajali izobraževanje, postopoma končuje, zaradi česar je treba v prihodnje zagotoviti kontinuiteto skupinskega dela.

Sledili sta srečanja, na katerih smo se osredotočili na dve področji zdravstva, s katerima imajo medkulturne mediatorke običajno največ stika: ginekologija in porodništvo na eni strani ter družinska medicina na drugi. Na obeh srečanjih sta zdravnici teh medicinskih specializacij predstavili svoje delo, najpogostejše nesporazume in potrebe tako zdravstvenih delavcev kot tujejezičnih uporabnic pri dostopu do teh specialističnih storitev. Delavnici, ki sta sledili predstavitvi, sta bili namenjeni predvsem strokovni terminologiji ter tolmačenju ključnih medicinskih izrazov na obeh področjih.

Štirinajsto srečanje smo namenili aktualni tematiki, epidemiji koronavirusa. Zanimalo nas je, kako so tujejezični uporabniki zdravstvenega sistema informirani glede epidemije, kako uporabljajo zdravstvene službe, kakšne so potrebe tako izvajalcev kot uporabnikov zdravstva v času epidemije ter kako lahko medkulturne mediatorke prispevajo k premoščanju ovir najbolj ranljivih posameznikov v dostopu do zdravstva.

Na zaključnem, petnajstem srečanju smo gostili medkulturnega mediatorja in koordinatorko medkulturnih mediatorjev iz Italije, ki sta nam predstavila lastne izkušnje z medkulturno mediacijo ter delovanje in organiziranost medkulturne mediacije v zdravstvenih ustanovah italijanske province Reggio Emilia. Glede na to, da je bilo to tudi zadnje srečanje v okviru projekta, smo začrtali delo v prihodnje in proslavili dosežke skupnega dela.

Kot sva že omenila, smo skupinsko delo zastavili s ciljem zagotavljanja strokovne podpore medkulturnim mediatorkam in hkrati s ciljem oblikovanja skupine, ki bi omogočala procese medsebojne (vrstniške) podpore. Ta dva procesa sta tekla vzporedno in sta se običajno tudi prekrivala. To pa sta bila tudi cilja, ki sva ju sprva definirala predvsem začetna iniciatorja in povezovalca delovanja skupine (avtorica in avtor monografije). Na podlagi tako opredeljenih ciljev so potekala srečanja usposabljanja, zato lahko tem ciljem rečemo deklarirani⁶⁰ cilji skupinskega dela. Dejanske želje skupine so se nemalokrat prekrivale z zgoraj navedenimi deklariranimi željami obstoja skupine, morda zato, ker smo skupino osnovali delno na podlagi znanja, ki smo ga že imeli o tem, s čim se soočajo medkulturne mediatorke

60 Pri skupinskem delu in navsezadnje pri izbiranju besed in pisanju tega besedila nama je bila v pomoč publikacija *Skupinska dinamika v skupnosti* (glej Randall in Southgate 1988).

v vsakdanjem delu. Vendar pa so se dejanske želje skupine velikokrat pokazale tudi v druženju, kar se je kazalo v skupnem zadrževanju po srečanjih ali ob podaljšanih premorih med posameznim srečanjem. Prav ti premori so se izkazali kot izjemno pomembni za dodatno izmenjavo izkušenj in hkrati tudi za negovanje odnosov v skupini, zato jih upravičeno štejemo kot pomemben del usposabljanja. Osebnostne motivacije članic skupine lahko povečini le predpostavljamo, vendar pa vsa opazila veliko potrebo nekaterih članic glede poenotenja urne postavke, željo po osnovanju koordinativne skupine, ki bi zagotovila kolektivno platformo pri doseganju skupinskih ciljev, in podobno. Navedenih želja ali potreb nismo uspeli ali mogli nasloviti v taki meri kot deklariranih.

Vloge sodelujočih na usposabljanju

V nadaljevanju bova orisala in analizirala razporeditev vlog v skupini, ki se je udeleževala usposabljanja, ter skušala oblikovati nekatere sklepe o tem, kaj to pove o načinih oziroma procesih dela.

V vodstvenem smislu so bila pričakovanja sodelujočih precej enotna – največ se je pričakovalo od avtorja in avtorice te monografije, saj sta nama vodstveno vlogo pripisala že najina institucionalna umeščenost in formalni mandat, da koordinirava usposabljanje. Obratno pa ne velja za udeleženke, saj so bile njihove vloge manj jasno opredeljene, kot se zdi na prvi pogled. V realnosti so marsikdaj presegle vlogo, ki bi jo lahko prevzele glede na splošna pričakovanja, ki jih imamo od udeležencev usposabljanja – to je, da so le »prejemnice« programa. Medkulturne mediatorke smo namreč pri načrtovanju in izvedbi usposabljanja dojemali kot »strokovnjakinje iz lastne izkušnje«. Ta termin se pogosto uporablja v socialnem delu, socialni pedagogiki in na sorodnih področjih, zanj pa se kot sopomenka uporablja tudi izraz prvoosebni strokovnjak. Ta dva termina poudarjata relevantnost in upravičenost posameznikove lastne izkušnje in pogosto nastopata v opoziciji do strokovnjaka po poklicu oziroma poklicnega strokovnjaka, ki svojo strokovnost črpa iz izobrazbe, ki jo je pridobil za opravljanje določenega dela. Prvoosebnega strokovnjaka torej njegova lastna izkušnja ne diskvalificira, temveč ga ravno vzpostavlja kot subjekt, ki lahko to izkušnjo produktivno uporabi v svojem delu (The Icarus project 2015).

Ko medkulturne mediatorke razumemo kot strokovnjakinje iz lastne izkušnje, ima to vsaj dva pomena. Prvič, udeleženke usposabljanja so imele bodisi lastno izkušnjo migracije bodisi so bile del tujejezične skupnosti, in ravno ta vidik njihovih izkušenj smo želeli podpreti

in graditi na njem. Drugič, nekatere udeleženske so imele dolgoletne izkušnje, druge pa kratkotrajno izkušnjo dela na področju medkulturne mediacije, zato smo jih dojemali kot strokovnjakinje, naše usposabljanje pa kot dopolnilo njihovih izkušenj iz prakse.

Čeprav medkulturne mediatorke na usposabljanju niso imele vloge predavateljic, so vlogo prvoosebni strokovnjakinj zavzemale v procesih vzajemne podpore. Slednja je bila predvsem strokovne narave, saj so izmenjevale izkušnje pri strokovnem delu v praksi, hkrati pa je imela vrstniška podpora tudi domet osebne podpore, saj so se udeleženske medsebojno podpirale tudi glede tem, ki so bile povezane z osebnimi vprašanji ob njihovem delu. V procesih vzajemne podpore sva se formalna koordinatorja usposabljanja manj izpostavljala in svojo vlogo videla predvsem v zagotavljanju odprtega in varnega prostora za soobstoj različnih perspektiv, prepričanj in izkušenj.

Aktivnejše vloge pa udeleženske usposabljanja niso zavzemale le v procesih vrstniške podpore, temveč tudi pri organizacijskih in vsebinskih vidikih usposabljanja, saj so nanj aktivno vabile nove udeleženske, obstoječe udeleženske pozivale k aktivnejšemu sodelovanju ter predlagale nove teme srečanj.

»Skupna pisarna« oziroma dosežki skupinskega dela

V tem delu podrobneje predstaviva nekatere najbolj izstopajoče procese, ki smo jih opazili na usposabljanju, s tem pa tudi opozoriva na glavne dosežke, ki jih je imelo usposabljanje za slovenski prostor ter za medkulturne mediatorke kot skupino. Namenoma govoriva o dosežkih, saj želiva s tem poudariti tvornost usposabljanja – skupina medkulturnih mediatork se torej ni zgolj srečevala, pasivno poslušala vsebine, temveč »delala«, rezultate tega dela pa v nadaljevanju podrobneje predstavljava.

Produkte skupinskega dela medkulturnih mediatork lahko razdeliva na produkte usposabljanja in produkte vrstniške podpore. Med prve lahko prištevava usvojene veščine in znanje o temah usposabljanja, ki ga nismo posebej »merili«, hkrati pa je imelo usposabljanje tudi materialne rezultate. Na koncu enoletnega usposabljanja smo dokončali pregled že omenjenih *Standardov medkulturne mediacije v zdravstvu*. Prevod smo skupaj pregledali na srečanjih in komentirali njihovo ustreznost za slovenski prostor. Poleg omenjenega dela smo napisali še kar nekaj krajših besedil (popis nalog, smernice za zdravstvene ustanove in podobno), ki so bila namenjena interni rabi v skupini ali projektu, so pa imela formativne učinke za udeleženske, saj so v njih zastopale strokovna stališča v povezavi z določenimi tematikami.

Produktov vrstniške podpore je več. Najprej lahko kot produkt razumeva že sam proces vrstniške podpore. Skupina medkulturnih mediatorok namreč pred projektom ni obstajala, zato se je kot produktivna izkazala že sama vzpostavitev skupine. Skupek medkulturnih mediatorok torej ni pomenil nujno že dejstva, da so tvorile skupino, zato smo veliko truda vložili v negovanje odnosov med udeleženkami. To, da smo uspeli ustvariti skupino, smo lahko opazili predvsem takrat, ko je vanjo prišel kdo na novo (in, na primer, ni razumel določenih izrazov, ki smo jih skupaj že usvojili na preteklih srečanjih), in takrat, ko so udeleženke v skupini delile zelo osebne informacije ter s tem pokazale na visoko mero zaupanja v skupino. Na srečanjih smo vzpostavili navado sedenja v krogu, ki se je odlikavala tudi v krožnosti procesov: velikokrat smo srečanja začeli z uvodnim krogom, kjer se je vsak predstavil in skupini sporočil novosti svojih strokovnih izkušenj v praksi. Ritual uvodnega kroga se je izkazal kot še posebej pomemben za nove članice skupine, saj jih je sprejel v skupino, hkrati pa je dodatno utrdil in povezal že obstoječo skupino.

Uvodni krogi so pomenili odprt prostor, v katerem je vsakdo lahko sporočil zanj v tistem trenutku ključne stvari, zato so se mestoma raztegnili na do uro in pol dolge diskusije. To se je zgodilo takrat, ko so ena ali več udeleženk doživljale zanje nadpovprečne obremenitve pri delu ali pa so se srečevale s težavami, o katerih so želele govoriti z drugimi. Čeprav je take pogovore omogočila načrtna vnaprejšnja nestrukturiranost uvodnih krogov, pa smo kdaj potrebovali več strukture in se posledično usmerili v bolj organizirano obravnavo določene teme. Zaključiva lahko, da je bila za omogočanje procesov vzajemne podpore ključna fleksibilnost pri izvedbi usposabljanja, s katero smo dovolili tako odprt prostor za nestrukturiran skupinski pogovor kot tudi bolj strukturirano skupinsko delo, ki je bilo osredotočeno na vnaprej zastavljene teme.

Če bi procese, opisane v zgornjem odstavku, najbolje definirali kot vrstniško podporo, lahko temu dodamo tudi strokovni vidik te podpore, kot proces izmenjave strokovnih izkušenj ob delu, ki se je zgoščeval predvsem ob skupnem pregledu *Standardov*. Ta vrsta vrstniške podpore je bila ključnega pomena, saj se je skupina, ob odsotnosti smernic za delo na področju medkulturne mediacije v slovenščini, lahko zanesla le na strokovne izkušnje svojih članic. Ko smo na usposabljanju uporabili *Standarde*, smo komentirali vsak posamezen stavek ter udeleženke spodbujali, da prebrano povežejo z izkušnjami iz lastne prakse ter ovrednotijo njegovo uporabnost in relevantnost. Ta strokovna plat vrstniške podpore pa ni bila omejena le na skupne

preglede *Standardov*, temveč se je lahko vršila tudi ob zgoraj opisanih nestrukturiranih debatah.⁶¹

Srečanja skupine medkulturnih mediatork so imela tudi povsem pragmatične rezultate. Lahko bi rekli, da so slednja zanje pomenila kar nekakšno »skupno pisarno«. Pomenila so skupni prostor, ki je poleg medsebojne pomoči pri delu zagotovil tudi možnost delovnega sodelovanja. Udeleženske so si po potrebi izmenjevale ključne kontakte, ki bi v določeni situaciji lahko pomagali pri reševanju težav na terenu, iskale so medkulturno mediatorko, ki bi lahko namesto njih vskočila ob določenem terminu, ter se medsebojno informirale v primeru, če so začele sodelovati s kakšno novo ustanovo, da bi kolegice lahko tja nاپotile tudi druge uporabnike. Virtualni podaljšek »skupne pisarne« je skupina, ki so jo medkulturne mediatorke osnovale na družbenem omrežju. Tako se večina omenjenih procesov, ki so se odvijali v živo, nadaljuje tudi izven fizičnih srečanj skupine.

»Skupno pisarno« lahko razumeva tudi širše. Usposabljanje je imelo funkcijo informiranja v več različnih smereh. Poleg širjenja množstva informacij med samimi medkulturnimi mediatorkami, ki sva ga že omenjala, je treba opozoriti tudi na to, da smo na srečanjih lahko delili novosti na področju medkulturne mediacije v Sloveniji in tujini. Tako smo si izmenjevali uporabne povezave do dokumentov, s katerimi smo prišli v stik, ali gradiv, ki so jih prevedle medkulturne mediatorke same, si sporočali novosti o projektih in mednarodnih stikih, ki jih je imel kdo iz skupine, ter se seznanjali s procesom sprejemanja nacionalne poklicne kvalifikacije za medkulturno mediacijo. Vendar informiranje ni bilo enostransko – srečanja so bila večkrat informativna tudi za naše zunanje goste v vlogi predavateljev. Slednji so bili največkrat pomanjkljivo seznanjeni s profilom medkulturne mediacije, še posebej v zdravstvu, zato je bilo usposabljanje dobra priložnost za informiranje strokovnjakov o profilu in nalogah medkulturnih mediatorjev.

Vseeno je moč opaziti, da smo na srečanjih ostali predvsem na ravni reprezentacij. Kot modaliteta dela je namreč prevladoval pogovor⁶², zelo redko pa smo posegli po drugih metodah (na primer po igri vlog). Večkrat se je na usposabljanju pojavila kopica tem, ki je družila

61 Poleg vrstniške podpore smo poskrbeli tudi za individualno podporo medkulturnim mediatorkam, ki jo je izvajal predvsem soavtor te monografije. Z individualno podporo razumeva zlasti bolj ali manj redne telefonske stike z medkulturnimi mediatorkami, redkeje pa še individualne razgovore pred ali po srečanjih usposabljanja.

62 Dodatno sva opazila, da so medkulturne mediatorke veliko bolj domače v pogovoru kot v branju oziroma v kontaktnem delu. Zato smo morali večino dela opraviti v živo in ne kako drugače, na primer s študijem literature ali podobnim.

vse medkulturne mediatorke, kot na primer njihova sorazmerno nizka pogodbeno moč pri dogovarjanju z delodajalci, nesistematizacija njihovega profila in delovnega mesta, njihova administrativna preobremenjenost oziroma razpetost med birokratskim in vsebinskim delom. Ob pogovoru o teh temah je skupina čutila neko nujo po spremembah, zato lahko rečemo, da je takrat skupina dobila akcijski potencial, ki pa ga ni uspela zadržati in razviti v novo, neodvisno skupino (njen institucionalni okvir pa te vrste akcijskosti ni mogel podpreti⁶³). Na enem srečanju se je sicer oblikovala neformalna *Koordinativna skupina za medkulturno mediacijo*, ki pa (še) ni zaživela s kakšno večjo iniciativo.

SKLEPI

V tem sklepnem delu želiva podati krajšo primerjavo našega usposabljanja s primeri iz tujine ter se ozreti na prednosti in pomanjkljivosti opravljenega dela. Opisano usposabljanje lahko označiva kot uvajalno. Njegova odlika in hkrati slabost je bila, da smo ga oblikovali v skladu s potrebami medkulturnih mediatork. Odlika takega pristopa je bila v tem, da je predstavljalo izjemo, saj je redkokatero usposabljanje »ukrojeno po meri« udeležencev. V tem smislu tudi tuji kurikuli redkokdaj izrecno izpostavijo, da so program sooblikovali skupaj z medkulturnimi mediatorji kot ciljno skupino usposabljanj. Hkrati pa to odzivnost na potrebe udeleženk lahko razumeva tudi kot šibkost, saj je bilo usposabljanje tako oblikovano pretežno reaktivno in ne proaktivno v smislu, da bi pokrili spekter tem, ki bi jih lahko določili kot neke vrste minimalni standard.

Po obsegu je bilo naše usposabljanje neprimerljivo krajše kot drugeje po Evropi, saj smo izvedli petnajst triurnih srečanj, torej skupno

63 *NIJZ* je strokovno podporo zagotavljal tako medkulturnim mediatorkam kot zdravstvenim domovom. Podporo zdravstvenim domovom je *NIJZ* zagotavljal ob različnih priložnostih – na usposabljanjih o kulturnih kompetencah za zdravstvene delavce, sestankih z zdravstvenimi domovi in sestankih lokalnih skupin za krepitev zdravja. Opaziti je, da je bila ta podpora mestoma sicer intenzivna, a ne tako sistematična, kot je bilo to v primeru dela z medkulturnimi mediatorkami. Poleg tega se zdi, da izvirna sinteza podpore medkulturnim mediatorkam na eni in zdravstvenim ustanovam ter delavcem na drugi strani ni uspela – procesa sta delovala precej ločeno, posledično pa so srečanja z medkulturnimi mediatorkami ostala na ravni reprezentacij in niso imela dometa spreminjanja konkretnih delovnih pogojev in načinov dela v praksi. To bi bilo mogoče le, če bi povezovali delo tako z medkulturnimi mediatorkami kot zdravstvenimi delavci. Ta manko torej razumemo kot neželen učinek »skupne pisarne« – skupna je bila medkulturnim mediatorkam, nismo pa uspeli vzpostaviti prostora, ki bi bil skupen medkulturnim mediatorkam in zdravstvenim delavcem.

45 ur, v tujini pa večina usposabljanj traja od 70 ur dalje. Razporeditev ur je bila v celotnem času usposabljanja relativno enakomerna (torej se usposabljanje ni zgostilo v, na primer, nekaj dni trajajoče intenzivne seminarje). Podobno kontinuiranost usposabljanj sva opazila tudi v večini evropskih programov, ki pa ponekod vseeno vključujejo bolj strnjen program (na primer enotedenski blok usposabljanja).

Tuji moduli poudarjajo preplet teoretičnih vsebin z usposabljanjem med prakso. Glede na to, da smo sodelovali predvsem z medkulturnimi mediatorkami, ki že delajo, smo prakso lahko vključevali preko refleksije dela. Predvsem zaradi potreb medkulturnih mediatork smo v usposabljanje izdatno vključili to, kar v tujini imenujejo supervizijska srečanja (torej analize primerov iz prakse), katerih cilj je ustvariti skupno znanje za ravnanje ob podobnih primerih v prihodnje (glej Verrept 2008: 197).

V skromnem številu ur usposabljanja v Sloveniji seveda nismo uspeli pokriti vseh tem, ki bi si jih želeli in jih pokriva večina evropskih programov. Glede na to, da se to področje v Sloveniji razvija z večjim časovnim zamikom, je še veliko možnosti za nadaljnji razvoj usposabljanja ne le po vsebinski, temveč tudi po organizacijski plati. Zgledov iz tujine in lastnih idej za nadaljnji razvoj pa ne manjka.

Sklepne misli

V tem zaključnem poglavju na kratko izpostaviva nekatere teme, ki jih razumeva kot pomembne za nadaljnje vpeljevanje in raziskovanje medkulturne mediacije v zdravstvu v Sloveniji. Na naslednjih straneh tako najprej poudariva, da je medkulturno mediacijo treba razumeti kot način zagotavljanja enakosti v dostopu do zdravstva za tujejezične uporabnike ter pri tem povzameva ključne vidike modela lestve, ki razčleni naloge medkulturne mediacije v zdravstvu. Nadalje tematizirava vlogo mostu, pri čemer opozoriva na pomen, ki ga ima za medkulturno mediacijo vidik moči v kontekstu zdravstvene obravnave in premoščanja kulturnih ovir. Nazadnje se ozreva na priložnosti za raziskovanje medkulturne mediacije v prihodnosti.

Kot sva pokazala v začetnih poglavjih monografije, se pri vpeljevanju medkulturne mediacije v javne ustanove pojavlja več razumevanj in praks, najbolj zastopani pa sta pojmovanji medkulturne mediacije kot načina reševanja medkulturnih sporov na eni strani ter samostojnega poklica na drugi. To drugo pojmovanje v tujini pogosto uporabljajo tisti, ki medkulturno mediacijo vidijo kot način premoščanja jezikovnih in kulturnih ovir pri dostopanju tujejezičnih uporabnikov do javnih ustanov. Prav drugega pojmovanja smo se držali pri vpeljevanju in raziskovanju medkulturne mediacije v zdravstvu v Sloveniji in jo, kot ponekod v tujini, razumeli kot način zagotavljanja enakosti v zdravstvu. Pri tem pa je treba poudariti, da moramo medkulturno mediacijo razumeti le kot enega izmed načinov zagotavljanja enakosti, ki ni uspešen, če ga ne spremljajo bolj sistemski ukrepi, kot so sprememba zakonodaje, ki priseljencem omogoča večji dostop do zdravstvenega zavarovanja in zdravstvene oskrbe, ter institucionalna zavezanost zdravstvenih ustanov antidiskriminaciji in antirasizmu.

Na podlagi analize terenskega gradiva ugotavljava, da je treba naloge medkulturne mediacije v zdravstvu pojmovati široko, saj morajo odsliskavati paleto ovir, s katerimi se tujejezični uporabniki srečujejo v dostopu do zdravstva. Kot sva opozorila v uvodu, te ovire niso le jezikovne, temveč tudi kulturne, družbeno-ekonomske ter pravno-administrativne. Ravno zato se je pri analizi terenskega gradiva kot zelo uporabno konceptualno orodje izkazal model lestve (Verrept in Coune 2016, 2020), na podlagi katerega sva strukturirala večino pričujoče monografije. Kot sva pokazala v različnih poglavjih, je ključen doprinos tega modela, da pokaže na vrsto različnih nalog, ki so stalnica v vsakdanji praksi medkulturne mediacije. Kdaj se izkaže, da je prevzemanje palete teh nalog nujno, če želijo medkulturni mediatorji v praksi zares učinkovito premostiti jezikovne in kulturne ovire do zdravstvenih obravnav. Te naloge poleg tolmačenja vključujejo tudi podporo in zagovorništvo.

Kot sva razčlenila, so naloge podpore tiste, ki tolmačenje nadgradijo z opozarjanjem na kulturne nesporazume, do katerih prihaja med zdravstveno obravnavo, ali pa na razlaganje kulturnih vidikov zdravja, bolezni in zdravljenja, če je to potrebno za učinkovito komunikacijo. Opozorila sva, da pojem podpore v tem kontekstu vsebuje še vrsto nalog, s katerimi medkulturni mediatorji podpirajo zdravstvene delavce pri tem, da lažje opravljajo svoje delo, in tujejezične osebe, da bolje prevzamejo vlogo uporabnikov zdravstvenih storitev. Poleg teh

dejavnosti, ki jih vključuje model lestve, sva opazila še nekatere druge, ki jih ta model ne omenja, vendar jih je smiselno umestiti v kontekst podpore. Gre predvsem za vrsto razdrobljenih, manj vidnih, a vseeno pomembnih oblik pomoči, kot so pomoč pri naročanju, izbiri osebnega zdravnika in dodatno informiranje tujejezičnih uporabnikov. S tem medkulturne mediatorke zagotavljajo nekakšno zveznost zdravstvene obravnave, lahko pa bi celo rekla, da v nekaterih primerih nastopajo v vlogi koordinatork zdravstvene oskrbe.

Zadnji sklop nalog, ki sva ga podrobneje razčlenila, se navezuje na zagovorništvo. Pri tem sva najprej prevzela pojmovanje zagovorništva po modelu lestve, ki ga opredeljuje kot odziv na diskriminacijo in postavljanje na stran uporabnikov z namenom zagotavljanja enakosti zdravstvene obravnave. Nato sva se od modela lestve oddaljila in pojmovanje zagovorništva konceptualno dopolnila tako, da sva ga razumela kot krepitev moči in emancipacijo. Medkulturne mediatorke so namreč poročale tudi o zagovorništvu, ki ga opravljajo v tako imenovanih diadnih situacijah, torej v individualnih stikih z uporabniki in ne le v kliničnih srečanjih, kjer so prisotni tudi zdravstveni delavci.

V različnih poglavjih monografije sva tako dokazala, da morajo medkulturni mediatorji posegati po vrsti (in ne le eni od) prej omenjenih nalog, da bi zagotovili učinkovito komunikacijo in s tem dostopnejšo zdravstveno obravnavo. Te naloge se v praksi marsikdaj prekrivajo in soobstajajo, zato nama je razvrstitev v modelu lestve služil za jasnejši in bolj shematičen prikaz nalog.

MEDKULTURNA MEDIACIJA IN VLOGA MOSTU

Najino raziskovanje je pokazalo, da medkulturno mediacijo močno zaznamuje njena funkcija vmesnika, posredovalca ali, kot rečejo številni raziskovalci, mostu. Biti most med zdravstvenimi delavci in tujejezičnimi uporabniki pa prinaša številne izzive.

Medkulturna mediacija premošča kulturne ovire, od tod ji tudi ime. Vsaka zdravstvena obravnavo ima namreč vselej svoje družbene in kulturne vidike. Ko je govora o kulturnih ovirah, jih ni razumeti kot razlik med abstraktnimi »kulturami«² zdravstvenih delavcev in tujejezičnih uporabnikov. Medkulturna mediacija je most med razumevanji in praksami, ki so prisotne v konkretni zdravstveni obravnavi, saj ključno zaznamujejo dojetje zdravja, bolezni in zdravljenja, ki pa je kulturno specifično tako pri zdravstvenih delavcih kot tudi tujejezičnih uporabnikih.

Vloga mostu, ki zaznamuje medkulturno mediacijo, pa se kaže tudi v dvojnem pooblastilu za delo. Kot sva pokazala v prejšnjih poglavjih, je medkulturna mediacija namenjena tako zdravstvenim delavcem kot tujejezičnim pacientom, zato lahko rečeva, da so z vidika medkulturne mediacije v konkretni situaciji njeni uporabniki tako eni kot drugi. Ugotovila sva tudi, da morajo medkulturni mediatorji za uspešno delo to pooblastilo dobiti z obeh strani.

Če v tem sklepnem razmisleku stopiva še korak dalje, lahko dvojnost pooblastila definirava najprej na abstraktni ravni. Pooblastilo za delo medkulturnim mediatorjem dajejo na eni strani zdravstvene ustanove, s katerimi sodelujejo. Temu bi lahko rekla institucionalni mandat, ki do medkulturnih mediatorjev pogosto prihaja implicitno, preko njihovega umeščanja v zdravstveno ustanovo in hierarhijo poklicev v njej. Poleg institucionalnega mandata pa imajo medkulturni mediatorji še pooblastilo skupnosti tujejezičnih uporabnikov, v katere so pogosto na različne načine vpeti. Lahko torej rečeva, da medkulturni mediatorji delajo »na očeh« zdravstvenih delavcev in tujejezičnih skupnosti, vselej se znajdejo na sredini, v areni želja in pričakovanj, ki jih vanje investira tako ena kot druga stran. Vse to pa se kaže tudi na povsem konkretni ravni, saj je dvojnost pooblastila opazna v sleherni zdravstveni obravnavi, v kateri so prisotni. Ko medkulturni mediatorji posredujejo med konkretnimi cilji, ki jih imajo v zdravstveni obravnavi zdravstveni delavci na eni in pacienti na drugi strani, posredujejo tudi med njihovo družbeno močjo za doseganje ciljev. Slednji so kdaj konvergentni, kdaj pa divergentni.

Medkulturni mediatorji so tako v stalnem iskanju ravnotežja med eno in drugo stranjo, med katerima posredujejo. To ravnotežje lovijo tako v konkretni zdravstveni obravnavi kot tudi na abstraktnejši, a nič manj realni ravni – za uspešno delo morajo namreč (p)ostati kredibilni v očeh tako enih kot drugih.

Zaključiva lahko, da mora analiza medkulturne mediacije vsebovati razmislek o njenem dvojnem pooblastilu in posledično o moči obeh strani, s katero mora znati ravnati, sicer bi spregledali enega izmed temeljnih vidikov tega poklica. Kot sva ponazorila že prej, gre metaforo mostu razumeti predvsem v okviru zagotavljanja enakosti v zdravstvu. To pa pomeni, da je princip nevtralnosti, ki je izhodična točka medkulturne mediacije, treba tako konceptualno kot v praksi preseči, in to v primerih, ko se odnosi moči močno prevesijo na eno stran in s tem otežijo ali onemogočijo kakovostno komunikacijo in dostopnost zdravstvene obravnave.

Do zdaj je bilo raziskovanje medkulture mediacije v Sloveniji tesno prepleteno s procesi njenega vpeljevanja v zdravstvo, kar je precej redko zaznati v tujih raziskavah. Pričujoča monografija je sicer tudi prepletena z vpeljevanjem medkulture mediacije, a ni namenjena evalvaciji projektnega dela, temveč podaja bolj temeljen premislek o nalogah medkulture mediacije v zdravstvu. Kljub temu morava ugotoviti, da so izsledki najine raziskave ponudili več vprašanj kot odgovorov, na katera bi bilo treba odgovoriti v prihodnje. Ob razmišljanju o bodočih raziskovanjih tega področja je vredno opozoriti na nekatere vidike, ki so bili v tej monografiji manj zastopani ali pa prezrti.

Pričujoča monografija se raziskovalno posveča perspektivam medkulturnih mediatork. Če bi želeli v prihodnje to sliko razširiti, velja več pozornosti posvetiti raziskovanju, kako sodelovanje z medkulturnimi mediatorji doživljajo tujejezični uporabniki in kako zdravstveni delavci. Teh perspektiv se je zaenkrat že lotilo nekaj krajših raziskav v Sloveniji, vendar bi jih bilo v prihodnje treba še poglobiti. Nadalje bi bilo treba tudi v Sloveniji vpeljati opazovanje z udeležbo kot eno izmed temeljnih metod raziskovanja medkulture mediacije v praksi, kar je v tujini precej pogost raziskovalni pristop. Pri tem morava opozoriti, da so tovrstne raziskave v tujini osredotočene predvsem na jezikovne vidike te prakse. To bi veljalo v Sloveniji razširiti na opazovanje tudi drugih vidikov dela medkulturnih mediatorjev. Izsledki takih raziskav so se v tujini pokazali kot pomembna vsebina usposabljanja medkulturnih mediatorjev, kar bi bila zagotovo zanimiva in potrebna praksa tudi pri nas.

Naslednji vidik se nanaša na participativnost raziskovanja. Dosedanje raziskave medkulture mediacije v Sloveniji so namreč redko vidneje vključile medkulturne mediatorje v proces raziskovanja. V prihodnje bi bilo vsekakor dobrodošlo, da bi medkulturni mediatorji prevzeli aktivno vlogo tudi v raziskovanju lastne prakse.

Pretežno neraziskan ostaja še odnos medkulture mediacije in skupnosti. V najini raziskavi sva zaznala vsaj dva vidika, ki bi si zaslužila večjo raziskovalno pozornost. Prvi se nanaša na dejstvo, da so medkulture mediatorke največkrat del skupnosti tujejezičnih uporabnikov, s katerimi se srečujejo v zdravstvenih ustanovah, kar pomembno zaznamuje njihovo delo. Drugi pa izhaja iz ugotovitve, da medkulture mediatorke svoje delo opravljajo tudi v skupnosti, torej izven javnih ustanov, zaradi česar je veliko manj vidno.

Za oba vidika velja, da ju v Sloveniji še nismo uspeli raziskati, hkrati pa vidik skupnostnega dela ostaja relativno nerazvit tudi v

praksi. Morda je razlog za to stihijsko vpeljevanje medkulturne mediacije v Sloveniji, ki ga zaznamuje vpeljevanje tega poklica le v posamezne ustanove oziroma šibko povezovanje znotraj lokalnih skupnosti. Osredotočenost na delo medkulturnih mediatorjev v določeni ustanovi ali sektorju je razvidna tudi iz modela lestve, ki je uporaben predvsem za razčlenitev nalog medkulturne mediacije znotraj zdravstva, ne pa toliko v kontekstu skupnostnega dela. Ob morebitnem širjenju raziskovanja medkulturne mediacije na delo v skupnosti (in s skupnostjo) pa bi bilo treba razširiti tudi konceptualni aparat pojmovanja medkulturne mediacije. Če medkulturno mediacijo razumemo kot prakso s transformativnim potencialom, torej kot prakso, ki producira nove možnosti sobivanja v skupnosti, je skupnostno delo nujna nadgradnja dela v javnih ustanovah, saj lahko sicer medkulturni mediatorji postanejo mehanični del kolesja javnih ustanov, brez povezav s skupnostjo, torej z življenjskim svetom tistih, ki jim je medkulturna mediacija namenjena.

Reference

- AGUSTÍ-PANAREDA, JORDI 2006 'Cross-cultural brokering in the legal, institutional and normative domains: Intercultural mediators managing immigration in Catalonia.' *Social & legal studies* 15(3): 409–433.
- AHLBERG, BETH MAINA idr. 2019 'Invisibility of Racism in the Global Neoliberal Era: Implications of Researching in Health care.' *Frontiers in Sociology* 4:61.
- ANDERSON, BERMÚDEZ KIRA idr. 2002 *La mediación intercultural: Una propuesta para la formación*. Madrid: Madrid Editorial Popular.
- ANGELELLI, CLAUDIA V. 2008 'The role of the interpreter in the healthcare setting: A plea for a dialogue between research and practice.' V: *Crossing Borders in Community Interpreting. Definitions and dilemmas*. Carmen Valero-Garcés in Anne Martin, ur. Amsterdam in Philadelphia: John Benjamins Publishing Company. Str. 147–163.
- ARCHIBALD, JAMES in GIULIANA ELENA GARZONE 2014 'Conceptualising Linguistic and Cultural Mediation.' *Lingue Culture Mediazioni – Languages Cultures Mediation* 1(1–2): 7–16.
- ARUMÍ RIBAS, MARTA 2017 'The fuzzy boundary between the roles of interpreter and mediator in the public services in Catalonia: Analysis of interviews and interpreter-mediated interactions in the health and educational context.' *Across Languages and Cultures* 18(2): 195–218.
- ARVANITIS, EUGENIA 2014 'The Intercultural Mediation: A Transformative Journey of Learning and Reflexivity.' V: *Intercultural Mediation in Europe: Narratives of Professional Transformation*. Eugenia Arvanitis in Achilles Kameas, ur. Champaign: Common Grounds. Str. 1–16.
- BARALDI, CLAUDIO 2009 'Forms of mediation: the case of interpreter-mediated interactions in medical systems.' *Language and Intercultural Communication* 9(2): 120–137.
- 2014 'An Interactional Perspective on Interpreting as Mediation.' *Lingue Culture Mediazioni – Languages Cultures Mediation* 1(1–2): 17–36.
- BARALDI, CLAUDIO in LAURA GAVIOLI 2007 'Dialogue Interpreting as Intercultural Mediation: An analysis in healthcare multicultural settings.' V: *Dialogue and Culture*. Marion Grein in Edda Weigand, ur. Amsterdam in Philadelphia: John Benjamins Publishing Company. Str. 155–175.
- 2015 'Interpreting as coordination in doctor-patient interaction: Talk organization and (inter)cultural presuppositions.' *CULTUS* 8: 50–75.
- BARKER, KELLY in BRENDA BEAGAN 2014 'Making Assumptions, Making Space: An Anthropological Critique of Cultural Competency and Its Relevance for Queer Patients.' *Medical Anthropology Quarterly* 28(4): 578–598.
- BEACH, MARY CATHERINE idr. 2005 'Cultural Competence: A Systematic Review of Health Care Provider Educational Interventions.' *Medical Care* 43(4): 356–373.
- BECKER, GAY 2004 'Deadly Inequality in the Health Care »Safety Net«: Uninsured Ethnic Minorities' Struggle to Live with Life-Threatening Illnesses.' *Medical Anthropology Quarterly* 18(2): 258–275.
- BHOPAL, RAJ S. 2007 'Racism in health and health care in Europe: Reality or mirage?' *European Journal of Public Health* 17(3): 238–241.
- BLOCH, BERNARD in GEORGE L. TRAGER 1942 *Outline of Linguistic Analysis*. Baltimore: Linguistic Society of America.

- BOAS, FRANZ 1938 *The Mind of Primitive Man*. New York: Macmillan.
- BOFULIN, MARTINA in ROMANA BEŠTER 2010 'Enako zdravstvo za vse? Imigranti v slovenskem zdravstvenem sistemu.' V: *Državljeni tretjih držav ali tretjerazredni državljani?: Integracija državljanov tretjih držav v Sloveniji*. Mojca Medvešek in Romana Bešter, ur. Ljubljana: Inštitut za narodnostna vprašanja. Str. 270–312.
- BOFULIN, MARTINA idr. 2016 *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba: Priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- BOMBAČ, LEA idr. 2017 'Zdravstvena obravnava prosilcev in prosilk za mednarodno zaščito v Sloveniji.' V: *X. Zdravčevci dnevi. Zbornik predavanj*. Erika Zelko, ur. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine. Str. 28–36.
- BOT, HANNEKE in HANS VERREPT 2013 'Role issues in the Low Countries: Interpreting in mental healthcare in the Netherlands and Belgium.' V: *Interpreting in a Changing Landscape: Selected papers from Critical Link 6*. Christina Schäffner, Krzysztof Kredens in Yvonne Fowler, ur. Amsterdam in Philadelphia: John Benjamins Publishing Company. Str. 117–131.
- CARPENTER-SONG, ELIZABETH A., MEGAN NORDQUEST SCHWALLIE in JEFFREY LONGHOFER 2007 'Cultural Competence Reexamined: Critique and Directions for the Future.' *Psychiatric Services* 58(10): 1362–1365.
- CASTAÑEDA, HEIDE 2008 'Perspectives on Gender, Health Care, and Illegal Migration in Germany and the United States.' V: *Gender and Illegal Migration in Global and Historical Perspective*. Marlou Schrover idr., ur. Amsterdam: Amsterdam University Press. Str. 171–185.
- 2009 'Illegality as Risk Factor: A Survey of Unauthorized Migrant Patients in a Berlin Clinic.' *Social Science & Medicine* 68(8): 1552–1560.
- CASTAÑEDA, HEIDE idr. 2015 'Immigration as a Social Determinant of Health.' *Annual Review of Public Health* 36: 375–392.
- CATTACIN, SANDRO, ANTONIO CHIARENZA in DAGMAR DOMENIG 2013 'Equity standards for healthcare organisations: A theoretical framework.' *Diversity and Equality in Health and Care* 4(10): 249–258.
- CHAO, XIA in BOPING KANG 2020 'Health Literacy Among Bhutanese Adult Refugees in the United States: The Sociocultural Approach.' *Adult Education Quarterly* 70(3): 258–276.
- CHIARENZA, ANTONIO, ur. 2014 *Standards for equity in health care for migrants and other vulnerable groups: Self-assessment tool for pilot implementation*. Reggio Emilia: Regional HPH Network of Emilia-Romagna.
- CHIARENZA, ANTONIO 2020 'Practice-Based Training for Intercultural Mediators in Healthcare Services.' V: *Teacher Education for Community Interpreting and Intercultural Mediation: Selected Chapters*. Nike K. Pokorn, Maurizio Viezzi in Tatjana Radanović Felberg, ur. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani in Nacionalni inštitut za javno zdravje. Str. 200–226.
- CIORDIA, LETICIA SANTAMARÍA 2017 'A conceptual and contemporary approach to the evolution of impartiality in community interpreting.' *The Journal of Specialised Translation* 28: 1–20.
- COHEN-EMERIQUE, MARGALIT 2007 'Intercultural Mediators: Bridges of Identities.' *InterCulture* 153: 7–22.

- CONSIGLIO NAZIONALE DELL'ECONOMIA E DEL LAVORO 2009 'Mediazione e mediatori interculturali: Indicazioni operative.' Spletni vir: http://europa.uniroma3.it/dsf_new/files/Documento-finale-mediazione-culturale-CNEL.pdf, 26. 11. 2019.
- COZZI, DONATELLA in DANIELE NIGRIS 2000 *Gesti di cura: Elementi di metodologia della ricerca etnografica e di analisi socioantropologica per il nursing*. Paderno Dugnano: Oriss, Colibri.
- DAVIDSON, BRAD 2000 'The interpreter as institutional gatekeeper: The social-linguistic role of interpreters in Spanish-English medical discourse.' *Journal of Sociolinguistics* 4(3): 379–405.
- 2001 'Questions in Cross-Linguistic Medical Encounters: The Role of the Hospital Interpreter.' *Anthropological Quarterly* 74(4): 170–178.
- DÍAZ-DUQUE, OZZIE F. 1982 'Advice from an interpreter.' *The American journal of nursing* 82(9): 1380–1382.
- DIREKTORAT ZA UPRAVNE NOTRANJE ZADEVE, MIGRACIJO IN NATURALIZACIJO 2018 'Poročilo o delu Urada za migracije za leto 2017.' Spletni vir: http://emm.si/wp-content/uploads/Porocilo_2017_SLO_1652018.pdf, 12. 2. 2021.
- 2019 'Poročilo o delu Urada za migracije za leto 2018.' Spletni vir: http://emm.si/wp-content/uploads/Porocilo_2018_SLO.pdf, 12. 2. 2021.
- EQUAL EP TransKom 2012 *Comparative study on language and culture mediation in different European countries*. Wuppertal: EQUAL EP TransKom – gesund & sozial.
- FARINI, FEDERICO 2008 'Intercultural and Interlinguistical Mediation in the Healthcare System: The Challenge of Conflict Management.' *Migracijske i etničke teme* 24(3): 251–271.
- FARKAŠ LAINŠČAK, JERNEJA, ur. 2016 *Ocena potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle. Ključni izsledki kvalitativnih raziskav in stališča strokovnih delovnih skupin*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- FARKAŠ LAINŠČAK, JERNEJA in URŠULA LIPOVEC ČEBRON, ur. 2016 *Standard za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi ranljivih skupin in orodje za samoocenjevanje zdravstvenih ustanov*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- FELBERG, TATJANA R. in HANNE SKAADEN 2012 'The (de)construction of culture in interpreter-mediated medical discourse.' *Linguistica Antverpiensia, New Series – Themes in Translation Studies* 11: 95–112.
- FLAKER, VITO 1993 'Advocatus diaboli?' *Socialno delo* 32(3–4): 5–10.
- 2015 *Prispevki k taksonomiji socialnega dela in varstva, 1. del*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- FLAKER, VITO idr. 2008 *Dolgotrajna oskrba: Očrt potreb in odgovorov nanje*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- FLORES, GLENN 2005 The impact of medical interpreter services on the quality of health care: A systematic review. *Medical Care Research and Review* 62(3): 255–299.
- GAVIOLI, LAURA in DANIELA ZORZI 2008 'La partecipazione del paziente nell'interazione mediata con il medico.' V: *Immigrazione, mediazione culturale e salute*. Claudio Baraldi, Viola Barbieri in Guido Giarelli, ur. Milano: FrancoAngeli. Str. 155–174.
- GEERTZ, CLIFFORD 1973 *The Interpretation of Cultures*. New York: Basic Books.

- GIMÉNEZ-ROMERO, CARLOS 1997 'La naturaleza de la mediación intercultural.' *Revista Migraciones* (2): 125–159.
- 2008 *La mediación intercultural en Castilla la Mancha: Un manual de casos*. Toledo: Dirección general de Bienestar Social, Junta de Comunidades de Castilla la Mancha.
- GOLDADE, KATHRIN 2009 '«Health is Hard Here» or «Health for All».' *Medical Anthropology Quarterly* 23(4): 483–503.
- GORJANC, VOJKO 2013 'Tolmačenje za skupnost in vprašanje nadnacionalne odgovornosti.' V: *Slovensko tolmačeslovje*. Vojko Gorjanc, ur. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani. Str. 120–134.
- GOSENCA, KARMEN 2017 *Medkulturna mediacija: Priložnost za boljšo zdravstveno oskrbo*. Ljubljana: Oddelek za etnologijo in kulturno antropologijo, Filozofska fakulteta, Univerza v Ljubljani. Neobjavljeno magistrsko delo.
- GREGG, JESSICA in SOMNATH SAHA 2006 'Losing Culture on the Way to Competence: The Use and Misuse of Culture in Medical Education.' *Academic Medicine* 81(6): 542–547.
- GUSTAFSSON, KRISTINA, EVA NORSTRÖM in INGRID FIORETOS 2013 'The interpreter – a cultural broker?' V: *Interpreting in a Changing Landscape: Selected papers from Critical Link 6*. Christina Schäffner, Krzysztof Kredens in Yvonne Fowler, ur. Amsterdam in Philadelphia: John Benjamins Publishing Company. Str. 187–202.
- HADZIABDIC, EMINA in KATARINA HJELM 2014 'Arabic-speaking migrants' experiences of the use of interpreters in healthcare: A qualitative explorative study.' *International Journal for Equity in Health* 13: 49.
- HAFFNER, LINDA 1992 'Translation is not enough: Interpreting in a medical setting.' *The Western Journal of Medicine* 157(3): 255–259.
- HORTON, SARAH 2004 'Different Subjects: The Health Care System's Participation in the Differential Construction of the Cultural Citizenship of Cuban Refugees and Mexican Immigrants.' *Medical Anthropology Quarterly* 18(4): 472–489.
- HSIEH, ELAINE 2007 'Interpreters as co-diagnosticians: Overlapping roles and services between providers and interpreters.' *Social Science & Medicine* 64: 924–937.
- 2009 'Bilingual Health Communication: Medical Interpreters' Construction of a Mediator Role.' V: *Communicating to Manage Health and Illness*. Dale E. Brashers in Daena Goldsmith, ur. New York in London: Routledge. Str. 130–160.
- HUBER, IVANKA 2020 'Skupine z ranljivostmi v lokalnih okoljih.' V: Ivanka Huber, Uršula Lipovec Čebtron in Sara Pistotnik, ur. *Neenakosti in ranljivosti v zdravju v Sloveniji: kvalitativna raziskava v 25 okoljih*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Str. 41–70.
- HUBER, IVANKA, URŠULA LIPOVEC ČEBRON in SARA PISTOTNIK, ur. 2020 *Neenakosti in ranljivosti v zdravju v Sloveniji: kvalitativna raziskava v 25 okoljih*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- IBACACHE BURGOS, JAIME 2001 'Rume kgen mew ta az mapu / Epidemiología de la transgresión en Maquehue-Pelale.' Spletni vir: <http://www.fcs.uner.edu.ar/revistamaes-triasfc>, 15. 1. 2021.
- INGLEBY, DAVID idr., ur. 2012 *Inequalities in Health Care for Migrants and Ethnic Minorities*, 2. COST Series on Health and Diversity. Antwerp: Garant Publishers.

- IOM 2017 'Health Mediation models in the EU: Example of good practices'. Spletni vir: https://cea.iom.int/sites/default/files/publication/document/Health_Mediation_Models_EU_IOM.pdf, 15. 1. 2021.
- JACKSON-CARROLL, LESLIE M., ELINOR GRAHAM in J. CAREY-JACKSON 1998 *Beyond Medical Interpretation: The role of Interpreter Cultural Mediators (ICMs) in building bridges between ethnic communities and health institutions*. Seattle in Washington: Community House Calls Harborview Medical Center.
- JAZBINŠEK, SIMONA in TINA PALAIĆ 2009 'Zdravje – človekova pravica? Prosilke in prosilci za mednarodno zaščito.' *Časopis za kritiko znanosti* 37(238): 154–162.
- JAZBINŠEK, SIMONA in SARA PISTOTNIK 2016 *Evalvacija pilotnega uvajanja medkulturne mediatorke za albansko govorečo skupnost v Center za krepitev zdravja (CKZ) ZD Celje in v referenčno ambulantno ZD Vojnik*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Neobjavljeno poročilo.
- KAUFERT, JOSEPH M. 1999 'Cultural mediation in cancer diagnosis and end of life decision making: The experience of Aboriginal patients in Canada.' *Anthropology & Medicine* 6(3): 405–421.
- KAUFERT, JOSEPH M. in ROBERT W. PUTSCH 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.
- KAUFERT, JOSEPH M. in WILLIAM W. KOOLAGE 1984 'Role conflict among »culture brokers«: The experience of native Canadian medical interpreters.' *Social Science & Medicine* 18(3): 283–286.
- KAUFERT, JOSEPH M., ROBERT W. PUTSCH in MARGARET LAVALLÉE 1999 'End-of-Life Decision Making Among Aboriginal Canadians: Interpretation, Mediation, and Discord in the Communication of »Bad News«.' *Journal of Palliative Care* 15(1): 31–38.
- KLEINMAN, ARTHUR in PETER BENSON 2006 'Anthropology in the Clinic. The Problem of Cultural Competency and How to Fix It.' *PLoS Medicine* 3(10): 1673–1676.
- KRMAC, NINA, ANASTAZIJA FON in JURKA LEPIČNIK VODOPIVEC 2019 'The development of health literacy factors and their impact on national minorities in the Slovenian-Italian border region.' *Razprave in gradivo* 82: 65–84.
- KROEBER, ALFRED 1928 'Sub-Human Culture Beginnings.' *Quarterly Review of Biology* 3: 325–334.
- KULOVEC, JUDITA 2012 *Zdravje imigrantk v Sloveniji*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, Univerza v Ljubljani. Neobjavljena diplomska naloga.
- LAMOVEC, TANJA in VITO FLAKER 1993 'Zagovornišтво v akciji – proces emancipacije.' *Socialno delo* 32(3–4): 39–51.
- LEACH, EDMUND 1976. *Culture and Communication: The Logic by which Symbols Are Connected. An Introduction to the Use of Structuralist Analysis in Social Anthropology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- LEANZA, YVAN 2005 'Roles of community interpreters in pediatrics as seen by interpreters, physicians and researchers.' *Interpreting* 7(2): 67–92.
- LEANZA, YVAN idr. 2014 'Working with Interpreters.' V: *Cultural Consultation: Encountering the Other in Mental Health Care*. Laurence J. Kirmayer, Jaswant Guzder in Cécile Rousseau, ur. New York, Heidelberg, Dordrecht in London: Springer. Str. 89–114.

- LESKOŠEK, VESNA 2013 'Vpliv paradigmatških sprememb.' V: *Revščina zaposlenih*. Vesna Leskošek idr., ur. Ljubljana: Sophia. Str. 149–170.
- 2016 'Migracije in dostop do socialnih pravic v EU in Sloveniji.' *Dve domovini/Two Homelands* 43: 91–102.
- LIPOVEC ČEBRON, URŠULA 2019 'Medkulturni (in drugi) nesporazumi v zdravstvu.' V: *Večjezično zdravje: Komunikacijske strategije in večkulturni stiki s tujejezičnimi bolniki v slovenskem zdravstvenem sistemu*. Nike K. Pokorn in Uršula Lipovec Čebtron, ur. Ljubljana: Filozofska fakulteta. Str. 78–93.
- 2020 'Jezikovne ovire v zdravstvenih ustanovah.' V: *Neenakosti in ranljivosti v zdravju v Sloveniji: Kvalitativna raziskava v 25 okoljih*. Ivanka Huber, Uršula Lipovec Čebtron in Sara Pistotnik, ur. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Str. 120–140.
- LIPOVEC ČEBRON, URŠULA idr. 2017 'Evaluation of the implementation of intercultural mediation in preventive healthcare programmes in Slovenia.' *Public health panorama* 3(1): 1–XX.
- LIPOVEC ČEBRON idr. 2019 'Monolingual Health? Linguistic Barriers in Slovene Healthcare Experienced by Migrant/Refugee Women.' V: *Women, Migration and Health: Ensuring Transcultural Healthcare*. Sabina Ličen, Igor Karnjuš in Mirko Prosen, ur. Koper: University of Primorska Press. Str. 139–153.
- LIPOVEC ČEBRON, URŠULA, SARA PISTOTNIK in MARJETA KERŠIČ SVETEL 2016 'Zdravstveno marginalizirane – »ranljive« skupine: Ovire v dostopu do sistema zdravstvenega varstva in v njem.' V: *Ocena potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle: Ključni izsledki kvalitativnih raziskav in stališča strokovnih delovnih skupin*. Jerneja Farkaš Lainščak, ur. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Str. 14–25.
- LIPOVEC ČEBRON, URŠULA in LEA BOMBAČ 2018 'Pregnant women on the move and the response of the Slovenian health system to their needs.' *Glasnik Etnografskega inštituta* (66): 657–673.
- LIPOVEC ČEBRON, URŠULA in IVANKA HUBER 2020 'Cultural Competence and Healthcare: Experiences from Slovenia.' *Etnološka tribina* 50 (43): 68–88.
- LUKIČ, GORAN 2010 'Delavci migranti v času ekonomske krize – ali kakšna je razlika med delavci in delovno silo.' V: *Migranti v Sloveniji – med integracijo in alienacijo*. Karmen Medica, Goran Lukič in Milan Bufon, ur. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Univerzitetna založba Annales: Zgodovinsko društvo za južno Primorsko. Str. 129–145.
- MARTÍN, MAYTE C. in MARY PHELAN 2010 'Interpreters and Cultural Mediators – different but complementary roles.' *Translocations* 6 (1).
- MARTÍNEZ, GLENN 2010 'Language and Power in Healthcare: Towards a Theory of Language Barriers Among Linguistic Minorities in the United States.' V: *Readings in language studies, Volume 2: Language and power*. John L. Watzke, Paul Chammess Miller in Miguel Mantero, ur. Saint Louis, MI: International Society for Language Studies. Str. 59–74.
- MIGRANT HEALTH UNIT MALTA (2010) 'Training Programme for Cultural Mediators in HealthCare.' Spletni vir: https://deputyprimeminister.gov.mt/en/phc/mhlo/Documents/cultural_mediators_training_programme.pdf, 15. 1. 2021.
- MIKLAVČIČ, ALESSANDRA in MARIE NATHALIE LEBLANC 2014 'Culture Brokers, Clinically Applied Ethnography, and Cultural Mediation.' V: *Cultural Consultation: Encountering the Other in Mental Health Care*. Laurence J. Kirmayer, Jaswant Guzder in Cécile Rousseau, ur. New York, Heidelberg, Dordrecht in London: Springer. Str. 115–137.

- MIPEX 2015 *MIPEX – Country Report for EQUI-HEALTH*. Spletni vir: <http://www.mipex.eu/health>, 30. 11. 2019.
- 2020 'HEALTH'. Spletni vir: <https://www.mipex.eu/health>, 12. 2. 2021.
- MOREL, ALENKA in VOJKO GORJANC 2016 *Skupnostno tolmačenje: Sloveščina v medkulturni komunikaciji*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete.
- MUAYGIL, RUAIM A. 2018 'From Paternalistic to Patronizing: How Cultural Competence Can Be Ethically Problematic.' *HEC Forum*: 13–29.
- MURŠIČ, RAJKO 2011 *Metodologija preučevanja načinov življenja: Temelji raziskovalnega dela v etnologiji ter socialni in kulturni antropologiji*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete.
- NARVÁEZ, FELIPE NAYIP HASEN 2012 'Interculturalidad en salud: Competencias en prácticas de salud con población indígena.' *Ciencia y enfermería* 18(3): 17–24.
- NELSON, ALAN 2002 'Unequal Treatment: Confronting racial and ethnic disparities in health care.' *Journal of the National Medical Association* 94 (8): 666–668.
- NICHTER, MARK 2008 *Global Health: Why Cultural Perceptions, Social Representations, and Biopolitics Matter*. Tucson: University of Arizona Press.
- NRP 2020 'Poklicni standard: Medkulturni mediator/medkulturna mediatorka'. Spletni vir: <https://www.nrpslo.org/Pregled-NPKja?data=2087-115-0-1>, 20. 1. 2021.
- OLIŠAROVÁ, VĚRA, VALÉRIE TÓTHOVÁ in IVA BRABCOVÁ 2014 'Determinants of immigrants' mental health.' *Kontakt* 18: e1–e8.
- PAJNIK, MOJCA 2010 'Socialno državljanstvo, migracije in trg dela.' V: *Migranti v Sloveniji – med integracijo in alienacijo*. Karmen Medica, Goran Lukič in Milan Bufon, ur. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Univerzitetna založba Annales: Zgodovinsko društvo za južno Primorsko. Str. 13–36.
- PAJNIK, MOJCA in VERONIKA BAJT 2011 '»Third country« migrant workers as »third class non-citizens« in Slovenia.' V: *Precarious migrant labour across Europe*. Mojca Pajnik in Giovanna Campani, ur. Ljubljana: Mirovni inštitut. Str. 97–118.
- PIRIH SVETINA NATAŠA, MOJCA SCHLAMBERGER BREZAR, GREGOR PERKO in PATRICE POGNAN 2016 'Intercomprehension - When Everyone Speaks Their Own Language and Understands Others.' *Journal for Foreign Languages* 8(1): 99–111.
- PISTOTNIK, SARA 2019 'Pravni statusi nedržavljanov in z njimi povezane ovire pri dostopu do zdravstvene obravnave.' V: *Večjezično zdravje: Komunikacijske strategije in večkulturni stiki s tujejezičnimi bolniki v slovenskem zdravstvenem sistemu*. Nike K. Pokorn in Uršula Lipovec Čebren, ur. Ljubljana: Filozofska fakulteta. Str. 66–77.
- 2020 'Izključujoča univerzalnost: Nezavarovani v slovenskem zdravstvenem sistemu in vpliv ekonomske krize na zdravstveno zavarovanje.' V: *Neenakosti in ranljivosti v zdravju v Sloveniji: Kvalitativna raziskava v 25 okoljih*. Ivanka Huber, Uršula Lipovec Čebren in Sara Pistotnik, ur. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Str. 71–99.
- POKORN K., NIKE 2019a 'Reševanje jezikovnih ovir v slovenskem zdravstvu: Analiza stanja.' V: *Večjezično zdravje: Komunikacijske strategije in večkulturni stiki s tujejezičnimi bolniki v slovenskem zdravstvenem sistemu*. Nike K. Pokorn in Uršula Lipovec Čebren, ur. Ljubljana: Filozofska fakulteta. Str. 30–47.

- 2019b 'Izbor jezikov za večjezični priročnik za lažje sporazumevanje v zdravstvu. V: *Večjezično zdravje: Komunikacijske strategije in večkulturni stiki s tujejezičnimi bolniki v slovenskem zdravstvenem sistemu*. Nike K. Pokorn in Uršula Lipovec Čebtron, ur. Ljubljana: Filozofska fakulteta. Str. 94–105.
- POKORN K., NIKE in URŠULA LIPOVEC ČEBRON, ur. 2019 *Večjezično zdravje: Komunikacijske strategije in večkulturni stiki s tujejezičnimi bolniki v slovenskem zdravstvenem sistemu*. Ljubljana: Filozofska fakulteta.
- POKORN K., NIKE in JAKA ČIBEJ 2018a '»Do I want to learn a language spoken by two million people?«: Mediation choices by mid-term and long-term migrants.' *Language Problems and Language Planning* 42(3): 285–304.
- 2018b 'Interpreting and Linguistic Inclusion – friends or foes? Results from a field study.' *The Translator* 24(2): 111–127.
- POKORN K., NIKE in TAMARA MIKOLIČ JUŽNIČ 2020 'Community interpreters versus intercultural mediators: Is it really all about ethics?' *Translation and Interpreting Studies* 15(1): 80–107.
- POKORN K., NIKE idr. 2020 'The Profiles of a Community Interpreter and of an Intercultural Mediator in Greece, Italy, Norway and Slovenia.' V: *Teacher Education for Community Interpreting and Intercultural Mediation: Selected Chapters*. Nike K. Pokorn, Maurizio Viezzi in Tatjana Radanović Felberg, ur. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani in Nacionalni inštitut za javno zdravje. Str. 18–78.
- PÖCHHACKER, FRANZ 2008 'Interpreting as mediation.' V: *Crossing Borders in Community Interpreting. Definitions and dilemmas*. Carmen Valero-Garcés in Anne Martin, ur. Amsterdam in Philadelphia: John Benjamins Publishing Company. Str. 9–28.
- PÖLLABAUER, SONJA 2004 'Interpreting in asylum hearings: Issues of role, responsibility and power.' *Interpreting* 6(2): 143–180.
- PULIDO-FUENTES, MONTSERRAT idr. 2017 'Health Competence from a Transcultural Perspective: Knowing How to Approach Transcultural Care.' *Procedia – Social and Behavioral Sciences* 237: 365–372.
- PUTSCH, ROBERT W. 1985 'Cross-cultural Communication the Special Case of Interpreters in Health Care.' *JAMA* 254(23): 3344–3348.
- RANDALL, ROSEMARY in JOHN SOUTHGATE 1988 *Skupinska dinamika v skupnosti ali ni treba, da so vaši sestanki tako neznosni*. Ljubljana: Zveza kulturnih organizacij Slovenije in Višja šola za socialne delavce.
- RECAPE, JUDITH idr. 2016 'Are all immigrant mothers really at risk of low birth weight and perinatal mortality? The crucial role of socio-economic status.' *BMC Pregnancy Childbirth* 2016: 16–75.
- RECHEL, BERND idr. 2013 'Migration and Health in Increasingly Diverse Europe.' *Lancet* 381: 1235–1245.
- RHODES, PENNY in ANDREW NOCON 2003 'A problem of communication? Diabetes care among Bangladeshi people in Bradford.' *Health & social care in the community* 11(1) 45–54.
- RUDVIN, METTE in CINZIA GIACINTA SPINZI 2014 'Negotiating the Terminological Borders of »Language Mediation« in English and Italian: A Discussion on the Repercussions of Terminology on the Practice, Self-perception and Role of Language Mediators in Italy.' *Lingue Culture Mediazioni – Languages Cultures Mediation* 1(1–2): 57–79.

- RUSO, MARIACHIARA 2014 'Al di là delle denominazioni: Limiti e orizzonti di ruoli e funzioni del mediatore linguistico-culturale.' *Lingue Culture Mediazioni – Languages Cultures Mediation* 1(1–2): 81–100.
- SANTINHO, CRISTINA, ERIKA MASANET in BEATRIZ PADILLA 2014 'O Acesso das Mulheres Imigrantes Grávidas à Saúde: Para Além das Barreiras Linguísticas.' V: *Saúde e Cidadania: Equidade nos cuidados de saúde materno-infantil em tempos de crise*. Beatriz Padilla idr., ur. Braga: Universidade do Minho. Str. 72–85.
- SCHWEI, REBECCA J. idr. 2016 'Changes in research on language barriers in health care since 2003: A cross-sectional review study.' *International journal of nursing studies* 54: 36–44.
- SEELEMAN, CONNY idr. 2015 'How should health service organizations respond to diversity? A content analysis of six approaches.' *BMC Health Services Research* 15: 510.
- SOKOLOVA, MIHAILA 2016 *Prostovoljno skupnostno tolmačenje v Sloveniji*. Ljubljana: Oddelek za prevajalstvo, Filozofska fakulteta, Univerza v Ljubljani. Neobjavljeno magistrsko delo.
- SZCZEPURA, ALA 2005 'Access to health care for ethnic minority populations.' *Postgraduate medical journal* 81: 141–147.
- ŠKRABAN, JUŠ 2020 'Raziskava o izvajanju medkulturne mediacije v zdravstvenih domovih v letu 2019: Izsledki aktivnosti projekta Krepitev zdravja za vse.' *Javno zdravje* 9: 1–16.
- ŠKRABAN, JUŠ idr. 2020 'Implementation of intercultural mediation at the primary level in preventive healthcare in Slovenia.' *Javno zdravje* 4: 1–7.
- THE ICARUS PROJECT 2015 *Prijateljstvo je najboljšo zdravilo: Vodič za ustvarjanje skupnostne mreže podpore za duševno zdravje*. Ljubljana: Društvo za pomoč in samopomoč brezdomcev Kralji ulice; Šent – Slovensko združenje za duševno zdravje; Ozara Slovenija – Nacionalno združenje za kakovost življenja; Sonček – Zveza društev za cerebralno paralizno Slovenije; Novi Paradoks – Slovensko društvo za kakovost življenja; Društvo Altra – Odbor za novosti v duševnem zdravju; Humana – Združenje svojev pri skrbi za mentalno zdravje.
- THEODOSIOU, ASPASIA in MARIA ASPIOTI, ur. 2015 'Research report on intercultural mediation for immigrants in Europe: Intellectual output no. 1.' Spletni vir: http://www.mediation-time.eu/images/TIME_O1_Research_Report_v.2016.pdf, 15. 1. 2021.
- TIME 2016 'Training Course for Intercultural Mediators for Immigrants.' Spletni vir: http://www.mediation-time.eu/index.php?option=com_content&view=article&id=3&Itemid=122&lang=en, 15. 1. 2021.
- TOMASSINI, ELENA 2012 'Healthcare interpreting in Italy: Current needs and proposals to promote collaboration between universities and healthcare services.' *The Interpreters' Newsletter* 17: 39–54.
- T-SHARE PROJECT 2012 *Transcultural Skills for Health and CaRE: Standards and Guidelines for Practice and Training*. Lizbona: Edizioni di ARACNE Associazione di Promozione Sociale.
- TYLOR, EDWARD BURNETT 1958 [1871] *The Origins of Culture*. New York: Harper Touchbooks.
- VALERO-GARCÉS, CARMEN, ur. 2005 *Traducción como mediación entre lenguas y culturas*. Alcalá: Universidad de Alcalá Servicio de Publicaciones.
- VALERO-GARCÉS, CARMEN 2018 'Mediation as translation or translation as mediation? Widening the translator's role in a new multicultural society.' Spletni vir: <https://www.translationdirectory.com/article324.htm>, 15. 1. 2020.

- VERREPT, HANS 2008 'Intercultural mediation: An answer to health care disparities?' V: *Crossing Borders in Community Interpreting: Definitions and dilemmas*. Carmen Valero-Garcés in Anne Martin, ur. Amsterdam in Philadelphia: John Benjamins Publishing Company. Str. 187–201.
- 2019 'Health Evidence Network Synthesis Report 64: What are the roles of intercultural mediators in health care and what is the evidence on their contributions and effectiveness in improving accessibility and quality of care for refugees and migrants in the WHO European Region?' Spletni vir: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327321/9789289054355-eng.pdf>, 15. 1. 2021.
- VERREPT, HANS in ISABELLE COUNE 2016 *Guide for intercultural mediation in health care*. Bruselj: FPS Health, Safety of the Food Chain and Environment.
- 2017 *Guide for intercultural mediation in health care*. Bruselj: FPS Health, Safety of the Food Chain and Environment.
- 2020 *Standardi medkulturne mediacije v zdravstvu*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- VERREPT, HANS in FRED LOUCKX 1997 'Health Advocates in Belgian Health Care.' V: *Health and social services among international labor migrants: a comparative perspective*. Antonio Ugalde in Gilberto Cárdenas, ur. . Austin: CMAS Books, The Center for Mexican American Studies. Str. 67–86.
- VERTOVEC, STEVEN 2007 'Super diversity and its implications.' *Ethnic and racial studies* 30(6): 1024–1054.
- VIEIRA, RICARDO in ANA VIEIRA 2017 'Construindo pontes e travessias: Das mediações sociais à mediação intercultural.' *Mediações – Revista OnLine da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Setúbal* 5(1): 44–56.
- VLADA RS 2019 'Strategija Vlade RS na področju migracij.' Spletni vir: <https://www.gov.si/novice/2019-07-18-strategija-na-podrocju-migracij/>, 20. 1. 2021.
- WANG, CAIWEN 2017 'Interpreters = Cultural Mediators?' *TranslatoLogica: A Journal of Translation, Language, and Literature* 1: 93–114.
- WEISS, GERALD 1972 'A Scientific Concept of Culture.' *American Anthropologist* 75(1973): 1376–1413.
- WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION 2018 *COMPENDIUM of health system responses to large-scale migration in the WHO European Region*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WOLFF, HANS idr. 2007 'Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention.' *BMC Public Health* 8: 93.
- ZAKON O PACIENTOVIH PRAVICAH (ZPacP), *Uradni list RS*, št. 15/08, 55/17 in 177/20, 11. 2. 2008.
- ZIMÁNYI, KRISZTINA 2009 'On impartiality and neutrality: A diagrammatic tool as a visual aid.' *The International Journal for Translation & Interpreting Research* 1(2): 55–70.

Imensko kazalo

A

AGUSTÍ-PANAREDA, JORDI 24, 236, 88
 AHLBERG, BETH MAINA 10, 84
 AMBROŽ, VERONIKA 7
 ANDERSON, BERMÚDEZ KIRA 108,
 110–111
 ANGELELLI, CLAUDIA 54
 ARCHIBALD, JAMES 45–46, 48, 56, 84
 ARUMÍ RIBAS, MARTA 30, 49, 54
 ARVANITIS, EUGENIA 31
 ASPIOTI, MARIA 30–31

B

BAJT, VERONIKA 12
 BARALDI, CLAUDIO 24, 46, 56–57, 65–66,
 71–72, 89, 91
 BARKER, KELLY 10
 BEACH, MARY CATHERINE 11
 BEAGAN, BRENDA 10
 BECKER, GAY 10, 81
 BENSON, PETER 73
 BEŠTER, ROMANA 13–14, 18
 BHOPAL, RAJ S. 10, 84
 BLOCH, BERNARD 66
 BOAS, FRANZ 66
 BOFULIN, MARTINA 13–14, 18, 74
 BOMBAČ, LEA 7, 12–13, 75, 97
 BOT, HANNEKE 30, 48–49, 70, 91
 BRABCOVÁ, IVA 10
 BUČALIČ, MARTIN 7

C

CAREY-JACKSON, J. 30, 108–112
 CARPENTER-SONG, ELIZABETH A. 10
 CASTAÑEDA, HEIDE 10, 81
 CATTACIN, SANDRO 31
 CHAO, XIA 75
 CHIARENZA, ANTONIO 7, 10–11, 31, 55,
 61, 108, 110
 CIORDIA, LETICIA 30, 53, 55, 67
 COHEN-EMERIQUE, MARGALIT 30, 34–35
 COUNE, ISABELLE 16, 38–39, 48, 52–55,
 63–64, 68, 72, 76, 83–84, 94, 117, 126
 COZZI, DONATELLA 75, 90

Č

ČIBEJ, JAKA 13–14

D

DAVIDSON, BRAD 24, 58–60, 88
 DEČKO, NINA 7
 DÍAZ-DUQUE, OZZIE F. 16
 DOMENIG, DAGMAR 31

F

FARINI, FEDERICO 65–66, 89, 95
 FARKAŠ-LAINŠČAK, JERNEJA 12, 26, 32
 FAVARO, GRAZIELLA 35–36

FELBERG, TATJANA R. 66
 FIORETOS, INGRID 45, 47, 67
 FLAKER, VITO 49, 86, 102–103
 FLORES, GLENN 9

G

GARZONE, GIULIANA ELENA 45–46, 48,
 56, 84
 GAVIOLI, LAURA 24, 33, 38, 56–57, 66, 68,
 76, 91
 GEERTZ, CLIFFORD 66
 GIMÉNEZ-ROMERO, CARLOS 35
 GOLDADE, KATHRIN 10, 81
 GORJANC, VOJKO 9, 11, 44, 56
 GOSENCA, KARMEN 25
 GRAHAM, ELINOR 30, 108–112
 GREGG, JESSICA 73
 GUSTAFSSON, KRISTINA 45, 47, 67

H

HADZJABDIC, EMINA 16
 HAFFNER, LINDA 67
 HALITA, VERA 7
 HJELM, KATARINA 16
 HORTON, SARAH 10
 HSIEH, ELAINE 24, 30, 56–57, 59–61, 88
 HUBER, IVANKA 7, 12, 23, 26, 71–73, 96–97

I

IBACACHE, BURGOS 30
 INGLEBY, DAVID 10

J

JACKSON-CARROL, LESLIE M. 30, 108–112
 JAZBINŠEK, SIMONA 12, 18, 25, 43, 100

K

KANG, BOPING 75
 KANSKY, ALEKSANDRA 7
 KAUFERT, JOSEPH M. 24, 32–33, 38–39, 56,
 68–69, 72, 84
 KERŠIČ SVETEL, MARJETA 12, 96
 KLEINMAN, ARTHUR 73
 KOCINA, PATRIK 7
 KOCIPER, ANJA 7
 KOOLAGE, WILLIAM W. 32–33, 38–39,
 68, 72
 KRISTAN, PIKA 7
 KRMAC, NINA 75
 KROEBER, ALFRED 66
 KULOVEC, JUDITA 75

L

LAMOVEC, TANJA 86
 LAVALLÉE, MARGARET 69
 LEACH, EDMUND 66
 LEANZA, YVAN 24, 66, 72
 LEBLANC, NATHALIE 30, 66–71
 LESKOŠEK, VESNA 98

LIPOVEC ČEBRON, URŠULA 12–14, 16–18,
23, 25–26,, 32, 42–43, 71–73, 75, 96–97
LONGHOFER, JEFFREY 10
LOUCKX, FRED 16, 24, 40–42, 91, 95
LUATTI, LORENZO 35–36

M

MARN ERŽEN, MARUŠA 7
MARTÍN, MAYTE C. 47–48, 66, 84
MARTÍNEZ, GLENN 10
MASANET, ERIKA 32
MERLINI, RAFFAELA 48
MEYER 16
MIKLAVČIC, ALESSANDRA 30, 66–71
MIKOLIČ JUŽNIČ, TAMARA 47
MOREL, ALENKA 44, 56
MUAYGIL, RUAIM A. 71
MURŠIČ, RAJKO 66
MUSTER, DAVID 7

N

NARVÁEZ, FELIPE NAYIP HASEN 30
NELSON, ALAN 10, 84
NICTER, MARK 11
NIGRIS, DANIELE 75, 90
NOCON, ANDREW 16
NORDQUEST SCHWALLIE, MEGAN 10
NORSTRÖM, EVA 45, 47, 67

O

OLIŠAROVÁ, VĚRA 10
OPREŠNIK, DENIS 7

P

PADILLA, BEATRIZ 32
PAJNIK, MOJCA 12
PALAIĆ, TINA 12
PAVLIČ, MATEJ 7
PHELAN, MARY 47–48, 66, 84
PIRIH SVETINA, NATAŠA 15
PISTOTNIK, SARA 7, 12, 14, 18, 23, 25–26,
43, 71, 74–75, 96–97, 100
PÖCHHACKER, FRANZ 45–47
POKORN K., NIKE 10, 13–16, 47, 72, 96,
100, 102
PÖLLABAUER, SONJA 24, 59, 76, 88
PULIDO-FUENTES, MONTERRAT 11, 71
PUTSCH, ROBERT W. 56, 69, 71, 84

R

RANDALL, ROSEMARY 118
RECAPE, JUDITH 81
RECHEL, BERND 10
REPANŠEK, MIJA 7
RHODES, PENNY 16
RUDVIN, METTE 46–48
RUSSO, MARIACHIARA 36, 38, 48–49

S

SAHA, SOMNATH 73
SANTINHO, CRISTINA 32
SCHWEL, REBECCA 10
SEELEMAN, CONNY 31
SKAADEN, HANNE 66
SOKOLOVA, MIHAILA 7, 44
SOUTHGATE, JOHN 118
SPINZI, GIACINTA 46–48
SZCZEPURA, ALA 9

Š

ŠKRABAN, JUŠ 16, 23, 25, 27, 80

T

THEODOSIOU, ASPASIA 30–31
TOMASSINI, ELENA 30, 108–110
TOMC, KATJA 7
TÓTHOVÁ, VALÉRIE 10
TRAGER, GEORGE L. 66
TYLOR, EDWARD BURNETT 65

V

VALERO GARCÉS, CARMEN 30, 48
VERREPT, HANS 7, 11, 16, 24, 30, 34,
36–42, 44–45, 48–49, 52–53, 55, 63–64, 68,
70, 72, 76, 83–85, 91, 94–95, 108–109, 111,
117, 124, 126
VERTOVEC, STEVEN 10
VIEIRA, ANA 31
VIEIRA, RICARDO 31
VRŠNIK, ELIZABETA 7

W

WADENSJÖ, CECILIA 56
WANG, CAIWEN 67
WEISS, GERALD 66
WOLFF, HANS 81

Z

ZIMÁNYI, KRISZTINA 67
ZORZI, DANIELA 33, 38, 68, 76

POVZETEK

Monografija je posvečena medkulturni mediaciji, ki jo lahko opredelimo kot posebno stroko, namenjeno premoščanju jezikovnih, kulturnih in drugih ovir v različnih javnih ustanovah, vključno z zdravstvenimi. Medkulturna mediacija se v Sloveniji uveljavlja predvsem v zdravstvenih ustanovah, ki so kot odziv na številne jezikovne in kulturne nesporazume med tujejezičnimi pacienti in zdravstvenimi delavci začele s postopnim zaposlovanjem medkulturnih mediatorok. V monografiji slediva procesu vpeljevanja medkulturne mediacije v zdravstvene ustanove, pri čemer najina analiza izhaja iz večletnega sodelovanja v projektih *Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ)* ter iz terenske raziskave, ki je potekala med letoma 2018 in 2019. Raziskava je obsegala 15 individualnih in 15 skupinskih polstrukturiranih intervjujev z medkulturnimi mediatorkami, ki delajo v različnih krajih Slovenije. Čeprav v Sloveniji že obstajajo nekatere študije medkulturne mediacije, je to prva znanstvena monografija, ki podaja temeljen premislek o naloga medkulturne mediacije v zdravstvu.

Po uvodu in poglavju o metodologiji sledi poglavje *Kaj je medkulturna mediacija: uvodni konceptualni premislek*, v katerem predstavlja raznolikost medkulturne mediacije v različnih evropskih državah. Na osnovi pregleda znanstvene literature lahko shematično ločimo med pojmovanjem medkulturne mediacije kot načina reševanja sporov ter pojmovanjem medkulturne mediacije kot posebne stroke, ki je namenjena premoščanju tako jezikovnih kot kulturnih ovir v različnih javnih ustanovah. V monografiji se osredotočava na to drugo pojmovanje in povzemava nekaj najpomembnejših modelov, ki pomagajo razumeti naloge medkulturnih mediatorjev v praksi. Še posebej izpostavlja »model lestve« iz Belgije, ki naloge razporedi glede na stopnjo vidnosti in vpliva, ki ga imajo medkulturni mediatorji v praksi. Na dnu lestve se tako nahaja tolmačenje, kjer je medkulturni mediator najmanj viden in ima najmanj vpliva na situacijo, v kateri je udeležen. Na vrhu lestve pa je zagovorništvo, kjer sta njegova vidnost in vpliv največja. Naloge podpore so umeščene v sredino, saj ima pri njihovem izvajanju medkulturni mediator večji vpliv in je bolj viden kot pri tolmačenju, a hkrati manjši kot pri zagovorništvu.

Medkulturno mediacijo umeščava v kontekst premoščanja jezikovnih in kulturnih ovir, kjer je zaslediti tudi strokovni profil skupnostnih tolmačev. Pokaževa, da se na eni strani pojavljajo pojmovanja

skupnostnega tolmačenja, ki kot del svojih nalog razumejo tudi medkulturno mediacijo, na drugi strani pa nekatera pojmovanja medkulturne mediacije vsebujejo naloge tolmačenja. Na koncu poglavja se vprašava, kako misliti ta dva profila v praksi, pri čemer pokaževa, da obstajajo tako pristopi, ki se zavzemajo za jasno ločevanje obeh poklicev, kot tudi pristopi, ki si prizadevajo za njuno sintezo. Nazadnje opozoriva, da morajo konceptualne razprave na tem področju nujno upoštevati izkušnje medkulturne mediacije iz prakse, saj le tako (p) ostanejo utemeljene na resničnih potrebah ljudi.

Sledijo tri poglavja, ki vsako približa svoj sklop nalog iz prej omenjenega modela lestve. Za tak pristop sva se odločila zaradi jasnosti argumentov, a z zavedanjem, da se te naloge v praksi pogosto prekrivajo. Prvo izmed treh poglavij, posvečenih nalogam medkulturne mediacije v zdravstvu, je poglavje *Tolmačenje v medkulturni mediaciji*. V njem ugotavljava, da obstaja razkorak med preskriptivnimi smernicami in vsakdanjo prakso premoščanja jezikovnih in kulturnih ovir. Nadalje poudariva, da tako izkušnje medkulturnih mediatorjev kot skupnostnih tolmačev kažejo, da se oboji v praksi pogosto odmikajo od vloge prevodnika oziroma nevtralnega kanala, saj se aktivno vključujejo v komunikacijo med zdravstvenimi delavci in tujejezičnimi uporabniki. Pri tem kdaj zasledujejo deklarirane cilje svoje vloge ter si na primer prizadevajo vzpostaviti čimbolj neposredno komunikacijo med udeleženci kliničnih srečanj. Kdaj pa aktivno vlogo odigrajo nevede, saj nereflektirano prevzemajo vloge, v katere jih sili vrsta dejavnikov, med drugim tudi njihova institucionalna vpetost v zdravstvene ustanove, kjer so zaposleni.

Poglavje *Podpora* je posvečeno naslednjemu sklopu nalog medkulturnih mediatorjev v zdravstvu. Najprej se posvečava razjasnjevanju nesporazumov v zdravstveni obravnavi, ki je pogosto pomembno za vzpostavitev kakovostne komunikacije. Naslednji sklop nalog je razlaganje kulture oziroma kulturno posredništvo. Pokaževa, da je kulturno posredništvo izjemno pomembno, saj lahko prepreči neosnovane posege, ki so nastali na podlagi kulturnih nesporazumov ter pomaga izboljšati delo različnih strokovnjakov. Opozarjava tudi na nekatere dileme in pasti, povezane s kulturnim posredništvom. Če se medkulturni mediatorji ujamejo vanje, to komunikacije ne olajša, temveč jo oteži. Na podlagi analize intervjujev nadalje pokaževa na situacije, ko medkulturne mediatorke razlagajo kulturo tujejezičnih uporabnikov zdravstvenim delavcem. Izpostavljava predvsem primere, v katerih morajo medkulturne mediatorke zdravstvene delavce opozarjati na neustreznost njihovih posplošenih in netočnih predstav o načinu življenja tujejezičnih uporabnikov ter jim pojasnjevati, zakaj jim ne morejo

postreči s hitrimi, poenostavljenimi razlagami o »kulturi« pacientov. Nato predstaviva še primere kulturnega posredništva, kjer medkulturne mediatorke tujejezičnim uporabnikom razlagajo kulturo zdravstvenih ustanov.

Zadnji del tega poglavja posvetiva podpori zdravstvenim delavcem in pacientom pri zavzemanju njihovih vlog. Na podlagi najine kvalitativne raziskave ta sklop nalog analizirava s pomočjo primerov, v katerih medkulturne mediatorke pri tolmačenju uporabljajo poenostavitve ali pa podajo dodatno razlago z namenom, da bi se približale pojmovnemu svetu uporabnikov ali zdravstvenim delavcem. V raziskavi pa sva zaznala tudi druge naloge medkulturnih mediatork, ki jih razumeva kot različne oblike pomoči. Ugotavljava, da je posredovanje medkulturnih mediatork ključno pri širjenju dostopnosti zdravstva za tujejezične uporabnike, predvsem zato, ker medkulturne mediatorke poleg dela v triadnih situacijah opravljajo tudi delo z uporabniki pred zdravstvenimi obravnavami ali po njih. Največkrat gre za pomoč pri naročanju ali pomoč pri izbiri zdravnika ali dodatno informiranje tujejezičnih uporabnikov. S tem medkulturne mediatorke zagotavljajo nekakšno zveznost zdravstvene obravnave, lahko pa bi celo rekla, da v nekaterih primerih nastopajo v vlogi koordinatorik zdravstvene oskrbe.

Sledi poglavje *Zagovornišтво*, v katerem pokaževa, da je zagovornišтво večinoma definirano v kontekstu triadne situacije, torej v posredovanju medkulturnih mediatorjev med zdravstvenimi delavci in tujejezičnimi uporabniki. To pojmovanje konceptualno dopolniva z razumevanjem zagovornišтва kot dejavnosti krepiteve moči in emancipacije. Medkulturne mediatorke so v najini raziskavi namreč poročale tudi o zagovorništvu, ki ga opravljajo v individualnih stikih z uporabniki, in ne le v kliničnih srečanjih, kjer so prisotni tudi zdravstveni delavci. Nadalje pokaževa, da je zagovornišтво sicer definirano kot odmik od nevtralnosti in postavljanje na stran uporabnikov, kljub temu pa tako iz tujih kot iz najine raziskave sledi tudi, da se medkulturni mediatorji precej pogosto postavljajo na stran biomedicinskih konceptov in praks ter na stran zdravstvenih delavcev. Ugotavljava, da medkulturni mediatorji tega pogosto ne reflektirajo.

Naloge medkulturnih mediatorjev v zdravstvu nadalje kontekstualizirava v poglavju *Organizacija medkulturne mediacije v zdravstvu* in tako pokaževa, da imajo na medkulturno mediacijo v zdravstvu močan vpliv tudi organizacijski vidiki. Organizacijske težave se pojavljajo zaradi prekarne zaposlitve, ki med medkulturnimi mediatorji prevladuje tako pri delu v zdravstvu kot na drugih področjih. Pri tem pokaževa, da prekarnost vpliva tako na negotove pogoje dela in nestalen dohodek medkulturnih mediatork kot tudi na nestalnost njihovega

sodelovanja z različnimi ustanovami in tujejezičnimi uporabniki. Do organizacijskih težav pa prihaja tudi znotraj samih zdravstvenih ustanov. Kot najpomembnejše izpostavlja težave, ki izhajajo iz slabe obveščenosti zdravstvenih delavcev o delu z medkulturnimi mediatorji, pri čemer iz najine raziskave izhaja, da medkulturne mediatorke same pogosto precej uspešno informirajo zdravstvene delavce o načinih, ki pripomorejo k boljšemu medsebojnemu sodelovanju.

V trenutni situaciji, ki jo zaznamujejo kratkotrajne in stihijske rešitve, prihaja do različnih načinov naročanja in plačevanja medkulturnih mediatork. Izpostavlja, da sta uporabnika medkulturne mediacije po definiciji dva – zdravstveni delavec in tujejezični pacient –, zato bi se ta dvojnost morala zrcaliti tudi v možnosti naročanja medkulturne mediacije. Pri tem se sprašujeva, kako ustvariti »varovalke« pred »zategovanjem pasu«, ki vodi v omejevanje obsega medkulturne mediacije, kot se to lahko dogaja, če je naročnik tudi plačnik storitev. Nazadnje izpostavlja še vprašanje upravičenosti do medkulturne mediacije in opozarja, da jo je treba, skladno z *Zakonom o pacientovih pravicah*, razumeti široko, brez omejitev in pogojevanja.

Monografijo zaključujeva s poglavjem *Usposabljanje medkulturnih mediatork*. V njem najprej podava pregled usposabljanj medkulturnih mediatorjev v zdravstvu v tujini, nato pa analizirava usposabljanje medkulturnih mediatork v zdravstvu, kot smo ga izvajali na *NIJZ*. Pri tem opiševa potek usposabljanja in analizirava vlogo udeleženk v njem ter njegov doprinos na tem področju. Poudariva, da so imele udeleženke na usposabljanju vlogo strokovnjakinj iz lastne izkušnje, kar pomeni, da so bile enakopravne soustvarjalke programa, ki je bil prilagojen njihovim potrebam. Izide deliva na rezultate usposabljanja in rezultate vrstniške podpore, saj sta procesa učenja in strokovne podpore na usposabljanju tekla hkrati in ju dojemava kot neločljivo povezana.

V primerjavi s sorodnimi usposabljanji v tujini je bilo usposabljanje medkulturnih mediatork na *NIJZ* po obsegu (45 ur) občutno krajše. Tuji moduli poudarjajo preplet teoretičnih vsebin z usposabljanjem med prakso, kar je vključevalo tudi usposabljanje na *NIJZ*, saj so predavanjem o različnih temah sledile delavnice, na katerih so medkulturne mediatorke reflektirale lastno prakso. Glede na to, da se medkulturna mediacija in tudi usposabljanje na tem področju v Sloveniji razvijata, je še veliko možnosti za nadaljnjo usposabljanja. Zgledov iz tujine in lastnih idej za nadaljnji razvoj pa ne manjka.

SUMMARY

The present monograph is dedicated to intercultural mediation, here seen as a distinct profession aimed towards bridging language, cultural, and other barriers in access to various public services, including healthcare. In Slovenia, intercultural mediation has won recognition predominantly in healthcare institutions, which responded to language and cultural misunderstandings by incrementally contracting intercultural mediators. Our research is embedded in the process of introduction of intercultural mediation in community health centres. The monograph is based on our long-standing collaboration in projects led by the *National Institute of Public Health* in Slovenia and qualitative research pursued in 2018 and 2019. The research encompasses 15 semi-structured individual and 15 semi-structured group interviews conducted with intercultural mediators working in various cities across the country. Although some studies on intercultural mediation are already available in Slovenia, the present scientific monograph is the first to fundamentally reflect on the tasks of intercultural mediation in healthcare.

The introductory and the methodological chapters are followed by the chapter titled *What is intercultural mediation: introductory conceptual reflection*, which analyses the diversity of intercultural mediation in various European countries. Based on the review of scientific literature, one may schematically distinguish the conceptualisation of intercultural mediation as a tool of intercultural conflict resolution and as a distinct profession aimed at bridging language and cultural barriers in various public institutions. Our monograph is focused on the second conceptualisation and summarises some of the most relevant models that help to understand the tasks of intercultural mediators in practice. Among them, special focus is given to the “ladder model” from Belgium, which demonstrates the tasks of intercultural mediators in terms of their visibility and impact in practice. At the bottom of the ladder is the task of interpreting, with the intercultural mediator being the least visible and having the least impact on the situation. At the top of the ladder is advocacy, with the intercultural mediator being the most visible and having the highest impact. The tasks of support are placed in between, with the intercultural mediator having a greater impact and being more visible than in interpreting, but still having a lower impact than in advocacy.

Intercultural mediation is viewed in the wider context of bridging language and cultural barriers, along with the profile of community interpreting. Some theories of community interpreting include intercultural mediation, while others only involve interpreting tasks. To conclude the chapter, the issue of how to approach the two profiles in practice is raised by showing that some approaches aim to make a clear distinction between them while others aim to present the synthesis of both. Finally, attention is drawn to the fact that the conceptual discussions in this area urgently need to take into account the experiences of intercultural mediation in practice, as this is the only way for them to become or remain grounded in the actual needs of people in the field.

Three chapters follow, each of them explaining a further set of tasks from the mentioned ladder model. This approach was selected in order to make the arguments clearer, while bearing in mind that the tasks often overlap in practice. The first of the three chapters dedicated to the tasks of intercultural mediation in healthcare is titled *Interpreting in intercultural mediation*. It highlights the gap between the prescriptive guidelines and everyday practice of bridging language and cultural barriers. Further on, it is argued that the experiences of both intercultural mediators and community interpreters manifest that in practice they often step back from assuming the role of a conduit or neutral party by becoming actively involved in communication between healthcare professionals and foreign-speaking users. Thus, they sometimes follow the declared objectives of their role – for instance, they strive for more direct communication among all the parties involved in clinical encounters. However, they sometimes unknowingly assume an active role into which they are pushed by a series of factors, including their institutional integration in the healthcare institutions where they work.

The chapter titled *Support* is dedicated to the next set of tasks performed by intercultural mediators in healthcare. First, the first task in this set is addressed, i.e. resolving misunderstandings in healthcare provision; this is often relevant to establishing quality clinical communication. The next set involves culture brokerage. It shows that culture brokerage is of utmost relevance, as it may prevent unsubstantiated interventions that occur due to cultural misunderstandings and help to improve the work of various professionals. At the same time, attention is drawn to some of the dilemmas and traps related to cultural brokerage. If intercultural mediators fall into these traps, communication is made more difficult rather than being alleviated. Based on interview analysis, several situations in which intercultural mediators explain the culture of foreign-speaking users to health professionals are exposed. The cases in the foreground manifest that intercultural

mediators need to draw the attention of health professionals to the inadequacy of their generalised and inaccurate beliefs pertaining to the way foreign-speaking users live and explain to them why intercultural mediators cannot provide fast, simplified explanations about the patients' "culture". To conclude this section of the chapter, some cases of cultural brokerage in which intercultural mediators explain the culture of healthcare institutions to foreign-speaking users are presented.

The last section of the chapter brings forward the support intended for healthcare professionals and patients in assuming their roles. Based on the qualitative research, this set of tasks is analysed by means of cases in which the intercultural mediators use simplifications in interpreting or provide an additional explanation to get closer to the conceptual world of users or healthcare professionals. Furthermore, the research has revealed the additional tasks of intercultural mediators that are seen as various forms of help. Namely, interventions by intercultural mediators are of key relevance in widening the accessibility of healthcare for foreign-speaking users, largely because along with their work in triadic situations, they also work with patients before or after clinical encounters. Most often, they assist users in making an appointment, provide help in choosing a doctor or provide additional information. Thus, intercultural mediators ensure a particular continuity of healthcare provision and, in some cases, assume the role of personal healthcare coordinators.

The next chapter, titled *Advocacy*, points out that advocacy is mostly defined in the context of triadic situations, i.e. in the intervention of intercultural mediators between healthcare professionals and foreign-speaking users. This notion is conceptually complemented with the understanding of advocacy as an activity of empowerment and emancipation. Namely, in our research, the intercultural mediators also reported on advocacy in their individual meetings with users and not only in clinical encounters with healthcare professionals. Further on, it is shown that advocacy is defined as moving away from neutrality and taking sides with users; nevertheless, both our local, as well as foreign research also presume that intercultural mediators fairly often place importance on biomedical concepts and practices and take sides with healthcare professionals. In addition, it is observed that intercultural mediators do not often reflect on this fact.

The tasks of intercultural mediators are then contextualised in the chapter titled *Organisation of intercultural mediation in healthcare* by showing that intercultural mediation in healthcare is heavily impacted by organisational aspects. The organisational problems arise in the employment precarity that prevails in the field of intercultural mediation in

healthcare as well as in other areas. Precarity, as shown, leads to insecure working conditions and unstable income for intercultural mediators, as well as contributing to their inconsistent cooperation with various institutions and foreign-speaking users. Organisational problems also occur within healthcare institutions. The most common are problems stemming from misinformation of healthcare professionals about their cooperation with intercultural mediators. However, our research has shown that intercultural mediators often successfully inform healthcare professionals on methods to achieve better professional cooperation.

In the current situation, marked by short-term and unplanned solutions, there are various ways to request services and pay for intercultural mediation. It is highlighted that by definition there are two users of intercultural mediation – healthcare professionals and foreign-speaking patients – therefore, this duality should be reflected in the option to request intercultural mediators. Additionally, a relevant issue is how to create a system that provides safety against the “belt-tightening” that leads to limiting the extent of intercultural mediation, as in the case of the service requester also being the payer. Finally, the issue of eligibility for intercultural mediation is raised and it is argued that the subject needs to be looked at broadly according to the Patients’ Rights Act, without restrictions and preconditions.

The monograph ends with the chapter *The training of intercultural mediators*. First, the training for intercultural mediators from abroad is reviewed, followed by the analysis of the training of intercultural mediators in healthcare as it was implemented at the *National Institute of Public Health*. The training course is outlined and the role of its participants and its contribution in the field are analysed. It is pointed out that the participants assumed the role of “experts by experience,” meaning that they were equal co-creators of the programme adapted to their needs. The outcomes of the training are divided into the results of the training and the results of peer support, since the learning process and professional support were simultaneous and thus seen as inextricably linked.

The training of intercultural mediators at the *National Institute of Public Health* was substantially shorter (45 hours) than similar training from abroad. The foreign modules highlight the combination of theoretical content with practical training, which was also the case for our training course, where the lectures were followed by workshops during which intercultural mediators were able to reflect on their practice. Since intercultural mediation and training in this area is still developing in Slovenia, there are many possibilities available for upgrade. As for now, there is no shortage of examples from abroad, or of our own ideas, for further development.

ZUPANIČEVA KNJIŽNICA

- 1 *MESS – Mediterranean Ethnological Summer School. Vol. 3.* Edited by Zmago Šmitek and Rajko Muršič. Ljubljana 1999.
- 2 *Urban Symbolism and Rituals.* Edited by Božidar Jezernik. Ljubljana 1999.
- 3 *Cultural Processes and Transformations in Transition of the Central and Eastern European Post-Communist Countries.* Edited by Rajko Muršič and Borut Brumen. Ljubljana 1999.
- 4 *Kolesar s Filozofske. Zbornik v počastitev 90-letnice prof. dr. Vilka Novaka.* Uredil uredniški odbor. Ljubljana 2000.
- 5 *Zemljevidi časa/Maps of Time. Zbornik ob 60. obletnici Oddelka za etnologijo in kulturno antropologijo.* Uredila/edited by Zmago Šmitek in/and Borut Brumen. Ljubljana 2001.
- 6 Mirjam Mencej, *Gospodar volkov v slovanski mitologiji.* Ljubljana 2001.
- 7 *MESS – Mediterranean Ethnological Summer School. Vol. 4.* Edited by Bojan Baskar and Irena Weber. Ljubljana 2002.
- 8 *Besede terorja. Medijska podoba terorizma in nasilja.* Uredil Božidar Jezernik. Ljubljana 2002.
- 9 Vladimir N. Toporov, *Predzgodovina književnosti pri Slovanih. Poskus rekonstrukcije.* Ljubljana 2002.
- 10 *MESS – Mediterranean Ethnological Summer School. Vol. 5.* Edited by Rajko Muršič and Irena Weber. Ljubljana 2003.
- 11 Mateja Habinc, *Ne le rožmarin za spomin. O spominskih predmetih in njihovem shranjevanju.* Ljubljana 2004.
- 12 *Dediščina v očeh znanosti.* Uredila Jože Hudales in Nataša Visočnik. Ljubljana 2005.
- 13 *MESS – Mediterranean Ethnological Summer School. Vol. 6.* Edited by Boštjan Kravanja and Matej Vranješ. Ljubljana 2005.
- 14 *Dediščina v rokah stroke.* Uredila Jože Hudales in Nataša Visočnik. Ljubljana 2005.
- 15 *Post-Yugoslav Lifeworlds Between Tradition and Modernity.* Edited by Zmago Šmitek and Aneta Svetieva. Ljubljana 2005.
- 15/1 *Post-Yugoslav Lifeworlds.* 2nd Edition. Edited by Zmago Šmitek and Aneta Svetieva. Ljubljana in Skopje 2008.
- 16 *Ethnography of Protected Areas.* Edited by Peter Simonič. Ljubljana 2006.
- 17 *»Zakaj pri nas žive Cigani in ne Romi«. Narativne podobe Ciganov/Romov.* Uredil Božidar Jezernik. Ljubljana 2006.
- 18 Mirjam Mencej, *Coprnice so me nosile. Raziskava vaškega čarovništva v vzhodni Sloveniji na prelomu tisočletja.* Ljubljana 2006.
- 19 Jaka Repič, *»Po sledovih korenin«. Transnacionalne migracije med Argentino in Evropo.* Ljubljana 2006.
- 20 *Europe and its Other. Notes on the Balkans.* Edited by Božidar Jezernik, Rajko Muršič and Alenka Bartulović. Ljubljana 2007.
- 21 *Places of Encounter. In memoriam Borut Brumen.* Edited by Rajko Muršič and Jaka Repič. Ljubljana 2007.

- 22 Špela Kalčič, »Nisem jaz Barbika«. *Oblačilne prakse, islam in identitetni procesi med Bošnjaki v Sloveniji*. Ljubljana 2007.
- 23 Boštjan Kravanja, *Sveti svet. Topografija religioznega prostora na primeru Breginjskega kota*. Ljubljana 2007.
- 24 Uršula Lipovec Čebren, *Kročere zdravja in bolezn. Tradicionalna in komplementarne medicine v Istri*. Ljubljana 2008.
- 25 *Space and Time in Europe. East and West, Past and Present*. Edited by Mirjam Mencej. Ljubljana 2008.
- 26 *Prostori soočanja in srečevanja. Spominski zbornik za Boruta Brumna*. Uredila Rajko Muršič in Katja Hrobat. Ljubljana 2008.
- 27 Jože Hudales, *Slovenski muzeji in etnologija. Od kabinetov čudes do muzejev 21. stoletja*. Ljubljana in Velenje 2008.
- 28 *MESS and RAMSES II. Mediterranean Ethnological Summer School. Vol. 7*. Edited by Jaka Repič, Alenka Bartulović and Katarina Sajovec Altshul. Ljubljana 2008.
- 29 Miha Kozorog, *Antropologija turistične destinacije v nastajanju. Prostor, festivali in lokalna identiteta na Tolminskem*. Ljubljana 2009.
- 30 Peter Simonič, *Kaj si bo narod mislil? Ritual slovenske državnosti*. Ljubljana 2009.
- 31 *Kulturna dediščina in identiteta*. Uredil Božidar Jezernik. Ljubljana 2010.
- 32 *Niko Zupanič, njegovo delo, čas in prostor. Spominski zbornik ob 130. obletnici rojstva dr. Nika Zupaniča*. Uredila Rajko Muršič in Mihaela Hudelja. Ljubljana 2009.
- 33 *Med prezentacijo in manipulacijo*. Uredil Božidar Jezernik. Ljubljana 2010.
- 34 Nataša Visočnik, *Hiša kot prostor identitet. Oblikovanje identitet skozi percepcije prostora in telesa v bivalnem okolju na Japonskem*. Ljubljana 2011.
- 35 Alenka Bartulović, »Nismo vaši!« *Antinacionalizem v povojnem Sarajevu*. Ljubljana 2013.
- 36 *Antropološki vidiki načinov življenja v mestih*. Uredila Jaka Repič in Jože Hudales. Ljubljana 2012.
- 37 *Politika praznovanja. Prazniki in oblikovanje skupnosti na Slovenskem*. Uredil Božidar Jezernik. Ljubljana 2013.
- 38 *Heroji in slavne osebnosti na Slovenskem*. Uredil Božidar Jezernik. Ljubljana 2013.
- 39 *Praznična večglasja. Prazniki in oblikovanje skupnosti na Slovenskem*. Uredila Ingrid Slavec Gradišnik. Ljubljana 2014.
- 40 Simona Klaus, *Pa vse, kar sem hotu, so ble dobre vile. Folklor v oglasih med letoma 1980 in 2011 v Sloveniji*. Ljubljana 2014.
- 41 »Kar ustvariš ostane. Svetu cvet. Tebi rane.« – *Vinko Möderndorfer – učitelj, politik in raziskovalec* Uredila Ingrid Slavec Gradišnik in Jože Hudales. Ljubljana 2016.
- 42 Ambrož Kvartič, *Pa se je to res zgodilo? Sodobne povedke v Sloveniji*. Ljubljana 2016.
- 43 *Sounds of Attraction. Yugoslav and Post-Yugoslav Popular Music*. Edited by Miha Kozorog and Rajko Muršič. Ljubljana 2017.
- 44 *Collecting and Collections in Times of War or Political and Social Change: COMCOL Annual Conference, Celje 2014*. Edited by Jože Hudales and Tanja Roženberger. Ljubljana 2017.

- 45** *Države praznujejo. Državni prazniki in skupnosti na območju bivše Jugoslavije.* Uredila Božidar Jezernik in Ingrid Slavec Gradišnik. Ljubljana 2017.
- 46** Helena Konda, *Grafiti v Ljubljani. Zgodovina, grafitarji, mesto.* Ljubljana 2017.
- 47** *Anthropological Perspectives of Solidarity and Reciprocity.* Edited by Peter Simonič. Ljubljana 2019.
- 48** *Močni, modri in dobri: Junaki v slovenski folklori.* Uredila Božidar Jezernik in Ingrid Slavec Gradišnik. Ljubljana 2020.
- 49** *Dediščina prve svetovne vojne. Reprezentacije in reinterpretacije.* Uredila Jurij Fikfak in Božidar Jezernik. Ljubljana 2021.

Kataložna zapisa o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in
univerzitetni knjižnici v Ljubljani

Tiskana knjiga

COBISS.SI-ID=58287107

ISBN 978-961-06-0444-0

E-knjiga

COBISS.SI-ID= 58109443

ISBN 978-961-06-0440-2 (PDF)