



VODIČ

ZA ZDRAVSTVENE MEDIJATORE



IZDAVAČ

Centar za istraživanje i razvoj društva

IDEAS

Beograd, 2021.

UVOD	5
IZAZOVI U ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI IZBEGLICA I MIGRANATA	7
Jezičke barijere	8
Sociokulturne barijere	9
Komunikacione barijere	10
Sistemske barijere	10
Interkulturno posredovanje u zdravstvu	11
ZDRAVSTVENA MEDIJACIJA	13
Definicija zdravstvene medijacije	13
Ključne uloge zdravstvenih medijatora	14
Zadaci zdravstvenih medijatora	15
Prevođenje i tumačenje	16
Facilitacija	17
Zastupanje	19
Standardi medijacije u zdravstvu	20
Standardi prevođenja/tumačenja	20
Standardi facilitacije	22
Standardi za zastupanje	25
Kulturno kompetentna praksa i kulturno kompetentan profesionalac	25
Dobiti i efekti kulturne medijacije u zdravstvu	27
Ko može biti zdravstveni medijator	28
OBLASTI ZNANJA I VEŠTINE ZDRAVSTVENIH MEDIJATORA	29
Međunarodni pravni okvir	29
Nacionalni zakonodavni okvir	32
Uloge i odgovornosti različitih sistema i specifičnosti lokalne organizacije	36
Uloga zdravstvenog sistema	36
Uloga ostalih organizacija i institucija	38
Koordinacija u obezbeđivanju zdravstvene zaštite	40
Koordinacija na lokalnom nivou	42
Mehanizmi upućivanja korisnika	43
Mehanizam pritužbi i žalbi	44
Koncept zdravlja i bolesti	45
Razumevanje koncepata zdravlja i lečenja u okviru tradicionalnih pristupa iz perspektive migranata	45
Čuvati poverljivost i privatnost	49
Komunicirati na kulturno osetljiv način	52
Kako prepoznati rodno zasnovano nasilje i diskriminaciju i kako postupati u vezi s njima	54
Osnovni pristupi u kulturološki osetljivom radu sa ženama i devojčicama	62
Osnovni pristupi u radu sa decom bez pratnje i razdvojenom decom	65
Osnovni pristup osobama sa mentalnim teškoćama	67
COVID-19 u zdravstvenoj medijaciji	72
Posledice pandemije COVID-19 na mentalno zdravlje migrantsko-izbegličke populacije	73
Imunizacija migranata i izbeglica	75
Pružanje psihosocijalne podrške	75
Osnovne tehnike medijacije i pregovaranja	79
Konstruktivno rešavanje problema i komunikacija	80
Nenasilna komunikacija	81
Aktivno slušanje	82
Neverbalna komunikacija	82
Kako slušati	83
Osnove pregovaranja	84
Osnovni elementi pozitivne komunikacije sa decom i komunikacije sa traumatizovanim detetom	85
Komunikacija prilagođena deci	86
Komunikacija sa traumatizovanim detetom	86
Uloga zdravstvenog medijatora u sukobima	87
Granice uloga	88
RESURSI ZA ZDRAVSTVENE MEDIJATORE	89
LITERATURA	90

UVOD

Ovaj vodič nastao je u okviru projekta „Jačanje angažovanja civilnog društva u odgovoru na COVID-19 na nacionalnom i lokalnom nivou“ podržanog od strane Svetske zdravstvene organizacije. Svetska zdravstvena organizacija zdravlje izbeglica i migranata vidi kao kritični element univerzalne zdravstvene zaštite koji predstavlja izazov za sve zemlje, posebno u okviru ostvarivanja vizije i ciljeva Agende održivog razvoja do 2030. godine.⁵⁹ U aprilu 2019. godine Svetska zdravstvena organizacija je na 72. sednici svoje skupštine razmatrala i usvojila Globalni akcioni plan za unapređenje zaštite zdravlja izbeglica i migranata.⁶⁰ Cilj akcionog plana je poboljšanje globalnog zdravlja i dobrobiti izbeglica i migranata u okviru napora da se odgovori na zdravstvene potrebe celokupnog stanovništva, što bi obezbedilo inkluzivan i holistički pristup zdravstvenim potrebama migranata. Ovi globalni naponi trebalo bi da obezbede najviši zdravstveni standard u skladu sa nacionalnim zakonodavstvom i međunarodnim instrumentima o jednakom pristupu uslugama u sistemu javnog zdravlja.

Dosad sprovedena istraživanja, pre svega u SAD, Belgiji i skandinavskim zemljama, još uvek ne daju dovoljno empirijskih podataka o povezanosti strukturalnih faktora i temeljnih mehanizama zdravstvene zaštite sa evidentnom izloženošću migranata i izbeglica nejednakostima u zdravlju i pristupu zdravlju. Uočeno je da zdravstvene intervencije mogu biti manje efikasne a zadovoljstvo pacijenata migranata i izbeglica mnogo manje⁶¹ kao rezultat diskriminatorne, neadekvatno organizovane zdravstvene zaštite, u kojoj zdravstvenim radnicima nedostaju veštine za pružanje zdravstvenih usluga korisnicima sa drugačijeg govornog područja i iz drugačijih kulturnih konteksta. Ovo utiče i na spremnost migranata i izbeglica da koriste usluge zdravstvenog sistema. Neke zdravstvene prakse mogu biti potpuno u suprotnosti sa stavovima i verovanjima izbeglica i migranata i kao takve za njih neprihvatljive ukoliko nema tumačenja i razumevanja značaja određenih intervencija za njihovo lično zdravlje i dobrobit. Istraživanja o tome kako kultura utiče na percepciju pristupa i efikasnost zdravstvene zaštite, pokazala su da su unapređenje zdravstvene zaštite i njena povećana dostupnost pripadnicima različitih kultura neophodni za unapređenje zdravlja, dobrobiti i blagostanja ne samo migranata i izbeglica već i cele zajednice. Neki od ključnih razloga koji su opredelili ovakvu orijentaciju ogledaju se u činjenici da se izbeglice i migranti susreću sa kulturološkim i jezičkim barijerama u pristupu zdravstvenoj zaštiti, što dovodi do zdravstvene nejednakosti. Svetska zdravstvena organizacija među merama za unapređenje socijalne uključenosti migranata ističe značaj uvođenja propisa kojima se od ustanova zdravstvene zaštite zahteva da obezbede ravnopravnost u pristupu zdravlju svim etničkim grupama i razvoj zdravstvenih politika koje osiguravaju jednak pristup uslugama, uključujući i prevenciju i promociju zdravlja za sve grupe. Globalni akcioni plan obavezuje države da smanje komunikacijske prepreke i obuče pružaoce zdravstvenih usluga za kulturno osetljivo pružanje usluga, uključujući angažovanje kulturnih medijatora i prevodilaca.

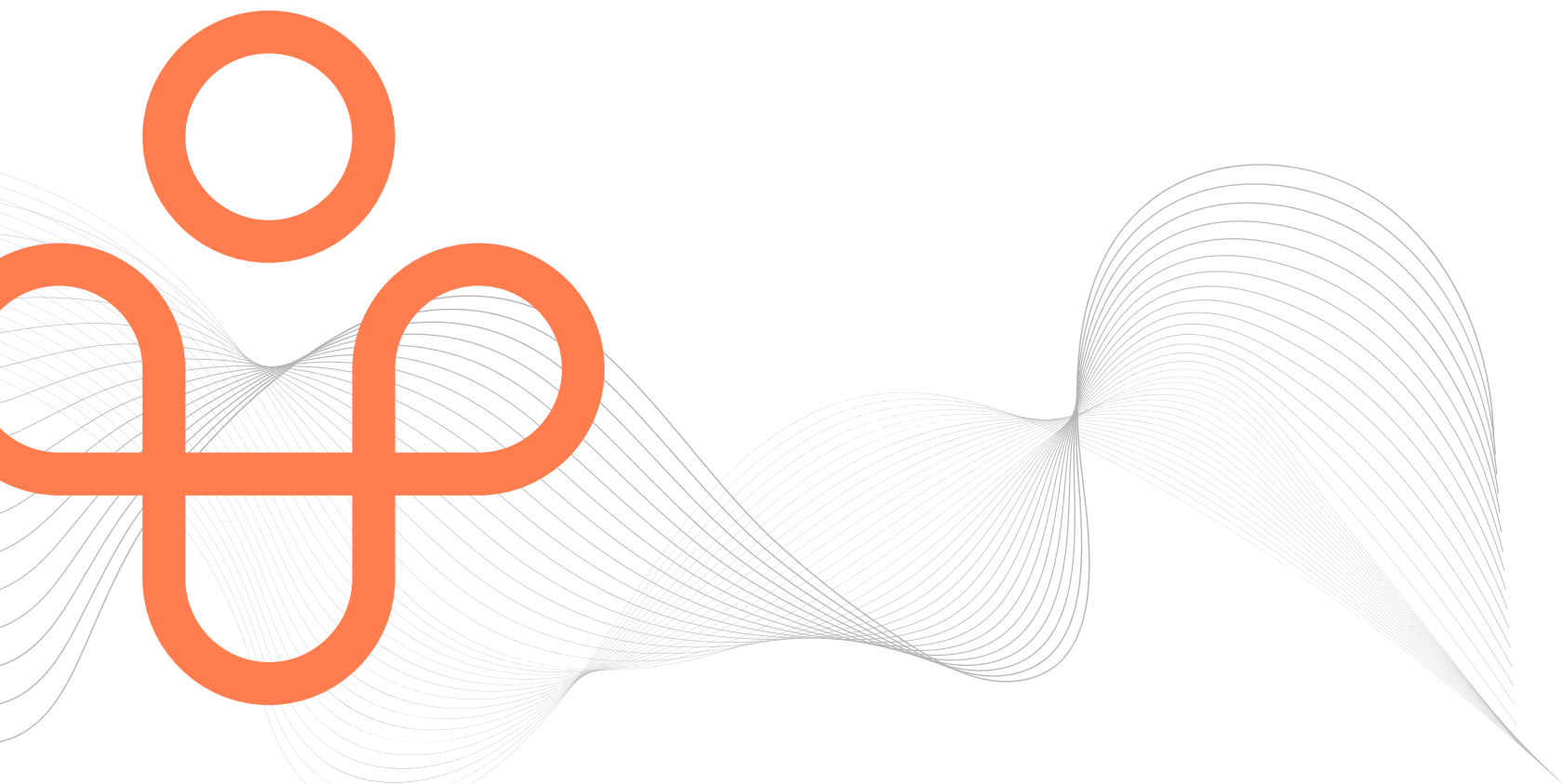
59 UN General Assembly, Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development, 21 October 2015, A/RES/70/1; dostupno na: <https://sdgs.un.org/2030agenda>.

60 World Health Assembly, 72. (2019); Promoting the Health of Refugees and Migrants: Draft Global Action Plan, 2019–2023: Report by the Director-General, World Health Organization; dostupno na: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328690>.

61 Birman, D. (2005), Ethical Issues in Research With Immigrants and Refugees, Handbook of Ethical Research with Ethnocultural Populations and Communities (pp.155–177); dostupno na: https://www.researchgate.net/publication/254132460_Ethical_Issues_in_Research_With_Immigrants_and_Refugees/link/00b49520b078a78b48000000/download.

Kulturno i jezički prikladne usluge poštuju zdravstvena uverenja, prakse i potrebe različitih korisnika i odgovaraju na njih. Prilagođavajući usluge kulturi i jeziku pojedinca, zdravstveni radnici mogu pomoći postizanju pozitivnih zdravstvenih ishoda za različite populacije. Kulturni medijatori su prepoznati kao jedna od najvažnijih strategija za poboljšanje zdravstvene zaštite migranata i izbeglica. Njihovo uključivanje smanjuje probleme u komunikaciji, migranti i izbeglice su informisani o svom stanju i lečenju, a ishod zdravstvene zaštite je kvalitetniji i bolji za pacijenta. Idealno bi bilo kada bi zdravstveni sistem mogao da obezbedi obučene zdravstvene radnike za pružanje kulturno osetljivih usluga, mada to nije uvek moguće. S druge strane, uključivanje kulturnih medijatora koji nisu zdravstveni radnici u zdravstvenu zaštitu migranata i izbeglica, nosi kako velike dobrobiti za pacijente, tako i niz pitanja i rizika (obučenost, veštine u prevođenju i razumevanju zdravstvene terminologije, sposobnost zadržavanja neutralnosti, etičke dileme itd.). Zasad postoji konsenzus na međunarodnom nivou da su medijatori u zdravstvenoj zaštiti neophodni kao jedna od strategija za unapređenje zdravlja migranata i izbeglica. Na nivou konsenzusa definisani su osnovni zahtevi i standardi posla medijatora u zdravstvu. Iako je neophodno i dalje raditi na profesionalizaciji kulturne medijacije u zdravstvu, angažovanje kulturnih medijatora već sada daje vidljive pozitivne efekte u lečenju i dostupnosti usluga migrantima i izbeglicama.

Kako je Srbija zemlja na ruti mešovutih migracija i kroz nju prođe više od 50.000 izbeglica i migranata godišnje, neophodno je radi ostvarivanja njihovog prava na zdravlje i kvalitetnu zdravstvenu zaštitu razviti kulturno osetljiv sistem zdravstvene zaštite. Jedna od intervencija važnih za unapređenje dostupnosti zdravstvene zaštite jeste bolje informisanje izbeglica i migranata o pravu na zdravlje i o uslugama zdravstvene zaštite, to jest uvođenje zdravstvenih medijatora. Koncept zdravstvenih medijatora prilagođen je tranzitnom kontekstu, koji podrazumeva kratak boravak izbeglica i migranata i njihovu značajnu fluktuaciju u broju i oslanja se na dodatnu edukaciju radnika na terenu koji već imaju uspostavljen odnos sa izbeglicama i migrantima. Medijatori u zdravstvu unapredili bi organizacione kapacitete države za omogućavanje ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu i dostupnost zdravstvenih usluga migrantima i izbeglicama u tranzitnom kontekstu, što je jedno od osnovnih ljudskih prava.



IZAZOVI U ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI IZBEGLICA I MIGRANATA

Pravo na zdravlje pripada svim ljudima, bez obzira na mesto u kome žive, kulturu, versku i drugu pripadnost. Ostvarivanje ovog prava definisano je međunarodnim instrumentima i standardima, kao i nacionalnim zakonodavstvom pojedinačnih zemalja.

Univerzalna deklaracija o ljudskim pravima navodi da svako ima pravo na životni standard koji obezbeđuje zdravlje i blagostanje, što uključuje hranu, stanovanje, socijalne usluge i zdravstvenu negu, kao i pravo na osiguranje u slučaju bolesti. Međunarodni pakt o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima ističe da država treba da prizna pravo svakog lica da uživa najviši mogući standard fizičkog i mentalnog zdravlja. Drugi ključni međunarodni dokumenti koji određuju standarde brige o zdravlju su Konvencija o eliminaciji svih oblika diskriminacije nad ženama, Konvencija o pravima deteta i Konvencija o ukidanju svih oblika rasne diskriminacije. U skladu sa međunarodnim standardima, zdravstvena zaštita treba da bude dostupna i odgovarajućeg kvaliteta, bez diskriminacije po bilo kom osnovu.

Važnost kulturnih aspekata u ostvarivanju zdravlja, blagostanja i zdravstvene zaštite jedna je od posebno značajnih oblasti u obezbeđivanju prava na zdravlje i jedna od centralnih oblasti delovanja u cilju unapređivanja pristupa zdravstvenoj zaštiti izbeglica i migranata. Različite društvene prakse i karakteristike bolesti koje postoje ili bolesti u nastajanju utiču na način kako se razumeju i formiraju koncepti zdravlja i blagostanja. Medicinsko znanje koje se formira i način na koji se ono razume, kako se vrednuje, kada i kako se usvaja i primenjuje, zavisi od ovih interakcija. Percepcije fizičkog i psihičkog blagostanja bitno se razlikuju među društvima i unutar njih. Iako se kulture često spajaju i menjaju, ljudska raznolikost garantuje da će različiti stilovi života i verovanja opstati tako da sistemi vrednosti ostanu autonomni i različiti. U svim kulturnim okruženjima – lokalnim, nacionalnim, svetskim, pa čak i biomedicinskim – potreba za razumevanjem odnosa između kulture i zdravlja, posebno kulturnih faktora koji utiču na ponašanje koje poboljšava zdravlje, postala je ključna u nastojanjima za unapređenje zdravlja, posebno migranata i izbeglica.

Već je istaknuto da na kvalitet zdravstvene zaštite utiču sociološke, ekonomske, političke, obrazovne i druge komponente, o kojima sada neće biti reči. Fokusiraćemo se samo na izazove sa kojima se susreću zdravstveni sistemi i same izbeglice i migranti u osiguranju za njih dostupne zdravstvene zaštite. Zasad dostupna istraživanja ukazuju na niz izazova u obezbeđivanju kvalitetne zdravstvene zaštite za migrante i izbeglice, to jest etničke manjine i ljude sa drugačijeg govornog područja.

Dva ključna izazova ogledaju se u jezičkim barijerama i sociokulturnim barijerama. Pri tome je očito da se različiti rizici u okviru ovih barijera odnose kako na zdravstveni sistem i ustanove primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite, tako i na populaciju migranata i izbeglica, to jest etničkih manjina i ljudi sa drugačijeg govornog područja. Treći izazov za zdravstveni sistem je komunikacioni kapacitet sistema, koji podrazumeva mnogo više od samih jezičkih barijera.

Jezičke barijere

Sprovedena istraživanja jasno su pokazala da jezičke barijere, tj. nerazumevanje govora drugog, ima jak uticaj na kvalitet zdravstvene zaštite etničkih manjina i ljudi drugačijeg govornog područja i time i na njihovo zdravlje.⁶² Ovo se ogleda u prvom kontaktu sa lekarom/zdravstvenim osobljem, u procesu lečenja i u eventualnoj bolničkoj nezi. Takođe su nedostupni preventivni programi, informativni materijal⁶³ i informacije značajne za zdravstvenu zaštitu. Ove barijere dovode do smanjenog korišćenja zdravstvenih usluga i samim tim do nižeg kvaliteta zdravlja i ugrožavanja blagostanja.

Jezičke barijere su često izraženije kod migranata i izbeglica sa nižim obrazovnim statusom. Ovome doprinosi ne samo nepoznavanje jezika već verovatno i manjak znanja o zdravstvenom sistemu i načinima kako se može stići do zdravstvene zaštite.

Poznavanje uticaja jezičkih barijera je još nedovoljno ispitano, ali postojeći podaci ukazuju na činjenicu da se kod ljudi drugačijeg govornog područja javlja niz sekundarnih negativnih efekata na zdravlje, od kojih navodimo samo neke:

- a) Smanjenje razumevanja aktuelnog zdravstvenog stanja i potrebnog lečenja. Na taj način je povećan rizik od neadekvatnog postavljanja dijagnoze i nerazumevanja postavljene dijagnoze od strane pacijenata, nerazumevanja delovanja lekova i povećanog prijavljivanja neželjenih efekata leka. Povećan je rizik da pacijent neće prihvatiti prijem u bolnicu, te da će biti neadekvatno lečen, pogotovu kod hroničnih bolesti;
- b) Poteškoće u uspostavljanju zajedničkog razumevanja koncepta zdravlja i usklađivanju ličnih stavova i vrednosti u vezi sa zdravljem i sistemskim pristupom zdravlju⁶⁴ – šta je to zdravlje, kako se postiže, kako ishrana, higijena i način života utiču na zdravlje. Smanjena mogućnost razmene informacija o ovim pitanjima značajno ugrožava ne samo aktuelno lečenje već i generalno ostvarivanje zdravlja i dobrobiti;
- c) Otežano ostvarivanje etičkih standarda u pristupu pacijentu i njegovom lečenju. Jezičke barijere mogu dovesti do propusta da se zaštiti poverljivost odnosa pacijent–lekar, ili do teškoća u dobijanju smislene informacije od pacijenta ili u obezbeđivanju njegovog informisanog pristanka na lečenje;⁶⁵
- d) Smanjena efikasnost u lečenju i zadovoljstvo zdravstvenih radnika obavljenim tretmanom, kao i povećan rizik za ostvarivanje pune odgovornosti zdravstvenog sistema u obezbeđivanju kvalitetne zdravstvene zaštite usled teškoća u razumevanju tegoba pacijenata i poštovanju etičkih standarda. Pružaoci zdravstvenih usluga često nisu zadovoljni obavljenim poslom i ne osećaju se dovoljno kompetentnim za pristup pacijentima i lečenje pacijenata drugačijeg govornog područja. Posebno je otežano uspostavljanje poverljivog odnosa pacijenata i lekara. I kada se koriste usluge prevodioca, uspostavljanje ovog odnosa je donekle ugroženo uvođenjem treće osobe u odnos lekara i pacijenta;

62 Fernandes, A. & Miguel, J. P. (2009), Health and Migration in the European Union: Better Health for All in an Inclusive Society, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2009; dostupno na: <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epidemiologia/HealthMigrationEU2.pdf>.

63 Ibid.

64 Hsieh, E. (2006), Understanding Medical Interpreters: Reconceptualizing Bilingual Health Communication, General Research Articles, Health Communication, 20(2), Lawrence Erlbaum Associates, Inc., 2006, p. 177–186; dostupno na: <https://elainehsiehphtd.net/download/Hsieh2006-HC.pdf>.

65 Jedno Kanadsko istraživanje je pokazalo da su metode koje se koriste za dobijanje informisanog pristanka pacijenata drugačijeg govornog područja neadekvatne i da se uglavnom primenjuju pristupi specifični za osobe sa mentalnim teškoćama i demencijom, usled čega ne omogućavaju punu primenu prava (Kaufert & Putsch, 1997).

- e) Smanjenje zadovoljstva lečenjem kod pacijenata kao i njihovog razumevanja i pridržavanja tretmana;
- f) Može doći do povećanih troškova lečenja.

Komunikacija može biti ugrožena ne samo zbog verbalnog nerazumevanja. Neverbalna komunikacija značajno varira od kulture do kulture, a ponekad može imati i suprotno značenje. Na primer, očuvanje kontakta očima se vrednuje u većini kultura jer se smatra da šalje poruku pouzdanosti i iskrenosti. Međutim, u nekim kulturama uspostavljanje kontakta očima smatra se nepoštovanjem ako je jedna od osoba nižeg društvenog položaja, a u nekim se smatra čak sramnim, pogotovu ako se kontakt očima uspostavlja sa strancima. Klimanje glavom u većini kultura znači odobravanje, saglasnost ili razumevanje, ali postoje kulture u kojima je ovo samo znak priznanja, bez razumevanja. Postoje i značajne kulturološke razlike koje se odnose na fizičku bliskost, fizički dodir, gestikulaciju i druge neverbalne znake.

Sociokulturne barijere

Istraživanja uticaja kulture na zdravlje i lečenje su u konstantnom porastu, iako ih još nema dovoljno. Jedan od razloga možda može biti neuhvatljivost kulture i otežano prihvatanje, posebno od strane naučnika u oblasti zdravlja, da su stavovi, ideje i viđenje zdravlja i načina kako se osigurava zdravlje i lečenje uzrokovani kulturom i predstavljaju deo kulture. Kao rezultat ovakvih verovanja, u sistemima zdravstva postoji pretežno uverenje da su loši ishodi u lečenju migranata i izbeglica i osoba sa drugačijeg jezičkog područja van nadležnosti i kontrole pružalaca zdravstvene zaštite. Odgovornost za neadekvatne ishode je, u skladu sa ovakvim stavovima, na samim izbeglicama i migrantima, bilo zbog njihovih ličnih karakteristika ili uverenja koja imaju. Zastupnici ideje da zdravstvene ustanove treba da budu kulturno osetljive i da je na njima odgovornost za efikasnost i etičnost u lečenju pripadnika etničkih manjina i drugačijeg govornog područja, smatraju da bi sve zdravstvene usluge trebalo učiniti kulturno osetljivijima. Uticaj sociokulturnih faktora najizraženiji je u:

- a) Neprihvatanju lečenja i preporuka o očuvanju zdravlja jer su one kulturno neprihvatljive. Ukoliko se ne uvažavaju kulturološke razlike, zdravstvene usluge postaju kulturno neprihvatljive za pripadnike etničkih manjina. Na primer, neuvažavanje kulturološkog stava da samo žena lekar može da ostane nasamo u ordinaciji sa izbeglicom/migrantkinjom i da samo žena lekar može da je pregleda, može dovesti do odbijanja lečenja od strane izbeglice/migrantkinje i njene porodice jer je za njih neprihvatljivo da lekar muškarac pregleda ženu i bude s njom nasamo u ordinaciji. Nemogućnost da obroci u bolnici odgovaraju verskim i kulturnim potrebama pacijenta može dovesti do odbijanja lečenja i slabijih rezultata u lečenju;
- b) Tradicija i verska ubeđenja mogu imati veliki uticaj na očekivanja i odnos etničkih manjina prema zdravstvenom sistemu. Na primer, načini tumačenja nastanka bolesti i potrebe za lečenjem, tradicionalni načini lečenja, stavovi u vezi sa operacijom, transplanatacijom i transfuzijom, stavovi o tome da li i kako saopštiti loše vesti u vezi sa zdravljem, da li, kada i kako posećivati obolele, kako se razume proces umiranja i sama smrt, verovanje da duhovi predaka mogu pomoći u izlečenju, obrezivanje genitalija i sl. utiče na traženje i prihvatanje intervencija zdravstvenog sistema. Tradicionalni pristupi lečenju i kulturološki običaji koji utiču na zdravlje mogu biti brutalni i dovesti do ozbiljnih telesnih i mentalnih

teškoća. Takođe, oni su vrlo različiti u različitim sredinama. Na primer, u Jugoistočnoj Aziji, ali i u nekim etničkim grupama poreklom iz Afrike (Eritreja, Etiopija, Somalija i Sudan), kao i u zemljama Bliskog istoka, Latinske Amerike i Azije, sakaćenje ženskih genitalija (žensko obrezivanje) tradicionalna je praksa. Razlozi za ovo uključuju „kulturni, rodni i grupni identitet, socijalnu koheziju, nevinost i porodičnu čast, neophodnost braka, plodnost i čistoću, lepotu, obred prolaznosti, verska uverenja i prihode tradicionalnih praktičara.“ Ova praksa može dovesti do dugoročnih značajnih problema fizičkog i mentalnog zdravlja žena, uključujući probleme seksualnog i reproduktivnog zdravlja. Tradicionalne zdravstvene prakse kao što su kupanje, štipanje i trljanje, mogu ostaviti povrede na koži;

- c) Zdravstvena pismenost predstavlja stepen do kojeg osoba ima sposobnost da nabavi, obradi i razume zdravstvene informacije kako bi donosila odluke o vlastitom zdravlju. Za neke etničke manjine karakteristična je niska zdravstvena pismenost, koja je direktno povezana sa sociodemografskim faktorima, kao što su obrazovanje, sposobnost da se prepozna i artikuluše zdravstveni problem, sposobnost da se postupa u skladu sa savetima i uputstvima koje daju zdravstveni radnici, i sa poznavanjem socijalnog i zdravstvenog sistema. Niska zdravstvena pismenost značajno umanjuje kapacitet pojedinaca, bez obzira na jezičke barijere, a sa njima još i više, da razumeju, prihvate lečenje i donesu konstruktivne odluke u vezi sa zdravljem i lečenjem.

Komunikacione barijere

Praksa je pokazala da dobra komunikacija između pacijenata i pružalaca zdravstvenih usluga ima trajne efekte na zdravlje migranata i izbeglica, kao i na njihovo prihvatanje lečenja i potrebnih medicinskih zahvata. Istraživanja ukazuju na to da podrška pripadnicima manjinskih grupa koju obezbeđuju obučeni prevodioci, dovodi do smanjenja komunikacijskih grešaka, povećanja strpljenja i razumevanja i do kvalitetnijeg lečenja i većeg zadovoljstva pacijenata pripadnika etničkih manjina. Takođe se skraćuje vreme od pojave bolesti do odlaska lekaru, što je jedan od značajnih prediktora blagovremenog lečenja i ozdravljenja. Dobra komunikacija informacija o zdravlju, oboljenjima, stručnim pristupima lečenju, vrednostima zdravstvenog sistema i sistemskoj organizaciji zdravstvene zaštite i pružaocima zdravstvenih usluga obezbeđuje, osim dobrobiti i zdravlja migranata i izbeglica, i zdravlje i dobrobit zajednice u kojoj oni žive.

Sistemske barijere

Može se reći da su kapaciteti jedne zemlje za uspostavljanje adekvatnog pristupa sistemu zdravstvene zaštite za izbeglice i migrante sa drugačijeg govornog područja još jedna grupa barijera koja otežava kvalitet zdravstvene zaštite izbeglica i migranata. Sistemske barijere ogledaju se pre svega u diskriminišućim zdravstvenim praksama, odsustvu politika u zdravstvenoj zaštiti koje uvažavaju kulturološke specifičnosti korisnika usluga i, povezano s tim, nepostojanju obuka zdravstvenih radnika za pružanje kulturno osetljivih zdravstvenih usluga, kao i u organizaciji službi zdravstvene zaštite koja nije fleksibilna i osetljiva na kulturološke razlike. Značajni pomoci u ublažavanju diskriminatorskih mehanizama, pre svega u domenu obezbeđivanja prevođenja i organizaciji zdravstvenih usluga, već su evidentni u mnogim evropskim zemljama i SAD. U tim zemljama multikulturalna zdravstvena zaštita postaje institucionalni prioritet, što omogućava, uslovno klasifikovano, unapređenje zdravstvene prakse u četiri pravca:

- razvoj kompetencija zdravstvenog osoblja za kulturno osetljiv pristup pacijentima;

- organizaciono uređenje pružalaca usluga zdravstvene zaštite, pre svega primarne i sekundarne zdravstvene zaštite, što uključuje i uvođenje pozicije kulturološkog posrednika u zdravstvu;
- razvoj preventivnih i informativnih programa koji su dostupni i razumljivi na jeziku koji izbeglice i migranti razumeju;
- uvođenje programa kulturne medijacije/posredovanja u zajednici kao modalitetu koji je pre svega usmeren na jačanje kapaciteta migranata i izbeglica i pripadnika etničkih manjina za korišćenje zdravstvenog sistema i razumevanje vrednosti i stavova u vezi sa zdravljem i lečenjem.

U nastojanju da se jezičke i sociokulturne barijere umanje ili prevaziđu, započeto je angažovanje prevodilaca – od pripadnika nacionalnih manjina koji dobro vladaju jezikom zemlje u kojoj žive do profesionalnih prevodilaca. Njihova podrška pripadnicima etničkih manjina pre svega je usmerena na uspostavljanje kontakta sa zdravstvenim radnicima, ali i na razumevanje zdravstvenog sistema, korišćenje zdravstvenih usluga i donošenje konstruktivnih odluka u vezi sa zdravljem i lečenjem. Ove prakse, iako su pokazale pozitivne rezultate, ukazale su i na niz dilema i teškoća: koliko je verodostojan prevod medicinski neobrazovanog prevodioca; da li profesionalni prevodilac treba samo profesionalno da prevede govor ili treba da mu doda tumačenje svakodnevnog govora; koliko je razumevanje kulturnih karakteristika usaglašeno; koliko pacijent zaista dobija pravu informaciju koju je uputio lekar, bez obzira na to ko prevodi; kako prisustvo prevodioca utiče na uspostavljanje odnosa poverenja između pacijenta i lekara, kao i niz drugih. Prevodioci delom preuzimaju i ulogu posrednika u kulturi, što je dovelo do uvođenja kulturnih medijatora u zdravstveni sistem. Preporučuje se da kulturni medijator bude osoba koja je medicinski obrazovana i koja je istovremeno pripadnik etničke manjine iz koje je i pacijent zdravstvene zaštite (što je visoki standard za skoro sve zemlje). Dobiti od uvođenja prevodilaca/kulturnih medijatora u zdravstveni sistem opravdavaju njihovo postojanje, a uočeni rizici zahtevaju profesionalizaciju i institucionalizaciju kulturne medijacije u zdravstvu. Standardi kulturno osetljive zdravstvene prakse suštinski većim delom nisu specifični samo za zdravstveni sistem i mogu biti od velike koristi u razvoju kulturno kompetentnog pristupa u svim pomagačkim profesijama.

Jedna od najznačajnijih promena jeste rad na uvođenju kulturno osetljivog sistema zdravstvene zaštite, na razvoju već pomenutih standarda kulturno osetljive zdravstvene prakse i osposobljavanju zdravstvenih radnika za kulturno senzitivni pristup pacijentima. Organizuju se programi obuke za zdravstvene radnike za razvoj kompetencija multikulturne prakse. Razvoj preventivnih programa u vezi sa zdravljem i informativnih programa o pristupu zdravstvu i lečenju i tome kako koristiti sistem zdravstva na efikasan način, usmeren je na jačanje kapaciteta pripadnika etničkih manjina da razumeju i koriste zdravstveni sistem. Potrebno je da ovi programi budu dostupni različitim manjinskim grupama, prilagođeni pismenim i nepismenim članovima manjinskih zajednica, a korišćenje crteža i likovnih ilustracija koje pojašnjavaju određene sadržaje, treba da bude takvo da je usklađeno sa kulturnim vrednostima. U kreiranje ovih programa neophodno je uključivanje predstavnika manjinskih grupa. Njihovo uključivanje često može pružiti neprocenjive informacije o strategijama i samoorganizovanjima njihovih zajednica, koje mogu pomoći u poboljšanju uticaja aktivnosti promocije zdravlja.

Interkulturalno posredovanje u zdravstvu

Iako se pristup posredovanja u zdravstvu intenzivno razvija već dvadesetak godina, on još ne predstavlja jasan i zaokružen sistem intervencija, pravila i procedura, što znači da se radi o dinamičnoj oblasti u kojoj

su unapređenja i standardizacija potrebni i poželjni. Ovde prezentovan koncept kulturološke medijacije u zdravstvu dat je na osnovu aktuelnih dostignuća i uspostavljenih konsenzusa i standarda na međunarodnom nivou. On obuhvata dve ključne oblasti – prevođenje i posredovanje u kulturi. Postoji niz diskusija na temu opisa posla zdravstvenih medijatora, prednosti njihovog rada i rizika kojima izlažu korisnike, kao i pitanja da li je posredovanje u kulturi u zdravstvu potrebno ili ne.

Zdravstvena medijacija razvija se u dva pravca. Pravac koji je neophodan, a u Srbiji je još u povoju, jeste prilagođavanje zdravstvenog sistema potrebama u lečenju i očuvanju zdravlja pripadnika različitih etničkih grupa. Međunarodne konvencije i dokumenti koji se tiču kulturno kompetentne zdravstvene prakse upravo nastoje da razviju takav zdravstveni sistem. Drugi pravac razvoja je na neki način istovetan sa prvim, ali je usmeren na drugačiji oblik organizovanja podrške u očuvanju zdravlja – na podršku koja potiče iz zajednice i postoji u zajednici. Ona mora biti zasnovana na istim principima i vrednostima kao i sâm sistem kulturno kompetentne zdravstvene prakse, s tim što je usmerenija na stvaranje uslova za dostupnost lečenja i očuvanja zdravlja nego na samo lečenje.

Stoga je važno da razlikujemo obaveze zdravstvenog sistema da obezbedi kulturološku medijaciju u okviru samog sistema i da poštuje, prihvata i radi zajedno sa akterima u zajednici koji posreduju između migranata i sistema radi očuvanja zdravlja i lečenja i ulogu zajednice u kulturnom posredovanju, to jest medijaciji. Ovaj priručnik odnosi se na ulogu i doprinos zajednice u procesu razvoja kulturno kompetentne zdravstvene prakse, te je stoga podeljen na dva dela. U prvom delu priručnik se bavi generalnim odrednicama kulturno kompetentne zdravstvene prakse, a u drugom konkretnim pitanjima vezanim za rad zdravstvenih medijatora u zajednici, koji je baziran na teorijskim i praktičnim postavkama kulturno kompetentne zdravstvene prakse.

Radi lakšeg razumevanja, u ovom priručniku korišćićemo termine „medijacija u zdravstvu“ i „zdravstveni medijator“. Takođe, priručnik je fokusiran na rad sa izbeglicama i migrantima u Srbiji, iako se oni ne mogu suštinski izdvojiti iz grupe pripadnika različitih etničkih manjinskih grupa u Srbiji. Iz tog razloga u tekstu će se povremeno koristiti termin „izbeglice/migranti“ a povremeno „pripadnici etničkih manjina i osobe sa drugačijeg govornog područja“. Koji god termin da se koristi, on se uvek odnosi i na potrebe izbeglica/migranata.



ZDRAVSTVENA MEDIJACIJA

Definicija zdravstvene medijacije

Kulturno posredovanje/medijacija se može razumeti na nekoliko načina. Jedno od najprihvaćenijih razumevanja kulture medijacije u zdravstvu jeste da ona predstavlja način kako se povezuju i prevazilaze razlike između pripadnika različitih etničkih grupa i kulturnog porekla i zdravstvenog sistema u cilju smanjenja sukoba ili radi unapređenja/promene postojećeg stanja. Drugo tumačenje navodi da se radi o posredovanju čiji je cilj da se posrednik u ime druge osobe ili grupe zalaže za ostvarivanje njihovih prava na zdravstvenu zaštitu.⁶⁶ Treće tumačenje je da su to intervencije zdravstvene zaštite kroz koje stručnjak sve više koristi znanja i veštine iz oblasti kulturnih i zdravstvenih nauka za pregovore sa klijentom i zdravstvenim sistemom za efikasan i koristan plan zdravstvene zaštite.⁶⁷

Interkulturno posredovanje definišemo kao skup aktivnosti koje imaju za cilj smanjenje negativnih posledica jezičkih barijera, sociokulturnih razlika i tenzija između etničkih grupa u zdravstvenih ustanova.

Svrha kulturne medijacije je stvaranje zdravstvenih usluga koje su jednako dostupne i podjednako su kvaliteta (ishod, zadovoljstvo pacijenata, poštovanje prava pacijenata itd.) za migrante i izbeglice, pripadnike etničkih manjina i osobe sa drugačijeg govornog područja kao za „autohtone“ pacijente.

Osnovni način delovanja koji se koristi u interkulturnom posredovanju usmeren je na poboljšanje komunikacije i na taj način ostvaruje strateški doprinos odnosu između pružalaca zdravstvenih usluga i pacijenata. Na taj način posebno se jača položaj pacijenta, ali i pružaoca usluga, tako da je zdravstvena zaštita bolje prilagođena potrebama pacijenta, a lekar je u mogućnosti da pruži efikasnu negu. Osim premošćivanja jezičkog i kulturnog jaza, olakšavanje terapijskog odnosa između pružaoca usluga i pacijenta predstavlja važnu dimenziju interkulturnog posredovanja.

Organizacija rada posrednika je različita u različitim zemljama. U nekim zemljama kulturni medijator je zaposlen u sistemu zdravstva, dok je u drugim on deo manjinske zajednice, nevladinih organizacija ili drugog modaliteta organizovanja podrške migrantima i izbeglicama.

Medijacija u zdravstvu zasnovana je na konkretnim principima.⁶⁸ Poznavanje ovih principa neophodno je kako zdravstvenim medijatorima, radi usmeravanja prakse, tako i svim angažovanim akterima kako bi se mogli vrednovati i ocenjivati postupci i efekti medijacije. Principi zdravstvene medijacije dati su u odnosu na ponašanje, uloge i ciljeve rada zdravstvenog medijatora. Zdravstveni medijator:

1. Ima odgovornost da doprinese zdravlju i blagostanju pacijenta kao član tima koji brine o pacijentu;
2. Stimuliše i podržava pozitivan i poverljiv odnos između lekara i drugog zdravstvenog osoblja i pacijenta što je više moguće;

66 Pang, Y., Dinora, P. & Yarbrough, D. (2019), The gap between theory and practice: using cultural brokering to serve culturally diverse families of children with disabilities, Disability & Society (Online) Journal; dostupno na: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09687599.2019.1647147?journalCode=cdso20>.

67 Ibid.

68 Verrept, H. & Coune, I. (2016), Guide for Intercultural Mediation in Health Care, Brussels, FPS Health, Safety of the Food Chain and Environment, 2016; dostupno na: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/en_2016_04_20_leidraad.pdf.

3. Nastoji da doprinese smanjenju i eliminaciji jezičkih i sociokulturnih barijera u odnosu lekar–pacijent. Međutim, s obzirom na svoju poziciju i nadležnosti, on ne snosi punu odgovornost za postizanje tih promena;
4. Teži minimalnoj intervenciji u odnosu lekara i drugog zdravstvenog osoblja i pacijenta kako bi što više omogućio autonomiju pacijenta;
5. Poštuje, stimuliše i podržava što je više moguće autonomiju lekara i pacijenta, čime stvara mogućnost da oboje preuzmu ulogu ravnopravnih partnera u procesu lečenja;
6. Ima obavezu da komunicira problem koji bi mogao ozbiljno da ugrozi intervenciju lekara (ukoliko ga primeti) i da, ukoliko je to moguće, predloži rešenja koja mogu doprineti pozitivnom ishodu;
7. Poštuje kulturne razlike unutar zajednice i u stanju je da prepozna raznolikosti u kulturi zajednice koje možda drugima nisu vidljive;
8. Poštuje kompetencije i angažovanje zajednice kojoj pacijent pripada, za prepoznavanje sopstvenih potreba u domenu zdravlja;
9. Posredovanje obezbeđuje na način koji je siguran i obezbeđuje poverljivost, bez osuđivanja;
10. Posredovanje obezbeđuje na pristupačan način prilagođen jedinstvenim potrebama pacijenta i zajednice iz koje pacijent potiče;
11. Podržava reciprocitet odnosa lekar–pacijent u domenu njihovog znanja i iskustva.

Ključne uloge zdravstvenih medijatora

Radi postizanja ciljeva i ostvarivanja principa zdravstvene medijacije, zdravstveni medijator ima više različitih uloga i zadataka. U praksi nije uvek moguće jasno razdvojiti uloge i zadatke, što nije ni neophodno.

Uloge zdravstvenih medijatora su višestruke, a za njihovo ostvarivanje zdravstveni medijator treba da obavi niz zadataka. S obzirom na napred navedene potrebe i teškoće u zdravstvenoj medijaciji, zdravstveni medijator ima nekoliko različitih uloga i svaka uloga obuhvata nekoliko zadataka. Iako se zadaci i uloge prepliću, radi njihovog lakšeg razumevanja klasifikovani su u nekoliko grupa:⁶⁹

- a) Zdravstveni medijator je veza između institucija i organizacija, pružalaca zdravstvenih usluga i korisnika usluga, odnosno pacijenata. Oni olakšavaju, iniciraju i podržavaju uspostavljanje prvog kontakta pacijenta i zdravstvenih radnika. Da bi ostvario ovu ulogu, zdravstveni medijator treba da poznaje dve oblasti: zdravstvene vrednosti, verovanja i prakse u vezi sa zdravljem u državnom sistemu zdravstvene zaštite i iste te elemente u etničkoj zajednici kojoj pripada osoba kojoj pruža usluge medijacije. Iz ove uloge zdravstveni medijator može ostvariti ključnu ulogu za dobrobit pojedinca korisnika zdravstvenih usluga, zajednice kojoj on pripada i na ličnom profesionalnom planu;
- b) Zdravstveni medijator je kulturni vodič za pružaoce usluga zdravstvene zaštite. On može pomoći pružaočima zdravstvenih usluga da u zdravstvene prakse inkorporiraju kulturološki i jezički kompetentne principe, vrednosti i prakse. Može pomoći u razvoju obrazovnih i informativnih materijala namenjenih korisnicima zdravstvenih usluga, putem kojih će se oni upoznati sa zdravstvenim sistemom, predložiti smernice za raznovrsna kulturološki osetljiva

znanja i pristupe za zdravstvene radnike i slično. Kroz ovu ulogu zdravstveni medijator može doprineti unapređenju zdravlja i blagostanja cele zajednice;

- c) Zdravstveni medijator je posrednik istorijskog i urođenog nepoverenja koje mnogi pripadnici raso, etnički i kulturno različitih zajednica imaju prema zdravstvenim organizacijama. Zdravstveni medijator promoviše povećano korišćenje zdravstvenih usluga i pomaže izgradnju smislenog odnosa prihvatanja i poverenja između zdravstvenih radnika i pacijenata, tj. korisnika zdravstvenih usluga. U ovoj ulozi zdravstvenom medijatoru su potrebne veštine i sposobnost da uspostavi i održi poverenje sa svim akterima. On može pružiti podršku u uspostavljanju poverenja ili u obnovi već postojećeg, ali narušenog odnosa poverenja;
- d) Zdravstveni medijator je katalizator promena. Svojim aktivnostima zdravstveni medijator može pokrenuti proces promena u pravcu kulturno osetljive prakse kod pružaoca usluga i proces promene stavova i vrednosti u vezi sa zdravljem i lečenjem kod migranata i izbeglica. Suštinski, aktivnosti zdravstvenog medijatora su inkluzivne i kolaborativne i kao takve nose potencijal pokretanja i podrške promenama. S jedne strane, oni su model kulturno osetljivog pristupa i ponašanja, a s druge, zbog intenzivnog odnosa sa zdravstvenim radnicima i korisnicima imaju poziciju mentora za promene ponašanja. Ovim delovanjem zdravstveni medijator može razbiti predrasude, pristrasnost, nesigurnost i strahove na obe strane i time dovesti do pokretanja promena i prilagođavanja zdravstvenog sistema potrebama pripadnika manjinskih grupa.

Zadaci zdravstvenih medijatora

Zadaci zdravstvenih medijatora⁷⁰ su različite složenosti i zahtevaju različita znanja i veštine. Kao grafički prikaz zadataka zdravstvenog medijatora usvojen je model lestvice koji vizuelno ilustruje složenost i povezanost zadataka. Ovaj model zasnovan je na analizi koristi i rizika koji su povezani sa izvršavanjem zadataka. Što je zadatak viši na lestvici, to je složeniji. Istovremeno, što je viši na lestvici, vidljivost i uticaj zdravstvenog medijatora na proces pružanja zdravstvene zaštite se povećavaju. Vidljivost uticaja zdravstvenog medijatora u radu sa konkretnim korisnikom usluga, kada on obavlja ulogu prevodioca, treba da bude najmanja jer je njegov zadatak da obezbedi uspostavljanje odgovarajućeg odnosa lekara i pacijenata i da ih podstakne i podrži da preuzmu svoje uloge.

Prema opštem konsenzusu, zdravstveni medijator ima tri ključna zadatka. To su:

- prevođenje i tumačenje;
- facilitacija procesa integracije pojedinca i kulturnih specifičnosti u zdravstveni sistem;
- zastupanje.

U trenutnom kontekstu usvojen je koncept medijacije koji podrazumeva pre svega drugi i treći zadatak, a u zavisnosti od pružaoca medijacije, može da obuhvata i prevođenje. Na slici 1 dat je prikaz zadataka zdravstvenog medijatora prema modelu lestvice.

70 Ibid.

Slika 1. Model lestvice



Prevođenje i tumačenje

Zadatak prevođenja i tumačenja znači da zdravstveni medijator u komunikaciji između lekara i pacijenta, ili migrantske zajednice i zdravstvenog sistema, poruku izgovorenu na jednom jeziku prevodi na drugi jezik, tako da onaj koji poruku čuje istu razume kao da je izgovorena na njegovom jeziku i u mogućnosti je da na nju adekvatno odgovori. Ovaj zadatak se uvek obavlja u trijadnom odnosu – lekar/zdravstveno osoblje, pacijent/izbeglica ili migrant i zdravstveni medijator. Iako se čini da je ovo jednostavan zadatak, prevođenje i tumačenje je samo po sebi složen zadatak, koji je od izuzetne važnosti za dobro razumevanje između lekara i pacijenta i kvalitetno i uspešno lečenje pacijenta. Stoga postoje brojna međunarodna pravila i standardi kako se ovaj zadatak obavlja. U ovom zadatku odgovornost za proces je jasna: zdravstveni medijator je odgovoran samo za tumačenje, dok je pružalac usluga odgovoran za pravilno izvršenje svih drugih aspekata pružanja nege. Pacijent ima svoju odgovornost – da daje tačne informacije i postavlja pitanja kada mu saopštena informacija nije jasna. Postavljanje pravih pitanja, davanje tačnih informacija i pridržavanje i praćenje propisanog plana lečenja su odgovornost pacijenta.

Facilitacija

Već smo naveli ključne prepreke u obezbeđivanju kvalitetne zdravstvene zaštite migrantima i izbeglicama: sociokulturne razlike i međuetničke tenzije, nedostatak potrebne kulturne osetljivosti i kompetencija pružalaca usluga i pretežno niska zdravstvena pismenost migranata i izbeglica. Zadaci zdravstvenih medijatora u okviru facilitacije se odnose na olakšavanje uspostavljanja kvalitetnog odnosa migranata/ izbeglice i zdravstvenog sistema i na doprinos uspešnosti lečenja. Reč je o tri posebna zadatka koji su objedinjeni u jedan – u facilitaciju procesa integracije pojedinca i kulturnih specifičnosti u zdravstveni sistem. Ta tri posebna zadatka, čiji je cilj da se olakša saradnja između pružaoca usluga i pacijenta, jesu: rešavanje nesporazuma, posredovanje u kulturi i pružanje pomoći i podrške lekaru i pacijentu da preuzmu svoje uloge. Obavljanje ovih zadataka znači da zdravstveni medijator preuzima veću odgovornost za ostvarivanje smislene komunikacije i efikasne saradnje između lekara i pacijenta. Zbog specifičnosti kulturnog posredovanja i veće odgovornosti zdravstvenog medijatora ovi zadaci su složeniji, sa sobom nose veće rizike za ostvarivanje kvalitetne komunikacije i povećavaju vidljivost zdravstvenog medijatora.

Zdravstveni medijator može primetiti nesporazum tokom individualnog kontakta sa pacijentom ili pružaocem usluga i pokušati da ga reši. Posredovanje u kulturi može se odvijati tokom trijadne intervencije, kao i tokom razgovora sa pacijentom ili tokom obuke za grupu pružalaca usluga. Podrška pacijentu i pružaocima usluga u preuzimanju njihovih odgovarajućih uloga može se odvijati i izvan trijadnog konteksta, na primer tokom preliminarnog razgovora sa pružaocem usluga („kako bismo mogli najbolje rešiti ovaj problem sa ovim pacijentom?“) ili individualnog kontakta sa pacijentom. U kojoj meri zdravstveni medijator treba da izvrši ove zadatke, umnogome zavisi od njegovih komunikacijskih veština, empatije i kulturne kompetencije pružaoca usluga. Olakšavanje komunikacije i pružanja zdravstvene zaštite mnogo je delikatnije od tumačenja i stavlja teži teret na ramena interkulturalnog posrednika.

Rešavanje nesporazuma

Rešavanje nesporazuma podrazumeva da zdravstveni medijator uočava nesporazume u komunikaciji – nerazumevanje značenja, drugačije tumačenje vrednosti i postupaka – i pokušava da ih svojim intervencijama razreši. On prvo signalizira da nesporazum postoji, a potom pokušava da dodatnim intervencijama objasni značenja i područja nesporazuma kako bi ih lekar i pacijent samostalno razrešili zahvaljujući novom razumevanju. Rešavanje nesporazuma je značajno za uspešnost lečenja jer pomaže uspostavljanju tačne dijagnoze, razumevanju i prihvatanju propisane terapije i unapređuje terapijski odnos lekara i pacijenta.

Posredovanje u kulturi

Ovaj zadatak zdravstvenog medijatora je neophodan u procesu obezbeđivanja zdravstvene zaštite. Posredništvo u kulturi može se definisati kao „objašnjavanje kulture pružaoca usluga pacijentu i kulture pacijenta pružaocu usluga“. Posredništvo u kulturi je neizbežno jer je sastavni deo procesa tumačenja zdravstvenih vrednosti, stavova, verovanja i praksi. Ovaj zadatak traži od zdravstvenog medijatora da tokom rada vodi računa o kulturnim konceptima, verovanjima i praksama specifičnim za obe strane. Recimo, za dijagnozu i lečenje može biti važno da zdravstveni medijator objasni lekaru percepciju i značenja koja se u kulturi migranata/izbeglice vezuju za njegovo oboljenje ili će migrantu/izbeglici morati da objasni kulturu zdravstvenog sistema. Ove razlike se u principu otežano razumeju i van konteksta kulturnog posredovanja, pa zdravstveni medijator treba da uloži napor da zajedno sa lekarom i pacijentom pronađe strategije koje

će u najvećoj mogućoj meri umanjiti negativne efekte kulturnih razlika. U tom smislu, posredovanje u kulturi je jedan vid „upravljanja kulturnim razlikama“ tokom susreta migranata i izbeglica sa zdravstvenom zaštitom.

Primer 1: Otac, poreklom iz Maroka, objašnjava da je uzrok epileptičnih napada njegovog sina duh predaka. To objašnjenje lekaru neće dati nikakvu informaciju i on neće razumeti značaj tog verovanja za ponašanje oca u vezi sa sinovljevim zdravljem. U marokanskoj kulturi uobičajeno je da se duhovi, koji se pominju u Kuranu, smatraju mogućim uzrocima, između ostalog, epilepsije. Lečenje uticaja duhova obavljaju tradicionalni iscelitelji. Velika je šansa da će otac pozvati tradicionalnog iscelitelja i da neće prihvatiti ponuđenu terapiju. Ako zdravstveni medijator to objasni lekaru, omogućiće mu da o tim verovanjima na kulturno osetljiv način razgovara sa ocem dečaka i da zajedno nađu optimalno rešenje za očuvanje zdravlja deteta.

Primer 2: Pacijentkinja koja potiče iz kulture koja ima jaku rodnu segregaciju, upravo se porodila. Lekar joj u prisustvu supruga objašnjava važnost i način dojenja bebe. Ona je ćutljiva, deluje nezainteresovano i ne saraduje sa lekarom. Lekar može pomisliti da majka nije zainteresovana za bebu. Ako zdravstveni medijator objasni lekaru da je davanje takvih informacija u prisustvu muškarca, čak i kada je to njen suprug, u kulturi pacijentkinje izvor velike neprijatnosti za ženu, to bi lekaru pomoglo da drugačije razume ponašanje majke. Moguće rešenje bi bilo da lekar zamoli supruga da napusti prostoriju tokom razgovora sa majkom.

Realno pitanje je koliko je zdravstveni medijator pripremljen za kulturno posredovanje. Čak i kada su zdravstveni medijatori pripadnici etničke grupe migranta/izbeglice sa kojim rade, to ne znači da će automatski biti upoznati sa svim prevladavajućim konceptima i praksama. Na poznavanje tih specifičnosti značajno utiču porodični faktori, lična iskustva, varijacije vrednosti i verovanja u okviru njegove kulture, kao i drugi faktori. Stoga će intervencije kulturnog medijatora nekada biti uspešne, nekada ne. Realan rizik je i da se tokom kulturnog posredovanja koriste stereotipi koji će samo povećati ili stvoriti barijere u odnosu migranta/izbeglice i lekara. Stoga je aktivnosti kulturnog posredovanja potrebno pažljivo sprovoditi – od pripreme, predviđanja i ublažavanja rizika do konkretnih aktivnosti u posredovanju.

Pružanje pomoći i podrške u preuzimanju uloga

Treći olakšavajući zadatak je podrška ili pomoć migrantima/izbeglicama i pružaocu usluga da preuzmu svoje uloge što je moguće efikasnije kako bi se postigao najbolji mogući ishod lečenja.

Primer 1: Sadržaj poruke koju lekar šalje pacijentu, za pacijenta je nerazumljiv, bilo zato što sadrži suviše medicinskih termina, bilo zato što pacijent ima nizak obrazovni nivo. Nerazumevanje može biti i posledica činjenice da u jeziku pacijenta ne postoje ekvivalentni pojmovi i koncepti. Zdravstveni medijator može zatražiti od lekara da nacрта crtež ili pojednostavi poruku. U određenim okolnostima on može i sâm pojednostaviti poruku. Adekvatno pojašnjenje poruke omogućiće i lekaru i pacijentu da preuzmu svoju ulogu i donesu odgovarajuće odluke.

Primer 2: Lekar postavlja pacijentu pitanja koja za njega nemaju nikakvog smisla. Zdravstveni medijator će o tome obavestiti lekara i sa njim potražiti alternativne načine postavljanja pitanja za dobijanje potrebnih informacija.

Primer 3: Pacijent se oseća sputano u prisustvu lekara i ne postavlja nikakva pitanja ili ne ukazuje na to da nešto ne razume. Zdravstveni medijator može da ga ohrabri da postavlja pitanja i da kaže kada nešto ne razume.

Zastupanje

Zastupanje se definiše kao „govorenje ili intervenisanje u tuđem interesu“. Zdravstveni medijator u ovom zadatku ide dalje od olakšavanja komunikacije i zalaže se za organizovanje promene preuzimanjem inicijative za izazivanje promene. U kontekstu zdravstvene medijacije to znači da će se zdravstveni medijator aktivno zalagati za prava i dobrobit pacijenta. Zadatak zastupanja nameće zdravstvenom medijatoru da zbog kvaliteta nege ili interesa pacijenata napusti svoju neutralnu poziciju. Zastupanje se može odvijati u kontekstu potpuno bez sukoba, ali i u kontekstu koji karakteriše neprijateljstvo ili otvoreni sukob, što je isto očekivana mogućnost.

Postoji niz dilema u vezi sa zastupanjem kao zadatkom zdravstvenog medijatora, a posebno kada tu ulogu preuzima prevodilac. Naime, postavlja se pitanje kompetencije zdravstvenog medijatora da proceni šta je najbolji interes migranta/izbeglice kako bi zagovaranje bilo u najboljem interesu pacijenta, kao i pitanje nadležnosti medijatora za zaštitu prava pacijenata. Imajući u vidu da zdravstveni medijator radi sa veoma ranjivom grupom migranata i izbeglica, potreba za zastupanjem je posebno važna i zahteva odgovornost i profesionalizam u postupcima.

Standardi medijacije u zdravstvu

Još uvek je teško definisati standarde zdravstvene medijacije, s obzirom na to da ne postoji opšteprihvaćeni model medijacije u zdravstvu, a posebno sa aspekta opisa posla zdravstvenog medijatora. To se posebno odnosi na umreženost zadataka vezanih za prevođenje i posredovanje u kulturi. Neki autori⁷¹ tvrde da je potpuno razdvajanje ovih uloga u zdravstvenoj medijaciji nemoguće, pa je nekada teško odlučiti da li se određeni standard odnosi na „jezičko tumačenje“ ili „olakšavanje“ u smislu kulturnog posredovanja. U pregledu koji sledi, standardi predstavljaju sažetak različitih vrsta standarda – standarda kulturno-zdravstvene prakse, standarda kulturnog posredovanja i standarda prevođenja. Radi lakšeg praćenja, grupisani su prema navedenoj klasifikaciji zadataka,⁷² uz ogradu da se neki standardi mogu odnositi i na prevođenje i na posredovanje u kulturi.

Standardi prevođenja/tumačenja

Lingvističko tumačenje je, kao što je rečeno, potpuna i verna konverzija poruke sa izvornog jezika u ekvivalentnu poruku na ciljnom jeziku. Ništa se ne dodaje niti izostavlja.

Standard 1: Interkulturni posrednik će se ograničiti na tumačenje kada je to dovoljno za postizanje cilja posredovanja.

Standard 2: Interkulturni posrednik će pripremiti ovaj zadatak kako bi optimizovao šansu za kvalitetno tumačenje. Ovo uključuje sledeće standarde:

2.1 Interkulturni posrednik će uvek pokušati da pre prevođenja obavi konsultaciju sa pružaocem usluga i definiše najvažnije aspekte prevođenja i kontekst u kome će prevoditi. Najčešće se u tu svrhu koristi pitanje: „Trebalo li nešto da uradim pre nego što počnemo?“;

2.2 Pre konsultacije interkulturni posrednik će obavestiti lekara ako je već ranije pomagao datom pacijentu ili je važno da ima određene podatke o pacijentu;

2.3 Pre početka konsultacije interkulturni posrednik će pokušati da stekne opšti pogled na problem. To mu omogućava da se pripremi za specifičan posao prevođenja u konkretnom slučaju ili da ga odbije (na primer, ukoliko je oblast prevođenja specijalizovana tema koja mu je nepoznata ili iz emocionalnih ili drugih razloga);

2.4 Pre početka konsultacije interkulturni posrednik će pokušati da ima jasan pogled o tome koliko je strana uključeno u prevođenje i kakvi su njihovi odnosi. Važna razmatranja u tom kontekstu su: postojeći sukobi između uključenih strana, da li je prevođenje usmereno na grupu korisnika, da li u grupi neki članovi govore jezikom pružaoca usluga, a drugi ne i slično;

2.5 Interkulturni posrednik će izbegavati, što je više moguće, druženje sa pacijentom pre početka trijade rada, npr. u čekaonici, kako bi se sprečilo da pacijent sve kaže posredniku i kasnije ne želi da to ponovi pružaocu usluga. Takođe postoji rizik da će pacijent u prethodnom kontaktu razgovarati o određenim pitanjima sa interkulturnim posrednikom i zamoliti ga izričito da ih ne saopštava pružaocu usluga.

71 Bischoff, A. & Steinauer, R. (2007), Nursing interpreters? Interpreting nurses?; dostupno na: https://www.researchgate.net/publication/5494174_Nursing_interpreters_Interpreting_nurses.

72 Ibid

Standard 3: Interkulturni posrednik će upravljati tokom razgovora kako bi garantovao kvalitet tumačenja. U tom kontekstu on:

3.1 Na početku intervencije objašnjava svoju ulogu tumača: sve će biti prevedeno, bez razgovora sa pružaocem usluga ili pacijentom, vezan je profesionalnom tajnom i neutralan. On će objasniti svoju ulogu i pružaocu usluga i pacijentu;

3.2 Ohrabruje strane da se direktno obrate jedna drugoj i da vode razgovor „kao da nema jezičke barijere“;

3.3 Ohrabruje obe strane da se gledaju tokom razgovora.

Standard 4: Interkulturni posrednik će se pobrinuti da ga lekar i pacijent dobro vide i čuju, bez ograničavanja direktnog kontakta između strana. Ako se razgovor vodi za stolom, on će pokušati da obe strane postavi jednu prekoputa druge, a sâm će sedeti sa strane. Na taj način obe strane imaju jasan pogled jedna na drugu i stimuliše se direktan kontakt između pružaoca usluga i pacijenta. Posrednik će nastojati da sedi na jednakoj udaljenosti od strana kako bi naglasio svoju neutralnost i nepristrasnost. Kada pacijent ima problema sa izražavanjem ili je oštećenog sluha, interkulturni posrednik će sedeti bliže pacijentu. Uvek će prilagoditi svoj položaj situaciji.

Standard 5: Ako je moguće, interkulturni posrednik tumačiće u prvom licu jednine jer to poboljšava šansu za direktnu komunikaciju. Odstupiće od ovog pravila samo ako tumačenje u prvom licu jednine izaziva zabunu.

Standard 6: Ako interkulturni posrednik ne razume pružaoca usluga ili pacijenta, zatražiće pojašnjenje.

Standard 7: Kada pacijent nije koherentan i daje nekonzistentne odgovore, interkulturni posrednik neće poboljšati priču tako što će npr. dodati logičku strukturu. Ukoliko bi ovo uradio, to bi onemogućilo pružaocu usluga jasan pogled na pacijenta.

Standard 8: Interkulturni posrednik učiniće sve što je moguće da stvori situaciju koja stimuliše kvalitetno tumačenje i dobru komunikaciju. U situaciji u kojoj je nemoguće dobro tumačiti (ili posredovati), interkulturni posrednik će prvo predložiti strategije koje garantuju kvalitet intervencije. Ako u tome ne uspe, obavestiće uključene strane, kao i svog nadređenog, i zajedno će tražiti najbolje moguće rešenje.

Standard 9: Interkulturni posrednik će se pobrinuti da njegovo prisustvo izazove što je moguće manje neprijatnosti za pacijenta. Posebnu pažnju treba obratiti na moguće efekte pola medijatora (kada se radi o tabu temama) i treba nastojati da se izbegne osećaj srama tokom, na primer, fizičkog pregleda. Kada je osećaj srama prepreka za komunikaciju i tumačenje, interkulturni posrednik će obavestiti pacijenta o strategijama koje slede u takvim slučajevima (npr. okretanje tokom fizičkog pregleda, stajanje iza zavese). Interkulturni posrednik će se truditi da pacijent dobije potreban prevod i tumačenje tokom pregleda i ukazaće na važnost i prednosti lečenja pacijentu.

Standard 10: Kada se pacijent služi vulgarnim jezikom jer ne postoje drugi izrazi za, na primer, određene delove tela na njegovom maternjem jeziku, interkulturni posrednik će prilagoditi registar ekvivalentu koji više odgovara zdravstvenom sistemu.

Standard 11: Kada interkulturni posrednik tumači za grupu (npr., pacijent i neki članovi porodice) u kojoj neki govore jezikom pružaoca usluga, a drugi ne, postaraće se da niko od učesnika, posebno oni kojima su potrebne njegove usluge, ne bude isključen iz komunikacije.

Standard 12: Kada interkulturni posrednik oseti da je pacijentu na kraju konsultacije i dalje potrebna

dodatna informacija, on će to proveriti sa pacijentom i takođe obavestiti lekara. Na kraju konsultacije interkulturni posrednik može pitati pacijenta da li je sve razumeo i da li bi postavio bilo kakva dodatna pitanja. Ako je lekar već otišao, interkulturni posrednik može ponoviti ono što je rečeno. Ako pacijent postavi „nova pitanja“, interkulturni posrednik će se obratiti pružaocu usluge i ako je potrebno, zakazati novi termin pregleda.

Standard 13: Interkulturnom posredniku će biti dozvoljeno da odstupi od osnovnog načela da se ništa ne dodaje ili izostavlja tokom tumačenja u sledećim slučajevima:

13.1 U slučaju sukoba između pružaoca usluga i pacijenta, interkulturni posrednik ni na koji način neće sakriti ljutnju uključenih strana, ali neće prevesti doslovno sve reči razmenjene tokom sukoba;

13.2 Kada se pružalac usluga obraća samo interkulturnom posredniku i šalje mu poruku koja očigledno nije namenjena pacijentu i mogla bi biti veoma negativna za pacijenta, na primer, „taj pacijent je mrtav čovek koji hoda“. U tom slučaju interkulturni posrednik će pitati lekara da li treba prevesti poruku („Želite li da ovo prevedem?“) i ponovo ukazati lekaru na to da generalno mora sve da prevede. Takođe će ukazati na to da kada pružalac usluga tokom trijadnog razgovora daje poruke koje su namenjene samo interkulturnom posredniku (a ne pacijentu), to može narušiti odnos poverenja sa pacijentom. Na kraju, interkulturni posrednik će takođe ukazati na to da pacijenti koji koriste njegove usluge često razumeju neki jezik koji se govori, pa je verovatno da razumeju bar deo onoga što se govori;

13.3 Kada, iz različitih razloga (ograničena kulturna kompetencija pružaoca usluga, nizak nivo obrazovanja ili ograničena zdravstvena pismenost pacijenta, kulturološki razlozi), komunikacija nije uspešna i interkulturni posrednik smatra neophodnim da preuzme ulogu posrednika kako bi se omogućilo efikasno lečenje, on će preduzeti neke od aktivnosti facilitacije.

Standard 14: Kada se pružalac usluga naljuti na interkulturnog posrednika zbog poruke pacijenta, posrednik će istaći da je on samo glasnik. Ista strategija se koristi kada se pacijent naljuti na interkulturnog posrednika zbog poruke lekara.

Standardi facilitacije

Kao što je ranije rečeno, zadatak facilitacije sadrži u sebi tri pojedinačna zadatka: rešavanje nesporazuma, posredovanje u kulturi i pomoć pružaocu usluga i pacijentu da preuzmu svoje uloge. Ne treba izgubiti iz vida da granice između ovih zadataka nisu uvek jasne i da se u okviru jednog zadatka mogu realizovati aktivnosti koje odgovaraju i nekom drugom zadatku.

Standard za rešavanje nesporazuma

Standard 15: Kada interkulturni posrednik identifikuje nesporazum, on će upozoriti strane i pomoći u razjašnjenju mogućeg izvora nesporazuma.

Standardi za posredovanje u kulturi

Standard 16: Interkulturni posrednik će pozdraviti pacijenta na kulturološki prikladan način. Ako bi to

moglo biti zbunjujuće za pružaoca usluga (na primer, ako stekne utisak da su pacijent i interkulturalni posrednik prijatelji jer se grle), posrednik će na prikladan način informisati pružaoca usluga o značenju takvog načina pozdravljanja u kulturi pacijenta. U ovu grupu standarda spadaju i već navedeni standardi 13.3 i 14.

Standard 17: Interkulturalni posrednik će razjasniti neverbalno ponašanje pacijenta kada pružalac usluga ima poteškoća u tumačenju i kada to može negativno uticati na kvalitet komunikacije i zdravstvenu zaštitu.

Standard 18: Kada interkulturalni posrednik smatra da kulturne barijere ometaju komunikaciju ili proces pružanja zdravstvene zaštite, on će na to ukazati pružaocu usluga. On će sa pružaocem usluga razgovarati o mogućim strategijama za njihovo prevazilaženje kako bi se mogla ponuditi kulturno kompetentna zaštita. Ako se to dogodi tokom trijadnog susreta, interkulturalni posrednik će pokušati da postupi što transparentnije.

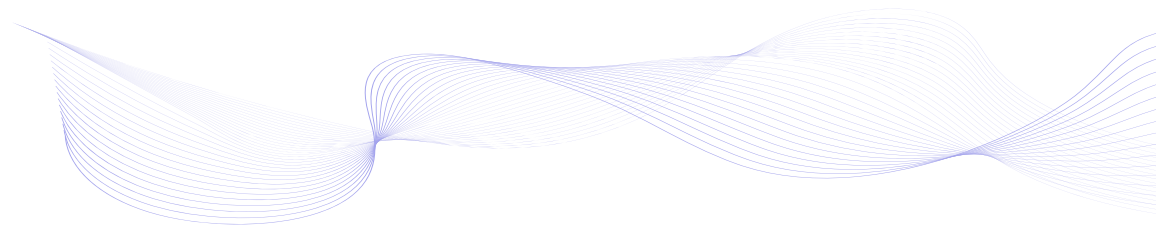
Standard 19: Kada interkulturalni posrednik primeti da pružalac ne razume prevedene poruke pacijenta (na primer modele objašnjenja, alternativne ili tradicionalne terapije, pozivanje na verska pitanja) jer nije upoznat sa kulturnim kontekstom, on će to istaći i pružiti potrebne informacije. Ako je potrebno, ukazaće na to da su date informacije o kulturi pacijenta samo hipoteza o mogućoj kulturnoj pozadini priče o pacijentu.

Standard 20: Interkulturalni posrednik može ponuditi lekaru komunikacione strategije koje povećavaju šansu za kulturološki kompetentnu komunikaciju kada smatra da je to potrebno.

Standard 21: Kada ima potrebne kompetencije, interkulturalni posrednik može obavestiti pružaoca usluga o kulturnim ili verskim elementima koje može uzeti u obzir kako bi povećao efikasnost određenih poruka (npr., ukazati pacijentu muslimanu da pol nije relevantan u pitanjima zdravlja).

Standard 22: Kada pacijenti imaju posebne želje zbog svoje vere ili kulture, interkulturalni posrednik će obavestiti pružaoca usluga i/ili svog nadređenog i dati potrebna objašnjenja ako pacijent to sâm ne može učiniti. On takođe može predložiti moguće strategije za ispunjenje tih želja. (Primeri: obezbediti halal hranu, uputiti pacijenta kod lekara istog pola, omogućiti tradicionalnu terapiju, obezbediti sobu za molitvu ili poslednje obrede itd.).

Standard 23: Kada pružalac usluga nepravedno povezuje određene stavove ili probleme pacijenata sa njihovom kulturom, interkulturalni posrednik će mu na to ukazati.



Standardi za pružanje pomoći pružaocu usluge i pacijentu da preuzmu svoje uloge

Standard 24: Ako je to potrebno za kvalitet komunikacije i zdravstvene zaštite, interkulturalni posrednik će podržati pružaoca usluga i pacijenta da efikasno i efektivno preuzmu svoje uloge.

Standard 25: Kada terminologija koju koristi lekar, ne postoji na jeziku pacijenta ili je pacijent ne razume (npr., upotreba medicinske terminologije), interkulturalni posrednik će na to ukazati i preuzeti ulogu posrednika.

U tom slučaju on može pribeći sledećim strategijama:

- Interkulturalni posrednik traži od pružaoca usluga da pojednostavi poruku tako da je pacijent može protumačiti i razumeti;
- Interkulturalni posrednik predlaže lekaru druge strategije kako bi njegova poruka bila razumljiva (na primer, crtanje ili korišćenje ilustracija, primera, izbegavanje pozivanja na statističke podatke i sl.) u komunikaciji sa pacijentom niskog obrazovnog nivoa;
- U dogovoru sa pružaocem usluga, interkulturalni posrednik pojednostavljuje poruku. U tom slučaju, interkulturalni posrednik će nastojati da koristi i službeni naziv stanja ili metode lečenja (na primer, „ovo se zove gastroskopija“) kako bi se pacijent upoznao i sa medicinskom terminologijom.

Standard 26: Kada pitanja koja je postavio lekar nemaju smisla za pacijenta i zbog toga ne može na njih odgovoriti, interkulturalni posrednik će na to ukazati lekaru ako on to nije primetio ili nije reagovao na odgovarajući način.

U tom slučaju, medijator može zatražiti dozvolu od lekara da pokuša da razjasni pitanja pacijentu. Kada interkulturalni posrednik preuzme ulogu posrednika, na primer, kada preformuliše ili pojednostavi pitanja ili objasni koncepte itd., on će to uvek napomenuti lekaru.

Standard 27: Kada interkulturalni posrednik oseti da pacijent zaboravlja da pomene važne elemente, može da pita pacijenta da li namerno ne želi da ih pomene.

Standard 28: Interkulturalni posrednik može imati sastanke jedan na jedan sa pacijentima, ali samo nakon dogovora sa uključenim lekaresm.

On to može učiniti sa sledećim ciljevima:

- da se pronađu prepreke u pružanju zdravstvene zaštite i lečenju pojedinačnih pacijenata;
- radi pružanja praktične pomoći pri popunjavanju obrazaca; on će preuzeti ovaj zadatak samo u odsustvu lekara ako dokumente obično popunjava obrazovan pacijent koji govori jezik zemlje bez pomoći pružaoca usluga;
- kako bi ubedio pacijenta, u ime lekara, na kulturološki kompetentan način, u važnost lečenja, ako se to ne može uspešno obaviti tokom najmanje jednog trijadnog razgovora;
- radi stvaranja odnosa poverenja koji koristi saradnji sa lekaresm;
- da bi informisao pacijente o aspektima lečenja o kojima nemaju znanja zbog jezičke barijere, niskog obrazovnog nivoa ili kulturnog porekla (npr., šta bi trebalo poneti sa sobom u bolnicu, postupak i plan lečenja, kako se z tkazujeermin i tako dalje).

Standard 29: Korisnike koji nemaju potrebne sposobnosti da preuzmu ulogu koja se od njih očekuje, interkulturalni posrednik će podržati i osnažiti. U tom kontekstu, on može primeniti sledeće strategije:

- ohrabriti korisnika da postavlja pitanja;
- ukazati na to da mora da traži pojašnjenja ako ne razume šta mu se govori;
- ohrabriti ga da se pripremi za razgovor sa lekaresm (na primer, pisanjem liste pitanja);
- podsetiti ga na teme o kojima možda nije razgovarao sa lekaresm, već sa interkulturalnim posrednikom;
- dati mu savet da zapiše doziranje lekova;

- ohrabriti ga da progovori kada se ne slaže sa pružaocem usluga ili tretmanom;
- ukazati na važnost tačnosti i podsetiti ga na sastanak telefonom dan pre zakazivanja;
- na kraju razgovora sa lekarom izričito pitati korisnika da li je sve shvatio i ima li još pitanja.

Standard 30: Interkulturni posrednik obavestiće pružaoca usluga, a po potrebi i svog nadređenog, o preprekama ili problemima na koje nailazi tokom trijadnih ili drugih intervencija.

Standard 31: Interkulturni posrednik može zatražiti od lekara konsultacije radi razmatranja pitanja relevantnih za pružanje lečenja pojedinačnom pacijentu. Interkulturni posrednik to može učiniti u ime pacijenta ili na svoju inicijativu kada se razgovor o određenim pitanjima tokom trijadne intervencije čini nemogućim ili nepoželjnim.

Standardi za zastupanje

Standard 32: Interkulturni posrednik ima pravo da kaže pacijentima tokom sastanka jedan na jedan da određeni pružaoci usluga sistematski odbijaju da rade sa interkulturnim posrednicima.

Standard 33: Kada interkulturni posrednik ima utisak da je lekar pogrešio u formulisanju svoje poruke ili je zaboravio važne elemente, on na to može ukazati lekaru u interesu pacijenta i u prisustvu pacijenta.

Standard 34: Kada je dostojanstvo pacijenta u pitanju zbog neprimerenog odnosa lekara prema pacijentu (agresivno ponašanje, diskriminacija, rasizam itd.), interkulturni posrednik će prekinuti intervenciju i prijaviti incident svom nadređenom. Nadređeni ili supervizor će zatim slediti procedure za rešavanje takve situacije koje postoje u njegovoj organizaciji.

Kulturno kompetentna praksa i kulturno kompetentan profesionalac

Nemoguće je govoriti o standardima kulturno kompetentne zdravstvene prakse a da prvo ne govorimo o kulturnoj kompetentnosti generalno i kulturno kompetentnoj zdravstvenoj praksi. Najjednostavnije rečeno, kulturna kompetentnost predstavlja sposobnost da se efikasno stupa u interakciju sa ljudima različitih kultura. Osnov kulturne kompetentnosti je sposobnost da se prepoznaju i koriste kulturne razlike kao jedan od resursa za učenje. Polazna pretpostavka interkulturnog učenja u tom smislu je da ljudi mogu više da nauče jedni od drugih kada se međusobno razlikuju. Preduslov za ovo je postojanje uzajamnog poštovanja i dovoljne doze radoznalosti kako bi se prevladala tenzija, ponekad i strah, koji obično prate interkulture susrete.

Kulturna kompetentnost na nivou usluga i programa podrazumeva da se oni pružaju na način koji odgovara verovanjima, interpersonalnom stilu komunikacije, stavovima, jeziku i ponašanju korisnika tih usluga i koji im obezbeđuje da u najvećoj mogućoj meri participiraju u nekom programu. Kulturna kompetentnost se zapravo sastoji od sticanja kulturno relevantnog razumevanja problema koje se može upotrebiti prilikom pružanja opštih i specijalizovanih usluga. Kulturna kompetentnost se odnosi ne samo na poznavanje drugih kultura nego i na poznavanje manjina i životnih stilova unutar jedne kulture. S druge strane, kulturno kompetentna praksa predstavlja sposobnost sistema, službi i profesionalaca da na efikasan i uvažavajući način pruže usluge ljudima različitih kultura, klasa, rasa, etničkog porekla,

religijskog ili seksualnog opredeljenja, na način koji poštuje različitosti, prepoznaje, podstiče i uvažava vrednost pojedinaca, porodice i zajednice te štiti i čuva njihovo dostojanstvo. Stoga kulturno kompetentna praksa predstavlja deo kontinuuma, gde je na jednom kraju smešten kapacitet društva da prihvati i neguje kulturnu različitost, a na drugom lični razvoj i napredak pojedinca, koji se ogledaju u osećaju samopouzdanja, kulturnom identitetu povezanom sa kulturom porekla i kulturnim kontekstom, kao i znanju, razumevanju i internalizaciji osnovnih verovanja o sopstvenoj kulturi.^{73,74}

Na nivou profesionalca, kulturna kompetentnost predstavlja skup ponašanja, stavova, politika i znanja koje pružaoocima usluga omogućavaju da efektivno rade sa osobama iz različitih kultura.⁷⁵ Prema najranijim razumevanjima kulturne kompetentnosti, ona obuhvata tri velike oblasti: znanje, veštine i svesnost.⁷⁶ Izuzetno važni aspekti kulturne kompetentnosti jesu svesnost profesionalca o sopstvenim stavovima, vrednostima i predrasudama, razumevanje pogleda na svet osoba iz drugih kultura i razvoj odgovarajućih kompetencija i usluga u radu sa njima. Generalno, suština kulturne kompetentnosti na nivou pojedinca može se sumirati kao sposobnost za samosvesnost o stavovima i vrednostima, to jest pogledu na svet koji je rezultat socijalizacije u određenoj kulturi, i osetljivost na različitost, sliku sveta i stavove pripadnika drugih kultura.⁷⁷ Kulturna svesnost predstavlja polaznu tačku, koja se primarno razvija preko istraživanja sopstvenog etničkog identiteta, kulturne pozadine i kontakta sa klijentima različitih etničkih pripadnosti.

Kulturno kompetentan stručni radnik u socijalnoj zaštiti, ima sledeće karakteristike:

1. Samosvest o sopstvenoj kulturi i kulturnom nasleđu i kako ono utiče na njegovo donošenje odluka;
2. U stanju je da prihvati i uvažava sopstveno kulturno nasleđe i kulturno nasleđe drugih;
3. Može da ostvari delotvornu komunikaciju sa korisnicima, bilo tako što poznaje njihov jezik ili na adekvatan način koristi prevodioca ili druga sredstva prevođenja i ume da ostvari uspešnu komunikaciju;
4. Prihvata i uvažava kulturne različitosti;
5. Zna da njegova uverenja i stavovi nisu istovetni uverenjima korisnika;
6. Ne razmišlja o različitostima kao o „pogrešnim“ ili „lošim“;
7. Otvoren je za kulturne susrete i oseća se dobro u njima;
8. Orijeantisan je na konstantno učenje o drugim kulturima i preuzima odgovornost za svoje obrazovanje u oblasti kulturne kompetentnosti.

73 Berardo, K., Deardorff, D. K (2012), Building Cultural Competence: Innovative Activities and Models, Stylus Publishing, 2012.

74 National Center for Cultural Competence, Georgetown University Center for Child and Human Development, Georgetown University Medical Center (2004), Bridging the Cultural Divide in Health Care Settings: The Essential Role of Cultural Broker Programs; dostupno na: <https://nccc.georgetown.edu/culturalbroker/>.

75 Wing Sue, D. (2006), Multicultural Social Work Practice, John Wiley & Sons, inc., 2006; dostupno na: <https://ahmadrofai.files.wordpress.com/2017/08/multikulturderald-wing-sue-multicultural-social-work-practice.pdf>.

76 Kaur, J. (2014), Culturally Sensitive Practice in Out-of-Home Care, JK Diversity consultants; dostupno na: <https://www.fcav.org.au/images/carer-resources/information-sheets/Culturally-Sensitive-Practice-in-Out-of-Home-Care-Guide.pdf>.

77 Dragičević Šešić, M. i Dragojević, S. (2004), Interkulturalna medijacija; dostupno na: <http://www.culturalmanagement.ac.rs/rs/tutorial/e-learning/dragicevic-sesic-milena-and-dragojevic-sanjin-interkulturalna-medijacija>.

Dobiti i efekti kulturne medijacije u zdravstvu

O efektima i dobiti od primene zdravstvene medijacije možemo govoriti sa aspekta sistema, ali i sa aspekta korisnika i samih zdravstvenih organizacija.

Generalno, efekti zdravstvene medijacije su sledeći:

- olakšana komunikacija;
- smanjena diskriminacija migranata/izbeglica u zdravstvu;
- povećano učešće migranata/izbeglica tokom korišćenja zdravstvenih usluga;
- unapređena dostupnost zdravstvenih usluga migrantima/izbeglicama usled njihovog prilagođavanja kulturnim karakteristikama i potrebama izbeglica i migranta;
- unapređeno i kvalitetnije lečenje migranata/izbeglica.

Prednosti za korisnike/pacijente migrante/izbeglice su sledeće:

- migranti/izbeglice koji imaju pozitivna iskustva verovatno će nastaviti sa korišćenjem zdravstvenih usluga;
- poboljšanje ishoda lečenja i smanjenje zdravstvenih rizika;
- migranti/izbeglice prepoznaju posvećenost zdravstvenog osoblja i zdravstvenih medijatora koji poštuju i uključuju njihovu kulturološku perspektivu u vezi sa zdravljem i lečenjem;
- motivisaniji su da blagovremeno zatraže zdravstvenu pomoć;
- imaju veću mogućnost da saopšte svoje zdravstvene potrebe i da bolje razumeju objašnjenja, dijagnozu i lečenje;
- mogu ohrabriti i druge članove svoje zajednice na pristup i korišćenje usluga;
- uticaj zdravstvenog medijatora potencijalno može pozitivno uticati na zdravlje cele zajednice.

Prednosti za pružaoca zdravstvene zaštite su sledeće:

- pružaoci zdravstvene zaštite moći će da dobiju detaljnije informacije koje će im pomoći u tačnoj proceni, dijagnozi i lečenju;
- zdravstveni radnici će moći da saopšte dijagnozu i efikasnije tumače rizike povezane sa različitim opcijama lečenja;
- mogu biti efikasniji u pružanju usluga pacijentima koji imaju hronične bolesti i stanja;
- veći stepen zadovoljstva radom kada vide pozitivne ishode lečenja;
- pružaoci zdravstvene zaštite se mogu bolje upoznati i povezati sa zajednicom u kojoj rade;
- ustanova zdravstvene zaštite može stvoriti reputaciju predane i inkluzivne ustanove u zajednici, što poboljšava njenu dostupnost klijentima;
- može se povećati korišćenje preventivnih usluga i smanjiti troškovi hitnih intervencija;
- može se povećati isplativost pružanja usluga usled smanjenja povratnih poseta pacijenata koji nisu jasno razumeli protokole lečenja;

- zdravstvene ustanove bi mogle smanjiti potencijalnu odgovornost poboljšanjem komunikacije;
- zdravstvene ustanove mogu podstaći uzajamno poštovanje i poverenje u zajednicama u kojima rade, što osigurava održivost.

Ko može biti zdravstveni medijator

Najpoželjnije je da zdravstveni medijatori budu osobe koje imaju istu etničku pripadnost kao osobe kojima je zdravstvena medijacija potrebna, imaju određeni nivo medicinske obuke i govore jezik etničke grupe i jezik države u kojoj žive. Bilingvalni zdravstveni medijator sa napred navedenim karakteristikama smanjuje rizike prevođenja i izazova zdravstvene medijacije uopšte na najmanju moguću meru.

S obzirom na to da je takve medijatore skoro nemoguće obezbediti, neophodno je da zdravstveni medijator ima određene lične karakteristike koje pogoduju njegovom posredničkom delovanju u oblasti kulture i da ima odgovarajuću obuku za pružanje usluge zdravstvene medijacije. Poželjne karakteristike i kapaciteti zdravstvenih medijatora su:

- kapacitet da proceni i razume sopstveni kulturni identitet i sisteme vrednosti;
- sposobnost da prepozna društvene vrednosti koje vode i oblikuju stavove i ponašanje;
- razumevanje tradicionalnih zdravstvenih uverenja etničkih grupa i zajednica, vrednosti i prakse tradicionalnih pristupa zdravlju i lečenju;
- kapacitet za efikasnu međukulturnu komunikaciju i sposobnost prepoznavanja i razumevanja nijansi u verbalnoj i neverbalnoj komunikaciji kod pripadnika različitih kultura;
- znanje i veštine da kroz pregovaranje i zagovaranje podrže pacijentov pristanak za pružanje efikasnih zdravstvenih usluga.

Osim ovih karakteristika, poželjno je da zdravstveni medijator bude osoba koja u migranatskoj/izbegličkoj zajednici uživa poverenje i koja je cenjena kao kompetentna osoba i stručnjak.



OBLASTI ZNANJA I VEŠTINE ZDRAVSTVENIH MEDIJATORA

Kao što se iz dosadašnjeg opisa zdravstvene medijacije i zadataka zdravstvenog medijatora može videti, obučeni zdravstveni medijator treba da raspolaze različitim setom znanja i veština kako bi mogao da obavlja definisane i međusobno vrlo različite poslove zdravstvene medijacije – prevođenje, facilitaciju procesa i zastupanje prava i interesa korisnika.

U prethodnom opisu standarda zdravstvene medijacije jasno su navedene konkretne aktivnosti i koraci koji se sprovode, posebno u delu standarda koji se odnose na prevođenje. Pridržavanje definisanih postupaka i standarda omogućava smanjenje faktora rizika na minimum jer omogućava zdravstvenom medijatoru da upravlja procesima i u onim situacijama kada on sâm nije poreklom iz kulture korisnika, ne govori njihov jezik i nema medicinsko obrazovanje. Uspešnost u medijaciji zavisice kako od pridržavanja standarda, tako i od ovladavanja znanjima i veštinama potrebnim za obavljanje posla. Veštine komunikacije, tehnike pregovaranja, prepoznavanje i reagovanje na rodno zasnovano nasilje i druge veštine i znanja nisu specifični samo za zdravstvenu medijaciju, ali jeste neophodno razviti njihovu primene u kulturološki osetljivom kontekstu. Zdravstvena medijacija traži stalnu budnost i osetljivost na kulturološke razlike i kršenje prava dece i odraslih u kontekstu obezbeđivanja delotvorne zdravstvene zaštite, gde ovi konteksti mogu biti međusobno značajno različiti. Znanja i veštine predstavljene u ovom priručniku osnov su kreativnog i na ljudskim i dečjim pravima zasnovanog rada zdravstvenog medijatora.

Zdravstveni medijator je osoba koja ostvaruje prvi kontakt migranata i izbeglica sa formalnim zdravstvenim sistemom. Kvalitet tog kontakta umnogome utiče na uspostavljanje prihvatajućeg odnosa migranata i izbeglica prema formalnom zdravstvenom sistemu i kvalitetnog odnosa sa lekarom i zdravstvenim radnicima. Osim poznavanja uloga i postupaka u zdravstvenoj medijaciji, zdravstveni medijator treba da ima i neka druga znanja i veštine koje će mu pomoći da što kvalitetnije obavi te poslove.

Međunarodni pravni okvir

Pravo na zdravlje definisano je brojnim međunarodnim dokumentima. Zdravlje je osnovno ljudsko pravo koje je neophodno za uživanje drugih ljudskih prava. Sastavne delove prava na zdravlje čine prava kao što su: pravo na ishranu, stanovanje, rad, obrazovanje, dostojanstvo, život, nediskriminaciju, jednakost, zabranu torture, privatnost, pristup informacijama, slobodu udruživanja, okupljanja i kretanja. Iako se u ovim dokumentima nigde ne pominje medijacija u zdravstvu, ona se implicitno može izvesti iz ključnih odredbi ovih dokumenata, a posebno iz odredbi Međunarodnog pakta o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima.⁷⁸ Sledi pregled ključnih međunarodnih dokumenata i određenja i razumevanja zdravlja: Unverzalna deklaracija o ljudskim pravima,⁷⁹ Međunarodni pakt o ekonomskim, socijalnim i kulturnim

78 UN General Assembly, International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 16 December 1966, United Nations, Treaty Series, vol. 993, p. 3.

79 UN General Assembly, Universal Declaration of Human Rights, 10 December 1948, 217 A (III).

pravima,⁸⁰ Međunarodna konvencija o ukidanju svih oblika rasne diskriminacije,⁸¹ Konvencija o ukidanju svih oblika diskriminacije prema ženama⁸² i Konvencija o pravima deteta.⁸³

Poznavanje navedenih dokumenata je neophodno za uspešno zastupanje i zagovaranje, ali i za pregovaranje sa zdravstvenim radnicima u konkretnim situacijama diskriminacije i teškoća u obezbeđivanju kvalitetne zdravstvene zaštite.



Univerzalna deklaracija o ljudskim pravima u članu 25(1) definiše pravo na zdravlje na sledeći način: „Svako ima pravo na životni standard koji obezbeđuje zdravlje i blagostanje, njegovo i njegove porodice, uključujući hranu, odeću, stan i lekarsku negu i neophodne socijalne službe.“



Međunarodni pakt o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima u članu 12(1) definiše pravo svih ljudi na „najviši mogući standard fizičkog i mentalnog zdravlja“. Ovaj član se ne ograničava samo na pravo na zdravstvenu zaštitu, a mnoge države svojim propisima definišu pravo na zaštitu od svih oblika diskriminacije u ostvarivanju prava na zdravlje. Član 12(2) predviđa određen broj „mera koje će države ugovornice preduzeti u cilju postizanja ovog prava“. Priznaje da pravo na zdravlje obuhvata široku lepezu socioekonomskih faktora koji unapređuju uslove u kojima ljudi mogu voditi zdrav život i da se odnosi i na druge elemente zdravlja, uključujući i sigurne i zdrave uslove rada i zdravu okolinu.

Opšti komentar br.14 Međunarodnog komiteta bliže objašnjava uživanje prava na zdravlje i obaveze država članica.



Međunarodna konvencija o ukidanju svih oblika rasne diskriminacije u članu 5 pominje pravo na zdravlje. Pravo na zdravlje priznaje se u članu 5 (e) (iv), koji priznaje pravo na uživanje ekonomskih, socijalnih i kulturnih prava i bliže određuje da stav (e) obuhvata prava na zdravlje, lekarsku pomoć, socijalno osiguranje i korišćenje socijalnih usluga radi očuvanja zdravlja.

80 Ibid.

81 UN General Assembly, International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination, 21 December 1965, United Nations, Treaty Series, vol. 660, p. 195.

82 UN General Assembly, Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women, 18 December 1979, United Nations, Treaty Series, vol. 1249, p. 13.

83 UNICEF, Konvencija o pravima deteta; dostupno na: <https://www.unicef.org/serbia/media/3186/file/Konvencija%20o%20pravima%20deteta.pdf>.



U članu 11(f) Konvencije o ukidanju svih oblika diskriminacije prema ženama, koji se odnosi na jednaka prava muškaraca i žena, navodi se pravo na zdravstvenu zaštitu i zaštitu na radu, uključujući i zaštitu bioloških i reproduktivnih funkcija žena. U članu 12 jasno se navodi obaveza država članica da preuzmu odgovarajuće mere za eliminisanje diskriminacije žena u oblasti zdravstvene zaštite kako bi se, na osnovu ravnopravnosti muškaraca i žena, osigurala dostupnost zdravstvenih usluga, uključujući i one koje se odnose na planiranje porodice, a posebno treba obezbediti zdravstvene usluge ženama za vreme trudnoće, porođaja, u periodu nakon porođaja i za vreme dojenja, koje mogu biti besplatne kada je to potrebno.



U članu 24 Konvencija o pravima deteta priznaje svakom detetu pravo na uživanje najvišeg ostvarivog zdravstvenog standarda i na najviši mogući nivo ostvarivih standarda za lečenje i rehabilitaciju.

Član 25 Konvencije odnosi se na zdravstvenu zaštitu deteta koje je smešteno u cilju brige, zaštite ili lečenja njegovog fizičkog ili mentalnog zdravlja i nalaže periodičnu proveru lečenja koje je detetu obezbeđeno i svih drugih okolnosti od značaja za njegovo zbrinjavanje.

Pravo na zdravlje takođe određuju i regionalni međunarodni dokumenti, kao što je Revidirana evropska socijalna povelja (čl. 11),⁸⁴ Komisija za ljudska prava, Bečka deklaracija⁸⁵ i Akcioni program iz 1993. godine. U okviru prava na zdravlje, Globalni akcioni plan za promovisanje zdravlja izbeglica i migranata Svetske zdravstvene organizacije⁸⁶ omogućava uvođenje zdravstvene medijacije. Standardi zdravstvene medijacije koje je sačinilo Međunarodno udruženje za kulturno kompetentnu zdravstvenu praksu, jedan je od ključnih neobavezujućih međunarodnih dokumenata koji precizira zdravstvenu medijaciju kao metod.

U suštini, svi obavezujući i neobavezujući međunarodni dokumenti određuju standarde i postupke prevencije i zaštite zdravlja koji su u skladu sa definicijom zdravlja Svetske zdravstvene organizacije.



Svetska zdravstvena organizacija definiše zdravlje kao stanje potpunog fizičkog, mentalnog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti i onesposobljenosti.

U širem smislu, zdravlje se posmatra kao stanje ili kvalitet ljudskog organizma koji se izražava adekvatnim funkcionisanjem organizma u datim genetskim uslovima i uslovima spoljne sredine. Svetska zdravstvena organizacija je prihvatila pragmatičnu definiciju zdravlja kao „spособnosti za vođenje ekonomski i socijalno produktivnog života“.

U užem smislu, zdravlje podrazumeva da ne postoji bolest, da osoba funkcioniše normalno unutar opšte prihvaćenih zdravstvenih standarda u odnosu na pol, starost i geografsko područje i da organi funkcionišu adekvatno, kako posebno, tako i u sklopu međusobnih odnosa.

Sve postojeće definicije zdravlja ukazuju na njegovu kompleksnost i multidimenzionalnost.

84 Council of Europe, European Social Charter (Revised), 3 May 1996, ETS 163.

85 United Nations, Vienna Convention on the Law of Treaties, 23 May 1969.

86 World Health Assembly, 72 (2019). Promoting the health of refugees and migrants: draft global action plan, 2019–2023: report by the Director-General, World Health Organization; dostupno na: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328690>.



Aspekti zdravlja

Postoji više aspekata zdravlja, kao što su: fizičko zdravlje – odražava mehaničko funkcionisanje tela; mentalno zdravlje – odražava sposobnost jasnog i koherentnog mišljenja; emocionalno zdravlje – omogućava da se prepoznaju i adekvatno ispolje emocije (radost, ljutnja, uživanje), što podrazumeva i adekvatno reagovanje na stres; socijalno zdravlje – označava sposobnost uspostavljanja i održavanja socijalnih kontakata sa ljudima; zdravlje zajednice – kojim se ističe neraskidiva veza individualnog zdravlja i svega onoga što nas okružuje.

Nacionalni zakonodavni okvir

Nacionalni zakonodavni okvir koji reguliše pravo migranata i izbeglica na zdravstvenu zaštitu čine pre svega zakoni koji uređuju sistem zdravstva i lečenje stranaca koji žive ili prolaze kroz Srbiju. Ključna nacionalna dokumenta su Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Zakon o zdravstvenom osiguranju, Zakon o azilu i privremenoj zaštiti stranaca, Zakon o strancima, Zakon o pravima pacijenata, Zakon o zabrani diskriminacije, Zakon o zaštiti lica sa mentalnim oboljenjima, Zakon o javnom zdravlju i Pravilnik o zdravstvenim pregledima tražioca azila prilikom prijema u Centar za azil ili drugi objekat.

Zdravstveno osiguranje

Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja su:

- pravo na zdravstvenu zaštitu;
- pravo na novčane naknade.

Zdravstvena zaštita obuhvata:

- mere prevencije i ranog otkrivanja bolesti;
- preglede i lečenje u vezi sa planiranjem porodice, u toku trudnoće, porođaja i do 12 meseci nakon porođaja;
- preglede i lečenje u slučaju bolesti i povrede;
- preglede i lečenje bolesti usta i zuba;
- medicinsku rehabilitaciju u slučaju bolesti i povrede;
- lekove;
- medicinska sredstva.

Pravo na novčane naknade se odnosi na:

- pravo na naknadu zarade, odnosno naknadu plate za vreme privremene sprečenosti za rad;
- pravo na naknadu troškova prevoza u vezi sa korišćenjem zdravstvene zaštite.

Svi stranci koji borave u Srbiji ili kroz nju prolaze imaju pravo na zdravstvenu zaštitu, ali se obim i uslovi za ostvarivanje zdravstvene zaštite razlikuju u odnosu na status i uzrast stranca. U odnosu na obim prava i uslove, mogu se razlikovati tri grupe stranaca.

Prvu grupu čine stranci koji ostvaruju pravo na zdravstvenu zaštitu i novčane naknade pod istim uslovima kao i državljani Srbije. To su pre svih stranci u radnom odnosu i članovi njihovih sekundarnih porodica i oni

spadaju u zdravstvene osiguranike.⁸⁷ Osim njih, osiguranicima se smatraju sva deca i mladi do navršениh 26 godina koji se nalaze na redovnom školovanju,⁸⁸ što znači da su im na jednak način dostupne zdravstvena zaštita i novčane naknade kao i državljanima Srbije.

Drugu grupu čine stranci koji o trošku Republike Srbije mogu ostvariti pravo na sve zdravstvene usluge obuhvaćene obaveznim zdravstvenim osiguranjem, ali nemaju pravo na novčane naknade.⁸⁹ To su:

- punoletni tražioci azila;
- osobe uključene u program podrške dobrovoljnog povratka;
- žrtve trgovine ljudima;⁹⁰
- osobe kojima je odobreno pravo na azil ukoliko su materijalno neobezbeđene. U ovu grupu spadaju i registrovani stranci koji su izrazili nameru da traže azil, ali samo tokom određenog perioda, a nakon njegovog isteka stranac sâm snosi troškove zdravstvene zaštite. Naime, Zakon o azilu i privremenoj zaštiti propisuje da je stranac nakon izražavanja namere da traži azil, dužan da se u roku od 72 sata javi u naznačeni centar za azil ili prihvatni centar,⁹¹ odnosno da je dužan da u roku od 15 dana, a u posebnim slučajevima 23 dana od registracije, podnese zahtev za azil.⁹² Ukoliko ne postupi u skladu sa ovim odredbama, primenjuju se odredbe Zakona o strancima koje se odnose na iregularan boravak stranca, što znači da stranac samostalno snosi troškove zdravstvenih usluga.

Treću grupu čine stranci kojima je odobren privremeni boravak iz humanitarnih razloga i stranci koji nezakonito borave u Srbiji a nisu uključeni u program podrške dobrovoljnom povratku. I oni sami snose troškove zdravstvene zaštite. Pravnim okvirom je predviđeno da oni imaju pravo na hitnu medicinsku pomoć,⁹³ ali ne o trošku Republike Srbije.^{94,95} Ipak, stranac u iregularnom statusu može biti oslobođen plaćanja troškova hitne medicinske pomoći ustanovi ukoliko nema potrebna novčana sredstva. U tom slučaju ustanova će nadoknadu dobiti od države tako što će podneti zahtev Ministarstvu zdravlja, a država će na sebe preuzeti naplatu od stranca.⁹⁶ Još jedan način da se stranac u iregularnom statusu oslobodi troškova pruženih zdravstvenih usluga, jeste da se registruje i pred policijskim službenikom policijske uprave za strance izrazi nameru da traži azil. Međutim, ovo može biti opcija samo ukoliko prethodno nije bio registrovan u Republici Srbiji. Ukoliko pacijent boravi u ustanovi socijalne zaštite, ona je dužna da mu obezbedi pratnju do zdravstvene ustanove radi pregleda.⁹⁷

Pravnim okvirom Srbije je propisano da u pogledu obezbeđivanja zdravstvene zaštite stranci ne smeju biti diskriminisani ni po kom osnovu. Svaka zdravstvena ustanova i privatna praksa dužna je da strancu

87 Zakon o zdravstvenom osiguranju, „Sl. glasnik RS“, br. 25/2019, čl. 11.

88 Ibid, čl. 16.

89 Zakon o zdravstvenoj zaštiti, „Sl. glasnik RS“, br. 25/2019, čl. 239

90 Zakon o zdravstvenoj zaštiti ne pravi razliku između pretpostavljenih i identifikovanih žrtava trgovine ljudima, zbog čega obe kategorije ostvaruju pravo na zdravstvene usluge o trošku Republike Srbije.

91 Zakon o azilu i privremenoj zaštiti, „Sl. glasnik RS“, br. 24/2018, čl. 35.

92 Ibid, čl. 36.

93 Zakon o zdravstvenoj zaštiti, „Sl. glasnik RS“, br. 25/2019, čl. 236.

94 Ibid, čl. 238.

95 Iako je Zakonom o strancima predviđeno da stranci u toku roka za dobrovoljni povratak imaju pravo na hitnu medicinsku pomoć, u Zakonu o zdravstvenoj zaštiti su jasno utvrđene grupe koje imaju pravo na besplatne zdravstvene usluge, među kojima se ne nalazi ta grupa stranaca, što znači da su oni u obavezi da snose troškove lečenja.

96 Ibid, čl. 240.

97 Pravilnik o bližim uslovima i standardima za pružanje usluga socijalne zaštite, „Sl. glasnik RS“, br. 42/2013, 89/2018 i 73/2019, čl. 30.

pruži hitnu medicinsku pomoć,⁹⁸ kao i da se zdravstvene usluge strancima pružaju na isti način kao i građanima Republike Srbije,⁹⁹ što znači da se ne sme praviti razlika u pristupu između državljanina Srbije i izbeglica i migranata. Zdravstvene ustanove i privatne prakse mogu pružiti strancu i druge zdravstvene usluge o njegovom trošku.¹⁰⁰ Svaki zdravstveni radnik je dužan da pruži izbeglici ili migrantu, hitnu medicinsku pomoć. Izričito je zabranjeno neopravdano odbijanje pružanja zdravstvenih usluga na osnovu ličnog svojstva pacijenta,¹⁰¹ i za takav prekršaj je propisana novčana kazna od 5.000 do 50.000 dinara za zdravstvenog radnika i 10.000 do 100.000 dinara za pravno lice.¹⁰² Osim prava na pregled, pacijent, bez obzira na migracioni status, ima pravo i da od nadležnog zdravstvenog radnika blagovremeno i bez traženja, dobije informacije potrebne za donošenje odluke o pristanku ili odbijanju predložene mere.

Institucionalni okvir zdravstvenog sistema čine zdravstvene ustanove na primarnom, sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite.



Primarna zdravstvena zaštita

Ustanove primarnog nivoa zdravstvene zaštite su ustanove u koje građani mogu da odu bez uputa, onda kada se osećaju loše ili žele da unaprede svoje zdravlje. U ustanove primarnog nivoa spadaju domovi zdravlja, apoteke, studentska poliklinika i slično. Najvažnija ustanova na primarnom nivou je dom zdravlja.



Sekundarna zdravstvena zaštita

Ustanove sekundarne zdravstvene zaštite su bolnice. Ukoliko dom zdravlja nije u mogućnosti da pruži odgovarajuću specijalističku zdravstvenu zaštitu, lekar doma zdravlja upućuje pacijente u bolnicu – sekundarni nivo zdravstvene zaštite. Ovo su situacije kada zdravstveni problemi pacijenata prevazilaze tehničke uslove doma zdravlja ili je za dalje lečenje potrebno stručno mišljenje višeg nivoa. U bolnicama je moguće ambulantno lečenje, koje čine pregledi kod lekara specijaliste u odgovarajućoj poliklinici ili bolničko lečenje, tj. prijem u bolnicu i lečenje u bolnici.



Tercijarna zdravstvena zaštita

Tercijarni nivo zdravstvene zaštite angažuje se onda kada zdravstveni problemi pacijenata prevazilaze tehničke uslove bolnice ili je potrebno stručno mišljenje najvišeg nivoa zdravstvene zaštite. Tercijarne ustanove zdravstvene zaštite čine klinički centri, klinike, instituti i kliničko-bolnički centri. Kliničkih centara u Srbiji ima četiri (Beograd, Novi Sad, Kragujevac i Niš), klinika šest, instituta šesnaest i KBC-a četiri. Za dolazak na tercijarni nivo zdravstvene zaštite neophodan je uput overen kod nadležne filijale Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje, a uput izdaje dom zdravlja na osnovu preporuke lekara iz bolnice.

Zdravstvenom zaštitom upravljaju tri ključne institucije – Ministarstvo zdravlja, Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut” i Republički fond za zdravstveno osiguranje. Poznavanje nadležnosti i

98 Zakon o zdravstvenoj zaštiti, „Sl. glasnik RS“, br. 25/2019, čl. 238.

99 Ibid. čl. 237.

100 Ibid, čl. 238.

101 Zakon o zabrani diskriminacije, „Sl. glasnik RS“, br. 22/2009 i 52/2021, čl. 27.

102 Ibid, čl. 60.

načina rada ovih institucija je od velike pomoći prilikom planiranja zagovaranja za unapređenje zdravstvene zaštite migranta i izbeglica.

Od pomoći u zagovaranju za unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite migranata i izbeglica mogu biti i saveti za zdravlje na nivou lokalnih samouprava, koji su formirani u skladu sa Zakonom o pravima pacijenata (član 42 Zakona),¹⁰³ a njihove nadležnosti bliže uređuju Zakon o javnom zdravlju (čl.15 Zakona)¹⁰⁴ i Nacionalni savet za javno zdravlje, koji je formiran 2019. godine odlukom Vlade RS na osnovu odredbi Zakona o javnom zdravlju (čl.16 Zakona).



Savet za zdravlje – opštinski nivo

Savet za zdravlje osniva jedinica lokalne samouprave. Savet obavlja poslove definisane odlukom jedinice lokalne samouprave, Zakonom o pravima pacijenata i Zakonom o javnom zdravlju.

Odgovoran je za (naveden je samo deo aktivnosti od značaja za rad zdravstvenog medijatora):

- međusektorsku saradnju, koordinaciju, podsticanje, organizaciju i usmeravanje sprovođenja aktivnosti u oblasti delovanja javnog zdravlja na lokalnom nivou, zajedničkom aktivnošću sa organom autonomne pokrajine, jedinicom lokalne samouprave, nosiocima aktivnosti i drugim učesnicima u sistemu javnog zdravlja;
- prati izveštaje instituta i zavoda za javno zdravlje o analizi zdravstvenog stanja stanovništva na teritoriji jedinice lokalne samouprave i predlaže mere za unapređenje zdravstvenih programa, uključujući mere za razvoj integrisanih usluga u lokalnoj samoupravi;
- jača kapacitete nosilaca aktivnosti i učesnika u oblastima delovanja javnog zdravlja.



Nacionalni savet za javno zdravlje – republički nivo

Savet je osnovan radi unapređenja saradnje nadležnih organa, organizacija, nosilaca i učesnika u sistemu javnog zdravlja.

Odgovoran je za (naveden je samo deo aktivnosti od značaja za zdravstvenu medijaciju)

- stara se o unapređenju zdravlja, prevenciji bolesti i poboljšanju kvaliteta života kroz sistem javnog zdravlja;
- saraduje i učestvuje u radu svih relevantnih tela u oblasti javnog zdravlja i usklađuje pristup javnom zdravlju u različitim sistemima;
- ostvaruje međunarodnu saradnju u zaštiti javnog zdravlja.

103 Zakon o pravima pacijenata, „Sl. glasnik RS“, br. 45/2013 i 25/2019 – dr. zakon.

104 Zakon o javnom zdravlju, „Sl. glasnik RS“, br. 15/2016.

Uloge i odgovornosti različitih sistema i specifičnosti lokalne organizacije

Pravo na zdravlje migranata i izbeglica ostvaruje se u dva specifična konteksta – u humanitarnom kontekstu krize i kratkotrajnog zadržavanja velikog broja migranata u Srbiji i u kontekstu relativno stabilnog dužeg boravka. U oba slučaja neregulisana zdravstvena dokumentacija je uzrok pojedinih teškoća u evidentiranju migranata i izbeglica, zakazivanju pregleda i izboru izabranog lekara.

Uloga zdravstvenog sistema

Zdravstveni sistem obezbeđuje lečenje i očuvanje zdravlja migrantima i izbeglicama, očuvanje javnog zdravlja u zajednici u kojoj žive izbeglice i migranti i ostvarivanje prava migranata i izbeglica kao pacijenata. Zdravstveni sistem obezbeđuje zaštitu sledećih prava:

- pravo na dostupnost zdravstvene zaštite;
- pravo na informacije;
- pravo na preventivne mere;
- pravo na kvalitet pružene zdravstvene usluge;
- pravo na bezbednost pacijenta;
- pravo na obaveštenje;
- pravo na slobodan izbor;
- pravo na drugo stručno mišljenje;
- pravo na privatnost i poverljivost;
- pravo na pristanak;
- pravo na uvid u medicinsku dokumentaciju;
- pravo na poverljivost podataka o zdravstvenom stanju pacijenta;
- prava pacijenata koji učestvuju u medicinskom istraživanju;
- pravo deteta u stacionarnim zdravstvenim ustanovama;
- pravo pacijenta da na sopstvenu odgovornost napusti stacionarnu zdravstvenu ustanovu;
- pravo na olakšavanje patnji i bola;
- pravo na poštovanje pacijentovog vremena;
- pravo na prigovor;
- pravo na naknadu štete.



Izabrani lekar

Lečenje pacijenata počiva na institutu izabranog lekara. Izabrani lekar je lekar opšte medicine, ginekologije, pedijatrije i stomatologije u domu zdravlja, koji se bira na najmanje godinu dana popunjavanjem odgovarajućeg formulara. Izabrani lekar prati pacijenta, dobro ga poznaje i može efikasnije i efektivnije da dijagnostikuje zdravstveni problem i da primeni optimalno lečenje za konkretnog pacijenta.

Migranti/izbeglice ne mogu da imaju izabranog lekara zbog nepotpune dokumentacije. Upravo zbog takve situacije zdravstveni medijator je potreban prilikom svakog susreta sa novim lekarem kako bi:

- pomogao pacijentu da novom lekaru predoči svoje simptome, ranije lečenje, reakcije na određene lekove i slično;
- pružio lekaru informacije o ranijem toku bolesti i lečenju;
- pružio podršku lekaru da preuzme svoju ulogu i detaljnije upozna pacijenta pre postavljanja dijagnoze i prepisivanja terapije;
- umanjio rizik od nerazumevanja i, ukoliko je potrebno, približio lekaru kulturološke specifičnosti u pripremnom razgovoru s njim.



Šta treba da uradi zdravstveni medijator u zaštiti prava migranata i izbeglica kao pacijenata?

- Upoznajte se sa Zakonom o pravima pacijenata, posebno sa članovima 6–31 i sa članovima 32–37, koji govore o dužnostima pacijenata;
- Objasnite migrantima i izbeglicama njihova prava tokom lečenja, kad god je to moguće pre nego što se pojavi zdravstveni problem zbog kog se obraćate lekaru;
- Kad god u tretmanu ili odnosu lekara prema korisniku primetite nepoštovanje i kršenje korisnikovih prava, signalizirajte lekaru da ste to primetili i pokušajte da na licu mesta razrešite problem. Prethodno objasnite korisniku da je u toku kršenje njegovih prava i na koji način;
- U okviru preventivnog rada organizujte radionice ili razgovore i štampanje lifleta sa pravima pacijenata kako biste preventivno upoznali korisnike sa njihovim pravima i osnažili ih da ih prepoznaju i zalažu se za njihovo ostvarivanje tokom lečenja;
- Upoznajte korisnike sa njihovim obavezama kao pacijenata. Pomozite im da ih razumeju i prihvate.

Uloga ostalih organizacija i institucija

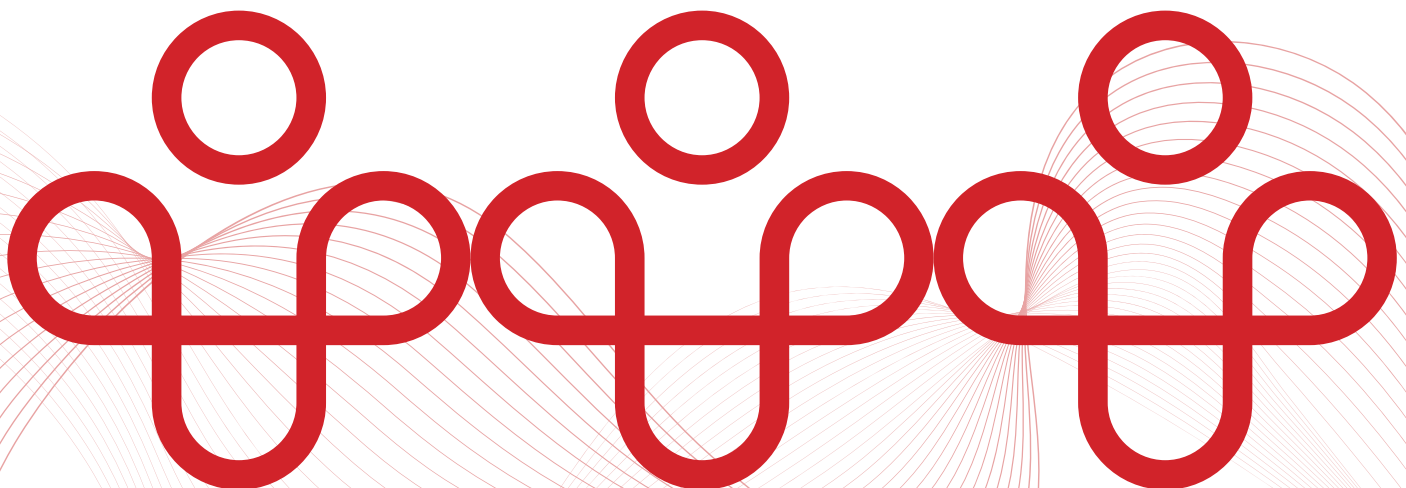
Socijalna zaštita je organizovana društvena delatnost od javnog interesa. Njen cilj je pružanje pomoći i podrške, kao i osnaživanje pojedinaca i porodica za samostalan i produktivan život u društvu. Pružanjem usluga socijalne zaštite sprečava se nastajanje socijalne isključenosti i otklanjaju se njene posledice. Uloga države u oblasti socijalne zaštite ogleda se u donošenju odgovarajućih propisa, programa za smanjenje socijalne isključenosti, kao i programa za jačanje društvene kohezije i negovanja nezavisnosti i sposobnosti građana da pomognu sami sebi. Pored ovoga, država ima svoj deo odgovornosti u vezi sa razvojem sistema usluga socijalne zaštite i stvaranjem uslova za funkcionisanje i koordinaciju različitih aktera u sprovođenju socijalne zaštite. Jedinice lokalne samouprave imaju sve značajniju ulogu u razvoju usluga socijalne zaštite. Od organa lokalne samouprave očekuje se da odgovaraju na potrebe građana, ali i na inicijative svih socijalnih aktera u zajednici u vezi sa socijalnom zaštitom – javnih, privatnih, profitnih i neprofitnih organizacija.

Centar za socijalni rad

U obezbeđivanju zdravstvene zaštite za korisnike sistema socijalne zaštite ključnu ulogu ima centar za socijalni rad kao ustanova koja procenjuje potrebe korisnika i koja je nadležna za aranžiranje usluga i koordinaciju u njihovom obezbeđivanju.

Kada je u pitanju obezbeđivanje zdravstvene zaštite migranata i izbeglica, centar za socijalni rad:

- saraduje sa ustanovama sistema zdravlja;
- obezbeđuje podršku korisnicima u uspostavljanju kontakata sa sistemom zdravstvene zaštite onda kada korisnik iz bilo kojih razloga to ne može da uradi samostalno;
- obezbeđuje staratelja deci i odraslima kojima je to potrebno i u okviru starateljske zaštite vodi računa o zdravlju korisnika – informiše korisnika o zdravlju i funkcionisanju sistema zdravlja, uspostavlja kontakte sa ustanovama zdravstvene zaštite, posreduje u ostvarivanju zdravstvene zaštite, prati tok bolesti i oporavak, nadzire, koliko je to moguće, uzimanje terapije, vodi računa o zdravstvenim kontrolama i saraduje sa zdravstvenim osobljem;
- Vodi računa o kvalitetu zdravstvene zaštite i ako je to potrebno, informiše i upućuje korisnike na sistem pritužbi i žalbi.





Smernice za rad zdravstvenog medijatora u odnosu na centar za socijalni rad:

- Informišite se da li je dete, odrasla ili mlada osoba korisnik centra za socijalni rad ili ne;
- Ako nije, a nalazi se u stanju socijalne potrebe, informišite je o centru za socijalni rad i povežite je sa tom ustanovom;
- Upoznajte voditelja slučaja deteta, mlade ili odrasle osobe i sa njim blisko saradujte jer je on organizator usluga za konkretno dete ili osobu;
- Upoznajte staratelja deteta i dogovarajte se sa njim ako je potrebna vaša podrška u svim konkretnim situacijama. Upoznajte se sa nadležnostima staratelja;
- Informišite voditelja slučaja, staratelja i dete, mladu ili odraslu osobu o kulturološkim razlikama i drugim specifičnostima vezanim za obezbeđivanje zdravstvene zaštite i realizujete zadatke zdravstvene medijacije u skladu sa konkretnom situacijom kako biste omogućili voditelju slučaja ili staratelju da preduzme potrebne i kulturološki prikladne korake u zaštiti zdravlja korisnika;
- Učestvujte u izradi plana usluga za dete, mladu ili odraslu osobu i, ako je to planom predviđeno, podnosite izveštaje voditelju slučaja o realizovanim aktivnostima u obezbeđivanju zdravstvene zaštite.

Ustanove za smeštaj korisnika

Ustanove za smeštaj korisnika mogu u svom okviru imati ambulantu doma zdravlja. U tom slučaju uloga zdravstvenog medijatora je ista kao i u odnosu na druge zdravstvene ustanove, uz već pomenutu saradnju sa voditeljem slučaja i/ili starateljem. Kada je korisniku smeštaja potreban odlazak kod lekara van ustanove, osoblje ustanove je u obavezi da taj odlazak obezbedi. Zdravstveni medijator može pomoći i u tim situacijama, ali ne može nezavisno od ustanove, tj. samostalno otpratiti korisnika.

Organizacije civilnog društva

Civilni sektor može biti deo sistema socijalne zaštite onda kada obezbeđuje neku od licenciranih usluga ili pruža savetodavno-terapijske i socioedukativne usluge ili na drugi način pruža podršku migrantima i izbeglicama. Obavezan je da saraduje sa voditeljem slučaja i starateljem. U vezi sa zaštitom zdravlja korisnika, zdravstveni medijator treba da se poveže sa predstavnicima organizacija civilnog društva i pruži im podršku kroz zdravstvenu medijaciju kad god je to potrebno. Ako je potrebno, medijator sa njima organizuje radionice i slične aktivnosti kako bi blagovremeno upoznao korisnike sa relevantnim pitanjima u vezi sa zaštitom zdravlja i osnažio ih da zatraže i prihvate lečenje i zdravstvenu podršku.

Koordinacija u obezbeđivanju zdravstvene zaštite

Nacionalno zakonodavstvo predviđa koordinaciju i saradnju između različitih sistema u obezbeđivanju zdravstvene zaštite, a posebno u prevenciji i zaštiti javnog zdravlja. Koordinacija i saradnja definisane su na lokalnom nivou (na nivou lokalnih samouprava) i na nacionalnom nivou. Svaka lokalna samouprava ima obavezu da organizuje model koordinacije i saradnje u zaštiti zdravlja i javnog zdravlja na svojoj teritoriji. Osim opštih zahteva koji se moraju ispuniti u skladu sa zakonskim dokumentima, svaka lokalna samouprava definiše nadležnosti, način organizovanja i zadatke u vezi sa koordinacijom, zavisno od kapaciteta same lokalne samouprave – kakva je struktura i zastupljenost zdravstvenih ustanova, kako je razvijen sistem socijalne zaštite i koji su resursi centra za socijalni rad, koje usluge postoje, koji su resursi drugih organa i organizacija, kao što je policija, tužilaštvo, posebno da li su formirane grupe za koordinaciju i saradnju na osnovu Zakona o sprečavanju nasilja u porodici, kao i koji su drugi resursi.

Na nacionalnom nivou postoje sledeći zakonski i podzakonski dokumenti koji regulišu saradnju sistema u zaštiti zdravlja dece i žena žrtava zlostavljanja, zanemarivanja i nasilja u porodici:

1. Zakon o sprečavanju nasilja u porodici;¹⁰⁵
2. Opšti protokol za zaštitu dece od zlostavljanja i zanemarivanja;¹⁰⁶
3. Posebni protokol sistema zdravstvene zaštite za zaštitu dece od zlostavljanja i zanemarivanja.¹⁰⁷

Ovi dokumenti se specifično odnose na zaštitu zdravlja i obavezu saradnje zdravstvenog sistema u slučajevima zlostavljanja i zanemarivanja dece i porodičnog nasilja i njihovom otkrivanju, kao i u krivičnim postupcima protiv počinitelaca zlostavljanja i zanemarivanja dece ili porodičnog nasilja.



Zakon o sprečavanju nasilja u porodici

- definiše nadležne državne organe – policiju, tužilaštvo, sud i centre za socijalni rad, kao i ustanove socijalne zaštite (čl. 7, st. 1) koji postupaju u slučajevima prijave nasilja;
- određuje obavezu i drugih ustanova koje obezbeđuju pomoć i podršku žrtvama, uključujući zdravstveni sistem (čl. 7, st. 2);
- određuje mere kojima se otkriva da li postoji neposredna opasnost od nasilja i mere koje se primenjuju kada je neosredna opasnost otkrivena (čl. 3);
- propisuje obavezu osnivanja grupe za koordinaciju i saradnju na području svakog osnovnog javnog tužilaštva (čl. 25).

105 Zakon o sprečavanju nasilja u porodici, „Sl. glasnik RS“, br. 94/2016.

106 Opšti protokol za zaštitu dece od zlostavljanja i zanemarivanja; dostupno na: https://www.paragraf.rs/propisi/opsti_protokol_za_zastitu_dece_od_zlostavljanja_i_zanemarivanja.html.

107 Pejović Milovančević, M., Kalanj, D. i Minčić, T. (ured.) (2019), Priručnik za primenu Posebnog protokola sistema zdravstvene zaštite za zaštitu dece od zlostavljanja i zanemarivanja, Ministarstvo zdravlja, 2019; dostupno na: <https://www.unicef.org/serbia/publikacije/prirucnik-za-primenu-posebnog-protokola>.



Opšti protokol za zaštitu dece od zlostavljanja i zanemarivanja

- u IV delu definiše proces zaštite deteta od zlostavljanja i zanemarivanja;
- odeđuje konkretne postupke – otkrivanje, konsultacije unutar službe koja razvija sumnju na nasilje, dokumentovanje nasilja, prijavljivanje centru za socijalnu rad, policiji i/ili tužilaštvu;
- propisuje obavezu centra za socijalni rad da sprovede postupak procene i planiranja radi određivanja da li ima potrebe za zaštitom ili ne, i ako ima, da odredi mere i aktivnosti zaštite i podrške organizovanjem konsultativnog sastanka sa svim relevantnim akterima, uključujući zdravstveni sistem (čl. 4, stav 1).



Posebni protokol sistema zdravstvene zaštite za zaštitu dece od zlostavljanja i zanemarivanja

- definiše šta je to zlostavljanje i zanemarivanje deteta, opisuje različite vidove zlostavljanja i zanemarivanja deteta i postupke procene i dokumentovanja nasilja u zdravstvenoj ustanovi;
- definiše obavezu konsultacija i prijavljivanja slučajeva zanemarivanja i zlostavljanja;
- definiše plan mera zdravstvene zaštite u zdravstvenoj ustanovi ili privatnoj praksi (str. 191 Priručnika za zaštitu dece od zlostavljanja i zanemarivanja);
- definiše obavezu evidentiranja nasilja i korake u postupanju zdravstvenih radnika/saradnika kada postoji sumnja na zlostavljanje/zanemarivanje deteta (str. 192 i 193 Priručnika), gde precizira način i postupke informisanja centara za socijalni rad i konsultacije unutar zdravstvene ustanove;
- definiše zadatke i saradnju stručnog tima za zaštitu dece od zlostavljanja i zanemarivanja (strane 195 i 201 Priručnika).

Koordinacija na lokalnom nivou

Koordinacija u zaštiti zdravlja na lokalnom nivou proističe i oslanja se na zakonske propise u zdravstvu i navedene protokole, uz uvažavanje već navedenih specifičnosti lokalne zajednice. Upravo zbog specifičnosti svake lokalne zajednice nemoguće je dati jedinstven pregled podzakonskih akata koja uređuju postupke saradnje i koordinacije u zaštiti zdravlja na lokalnom nivou. Svaka zdravstvena ustanova donosi svoj pravilnik o unutrašnjoj organizaciji i sistematizaciji radnih mesta i svoje interne procedure o konkretnim postupcima i putevima upućivanja pacijenata. Pravilnik se donosi na osnovu Zakona o radu,¹⁰⁸ Zakona o zdravstvenoj zaštiti,¹⁰⁹ Pravilnika o uslovima i načinu unutrašnje organizacije zdravstvene ustanove¹¹⁰ i statuta zdravstvene ustanove. Ovi dokumenti se ne odnose na stručne procedure i postupke lečenja, već samo na organizacionu strukturu i unutrašnju organizaciju radi primene stručnih zdravstvenih procedura i postupaka u dijagnostici i lečenju pacijenata.

Koordinacija i lečenje migranata i izbeglica još uvek nije definisana nijednim interresornim niti lokalnim dokumentom koji uvažava specifičnosti migrantskog konteksta i potrebu za kulturološkom osetljivošću zdravstvenog sistema. Uređeni su najosnovniji postupci koji omogućavaju pristup zdravlju i lečenju.



Koordinacija na lokalnom nivou u obezbeđivanju zdravstvene zaštite migranata i izbeglica u konkretnim situacijama

- Za koordinaciju zdravstvene zaštite dece i lica pod starateljstvom, kao i migranata i izbeglica koji su u stanju socijalne potebe, nadležan je centar za socijalni rad, tj. određeni voditelj slučaja ispred centra za socijalni rad;
- Centar za socijalni rad deo koordinacije može prepustiti staratelju deteta ili odrasle osobe pod starateljstvom, u skladu sa zakonom i ovlašćenjima staratelja;
- Neophodna je konstantna komunikacija između centra za socijalni rad kao nadležne ustanove socijalne zaštite i svih relevantnih aktera uključenih u obezbeđivnje pomoći i podrške i obezbeđivanje zdravstvene zaštite, uključujući i zdravstvenog medijatora;
- U situacijama hitnog reagovanja (ugrožen život) potrebno je sarađivati sa osobljem hitne službe ili službenicima policije koji su povezani sa slučajem. Kasnije je potrebno obavestiti centar za socijalni rad, ako je reč o njihovom korisniku.

108 Zakon o radu, „Sl. glasnik RS“, br. 24/2005, 61/2005, 54/2009, 32/2013, 75/2014, 13/2017 – odluka US, 113/2017 i 95/2018 – autentično tumačenje.

109 Zakon o zdravstvenoj zaštiti, „Sl. glasnik RS“, br. 25/2019.

110 Pravilnik o uslovima i načinu unutrašnje organizacije zdravstvenih ustanova, „Sl. glasnik RS“, br. 43/2006 i 126/2014.



Zdravstveni medijator kao agens koordinacije čini sledeće:

- Upoznaje se sa organizacijom domova zdravlja i drugih zdravstvenih ustanova na teritoriji na kojoj radi i sa njihovim procedurama i koracima u lečenju pacijenata generalno i vezano za lečenje migranata i izbeglica. Svaki dom zdravlja i svaka ustanova sekundarne i tercijarne zaštite može imati svoje specifične korake u zavisnosti od organizacije i raspoloživih resursa;
- Povezuje se i aktivno saraduje sa voditeljem slučaja i starateljem i zajedno sa njima obezbeđuje potrebnu podršku zdravstvenog medijatora korisniku, zdravstvenim radnicima, samim voditeljima slučaja i starateljima, ako je potrebno, i drugim organizacijama uključenim u podršku;
- Povezuje se sa ambulantama u domovima zdravlja i ambulantama pri centrima za azil i prihvatnim centrima kako bi znali da ga pozovu ukoliko im bude potrebna pomoć;
- Povezuje se sa savetom za zdravlje kako bi mogao da zastupa interese korisnika u domenu njihove nadležnosti;
- Kada zastupa interese korisnika kao grupe i nastoji da unapredi organizaciju i kvalitet rada zdravstvenih ustanova, može nastupati ispred organizacije u kojoj radi i zalagati se za opšta rešenja i promene. U takvim situacijama je nezavisan od centra za socijalni rad;
- Poželjno je da zdravstveni medijator bude angažovan u okviru određene organizacije u NVO sektoru, a moguće je i osnivanje organizacije koja bi obezbeđivala samo uslugu zdravstvene medijacije. U drugom slučaju ta organizacija bi obavljala poslove podele zaduženja zdravstvenih medijatora, superviziju rada, nadzor i sve druge potrebne aktivnosti kako bi se usluga obezbeđivala na kvalitetan način u najboljem interesu korisnika, i posebno bi moglo doći do unapređivanja zastupanja i prilagođavanja zdravstvenog sistema i njegovog kretanja ka kulturno kompetentnoj praksi.

Mehanizmi upućivanja korisnika

U Srbiji zasad ne postoje definisani i migracionom kontekstu prilagođeni mehanizmi upućivanja migranta i izbeglica na zdravstvenu zaštitu. Za njih važe isti postupci i procedure kao i za građane i građanke Srbije.

Ukoliko je migrant ili izbeglica na kolektivnom smeštaju, on se u slučaju potrebe za zdravstvenom zaštitom obraća ambulanti doma zdravlja u kolektivnom smeštaju. Ukoliko potreba za lečenjem prevazilazi resurse ambulante, dobija uput za primarnu ili sekundarnu zdravstvenu ustanovu. Ukoliko je migrant/izbeglica smešten u ustanovi socijalne zaštite i potreban mu je odlazak u nadležni dom zdravlja, on tamo odlazi u

pratnji stručnog radnika ustanove ili staratelja, ukoliko to bude dogovor ustanove i staratelja, uključujući i voditelja slučaja.



Zdravstveni medijator će činiti sledeće:

- Upoznati se sa praksom u sredini u kojoj radi u vezi sa upućivanjem korisnika na lečenje;
- Upoznati se sa migrantskom zajednicom kako bi pripadnike zajednice preventivno informisao o procedurama i odlasku na lečenje i kako bi mu se obratili u slučajevima pojave simptoma oboljenja. To će unaprediti blagovremeno otkrivanje potrebe za lečenjem i omogućiti mu da interveniše kod nadležnih ustanova;
- Objasniti migrantskoj zajednici procedure odlaska u dom zdravlja i dobijanja uputa za sekundarni i tercijarni nivo zaštite. Tako će ih upoznati sa postupkom i doprineti blagovremenom javljanju u slučaju zdravstvene potrebe;
- Kao član tima za konkretnog korisnika, po potrebi i po dogovoru, pruža podršku iz domena zdravstvene medijacije svim akterima u upućivanju u okviru tima, što uključuje korisnika, članove tima, voditelja slučaja i staratelja, lekara i drugo zdravstveno osoblje.

Mehanizam pritužbi i žalbi

Postojeći sistemi pritužbi i žalbi koji važe u sistemu zdravstva dostupni su i migrantima i izbeglicama na isti način kao i drugim pacijentima. Zakon o pravima pacijenata u članu 30 definisao je pravo pacijenata na prigovor: „Pacijent koji smatra da mu je uskraćeno pravo na zdravstvenu zaštitu ili da mu je postupkom zdravstvenog radnika, odnosno zdravstvenog saradnika, uskraćeno neko od prava iz oblasti zdravstvene zaštite, ima pravo da podnese prigovor zdravstvenom radniku koji rukovodi procesom rada ili direktoru zdravstvene ustanove, odnosno osnivaču privatne prakse ili savetniku za zaštitu prava pacijenata.”

Postupak za zaštitu prava pacijenata definisan je članovima 38–43 Zakona. U skladu sa ovim članovima, prigovor se može uputiti u pisanom obliku ili usmeno, davanjem izjave na zapisnik. Prigovor može podneti korisnik sâm ili njegov zakonski zastupnik. Savetnik za zaštitu prava pacijenata postupa po podnetim prigovorima i ima pravo uvida u dosije pacijenta i pravo prikupljanja potrebnih informacija. U roku od pet radnih dana dužan je da sačini izveštaj, koji dostavlja podnosiocu prigovora i rukovodiocu organizacione jedinice, tj. direktoru ustanove ili osnivaču privatne prakse. Direktor ili drugi subjekti u obavezi su da u roku od pet dana dostave savetniku za zaštitu prava pacijenata obaveštenje o postupanju i preduzetim merama. Podnosilac prigovora, ili njegov pravni zastupnik, ukoliko je nezadovoljan preduzetim merama, može se obratiti savetu za zdravlje u jedinici lokalne samouprave, zdravstvenoj inspekciji i nadležnom organu organizacije zdravstvenog osiguranja.

Savet za zdravlje razmatra izveštaje savetnika pacijenata, prati ostvarivanje prava pacijenata i predlaže mere za zaštitu i promociju prava pacijenata, a godišnji izveštaj o svom radu, koji sadrži i preduzete mere na zaštiti prava pacijenata, dostavlja nadležnom organu jedinice lokalne samouprave, ministarstvu nadležnom

za poslove zdravlja, a na teritoriji Autonomne pokrajine i organu uprave nadležnom za poslove zdravlja. Izveštaj se dostavlja i zaštitniku građana.



Zdravstveni medijator čini sledeće:

- Upoznaje se sa procedurom podnošenja prigovora i nadležnostima uključenih tela i organa;
- Informiše o tome korisnike blagovremeno kako bi znali kako mogu da zaštite svoja prava;
- Pomaže im da razumeju i prihvate ovaj postupak i integrišu ga u svoje obrasce ponašanja kada je u pitanju zaštita njihovog zdravlja.

Koncept zdravlja i bolesti

Idealna pozicija zdravstvenog medijatora bi bila da ima medicinsko obrazovanje i da može korisnicima da kompetentno opiše neka od najčešćih oboljenja i objasni im osnovne postupke lečenja. To omogućava da sa korisnicima razmeni informacije o načinima lečenja i o razumevanju bolesti u obe kulture (na primer, pronalaženje sličnosti u pristupu bolesti ili u pristupu konkretnom oboljenju u zapadnoj medicini i Kuranu). Kada zdravstveni medijator nema takvo obrazovanje, važno je da u osnovnim crtama poznaje karakteristike i simptome nekih najčešćih grupa oboljenja i osnovne pristupe u njihovom lečenju – da ima osnovna znanja o virusnim i bakterijskim oboljenjima, postupcima kod visoke temperature, saniranju manjih fizičkih povreda, prepoznavanju znakova stresa i traume i slično. Ta znanja pomoći će mu da blagovremeno uoči oboljenje i podstakne korisnike da se obrate lekaru, kao i da preventivno deluje i razgovara sa korisnicima o razumevanju oboljenja i lečenja.

Razumevanje koncepata zdravlja i lečenja u okviru tradicionalnih pristupa iz perspektive migranata

Kao što je već rečeno, različite kulture imaju različite sisteme verovanja koji se odnose na zdravlje, lečenje i očuvanje zdravlja. Takođe postoje kulturne varijacije u percepciji bolesti. Stavovi, verovanja i običajne prakse u vezi sa zdravljem utiču na ponašanje i stav prema zdravlju članova zajednice, na traženje pomoći i izbor onoga ko će tu pomoć pružiti – da li će se koristiti autohtone i tradicionalne zdravstvene prakse unutar sopstvene grupe ili medicinski pristup u lečenju koji važi u zemlji u kojoj su. Ova različitost u kulturološki neosetljivom zdravstvenom sistemu dovodi do diskriminacije i nejednakog pristupa zdravlju migranata i drugih pripadnika etničkih manjina. Jedan od osnovnih ciljeva medijacije u zdravstvu i razvoja kulturno kompetentnog sistema zdravstva je i eliminisanje rasnih i etničkih razlika u zdravlju i omogućavanje dostupnosti zdravstvenih usluga i zdravlja svima na jednako kvalitetan način.

Neophodno je razumeti razliku između pojma bolesti u medicini i bolesti u kontekstu kulturno kompetentne zdravstvene prakse. U tom cilju zdravstveni medijator treba da se upozna sa osnovnim specifičnostima razumevanja zdravlja i bolesti kod migranata.

Paralela u razumevanju bolesti zvanične zapadne medicine i tradicionalnih pristupa različitih kultura

U sistemu zdravstva, pojam „bolest“ se odnosi na medicinsku definiciju bolesti od strane stručnjaka. Bolest se objašnjava sa aspekta kliničke manifestacije i biološke i fiziološke etiologije. Bolest ima svoj uzrok, tok i ishod. Drugo značenje pojma „bolest“, koje prevladava u tradicionalnim kulturama, jeste psihološki koncept zasnovan na percepciji, iskustvu i razumevanju patnje. Ona je subjektivna i otvorena za uticaj kulture.



Primer različitog razumevanja pojma „bolest“

Migrant boluje od epilepsije. Lekar će objasniti da je to medicinska bolest koja se javlja kao rezultat žarišnih električnih pražnjenja u mozgu, da izaziva disfunkciju centralnog nervnog sistema, da je potrebna upotreba određenih lekova kako bi se bolest držala pod kontrolom i napadi bili što ređi da bolest ne bi napredovala i dovela do ozbiljnijih povreda.

Migrant bolest razume kao nešto što se pojavljuje iznenada i može ali ne sme da ometa svakodnevno ponašanje. Ona je rezultat neravnoteže unutrašnjih sila tela – može biti privremena zaposednutost tela zlim duhom ili posledica nekog nemoralnog ponašanja predaka. Bolest je sramota, treba je sakriti od drugih da ne bi uticala na život migranta (posao, brak itd.).

Da bi lekar pomogao ovom pacijentu, on mora da poznaje, razume i prihvati percepciju bolesti samog pacijenta, a ne samo medicinski koncept bolesti.

Narodni koncepti i objašnjenja bolesti

Ljudi koji pripadaju jednoj etničkoj grupi ili sredini obično imaju zajedničko znanje i određena uverenja o bolesti. Ta uverenja su vidljiva u narodnim ili starim načinima lečenja, na primer, u ponašanju majki i domaćica kada rešavaju probleme sa zdravljem svojih ukućana. Njihovo ponašanje je rezultat akumuliranog iskustva iz prošlosti ili dobro uspostavljenog tradicionalnog medicinskog koncepta, koji ima duboke korene u zajednici iz koje potiču. Na osnovu prirode objašnjenja ti koncepti se mogu razmatrati iz nekoliko perspektiva:

- a) natprirodna objašnjenja;
- b) upad objekta;
- c) gubitak duše;
- d) upad duha;
- e) kršenje tabua;
- f) vraćanje;
- g) prirodna objašnjenja;
- h) tradicionalna medicina.

Natrprirodna objašnjenja

Ovaj koncept je zasnovan na natprirodnim verovanjima. Prema ovom verovanju, uzroci bolesti se pripisuju natprirodnim silama koje su izvan ljudskog razumevanja i kontrole. Ovakva objašnjenja se često koriste kada je pojava bolesti izvan uobičajenog iskustva i razumevanja određene zajednice i pojedinica.

Upad objekta

Bolest se tumači kao rezultat neočekivanog prisustva (upada) određenih bića ili nepoželjnih predmeta, kao što su sitne kosti, komadići kože, zgrušana krv, insekti ili dlake. Sva ta bića ili predmeti smatraju se zlim i dokazanim uzrocima bolesti. Ovaj koncept je zasnovan na magijskom mišljenju i predstavlja jedan od najprimitivnijih načina tumačenja uzroka bolesti.

Gubitak duše

U mnogim zajednicama u kojima su pismenost i obrazovanje još nedovoljno prisutni, često je verovanje da je duša nezavisna od ljudskog tela. Ona je natprirodno biće pojedinca i samo boravi u ljudskom telu; najčešće se veruje da duša boravi u glavi. Iz nekih razloga, kao što je, recimo, iznenadni strah, kijanje, udarac u glavu, težak san i slično, duša napušta telo i ne može da se vrati. Kada se duša izgubi, čovek se razboli.

Upad duha

Bolest je posledica prisustva zlih duhova u ljudskom telu. Ne izazivaju svi duhovi ili natprirodna bića koja borave u ljudskom telu bolest, već samo zli duhovi.

Kršenje tabua

Bolest je rezultat kazne bogova zbog kršenja verskih zabrana ili društvenih tabua. Ovo se dešava jer su verske zabrane i društvene tabue odredili bogovi i oni zabranjuju njihovo kršenje. Iako se kršenje zabrana ili tabua može desiti nenamerno ili potpuno nesvesno, i dalje je kazna bogova uzrok bolesti počinioca. Ako se kazna poništi na način koji su bogovi odredili (npr., ispovest), čovek može ozdraviti.

Vračanje

Bolest je posledica manipulacije osoba koje imaju magijska znanja ili natprirodne moći. Te osobe su zlonamerne i namerno izazivaju bolest druge osobe. Da bi čovek ozdravio, potrebno je da se radi na popravljanju problematičnih međuljudskih odnosa. Ako se suprotstavlja vraćanju, ne postoji garancija da se čovek neće razboleti ili da će ozdraviti.

Prirodna objašnjenja

Prema ovom konceptu, postoje osnovni principi svemira koji upravljaju celom prirodom, uključujući i zdravlje i bolest. Kada se čovek razboli, smatra se da je došlo do poremećaja prirodnih principa svemira na nekoliko načina:

- *Disharmonija prirodnih elemenata.* Pretpostavlja se da u svetu prirode postoje određeni homeostatski uslovi i sredstva za harmonično balansiranje različitih elemenata. Ako među tim prirodnim elementima postoji nesklad, doći će do bolesti kao nepoželjnog stanja. Na primer, ovo verovanje je ukorenjeno u humoralnom pogledu u grčkoj medicini (četiri telesne tečnosti imaju svoje karakterisitike – toplo, hladno, vlažno i suvo – a od njihove kombinacije zavisi oboljevanje) i u teoriji pet elemenata kineske tradicionalne medicine;
- *Nekompatibilnost sa prirodnim principima.* Bolest je uzrokovana nekompatibilnošću sa prirodnim principima. Astrolozi mogu tumačiti bolest kao rezultat neobičnog kretanja određene planete. Geometristi (ili feng šui majstori) mogu objasniti da patite od hronične bolesti jer je vaš predak bio sahranjen na mestu koje se ne uklapa u geometrijske ili feng šui principe. Gatara može protumačiti da neko ima prekomernu vatru ili vodu u sistemu tela ili da mu jin i jang nisu pravilno izbalansirani.

Neka od ovih shvatanja su zastupljena u različitim prihvaćenim pristupima alternativne medicine:

- *Štetni faktori u životnoj sredini.* Kada je bilo koji prirodni element, poput vetra ili vode, prekomeran ili neprirodan, postaje štetan i izaziva bolest. Na primer, smatra se da je hladan vazduh uzrok prehlade. U savremenoj medicini postoje različita stanovišta u pogledu opravdanosti ovakvog stava;
- *Somato-medicinska objašnjenja.* Bolest je rezultat nepoželjnih stanja koja postoje unutar našeg tela jer su za pravilno funkcionisanje ljudskog organizma neophodni određeni uslovi. Svi faktori koji nepovoljno utiču na te uslove dovode do bolesti;
- *Uznemirenost ili disfunkcija određenih unutrašnjih organa.* Ovo objašnjenje počiva na uverenju da su određeni unutrašnji organi blisko povezani sa određenim fizičkim i mentalnim funkcijama. Zbog jakog straha, stresa i nepovoljnih okolnosti može doći do disfunkcije pojedinih organa, a to dovodi do somatskih i emocionalnih smetnji;
- *Fiziološka neravnoteža ili iscrpljenost.* Ovaj pristup se zasniva na verovanju da neuravnotežena ishrana, iscrpljenost ili neprikladne aktivnosti, posebno seksualne, izazivaju fiziološke smetnje koje rezultiraju medicinskim poremećajem. Na primer, i u istočnom i u zapadnom svetu smatra se da prekomerna seksualna aktivnost dovodi do gubitka energije. Korejci smatraju da povišena vatra u telu izaziva razdražljivost i bes. Na osnovu grčkog humoralnog koncepta bolest se često pripisuje neravnoteži između toplog i hladnog u telu i slično.
- *Nedovoljna vitalnost.* Ljudskom telu je neophodna određena sila, vitalnost, energija da bi funkcionisalo, a ako dođe do njenog nedostatka ili prevelikog gubitka, dolazi i do bolesti.

Tradicionalna medicina

Tradicionalna medicina se odnosi na medicinski sistem koji se razvio i primenjivao u prošlosti pre razvoja moderne medicine. Koncept i teorija bolesti i lečenja mogu se znatno razlikovati od savremene medicine. Međutim, mnogi ljudi u našem društvu i dalje čvrsto veruju u praksu tradicionalne medicine, odvojeno

ili istovremeno sa savremenom medicinom. Tradicionalna kineska medicina koja se praktikuje u Kini, ajurvedska medicina koja se praktikuje u Indiji i galensko-islamska medicina arapskih naroda predstavljaju tradicionalne medicinske sisteme koji imaju dobro razrađenu teoriju. Za savremene zdravstvene radnike je, zbog verovanja pacijenata, važno da imaju osnovna znanja o tradicionalnoj medicini, tako da mogu uspostaviti razumevanje sa pacijentima koji veruju u tradicionalnu medicinu i mogu predložiti za njih prihvatljiv model lečenja. Ta znanja takođe pomažu da savremeni zdravstveni radnik razume zašto se pacijent raspituje da li je u redu jesti određeno voće nakon porođaja ili operacije (odnosi se jin i jang teoriju tradicionalne kineske medicine), ili da prepozna da ogrebotine od novčića na detetovom telu ne predstavljaju zlostavljanje deteta, već da imaju za cilj očuvanje zdravlja (razvoj elementa vatre), ili da prepozna ožiljke na leđima i stomaku kao rezultat lečenja oki tretmanom, koji neke kulture koriste za lečenje stomačnih poremećaja, bolova u leđima i raka.

Čuvati poverljivost i privatnost

Poverljivost i privatnost spadaju u osnovna prava pacijenata. Poverljivost znači da sve lične informacije o pacijentu koje se tiču njegovog zdravlja i potencijalnih dijagnostičkih i terapijskih procedura, lekar i drugi zdravstveni radnici i saradnici ne smeju saopštiti trećim licima. Privatnost pak znači da pacijent ima pravo na zaštitu svoje privatnosti tokom dijagnostičkih procedura i lečenja u celini. Ovo se može odnositi na mogućnost obavljanja pregleda bez prisustva drugih lica, korišćenje paravana, zaštitu informacija, obavljanje pregleda i razgovora u bezbednom i zaštićenom ambijentu gde drugi pacijenti ili zaposleni neće biti u prilici da čuju poverljivi razgovor lekara i pacijenata i slično. Član 14 Zakona o pravima pacijenata¹¹¹ reguliše poverljivost i privatnost kao zakonsku obavezu lekara i zdravstvenog sistema. Ovim članom je regulisano da pregledu pacijenta mogu prisustvovati studenti i lekari na specijalizaciji (s obzirom na to da je fokus na učenju), ali pacijent može izričito zabraniti njihovo prisustvo ukoliko smatra da će to ugroziti njenu/njegovu privatnost i poverljivost. Isto tako, pacijent može dati pristanak za prisutnost drugih lica prilikom pregleda i preduzimanja medicinskih mera uopšte.

Za zdravstvenog medijatora je veoma važno da razume sve aspekte poverljivosti i privatnosti, s obzirom na specifičnosti kulturološkog konteksta iz kog dolaze miganti i izbeglice, a koji se posebno odnose na žene. Na primer, kod udatih Avganistanki muž obavezno prisustvuje pregledu, posebno ginekološkom; kod nekih naroda u Polineziji pregledu neudate devojke obavezno prisustvuje majka ili starija sestra; kada se porodilja otpušta iz bolnice, saveti o nezi deteta i dojenju daju se bez prisustva supruga (nasuprot našoj kulturi) itd. Sve su ovo pitanja poverljivosti i privatnosti i važno je da ih kulturni medijator poznaje da bi mogao da doprinese obostranom razumevanju lekara i pacijenta. Takođe, pacijent ima pravo da zabrani posete tokom stacionarnog lečenja ako to želi (porodici, deci, drugim licima); o ovome je potrebno unapred obavestiti korisnike kako bi se rasteretili poštovanja običajnih normi i izjasnili za onaj pristup koji im u tom trenutku najviše odgovara.



Zdravstveni medijator je obavezan da poštuje pravila u vezi sa odnosom poverenja i privatnosti i da čuva profesionalnu tajnu u vezi sa zdravljem pacijenta, i kada je zaposlen u zdravstvenom sistemu i kada dolazi iz NVO ili drugog sektora. Poverljivost se odnosi na lične, medicinske, društvene i finansijske podatke.

111 Zakon o pravima pacijenata, „Sl. glasnik RS“, br. 45/2013 i 25/2019 – dr. zakon.



Pet obaveznih okolnosti pod kojima zdravstveni medijator MOŽE podeliti informacije o zdravlju i lečenju pacijenta sa drugima, jesu sledeće:

- pacijent (ili njegov zakonski zastupnik) mora biti obavešten o činjenici da će se informacije deliti, sa kim će se deliti i koje informacije će se deliti;
- pacijent mora dati pristanak za razmenu informacija;
- razmena informacija mora biti u najboljem interesu pacijenta;
- podaci se dele sa nekim ko je uključen u brigu o pacijentu;
- dele se samo informacije koje se moraju podeliti.



Izazovni aspekti zdravstvene medijacije u vezi sa poverljivošću i privatnošću u kojima zdravstveni medijator NE SME podeliti informacije sa lekarom/zdravstvenim osobljem, jesu sledeće:

- i kada se korisnik više ne leči u zdravstvenoj ustanovi, obaveza poštovanja profesionalne tajne ostaje;
- kada pacijent obavesti zdravstvenog medijatora da čini prevaru (na primer, koristi tuđu karticu socijalnog osiguranja, daje lažne podatke o svom zdravlju), zdravstveni medijator ostaje vezan profesionalnom tajnom;
- kada je jasno da će informacije primljene tokom razgovora između zdravstvenog medijatora i korisnika biti korisne za lečenje i pružanje nege, ali korisnik ne želi da ih saopšti lekaru, zdravstveni medijator može samo da nastoji da ohrabri korisnika da ih podeli sa pružaocem usluga;
- kada tokom individualnog razgovora sa zdravstvenim medijatorom korisnik insistira na tome da se određene teme ne smeju deliti sa pružaocem usluga, zdravstveni medijator će uložiti posebne napore i predložiti da korisnik sâm to iznese lekaru/pružaocu usluga. Ako korisnik odbije, zdravstveni medijator ne sme otkriti podatke.



Izazovni deontološki aspekti zdravstvene medijacije u vezi sa poverljivošću i privatnošću u kojima zdravstveni medijator MOŽE podeliti informacije sa lekarom/zdravstvenim osobljem uprkos stavu korisnika, jesu sledeći:

- kada se proglašava vanredno stanje koje izaziva sukob vrednosti. Na primer, kada je nečiji fizički ili psihički integritet ozbiljno ugrožen i ta osoba sama (ili uz pomoć drugih) nije u stanju da ih zaštiti;
- kada je zajednica u opasnosti. Na primer, kada zdravstveni medijator primeti da pacijent ne govori ili izostavlja istinu i da to može imati negativne posledice po njegovu direktno okruženje ili zajednicu uopšte, profesionalna tajna se može prekršiti. Pre nego što podeli te informacije, ukoliko postoji supervizor ili nadređena osoba zdravstvenom medijatoru, on će se konsultovati sa tom osobom;
- Ako je zdravstveni medijator pozvan kao svedok u sudskom postupku, on ima pravo da govori bez obzira na profesionalnu tajnu, ali ga niko ne može naterati da govori.



Informisani pristanak na zdravstvene procedure

- Svoj pristanak na predložene procedure pacijent može dati u pisanoj i usmenoj formi;
- Kod svih radikalnijih zahteva neophodna je pisana saglasnost pacijenta ili njegovog staratelja;
- Svoj pristanak ili saglasnost pacijent će dati na osnovu podrobnog informisanja o karakteristikama predloženih postupaka, njihovom toku i posledicama i na osnovu upoznavanja sa svojim pravima u različitim ishodima predviđenih zdravstvenih procedura;
- Bez pristanka pacijenta ili njegovog zakonskog zastupnika ne sme se nad njim izvesti nijedna procedura, osim u izuzetnim situacijama koje su utvrđene zakonom i koje su u skladu sa medicinskom etikom;
- Pacijent ima pravo da odredi lice koje će u njegovo ime dati pristanak u slučaju da pacijent postane nesposoban da donese odluku o pristanku, odnosno lice koje će biti obavešteno o preduzimanju medicinskih mera.

Zdravstveni medijator će:

- Pružiti podršku lekaru/zdravstvenom osoblju i pacijentu da se informacije podele na kulturno osetljiv način i da ih pacijent u potpunosti razume;
- Ako je potrebno, pojašniće pacijentu da svoj pristanak može povući u svakom trenutku pre početka procedure, usmeno ili pisanim putem;
- Ukoliko se radi o pacijetu koji ima voditelja slučaja ili staratelja i ukoliko su oni prisutni, zdravstveni medijator će im pružiti podršku da objasne sve bitne činjenice pacijentu zajedno sa lekares/zdravstvenim radnikom, a po dogovoru sa njima može i on informisati pacijenta i svaki korak prevoditi staratelju i/ili voditelju slučaja.



Komunicirati na kulturno osetljiv način

Kulturno osetljiva komunikacija je jedna od ključnih veština zdravstvenih medijatora i istovremeno je veština koja obeležava kulturno kompetentnog profesionalca jer podrazumeva ne samo efikasnu komunikaciju sa korisnicima, tj. migrantima i izbeglicama, već i sa samim sobom i drugim sistemima.



Karakteristike kulturno kompetentnog profesionalca

- **Samosvest** – prihvatanje i uvažavanje svesti o sopstvenoj kulturi i kulturnom nasleđu i kako oni utiču na ponašanja, stavove, vrednosti i donošenje odluka;
- **Prihvatanje i uvažavanje** sopstvenih uverenja i vrednosti, kao i uverenja i vrednosti drugih i njihove različitosti;
- Svest da naša kultura i njene vrednosti nisu apriori bolje od druge kulture i njenih vrednosti i nisu jedine „prave“;
- Svest da naša uverenja, vrednosti i verovanja nisu ista kao korisnikova;
- Otvorenost za kulturne susrete.
- **Uspešna/konstruktivna/delotvorna komunikacija** obuhvata: poznavanje jezika za prevođenje, veštine verbalne i neverbalne komunikacije, obezbeđivanje prevoda edukativnih materijala i poštovanje kulturno prilagođenih protokola. postupanja.



Komunikacija na kulturno osetljiv način

- PITATI da bi se izgradilo razumevanje i razjasnila verovanja, vrednosti i stavovi, značenja ponašanja i običaja i slično. Pitati sa interesovanjem i iz pozicije nekog ko želi da shvati, razume i prihvati nepoznato;
- Kada različitost ne razumemo na prvu loptu, tragati dalje za objašnjenjima, opisima i podacima koji će nam pomoći da na pravi način razumemo određeni običaj, ponašanje, verovanje;
- Proveriti da li ste dobro razumeli određena objašnjenja, ponašanja i stavove – nemojte ih interpretirati. Pitajte, dajte povratnu informaciju, proverite sopstveno razumevanje (Razumela sam da si rekla/rekao...; Je li to u redu ili...?);
- Koristiti jednostavne reči i rečenice, bez stručnih izraza, govoriti jasno i razumljivo;
- Ne branite sopstveno gledište, ne takmičite se, a ako prihvatate različitosti, to i nije teško;
- Pokažite empatiju – slušajte i osećanja, ne samo reči i događaje; prepoznajte i uvažite osećanja, pokažite uvažavanje i poštovanje i jasno izrazite svoje želje, šta je za vas prihvatljivo, a šta ne.



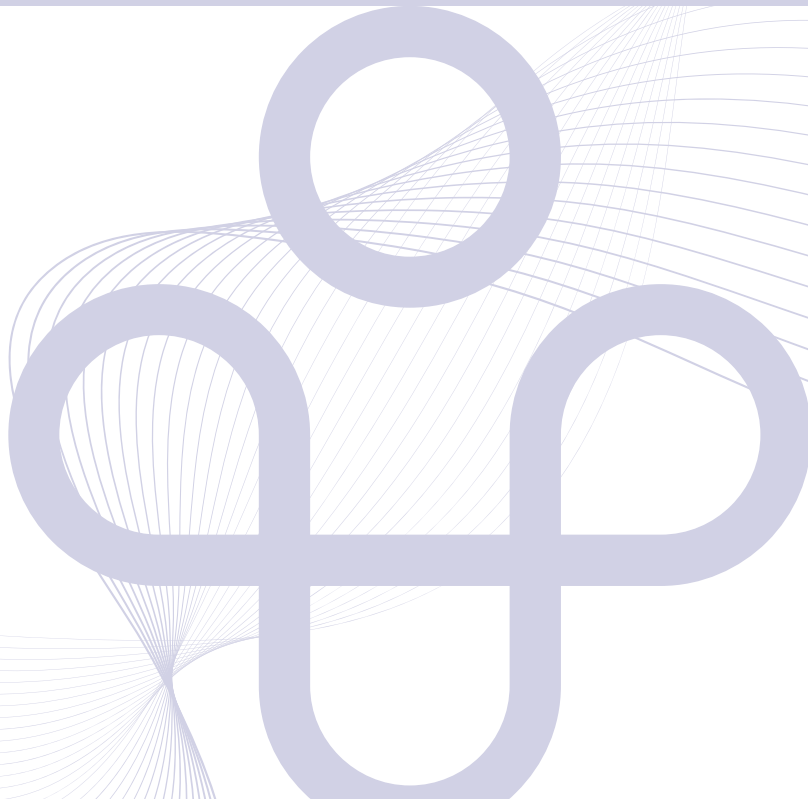
Stvaranju prepreka u komunikaciji između različitih kultura doprinose:

- različiti jezici i stilovi komunikacije. Uobičajen problem je tendencija da rečima i izrazima iz stranog jezika pripišemo samo jedno značenje ili značenje koje je nama prihvatljivije, da ne obraćamo pažnju na različite stilove govora, žargon i specifičnosti govora u različitim dijalektima;
- pogrešne interpretacije neverbalne komunikacije;
- pretpostavke i stereotipi i pretpostavke o sličnosti jezika i kultura;
- etnocentrizam – tendencija da vrednujemo kulturu drugih naroda iz aspekta sopstvene kulture;
- anksioznost u susretu sa drugom kulturom.



Neka pitanja za istraživanje kulturnog porekla i kulturnog identiteta

- Gde ste rođeni?
- Koga smatrate porodicom?
- Koji je prvi jezik koji ste naučili?
- Koji drugi jezik govorite?
- Koji jezik ili jezici se govore u vašem domu?
- Koje ste veroispovesti? Koliko vam je značajno da praktikujete religiju?
- U kojim aktivnostima uživate?
- Sa kojom kulturom se poistovećujete? Šta biste rekli, kojoj kulturi pripadate?
- Koji su aspekti _____ najvažniji za vas? (Koristite isti izraz kao korisnik za kulturu za koju se izjasnio.)
- Kako biste opisali svoj dom i susedstvo?
- Kome se obično obraćate za pomoć prilikom suočavanja sa problemom?





Neka pitanja za istraživanje kulturnog porekla i kulturnog identiteta snage i podrška;

- ponos i učešće u svojoj kulturi;
- socijalne veštine, tradicije, znanja i praktične veštine specifične za kulturu korisnika;
- dvojezičke ili višejezičke veštine;
- tradicionalne, verske ili duhovne prakse, uverenja i religija;
- generacijska mudrost;
- šira porodica i srodnici;
- sposobnost očuvanja kulturnog nasleđa i praksi;
- istrajnost u suočavanju sa rasizmom i diskriminacijom;
- kulturno specifični načini suočavanja;
- verovanja i običaji u vezi sa zdravljem, tradicionalne zdravstvene prakse, objašnjenja bolesti.



Kako postavljati pitanja

- Taktično, koristiti otvorena pitanja da razgovor ne dobije prizvuk ispitivanja (Opiši mi...; Šta ti misliš o...?; Čini mi da si rekao da...);
- Pitanja integrišite u razgovor, tako da deluju prirodno baš tada kada su postavljena;
- Postavljajte pitanja tako da podstiču razgovor (Šta misite...?; Recite mi nešto više o tome...)
- Način postavljanja pitanja primeriti zdravstvenom kontekstu – teme su zdravstvene prakse i običaji, verovanja, lekovi, ishrana, objašnjenja oboljevanja, tradicionalna medicina i sl.

Kako prepoznati rodno zasnovano nasilje i diskriminaciju i kako postupati u vezi s njima

Zdravstveni medijator treba da poznaje, razume i prepoznaje osnovne elemente nasilja i diskriminacije na osnovu roda i pola i da reaguje na njih u smislu neophodnih zdravstvenih intervencija. Svaka diskriminacija i nasilje mogu da dovedu do fizičkih i mentalnih teškoća osobe koja ih je doživela. U pogledu rodno zasnovnog nasilja, zdravstveni medijator može biti od pomoći u radu sa pojedincem u okviru obavljanja svih zadataka zdravstvene medijacije, a može uticati i na promene u pristupu rodno zasnovanom nasilju u zajednici migranata, kao i na jačanje kompetencija sistema zdravstva da prepozna, razume i prilagodi svoje procedure tako da njihov odgovor bude za devojčicu/ženu prihvatljiv i da vodi njenom izlečenju i oporavku, kao i postepenoj promeni stavova i razumevanju lične vrednosti.

Rodno zasnovano nasilje (u daljem tekstu: RZN), tj. stavovi i vrednosti koji dovode do RZN-a počivaju na shvatanju i razumevanju rodni i polni uloga, rodni normi, porodičnih i društvenih stavova i vrednosti u odnosu na žene i u raspodeli moći i uticaja žene u porodici i zajednici.



Ključni pojmovi RZN-a

- **Pol:** biološke karakteristike žena i muškaraca;
- **Rod:** društvene karakteristike dodeljene devojčicama/dečacima i ženama/muškarcima;
- **Rodne norme** određuju uloge devojčica i dečaka, njihove odgovornosti, mogućnosti, privilegije i ograničenja. Ovi faktori utiču na odnose moći između muškaraca i žena kasnije u životu;
- Rodne norme su ukorenjene u jednoj zajednici od veoma ranog doba razvoja zajednice i oblikuju bitna kulturološka obeležja jedne kulture.



Do čega dovode rodne norme?

Rodne norme dovode do fundamentalnih razlika i neravnopravnosti žena i muškaraca u sledećim oblastima:

- politički stavovi – donošenje odluka, predstavljanje u društvu;
- nejednakost u domaćinstvu – porodične obaveze u vezi sa decom, neplaćenim radom u porodici u domaćinstvu;
- nejednakost u pravnom statusu u pogledu nasleđivanja, vlasništva;
- nejednaka raspodela rada u ekonomiji;
- diskriminacija žena;
- nasilje nad ženama.

Rodne norme mogu dovesti i do RZN-a u odnosu na dečake i muškarce, pogotovu kada su rodne norme u odnosu prema muškarcima rigidne. Rodne norme i nejednakost moći su osnov RZN-a i prema ženama i prema muškarcima.



Rodno zasnovana diskriminacija jeste svako razlikovanje, nejednako postupanje, odnosno propuštanje (isključivanje, ograničavanje ili davanje prvenstva) na otvoren ili prikriven način u odnosu na lica ili grupe lica, kao i članove njihovih porodica ili njima bliska lica, zasnovano na polu, odnosno rodu, u političkoj, obrazovnoj, ekonomskoj, socijalnoj, kulturnoj, sportskoj i drugim sferama društvenog života.

Rodna ravnopravnost podrazumeva ravnopravno učešće žena i muškaraca u svim oblastima javnog i privatnog sektora, jednak položaj i jednake mogućnosti za ostvarivanje svih prava i sloboda i korišćenje ličnih znanja i sposobnosti za razvoj društva, kao i ostvarivanje koristi od rezultata svog rada.

Forme rodno zasnovanog nasilja u vanrednim okolnostima

- Seksualno zlostavljanje
- Zlostavljanje od strane osoba na poziciji moći (vojska, policija, paravojne snage...)
- PSEA
- Zlostavljanje dece
- Nasilje u porodici
- Štetni tradicionalni običaji
- Seks za preživljavanje
- Seksualno zlostavljanje
- Seksualni napadi od strane boraca



Forme RZN-a u zavisnosti od uzrasta



Učinitelj rodno zasnovanog nasilja

- RZN je najčešće učinjeno **od strane nekoga poznatog osobi koja je preživela nasilje.**
- **Državni organi**, kao što su vojska i policija, ponekad odobravaju ili čine nasilje. Zakoni ili nedostatak zakona – mogu doprineti nasilju.
- U konfliktu, **državne bezbednosne snage** kao i **nedržavni akteri** kao što su pobunjeničke grupe ili paravojne formacije mogu da koriste seksualno nasilje kao ratno oružje.
- **Žene** mogu biti počinioci nasilja, ali su to **najčešće muškarci** koji koriste nasilje kako bi potvrdili ili zadržali svoje privilegije, moć i kontrolu nad drugima

Ugrožene grupe	Tipovi RZN kojima mogu biti izloženi	Faktori rizika koji mogu da doprinesu pojavi RZN
Adolescentkinje	<ul style="list-style-type: none"> • Seksualni napad • Seksualna eksploatacija i zlostavljanje • Dečiji brakovi • Genitalno sakaćenje • Zabranja školovanja 	<ul style="list-style-type: none"> • Starost, pol i ograničeni socijalni status • Veća odgovornost za poslove u domaćinstvu zbog kojih su devojke izolovane u kuća • Erozija normalnih struktura podrške i zaštite u zajednici • Nedostatak pristupa razumljivim informacijama o zdravlju, pravima i usluge (uključujući reproduktivno zdravlje) • Obeshrabreni ili sprečeni da pohađaju školu • Rane trudnoće i materinstvo • Angažovanje u nesigurnim aktivnostima za život • Gubitak članova porodice, posebno neposrednih staratelja • Zavisnost od eksploatacionih ili nezdravih odnosa za osnovne

Ugrožene grupe	Tipovi RZN kojima mogu biti izloženi	Faktori rizika koji mogu da doprinesu pojavi RZN
Deca bez pratnje i roditeljskog staranja	<ul style="list-style-type: none"> • Seksualni napad • Seksualna eksploatacija i zlostavljanje • Dečiji brakovi • Prinudni rad • Nemogućnost školovanja • Nasilje u porodici 	<p>Starost, pol i ograničeni socijalni status</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zanemarene zdravstvene i prehrambene potrebe • Angažovanje u nesigurnim aktivnostima za život • Zavisnost od eksploatacionih ili nezdravih veza za osnovne potrebe • Rane trudnoće i materinstvo • Društvena stigma, izolacija i odbacivanje od strane zajednica kao rezultat udruživanje sa oružanim snagama / grupama • Aktivno angažovanje u borbenim dejstvima • Rana roditeljska odgovornost za braću i sestre

Ugrožene grupe	Tipovi RZN kojima mogu biti izloženi	Faktori rizika koji mogu da doprinesu pojavi RZN
Žene, devojčice, dečaci i muškarci koji su bili žrtve nasilja	<ul style="list-style-type: none"> • Diskriminacija i isključenost • Sekundarno nasilje kao posledica primarnog nasilja (nasilje od strane onih kojima je privaljeno primarno nasilje, prinudni brak sa silovateljem radi „spasavanja časti“, ubistva iz časti nakon seksualnog napada, itd.) • Povećana ugroženost u odnosu na buduće nasilje, uključujući seksualno nasilje, IPV, SEA, itd. 	<ul style="list-style-type: none"> • Oslabljeni fizički status, fizički ili senzorni poremećaji, psihološke tegobe i hronične bolesti • Nedostatak pristupa medicinskoj nezi, uključujući prepreke i destimulise prijavljivanje slučajeva nasilja • Raspad porodice • Izolacija i veći rizik od siromaštva
Odrasli i deca koji su bili seksualno eksploatisani	<ul style="list-style-type: none"> • Isključenost • Seksualni napad • Fizičko nasilje • SEA • Nemogućnost školovanja 	<ul style="list-style-type: none"> • Zavisnost od eksploatacionih ili nezdravih odnosa za osnovne potrebe • Nedostatak pristupa informacijama i uslugama o reproduktivnom zdravlju • Rane trudnoće i materinstvo • Izolacija i nedostatak socijalne podrške / mreža vršnjaka • Društvena stigma, izolacija i odbacivanje od

Ugrožene grupe	Tipovi RZN kojima mogu biti izloženi	Faktori rizika koji mogu da doprinesu pojavi RZN
Seksualne manjine i osobe različitih rodnih identiteta (LGBTI)	<ul style="list-style-type: none"> • Socijalna isključenost • Seksualno nasilje • SEA • Nasilje u porodici (prema LGBTI deci) • Uskraćivanje pristupa uslugama/resursima • Uznemiravanje • Silovanje u svrhu kažnjavanja LGBTI osoba zbog njihove seksualne orijentacije 	<ul style="list-style-type: none"> • Diskriminacija na osnovu seksualne orijentacije i / ili rodnog identiteta • Visok nivo nekažnjivosti za zločine protiv njih • Ograničeni socijalni status • Transrodne osobe koje nisu pravno ili javno priznate kao odnosu na pol • Istopolne veze koje nisu zakonski ili socijalno priznate i negirane mogu se ponuditi usluge drugim porodicama • Izuzimanje iz stanovanja, mogućnosti za život i pristup zdravstvenoj zaštiti i drugih usluga • Nemogućnost pristupa transrodnih osoba skloništim, kupatilima i zdravstvenim ustanovama • Društvena izolacija / odbacivanje od porodice ili zajednice, što može rezultirati u beskućništvu • Angažovanje u nesigurnim aktivnostima za život

Ugroženost i faktori rizika

- ▶ Ostale grupe koje odlikuje viši stepen ugroženosti: starije žene, čene/dece nosioci domaćinstva, devojčice/žene koje su žrtve silovanja, pripadnice/i manjinskih grupa, osobe u pritovu, osobe obolele od HIV-a, osobe sa invaliditetom.
- ▶ **Lični faktori:** nedostatak podrške odraslih muških članova porodice (koji uglavnom omogućavaju zaštitu i društvenu prihvaćenost u zajednici) ovo može da ima i kontra efekat; nedostatak finansija; nedostatak pristupa osnovnim potrebama (hrana, voda higijena, spavanje); nedostatak tj gubitak ličnih dokumenata; odedena lična svojstva.
- ▶ **Spoljni faktori:** nedostatak informacija; nebezbedan način prevoza; zloupotreba moći (pritvor bez osnova); nedovoljna bezbednost u prihvatnim centrima (neosvetljene prostorije, pretrpani centri is); nepostojanje prostorija namenjenih dec/ženama/muškarcima; nedostatak odgovarajućeg nadzora tokom aktivnosti i pružanja usluga u centrima, kao i neodgovarajuće ponašanje osoblja; boravak u neformalnim centrima.



Reagovanje na rodno zasnovano nasilje

Prema Standardnim operativnim procedurama Republike Srbije za prevenciju i zaštitu izbeglica i migranata od rodno zasnovanog nasilja minimalni standardi postupanja obuhvataju:

1. Prepoznavanje ugroženosti i faktora rizika;
2. Širenje informisanosti;
3. Hitan odgovor – prva pomoć.



Simptomi koji govore da je osoba preživela rodno zasnovano nasilje:

- drhtanje, umor, glavobolja, gubitak apetita, bolovi u celom telu;
- plakanje, tuga, depresija, neraspoloženje;
- anksioznost, strah;
- „podignut gard“ i trzanje na kontakt;
- briga da će se desiti nešto vrlo loše;
- nesanica, košmari;
- razdražljivost i gnev;
- krivica, sramota;
- zbunjenost, emotivna otupelost;
- povučeno ili preterano mirovanje (osoba se ne pomera);
- osoba ne odgovara drugima, uopšte ne govori, deluje dezorijentisano (na primer, ne zna kako se zove, odakle dolazi i gde se nalazi);
- osoba nije u stanju da se brine o sebi ili o svojoj deci (na primer, ne jede i ne pije, nije u stanju da donosi ni jednostavne odluke).

OPREZNO SA TUMAČENJEM SIMPTOMA. Navedeni simptomi mogu ukazivati i na izloženost drugim traumatičnim događajima tokom rute ili pre polaska na put.

Zadatak zdravstvenog medijatora nije da utvrđuje rodno zasnovano nasilje, već da pruži podršku osobi koja pokazuje simptome rodno zasnovanog nasilja kako bi pristupila lečenju i oporavku. Drugi organi su zaduženi za otkrivanje, prijavljivanje i procesuiranje rodno zasnovanog nasilja. Njima zdravstveni medijator može pružiti podršku u objašnjavanju kulturnog konteksta i njegovog uticaja na žrtvu rodno zasnovanog nasilja.



Širenje informisanosti:

- na mestima okupljanja migranata;
- obučeni medijatori sa fokusom na poverljivost informacija;
- usmeno, uz korišćenje pisanog i štampanog materijala;
- na jezicima koje migranti i izbeglice razumeju;
- obezbeđivanje minimalnog sigurnog prostora za širenje informacija u radu sa osobom koja je preživela rodno zasnovano nasilje;
- voditi računa o tome da osoba koja širi informacije bude, ako je moguće, istog pola kao i osoba koja je preživela rodno zasnovano nasilje.



Prva pomoć, ukoliko žrtva zatraži pomoć

1. Pružanje hitne medicinske intervencije i pomoći koja je u vezi sa polnim i reproduktivnim zdravljem:
 - lečenje povreda;
 - medicinsko zbrinjavanje žrtava silovanja;
 - sprečavanje ili prekidanje neželjene trudnoće;
 - nega posle izvršenog pobačaja;
 - prevencija i lečenje polno prenosivih bolesti i HIV-a.
2. Pružanje psihološke prve pomoći;
3. Specijalne mere zaštite.

Ključne aktivnosti za pružanje prve pomoći

1. Pružanje neposrednih intervencija, uključujući, po potrebi, psihosocijalnu podršku;
2. Uz pristanak žrtve (a kada su žrtve deca, u najboljem interesu deteta), upućivanje na odgovarajuće usluge za podršku i pravno zastupanje (ako je to potrebno);
3. Praćenje žrtve do pružalaca zaštite i bezbednosti, socijalnih, zdravstvenih i pravnih usluga, kao i pružanje pomoći za pristup tim uslugama;
4. Obazrivost u postupanju prilikom traženja informacija od žrtve u prisustvu rodbine ili drugih članova zajednice da se ne bi ugrozila bezbednost žrtve;
5. Određivanje, od strane svih učesnika, obučeni kontakt osoba koje će biti zadužene za upućivanje u okviru sistema upućivanja žrtve rodno zasnovanog nasilja (kontakt osoba i osoba koja je u odsustvu menja).



Zdravstveni medijator u odgovoru na rodno zasnovano nasilje:

- obezbeđuje podršku žrtvi i zdravstvenom osoblju u skladu sa zadacima zdravstvene medijacije i osnovnim principima i propisanim standardima rada sa žrtvama rodno zasnovanog nasilja;
- učestvuje u širenju informacija o rodno zasnovanom nasilju i u pripremi materijala na jezicima migranata/izbeglica;
- obezbeđuje podršku drugim organima i telima u postupanju u zaštiti žrtve i obezbeđivanju podrške;
- tokom koordinacije pruža podršku svim akterima uključenim u zaštitu i podršku žrtvi.

Osnovni pristupi u kulturološki osetljivom radu sa ženama i devojčicama

Najveći izazovi u radu sa devojčicama i ženama proističu iz kulturoloških vrednosti i verovanja koji se odnose na rodne uloge, odrastanje i vaspitanje devojčica, na izloženost različitim vidovima rodno zasnovanog nasilja u vaspitanju i na određivanje perspektive budućnosti devojčica, devojaka i žena. Integrisanost rodno zasnovanog nasilja u sisteme vrednosti i verovanja zajednica je intenzivna i značajno utiče na formiranje identiteta, vrednosti i verovanja devojčica i žena. Specifičnosti životnog konteksta devojčica i žena migrantkinja vezane su za porodične sisteme vrednosti, rodne uloge, roditeljske prakse, trudnoću i brigu o deci.



Specifične oblasti podrške devojčicama i ženama:

- kulturni identitet porodice – doživljaj porodičnih obaveza i ponos porodicom, vrednosti u vezi sa porodičnim ulogama, hijerarhijom i duhovnošću;
- kolektivistička kultura – vrednost je u porodici i zajednici, pojedinac i njegove potrebe su manje važne;
- udovištvo, vanbračno roditeljstvo, novi brak, nasleđivanje imovine, glava porodice;
- roditeljske prakse i dobrobit deteta;
- religioznost i duhovnost;
- kulturne vrednosti u vezi sa odevanjem, ishranom, umetnošću, zapošljavanjem;
- kako se vide teškoće u porodici, kako se o njima razgovara, kako se vide emocionalne teškoće, mentalne teškoće, kako se traži pomoć;
- seksualno i reproduktivno zdravlje;
- neprepoznavanje posledica rodno zasnovanog nasilja prilikom traženja azila;
- teškoće u zapošljavanju zbog nepostojanja dokumenata;
- izazovi podrške nakon akutnog rodno zasnovanog nasilja, uključujući bezbedan smeštaj, pristup zdravstvenim uslugama, učešće u sudskim postupcima;
- seksualno nasilje, seksualna eksploatacija i druge vrste eksploatacije i prinude „zarad opstanka“.



Osnovni principi podrške devojčicama i ženama:

- poštovanje poverljivosti u svakom trenutku;
- sloboda izbora;
- neosuđivanje i negovanje osetljivosti prema drugima,
- omogućen izbor u donošenju odluka vezanih za njihove živote;
- jednak pristup pravima i mogućnost za uspeh – poštovanje ljudskih i dečjih prava;
- negovanje otpornosti – podrška samopouzdanju i samocenjenju;
- solidarnost – ohrabrivanje devojčica i žena da se drže zajedno, uzajmno podržavaju i pomažu u rešavanju problema;
- saradnja – rad sa devojčicama i ženama, roditeljima, porodicom i zajednicom;
- motivisanje za promenu.



Osnovni principi u radu sa ženama, devojčicama i dečacima i muškarcima koji su preživeli seksualno nasilje:

- ne naškoditi;
- pristup usmeren ka preživelim – četiri osnovna načela:
 - bezbednost,
 - poverljivost,
 - poštovanje,
 - nediskriminacija;
- pristup usmeren ka preživelim – ima za cilj da izgradi podržavajuće okruženje, u kome se poštuju prava svakog preživelog i u kome se prema svakom preživelim postupaju sa dostojanstvom i poštovanjem:
 - svako ima jednaka prava na zbrinjavanje i podršku,
 - svako je jedinstven,
 - svako drugačije reaguje na iskustvo seksualnog nasilja,
 - svako ima drugačije snage, resurse, kapacitete i potrebe,
 - svako ima pravo, u skladu sa svojim uzrastom i okolnostima, da odluči ko treba da zna za ono što mu se dogodilo i šta bi sledeće trebalo da se dogodi,
 - svako je tretiran sa poštovanjem i empatijom i veruje se njegovom narativu.



Osnovni principi za rad sa decom koja su preživela seksualno nasilje:

- čuvati najbolji interes deteta;
- starati se o bezbednosti deteta;
- utešiti dete;
- obezbediti odgovarajuću poverljivost;
- uključiti dete u donošenje odluka;
- nediskriminacija i inkluzivnost – pravično i jednako ponašanje prema svakom detetu;
- jačati otpornost deteta.

Potrebno je da zdravstveni medijator u kontekstu ljudskih prava i prava deteta poznaje principe za zaštitu prava devojčica, devojaka i žena koji su prihvaćeni na međunarodnom nivou.¹¹²

112 UNHCR & GMG, Principles and Guidelines, supported by practical guidance, on the human rights protection of migrants in vulnerable situations; dostupno na: https://environmentalmigration.iom.int/sites/environmentalmigration/files/PracticalGuidance_0.pdf.



Osnovni principi za zaštitu prava devojčica i žena:

- uključiti devojčice, žene, majke, trudnice, dojilje, adolescentkinje, domaćice u definisanje potrebnih usluga, politika, izmena propisa i slično;
- obezbediti sigurno, kulturno i rodno prihvatljivo okruženje za razgovor sa migrantkinjama;
- u prihvatnim centrima i drugim smeštajnim objektima ženama i devojkaama obezbediti pristup resursima bez diskriminacije, rodno osetljivo okruženje, odvojeno stanovanje i sanitarni čvorovi za žene i muškarce, bezbedan prostor za okupljanje i razgovor;
- na svim lokacijama obezbediti dostupno obučeno osoblje koje će blagovremeno identifikovati i podržati migrantkinje koje su doživele traumu, uključujući seksualno i rodno zasnovano nasilje; omogućiti devojčicama, devojkaama i ženama migrantkinjama i izbeglicama specijalizovane medicinske i psihosocijalne usluge podrške, usluge seksualnog i reproduktivnog zdravlja i druge;
- ukloniti zabrane vezane za pol i diskriminatorna ograničenja za žene i devojke, koji ograničavaju mobilnost migrantkinja, uključujući ograničenja na osnovu starosti, bračnog statusa, migracijskog statusa, statusa trudnoće i/ili materinstva (na primer, da žena ne mora da traži saglasnost od supruga za kretanje).



Zdravstveni medijator u podršci devojkaama i ženama:

- zalaže se za razumevanje specifičnosti ponašanja i stavova devojčica i žena u vezi sa seksualnim i reproduktivnim zdravljem;
- nastoji da zdravstveni sistem razvije osetljivost i programe:
 - za podršku mladim majkama u nezi deteta i roditeljstvu, za prepoznavanje rizika tokom trudnoće i porođaja,
 - za razumevanje i zaštitu od polno prenosivih bolesti i infekcija,
 - za razvoj znanja i veština za planiranje porodice,
 - za učenje kako imati bezbedan seksualni odnos,
 - za prepoznavanje zdravstvenih posledica ranog braka i trudnoće na seksualno i reproduktivno zdravlje i mentalno zdravlje;
- nastoji da zdravstveni sistem osigura bezbedan prostor za devojčice i žene:
 - koji je odvojen, pristupačan i u određeno vreme dostupan samo za žene, devojke i devojčice,
 - koji devojčice, devojke i žene doživljavaju kao svoj i u kom se osećaju prijatno i zaštićeno,
 - koji je adekvatan uzrastu, ima osnovni komfor (toalet, voda, higijena),
 - koji ima odvojen deo za aktivnosti sa decom kada ga koriste devojke i žene koje imaju malu decu;
- u zaštiti zdravlja devojčica nastoji da zdravstveni sistem na adekvatan način prepozna značaj zaštite i uključi porodicu devojčice u podršku;
- obezbedi koordinaciju delovanja zdravstvenog sistema i drugih pružalaca usluga koje se tiču fizičkog i mentalnog zdravlja.

Osnovni pristupi u radu sa decom bez pratnje i razdvojenom decom

Deca bez pratnje i razdvojena deca su jedna od najosetljivijih grupa migranata i izbeglica, s obzirom na to da se nalaze u velikom riziku od povređivanja i kršenja njihovih dečjih prava. Na njihovo fizičko i mentalno zdravlje utiču premigrantska iskustva, iskustva tokom putovanja i iskustva prihvaćenosti i podrške u Srbiji. Podložnost deteta zlostavljanju i zanemarivanju, eksploataciji i gubitku svog kulturnog, verskog i polnog identiteta je tokom migracija izuzetno povećana.

Vulnerabilnost deteta¹¹³

Okolnosti pod kojima se migracija/izbeglištvo odvija, imaju izuzetan uticaj na bezbednost i dobrobit deteta. Iznenadni i nasilni počeci vanredne situacije, raspad porodice, kao i akutni nedostatak resursa duboko utiču na fizičku i psihološku dobrobit dece u pokretu. Deca izbeglice/migranti uglavnom su se susrela sa ratom, progonom i teškim izazovima u zemlji porekla. Mnoga deca su neposredno doživela niz nevolja u tranzitnim zemljama, kao što su, na primer, nedostojanstvena i produžena zadržavanja porodica na granicama. Deca i njihove porodice suočeni su sa prisilnim migracijama, koje po svojoj prirodi narušavaju zaštitne mehanizme i rezilijentnost dece i porodica i samim tim ih čine ranjivijim i podložnijim negativnim uticajima. Prisilna migracija zahteva višestruko prilagođavanje migranata i izbeglica u kratkom periodu. Intenzivan osećaj hitnosti decu i njihove porodice može nagnati da preuzmu ekstremne zdravstvene i psihosocijalne rizike. U takvim situacijama dete je podložnije zlostavljanju i zanemarivanju, a može se i dovesti u pitanje njegov kulturni, verski i polni identitet. Gubitak doma, višestruki gubici dragih ljudi i napuštanje poznatog načina života izazivaju tugu, intenzivan strah i preplavljenost deteta emocijama. Kao reakcije deteta na rizike mogu se javiti košmari, poremećaji spavanja i ishrane, otupelost, otuđenost i smanjenje sposobnosti za rasuđivanje i funkcionisanje. Sposobnost za brigu o sebi i uspešno izlaženje na kraj sa opasnostima i rizicima na putu umanjuje se i kod dece i kod roditelja. Mogućnosti ove dece da legalno prelaze granice drugih zemalja, otežane su, pa veliki broj dece u izbeglištvu/migracijama zapravo putuje ilegalnim kanalima. Putovanje se obično odvija na potpuno nebezbedan način i nosi niz opasnosti po zdravlje i život dece. Uslovi puta su najčešće nehumani, deca su često primorana da prolaze neprohodnim i opasnim putevima (na primer, putuju morem u nebezbednim čamcima i brodovima), spavaju na otvorenom i nemaju nikakvu mogućnost zdravstvene zaštite ukoliko se povrede ili razbole. Na putovanju do bezbednog odredišta deca mogu da budu izložena oružanim napadima i hapšenjima, kako roditelja, tako i njih samih. Zbog želje da što pre dođu do odredišta, ova deca mogu da ispadnu iz okvira zaštite koju organizuju državne ili nevladine organizacije i na taj način dolaze u povećani rizik od nasilja, zlostavljanja i zanemarivanja, zloupotrebe i eksploatacije.

113 Milanović, L., Perišić, M. i Milić, M. (2016), Standardne operativne procedure za zaštitu dece izbeglica/migranata, UNICEF, Ideas 2016.; dostupno na: <https://www.unicef.org/serbia/media/5621/file/Standardne%20operativne%20procedure.pdf>.

Na vulnerabilnost deteta utiče detetova razvojna zrelost u smislu biološke određenosti razvoja. Dete je osoba u razvoju, kod koje se određene mentalne funkcije i fizička snaga razvijaju postepeno, sa uzrastom. Stoga i govorimo o nezrelosti deteta kao normalnoj razvojnoj karakteristici. S druge strane, u različitim kulturama i društvima različito je viđenje samostalnosti deteta ili njegove zrelosti za obavljanje određenih poslova i donošenje odluka. U aktuelnim migracijama, zemlje koje nastoje da obezbede podršku imaju u nekim aspektima različit način gledanja na sposobnost deteta i njegovu samostalnost u odnosu na zemlje iz kojih izbeglice/migranti dolaze. Lične karakteristike deteta, kao što su fizička snaga, otpornost/rezilijentnost, sposobnost prilagođavanja, mentalne sposobnosti i druge, značajan su činilac koji može umanjiti ili pojačati delovanje faktora rizika. Ostvarivanje prava deteta, posebno prava na učešće deteta u procesima koji ga se tiču i uvažavanje mišljenja deteta, smanjuje se ili potpuno gubi, što dodatno umanjuje mogućnosti zaštite deteta.

Uloga odraslih u odrastanju deteta je da osiguraju bezbednost deteta. U situaciji izbeglištva/migracije prisutni su brojni rizici koji, privremeno ili u dužem periodu, umanjuju sposobnost odraslih da na taj način brinu o detetu u razvoju. Samim tim ostvarivanje optimalnog razvoja deteta je ugroženo, što može imati višestruke, kratkotrajne ili dugoročne, posledice po razvoj i zdravlje deteta. Deca čiji roditelji/staratelji imaju očuvane sposobnosti da zaštite dete tokom izbeglištva/migracija i koja su imala pozitivna iskustva porodične i roditeljske brige u prethodnom periodu, imaju veće mogućnosti da budu zaštićena od izloženosti faktorima rizika izbegličkog/migrantskog toka, pa će i njihova vulnerabilnost biti manja.

Najveći deo emocionalne patnje dece izbeglica/migranata direktno je povezan sa trenutnim strahovima, brigama i neizvesnom budućnošću.



Glavni rizici po decu:

- odvajanje dece od porodice/odgovornih odraslih;
- ekstremno zanemarivanje potreba dece;
- fizičko, seksualno i emocionalno zlostavljanje;
- psihološke teškoće i trauma dece;
- eksploatacija dece i trgovina ljudima;
- ugroženo zdravlje i životni rizici po decu.

Sva deca izbeglice/migranti su pojačano vulnerabilna, to jest nalaze se u povećanom riziku od negativnih uticaja faktora rizika po svoju bezbednost i dobrobit. Stepem vulnerabilnosti dece se razlikuje od deteta do deteta i zavisi od prisustva faktora rizika, protektivnih faktora i njihovog međuođnosa.



Faktori rizika po decu:

- lične karakteristike deteta;
- karakteristike porodične brige;
- migracioni kontekst.



Osnovni pristupi u radu sa decom bez pratnje i razdvojenom decom:

- identifikacija i registracija dece;
- obezbeđivanje odgovarajućeg smeštaja;
- starateljska zaštita dece;
- određivanje najboljeg interesa deteta i planiranje zaštite;
- određivanje pravnog statusa deteta;
- obezbeđivanje najadekvatnijeg trajnog rešenja za dete;
- omogućavanje prava na azil;
- zaštita prava deteta i postupanje u slučajevima kršenja prava deteta.



Zdravstveni medijator u zaštiti dece bez pratnje i odvojene dece:

- tokom zdravstvenih intervencija obezbeđuje posredovanje u kulturi deci bez pratnje i razdvojenoj deci i zdravstvenim radnicima;
- pomaže u rešavanju teškoća u odnosu deteta i zdravstvenih radnika;
- obezbeđuje posredovanje u kulturi svim učesnicima zaštite deteta, pogotovu voditeljima slučaja i starateljima deteta;
- podržava koordinativne procese i pomaže u uspostavljanju saradničkih odnosa svih aktera, koji su bazirani na pravima deteta i razumevanju kulturoloških aspekata detetove situacije.

Osnovni pristup osobama sa mentalnim teškoćama

Izbeglice i migranti koji dolaze u Evropu uglavnom su se susreli sa ratom, progonom i teškim izazovima u zemljama porekla. Suočavaju se sa brojnim faktorima rizika, koji menjaju njihove prethodno formirane načine odgovora na životne izazove, prinuđeni su da menjaju uobičajna reagovanja i da se prilagođavaju novim sredinama koje su kulturološki značajno različite od njihovih primarnih zajednica. Suočavanje sa traumatičnim događajima u zemljama porekla, izloženost brojnim nedaćama tokom putovanja i po dolasku u zemlju koja im je privremeni ili trajni domaćin, dovode ih u situaciju jakog stresa i čine podložnim delovanju psihološke traume. Neki su preživeli višestruke gubitke i žale za ljudima, mestima i životom koji su ostavili. Odbrambeni mehanizmi slabe, urušava se sistem dotada snažne porodične podrške i primat u reagovanju na spoljne i intrapsihičke događaje preuzima preživljavanje. Opšta karakteristika aktuelnih migracija je prisila, a prisilne migracije zahtevaju višestruka prilagođavanja u kratkom periodu, koja mogu dovesti u pitanje kulturni, verski i rodni identitet migranata i izbeglica. U ovom kontekstu izbeglice i migranti se mogu osećati ophrvani emocijama ili zbunjeni i iscrpljeni i mogu proživljavati intenzivne strahove i brige, izlive jakih emocija, kao što su bes i tuga, i mogu imati košmare i druge poremećaje spavanja. Svi oni izloženi su rizicima po mentalno zdravlje. Međutim, iskustvo govori da je rano prepoznavanje mentalnih poremećaja u prisustvu jakih stresogenih faktora preuranjeno i da ne treba izgubiti iz vida činjenicu da se promene u ponašanju i mentalnom stanju dešavaju u nenormalnim životnim situacijama. Može se reći da su problemi u funkcionisanju i promene u mentalnim stanjima rezultat „normalnog reagovanja na nenormalnu situaciju”. Kultura i tradicija takođe imaju veliku ulogu u njihovom razumevanju mentalnih teškoća i suočavanju s

njima, kao i u lečenju. Upravo u domenu kulturoloških razlika u razumevanja mentalnog zdravlja i načina lečenja postoji niz izazova za tradicionalnu zapadnu medicinu u smislu razumevanja stavova i verovanja izbeglica i migranata u vezi sa mentalnim zdravljem, njegovim očuvanjem i lečenjem.

Mentalno zdravlje je Svetska zdravstvena organizacija 2002. godine definisala kao „stanje blagostanja, u kome pojedinac ostvaruje vlastite sposobnosti, može se nositi sa normalnim životnim stresovima, može raditi plodno i doprinositi svojoj zajednici“. Ovo određenje mentalnog zdravlja ostavlja širok prostor za uticaj kulturnog konteksta na blagostanje, a time i na mentalno zdravlje, i za delovanje zdravstvenog medijatora.

Koncepti mentalnog zdravlja formiraju se u okviru dominantnih kulturnih vrednosti.¹¹⁴ Dominantni zapadnjački medicinski model mentalnog zdravlja fokusira se na pojedince i psihopatologiju pojedinca i promovise optimalno lično funkcionisanje i lični rast. U zapadnjačkoj kulturi društveno ponašanje je motivisano ličnom dobiti, individualnim postignućima i ličnim ciljevima. U kolektivističkim kulturama, iz kakvih izbeglice i migranti uglavnom dolaze, promovise se porodica, prijatelji, saradnici i kolege, koji su više cenjeni no pojedinac, a međusobna povezanost određuje ciljeve i ponašanje pojedinaca. U kolektivističkim kulturama identitet je definisan porodicom, zajednicom i društvenim mrežama, sa naglaskom na međuzavisnost, a manje na nezavisnost. Pojedinci ne percipiraju sebe niti razgovaraju o sebi u jedini već u kontekstu svojih društvenih mreža. Pojedinac o sebi može govoriti kao „mi“, a ne kao „ja“, što može predstavljati problem u obezbeđivanju mentalnog zdravlja usled različitih percepcija u kulturama. Kulturološka različitost u verovanjima i vrednostima određuje razumevanje bolesti i isceljenja i ona je ključna za stručnjake za mentalno zdravlje jer kultura utiče na izbegličku konceptualizaciju mentalnih bolesti, kao i na druge aspekte procesa mentalnog zdravlja, uključujući ispoljavanje problema mentalnog zdravlja, ponašanja kojima se traži pomoć u rešavanju pitanja mentalnog zdravlja i očekivanja od procesa lečenja. Mentalne bolesti su veoma stigmatizovane u većini azijskih kultura, ali je njihov izraz kroz neurastenične simptome kulturološki odobreni metod za izražavanje psihičkog stresa. Zapadna perspektiva dihotomizira um i telo, dok mnoge nezapadne zemlje iz kojih dolaze izbeglice i migranti, vide um i telo kao sastavne delove jedne celine. Tako na primer, samopovređivanje predstavlja prenos mentalnih problema na telesni nivo kako bi se mentalna teškoća razrešila, što je metod isceljenja i društveno je prihvatljiv, dok u zapadnjačkoj medicini samopovređivanje predstavlja jedan od jasnih simptoma problema mentalnog zdravlja i poremećaja ponašanja; od razumevanja značenja samopovređivanja zavisice i proces lečenja i terapija. Za stručnjake za mentalno zdravlje koji rade sa izbeglicama i migrantima od ključne je važnosti da budu informisani, osetljivi i da prihvataju kulturne razlike kako bi njihovi koncepti mentalnog zdravlja mogli da se podudaraju sa konceptima izbegličke kulture i da se prožimaju. Uloga zdravstvenog medijatora je zato od izuzetnog značaja u oblasti očuvanja mentalnog zdravlja izbeglica i migranata.

Osnovni principi pristupa osobama sa mentalnim teškoćama,¹¹⁵ u čijem je kreiranju učestvovao niz međunarodnih organizacija, bazirani su na ljudskim i dečjim pravima i pravima osoba sa mentalnim teškoćama, uz uvažavanje kulturoloških različitosti. Namenjeni su svim pružaocima nege i zaštite mentalnog zdravlja, bez obzira na to na kom nivou zdravstvene zaštite se nega i zaštita mentalnog zdravlja obezbeđuju.

114 Bemak F, Chi-Ying Chung R., Pedersen P. B. (2003), Counseling Refugees: A Psychosocial Approach to Innovative Multicultural Interventions, Westport, Conn., Greenwood Press, 2003.

115 UNHCR, IOM, IFRC Psychosocial Centre (2015), Duševno zdravlje drapomoć za izbeglice, tražioce azila i migrante u pokretu kroz Evropu, Vodič za više agencija, dostupno na: https://childhub.org/sites/default/files/library/attachments/mhps_guidance_note_serbian.pdf.

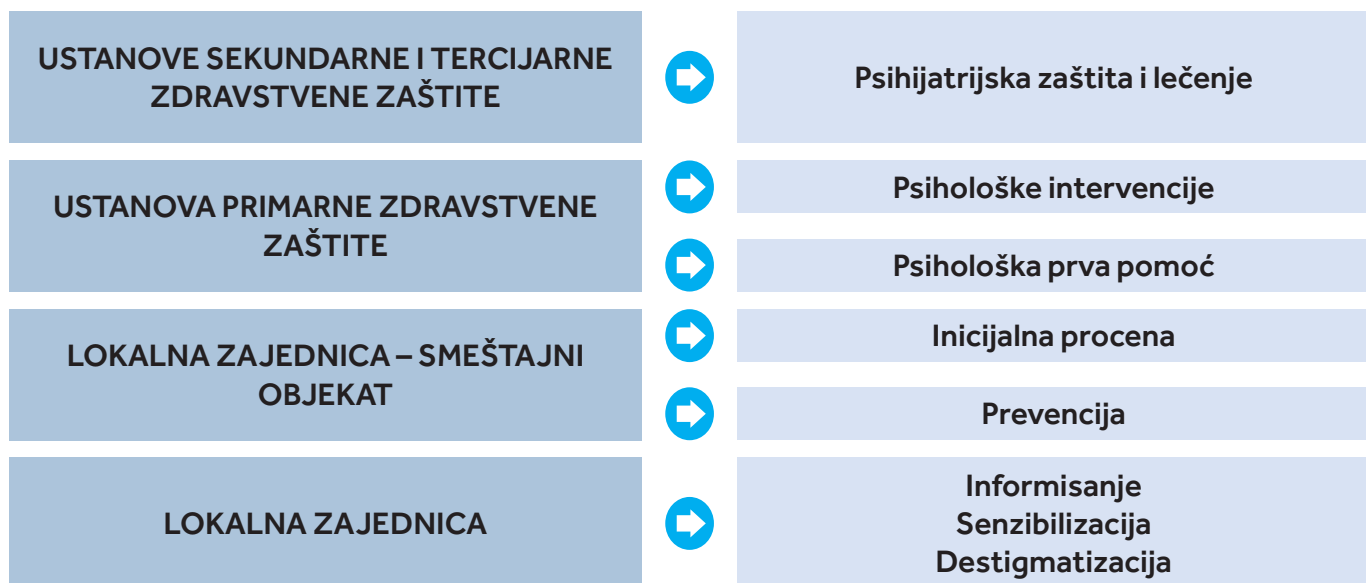


Osnovni principi promovisanja duševnog zdravlja i dobrobiti:

- tretirajte sve ljude sa dostojanstvom i uvažavanjem i negujte njihovo samopoštovanje i samozastupanje;
- ponašajte se prema ljudima u nevolji na human i motivišući način;
- obezbedite odgovarajuću psihološku edukaciju i koristite odgovarajući jezik;
- prioritet u pružanju zaštite i psihosocijalne podrške imaju deca, naročito deca razdvojena od porodica, deca bez pratnje i deca sa posebnim potrebama;
- jačajte podršku porodice;
- identifikujte i zaštitite osobe sa posebnim potrebama;
- tokom intervencija uvažavajte njihovu kulturu i obezbedite adekvatnog prevodioca;
- obezbedite tretman za osobe sa ozbiljnim mentalnim poremećajima;
- ne započinjite psihoterapeutske tretmane koji zahtevaju nastavak ako nije verovatno da je taj nastavak moguć;
- ne radite u izolaciji, sarađujte i usklađujte se sa drugima.

Očuvanje mentalnog zdravlja može se organizovati kako u lokalnoj zajednici, u okviru centara za socijalni rad i kroz obezbeđivanje nespecifičnih usluga psihosocijalne podrške koje pružaju specijalizovane nevladine organizacije, tako i u okviru zdravstvenog sistema. Uloge, odgovornosti, metodi rada i nadležnosti su jasno razgraničeni. U zdravstvenom sistemu Srbije zaštita i unapređivanje mentalnog zdravlja migranata i izbeglica realizuje se pod istim uslovima i na isti način kao i zaštita domicilnog stanovništva, na svim nivoima zdravstvene zaštite – primarnom, sekundarnom i tercijarnom.

Slika X: Shema organizacije zaštite i unapređenja mentalnog zdravlja izbeglica, tražilaca azila i migranata u Republici Srbiji – mesta pružanja usluga i pripadajući nivoi usluga¹¹⁶



116 Prilagođeno iz: World Health Organization (2021); Smernice za zaštitu i unapređenje mentalnog zdravlja izbeglica, tražilaca azila i migranata u Republici Srbiji; dostupno na: <https://kirs.gov.rs/media/>

U inicijalnoj proceni mentalnog zdravlja, prevenciji i realizaciji prve psihološke pomoći i psiholoških intervencija mogu učestvovati različiti akteri u lokalnoj zajednici, kao što su centri za socijalni rad i specijalizovane nevladine organizacije (u skladu sa standardima usluga u lokalnoj zajednici i ukoliko imaju profesionalno osoblje). Stoga je koordinacija zdravstvenog sistema i regulisan mehanizam upućivanja sa ovim akterima izuzetno važan korak u obezbeđivanju zaštite mentalnog zdravlja. Koordinacija upućivanja osoba za koje se sumnja da imaju potrebe za lečenjem i angažovanjem zdravstvenog sistema, uređena je samo za decu i odrasle migrante i izbeglice koji su korisnici centra za socijalni rad, u okviru koordinativne uloge centra za socijalni rad u lokalnoj zajednici.

U domenu mentalnog zdravlja za zdravstvenog medijatora je važno da na osnovnom nivou informisanosti poznaje i razlikuje stres i traumu kao grupu uzroka koji mogu dovesti do privremenog ili dugoročnog poremećaja mentalnog zdravlja.



Stres

- Stres je sklop emocionalnih i telesnih reakcija do kojih dolazi kada neki događaj smatramo i doživljavamo opasnim ili uznemirujućim.
- Ispoljava se kroz:
 - fizičke tegobe,
 - distres – bes, anksioznost i strah.

Nije svaki stres štetan.

Vrste stresa:

- pozitivni stres – umerene, kratkotrajne stresne reakcije; čini sistem snažnijim i otpornijim;
- podnošljiv stres – jake stresne reakcije; daje šansu mozgu da se oporavi uz podršku;
- toksični stres – jake, duge i česte stresne reakcije, kroz koje se prolazi bez podrške porodice, prijatelja, zajednice i stručnjaka.



Stresori:

- promene u identitetu/rodnim ulogama;
- promena socijalnih, ekonomskih i kulturnih struktura u okruženju;
- devalvacija tradicionalnih vrednosti;
- stigmatizacija;
- eksploatacija i nasilje;
- nedostatak pristupa potrebnim uslugama.



Psihološke reakcije na stres na osnovu kojih se može pretpostaviti da je osoba pod stresom:

- dezorijentacija i konfuzija;
- osećaj nestabilnosti;
- osećaj gubitka;
- nedostatak poverenja;
- osećaj inferiornosti;
- izolacija od drugih;
- usmerenost na prošlost i budućnost, a ne na sadašnjost.



Zašto je važno razumeti stres deteta i porodice

- Određeni oblici ponašanja, reakcije i emocije predstavljaju normalnu reakciju na nenormalnu situaciju – prilagođavanje radi preživljavanja i uspostavljanja ravnoteže;
- Većina dece i porodica ponovo uspostavljaju normalno funkcionisanje kroz opštu samopomoć i pomoć zajednice;
- Psihosocijalno stanje odraslih, naročito staratelja, direktno utiče na reakciju deteta u određenoj stresnoj situaciji.



Trauma

Trauma je emotivna, psihološka i fiziološka posledica snažnog stresa usled nasilja, pretnji i drugih događaja koji za posledicu imaju promenu života. Izaziva je znatno snažniji događaj od onog koji osoba očekuje i s kojim je u stanju da se nosi. Trauma je posledica događaja, ne sâm događaj.

- Ne postoji nijedan događaj koji podrazumevano izaziva traumu kod svih pogođenih;
- PTSP (posttraumatski stresni sindrom) je najčešće blag do umeren mentalni poremećaj, a teški oblici su epifenomenalni (sekundarni, ne i obavezni), samo jedna od psiholoških posledica ometajućih događaja.



Zašto je važno prepoznati traumu deteta i porodice

U odrasloj dobi trauma napada već formirane strukture ličnosti, koje su kao takve otpornije. U detinjstvu trauma utiče na formiranje tih struktura i ostavlja dugotrajnije i nekad nepovratne promene.

Izazov traume za razvoj deteta opisala je Džudit Herman:

„Dete mora naći način da sačuva poverenje u ljude koji ga ne zaslužuju, osećaj da svet nije opasan u nimalo neopasnoj situaciji, kontrolu u situaciji koja je zastrašujuće nepredvidljiva, moć u bespomoćnom položaju.“



Zdravstveni medijator:

- može da prepozna osnovne simptome u preventivnim informativnim aktivnostima u vezi sa mentalnim zdravljem;
- pruža podršku migrantima i izbeglicama da razumeju pristup mentalnom zdravlju u okviru zvaničnog medicinskog pristupa i lekarima i drugom zdravstvenom osoblju da razumeju kulturološki kontekst i njegov uticaj na shvatanje mentalnog zdravlja i načine lečenja, kao i da im približi kulturološke i druge izazove migracija;
- učestvuje u koordinaciji i preventivnim aktivnostima.

COVID-19 u zdravstvenoj medijaciji

Izbeglice i migranti su nesrazmerno pogođeni direktnim efektima pandemije COVID-19 i uvedenim restriktivnim merama migracije. Sistem javnog zdravlja u uslovima neočekivane pandemije COVID-19 i bez potrebnih i relevantnih informacija otežano je funkcionisao u obezbeđivanju koordinisanih i doslednih reakcija javnog zdravlja. Integrisani pristup politici migracija i javnog zdravlja koji pokriva pristup teritorija osjetljivih na zaštitu, fleksibilan pristup migracionom statusu i nediskriminatorni pristup zdravstvenoj zaštiti predlaže se kao razmatranje politike za poštovanje međunarodnih konvencija koje štite pravo na zdravlje bez diskriminacije za izbeglice i migrante.⁵⁹

Migranti i izbeglice su jedna od osetljivijih grupa kada je u pitanju epidemija COVID-19. Pre svega, radi se o grupi čije je zdravstveno stanje pogoršano usled uslova i teškoća tokom putovanja (fizičko iscrpljivanje, glad, neadekvatna opremljenost za ekstremne vremenske uslove, nedostatak hrane i vode itd.). S obzirom na uslove života u zemlji porekla, kod većeg broja izbeglica i migranata koji potiču iz ekonomski siromašnijih regija, moguće je da je zdravstveno stanje bilo narušeno i pre polasaka na put. Uslovi života u kampovima, koji su često prenatrpani, pogoduju brzom širenju virusa i povećanju rizika od zaražavanja. Loši uslovi u zemljama porekla i tranzita, kao i zdravstvena pitanja u vezi sa migracijom takođe povećavaju rizik od mortaliteta od virusa COVID-19. Takođe, dolazi do problema sa mentalnim zdravljem usled epidemije u ionako neizvesnim životnim okolnostima i posledicama prisilnih migracija po kapacitet za svakodnevno suočavanje sa životnim izazovima.

U okviru nastojanja da adekvatno reaguje u uslovima pandemije, Vlade Republike Srbije je usvojila odluku kojom se COVID-19 proglašava zaraznom bolešću izazvanom virusom SARS-CoV-2, a na osnovu čl. 6, st. 1 Zakona o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti.⁶⁰ Nakon proglašenja vanrednog stanja 15. marta 2020. godine, Vlada Srbije donela je 16. marta Uredbu o merama za vreme vanrednog stanja, kojom je ograničila kretanje izbeglica i migranata koji se nalaze u kampovima.⁶¹ To ograničenje je trajalo do 14. maja.⁶² Izlazak iz kampa bio je dozvoljen izuzetno i uz prethodno odobrenje Komesarijata. U slučaju kršenja zabrane kretanja predviđeno je pokretanje prekršajnog postupka, a novčana kazna iznosila je od 50.000 do 150.000 dinara.⁶³ Zbog nemogućnosti rada Upravnog suda doneta je i uredba o računanju rokova⁶⁴ za vreme vanrednog stanja, kojom je istek roka u postupku odložen na 30 dana nakon isteka vanrednog stanja.

59 World Health Organization (2021); Refugees and migrants in times of COVID-19: mapping trends of public health and migration policies and practices, World Health Organization; dostupno na:

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240028906>.

60 Zakon o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti, „Sl. glasnik RS“, br. 15/2016, 68/2020 i 136/2020.

61 Uredba o merama za vreme vanrednog stanja: 31/2020-3, 36/2020-3, 38/2020-3, 39/2020-3, 43/2020-3, 47/2020-3, 49/2020-3, 53/2020-3, 56/2020-3, 57/2020-11, 58/2020-3, 60/2020-5, 126/2020-21.

62 Naredba o prestanku važenja Naredbe o ograničenju kretanja na prilazima otvorenom prostoru i objektima prihvatnih centara za migrante i centara za azil, „Sl. glasnik RS“, br. 74/2020.

63 Uredba o prekršaju za kršenje Naredbe ministra unutrašnjih poslova o ograničenju i zabrani kretanja lica na teritoriji Republike Srbije, „Sl. glasnik RS“, br. 39/2020 i 126/2020.

64 Uredba o primeni rokova u upravnim postupcima za vreme vanrednog stanja, „Sl. glasnik RS“, br. 41/2020 i 43/2020.

Tokom ograničenja kretanja za vreme pandemije COVID-19, Komesarijat za izbeglice, UNHCR, IOM i organizacije civilnog društva pružali su izbeglicama i migrantima relevantne informacije o epidemiji COVID-19 i merama koje je donela Vlada Republike Srbije. Smernice o preventivnim merama prevedene su i na arapski, farsi, urdu, paštu, engleski i francuski i bile su javno izložene u svim objektima. U saradnji sa Svetskom zdravstvenom organizacijom i UNHCR-om pripremljeni su odgovarajući materijali sa informacijama o pristupu zdravstvenim ustanovama, psihološkoj podršci, ograničenju kretanja i zdravlju, koji su objavljeni putem plakata i letaka, kao i telefonom ili putem društvenih mreža. Migranti i izbeglice su takođe bili opremljeni individualnom ličnom zaštitnom opremom (maske i rukavice) i higijenskim sredstvima.⁶⁵

Pristup migranata i izbeglica sistemu zdravstvene zaštite pratio je IOM u okviru svojih predviđenih aktivnosti.⁶⁶ Prema podacima te organizacije, pristup zdravstvenoj zaštiti bio je obezbeđen svim osobama smeštenim u centrima, gde su radili medicinski timovi, koje su činili lekar i medicinski tehničar i u većini slučajeva i psiholog. Svim osobama, sudeći po indikacijama, bio je obezbeđen pristup zdravstvenoj zaštiti i na sekundarnom i na tercijarnom nivou. Republička stručna komisija za zaštitu stanovništva od zaraznih bolesti pripremila je Protokol za postupanje u slučajevima gde se sumnja na SARS-cov-2 slučajeve u azilnim i prihvatnim centrima. Sve osobe koje su imale simptome testirane su na virus, a kod obolelih je došlo do uspešnog oporavka. Misija OEBS-a u Srbiji, GIZ i IRC obezbedili su pribore za prvu pomoć skloništima za žrtve trgovine ljudima.

Posledice pandemije COVID-19 na mentalno zdravlje migrantsko izbegličke populacije

Izbeglice i druge raseljene osobe pokazuju visoku stopu mentalnih poremećaja, uključujući posttraumatski stresni poremećaj (PTSP), depresiju, idiome distresa i produženi poremećaj tuge, koji su u velikoj meri povezani sa teretom traumatičnih životnih okolnosti povezanih sa kršenjem ljudskih prava, nedostatkom osnovnih ljudskih potreba i odvojenošću od drugih bliskih osoba. Utvrđeno je i da deca izbeglice pokazuju veću prevalenciju psihotičnih i anksioznih poremećaja u poređenju sa decom rođenom u zemlji boravka.⁶⁷ Stigmatizacija, socijalna ekskluzija i kulturne i fizičke barijere pri pristupu uslugama mentalnog zdravlja za migrante i izbeglice mogu dovesti do još većeg pogoršanja mentalnog zdravlja već osetljive populacije.

Pandemija COVID-19 doprinela je pogoršanju mentalnog zdravlja migranata i izbeglica zbog pogoršanja psihosocijalnih stresora, poput straha od deportacije, gubitka ili smanjenja sredstava za život, diskriminacije

65 UNHCR, Draft Rapid Assessment on the Socio-Economic Impact of Covid-19 on Asylum Seekers and Refugees in the Republic of Serbia, June 2020; dostupno na: https://serbia.un.org/sites/default/files/2020-09/seia_report%20%281%29.pdf.

66 Ibid.

67 Pinzon-Espinosa, J. et al. (2021), „The COVID-19 Pandemic and Mental Health of Refugees, Asylum Seekers, and Migrants”, *Journal of Affective Disorders*, Volume 280, Part A, 1 February 2021, Pages 407–408; dostupno na: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0165032720329591?token=B0891609A2926B2F564A7AD93217757418A464A0BB0765F0666709DECB0CAA6A6B78ADA588CE3C1D1E34F7D6733B6F0A&originRegion=eu-west-1&originCreation=20210628112157>.

po osnovu pola, religije ili etničke pripadnosti, seksualnog i rodno zasnovanog nasilja, mera zatvaranja i preopterećenih stambenih resursa ili beskućništva i stigmatizacija zbog mentalnog zdravlja.

Evropski centar za kontrolu i prevenciju bolesti (ECDC) saopštio je preporuke za kontrolu i sprečavanje Korona virusa za evropsko područje, u kome je naveo da su glasine i pogrešne informacije o bolesti COVID-19, u kombinaciji sa izazovima pri pristupu ažurnim i proverenim informacijama na njihovom jeziku, doveli do osećaja straha i anksioznosti. Suspenzija vođenja postupaka za azil i programa preseljenja, dobrovoljni i humanitarni povratak, kao i ograničenja kretanja ili zatvaranje kampova pogoršali su postojeći stres, neizvesnost i osećaj straha zbog budućnosti među licima koja su bila zatvorena u kampovima.⁶⁸

Prema istraživanju PIN-a iz 2020. godine, posledice pandemije COVID-19 na mentalno zdravlje izbeglica i migranata u Srbiji bile su sledeće: rasprostranjenost različitih psiholoških teškoća; broj ljudi koji doživljavaju tugu (jedan od najistaknutijih simptoma depresije) je udvostručen u odnosu na 2019. godinu; broj ljudi koji doživljavaju emocionalnu otupelost je značajno povećan; kapacitet za prevladavanje stresa je opao; svi pokazatelji dobrobiti su znatno smanjeni.⁶⁹ ECDC je naveo da restrikcije u pogledu kretanja predstavljaju veliko opterećenje za mentalno zdravlje i da takve mere treba da se donose samo ukoliko postoji potvrđena informacija da je osoba u pitanju zaražena, a da svako drugo zatvaranje predstavlja nepotrebno opterećenje po mentalno zdravlje.⁷⁰

Ujedinjene Nacije su pozvale države da tokom pandemije osiguraju dostupnost i nastavak pružanja usluga mentalnog zdravlja i psihosocijalnih usluga za izbeglice i za raseljene: „Ove usluge se moraju smatrati osnovnim uslugama i čine deo nacionalnih odgovora na COVID-19.“

Pozitivne prakse

Prakse koje su se pokazale dobrim pri rešavanju problema posledica epidemije COVID-19 na mentalno zdravlje izbeglica i migranata prvenstveno se odnose na omogućavanje pružanja redovnih usluga psihologa u kampovima. Dalje, osoblje koje se bavi pružanjem primarne zdravstvene nege u kampu može biti obučeno da pruži osnovnu psihološku pomoć. U kampu se mogu organizovati aktivnosti i radionice usmerene na promociju mentalnog zdravlja, koje bi vodili *peer* edukatori ili uticajne osobe u zajednici, koje bi lakše stekle poverenje drugih izbeglica i migranata u kampu. Oni takođe mogu biti obučeni i da daju osnovne informacije o tome kome mogu da se obrate osobe koje imaju potrebu za razgovor sa psihologom. Jedna od opcija je takođe i 24-časovni *hotline*, preko kog bi se javljali multikulturni medijatori obučeni da daju osnovne savete koji se tiču mentalnog zdravlja.⁷¹ Dakle, kako bi se poboljšao pristup mentalnom zdravlju, mogu se uvesti dve važne promene. Prva je korišćenje ljudskih resursa među samom izbegličkom populacijom kao interkulturnih medijatora, pre svega onih osoba koje su stekle određeno medicinsko znanje u zemljama

68 ECDC TECHNICAL REPORT „Infection prevention and control for the care of patients with 2019-nCoV in healthcare settings“; dostupno na: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/nove-coronavirus-infection-prevention-control-patients-healthcare-settings.pdf>.

69 PIN, UNHCR (2021), Mentalno zdravlje i dobrobit izbeglica i tražilaca azila u Srbiji; istraživački izveštaj za 2020. godinu“; dostupno na: https://psychosocialinnovation.net/wp-content/uploads/2020/10/MENTALNO-ZDRAVLJE-I-DOBROBIT-IZBEGLICA-I-TRA%C5%BDILACA-AZILA-U-SRBIJI%20Izve%C5%A1taj-istra%C5%BEivanja_2020.pdf.

70 ECDC TECHNICAL REPORT „Infection prevention and control for the care of patients with 2019-nCoV in healthcare settings“; dostupno na: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/nove-coronavirus-infection-prevention-control-patients-healthcare-settings.pdf>.

71 UN, Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health; dostupno na: https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief-covid_and_mental_health_final.pdf.

porekla ali im ono nije priznato u Republici Srbiji.⁷² Ti ljudi mogu biti dragocen resurs zbog većeg stepena razumevanja kulturnih razlika, kao i većeg stepena poverenja među migrantsko-izbegličkom populacijom, s tim što bi ovakve usluge pružali nakon što prođu određene obuke, koje bi mogle organizovati NVO organizacije. Druga promena mogla bi da bude uvođenje tehnologije pri pristupu zdravstvenom sistemu i uslugama, tj. omogućavanje korišćenja kulturno prilagođenih telekomunikacionih sredstava u komunikaciji sa lekarima, kao i vođenje elektronske evidencije o stanjima izbeglica i migranata.

Imunizacija migranata i izbeglica

UNHCR-ov izveštaj iz februara navodi da je UNHCR u saradnji sa Komesarijatom za izbeglice i migracije olakšao identifikaciju tražilaca azila i ranjivih pojedinaca u centrima radi vakcinacije. UNHCR je pružio podršku izbeglicama u prihvatnim smeštajima kako bi se registrovali za vakcinaciju putem portala eUprave i kako bi lakše pratili pojedinačne slučajeve.

Srpske vlasti su 26. marta započele kampanju vakcinacije izbeglica, azilanata i migranata smeštenih u 19 centara širom zemlje. Srbija je među prvima u Evropi počela da vakciniše i izbeglice i tražioce azila u centrima i na privatnom smeštaju. Petsto pedeset izbeglica i migranata u vladinim centrima izrazilo je interes za vakcinaciju, a 309 ih je vakcinisano do kraja marta. Dodatna 32 privatno smeštena lica takođe su vakcinisana. Kako bi promovisali vakcinaciju, Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“, UNHCR, Komesarijat za izbeglice i migracije i SZO senzibilisali su izbeglice i migrante u pogledu promocije zdravlja i zaštite od bolesti COVID-19.⁷³



Zdravstveni medijator i COVID-19:

- pojačana podrška u zaštiti mentalnog zdravlja u segmentu povezivanja kulturološki uzrokovanih stanja u pogledu mentalnog zdravlja i reagovanja na stres usled prisustva bolesti COVID-19;
- zagovaranje za unapređenje pristupa zdravlju;
- obaveza praćenja naučnih otkrića i preporuka u vezi sa bolešću COVID-19, informisanje i motivisanje migranata za lečenje i smanjenje stresa.

Pružanje psihosocijalne podrške

Psihosocijalna podrška je pristup osobama u riziku i onima koje su preživele stres i traumu, koji ima za cilj da ublaži bol i patnju i omogući ponovo uspostavljanje emocionalne ravnoteže i kontrole nad situacijom. Ona je skup više raznorodnih aktivnosti, koje se mogu podeliti na aktivnosti psihološke i emotivne podrške i aktivnosti socijalne podrške. Psihosocijalna podrška je odgovor na ključne promene u ponašanju i funkcionisanju pogođene osobe/žrtve – povređenost (fizička i psihološka), emocionalne promene, strah,

72 Dove Press – Risk Management and Healthcare Policy: Refugee Health During the Covid-19 Pandemic: A Review of Global Policy Responses; dostupno na: <https://www.dovepress.com/getfile.php?fileID=68231>.

73 UNHCR, UNHCR Serbia Update, March 2021, situation report; dostupno na: <https://reliefweb.int/report/serbia/unhcr-serbia-update-march-2021>.

šok i nepoverenje, gubitak kontrole nad sopstvenim životom, razdvajanje porodice i zajednice (gubitak člana porodice, razdvajanje, prekid dotadašnjih prijateljskih i profesionalnih veza), gubitak stabilnosti i sigurnosti u okruženju. Psihološka i emocionalna podrška usmerena je na lični doživljaj stresa i traume i oporavak na planu funkcionisanja i ponašanja, za koji je neophodna emocionalna stabilizacija. Ovaj vid podrške zahteva veštine slušanja, pokazivanja razumevanja, empatije, emocionalne topline i bezuslovnog prihvatanja.

Socijalna podrška se odnosi na podršku u ponovnom uspostavljanju socijalnih mreža i na vođenje računa o kvalitetu, strukturi i funkciji socijalnih mreža.



U psihosocijalnoj podršci potrebno je sledeće:

- jasne poruke tipa:
 - „slušam šta govoriš...“,
 - „razumem osećanja o kojima govoriš...“;
- stav „slušam te, prihvatom te“;
- podsticanje razgovora pitanjima, komentarima, traženjem pojašnjenja i sl.

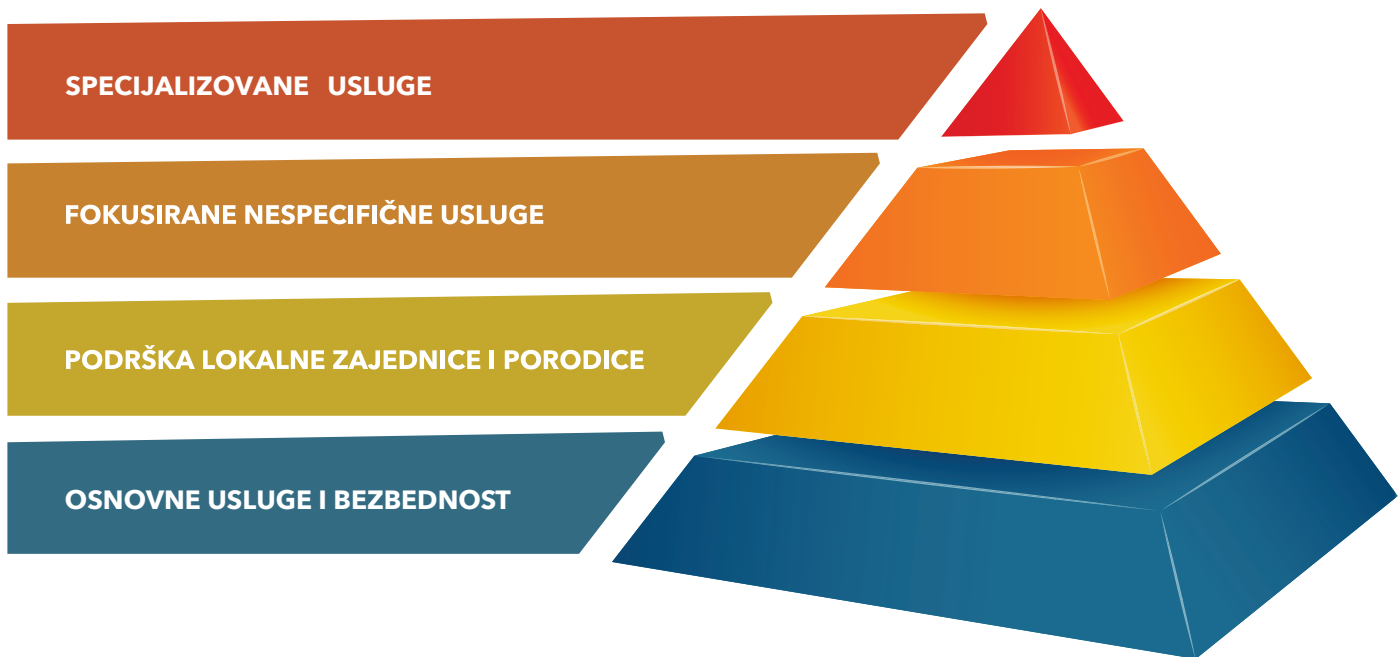


U psihosocijalnoj podršci nije dozvoljeno sledeće:

- izražavanje svojih uverenja;
- pridikovanje;
- moralisanje;
- ispitivanje;
- postavljanje pomagača kao osobe koja sve može da reši;
- nametanje sopstvenog autoriteta.

Psihosocijalna podrška je odgovor na krizne situacije. Obezbeđuje se u skladu sa modelom psihosocijalne podrške koji je zasnovan na teoriji ljudskog razvoja i ponašanja i obuhvata socijalnoekonomski aspekt ljudskog života, biopsihološke karakteristike i kulturnoantropološki aspekt čovekovog života.

Model psihosocijalne podrške se realizuje kroz takozvanu piramidu psihosocijalne podrške. Ovaj piramidalni model omogućava jasnu strukturu psihosocijalne podrške i razlikovanje aktivnosti psihosocijalne podrške u zavisnosti od potreba za podrškom pogođenih osoba – žena, dece i muškaraca. On takođe omogućava veliku raznovrsnost aktivnosti podrške, koje se kreiraju u odnosu na prepoznate potrebe, specifičnosti grupe migranata i izbeglica kod kojih se određena potreba javlja i resursa zajednice u kojoj se psihosocijalna podrška obezbeđuje.



Na osnovnom nivou piramide obezbeđuju se osnovne usluge i bezbednost, što obuhvata aktivnosti na obezbeđivanju neophodnih životnih uslova – smeštaja, hrane, vode za piće, bezbednosti u okruženju.

Na drugom nivou prioritet je na korišćenju usluga koje već postoje u zajednici i na integraciji u zajednicu. Ovde se koriste svi resursi za podršku koji u lokalnoj zajednici postoje i obuhvataju postojeće systemske usluge, usluge NVO i drugih udruženja i organizacija. Takođe se koriste postojeće snage i resursi porodice da obezbedi potrebnu podršku svom članu pogođenom stresom ili traumom.

Na trećem nivou obezbeđuju se fokusirane nespecifične usluge. Ove usluge se kreiraju kao odgovor na konkretan problem/teškoću, pružaju se u zajednici i postojećim ustanovama i organizacijama sistema. Na primer, tu mogu spadati grupe samopomoći za žene koje su izgubile partnere tokom putovanja ili za decu koja su bila svedoci nasilja. Ove usluge zahtevaju obučeno osoblje sa određenim stručnim znanjima.

Na vrhu piramide nalaze se specijalizovane usluge koje se odnose na zdravstvene ustanove koje obezbeđuju specijalizovane usluge za mentalno zdravlje, a nalaze se na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvenog sistema.

Sastavni deo psihosocijalne podrške su aktivnosti psihološke prve pomoći i psihološke krizne intervencije. Jedan od najprihvaćenijih modela kako se obezbeđuje psihološka prva pomoć je model koji je dala psihološkinja Džesika Rafael i koji je u osnovnoj strukturi prikazan u sledećem boksu.

Model psihološke prve pomoći

- tešenje i smirivanje – koristiti reči ili samo biti tu za osobu;
- zaštita od dalje pretnje – obezbediti sigurnu sredinu u kojoj će žrtva moći da oseti da je zaštićena od daljih povreda;
- obezbediti hitnu brigu za fizičke potrebe – hrana, voda, ćebad, odeća itd.
- ohrabrivanje da se ispolje osećanja;
- strukturisanje svakodnevne rutine kako bi se povratio osećaj kontrole;
- ponovno uspostavljanje ili izgradnja mreže socijalne podrške.





Psihološka prva pomoć

Mogu je obezbeđivati i neprofesionalci. Obuhvata sledeće:

- osnaživanje;
- pomoć žrtvi da što pre napusti ulogu žrtve (da više ne bude pasivna, zavisna, bespomoćna);
- podrška žrtvi da prihvati ulogu preživelog – da ojača osećaj kontrole nad situacijom u kojoj se nalazi i da razvije aktivne strategije prevladavanja; ohrabrivati žrtvu za samostalno donošenje odluka i njihovo sprovođenje, pružiti podršku za saniranje posledica traume;
- normalizacija;
- intervencije koje šalju poruku da su svi simptomi samo normalna reakcija na nenormalnu situaciju i da se javljaju kod svih ljudi, dati primer; upoznati ih sa postupkom oporavka – šta će se sve dešavati, koji je tok oporavka, koje su usluge dostupne itd.;
- uspostavljanje socijalne mreže;
- aktivnosti ponovnog povezivanja sa porodicom, prijateljima, susedima, upoznavanje sa novim ljudima sa istim ili sličnim iskustvom, interesovanjima, poreklom; uspostavljanje socijalnih mreža može biti ključna intervencija kod ekstremnih trauma;
- razgovor o psihološkoj prvoj pomoći;
- podrška žrtvi da shvati šta se dogodilo, da pronade neki smisao u tome što se dogodilo i da proveri da li je njeno viđenje događaja tačno; kroz razgovor se ispoljavaju misli i osećanja i uspostavlja kontrola nad emocijama – treba razlikovati isceljujući razgovor i razgovor u kome se samo beskrajno ponavlja ono što se dogodilo.



Psihološke krizne intervencije realizuju se neposredno nakon traume i vremenski su ograničene. Ovde je fokus na sadašnjosti, stručnjak (psiholog ili obučeni stručnjak) ima aktivniju i direktivniju ulogu jer preuzima odgovornost i usmerava odluke i ponašanje korisnika kako se ne bi povećala anksioznost i bespomoćnost. U početku se podržava zavisnost žrtve od pomagača jer joj to omogućava da razvije osećaj sigurnosti, mogućnost da u psihološkom smislu predahne, da prikupi snagu za nove korake i da se osloni na nekoga kome veruje. Jedna od korisnih tehnika psiholoških kriznih intervencija je učenje veština za rešavanje problema i podrška u sprovođenju donetih odluka.



Zdravstveni medijator

- Poznavanje osnovnih postupaka i osnova za koncipiranje psihosocijalne podrške omogućava zdravstvenom medijatoru da prepozna mesto i ulogu psihosocijalne podrške u kontekstu očuvanja mentalnog i fizičkog zdravlja migranata i da pronađe mesta za sopstvenu intervenciju;
- Ukoliko nije po osnovnom obrazovanju profesionalac u oblasti humanih nauka, zdravstveni medijator može da pruži osnovnu psihološku pomoć neprofesionalaca;
- Obezbeđuje podršku migrantima i izbeglicama da u kulturnom kontekstu razumeju i prihvate psihosocijalnu podršku.

Osnovne tehnike medijacije i pregovaranja

Iako su standardima zdravstvene medijacije opisani zadaci zdravstvenog medijatora i konkretni postupci tokom medijacije, ostaje nedovoljno jasno kako se sprovodi sâm postupak medijacije.

Medijacija je način prevazilaženja nesporazuma i konflikata (kada ih ima), u kome neutralna treća strana pomaže stranama koje su u nesporazumu ili konfliktu da nesporazumu priđu na konstruktivan način i dođu do zajedničkog rešenja oko koga postoji saglasnost obe strane.

U kontekstu očuvanja zdravlja, tema medijacije je unapred definisana – očuvanje zdravlja, smanjenje diskriminacije i obezbeđivanje dostupnosti kvalitetnih zdravstvenih usluga migrantima i izbeglicama, odnosno osobama druge kulture i iz drugačijeg jezičkog područja.



Koraci medijacije:

- definisanje problema;
- izlistavanje mogućih rešenja;
- izbor rešenja;
- donošenje odluke;
- sprovođenje odluke;
- procena uspešnosti odluke/rešenja.



Principi medijacije

- Sukobi u sebi nose i pozitivan potencijal za razvoj i promenu;
- Učešće u procesu medijacije zasnovano je na dobrovoljnoj osnovi;
- Medijator potrebe sukobljenih strana uvažava jednako;
- Medijator nema ličnih interesa u sukobu;
- Medijacija je proces u kome medijator razdvaja osobe od problema i strukturise tok rada;
- Medijacija podrazumeva profesionalnu poverljivost informacija i garantuje je.



Prvi korak

Zdravstveni medijator pomaže migrantima i izbeglicama s jedne strane i lekaru i zdravstvenom radniku s druge da jasno odrede situaciju u kojoj se nalaze u pogledu lečenja i očuvanja zdravlja, da iskažu šta im je potrebno od druge strane i da naprave razliku između potreba i želja.

Kontekst za definisanje tih elementa čine sama oblast medijacije (zdravlje i lečenje), razlike u kulturološkim stavovima, vrednostima i praksama lečenja i relane mogućnosti za lečenje u zdravstvenom sistemu.



Drugi korak

U medijaciji u zdravstvu u ovom koraku se više radi na tumačenju kulturoloških specifičnosti i jezičkom tumačenju kako bi se postigla potpuna jasnoća u vezi sa nesporazumom.

Treći i četvrti korak

Postiže se dogovor u vezi sa dijagnostifikovanjem, potrebnim daljim metodama ispitivanja i opcijama lečenja, koji je zasnovan na uzajamnom razumevanju lekara i pacijenta koje proističe iz harmonizacije stručnog znanja lekara i kulturoloških stavova i vrednosti pacijenta.

Peti korak

Sprovodi se dijagnostika i lečenje i jasno definisanje uloge pacijenta i njegovih obaveza tokom lečenja, uz njegovo razumevanje daljeg procesa lečenja i mogućih efekata.

Šesti korak

Procenjuje se uspešnost medijacijskog procesa i lečenja.

Izazov u zdravstvenoj medijaciji predstavlja asimetričan odnos moći tokom medijacije – moć lekara i zdravstvenih radnika s jedne strane i moć pacijenta i njegovih kulturoloških stavova i vrednosti s druge. Medijator svojim intervencijama balansira taj odnos moći kako bi postigao uzajamno uvažavanje i priznavanje obeju strana.

Konstruktivno rešavanje problema i komunikacija

Koraci medijacije su, u stvari, koraci konstruktivnog rešavanja problema, samo što te korake u medijaciji usmerava i vodi treća neutralna strana. Konstruktivno rešavanje problema je tehnika kojoj medijator može naučiti korisnike kako bi prilikom donošenja odluka o svom zdravlju mogli da uspešno „komuniciraju sami sa sobom“, tj. postignu konstruktivan pristup i nov uvid u sopstveno ponašanje kada je u pitanju njihovo zdravlje. Spremnost da se konstruktivno razmataraju sopstveni stavovi, ponašanje i reakcije vezani za zdravlje i lečenje umnogome doprinosi osećanju lične kompetentnosti i olakšava komunikaciju.

Osnovni alat u medijaciji je komunikacija. Komunikacija obezbeđuje rešavanje nesporazuma i sukoba onda kada je zasnovana na sposobnosti jasnog izražavanja sopstvenih potreba i zahteva bez etiketiranja drugih i na sposobnosti slušanja i uvažavanja potreba drugih kako bi se došlo do rešenja kojim su obe strane zadovoljne.

Postoje različite tehnike komunikacije, a tehnike aktivnog slušanja, nenasilne komunikacije, neverbalne komunikacije i asertivne komunikacije su veštine kojima zdravstveni medijator treba da ovlada.



Korisne komunikacione veštine i tehnike u medijaciji:

- parafraziranje;
- rezimiranje;
- sažimanje/sumiranje;
- preformulisanje;
- postavljanje pitanja;
- aktivno slušanje;
- nenasilna komunikacija;
- pregovaranje.

Nenasilna komunikacija

Nenasilna komunikacija omogućava komunikaciju bez optuživanja i kritikovanja drugih. Ona se odnosi na veštine jasnog izražavanja potreba i osećanja i na saosećajnom slušanju – ne reagujemo lično, već filtriramo sve što liči na optuživanje i kritiku pa tek onda reagujemo. Specifičnost nenasilne komunikacije su JA i TI poruke, koje predstavljaju iskaze kojima se suprotstavljamo drugome, ali bez okrivljavanja ili napadanja druge strane. One otvaraju komunikaciju jer ne provociraju odbrambenu reakciju, već odgovornost i kreativnost. Zbog toga vode razumevanju i povezivanju sa drugima, smirivanju sukoba i nastavku odnosa.



JA i TI poruke se sastoje od sledećih iskaza:

- Činjenice – saopštavanje onog što se dešava – ono što se čuje, vidi, konkretna radnja;
- Osećanja – saopštavanje osećanja – kako se osećamo zbog iznete činjenice;
- Potreba – saopštavanje onoga što nam je u datoj situaciji potrebno;
- Zahtev – jasno iznošenje šta očekujemo da druga osoba uradi.



Šema nenasilne komunikacije

A) JASNO IZRAŽAVANJE BEZ OPTUŽIVANJA I KRITIKOVANJA

Kada (vidim, čujem, setim se, zamislim)..... Č
Osećam..... O
Zato što JA..... P
I želim da TI..... Z

B) EMPATIČKO PRIMANJE (ne čujem optuživanje i kritikovanje)

Kada (vidiš, čuješ, kada se setiš) Č
DA LI osećaš..... O
Zato što TI (imaš potrebu, hoćeš, želiš)..... P
I želiš da JA..... Z



Primer JA poruke

Vidim da ne uzimaš propisanu terapiju. Teško mi je zbog toga jer mi je važno da budeš zdrav. Želim da prihvatiš da ubuduće ja vodim računa o uzimanju terapije.

Primer TI poruke

Vidiš da ne uzimam propisanu terapiju. Da li si zabrinuta zbog toga jer ti je važno da budem zdrav? Želiš li da prihvatim da ubuduće ti vodiš računa da redovno uzimam terapiju?

Aktivno slušanje

Aktivno slušanje je način komunikacije u kome se fokusira na „sada i ovde“ i komunikacija je usmerena na sagovornika. U okviru aktivnog slušanja razlikujemo usmereno slušanje i refleksiju.

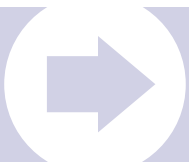
Usmereno slušanje je slušanje usmereno na to da prepoznamo kako onaj ko govori vidi sebe.



Karakteristike usmerenog slušanja:

- empatija – pomagač pokazuje želju i napor da korisnika razume kroz njegov referentni okvir, a ne sa svoje pozicije;
- prihvatanje – iskazivanje poštovanja za osobu kao takvu; prihvatanje osobe apriori, bez procenjivanja i bezuslovno;
- kongruencija – osoba koja pomaže ima ličnu autentičnost, iskrenost i otvorenost;
- konkretnost – usmerenost na specifična, a ne na opšta mesta u definisanju problema.

Refleksija znači da u komunikaciji vraćamo osobi njena osećanja i iskaze kako bi ih ona ponovo razmotrila ili kako bismo potvrdili da smo ih dobro razumeli.



Primer refleksije

Ljuti ste?
Rekli ste da...

Neverbalna komunikacija

Neverbalna komunikacija je u zdravstvenoj medijaciji važan izvor informacija za razumevanje osećanja i stavova druge osobe, ali može i da predstavlja izazov ukoliko zdravstveni medijator ne poznaje karakteristike neverbalne komunikacije u određenoj kulturi. Na primer, u jednoj kulturi žalost izražava bela odeća, a u drugoj crna; u jednoj kulturi klimanje glavom znači „da“, a u drugoj „ne“. Svaka kultura ima niz neverbalnih znakova i gestova, koji izražavaju poštovanje, razumevanje, emocije i važno je da se oni dobro razumeju.

Karakteristike neverbalne komunikacije se mogu odnositi na način govora (ritam govora, visina i boja glasa i sl.), na položaj i stav tela, pokrete ruku, mimiku i na položaj u prostoru i određivanje rastojanja tokom komunikacije. Svi ti neverbalni znaci govore o osećanjima koja prate verbalnu komunikaciju. Važno je da se zdravstveni medijator upozna sa različitostima u neverbalnoj komunikaciji među kulturama.

Kako slušati

Slušanje, u smislu orijentacije da zaista čujemo šta druga osoba želi da saopšti, u suštini je teško. Postoji niz prepreka koje se postavljaju pred dobrim slušanjem. Važno je da ih budemo svesni i da kroz razvijanje veština u slušanju otklanjamo smetnje i prepreke.



Smetnje u komunikaciji:

- nedostatak povratnih informacija;
- nepažljivost;
- pretpostavka zajedničkog značenja;
- brzopleto izvlačenje zaključaka;
- emocije;
- nedoslednost;
- fizičke barijere;
- nedovoljno upozorenje na promene.



Mentalne barijere kao smetnje za efikasno slušanje:

- brzina misli;
- naporan rad;
- nedostatak znanja;
- ravnodušnost;
- nedostatak objektivnosti;
- predrasude;
- predviđanje činjenica.



Barijere u slušanju – individualne razlike:

- rodne razlike;
- jezik;
- generacijski ili statusni jaz;
- varijacije u izgovoru i tonu;
- percepcija;
- prošlo iskustvo;
- obrazovne razlike;
- kulturne razlike;
- lična uverenja;
- nedostatak poverenja.



Druge smetnje za efikasno slušanje:

- mehaničko slušanje;
- prekidanje;
- predviđanje poruke;
- osvrtnje;
- nereagovanje;
- nedostatak pažnje;
- hijerarhija.

Zdravstveni medijator treba da bude svestan navedenih prepreka i barijera u komunikaciji i slušanju i da ih otkloni/otklanja kroz svoju obuku i praksu. Otklanjanje barijera i poznavanje karakteristika komunikacije i značenja određenih izraza i neverbalne komunikacije u različitim kulturama omogućava uspešno slušanje i samim tim uspešenu komunikaciju.

Osnove pregovaranja

Pregovaranje je sredstvo za prevazilaženje konflikata i uspostavljanje tolerantnijih i koordinisanih odnosa tokom postizanja određenih ciljeva u čijem ostvarenju učestvuju dva ili više aktera.

U okviru svoje uloge zastupnika migranata i izbeglica, zdravstveni medijator će se naći u situaciji da se zalaže za unapređenje dostupnosti i kvaliteta zdravstvene zaštite pred lekarom ili medicinskom ustanovom ili lokalnom zajednicom. Veštine pregovaranja mogu pomoći da taj proces bude uspešniji.

Za svako pregovaranje neophodno je dobro se pripremiti. Dobro poznavanje slučaja (upoznavanje sa problemom, istorijom, prethodnim aktivnostima) osnov je pripreme. Takođe je potrebno proceniti resurse kojima zdravstveni medijator raspolaže, upoznati se sa profesionalnim i relevantnim osobinama osoba sa kojima se pregovara i na kraju, pre pregovaranja, opredeliti se za najpogodnije strategije i taktike.

Neke od najčešće korišćenih taktika u pregovaranju su:

- korak po korak – krajnji cilj pretvoriti u niz manjih ciljeva i napredovati ka rešenju korak po korak, od manjeg ka složenijem cilju;
- premošćavanje – otklanjanjem jednog problema premošćava se drugi;
- podilaženje (laskanje) – isticanje dobrih strana i veština druge strane; ako nije zasnovano na činjenicama, može biti potpuno neuspešno;
- ubeđivanje – korišćenje argumenata u prilog rešenja za koje se zalažete;
- obećanja/pretnje.



Osobine dobrog pregovarača:

- upoznatost sa problemom;
- razumljiv i jasan nastup;
- brižljivo biranje rečenica;
- suočavanje sa problemom, ne sa ljudima;
- kontrolisanje emocija;
- energičnost, upornost, usmerenost ka rešavanju problema.

Zdravstveni medijator treba da bude svestan da ne može očekivati da će uvek uspeti da postigne željeni cilj kroz proces pregovaranja. U pregovaranju može prihvatiti i kompromis ili pristanak na proceduru za dalji rad na ostvarivanju ciljeva. Takođe može doći do alternativnih rešenja, koja mogu biti dobar ishod pregovaranja u datom trenutku.

Pregovaranje se može posmatrati i kao jedna od tehnika zagovaranja ili procesa javnog zagovaranja za promene. I u pregovaranju i u javnom zagovaranju uvek treba definisati cilj kome se teži pa tek na osnovu njega određivati naredne korake.

Osnovni elementi pozitivne komunikacije sa decom i komunikacije sa traumatizovanim detetom

Zdravstveni medijator usluge obezbeđuje ne samo odraslim pojedincima već i deci i porodicama. Zato je neophodno da se upozna sa osnovnim karakteristikama porodičnog funkcionisanja, sa stavovima i vrednostima u pogledu uloge žene u porodici i sa roditeljskim praksama kako bi mogao da na adekvatan način približi roditeljima potrebu za lečenjem deteta ili za drugim promenama (na primer, u ishrani) neophodnim za očuvanje zdravlja deteta u novoj sredini.

Komunikacija sa decom i mladima kojima je potrebna zdravstvena medijacija, takođe je važan set znanja i veština potrebnih zdravstvenom medijatoru. Kako bi zdravstveni medijator pristupio detetu tako da ga ono prihvati, njegov stav i odnos prema detetu treba da bude pozitivan.

Pozitivna komunikacija sa detetom zasnovana je na tri osnovna principa:

1. **Ne kritikujte dete**

Većina odraslih, uključujući i roditelje, nije svesna koliko često u komunikaciji sa detetom koriste kritiku, a da im to nije namera. Na primer, rečnice tipa „ti samo pametuješ“, „opet si se isprljao“, „kasnim sa ručkom zbog tvog domaćeg“ više su konstatacije, ali nose konotaciju da je dete u nečemu pogrešilo. Kada je takva komunikacija česta, dete te impute shvata ozbiljnije nego što odrasli misle i stvara sliku da ne ume da radi stvari na dobar način, a kasnije može da razvije mišljenje da ono samo nije dobro. U takvoj komunikaciji dete se ne oseća prijatno i ne može da ostvari potreban odnos poverenja. Komunikacija na drugi način – na primer, umesto „ti samo pametuješ“ reći „baš je to zanimljivo, gde si to saznao?“, umesto „opet si se isprljao“ reći „budi pažljiv dok se igraš, sve majice su prljave, nećeš imati šta da obučeš“ – ima sasvim drugo značenje i razvija pozitivan stav deteta prema sebi.

2. **Koristite miran ton**

Kada se u komunikaciji sa detetom više ili govori preglasno, detetu je neprijatno, postaje uznemireno i može da reaguje burnim izlivima tuge ili besa. Kada je uznemireno, dete ne razume šta mu se govori i to još više podiže tenziju u komunikaciji. Kada se govori tiše, mirnijim tonom, deca pažljivije slušaju i lakše upijaju ono što im se kaže. Zato, bez obzira na to kako ste osećate ili koliko žurite, kada razgovarate sa detetom, koristite miran ton. Tako će vas dete pažljivije slušati i bolje razumeti.

3. **Komunikaciju usmerite ka rešenjima i pozitivnom ponašanju**

Uvek govorite detetu šta treba da radi, a ne šta ne treba da radi. Na primer, treba reći „uspори“ umesto „nemoj trčati“, „slušaj me“ umesto „nemoj da slušaš šta drugi pričaju“.

Ove veštine zdravstvenog medijatora, primerene zdravstvenom kontekstu u kome komunicira sa detetom, doprineće da dete formira pozitivan stav o medijatoru i da situaciju u kojoj se nalazi, ne percipira kao nešto strašno i nešto u čemu ono nije dobro, već će imati vere u pozitivan ishod i sebe videti kao nekog ko može da utiče na pozitivan ishod.

Komunikacija prilagođena deci

Za komunikaciju sa detetom celokupan način komunikacije i veštine u komunikaciji treba prilagoditi detetu, zbog specifičnosti razvojnog uzrasta. Prilagođavanje komunikacije detetu znači sledeće:

- Budite sigurni i samopuzdani kad razgovarate sa detetom;
- Iskreno i zainteresovano slušajte dete;
- Objašnjavajte sve korake u vezi sa temom o kojoj govorite;
- Postavljajte pitanja;
- Koristite jednostavan rečnik koji korisiti dete;
- Poštujte pravo deteta da bude saslušano, tj. da iznese svoje mišljenje;
- Uzmite u obzir mišljenje deteta i o njemu diskutujte sa detetom;
- Budite otvoreni za sve moguće opcije u vezi sa temom o kojoj razgovarate.

Prilikom razgovora sa detetom treba poštovati još neka pravila, koja se odnose na to da u komunikaciji vodite računa o uzrastu deteta i njegovim kapacitetima za komunikaciju shodno uzrastu:

- Budite svesni da postoji mogućnost nesporazuma sa detetom zbog detetovog uzrasta;
- Uvažite detetov razvoj jezika i koliko god je moguće, koristite izraze koje koristi dete i kratke rečenice;
- Uvek proverite da li ste dobro razumeli dete;
- Kada nešto pitate dete, postavljajte jednostavna i jasna pitanja;
- Upoznajte se sa razvojem dečjeg mišljenja da biste mogli da prepoznate specifičnosti mišljenja deteta i da odgovorite na njih.

Komunikacija sa traumatizovanim detetom

Tokom migracije i dolaskom u novu sredinu deca mogu pokazivati znake stresa ili preživljene traume. Kada pred sobom imate traumatizovano dete, važno je da u komunikaciji:

- zadobijete poverenje deteta;
- postavljate pitanja;
- pristupite detetu u skladu sa njegovim uzrastom.



Zadobijanje poverenja deteta

- Posvetite detetu određeno vreme;
- Pokažite da vam je stalo do deteta kao osobe;
- Zadržite neutralnost i saosećajan pristup i kada je dete neprijateljski raspoloženo i agresivno;
- Ne okrivljujte, ne osuđujte i ne odustajte od deteta zbog njegovog ponašanja;
- Koristite jezik koji dete razume;
- Budite otvoreni sa detetom kad pričate o opcijama.



Osnovna pravila u komunikaciji sa traumatizovanim detetom za zdravstvenog medijatora

- Niste tu da biste ispitivali dete. Zaštite dete od ispitivanja o traumi od strane drugih učesnika, osim ako se ne radi o stručnjaku kome je to posao;
- Nemojte reagovati emotivno ako pružate medijaciju detetu koje je pretrpelo zlostavljanje ili zanemarivanje – ostanite mirni i komunicirajte mirnim tonom i bez iščuđavanja, osuđivanja i kritikovanja. Zamolite zdravstvene radnike da se ponašaju na isti način, ako se slučajno budu poneli drugačije;
- Tokom medijacije promovirate najbolji interes deteta;
- Pokažite empatiju. Ovo je za dete važno jer će mu pomoći da ne doživi sebe odgovornim za ono što se događalo i da razume da se to događa i drugima.

Uloga zdravstvenog medijatora u sukobima

Potrebno je malo bliže rasvetliti ulogu zdravstvenog medijatora u sukobima koji mogu nastati između migranata i lekara i zdravstvenog osoblja. Standardom 15 definisana je obaveza zdravstvenog medijatora da identifikuje nesporazum ukoliko postoji, te da upozori obe strane i pruži pomoć u razjašnjenju mogućeg izvora nesporazuma. Međutim, on nije posrednik u rešavanju sukoba. Njegovo posredovanje ograničeno je samo na situacije u kojima je jasno da je sukob ili nesporazum nastao kao rezultat jezičkih ili kulturnih barijera. Ukoliko između lekara i zdravstvenog osoblja i pacijenta migranta/izbeglice dođe do produblivanja nesporazuma i sukoba, zdravstveni medijator će uputiti pacijenta na mogućnost pritužbe i objasniti postupak, kao i na mogućnost da se obrati ombudsmanu.

Ukoliko pacijent podnese pritužbu uz pomoć zdravstvenog medijatora, zdravstveni medijator više neće obavljati poslove medijacije za tog pacijenta, a naročito ako je bio svedok sukoba. Ukoliko za to ima potrebe, predložiće drugog zdravstvenog medijatora ili prevodioca.

Ukoliko tokom medijacije dođe do sukoba između zdravstvenog medijatora i pacijenta, koji će onemogućiti intervencije medijatora, zdravstveni medijator će se povući i uzdržati od bilo kakvih daljih intervencija za tog pacijenta dok se sukob ne reši. Ukoliko dođe do pretnje pacijenta zdravstvenom medijatoru, zdravstveni medijator će odmah o tome obavestiti zdravstvene radnike i sebi nadređenu osobu i prestati sa pružanjem usluge pacijentu. Zdravstveni medijator će u tim situacijama, ukoliko je osnovana služba za zdravstvenu medijaciju,

dobiti savet od supervizora ili neposrednog rukovodioca o daljim postupcima. Ukoliko pak dođe do sukoba između zdravstvenih radnika i medijatora, na primer, zbog ponašanja pružaoca usluga za koje se smatra da je neprihvatljivo, zbog nedostatka ljubaznosti, rasizma i slično, interkulturalni posrednik će kontaktirati odgovorne osobe u svojoj organizaciji koje će preduzeti neophodne mere i korake za rešavanje sukoba.

Granice uloga

Uloga zdravstvenog medijatora u okviru zdravstvene zaštite je složena i zahteva jasno postavljanje granica i razumevanje šta je nadležnost zdravstvenog medijatora, a šta ne. Standardima zdravstvene medijacije definisani su načini postupanja i situacije u kojima je neophodno razgraničenje uloge zdravstvenog medijatora i drugih učesnika u zaštiti zdravlja migranata i izbeglica.

Zdravstveni medijator neće tumačiti niti posredovati za spoljne osobe koje žele da koriste njegove usluge van konteksta lečenja zdravstvenih pitanja pacijenta. Izuzeci od ovog pravila mogući su samo nakon razgovora sa svojim supervizorom/neposrednim rukovodiocem.

Zdravstveni medijator neće izvršavati zadatke koji ne spadaju u njegove odgovornosti i nivo kompetencije (npr., socijalni rad, terapijski razgovori, razmena medicinskih podataka koje bi lekar dao pacijentima itd.), sa izuzetkom poruka u vezi sa praktičnim aspektima nege.

Zdravstveni medijator neće praviti nikakve pisane prevode. Mogući izuzeci su prevođenje konkretnih, praktičnih informacija, na primer, kada je zakazan termin, kako treba slediti lečenje lekovima i slično.

Briga za obezbeđivanje formalnih postupaka u podršci migrantima i izbeglicama u postupku repatrijacije, gubitka ili smrti nije deo odgovornosti zdravstvenog medijatora. Ono što on može eventualno prihvatiti, jeste da uspostavi kontakt sa potrebnim organizacijama u zemlji porekla migranta/izbeglice, na primer, ali bez daljeg ulaženja u formalne procedure.

Zdravstveni medijator neće iznositi svoje stavove o psihološkom ili zdravstvenom stanju pacijenata. Ako ga zamole, on može dati objektivna zapažanja o ponašanju pacijenta (npr., u situacijama kada je narativ o pacijentu vrlo zbunjujući i teško je tumačiti njegove simptome, kada pacijent muca ili koristi vrlo jednostavan rečnik i slično).

Zdravstveni medijator neće izneti svoje mišljenje o kvalitetu lečenja pacijenta. Neće se izražavati ni o kvalitetu ljudi koje pacijent predstavlja kao „iscelitelje“, niti o tradicionalnim tretmanima koje pacijent želi da sledi. On će ohrabriti pacijenta da o takvim pitanjima razgovara direktno sa lekarom.

Zdravstveni medijator neće iznositi svoje mišljenje o stručnosti pružaoca usluga.



Resursi za zdravstvene medijatore

1. Council of Europe, Women and girls in Europe; dostupno na: <https://www.coe.int/en/web/genderequality/migrant-and-refugee-women-and-girls>
2. CSSP Berlin centar za integrativnu medijaciju u Bosni i Hercegovini: Školska vršnjačka medijacija; dostupno na: https://www.cssp-mediation.org/wp-content/uploads/2020/07/School-Mediation-Manual_CSSP_2020_BCS.pdf
3. D. Petrović: Veštine medijatora: slušanje, parafraziranje, sumiranje i preokviravanje, PP prezentacija; dostupno na: http://moodle.f.bg.ac.rs/file.php/202/Vestine_medijatora_-_slusanje_preokviravanje.pdf
4. E. Hsieh, Understanding Medical Interpreters: Reconceptualizing Bilingual Health Communication; dostupno na: <https://elainehsiehphtd.net/download/Hsieh2006-HC.pdf>
5. Inter-Agency Standing Committee: Guideline The Gender Handbook for Humanitarian Action, February 2018; dostupno na: https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2018iasc_gender_handbook_for_humanitarian_action_eng_0.pdf
6. Maršal Rozenberg: Nenasilna komunikacija, Harmonija, Beograd, 2020
7. Napier A. D., Ancarno C., Butler B., Calabrese J., Chater A., Chatterjee H. et al. Culture and Health. Lancet; dostupno na: <https://www.thelancet.com/commissions>
8. Wen-Shing Tseng, Jon Streltzer: Cultural Competence in Health Care; dostupno na: <https://download.e-bookshelf.de/download/0000/0020/37/L-G-0000002037-0002341733.pdf>
9. UNFPA, Unbroken: Stories of Syrian adolescent girls; dostupno na: https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/unbroken_-_final_-_101019-3.pdf
10. UNICEF, Standardne operative procedure za zaštitu dece izbeglica/migranata; dostupno na: <https://www.unicef.org/serbia/media/5621/file/Standardne%20operative%20procedure.pdf>
11. UNHCR i GMG: Principles and Guidelines, supported by practical guidance, on the human rights protection of migrants in vulnerable situations; dostupno na: https://environmentalmigration.iom.int/sites/environmentalmigration/files/PracticalGuidance_0.pdf
12. Women's Refugee Commission, UNICEF: Podrška dečacima i mladićima izbeglicama i migrantima koji su preživeli seksualno nasilje ili su u riziku od njega; dostupno na: <https://www.unicef.org/serbia/publikacije/priru%C4%8Dnik-za-rad-na-terenu-u-evropi-podr%C5%A1ka-de%C4%8Dacima-i-mladi%C4%87ima-izbeglicama-i>

Literatura

1. Bemak F., Chi-Ying Chung R., Pedersen P. B. (2003), *Counseling Refugees, A Psychosocial Approach to Innovative Multicultural Interventions*, Westport, Conn.: Greenwood Press, 2003
2. Berardo, K., Deardorff, D. K (2012), *Building Cultural Competence: Innovative Activities and Models*, Stylus Publishing, 2012
3. Bischoff, A. (2003), *Caring for migrants and minority patients in European hospitals: A review of effective interventions*. Study commissioned by the L.Boltzmann, Institute for the Sociology of Health and Medicine
4. Bischoff, A. & Steinauer, R. (2007), *Nursing interpreters? Interpreting nurses?*; dostupno na: https://www.researchgate.net/publication/5494174_Nursing_interpreters_Interpreting_nurses
5. Birman, D. (2005), *Ethical Issues in Reserarch With Immigrants and Refugees*, *Handbook of ethical research with ethnocultural populations and communities* (pp.155–177); dostupno na: https://www.researchgate.net/publication/254132460_Ethical_Issues_in_Research_With_Immigrants_and_Refugees/link/00b49520b078a78b48000000/download
6. Bowen, S., 2001, *Language barriers in access to health care*. Canada (s.l.), Health Canada
7. Council of Europe, *European Social Charter (Revised)*, 3 May 1996, ETS 163
8. Council of Europe, *Gender-based asylum claims and non-refoulement: articles 60 and 61 of the Istanbul convention* , December 2019; dostupno na: <https://rm.coe.int/conventionistanbularticle60-61-web/1680995244>
9. Council of Europe, *Protecting the rights of migrant, refugee and asylum-seeking women and girls, Key recommendations*, 2019; dostupno na: <https://rm.coe.int/prems-143019-gbr-2573-femmes-migrantes-brochure-version-abrege-web-a5-/1680994840>
10. Council of Europe, *Migrant and refugee women and girls*; dostupno na: <https://www.coe.int/en/web/genderequality/migrant-and-refugee-women-and-girls>
11. Dove Press – *Risk Management and Healthcare Policy: Refugee Health During the Covid-19 10. Pandemic: A Review of Global Policy Responses*; dostupno na: <https://www.dovepress.com/getfile.php?fileID=68231>
12. Dragičević Šešić, M. i Dragojević, S. (2004), *Interkulturalna medijacija*; dostupno na: <http://www.culturalmanagement.ac.rs/rs/tutorial/e-learning/dragicevic-sesic-milena-and-dragojevic-sanjin-interkulturalna-medijacija>
13. ECDC technical report, *Infection prevention and control for the care of patients with 2019-nCoV in healthcare settings*; dostupno na: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/nove-coronavirus-infection-prevention-control-patients-healthcare-settings.pdf>
14. Elderkin-Thompson, V., Silver, R. C. & Waitzkin, H. (2001), *When nurses double as interpreters: A study of Spanish-speaking patients in a US primary care setting*. *Social Science & Medicine*, 52 (9), pp. 1343–1358
15. Fernandes, A. & Miguel, J. P. (2009), *Health and Migration in the European Union: Better Health for All in an Inclusive Society*, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Portugal, 2009; dostupno na: <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epidemiologia/HealthMigrationEU2.pdf>

16. Hsieh, E. (2006), Understanding Medical Interpreters: Reconceptualizing Bilingual Health Communication, General research articles, Health communication, 20(2), Lawrence Erlbaum Associates, Inc., 2006., p. 177–186; dostupno na: <https://elainehsiehphd.net/download/Hsieh2006-HC.pdf>
17. Jacobs, E., Agger-Gupta, N., et al. eds (2003), Language barriers in health care settings. An annotated bibliography of the research literature, Woodland Hills (Ca, USA), The California Endowment.
18. Jatinder Kaur (2014), Culturally Sensitive Practice in Out-of-Home Care, JK Diversity Consultants; dostupno na: <https://www.fcav.org.au/images/carer-resources/information-sheets/Culturally-Sensitive-Practice-in-Out-of-Home-Care-Guide.pdf>
19. Milanović, L., Perišić, M. i Milić, M. (2016), Standardne operativne procedure za zaštitu dece izbeglica/migranata, UNICEF, Ideas 2016.; dostupno na: <https://www.unicef.org/serbia/media/5621/file/Standardne%20operativne%20procedure.pdf>
20. Mitrović, O. (2020), Socio-economic impact assessment – Impact of Covid-19 on migrations and mobility in Serbia, International Organization for Migration; dostupno na: <https://serbia.iom.int/sites/serbia/files/publications/documents/SEIA%20Report%20Eng.pdf>
21. National Center for Cultural Competence, Georgetown University Center for Child and Human Development, Georgetown University Medical Center (2004), Bridging the Cultural Divide in Health Care Settings: The Essential Role of Cultural Broker Programs; dostupno na: <https://nccc.georgetown.edu/culturalbroker/>
22. Napier A. D., Ancarno C., Butler B., Calabrese J., Chater A., Chatterjee H. et al. (2014), Culture and health, Lancet, 384 (9954); dostupno na: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)61603-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)61603-2/fulltext)
23. Naredba o prestanku važenja Naredbe o ograničenju kretanja na prilazima otvorenom prostoru i objektima prihvatnih centara za migrante i centara za azil, „Sl. glasnik RS“, br. 74/2020
24. Opšti protokol za zaštitu dece od zlostavljanja i zanemarivanja; dostupno na: https://www.paragraf.rs/propisi/opsti_protokol_za_zastitu_dece_od_zlostavljanja_i_zanemarivanja.html
25. Pang, Y., Dinora, P. & Yarbrough, D. (2019), The gap between theory and practice: using cultural brokering to serve culturally diverse families of children with disabilities, Disability & Society (Online) Journal; dostupno na: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09687599.2019.1647147?journalCode=cdso20>
26. Pavlish, C., Noor, S., Brandt, J. (2010), Somali immigrant women and the American health care system: Discordant beliefs, divergent expectations, and silent worries, Social Science & Medicine, 71 (2), 353-361.
27. Pejović Milovančević, M., Kalanj, D. i Minčić, T. (ured) (2019), Priručnik za primenu Posebnog protokola sistema zdravstvene zaštite za zaštitu dece od zlostavljanja i zanemarivanja, Ministarstvo zdravlja, 2019; dostupno na: <https://www.unicef.org/serbia/publikacije/prirucnik-za-primenu-posebnog-protokola>
28. Petrovic, D. (2013), Veštine medijatora: slušanje, parafraziranje, sumiranje i preokviravanje, PP prezentacija; dostupno na: http://moodle.f.bg.ac.rs/file.php/202/Vestine_medijatora_-_slusanje_preokviravanje.pdf
29. Pinzon-Espinosa, J. et al. (2021), The COVID-19 Pandemic and Mental Health of Refugees, Asylum Seekers, and Migrants, Journal of Affective Disorders, Volume 280, Part A, 1 February

- 2021, pp 407–408; dostupno na: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0165032720329591?token=B0891609A2926B2F564A7AD93217757418A464A0BB0765F0666709DECB0CAA6A6B78ADA588CE3C1D1E34F7D6733B6F0A&originRegion=eu-west-1&originCreation=20210628112157>
30. PIN, UNHCR (2021), Mentalno zdravlje i dobrobit izbeglica i tražilaca azila u Srbiji istraživački izveštaj za 2020. godinu ; dostupno na: https://psychosocialinnovation.net/wp-content/uploads/2020/10/MENTALNO-ZDRAVLJE-I-DOBROBIT-IZBEGLICA-I-TRA%20%C5%BDILACA-AZILA-U-SRBIJI_Izve%C5%A1taj-istra%C5%BEivanja_2020.pdf
 31. Pravilnik o bližim uslovima i standardima za pružanje usluga socijalne zaštite, „Sl. glasnik RS“, br. 42/2013, 89/2018 i 73/2019
 32. Pravilnik o uslovima i načinu unutrašnje organizacije zdravstvenih ustanova, „Sl. glasnik RS“, br. 43/2006 i 126/2014
 33. Rozenberg, M (2020), Nenasilna komunikacija, Harmonija, Beograd 2020
 34. Smedley, B., Stith, A., Nelson, A., eds. (2003), Unequal treatment. Confronting racial and ethnic disparities in healthcare. Washington DC: The National Academies Press.
 35. Tseng, W. & Streltzer, J. (2008), Cultural Competence in Health Care, Springer US, 2008
 36. UN General Assembly, Universal Declaration of Human Rights, 10 December 1948, 217 A (III)
 37. UN General Assembly, International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 16 December 1966, United Nations, Treaty Series, vol. 993, p. 3
 38. UN General Assembly, International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination, 21 December 1965, United Nations, Treaty Series, vol. 660, p. 195
 39. UN General Assembly, Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women, 18 December 1979, United Nations, Treaty Series, vol. 1249, p. 13
 40. UN General Assembly, Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development, 21 October 2015, A/RES/70/1
 41. United Nations, Vienna Convention on the Law of Treaties, 23 May 1969
 42. UNFPA, Unbroken: Stories of Syrian adolescent girls; dostupno na: https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/unbroken_-_final_-_101019-3.pdf
 43. UN, Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health ; dostupno na: https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief-covid_and_mental_health_final.pdf
 44. UNICEF, Konvencija o pravima deteta; dostupno na: <https://www.unicef.org/serbia/media/3186/file/Konvencija%20o%20pravima%20deteta.pdf>
 45. UNICEF, Standardne operativne procedure za zaštitu dece izbeglica/migranata; dostupno na: <https://www.unicef.org/serbia/media/5621/file/Standardne%20operativne%20procedure.pdf>
 46. UNHCR. Draft Rapid Assessment on the Socio-Economic Impact of Covid-19 on Asylum Seekers and Refugees in the Republic of Serbia, June 2020; dostupno na: https://serbia.un.org/sites/default/files/2020-09/seia_report%20%281%29.pdf
 47. UNHCR, UNHCR Serbia Update, March 2021, situation report; dostupno na: <https://reliefweb.int/report/serbia/unhcr-serbia-update-march-2021>
 48. UNHR, GMG, Principles and Guidelines, supported by practical guidance, on the human rights protection of migrants in vulnerable situations; dostupno na: <https://www.ohchr.org/Documents/>

[Issues/Migration/PrinciplesAndGuidelines.pdf](#)

49. UNHCR, IOM, IFRC Psychosocial Centre (2015), Duševno zdravlje drapomoć za izbeglice, tražioce azila i migrante u pokretu kroz Evropu, Vodič za više agencija; dostupno na: https://childhub.org/sites/default/files/library/attachments/mhpss_guidance_note_serbian.pdf
50. Uredba o merama za vreme vanrednog stanja, „Sl. glasnik RS“, br. 31/2020-3, 36/2020-3, 38/2020-3, 39/2020-3, 43/2020-3, 47/2020-3, 49/2020-3, 53/2020-3, 56/2020-3, 57/2020-11, 58/2020-3, 60/2020-5, 126/2020-21
51. Uredba o prekršaju za kršenje Naredbe ministra unutrašnjih poslova o ograničenju i zabrani kretanja lica na teritoriji Republike Srbije, „Sl. glasnik RS“, br. 39/2020 i 126/2020
52. Uredba o primeni rokova u upravnim postupcima za vreme vanrednog stanja, „Sl. glasnik RS“, br. 41/2020 i 43/2020
53. Verrept, H. & Coune, I. (2016), Guide for Intercultural Mediation in Health Care, Brussel, : FPS Health, Safety of the Food Chain and Environment, 2016; dostupno na: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/en_2016_04_20_leidraad.pdf
54. Wing Sue, D. (2006), Multicultural Social Work Practice, John Wiley & Sons, inc., 2006.
55. World Health Organization (2014), Basic documents, 48th ed., World Health Organization; dostupno na: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/151605>
56. World Health Assembly, 72 (2019), Promoting the health of refugees and migrants: draft global action plan, 2019–2023: report by the Director-General. World Health Organization; dostupno na: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328690>
57. World Health Organization (2021), Refugees and migrants in times of COVID-19: mapping trends of public health and migration policies and practices. World Health Organization; dostupno na: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240028906>
58. World Health Organization (2021), Smernice za zaštitu i unapređenje mentalnog zdravlja izbeglica, tražilaca azila i migranata u Republici Srbiji; dostupno na https://kirs.gov.rs/media/uploads/4_Смернице_за_заштиту_и_унапређ.pdf
59. Zakon o azilu i privremenoj zaštiti, „Sl. glasnik RS“, br. 24/2018
60. Zakon o javnom zdravlju, „Sl. glasnik RS“, br. 15/2016
61. Zakon o pravima pacijenata, „Sl. glasnik RS“, br. 45/2013 i 25/2019 – dr. zakon
62. Zakon o radu, „Sl. glasnik RS“, br. 24/2005, 61/2005, 54/2009, 32/2013, 75/2014, 13/2017 – odluka US, 113/2017 i 95/2018 – autentično tumačenje
63. Zakon o ratifikaciji konvencije o eliminisanju svih oblika diskriminacije žena, „Sl. list SFRJ – Međunarodni ugovori“, br. 11/81
64. Zakon o sprečavanju nasilja u porodici, „Sl. glasnik RS“, br. 94/2016
65. Zakon o zabrani diskriminacije, „Sl. glasnik RS“, br. 22/2009 i 52/2021
66. Zakon o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti, „Sl. glasnik RS“, br. 15/2016, 68/2020 i 136/2020
67. Zakon o zdravstvenom osiguranju, „Sl. glasnik RS“, br. 25/2019
68. Zakon o zdravstvenoj zaštiti, „Sl. glasnik RS“, br. 25/2019
69. <https://thinkculturalhealth.hhs.gov/about>

