

**NIJZ** Nacionalni inštitut  
za javno zdravje



REPUBLIKA SLOVENIJA  
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

# Javnozdravstveni pristopi, namenjeni romski etnični skupnosti v Sloveniji

Nacionalni inštitut za javno zdravje





# Javnozdravstveni pristopi, namenjeni romski etnični skupnosti v Sloveniji

Nacionalni inštitut za javno zdravje

Ljubljana, 2018

Naslov:

Javnozdravstveni pristopi, namenjeni romski etnični skupnosti v Sloveniji

Avtorji:

Tatjana Krajnc Nikolić, Olivera Stanojević Jerković, Martin Ranfl, Damijan Jagodic, Jerneja Župan, Martina Copot, Victoria Zakrajšek, Zdenka Verban Buzeti

Urednica: Tatjana Krajnc Nikolić

Izdal:

Nacionalni inštitut za javno zdravje  
Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana, Slovenija

Lektura: Generalni sekretariat Vlade RS, Sektor za prevajanje

Pregled teksta: dr. Ivanka Huber

Oblikovanje: creacion, CR d.o.o., Ljubljana

Tisk: Žnidarič d.o.o., Laze, Kranj

Naklada: 200 izvodov

Ljubljana, 2018

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

614(497.4=214.58)

613(497.4=214.58)

JAVNOZDRAVSTVENI pristopi namenjeni romski etnični skupnosti v Sloveniji / [avtorji Tatjana Krajnc Nikolić ... [et al.] ; urednica Tatjana Krajnc Nikolić]. - Ljubljana : Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2018

ISBN 978-961-7002-71-3

1. Krajnc Nikolić, Tatjana

297932544

# Kazalo

<b>Uvodna beseda</b> .....	5
<b>Povzetek</b> .....	7
<b>Romska skupnost v Republiki Sloveniji</b> Jožek Horvat Muc.....	9
<b>Socialne determinante zdravja in ranljivost</b> dr. Olivera Stanojević - Jerković, dr. med., spec.....	15
<b>Skupnostni pristop na področju zdravja – teoretične podlage in učinkovitost</b> Martin Ranfl, dr. dent. med., spec.....	23
<b>Romi v Sloveniji in zdravje</b> Tatjana Krajnc Nikolić, dr.med.,spec.,MScPH .....	35
<b>Nacionalni program ukrepov Vlade Republike Slovenije za Rome za obdobje 2017–2021 z vidika Ministrstva za zdravje</b> Damijan Jagodic, podsekretar. ....	43
<b>Pravice Romov iz obveznega zdravstvenega zavarovanja</b> Jerneja Župan, univ. dipl. prav. mag. Martina Copot, univ. dipl. ekon. ....	49
<b>Prikaz izbranih kazalnikov zdravja in zdravstvenega varstva pri Romih v Sloveniji</b> Victoria Zakrajšek, dr. med., spec. Tatjana Krajnc - Nikolić, dr. med., spec., MScPH (UK) .....	55
<b>Primer uspešnega sodelovanja na področju izboljšanja zdravja pripadnikov romske etnične skupnosti</b> Program izobraževanja za skupino romskih pomočnikov Zdenka Verban Buzeti, prof.zdrav.vzgoje.....	65
<b>Priporočila</b> .....	75
<b>Seznam slik in tabel</b> .....	79



## Uvodna beseda

Romska skupnost velja za največjo manjšino v Evropi. Romsko vprašanje je pomemben izziv tako za Evropsko unijo kot države članice. Evropska komisija je leta 2011 objavila okvir Evropske unije za nacionalne strategije vključevanja Romov do leta 2020 in tako podprla prizadevanja držav članic za izboljšanje življenja romskih prebivalcev. Izpostavila je štiri področja, na katerih morajo države članice izboljšati integracijo Romov, in sicer šolanje, zaposlovanje, zdravstvo in stanovanjsko politiko. Vse države so se zavezale, da bodo oblikovale skupno politiko za ta štiri področja.

Vlada RS je v letu 2017 sprejela nacionalni program ukrepov za Rome za obdobje 2017-2021, katerega cilj je izboljšanje položaja Romov in njihove socialne vključenosti. Program predvideva ukrepe, ki segajo na različna področja družbenega življenja, poseben poudarek pa je dan tudi izboljšanju njihovega zdravstvenega varstva.

V Sloveniji, kjer po ocenah različnih institucij (centri za socialno delo, upravne enote, nevladne organizacije) živi približno od 7.000 do 12.000 Romov, se strokovnjaki javnega zdravja že od leta 2014 kontinuirano posvečajo zmanjševanju neenakosti v zdravju v romski skupnosti.

V dokumentu »Strategija krepitve zdravja in zmanjševanje neenakosti v zdravju v Pomurju« so avtorji romsko etnično skupino prvič prepoznali kot ranljivo, večplastno prikrajšano ter izpostavljeno močnemu vplivu socialno-ekonomskih determinant na zdravje.

Pomembno prelomnico spremljanja zdravja Romov v Sloveniji predstavlja prva epidemiološka raziskava kazalnikov zdravja z uporabo nacionalnih podatkovnih baz. Rezultati, prikazani v pričujoči publikaciji, kažejo veliko razliko v opazovanih kazalnikih med romskim in večinskim prebivalstvom ter občutno krajšo povprečno življenjsko dobo romskega prebivalstva.

Problematika neenakosti v zdravju daleč presega sektorske okvirje in zahteva stalno medsebojno sodelovanje in povezovanje. Zato sem vesela, da NIJZ v svojih prizadevanjih za izboljšanje na tem področju tesno sodeluje z Ministrstvom za zdravje, Uradom Vlade RS za narodnosti ter reprezentativnimi predstavniki romske skupnosti. Romska skupnost je pomemben del naše družbe, zato si bomo še naprej prizadevali za zmanjševanje neenakosti in s tem izboljšanje njihovega položaja.

**Nina Pirnat**

*direktorica Nacionalnega inštituta za javno zdravje*





## Povzetek

Namen publikacije je na podlagi razpoložljivih dokazov pojasniti vzroke za zdravstveno stanje Romov, prikazati aktualne kazalnike zdravja, predstaviti izbrane primere aktivnosti, namenjene izboljšanju zdravja Romov, ki so se izvajale od leta 2016, ter podati priporočila za izboljšanje zdravja Romov.

Vzroke za slabše zdravje Romov je treba iskati predvsem med socialno-ekonomskimi dejavniki, ki vplivajo na zdravje. Njihovo medsebojno povezovanje in skupen vpliv na zdravje tako romskega kot neromskega prebivalstva kažeta na potrebo po usklajenem delovanju vseh sektorjev v družbi in še posebej vseh deležnikov na ravni lokalne skupnosti, kar imenujemo skupnostni pristop.

Podatki iz presečnih raziskav, ki so bile izvedene na regijski (2005/2006) in nacionalni (2008) ravni, vključno z opažanji pri terenskem delu v romskih naseljih, so pokazali slabše zdravje pripadnikov romske skupnosti v primerjavi z večinskim prebivalstvom. Na podlagi pridobljenih podatkov so se načrtovali in izvedli številni ukrepi, ki so bili fokusirani na različne starostne, spolne ali geografske skupine znotraj romske etnične skupnosti.

V nacionalni raziskavi iz let 2017 in 2018 so bili prvič pridobljeni podatki o kazalnikih zdravja, izbranih iz nacionalnih statističnih podatkovnih zbirk za prebivalce romskih naselij. Podatki o zdravju Romov v Sloveniji, pridobljeni v tej raziskavi, so pokazali, da je zdravstveno stanje Romov slabše od povprečja.

Ministrstvo za zdravje si že vrsto let prizadeva sistemsko izboljšati zdravje Romov, bodisi z zagotavljanjem namenskih finančnih sredstev za aktivnosti ali projekte bodisi s sodelovanjem pri pripravi in s pripravo zakonskih dokumentov ter politik, usmerjenih k odpravljanju neenakosti v zdravju med Romi in večinskim prebivalstvom.

V publikaciji želimo predvsem izpostaviti aktivnosti, ki so bile uspešno izvedene v zadnjem času oziroma v obdobju med letoma 2016 in 2018, s ciljem izboljšanja zdravstvenega stanja Romov. Nekatere med njimi so bile izvedene v tesnem sodelovanju z drugimi sektorji, kar je pomembno posebej omeniti, saj je po naši presoji to prava pot do ključnih sprememb.

Zaključki izhajajo iz kvantitativno in kvalitativno ovrednotenih rezultatov raziskav, opazovanja ter izkušenj dela z Romi v njihovem okolju. V priporočilih so zajeta tudi stališča romskih organizacij, predstavnikov romske skupnosti, zdravstvenih delavcev in predstavnikov lokalnih skupnosti.



# *Romska skupnost v Republiki Sloveniji*

Jožek Horvat Muc  
*Zveza Romov Slovenije*

## UVOD

Pripadniki romske skupnosti v Sloveniji smo ponosni, da je od leta 2004 tudi naša država Slovenija polnopravna članica Evropske unije, ki vprašanje pravic manjšin izrecno vključuje med pogoje, ki jih morajo izpolnjevati vse države članice. Navsezadnje smo se za združeno Evropo odločili zato, da bomo živeli bolje in v demokraciji, pa tudi za to, da se bo povečala skrb za človekove in manjšinske pravice v vseh evropskih državah.

Romi v Sloveniji smo se zavedali nujnosti za izboljšanje svojega položaja že leta 1990, ko smo v okviru RD Romani Union Murska Sobota zahtevali, da se pravna zaščita romske skupnosti zagotovi v Ustavi Slovenije.

Priznavamo, da je država Slovenije v zadnjih letih veliko prispevala za izboljšanje položaja Romov. Predvsem to velja za pravno varstvo romske skupnosti, politično participacijo Romov v občinskih svetih in organiziranost romske skupnosti v Sloveniji. Tako so že vrsto let v 14 področnih zakonih zagotovljene posebne pravice pripadnikom romske skupnosti (od šolstva, do kulturne dediščine, informiranja in politične participacije v lokalnih skupnostih), leta 2007 pa je Državni zbor uresničil zahtevo 65. člena Ustave RS in sprejel krovni zakon o romski skupnosti v RS. Tako spadamo med redke države v svetu s visoko stopnjo pravne zaščite romske skupnosti.

## USTAVNO – PRAVNI POLOŽAJ ROMSKE SKUPNOSTI

Začetki urejanja pravnega položaja Romov v Sloveniji segajo v leto 1989, ko je bila z ustavnimi amandmaji sprejeta določba, naj se pravni položaj Romov uredi z zakonom. Romska skupnost v Republiki Sloveniji nima položaja narodne manjšine, ampak je etnična skupnost ali manjšina, ki ima posebne etnične značilnosti (lastni jezik, kultura, druge etnične posebnosti). Pravna podlaga za urejanje položaja (avtohtone) romske skupnosti, ki v Sloveniji živi vse od 15. stoletja, je v 65. členu Ustave RS, ki govori o položaju in posebnih pravicah romske skupnosti, saj določa: »Položaj in posebne pravice romske skupnosti, ki živi v Sloveniji, ureja zakon.« Implementacija tega člena se uveljavlja predvsem v področni zakonodaji. Varstvo romske skupnosti je vgrajeno v krovni Zakon o romski skupnosti v Republiki Sloveniji iz leta 2007 in v šestnajstih področnih zakonih. Ustava ima o Romih, drugače kot za Italijane in Madžare, skromna določila in v 65. členu zgolj navaja, da položaj in posebne pravice romske skupnosti, ki živi v Sloveniji, ureja zakon. Drugih vsebinskih določil ni. Določba 65. člena ustave vsebuje pooblastilo zakonodajalcu, da romski skupnosti v Sloveniji kot posebni etnični skupnosti z zakonom zagotovi poleg splošnih pravic, ki gredo vsakomur, tudi posebne pravice. Slovenija je ena redkih evropskih držav, ki Rome vključuje v upravljanje javnih zadev na lokalni ravni. Pripadniki tradicionalno naseljene romske skupnosti imajo poleg splošne volilne pravice v dvajsetih občinah, kjer živijo (ozemlje avtohtone romske poselitve) tradicionalno, zgodovinsko, pri lokalnih volitvah še posebno volilno pravico, ki jim omogoča, da s posebnih romskih list izvo-

lijo še romskega svetnika ( Zakon o lokalni samoupravi). Preostali , ne-tradicionalno naseljeni Romi imajo položaj manjšinskih etničnih skupin, ki so se v Slovenijo priselili zlasti po razpadu Jugoslavije. Njihov položaj je enak položaju pripadnikov narodov in narodnosti nekdanje Jugoslavije (ABČHMS). Ti po Ustavi RS uživajo le nekatere posebne individualne pravice, ki jim omogočajo, da na raznovrstne načine ohranjajo svoje narodne , jezikovne in kulturne značilnosti.

Po ocenah različnih institucij (centri za socialno delo, upravne enote, nevladne organizacije) v Sloveniji živi približno 10.000 Romov (tudi do 12.000). Romi strnjeno živijo v Prekmurju, na Dolenjskem, v Beli krajini in Posavju ter v večjih mestih, kot so Maribor, Velenje, Ljubljana, Jesenice, Radovljica (na Jesenicah in v Radovljici živijo predvsem družine Sintov).

### *POTREBE ROMSKE SKUPNOSTI*

Na podlagi izraženih potreb romske skupnosti in poznavanja razmer na terenu so kot prioriteta področja bivalne razmere, izobraževanje, zaposlovanje in zdravstveno varstvo, ki zahtevajo konkretne kratkoročne in dolgoročne ukrepe za izboljšanje stanja. Poleg prioritarnih področij je pozornost na ohranjanju in razvoju različnih oblik romskega jezika, kulture ter informativne in založniške dejavnosti, vključevanju Romov v družbeno in politično življenje ter osveščanju tako večinskega kot manjšinskega prebivalstva o obstoju diskriminacije in boju proti njej, zavedanju predsodkov posameznikov, še posebej javnih uslužbencev, ki se pri svojem delu srečujejo s pripadniki romske skupnosti.



Vir:

<http://www.vrtec-ms.si/enote-vrtca>

## BIVANJSKE RAZMERE

Urejanje romskih naselij je najbolj pereča tematika. Romi, lokalne skupnosti, državne institucije ter nevladne organizacije si prizadevamo izboljšati bivalne razmere romske skupnosti. Ovir ni malo, vprašanj je veliko, odgovorov pa ni. Predvsem pa ni izdelana strategija za boljše sodelovanje med lokalno skupnostjo in državo. Politična volja in finančna osnova pa bi lahko bila ena izmed temeljev za uspešnejši začetek sodelovanja na tem področju.

## ZDRAVJE

Na zdravje posameznika vplivajo številni dejavniki: biološki, življenjski slog posameznika, socialne in družbene razmere, delovne in bivalne razmere ter splošne socialno-ekonomske, kulturne in okoljske razmere. Upoštevajoč dejstvo, da so Romi zaradi izpostavljenosti slabemu vplivu, (brezposelnost, revščina, socialna izključenost, diskriminacija, nezdrav življenjski slog), je obolevanje za različnimi obolenji še večja.

Na področju zdravja Romi izpostavljam predvsem naslednje potrebe:

- Priprava programov za osveščanje Romov na področju zdravja in zdravstvenega varstva.
- Priprava tematskih programov na področju zdravja za Rome.
- Izvedba anket o poznavanju bolezni ter drugih pomembnih vplivov in anketiranje Romov in zdravstvenega osebja o zadovoljstvu na področju nujenja zdravstvenih storitev
- Nudenje cepljenj v romskih naseljih.
- Programi za pomoč patronažnim službam v romskih naseljih (zaposlovanje mladih izobraženih Romov na področju zdravstva).



Vir:

[www.vrtec-ms.si/enota/romano/novica/sodelovanje-s-krajevno-skupnostjo-pusca-301](http://www.vrtec-ms.si/enota/romano/novica/sodelovanje-s-krajevno-skupnostjo-pusca-301)

- Priprava programov za zmanjšanje odvisnosti od kajenja, alkohola, drog itd.
- Dosti programov se že izvaja, nekateri že več let preko Ministrstva za zdravje, Nacionalnega inštituta za javno zdravje, RD Romani Union Murska Sobota, Zveze Romov Slovenije in zdravstvenih inštitucij.

*Vir:*

- Jožek Horvat Muc, Romska skupnost v Sloveniji 2012
- Zveza Romov Slovenije, predlog NPUR 2017-2021





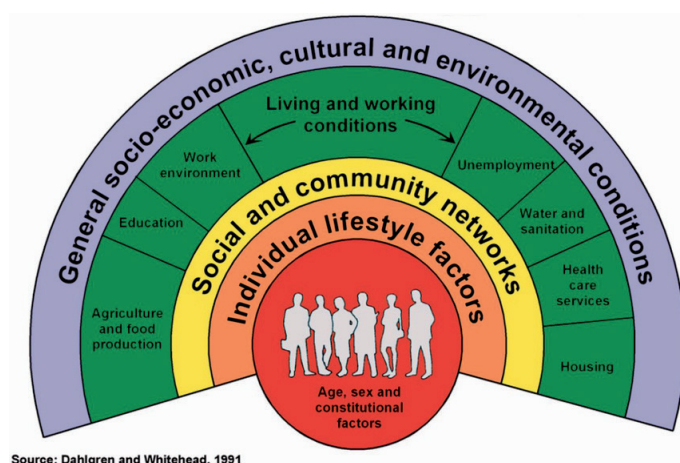
# *Socialne determinante zdravja in ranljivost*

dr. Olivera Stanojević - Jerković, dr. med., spec.

*Nacionalni inštitut za javno zdravje*

## UVOD

Način življenja in razmere, v katerih ljudje živijo in delajo, močno vplivajo na njihovo zdravje in življenjsko dobo. Višja obolenost in umrljivost sta pogostejši »na dnu socialne lestvice«. Socialni gradient v zdravju odraža materialno pomanjkanje, pomanjkanje varnosti in pomanjkanje socialne integracije (1). Paradoks našega časa je intenziven razvoj vseh vrst tehnologij in pridobitev pomembnih novih znanj, hkrati pa poslabšanje osnovnega medsebojnega delovanja znotraj te družbe. Vse to vpliva na dostopnost osnovnih pogojev za zdravje in lahko povzroča neenakosti v zdravju. Zato ni naključje, da so le-te že vrsto let med najbolj pomembnimi javnozdravstvenimi temami (2).



Slika 1:

Model determinant zdravja avtorjev Görana Dahlgrena in Margaret Whitehead iz leta 1991

Neenakomerna razporeditev okoliščin, ki negativno vplivajo na zdravje, ni naraven pojav oziroma samoumevna, pač pa je po eni strani posledica kombinacije nepravilne gospodarske ureditve ter slabih/neustreznih (tudi socialnih) politik in po drugi strani pomanjkanja programov. Strukturni dejavniki in življenjske razmere skupaj predstavljajo **socialne determinante zdravja** in so vzrok za večji del neenakosti v zdravju, tako med državami kot tudi znotraj njih (3). Termin socialne determinante pogosto asociira na podobe zdravja v skupnosti (možnost sprehajanja, dostopnost rekreacijskih površin, dostopnost do zdrave hrane), ki lahko vplivajo na zdravo vedenje (4). Pa vendar socialne determinante zdravja vključujejo tako razmere, v katerih se ljudje rodijo, živijo, delajo in se starajo, kot tudi osnovne gonilnike teh razmer: razporeditev moči, dohodka in virov. Le postavljanje pravičnosti v osrčje vseh politik pri oblikovanju le-teh bo prineslo premike pri zmanjševanju neenakosti v zdravju (5). Torej, ne zadostuje več primarna preventiva, temveč potrebujemo »vstavljanje«

preventive v kontekst socialnih determinant zdravja – to praktično pomeni v vse sektorje in politike v družbi.

Če se v določenih okoljih nekatere posameznike ali skupine sistematično izključuje iz priložnosti, ki so na voljo drugim osebam, govorimo o socialni izključenosti. Naj gre za veroizpoved, raso, kasto, spol, starost, nezmožnost ipd., socialna izključenost prikrajša te posameznike za izboljšanje neugodnih razmer in jim odreka pravice, ki jim sicer pripadajo. Socialna izključenost se pogosto povezuje z revščino, s slabimi bivalnimi razmerami, negotovostjo in konflikti, kar negativno vpliva na zdravje. Slabše socialno-ekonomske razmere dodatno obremenjujejo vrednote in krepijo prepričanja teh skupin prebivalstva, da so manj vredni – in nastaja začaran krog. Po drugi strani bivanje v depriviranih (in ruralnih) okoljih praviloma otežuje dostop do zdravstvenega varstva (bodisi zaradi geografskega položaja bodisi zaradi neurejenega družbenega statusa ali/in nesklenjenega zdravstvenega zavarovanja – na primer migranti/begunci (6).

Osebe se znajdejo v neenakih položajih takrat, ko njihovo enakost negirajo ali problematizirajo drugi ljudje, ali pa se znajdejo v strukturno-institucionalno pogojenih okoliščinah, ki jih potisnejo v neenak položaj. Tovrstne strukture so ponavadi rezultat dolgotrajnih ravnanj in procesov, ki so neenakost vzpostavljali, in sčasoma postanejo tako utrjene, da se zdijo skoraj naravne (na primer neenakost spolov). V grobem bi lahko razlikovali med pravnimi, političnimi in družbeno-kulturnimi dimenzijami neenakosti, čeprav so ponavadi medsebojno povezane in jih je med seboj nemogoče ločiti. Terensko delo je pokazalo, da se viri neenakosti ne le medsebojno povezujejo in dopolnjujejo, temveč neenakosti tudi izhajajo iz različnih domen hkrati. Na primer spolna neenakost lahko hkrati izhaja iz ekonomske, politične, družinske in etnično-kulturne ureditve (7).

### DEFINICIJA RANLJIVOSTI

Neenak položaj v družbi pomeni prikrajšanost posameznikov oziroma skupin. Takrat govorimo o ranljivosti le-teh. Websterjev slovar pod pojmom ranljivost navaja: »dovzetni za telesno prizadetost« in »podvrženi napadu oziroma škodi«. Ranljivost posameznika se pogosto obravnava podobno kot potreba, tveganje, dovzetnost za škodo ali zanemarjanje ter pomanjkanje zmožnosti ali trpežnosti (8). Med ranljive posameznike uvrščamo predvsem otroke, nezmožne in druge osebe s posebnimi potrebami ter tudi begunce/migrante (6).

Posamezniki in skupine, ki so zaradi življenjskih okoliščin ali vedenjskega sloga še posebej izpostavljeni tveganju za zdravje, so pogosto tako imenovana siva populacija, ki je obstoječe zdravstvene in socialne službe praktično ne dosežejo. Med te sodijo predvsem uživalci drog (tako mladi eksperimentatorji kot tudi injicirajoči uživalci), zaporniki, žrtve nasilja in žrtve trgovine z ljudmi, vključno s spolnimi delavci, begun-

ci in priseljenci ter Romi. Beseda ranljivost poudarja temeljno značilnost vseh omejenih skupin in torej potrebo po posebni družbeni skrbi in odgovornosti do celotne skupnosti in tudi do posameznikov. Ena od uveljavljenih metod, ki omogoča dostop do teh skupin in pomoč, je terensko delo (2).

Po drugi strani lahko govorimo o ranljivih skupnostih. Pearlina definira ranljive skupnosti kot tiste, ki jim je skupna stresna družbena dezorganizacija kot normativna realnost življenja (8). Ranljive skupine prebivalstva so, zaradi svojih osebnostnih značilnosti, lahko pa tudi socialno-ekonomskih pogojev življenja, bolj dovzetne za nekatere bolezni ali stanja (6).

### *RANLJIVOST NEKOČ IN ZDAJ – KAJ KAŽEJO RAZISKAVE?*

Pred več kot 30 leti (1987) so bili v posebni publikaciji o povezanosti revščine in zdravja kot ranljivi prepoznani: revni, nezavarovani, brezdomni, starejši in slabotni, kronično bolni ter osebe s posebnimi potrebami. To odraža prevladovanje pomena zdravstvenega varstva pri ranljivosti in se osredotoča predvsem na zdravstvene intervencije za te osebe (8). Slovenske kvalitativne raziskave Čebrovne in sodelavcev iz leta 2014 ter primerjalne iz 2018 so pokazale, da zaposleni v javnih institucijah, zdravstveni delavci, nevladni sektor ter uporabniki zdravstvenih storitev kot ranljive skupine opredeljujejo predvsem migrante, starejše, brezposelne, prekarne delavce, brezdomce, uporabnike nedovoljenih drog, osebe s težavami v duševnem zdravju, osebe s posebnimi potrebami in Rome. Kot najpogostejše vzroke ranljivosti navajajo geografsko oddaljenost od zdravstvenih ustanov, dolge čakalne dobe, finančne ovire, vključno z doplačili za zdravstvene storitve, ter pomanjkanje strokovnega kadra (zlasti na področju duševnega zdravja). Prav tako opisujejo neprilagojenost zdravstvenega sistema osebam z različnimi oblikami oviranosti. Udeleženci v razpravi so ocenili potrebe po usposabljanjih na področju kulturnih kompetenc, predvsem zaradi neinformiranosti o zdravstvenih pravicah teh oseb ter kulturnih in jezikovnih ovir, saj obstajajo dokazana neenaka obravnava ranljivih skupin, diskriminacija in stigmatizacija le-teh. Med največjimi ovirami je v obeh primerjalnih letih prepoznana dostop do zdravstvenega zavarovanja (9).

### *ZNAČILNOSTI, DEJAVNIKI IN VRSTE RANLJIVOSTI*

Danes imamo dovolj znanstvenih dokazov o tem, da je ranljivost kumulativna v življenjskem ciklu. Zlasti težave v zgodnjem otroštvu imajo lahko velik vpliv na slabe zdravstvene izide v odrasli dobi. Pri odraslih, ki so imeli pomanjkljivo prehrano v najbolj zgodnjem obdobju življenja, obstaja večja verjetnost slabšega socialno-ekonomskega stanja, večja je tudi umrljivost zaradi srčno-žilnih bolezni. Dejavniki, kot so revščina, rasa, pomanjkanje socialne podpore, negotove povezave/socialne mreže (predvsem so ogroženi najstarejši), osebne omejitve, slabo poseljena ali nerazvita ruralna območja oziroma urbani geti, so močno povezani z ranljivostjo (8). Nekateri



Vir:

[https://www.dolenjskilist.si/2018/02/02/189935/novice/dolenjska/Predsednik\\_Pahor\\_bo\\_v\\_ponedeljek\\_obiskal\\_Brezje\\_Zabjak/](https://www.dolenjskilist.si/2018/02/02/189935/novice/dolenjska/Predsednik_Pahor_bo_v_ponedeljek_obiskal_Brezje_Zabjak/)

avtorji razlikujejo relativno ranljivost med posamezniki (glede na spol, starost, etnično/rasno pripadnost), v medosebnih razmerjih (glede na strukturo družine, zakonski stan ter socialne mreže) ter v dostopnosti do virov v okolju (šolanje, zaposlitev, dohodek in stanovanje). Ranljivost je lahko začasna, če nastane zaradi akutne bolezni, razpada družine, nezaposlenosti, okoljskih nesreč ipd. in če obstajajo viri za premoštev te težav. V nasprotnem primeru, če posameznik trpi za težko kronično boleznijo, invalidnostjo in potrebuje stalno nego, skupnost pa je deprivirana s kronično brezposelnostjo, ranljivost postaja dolgotrajna (8).

### IZZIVI NA PODROČJU RANLJIVOSTI

Socialne in ekonomske okoliščine, v katerih ljudje živijo, močno vplivajo na njihovo zdravje skozi vse življenje. Politika blaginje naj bi zagotovila varnostne mehanizme za vzpostavljanje ravnotežja med družbenimi razredi in blažila prikrajšanost, vključno z zdravstveno politiko, ki naj bi bila naravnana v zmanjševanje negativnega vpliva socialno-ekonomskih determinant zdravja (1).

Pokazalo se je, da je za zmanjševanje ranljivosti potrebno veliko več od zdravstvenega varstva in sprememb vedenjskega sloga, kajti treba je upoštevati dolgoročne determinante ranljivosti – »upstream« dejavnike. Kljub razvoju novega javnega zdravja zaradi sprememb v bolezenski sliki prebivalstva v zadnjih 30 letih so politične debate še vedno bolj osredotočene na posameznika kot na prebivalstvo, bolj na zdravljenje kot na preprečevanje bolezni in bolj na potrebo po spremembi vedenja ter življenjskega sloga kot na spreminjanje lokalnega okolja v smislu strukture, norm in spod-

bud za takšen vedenjski slog (8). Ker je vedenjski slog odraz socialno-ekonomskih razmer, naj bi se politike usmerjale v strukturne ukrepe in vzroke oziroma determinante, ki povzročajo neenakosti, ne le v individualne vedenjske vzorce (10). Odnos javnosti do posameznih oblik ranljivosti je pomemben in lahko vpliva na politične odločitve. Veliko več naklonjenosti javnosti se kaže do otrok, invalidov in starejših, v primerjavi z odvisniki, samskimi ženskami ali bivšimi zaporniki (prisotnost stigme). Vse, kar je osebna odločitev in torej »pod kontrolo«, se namreč tretira kot osebna odgovornost. Zato javnost do teh oseb ne kaže razumevanja in tolerantnosti, kot ju kaže do tistih, ki niso sami odgovorni za svoje stanje. Pri tem je pomembna vloga medijev (na primer pljučni rak je bil včasih posledica lastne neodgovornosti kadilcev, danes je močno izpostavljena odgovornost tobačne industrije pri razvoju bolezni). Prioriteta, dana različnim ranljivostim, ali njihovo negiranje odraža (trenutne) družbene vrednote (8).



Vir:

<http://www.skupajzaznanje.si/vecnamenski-centri/>

### **UKREPI ZA ZMANJŠEVANJE NEENAKOSTI V ZDRAVJU MED DRUŽBENIMI RAZREDI**

Na področju socialnih determinant zdravja je treba še naprej širiti bazo znanj in dokazov o vplivih na zdravje (vzpostavitev rednega monitoringa in nadzora ter zagotovitev zadostnih sredstev za raziskovanje). Nujno je treba kontinuirano usposabljanje strokovnjake, oblikovalce politik in interesne skupine ter zagotoviti boljše ozaveš-

čenost javnosti o pomenu socialnih determinant zdravja (3, 10). Dosedanja praksa je zaznala tri pristope za zmanjševanje neenakosti v zdravju in s tem izboljšanje zdravja ranljivih skupin prebivalstva. Najbolj učinkovita je kombinacija vseh treh pristopov (10).

- Populacijski pristop z univerzalnimi politikami na področju izobraževanja, zaposlovanja ter zdravstvenega in socialnega varstva, ki vsem prebivalcem zagotavljajo enak dostop.
- Zmanjševanje vrzeli med socialno-ekonomsko najbolj šibko in najbolj privilegirano skupino prebivalstva oziroma povprečjem (politika zmanjševanja socialne izključenosti, socialni transferji, aktivna politika zaposlovanja ...).
- Ciljani ukrepi za posebej ranljive skupine prebivalstva (dolgotrajno brezposelni, brezdomni, Romi ...).

### ZAKLJUČEK

Premiki na bolje bodo mogoči, ko se bo širša družba zavedela, da posebna pozornost, namenjena ranljivim osebam, ne prinaša koristi le njim, temveč izboljšuje varnost in kakovost življenja vseh prebivalcev sleherne družbe (8). Predpogoj za to so premiki v gladah slehernega prebivalca Slovenije za dojemanje težav ranljivih skupin, ki bodo možni le ob podporni in poenoteni politiki ter odgovornem in ustreznem poročanju medijev.

»Socialna nepravilnost je masovni morilec, zmanjševanje neenakosti v zdravju med državami in znotraj njih je etično in zatorej nujno« (11)

*Viri*

1. Wilkinson R., Marmot M. Social determinants of health: the solid facts. Center for Urban Health WHO – Regional office for Europe, Denmark, 1998.
2. Javnozdravstveni vidiki obravnave ogroženih in ranljivih skupin prebivalstva. Sektor za zdravstveno varstvo ogroženih skupin prebivalstva. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2007.
3. Zmanjševanje razlik v času ene generacije. Sektor za zdravstveno varstvo ogroženih skupin prebivalstva. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2009.
4. Braveman P., Gottlieb L. The social determinants of health: It's time to consider the causes of the causes. Public Health Rep. 2014 Jan.–Feb.; 129 (Suppl 2): 19–31. doi:10.1177/003335491412915206.
5. Marmot M., Bell R. Fair society, healthy lives. Public Health 126 (2012) S4–S10.
6. Zaletel Kragelj L., Eržen I., Premik M. Uvod v javno zdravje. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje, 2007.
7. Hrženjak M., Jalušič V. Vrata niso baš odprta (treba da jih gurneš, pa da se otvaraju). Perspektive v reševanju kompleksnih neenakosti. Ljubljana: Mirovni inštitut, 2011.
8. Mechanic D., Tanner J. Vulnerable people, groups, and populations: Societal view. Health affairs: Vol. 26 (5), 2007. doi: 10.1377/hlthaff.26.5.1220.
9. Farkaš - Lainščak Jerneja in drugi. Ocena potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle: ključni izsledki kvalitativnih raziskav in stališča strokovnih delovnih skupin. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje RS, 2016.
10. Buzeti T. in drugi. Neenakosti v zdravju v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2011.
11. Marmot M., Friel S., Bell, R. in drugi. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Lancet 2008; Vol. 372: 1661-1669.



# *Skupnostni pristop na področju zdravja – teoretične podlage in učinkovitost*

Martin Ranfl, dr. dent. med., spec.

*Nacionalni inštitut za javno zdravje*

### SKUPNOST IN SKUPNOSTNI PRISTOP

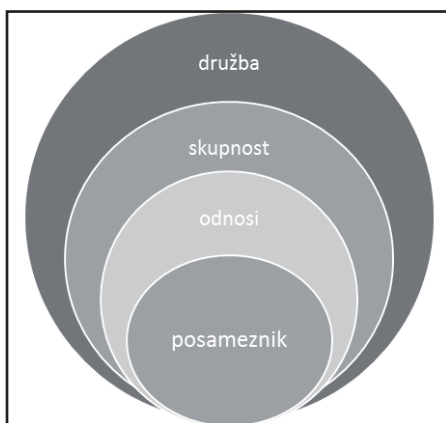
Ko začnemo govoriti o skupnostnem pristopu, moramo najprej opredeliti pojem skupnosti. Uporaba pristopov, ki vključujejo ozaveščanje, opolnomočenje in sodelovanje s skupnostjo, namreč ni mogoča brez jasne opredelitve. Te opredelitve so odvisne od vsakega posameznika, njegovega kulturnega okolja, izobrazbe in v strokovnih krogih tudi stroke, iz katere posameznik izhaja.

Skupnosti so običajno opredeljene predvsem v geografskem smislu, torej glede na območje prebivanja. V tem primeru govorimo o lokalnih skupnostih. Lokalna skupnost je tista oblika skupnosti, ki se »zakonsko« vzpostavi na nekem geografskem območju, pristna lokalna skupnost pa se na podlagi geografske bližine vzpostavi sčasoma po določenem času skupnega delovanja ljudi na nekem geografskem prostoru (1). Lokalne skupnosti so pomembne predvsem z vidika skupnih interesov, saj predstavljajo tiste teritorialne skupnosti, v katerih se na najnižji ravni pojavljajo skupne potrebe prebivalstva, ki jih je mogoče reševati le skupno (1). Na eni strani imamo torej skupnosti, ki nastanejo na podlagi združevanja, ki ni pogojeno »s prosto voljo« in je povezano predvsem z zadovoljevanjem določenih interesov. Dodano vrednost tem skupnostim daje tesnejše sodelovanje, ki je povezano z večjo medsebojno povezanostjo. Sociološko gledano so lokalne skupnosti družbene skupine, ki so se izoblikovale zaradi dolgotrajnih družbenih procesov na nekem geografskem prostoru (1). V raziskavi, v kateri so posameznike spraševali, kaj jim pomeni beseda skupnost, so izluščili stališče, da skupnost lahko razumemo tudi kot »skupino ljudi z različnimi lastnostmi, ki jih povezujejo socialne vezi, ki delijo skupne nazore in se vključujejo v medsebojno sodelovanje v geografskih lokacijah ali ustanovah« (2).

Poleg lokalnih skupnosti velja na drugi strani posebno pozornost nameniti tudi etničnim skupnostim. Pojmi etnična skupnost, narod in nacija označujejo skupine ljudi, ki svojo povezanost prepoznavajo na podlagi nekaterih skupnih značilnosti. Drug z drugim se identificirajo na podlagi skupne kulturne dediščine (jezik, kulturna ustvarjalnost), pogosto si delijo religijo in imajo skupne prednike. Iz opredeljenega izhaja pomembnost medsebojne povezanosti med pripadniki etnične skupnosti. Dodaten dejavnik pri prepoznavi in zavedanju svoje etnične pripadnosti je poleg identifikacije medsebojne povezanosti tudi prepoznavna razlik glede na preostale etnične skupnosti, torej glede na etnične skupnosti »drugih«; takšna prepoznavna v dobršni meri zameji etnično skupnost kot »nas« (3). Iz vseh opredeljenih oblik skupnosti tako ali drugače izhaja določena stopnja povezanosti; bolj ko je skupnost povezana, bolj lahko obvladuje izzive in uresničuje skupne interese njenih članov. Posameznik je lahko član ene ali več skupnosti, njihovo dojemanje pa je odvisno od vsakega posameznika samega. Skupnost kot taka predstavlja tudi pomembno determinanto zdravja, saj na eni strani povzema medsebojne odnose, vpliva pa tudi na vedenje posameznika. To je namreč rezultat vrednot, znanja in posameznikovega odnosa ter nenazadnje tudi

socialnih vplivov okolja (4). Poleg ožjega socialnega okolja, v katerem smo aktivni, imajo vpliv tudi oddaljena socialna okolja, ki lahko posredno vplivajo na nas in na naše vedenje, povezano z zdravjem, in na samo zdravje.

V javnem zdravju in preventivi večkrat naletimo na socialno-ekološke modele preventive (5) (slika 2). Osnovno celico predstavlja posameznik s svojimi biološkimi in družbenimi značilnostmi (spol, starost, izobrazba, dohodek). Drugo raven predstavljajo odnosi, ki vključujejo najožje socialne kroge (prijatelji, partner, družinski člani) in vplivajo na vedenja posameznika ter prispevajo k njegovim izkušnjam. Tretjo raven predstavlja skupnost, ki združuje strukture, v katerih imamo ljudje socialne odnose (šola, delovno mesto, soseske). Pozornost je s preventivnega zdravstvenega vidika usmerjena v značilnosti skupnostnih struktur, ki vplivajo na zdravje. Četrta raven predstavlja oziroma upošteva širši pogled na družbene dejavnike, ki izboljšujejo ali poslabšujejo zdravje (kulturne norme, zdravstvene in ekonomske politike, politike zmanjševanja neenakosti v zdravju). Izboljšanje zdravja oziroma vplivanje na dejavnike, ki povzročajo poslabšanje zdravja, je učinkovitejše, če z ukrepi delujemo na vseh štirih ravneh.<sup>5</sup>



Slika 2.

Socialno-ekološki model z vidika preventive (Vir: Centers for Disease Control and Prevention (CDC). The socioecological model: a framework for prevention. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2007.)

Vključenost posameznikov v aktivnosti opredeljujejo številne razdelitve, ki so grafično pogosto prikazane kot lestve, pri čemer večja in bolj aktivna vključenost stoji višje. Uporaba te prispodobе lahko daje lažen občutek, da je posamezna višja stopnja sodelovanja tudi boljša, vendar je ustreznost posamezne stopnje vključenosti treba razumeti v kontekstu časa, primernosti in interesov.<sup>6</sup> (6). Res pa je, da so nekatere bolj vključujoče aktivnosti izkazale za učinkovitejše, kar bo prikazano v nadaljevanju

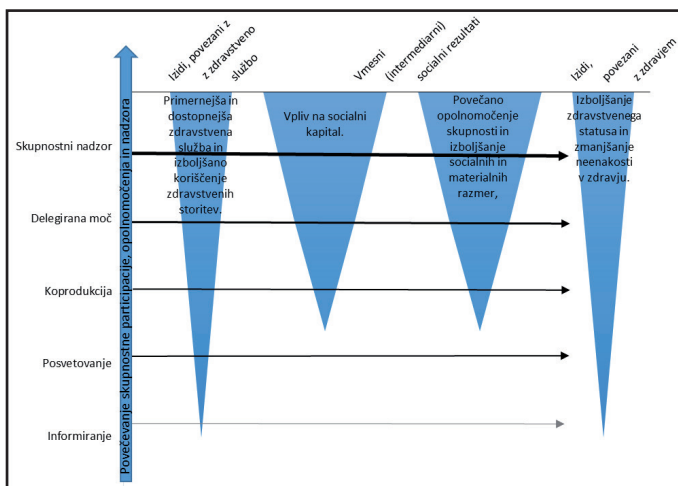
poglavja. Tabela 1 prikazuje eno izmed takšnih razdelitev. Z izvajanjem posameznih faz aktivnosti/intervencije se lahko premikamo med stopnjami soudeležbe, kadar je vključenih več deležnikov, saj so ti lahko na različnih ravneh (6).

*Tabela 1.*

Stopnje participacije po Wilcoxu (6).

Podpiranje		Nudnje podpore drugim pri doseganju njihovih ciljev, na primer z nasveti, subvencioniranjem.
Skupno izvajanje	znatna participacija	Poleg sodelovanja pri odločanju poteka tudi sodelovanje pri izvedbi.
Soodločanje		Spodbujanje drugih k predlaganju dodatnih idej in možnosti ter skupno odločanje.
Posvetovanje		Posredovanje informacij in sprejemanje odziva.
Informiranje		Posredovanje informacij drugim ljudem.

Elemente modela participacije, ki so prikazani v zgornji tabeli, je v neki meri mogoče prepoznati v modelu, ki natančneje obravnava skupnostni pristop in zdravje (slika 3) (7). Večja ko je stopnja participacije, večji so učinki na zdravje, ki pa jih je mogoče doseči prek različnih poti. Ena je izboljšanje storitev prek izboljšane pretoka informacij, ki pripomore k natančnejšemu prepoznavanju ovir in k oblikovanju primernejših ter dostopnejših storitev ali intervencij. K temu pa prispeva tudi ustrezno zagovorništvu, s podporo in promocijo vključevanja skupnosti. Z vključevanjem skupnosti se krepijo tudi medsebojni odnosi, ustvarjajo se vezi med posamezniki, kar prispeva k izboljšanju socialnega kapitala. Vključevanje in opolnomočenje skupnosti pa skupnosti omogoči tudi spremembe materialnih, socialnih in tudi političnih okoliščin, ki lahko pomenijo izboljšanje zdravja in zmanjšanje neenakosti na ravni posameznika, skupnosti ali družbe (7).



Slika 3:

Model skupnostnega pristopa pri zdravju (7).

### SKUPNOSTNI PRISTOP NA PODROČJU ZDRAVJA

Definicije skupnostnega pristopa se razlikujejo. Center for Disease Control (CDC) ga tako definira kot: »proces sodelovanja s skupinami, ki so opredeljene na podlagi geografske bližine ali njihovih skupnih interesov, na področjih, ki se dotikajo njihovega zdravja in dobrega počutja (8).« Vsebinsko nekoliko širšo in bolj v zdravje usmerjeno definicijo najdemo zapisano tudi v slovenskih strateških dokumentih. V Resoluciji o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 je skupnostni pristop predstavljen nekoliko bolj usmerjeno v zdravje, in sicer kot »preventivne dejavnosti in dejavnosti zdravljenja bolnikov znotraj skupnosti. To vključuje promocijo zdravja in preprečevanje bolezni, diagnoze pacientov in zdravljenje ter upravljanje s kroničnimi boleznimi, rehabilitacijo in nego ob koncu življenja. Skupnostni pristop pri zdravljenju vključuje širok nabor strokovnjakov, in sicer socialne delavce, medicinske sestre, farmacevte, strokovnjake javnega zdravja, zdravnike in druge (9).«

Ko govorimo o skupnostnem pristopu pri zdravju, se srečamo z različnimi oblikami, ki jih lahko združimo v dva večja sklopa oziroma dve obliki. Ko govorimo o »pristopu zdravstva k zdravju skupnosti«, zdravstvene institucije pristopajo k delovanju v okoljih, kjer ljudje bivajo in delajo, z namenom reševanja strokovno zaznanega problema. Nosilec aktivnosti je torej zdravstveni sistem. Bolj ko v aktivnosti vključuje skupnosti in večjo vlogo ko jim daje, bolj se tak pristop preliva v drugo obliko. Na drugi strani skupnostni pristop k zdravju namreč razumemo kot »pristop skupnosti k zdravju«, torej da je nosilec aktivnosti skupnost, ki deluje skozi medsebojno povezanost vseh svojih članov (10).

### *SKUPNOSTNI PRISTOP ZA IZBOLJŠANJE ZDRAVJA V DEKLARACIJAH IN STRATEŠKIH DOKUMENTIH*

Skupnostni pristop je zapisan v številnih strateških dokumentih, povezanih z zdravjem. Že na konferenci Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) v Alma-Ati leta 1978 (11) je bila soudeležba prebivalcev prepoznana kot pomembna za varovanje in promocijo zdravja vseh ljudi; rečeno je bilo, ki jo je mogoče razumeti kot pravico in dolžnost hkrati. Soudeležba skupnosti in medsektorsko sodelovanje tudi v današnjem času pomenita enega ključnih izzivov za tiste, ki se ukvarjajo z neenakostmi v zdravju, zato je deklaracija, čeprav je bila sprejeta že pred leti, še vedno pomembna in aktualna z vidika učinkovitosti sistema zdravstvenega varstva (12). Skupnostni pristop je prepoznan tudi v Resoluciji o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2015–2025. Aktivnosti, ki se izvajajo v lokalnih okoljih, naj bodo oblikovane tako, da zajamejo čim širši krog prebivalcev, posebno pa je poudarjena skrb za ranljive skupine in socialno-ekonomsko ogrožene prebivalce (9).

### *TEORETIČNE PODLAGE SKUPNOSTNEGA PRISTOPA NA PODROČJU ZDRAVJA*

Raziskovalci so ugotovili, da lahko skupnostni pristop na področju zdravja združimo v štiri modele (13). Osnovni koraki izvajanja aktivnosti si sledijo od prepoznavne potrebe, načrtovanja aktivnosti, izvajanja do ocenjevanja. Posamezno potrebo lahko prepoznajo posamezniki/skupnosti, ki se nato aktivirajo (model 1), ali pa jo prepozna stroka in se nato pri načrtovanju poveže s skupnostjo. Skupnost je potem lahko vključena zgolj kot posvetovalni deležnik (model 2) ali pa pri oblikovanju intervencije aktivneje sodeluje (model 3). Četrty model predstavlja oblika, pri kateri skupnost ni nujno vključena v oblikovanje in načrtovanje intervencije, ampak je vključena v izvajanje intervencije. Seveda je mogoča tudi kombinacija omenjenih pristopov.

### *UČINKOVITOST IN PRIMERI SKUPNOSTNEGA PRISTOPA PRI ZDRAVJU*

Strateške usmeritve in načela skupnostnega pristopa temeljijo na številnih dokazih o njihovi učinkovitosti, ki jih najdemo v objavljeni literaturi. V eno od največjih sistematičnih preglednih raziskav (13) je bilo uvrščenih 131 raziskav, opravljenih v državah Organizacije za gospodarsko sodelovanje in razvoj (OECD) in dokumentiranih v literaturi po letu 1990. Večina (teh je bilo 113) jih je bila opravljena v Združenih državah Amerike, po 5 (3,8 odstotka) v Kanadi in Združenem kraljestvu ter 8 (6,1 odstotka) v drugih državah OECD. Ciljno populacijo intervencij so predstavljale etnične manjšine (42,7 odstotka) in skupine s slabšim socialno-ekonomskim položajem (26 odstotkov). Področja, ki so jih intervencije obravnavale, so bila v največji meri povezana z zmanjševanjem dejavnikov tveganja za bolezni srca in ožilja, z reproduktivnim varstvom, obravnavale so področje odvisnosti (alkohol, kajenje, droge) in tudi področje preprečevanja raka (izobraževanje in obvladovanje dejavnikov tveganja, vključevanje v presejanja). Glede na obliko intervencij so prevladovala izobraže-

vanja (80,2 odstotka), svetovanja (54,2 odstotka), socialna podpora (44,3 odstotka), tečajji razvijanja osebnih veščin (38,9 odstotka) in skupnostne aktivnosti (na primer sejmi) (35,9 odstotka). Ker je vsaka intervencija lahko imela več elementov, vsota presega 100 odstotkov. Neposredni izvajalci intervencij so bili najpogosteje člani skupnosti (44 odstotkov), vrstniki (37,4 odstotka), zdravstveni delavci (18,3 odstotka), delavci v skupnosti (13,7 odstotka) in strokovnjaki s področja izobraževanja (13 odstotkov). Na podlagi teh podatkov lahko rečemo, da je v večini primerov mogoče prepoznati model pristopa skupnosti k zdravju, saj so bili člani skupnosti glavni nosilci aktivnosti. Rezultate so avtorji raziskave združili v posamezna tematska področja: vedenja, povezana z zdravjem (zdrava prehrana, telesna dejavnost, uživanje alkohola, kajenje, dojenje...), posledice za zdravje (zdravstvena stanja in fiziološke posledice: hipertenzija, čezmerna telesna teža in debelost, bolezni srca in ožilja ...), samoučinkovitost udeležencev, nanašajoča se na z zdravjem povezana vedenja, socialno oporo udeležencev, rezultate v skupnosti (lokalno okolje), in druge rezultate pri vključenih osebah. Najpomembnejše rezultate so ugotovili pri izboljšanju samoučinkovitosti posameznikov, povečanju socialne opore, nekoliko manj pri vedenjih, povezanih z zdravjem, in najmanj pri neposrednih učinkih na zdravje. Slednje je seveda povezano s trajanjem opazovanja, saj je za te učinke potrebnega največ časa. Največji učinek je bil ugotovljen takrat, ko je bila skupnost vključena tudi v izvajanje aktivnosti (13).

V sistematičnem preglednem članku, ki je obravnaval vpliv skupnostnega pristopa med prikrajšanimi skupinami prebivalcev, so ugotovili pozitivne učinke pri večini v analizo vključenih raziskav (14). Ti učinki so obsegali pozitivne vplive na vedenja, povezana z zdravjem (zdravo prehranjevanje, ukvarjanje s telesno dejavnostjo), na dostopnost zdravstvenega varstva, zdravstveno pismenost in tudi na vrsto zdravstvenih izidov (telesna teža, obseg pasu, duševno zdravje) (14). Večja vključenost skupnosti v obliki sodelovanja in partnerstva se je izkazala za bolj učinkovito v primerjavi z nižjimi ravnmi participacije (14).

V sistematičnem preglednem članku Kim in sodelavcev (15) so se osredotočali na učinkovitost intervencij, ki jih izvajalci zdravstvenih storitev v skupnosti (angl. community health worker) izvajajo za izboljšanje obravnave kroničnih bolezni med ranljivimi skupinami prebivalcev. V različnih intervencijah (izobraževanja, delavnice, individualna svetovanja), ki so se odvijale v ustanovah in lokacijah lokalne skupnosti (zdravstvene postaje, verski objekti, domovi), so ugotovili povečano odzivnost na presejalne programe, izboljšala se je metabolna kontrola pri diabetikih, opaziti je bilo mogoče izboljšanje lipidnega profila ter izboljšanje višine krvnega tlaka (15).

V sistematični pregled, ki se je osredotočal izključno na skupnostne intervencije, povezane z boleznimi srca in ožilja (16), so vključili 32 objav v mednarodni literaturi, intervencije pa so največkrat obsegale izobraževanja, svetovanja, podporo in vadbene skupine. Po pregledu literature je mogoče ugotoviti, da največ obetajo inter-

vencije, rezultat katerih je bilo znižanje krvnega tlaka, največji izziv pa so tiste, ki so usmerjene v spremembe vedenja (16).

V kanadskem programu za preprečevanje bolezni srca in ožilja, ki je bil namenjen prebivalcem mestne soseske z izredno nizkimi dohodki, visoko stopnjo kriminala, alkoholizma in brezposelnosti ter z visoko prevalenco dejavnikov tveganja, se je pokazala izredno nizka odzivnost v aktivnostih programa (17). **Programi, pripravljene za nekoliko bolj privilegirane skupnosti, tako niso nujno primerni za prikrajšane skupnosti**, saj prihaja do razhajanj v vrednotah in razlik v skrbeh, ki v luči vsakodnevnega preživljanja pestijo določeno skupino prebivalstva (17).

Skupnostni pristop se je izkazal tudi v intervencijah, ki spodbujajo telesno dejavnost. V preglednem članku so pozitivne rezultate glede telesne dejavnosti potrdili v polovici od 55 vključenih študij. Pomembna elementa intervencij sta osebni stik in ustrezno oblikovanje intervencij (glede na ciljno populacijo, z vidika spola ali etnične pripadnosti) (18). Vendar pa vsi raziskovalci niso potrdili tako visoke učinkovitosti skupnostnega pristopa v obravnavi z zdravjem povezanega vedenjskega sloga. V preglednem članku (19) so proučevali intervencije (promocija zdravega prehranjevanja in telesne dejavnosti), namenjene odraslim med 18. in 74. letom starosti, ki pripadajo skupinam z nizkim socialno-ekonomskim statusom. V posameznih objavah se je statistično značilno povečala poraba sadja in zelenjave ter »poročana« telesna dejavnost, medtem ko v drugih objavah niso odkrili značilnih sprememb ali pa so bili rezultati mešani (na primer povečana poraba sadja in nespremenjena poraba zelenjave). V nobeni od vključenih študij pa niso poročali o negativnih učinkih (19). Pomembna ugotovitev kvalitativnega dela raziskave je, da morajo biti zagotovljeni zadostni viri ter da osebe, ki zagotavljajo intervencijo, **potrebujejo poglobljeno znanje in razumevanje skupnosti oziroma je potrebno, da so same njihovi člani** (19).

Skupnostni pristop ni novo odkritje. Njegove elemente je tako mogoče prepoznati že v projektu Severna Karelja, katerega začetki segajo v leto 1972 (20). Z vključevanjem in organiziranjem skupnosti v številne preventivne aktivnosti promocije zdravja so uspešno vplivali na zmanjševanje dejavnikov tveganja za bolezni srca in ožilja. Umrljivost zaradi teh bolezni se je do leta 2012 med delazmožnimi moškimi zmanjšala za 82 odstotkov in med ženskami za 84 odstotkov (20). Skandinavske dežele so bile prve, v katerih so začeli uvajati takšne intervencije, saj so omenjeni Severni Karelji sledile še nekatere druge (na primer Zdrave vasi, Finnmark, Norsjoe).

Objave glede učinkovitosti intervencij, ki so obravnavale odzivnost v presejalnih programih, so pogostejše, kar je povezano z relativno večjo razpoložljivostjo natančnih podatkov in dejstvom, da je povečano odzivnost mogoče hitreje zaznati v primerjavi z drugimi učinki na zdravje. Ti namreč terjajo bistveno več časa, da jih je mogoče zaznati, hkrati pa je zdravje preplet številnih dejavnikov in je delež učinka težje pripisati posamezni obliki skupnostne intervencije. Ker je čas, ki mine do takrat, ko se



izrazijo končni učinki in rezultati, dolg, je treba učinkovitost vrednotiti na podlagi vmesnih učinkov. To pomeni, da se učinkovitost za zmanjševanje umrljivosti za določenimi stanji vrednoti na podlagi sprememb v dejavnih tveganja (21). Pri vrednotenju učinkov je pomembno dosledno zajemanje podatkov o vseh učinkih. To pomeni, da ob morebitnih nezadostnih rezultatih ločimo med neuspešno intervencijo na eni strani in zgolj neuspešno evalvacijo na drugi strani. Povsem učinkovito intervencijo namreč lahko presodimo kot nezadostno ravno zaradi nezadostnega zajetja vseh njenih učinkov (22). Skupnostni pristop poleg neposrednega vpliva na zdravje prispeva tudi k širšim spremembam v okolju in s tem tudi k spremembam socialnih determinant zdravja, kar je delno orisano tudi v sliki 2.

V zgornjem besedilu je bilo omenjenih več študij, ki so poročale o učinkovitosti intervencij in opisovale tudi morebitne ovire pri učinkovitosti. Bolj malo pa je bilo zapisanega o ocenjevanju ustreznosti ali učinkovitosti takšnih intervencij z vidika uporabnikov, torej tistih, ki so jim namenjene. Čeprav je merjenje zadovoljstva uporabnikov ena izmed komponent evalvacije aktivnosti, pa pogosto ni del objavljene literature. V analizi študij, ki so vsebovale informacije o subjektivnih izkušnjah posameznikov z vključevanjem skupnosti, je večina vključenih posameznikov zaznala dobrobiti za svoje fizično in psihično zdravje, samozavest, samospoštovanje, občutek opolnomočenja in boljše socialne odnose (23). Poleg različnih pozitivnih učinkov skupnostnega pristopa pa ima ta lahko tudi nekatere neželene učinke. Med temi so raziskovalci ugotovili izčrpanost in stres, saj je zaradi vključenosti v nekaterih primerih prišlo do energijskega in tudi finančnega izčrpanja posameznika (23).

Vse prej naštetje objave so obravnavale skupnostni pristop, učinkovitost v različnih državah sveta. Ti zapisi bi lahko vzbujali zmoten občutek, da je skupnostni pristop pri zdravju v Sloveniji nekaj povsem novega. Žal pri nas niso bile izvedene sistematične raziskave, ki bi lahko dale podobno strukturirane rezultate. Vsekakor pa so bile izvedene številne intervencije in aktivnosti s številnimi prepoznanimi in opisanimi učinki ter vplivi. Skupnostni pristop oziroma njegovi elementi so bili v našem prostoru bolj ali manj prisotni že v preteklosti. Res pa je, da ti elementi v intervencije niso bili vključeni na tako sistematičen način. V priložniku o skupnostnem pristopu so opisane številne prakse v Sloveniji (24). Program Svit tako vključuje številne deležnike (društva, verske skupnosti, lokalne skupnosti, vidne posameznike – ambasadorje) z namenom ozaveščanja o pomenu sodelovanja v presejalnem programu. Skupnostni pristop je bil pomemben element v projektu Uživajmo v zdravju, ki je povezoval različne deležnike in vire iz lokalnega okolja, zaradi celovite in daljnosežne obravnave problematike zdravega življenjskega sloga in debelosti pri otrocih in mladostnikih. Elemente skupnostnega pristopa lahko prepoznamo tudi v programu Zdrave šole, v katerem se združujejo skupni interesi izobraževalnega in zdravstvenega sektorja. Skupnostni pristop je prisoten tudi v delovanju številnih društev za samopomoč (na primer Kralji ulice) (24).

Skupnostni pristop je imel pomembno vlogo tudi v projektu Skupaj za zdravje. Njegova načela se uvajajo v delo in življenje lokalnih skupnosti tudi v okviru operacije »Nadgradnja in razvoj preventivnih programov ter njihovo izvajanje v primarnem zdravstvenem varstvu in lokalnih skupnostih«. Že iz samega naslova izhaja vključnost načel skupnostnega pristopa. Skupnostne aktivnosti so usmerjene v krepitev in ohranjanje zdravja prebivalcev ter zmanjševanje neenakosti v zdravju, pomemben deležnik v oblikovanju in izvajanju teh aktivnosti pa so lokalne skupine za krepitev zdravja. Ta projekt se izvaja v 25 zdravstvenih domovih v Sloveniji, kar pomeni, da je skupaj s tremi okolji iz pilotne faze tak način dela prenesen v izvajanje v več kot polovici zdravstvenih domov v Sloveniji.

### ZAKLJUČEK

Skupnostni pristop se je izkazal za uspešno metodo pri promociji in krepitvi zdravja, preprečevanju bolezni in zmanjševanju neenakosti v zdravju. Uspešnost posamezne intervencije ne zagotavlja uspešnosti enake intervencije v drugem kulturnem ali družbenem okolju. Intervencijo z uporabo skupnostnega pristopa je zato treba oblikovati z upoštevanjem značilnosti okolja in predvidevanjem morebitnih ovir, aktivnost pa je predhodno treba tudi ustrezno pilotno testirati.

*Literatura*

1. Vljaj S. Lokalna samouprava. Ljubljana: Fakulteta za upravo, Univerza v Ljubljani, 1998.
2. MacQueen KM., McLellan E., Metzger DS., Kegeles S., Strauss RP., Scotti R., Blanchard L., Trotter RT. What is community? An evidence-based definition for participatory public health. *Am J Public Health*. 2001;91(12): 1929-1938.
3. Toplak C. Etnične skupnosti, narodi in nacije. V: Sardoč M. in drugi (ur.), *Medkulturni odnosi kot aktivno državljanstvo*. Ljubljana: Inštitut za slovensko izseljenstvo in migracije ZRC SAZU, 2011.
4. McLeroy KR., Norton BL., Kegler MC., Burdine JN., Sumaya CV. Community-Based Interventions. *Am J of Public Health*. 2003;93(4): 529-533.
5. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *The socialecological model: a framework for prevention*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2007.
6. Wilcox D. *The guide to effective participation*. Brighton: Partnership Books; 1994.
7. Popay J. *Community empowerment and health improvement: the English experience*. V: Morgan A., Davies M., Ziglio E. (ur.). *Health assets in a global context: theory, methods, action*. New York: Springer, 2010.
8. Centers for Disease Control and Prevention. *Principles of community Engagement (1st ed)*. Atlanta: CDC/ATSDR Committee on Community Engagement, 1997.
9. Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja« (ReNPZV16–25). *Uradni list RS*, št. 25/2016.
10. Krek M., Pahor M., Ranfl M., Huber I. *Skupnostni pristop k zdravju: izhodišča, načela, procesi*. V: *Zdrava skupnost, priročnik za razvoj skupnostnega pristopa k zdravju*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2018.
11. WHO. *Declaration of Alma Ata. International conference on primary health care, Alma-Ata, USSR, 6.-12. september 1978*, Geneva: WHO, 1978. [www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\\_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf).
12. Gillam S. Is the declaration of Alma Ata still relevant to primary health care?, *BMJ*. 2008;33(7643): 536–538.
13. O'Mara-Eves A., Brunton G., McDaid D., Oliver S., Kavanagh J. in drugi. Community engagement to reduce inequalities in health: a systematic review, meta-analysis and economic analysis. *Public Health*, 2013;1(4).
14. Cyril S., Smith BJ, Possamai-Inesedy A., Renzaho AMN. Exploring the role of community engagement in improving the health of disadvantaged populations: a systematic review. *Global Health Action*. 2015;8:10.3402/gha.v8.29842.
15. Kim K., Choi JS., Choi E., Nieman CL., Joo JH. in drugi. Effects of Community-Based Health Worker Interventions to Improve Chronic Disease Management and Care Among Vulnerable Populations: A Systematic Review. *Am J Public Health*. 2016;106(4): str. e3–e28.
16. Walton-Moss B., Samuel L., Nguyen TH., Commodore-Mensah Y., Hayat MJ. in drugi. Community based cardiovascular health interventions in vulnerable populations: a systematic review. *J Cardiovascular Nurs*. 2014;29(4): 293–307.
17. O'Loughlin JL., Paradis G., Gray-Donald K., Renaud L. The impact of a community-based heart disease prevention program in a low-income, inner-city neighborhood. *Am J Public Health*. 1999;89(12): 1819–1826.

18. Bock C., Jarczok MN., Litaker D. Community-based efforts to promote physical activity: a systematic review of interventions considering mode of delivery, study quality and population subgroups. *J Sci Med Sport*. 2014;17(3): 276-282.
19. Everson-Hock ES., Johnson M., Jones R., Woods HB., Goyder E in drugi. Community-based dietary and physical activity interventions in low socioeconomic groups in the UK: a mixed methods systematic review. *Prev Med*. 2013;56(5): 265-272.
20. Jousilahti P., Laatikainen T., Salomaa V., Pietilä A., Vartiainen E. in drugi. 40-Year CHD Mortality Trends and the Role of Risk Factors in Mortality Decline: The North Karelia Project Experience. *Glob Heart*. 2016;11(2): 207-212.
21. Lindholm L., Rosén M., Weinehall L., Asplund K. Cost effectiveness and equity of a community based cardiovascular disease prevention programme in Norsjö, Sweden. *J Epidemiol Community Health*. 1996;50(2): 190-195.
22. South J., Phillips G. Evaluating community engagement as part of the public health system. *J Epidemiol Community Health*. 2014;68(7): 692-696.
23. Attree P., French B., Milton B., Povall S., Whitehead M. in drugi. The experience of community engagement for individuals: a rapid review of evidence. *Health Soc. Care Community*. 2011;19: 250-260.
24. Ranfl M., Oprešnik D., Škraban J., Fistrič Š., Pucelj V. Učinkovitost skupnostnega pristopa k zdravju v svetu in primeri v Sloveniji. V: *Zdrava skupnost, priročnik za razvoj skupnostnega pristopa k zdravju*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2018.

# *Romi v Sloveniji in zdravje*

Tatjana Krajnc Nikolić, dr.med.,spec.,MScPH  
*Nacionalni inštitut za javno zdravje*

### *PRAVNE PODLAGE, KI VPLIVAJO NA ZDRAVJE ROMOV*

Romi v Sloveniji imajo status etnične skupnosti, ki je ustavnopravno določen s 65. členom Ustave Republike Slovenije in z Zakonom o romski skupnosti v Republiki Sloveniji iz leta 2007. Urad za narodnosti RS navaja naslednje zakone, ki dodatno urejajo položaj Romov: Zakon o lokalni samoupravi, Zakon o lokalnih volitvah, Zakon o evidenci volilne pravice, Zakon o organizaciji in financiranju vzgoje in izobraževanja, Zakon o osnovni šoli, Zakon o vrtcih, Zakon o medijih, Zakon o uresničevanju javnega interesa za kulturo, Zakon o knjižničarstvu, Zakon o spodbujanju skladnega regionalnega razvoja, Zakon o Radioteleviziji Slovenija, Zakon o financiranju občin, Zakon o varstvu kulturne dediščine, Zakon o javnem interesu v mladinskem sektorju, Zakon o Slovenski tiskovni agenciji, Kazenski zakonik (1). Predhodniki te zakonodaje so vladni program pomoči Romom iz leta 1995 in sklepi vlade iz leta 1999 (2).

Potreba po zakonski ureditvi vsakega posameznega družbenega področja v razmerju do Romov je že sama po sebi znak kompleksnosti odnosa med večinsko družbo in Romi v Sloveniji. Za uresničitev multisektorskih zakonskih podlag je bil pripravljen Nacionalni program ukrepov za Rome Vlade RS (v nadaljevanju NP) za obdobje 2010–2015 s šestimi prioritetnimi področji. Kot nadaljevanje aktivnosti iz tega programa je bil pozneje pripravljen nacionalni program ukrepov za Rome za obdobje 2017–2021.

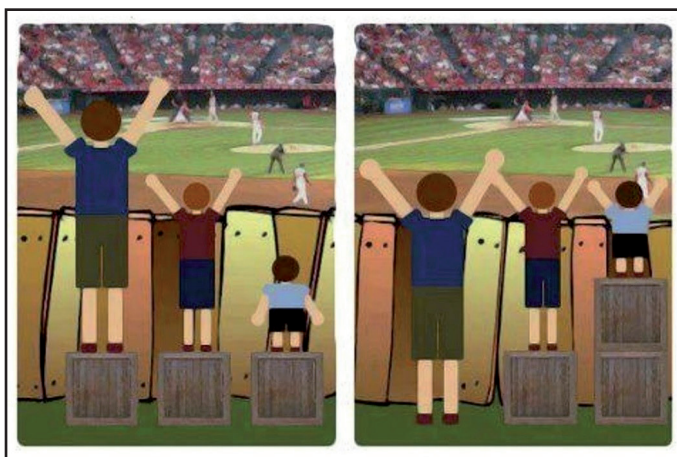
Nacionalni program ukrepov za Rome Vlade RS za obdobje 2010–2015 zajema naslednja prioritetna področja: 1. izboljšanje bivalnih razmer in ureditev romskih naselij, 2. izboljšanje izobrazbene strukture in večja vključenost v programe izobraževanj, 3. znižanje brezposelnosti pripadnikov romske skupnosti ter povečanje njihovega socialnega vključevanja in dostopa do trga dela, 4. izboljšanje zdravstvenega varstva, 5. ohranjanje in razvoj različnih oblik romskega jezika, romske kulture, informativne in založniške dejavnosti, 6. ozaveščanje in boj proti diskriminaciji.

Nacionalnemu programu ukrepov do leta 2015 je sledila priprava Nacionalnega programa ukrepov Vlade Republike Slovenije za Rome za obdobje 2017–2021 z enakimi prioritetnimi področji kot v predhodnem obdobju. Po ocenah koordinatorja priprave programa in zainteresiranih javnosti je težko oceniti napredek uresničevanja ukrepov za izboljšanje položaja Romov. Glede na dejansko stanje je bilo ocenjeno, da obstajajo razlike tako znotraj posamezne romske skupnosti same kot posebej med Romi, nastanjenimi v različnih geografskih regijah, čemur je namenjeno posebno poglavje te publikacije. Strateški cilj 4 novega NP se glasi: »izboljšati storitve zdravstvenega varstva in jih približati Romom ter povečati njihovo ozaveščenost o vprašanih v zvezi z zdravjem in zdravstvenim varstvom, s poudarkom na zdravju žensk in otrok«. Na področju zdravja in zdravstvenega varstva program zastavlja dva cilja. Prvi je odpravljanje ovir pri koriščenju zdravstvenih storitev ter oblikovanje in posredovanje

zdravstvenovzgojnih vsebin na način, ki je za Rome sprejemljiv. Drugi cilj je usmerjen h krepitvi zdravja in dvigu zdravstvene pismenosti pripadnikov romske etnične skupnosti ter izboljšanju kompetenc zdravstvenih delavcev za delo z Romi (9).

Tako je na področju strateškega načrtovanja ukrepov za izboljšanje zdravja Romov zelo nazorno viden napredek od zagotavljanja osnovnih pravic do zdravstvenega varstva kot prioritetnega področja v obdobju 2010–2015 k ukrepom za krepitev zdravja, spodbujanje participacije in sodelovanja v nacionalnem programu za obdobje 2017–2021.

Ta prioriteta področja vplivajo druga na drugo in vsa skupaj vplivajo na zdravje. Izbira ključnih področij se sklada z nujnimi predpogoji za zdravje, ki jih je že leta 1986 identificirala Svetovna zdravstvena organizacija – to so med drugim mir, varnost, izobraževanje in primerne bivalne razmere (3). Uresničevanje zastavljenih ciljev na vseh prioritetenih področjih spremlja multidisciplinarna vladna skupina.



*Slika 4.*

Prikaz primera enakosti in pravičnosti

*Vir:*

Google Images (<https://themighty.com/2017/04/equality-vs-equity-and-the-boxes-of-inclusive-education/>).

\* Beseda Romi se v v tekstu uporablja za vse pripadnike in pripadnice romske etnične skupnosti v Sloveniji

*PRIMERI JAVNOZDRAVSTVENIH AKTIVNOSTI V OBDOBJU 2008-2015*

Ukrepi na področju javnega zdravja so lahko univerzalni, namenjeni celotnemu prebivalstvu, ali ciljni, namenjeni določeni ciljni skupini. Primer univerzalnega ukrepa sta Zakon o omejevanju uporabe tobačnih izdelkov ali pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Ko univerzalni pristopi ne zadovoljujejo potreb določene ciljne skupine, se načrtujejo ciljni ukrepi, s katerimi naj se določene storitve približajo posamezni skupini. Zakon o omejevanju uporabe tobačnih izdelkov je pripomogel k omejevanju kajenja pri splošnem prebivalstvu. Pri pripadnikih romske etnične skupnosti je bila zaznana potreba po dodatnem ukrepanju, kajti v tej skupini je kajenje dvakrat bolj pogosto kot pri večinskem prebivalstvu. Ciljni ukrepi za romsko skupnost, ki podpirajo protitobačno zakonodajo, so na primer aktivnosti za krepitev zdravja romskega prebivalstva, promocijo nekajenja in promocijo nekajenja v zaprtih prostorih, med nosečnostjo ali v prisotnosti otrok.

V časovnem obdobju 2010–2015 so bili na prioritetnem področju 4. izboljšanje zdravstvenega varstva Romov narejeni pomembni koraki. Na področju javnega zdravja je Zavod za zdravstveno varstvo Murska Sobota položil temelje trajnostnega in partnerskega sodelovanja z reprezentativnimi predstavniki romske skupnosti, predvsem z Zvezo Romov Slovenije. Izvedeni sta bili dve raziskavi o življenjskem slogu odraslih in uporabi zdravstvenih storitev. Rezultati raziskav so pokazali prioritete zdravstvene probleme pri Romih in hkrati omogočili primerjanje kazalnikov zdravja z večinskim prebivalstvom.

Raziskava o zdravju in življenjskem slogu Romov v Pomurju je v primerjavi z večinskim prebivalstvom pokazala slabše kazalnike pri Romih. Posebej izstopajo velik delež kadilcev in toleranten odnos do kajenja, nizka stopnja telesne dejavnosti ter večji delež oseb z debelostjo (4).

Raziskava rabe zdravstvenih storitev v populaciji romskih žensk iz let 2008/2009 je pokazala, da ima več kot 90 odstotkov romskih žensk urejeno osnovno zdravstveno zavarovanje, pri čemer ni razlik med regijami. Dopolnilno zdravstveno zavarovanje ima urejeno 74,2 odstotka žensk v Pomurju in 69 odstotkov Rominj v preostalih predelih Slovenije. Izbranega osebnega zdravnika ima več kot 90 odstotkov žensk, ginekologa pa 80 odstotkov. Anketiranke iz pomurske regije so večinoma (91 odstotkov) mnenja, da dobijo enako zdravniško pomoč kot preostale ženske. Žal je ta odstotek v preostalih regijah občutno nižji (74,2 odstotka) (5). Iz tega sklepamo, da je dostopnost do zdravstvenega sistema za romske ženske manjša od povprečja.



Poleg občasnih terenskih aktivnosti je vzpostavljen kontinuiran medijski zdravstvenovzgojni program pod nazivom »Khetaun ži sastipe« (Skupaj do zdravja). Program vključuje redne radijske oddaje na romskem radiu Romic ter prispevke v časopisu Romano them. Tematika zdravja je prikazana celovito, teme posameznih oddaj so usklajene z aktivnostmi za večinsko prebivalstvo, upoštevajoč sezonsko problematiko, objektivne potrebe in želje romskih poslušalcev (6).

V jugovzhodni Sloveniji (dolenjski regiji in Beli krajini) so aktivnosti, namenjene izboljšanju zdravstvenega varstva Romov, večinoma izvajala romska društva, zdravstveni domovi, nevladne organizacije, predvsem Rdeči križ, ter druge ustanove, kot je RIC Novo mesto. Večina aktivnosti za izboljšanje zdravstvenega varstva Romov je bila izvedenih v pomurski in dolenjski regiji ter Beli krajini oziroma na območjih, kjer je večina romskih naselij. Romi, ki živijo v mestih, so razpršeni med večinskim prebivalstvom in zato težko dostopni.

Izvedeni so bili projekti, namenjeni povečanju dostopnosti do zdravstvenih storitev v različnih regijah, financiralo pa jih je Ministrstvo za zdravje. Na ta način so se pilotno uresničevali pristopi, prilagojeni tej ciljni skupini, ustvarjali so se primeri dobre prakse, krepili so se sodelovanje, informiranost in medsebojno zaupanje (5).

Izvedenih je bilo pet nacionalnih konferenc o zdravju Romov za ozaveščanje tako romskega kot tudi večinskega prebivalstva glede kompleksnosti problematike zdravja Romov. Tema prve konference, ki je potekala leta 2008 v Radencih, je bilo zmanjševanje neenakosti v zdravju, kot uvod v razumevanje razlik v zdravju med posameznimi skupinami prebivalstva. Druga nacionalna konferenca leta 2009 v Novem mestu je bila posvečena zdravju romskih žensk. V Kočevju je bila leta 2010 izvedena tretja nacionalna konferenca, in sicer o zdravju romskih otrok (6). Na četrti nacionalni konferenci leta 2014 v Murski Soboti so bili celovito prikazani različni vplivi na zdravje Romov in primeri dobre prakse (7). Tema pete konference leta 2016 na Brdu pri Kranju so bile socialno-ekonomske determinante zdravja Romov (8). Organizatorji vseh konferenc so bili Ministrstvo za zdravje, Zveza Romov Slovenije in Zavod za zdravstveno varstvo Murska Sobota, od leta 2014 pa jih organizira Nacionalni inštitut za javno zdravje.

### *STORITVE KREPITVE IN VAROVANJA ZDRAVJA*

Področje dostopnosti do zdravstvenih storitev še vedno sodi med prioritete izzive pri izboljšanju zdravja Romov. Dostopnost je bila v Sloveniji vrednota tudi v preteklosti. V knjigi o zdravstveni reformi iz leta 2003 dostopnost sodi med štiri temeljne vrednote reforme in se šteje za državljansko pravico vseh (10). V Resoluciji o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja« je dostopnost navedena kot slovenska in evropska vrednota (11).

Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja omogočajo dostop do zdravstvenega varstva za vse zavarovane prebivalce Slovenije. Sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja sloni na solidarnosti med zdravimi in bolnimi, mladimi in starimi ter bogatimi in revnimi. To pomeni, da se sleherni posameznik poslužuje pravic glede na svoje potrebe. Če družba želi imeti zdrave posameznike in se v strateških dokumentih deklarira kot družba zdrava za vse, potrebno je vsakemu omogočiti toliko zdravstvenih storitev, koliko jih potrebuje in na način, ki je za tega posameznika ali skupino primeren oziroma dostopen. Tisti posamezniki ali skupine z večjimi potrebami, naj bi bili deležni več storitev. Pri tem je potrebno načrtovati ciljne ukrepe in storitve, ki so dogovor na specifične ali dodatne potrebe, kot je plastično prikazano na sliki 4. Primera ciljnih ukrepov za dvig dostopnosti do obveznega zdravstvenega zavarovanja sta informiranje romskih prebivalcev o možnosti pridobitve zdravstvenega zavarovanja in približevanje zdravstvenih storitev iz primarnega zdravstvenega varstva Romom v naselja, kjer živijo.

Na problem dostopnosti do zdravstvenih in storitev krepitev ter varovanja zdravja se neposredno nanaša projekt »Nadgradnja in razvoj preventivnih programov ter njihovo izvajanje v primarnem zdravstvenem varstvu in lokalnih skupnostih«, ki ga sofinancira Evropski socialni sklad. Med drugim se s projektom želi storitve krepitev in varovanja zdravja približati ranljivim skupinam in hkrati ustvariti nove poti do boljšega zdravja s pomočjo skupnostnega pristopa za zdravje. Projekt, ki je sofinanciran iz Evropskega socialnega sklada, ima zastavljenih šest ciljev, eden od njih je vključevanje ranljivih skupin (12). Na osnovi ocene potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle so Romi identificirani kot ranljiva skupina zaradi večplastne prikrajšanosti, kulturnih značilnosti in jezikovnih ovir (13).

## ZAKLJUČKI

Raziskave kažejo, da večina Romov ima izbranega zdravnika na ravni primarnega zdravstvenega varstva ter urejeno zdravstveno zavarovanje (5,6). V pričajoči publikaciji so prikazani podatki, ki govorijo o večji uporabi zdravstvenih storitev s strani Romov. Kljub temu, je umrljivost in obolevnost pri Romih občutno višja kot pri večinskem prebivalstvu.

Vpliv večgeneracijske brezposelnosti, prisoten v marsikateri romski družini, do zdaj ni bil poglobljeno obravnavan, vsekakor pa zahteva posebno pozornost.

Povzamemo lahko, da se ranljivost pri Romih kot posledica socialno-ekonomskih dejavnikov kaže v večji obolevnosti in umrljivosti ter slabšem zdravju v celoti. Čeprav je stopnja hospitalizacij višja, je dostopnost do določenih zdravstvenih storitev geografska in hkrati finančna na nižji stopnji, kajti romska naselja so pogosto oddaljena od zdravstvenih ustanov, javni prevoz do teh naselij je slabo organiziran ali ga sploh ni, veliko Romov pa nima lastnega prevoza. Razširjeni so nizka stopnja splošne in zdravstvene pismenosti, slabše razumevanje slovenskega jezika ter nezdrav življenjski slog.

Vsi ti dejavniki v povezavi s socialno-ekonomskimi dejavniki ustvarjajo negativen sinergističen učinek na zdravje.



*Vir:*

Arhiv Zavoda za zdravstveno varstvo Murska Sobota, avtorica Zdenka Verban Buzeti

### Literatura

1. Urad Vlade Republike Slovenije za narodnosti. Romska skupnost. Ustavnopravni položaj. [http://www.un.gov.si/si/manjsine/romska\\_skupnost/ustavno\\_pravni\\_polozaj/](http://www.un.gov.si/si/manjsine/romska_skupnost/ustavno_pravni_polozaj/); preverjeno 1. 7. 2018.
2. Nacionalni program ukrepov za Rome Vlade Republike Slovenije za obdobje 2010–2015. Urad Vlade RS za narodnosti. [http://www.un.gov.si/si/manjsine/romska\\_skupnost/ustavno\\_pravni\\_polozaj/](http://www.un.gov.si/si/manjsine/romska_skupnost/ustavno_pravni_polozaj/); preverjeno 1. 7. 2018.
3. Ottawa Charter for Health promotion. WHO. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>; preverjeno 1. 7. 2018.
4. Belović B. in drugi. Dejavniki, ki vplivajo na zdravje Romov v Pomurju. Murska Sobota: Zavod za zdravstveno varstvo, 2011.
5. Belović B. Življenjski slog ter raba zdravstvenih storitev v populaciji romskih žensk. Romi in zdravje: zbornik prispevkov nacionalnih konferenc. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, Sektor za zdravstveno varstvo ogroženih skupin prebivalstva, 2010.
6. Romi in zdravje: zbornik prispevkov nacionalnih konferenc. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, Sektor za zdravstveno varstvo ogroženih skupin prebivalstva, 2010.
7. Nacionalna konferenca o zdravju Romov. Nacionalni inštitut za javno zdravje. <http://www.nijz.si/sl/zakljucki-4-nacionalne-konference-o-zdravju-romov/>; preverjeno 1. 7. 2018.
8. Nacionalna konferenca o socialnoekonomskih determinantah zdravja Romov. Ministrstvo za zdravje. [http://www.mz.gov.si/si/medijsko\\_sredisce/novica/7287/](http://www.mz.gov.si/si/medijsko_sredisce/novica/7287/); preverjeno 1. 7. 2018.
9. Vlada RS. Nacionalni program ukrepov za Rome Vlade Republike Slovenije za obdobje 2017–2021. [http://www.un.gov.si/si/manjsine/romska\\_skupnost/ustavno\\_pravni\\_polozaj/](http://www.un.gov.si/si/manjsine/romska_skupnost/ustavno_pravni_polozaj/); preverjeno 10. 7. 2018.
10. Zdravstvena reforma. Vlada RS, Ministrstvo za zdravje. Ljubljana, 2003.
11. Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja« (ReNPZV16–25), str. 3407. Glasilo Uradni list RS. Ljubljana, 2016. <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2016-01-0999?sop=2016-01-0999>; preverjeno 10. 7. 2018.
12. Nadgradnja in razvoj preventivnih programov ter njihovo izvajanje v primarnem zdravstvenem varstvu in lokalni skupnosti. NIJZ. <http://www.nijz.si/sl/nadgradnja-in-razvoj-preventivnih-programov-ter-njihovo-izvajanje-v-primarnem-zdravstvenem-varstvu/>; preverjeno 10. 7. 2018.
13. Farkaš - Lainščak J. (ur.). Zaključki ocene potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle: poročilo izsledkov kvalitativnih raziskav in stališč strokovnih delovnih skupin: osnutek ver. 1. El. knjiga. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015. <http://www.skupajzdravje.si/>; preverjeno 10. 7. 2018.

*Nacionalni  
program ukrepov  
Vlade Republike Slovenije  
za Rome  
za obdobje 2017–2021  
z vidika  
Ministrstva za zdravje*

Damijan Jagodic, podsekretar  
*Ministrstvo za zdravje*  
*Direktorat za zdravstveno varstvo*

## UVOD

Nacionalni program ukrepov je nastal v sodelovanju med pristojnimi ministrstvi in vladnimi službami ter Svetom romske skupnosti Republike Slovenije kot krovno organizacijo romske skupnosti, ustanovljeno na podlagi Zakona o romski skupnosti v Republiki Sloveniji. Glavna cilja Nacionalnega programa »sta priprava in sprejetje ukrepov za izboljšanje položaja in pospeševanje socialne vključenosti ter zmanjšanje socialne izključenosti pripadnic in pripadnikov romske skupnosti na vseh tistih področjih, za katera se na podlagi dosedanjih izkušenj državnih organov, organov samoupravnih lokalnih skupnosti, romske skupnosti in organizacij civilne družbe ocenjuje, da je to potrebno« (1). V Nacionalnem programu so identificirana prioriteta področja delovanja in oblikovano je osem strateških ciljev:

1. izboljšati izobrazbeno strukturo Romov in izboljšati udeležbo romskih otrok v programih predšolske vzgoje in šoloobveznih romskih otrok v rednem izobraževanju ter povečati vključenost mladih in odraslih v nadaljevanje izobraževalnega procesa v skladu z načelom vseživljenjskega učenja;
2. povečati zaposlenost in zmanjšati brezposelnost Romov s poudarkom na zaposlitveni aktivaciji dolgotrajno brezposelnih in odpravljanju ovir pri (ponovnem) vstopu na trg dela;
3. za preprečevanje in odpravljanje izključenosti Romov, še posebej žensk, otrok in mladih, spodbujati različne programe socialnega varstva, in sicer informacijske, svetovalne programe, delo na terenu, dnevne centre, programe pomoči in samopomoči, ter krepiti seznanjenost Romov o tovrstnih programih;
4. izboljšati storitve zdravstvenega varstva in jih približati Romom ter povečati njihovo ozaveščenost o vprašanih v zvezi z zdravjem in zdravstvenim varstvom, s poudarkom na zdravju žensk in otrok;
5. izboljšati bivanjske razmere Romov, pospešiti ureditev naselij, kjer večinsko živi romsko prebivalstvo, v skladu z nacionalnimi zakonskimi zahtevami zagotoviti dostop do javnih dobrin, kot sta dostopa do vode in električne energije, ter spodbujati odpravo dejanskega prostorskega ločevanja, ki je rezultat zgodovinskega naseljevanja Romov in dolgoletne izključenosti iz družbenega življenja;
6. spodbujati ohranjanje in razvoj kulturne, informativne in založniške dejavnosti romske skupnosti ter si prizadevati za ohranjanje in razvoj (različnih oblik) romskega jezika kot manjšinskega jezika;
7. povečati ozaveščenost pripadnikov romske skupnosti in večinskega prebivalstva o pozitivnih učinkih vključevanja Romov v družbo in bogastva, ki ga romske kulture prinašajo v slovensko družbo, ter o pomenu nediskriminacije; okrepiti boj proti protiromski retoriki, sovražnemu govoru ter stereotipom in predsodkom;
8. krepiti dialog in sodelovanje z lokalnimi skupnostmi, kjer živijo Romi, ter vzpostaviti aktivno partnerstvo med lokalno in državno ravni ter romsko skupnostjo.

Strateški cilji so usmerjeni k izboljšanju širših socialnih in ekonomskih determinant, ki vplivajo tudi na zdravje, ter ciljno k izboljšanju zdravstvene pismenosti in povečanju dostopnosti do zdravstvenega sistema, s poudarkom na zdravju romskih žensk in otrok.

### *DOSTOPNOST DO ZDRAVSTVENEGA VARSTVA*

Na nacionalni ravni so pravice in dostop do storitev zdravstvenega varstva, tako kurativnih kot preventivnih, enaki za vse državljane in državljanke Republike Slovenije. Strateške usmeritve in podlage na tem področju določa osrednji programski dokument, tj. Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja«. Eno njenih glavnih izhodišč je zagotavljati kakovostno in vsem dostopno javno zdravstvo, ki v središče postavlja uporabnika in izvajalca, si prizadeva za boljše zdravje in blagostanje za vse ter za zmanjšanje neenakosti v zdravju, kar je še posebej pomembno v primeru Romov kot ene izmed najbolj ranljivih skupin prebivalstva.

Osnovno izhodišče je, da Romi z urejenim zdravstvenim zavarovanjem pristopajo k zdravniku oziroma v zdravstveni sistem kot vse preostale zavarovane osebe. Če zdravstvenega zavarovanja nimajo, zdravstveni sistem v Sloveniji omogoča dostopnost nujne zdravstvene obravnave ne glede na status zavarovane osebe. Tako država omogoča, da do zdravnika v nujnih primerih pridejo tudi osebe, ki zaradi različnih zapletenih in nerešljivih okoliščin nimajo urejenega zdravstvenega zavarovanja.

Državljanom Republike Slovenije in tujcem, ki imajo dovoljenje za stalno prebivanje, država zagotavlja pravico do plačila prispevka za obvezno zdravstveno zavarovanje, pod pogojem, da so upravičeni do denarne socialne pomoči ali izpolnjujejo pogoje za pridobitev denarne socialne pomoči, pri čemer se krivdni razlogi ne upoštevajo, in imajo stalno prebivališče v Republiki Sloveniji ter niso zavarovanci iz drugega naslova, določenega z zakonom, ki ureja zdravstveno zavarovanje. Do plačila prispevka za obvezno zdravstveno zavarovanje so ne glede na izpolnjevanje pogojev za pridobitev denarne socialne pomoči upravičene tudi osebe, nameščene v rejniško družino ali v zavod na podlagi zakona, ki ureja družinska razmerja, če niso obvezno zdravstveno zavarovane iz drugega naslova, določenega z zakonom, ki ureja zdravstveno zavarovanje. Te osebe so upravičene do zdravstvenih storitev pod enakimi pogoji kot otroci, zavarovani kot družinski člani. Omenjene osebe v obvezno zdravstveno zavarovanje prijavi in iz njega odjavi Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije na podlagi odločbe o priznanju pravice do plačila prispevka za obvezno zdravstveno zavarovanje, prispevek za obvezno zdravstveno zavarovanje pa plača občina stalnega prebivališča osebe.

Osebe s statusom socialne ogroženosti ter zaporniki in priporniki so zavarovani za doplačila pri zavarovalnicah za dopolnilno zdravstveno zavarovanje (Vzajemna, Triglav, Adriatic Slovenica). Zaradi svojega statusa dobijo socialno ogroženi odločbo centra za socialno delo (CSD). V evidencah Zavoda za zdravstveno zavarovanje se osebi doda oznaka o socialni ogroženosti. Zavarovalna polica gre v času socialne ogroženosti v mi-

rovanje, tako da zavarovanec zavarovalnici ne plačuje mesečne položnice za doplačila. Zavarovalna polica postane spet aktivna po preteku odločbe. Izvajalci zdravstvenih storitve prek on-line sistema na podlagi oznake socialne ogroženosti pripornika oziroma zapornika računov/zahtevkov za doplačila (to je del celotne vrednosti zdravstvene storitve, ki ni krit iz obveznega zdravstvenega zavarovanja iz prispevkov za zdravstveno zavarovanje) ne izstavljajo zavarovalnicam za doplačila. Zaradi mirovanja police za zavarovanje za doplačila na zavodu prejmejo tudi račune/zahteveke za del za doplačila in ta del vsake storitve dvakrat letno vključijo v zahtevek, ki ga poravnava Ministrstvo za zdravje. Tako je Ministrstvo za zdravje v letu 2017 za vse osebe z odločbo CSD o statusu socialne ogroženosti plačalo 13.674.083,81 evra .

Da bi najranljivejšemu delu prebivalstva zagotovili dostopnost do zdravstvenega varstva, se Romom zagotavljajo dostopne, v skupnost vključene proaktivne vsebine, pri katerih izvajalci ne čakajo, da bodo Romi storitve začeli iskati sami, ampak prvi naredijo korak k pomoči potrebnim v njihovem okolju, da bi bila ozaveščenost o zdravstvenih storitvah in programih boljša ter da bi se bolj vključevali in pogosteje uporabljali zdravstvene storitve.

Glavne aktivnosti so:

- posredovanje zdravstvenih vsebin, programov, delavnic, izobraževanj in prenosi dobrih praks, namenjenih Romom, v skupnostih, v katerih živijo;
- izobraževanje in ozaveščanje strokovne javnosti ter zdravstvenega osebja o Romih in zdravju; izvedbe raziskav in evalvacij ...;
- izboljšanje kompetenc zdravstvenih delavcev, povezovanje in krepitev sodelovanja zdravstvenih delavcev z romskimi pomočniki in spodbujanje romske populacije k zdravemu življenjskemu slogu.

Ministrstvo za zdravje je tudi nacionalni organizator konferenc o zdravju Romov, ki so tematsko zasnovane; teme so na primer: Rominje – od deklitstva do starševstva (2015), Socialno-ekonomske determinante zdravja Romov (2016). Konference soorganiziramo tudi s partnerji, na primer v letu 2017 je bila v sodelovanju z Nacionalnim inštitutom za javno zdravje organizirana konferenca Dostopnost do zdravstvenega sistema za pripadnike romske etnične skupnosti, z Zvezo Romov Slovenije pa leta 2018 konferenca o zdravstvenem položaju Romov v Evropi.

Zelo pomembna je vloga ministrstva pri krepitvi sodelovanja in medsebojnem povezovanju vseh deležnikov, ki delujejo na področju izboljšanja zdravja Romov v Sloveniji, kot so zdravstveni domovi, nevladne organizacije in društva ter Nacionalni inštitut za javno zdravje. Na ta način se razpoložljivi viri uporabljajo bolj učinkovito, aktivnosti pa usmerjeno in načrtovano.

Ministrstvo za zdravje je skladno z Nacionalnim programom ukrepov Vlade RS za Rome za obdobje 2017–2021 izvedlo javni razpis za sofinanciranje programov zdra-



vstvenega varstva s poudarkom na zdravju romskih mladostnic, žensk in otrok (Uradni list RS, št. 43/2017 z dne 11. 8. 2017). Celoten znesek je znašal 110.000 evrov. Aktivnosti v okviru tega razpisa so se odvijale v romskih naseljih oziroma tam, ker je mogoče v največji meri vključiti ciljne skupine. Na razpis so se prijavili trije izvajalci:

- Romsko društvo Romani Union, ki je prijavilo program: Romska ženska – zdrava, enakopravna, odločna;
- Rdeči križ Slovenije, OE Novo mesto, ki je prijavil program: Zdravstveno ozaveščanje Rominj – Zdravo;
- Nacionalni inštitut za javno zdravje, OE Murska Sobota, ki je prijavil program: Reprodukativno zdravje in zdrava spolnost – program ozaveščanja in izobraževanja romskih pomočnikov.

Glavne aktivnosti so bile:

- izvedba programa pomoči, svetovanja in oskrbe ogroženih v različnih romskih naseljih,
- preventivni programi za dečke in deklice,
- mobilna svetovalna služba za Rome,
- ozaveščanje o zdravem in varnem spolnem življenju romskih žensk, s poudarkom na preprečevanju zgodnjih nosečnosti,
- zdravstvenovzgojno svetovanje na terenu.

Vsebine, povezane z zdravjem Romov, so financirane tudi s sredstvi Operativnega programa za izvajanje evropske kohezijske politike za programsko obdobje 2014–2020 (2).

Predstavljene vsebine in ukrepi torej temeljijo na individualiziranih, v življenjski prostor integriranih in nediskriminatornih paradigmah. O vsebini, ki se letno izvaja, se na podlagi strokovnih izhodišč dogovorijo nosilec in sodelujoči partnerji, pristojni za izvajanje.

*Literatura*

1. Nacionalni program ukrepov Vlade Republike Slovenije za Rome za obdobje 2017–2021. Urad Vlade RS za narodnosti. [http://www.un.gov.si/si/manjsine/romska\\_skupnost/ustavno\\_pravni\\_polozaj/](http://www.un.gov.si/si/manjsine/romska_skupnost/ustavno_pravni_polozaj/); preverjeno 18. 7. 2018.
2. Ministrstvo za zdravje. Socialna vključenost in zmanjšanje tveganja revščine. [http://www.mz.gov.si/si/za\\_izvajalce\\_zdravstvenih\\_storitev/investicije/evropska\\_kohezij-ska\\_politika\\_2014\\_2020/socialna\\_vkljucenost\\_in\\_zmanjsevanje\\_tveganja\\_revscine/](http://www.mz.gov.si/si/za_izvajalce_zdravstvenih_storitev/investicije/evropska_kohezij-ska_politika_2014_2020/socialna_vkljucenost_in_zmanjsevanje_tveganja_revscine/); preverjeno 18. 7. 2018.

# *Pravice Romov iz obveznega zdravstvenega zavarovanja*

Jerneja Župan, univ. dipl. prav.

mag. Martina Copot, univ. dipl. ekon.

*Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije*

### SISTEM OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

Nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), ki izvršuje javna pooblastila in pri odločanju o pravicah uporablja določbe Zakona o splošnem upravnem postopku. Z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ) je določena obvezna vključitev v obvezno zdravstveno zavarovanje vseh tistih oseb, ki izpolnjujejo določene pogoje. Za vsako kategorijo zavarovanih oseb so z ZZVZZ določeni tudi obseg pravic, zavezanec za prijavo v obvezno zdravstveno zavarovanje in zavezanec za plačilo prispevka. Romi so v obvezno zdravstveno zavarovanje vključeni pod enakimi pogoji, na enakih zavarovalnih podlagah (ki izhajajo iz prvega odstavka 15. člena ZZVZZ) in imajo enake pravice kot druge zavarovane osebe. Vse zavarovane osebe imajo pravico do zdravstvenih in zobozdravstvenih storitev, rehabilitacije, medicinskih pripomočkov, zdravil, zdraviliškega zdravljenja, prevoza z reševalnimi in drugimi vozili, načrtovanega zdravljenja v tujini, povračila potnih stroškov in drugih povračil stroškov. Le določene kategorije zavarovanih oseb so upravičene tudi do nadomestila plače za časčasne nezmožnosti za delo.

Velik del romske populacije, ki izpolnjuje pogoje, določene z Zakonom o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev (ZUPJS), je obvezno zdravstveno zavarovan na podlagi 21. točke prvega odstavka 15. člena ZZVZZ (zavarovalna podlaga 099). O pravici do vključitve v obvezno zdravstveno zavarovanje po tej podlagi z odločbo odloči center za socialno delo (CSD), pristojen po prebivališču osebe, evidentiranje obveznega zavarovanja se v evidencah ZZZS izvede programsko na podlagi elektronske izmenjave podatkov, zavezanca za plačilo prispevka za obvezno zdravstveno zavarovanje je občina stalnega prebivališča.

Vlagatelj vloge za uveljavljanje pravic iz javnih sredstev je upravičen do tega zavarovanja, če gre za osebo s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki ne izpolnjuje pogojev za zavarovanje po kateri drugi točki 15. člena ZZVZZ, izpolnjuje pa pogoje za denarno socialno pomoč, pri čemer se krivdni razlogi, zaradi katerih oseba sicer ne bi bila upravičena do denarne socialne pomoči, ne upoštevajo. Zavarovanje se začne s prvim dnem naslednjega meseca po vložitvi vloge, za obdobje priznanje pravice, največ do enega leta. Vlagatelj mora poskrbeti za pravočasno vložitev vloge za podaljšanje pravice, saj sicer pride do prekinitve pravice in posledično do prekinitve obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Največje število Romov živi na območju območnih enot ZZZS Maribor, Murska Sobota in Novo mesto, zato za te tri regije prikazujemo delež oseb, ki so obvezno zdravstveno zavarovane po zavarovalni podlagi 099 (skupaj z družinskimi člani), in primerjavo s slovenskim povprečjem (tabela 2). Podatkov o tem, koliko od teh oseb je Romov, ZZZS nima.

Tabela 2:

Število oseb, upravičenih do zdravstvenega zavarovanja iz javnih sredstev

Območna enota	Število oseb, zavarovanih na zavarovalni podlagi o99, in njihovi družinski člani	Delež v skupnem številu zavarovanih oseb
Maribor	11.112	3,5 %
Murska Sobota	4.917	4,6 %
Novo mesto	3.907	3,3 %
<b>ZZZS kot celota</b>	<b>54.344</b>	<b>2,6 %</b>

Precejšnji del Romov je vključen v delovno razmerje v Republiki Sloveniji, nekaj tudi v sosednji državi EU. Tisti, ki so zaposleni v drugi članici EU, si urejajo prijavo tuje bolniške blagajne na podlagi zakonodaje EU, v skladu s katero lahko oni in njihovi družinski člani v Sloveniji s slovensko kartico zdravstvenega zavarovanja uveljavljajo enak obseg storitev kot slovenski zavarovanci, delež stroškov zdravstvenih storitev, zdravil ali medicinskih pripomočkov, ki se krije iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, pa ZZZS dvakrat letno obračuna tujim nosilcem zavarovanja.

Kartico prejme vsaka zavarovana oseba ob prvi ureditvi obveznega zdravstvenega zavarovanja ali po izteku desetletne življenjske dobe kartice. Večinoma Romi dobro skrbijo za svoje kartice, le posamezniki kartico pogosteje izgubijo in morajo naročiti novo, plačljivo kartico, pred iztekom življenjske dobe izgubljene kartice.

### **DOPOLNILNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE IN KRITJE DOPLAČIL IZ PRORAČUNA**

V stodontnem deležu so iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja kriti zdravljenje in rehabilitacija zaradi poklicnih bolezni in poškodb pri delu, preventiva, zdravljenje in rehabilitacija otrok, učencev in študentov, ki se redno šolajo, otrok in mladostnikov z motnjami v telesnem in duševnem razvoju ter otrok in mladostnikov z nezgodno poškodbo glave in okvaro možganov, preventiva in zdravstveno varstvo žensk v zvezi s svetovanjem pri načrtovanju družine, kontracepcijo, nosečnostjo in porodom, zdravljenje in rehabilitacija nekaterih bolezni (maligne bolezni, mišične in živčno-mišične bolezni, paraplegije, tetraplegije, cerebralne paralize, epilepsije, hemofilije, duševne bolezni, razvite oblike sladkornih bolezni, multiple skleroze in psoriaze), nujna medicinska pomoč, vključno z nujnimi reševalnimi prevozi, in nekatere druge storitve.

Preostale storitve so iz obveznega zdravstvenega zavarovanja krite le v določenem odstotnem deležu, razliko pa krije dopolnilno zdravstveno zavarovanje ali proračun Republike Slovenije, če gre za osebo, ki ji je na podlagi ZUPJS z odločbo CSD priznana kritje doplačil. Do kritja doplačil so upravičeni zavarovanci in po njih zavarovani družinski člani, če navedenih pravic nimajo zagotovljenih v celoti iz obveznega zdravstvenega zavarovanja iz drugega naslova in če izpolnjujejo pogoj za pridobitev denarne socialne pomoči.

Dopolnilno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji kot prostovoljno zdravstveno zavarovanje (PZZ) izvajajo Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, Adriatic Slovenica in Triglav Zdravstvena zavarovalnica. Če določena oseba nima urejenega PZZ ali ni upravičena do kritja doplačil iz proračuna, mora iz svojega žepa poravnati delež stroškov, ki ni pokrit iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Romi, ki so zaposleni ali upokojeni, imajo večinoma urejeno PZZ. Romi, ki pa so upravičeni do denarne socialne pomoči, imajo z odločbo pristojnega CSD priznano tudi pravico do kritja doplačil iz proračuna. Sodelavci CSD so zelo prizadevni pri informiranju vlagateljev in Romom pomagajo pri izpolnjevanju vloge.

### *GEOGRAFSKA DOSTOPNOST DO ZDRAVSTVENIH STORITEV*

Romska naselja so večinoma oddaljena od centrov večjih mest in pomembnejših zdravstvenih ustanov, še posebej terciarnih ustanov (oba klinična centra, onkološki inštitut). Zato je v ambulantah precej zahtev romskih prebivalcev, naj jim osebni zdravnik zagotovi reševalni prevoz do izvajalca zdravstvenih storitev. Odločanje o pravici do prevoza in določitev vrste prevoza sta v pristojnosti zdravnika (izbranega ali napotnega), glede na trenutno zdravstveno stanje zavarovane osebe. Zavarovanci so ob izpolnjevanju zdravstvenih pogojev (nepokretnost, dializa, škodljivost prevoza z javnim prevoznim sredstvom ali osebnim avtomobilom) upravičeni do reševalnega ali sanitetnega prevoza le do najbližjega pogodbenega izvajalca.

Pravica do potnih stroškov romskim zavarovancem ne pomeni toliko kot reševalni ali sanitetni prevoz, saj se vsak mesec od izračune kilometrine odšteje tako imenovani odbitek oziroma lastna udeležba in pogosto do izplačila povračila sploh ne pride. Poleg tega romski zavarovanci pogosto nimajo lastnega prevoza oziroma svojcev, ki bi za njih izvedli ustrezen prevoz k izvajalcu zdravstvenih storitev.

Zavarovanim osebam je zagotovljena pravica do povračila potnih stroškov, kadar morajo zaradi diagnostike, zdravljenja ali rehabilitacije potovati k zdravniku ali v zdravstveni zavod v drug kraj, ali če jih osebni zdravnik, zdravstveni zavod ali ime-

novani zdravnik oziroma zdravstvena komisija pokliče v kraj izven kraja prebivališča oziroma zaposlitve zavarovane osebe.

Potni stroški pripadajo zavarovanim osebam le v primeru, ko potujejo k izvajalcem v drug kraj v zvezi z uveljavljanjem pravic, opredeljenih v 1., 2. ali 3. točki prvega odstavka 23. člena ZZVZZ, torej ne v primeru vseh zdravstvenih storitev. V nobenem primeru pa zavarovana oseba ni upravičena uveljavljati potnih stroškov ob tako imenovanih »vikend izhodih« in »tehničnih odpustih« v času hospitalnega zdravljenja. Zavarovana oseba je upravičena do potnih stroškov do najbližjega izvajalca, ki je usposobljen za storitve, zaradi katerih je bila napotena.

*Literatura*

1. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C, 47/15 – ZZSDT, 61/17 – ZUPŠ in 64/17 – ZZDej-K.; pridobljeno 30.11.2018.
2. Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja. Uradni list RS, št. 30/03 – uradno prečiščeno besedilo, 35/03 - popr., 78/03, 84/04, 44/05, 86/06, 90/06 – popr., 64/07, 33/08, 7/09, 88/09, 30/11, 49/12, 106/12, 99/13 – ZSVarPre-C, 25/14 – odl. US, 25/14, 85/14 in 64/18; pridobljeno 30.11.2018.
3. Zakon o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev. Uradni list RS, št. 62/10, 40/11, 40/12 – ZUJF, 57/12 – ZPCP-2D, 14/13, 56/13 – ZŠtip-1, 99/13, 14/15 – ZUUJFO, 57/15, 90/15, 38/16 – odl. US, 51/16 – odl. US, 88/16, 61/17 – ZUPŠ in 75/17; pridobljeno 30.11.2018.
4. Navodilo za uveljavljanje pravice zavarovanih oseb do prevoza z reševalnimi in drugimi vozili v obveznem zdravstvenem zavarovanju. <http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/9D1FC2078ECD4A63C1257C4300377A41?OpenDocument>; pridobljeno 30.11.2018.
5. Statistični podatki ZZZS.



*Prikaz  
izbranih kazalnikov  
zdravja in  
zdravstvenega varstva  
pri Romih v Sloveniji*

Victoria Zakrajšek, dr. med., spec.

Tatjana Krajnc - Nikolić, dr. med., spec., MScPH (UK)

*Nacionalni inštitut za javno zdravje*

## UVOD

Ocena zdravstvenega stanja Romov v Sloveniji v zadnjem desetletju temelji na rezultatih dveh raziskav, ki ju je izvedel Zavod za zdravstveno varstvo Murska Sobota. Prva raziskava je presečna pregledna epidemiološka raziskava, izvedena pri odraslih prebivalcih romske skupnosti v Pomurju o temi z zdravjem povezanega vedenjskega sloga. Rezultati so pokazali, da je življenjski slog odraslih prebivalcev romske skupnosti nezdrav. Izstopa višji odstotek kadilk in kadilcev, nezadostno uživanje sadja in zelenjave ter visok delež anketirancev, kateri uživajo sladkane brezalkoholne pijače vsak dan [1]. Druga raziskava je bila usmerjena v raziskovanje zdravja in uporabe zdravstvenih storitev romskih žensk v Sloveniji. Rezultati raziskave so pokazali regionalne razlike v zdravju med romskimi ženskami v Pomurju in preostalimi deli Slovenije v prid Rominj, ki živijo v Pomurju, višjo ranljivost žensk ter večje doživljanje stresa in osamljenosti v primerjavi z moškimi [1].

Primerjava podatkov o vedenjskem slogu odraslih med splošnim prebivalstvom Pomurja in pripadniki romske skupnosti je pokazala slabše kazalnike pri Romih. Pri tem je treba poudariti, da so kazalniki zdravja in vedenjskega sloga prebivalcev Pomurja v primerjanem obdobju na splošno slabši kot povprečne vrednosti v Sloveniji [2].

Na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje (NIJZ) se je v letih 2017 in 2018 izvajala raziskava z naslovom »Prikaz koriščenja zdravstvenih storitev Romov v sistemu zdravstvenega varstva Slovenije«. Namen raziskave je bil prispevati k zmanjševanju neenakosti v zdravju romske populacije v Sloveniji in pridobiti celovit vpogled v zdravstveno stanje in zdravstvene potrebe Romov v Sloveniji, za opredelitev potreb in identifikacijo ovir za te storitve.

## METODOLOGIJA RAZISKAVE

Raziskava je potekala v dveh fazah: kvantitativni in kvalitativni. V prvi fazi je bila izvedena analiza podatkov iz podatkovnih baz NIJZ o rodnosti, umrljivosti, bolnišničnih obravnavah in porabi zdravil med Romi v obdobju od leta 2012 do leta 2014. Ciljna populacija so bile osebe, ki so bile evidentirane kot Romi, prebivalci izbranih naselij, ki so bila določena na podlagi razpoložljivih podatkov o poselitvi pripadnikov romske etnične skupnosti v Sloveniji. Ti podatki so bili pridobljeni leta 2013 v sklopu projekta »Dvig socialnega in kulturnega kapitala v okoljih, kjer živijo predstavniki romske skupnosti«, ki ga je izvajal Geodetski inštitut Slovenije (GIS) s sodelovanjem Statističnega Urada RS, Geodetske uprave RS (GURS), Ministrstva za izobraževanje, znanost in šport (MIZŠ) ter območnih Centrov za socialno delo (CSD). GIS je iz orto-foto posnetkov iz zraka določil področja Slovenije, kjer živijo Romi. Dodatne informacije o osebah, ki so bile identificirane kot Romi, so prijeli s CSD iz različnih občin in GURS. S pomočjo teh

posnetkov je GIS pripravil seznam hišnih števil (MID<sup>1</sup>), na katerih so bile prijavljene te osebe. Analizirana območja so vsebovala 917 hišnih števil, ki so bile razporejene v 67 različnih teritorialnih enot, v petih statističnih regijah. Te hišne številke so bile v toku priprave podatkov še enkrat pregledane, morebitne izstopajoče številke pa odstranjene. Preko hišnih števil so bile definirane osebe, prijavljene na teh naslovih. Preko identifikatorjev teh oseb so bili povezani podatki iz zbirk, ki jih upravlja NIJZ. Podatki so bili naknadno anonimizirani (vsi identifikatorji so bili odstranjeni). Ciljna populacija so bile osebe, stare od 0 do 89 let, ki imajo stalno prebivališče v petih regijah: pomurska, savinjska, spodnjeposavska, osrednjeslovenska in jugovzhodna Slovenija. Ciljna populacija na tak način evidentiranih Romov je obsegala okrog 6.500 oseb.

Druga faza raziskave je potekala v obliki polstrukturiranih intervjujev s pomembnimi deležniki, ki so dejavni na različnih ravneh zdravstvenega varstva Romov, vključno s predstavniki Romske skupnosti Slovenije. Skupaj je bilo izvedenih 9 intervjujev. Udeleženci so bili: predstavnik Sektorja za organizacijo zdravstvenega varstva na Ministrstvu za zdravje, profesorica zdravstvene vzgoje na NIJZ OE Murska Sobota, diplomirana fizioterapevtka s pedagoško-andragoško izobrazbo na NIJZ OE Novo mesto, strokovna delavka na SCD Novo mesto, medicinska sestra iz Zdravstvenega doma Murska Sobota, predsednik Zveze Romov Slovenije, podpredsednik Zveze Romov Slovenije, glavna urednica Romskega informativnega centra ROMIC in predstavnica romske skupnosti.

## REZULTATI RAZISKAVE

### PRVA FAZA RAZISKAVE

#### Umrljivost Romov

Raziskava je pokazala, da je povprečna življenjska doba za moške Rome 48 let, za ženske pa 63 let, kar je v povprečju (55 let) skoraj za 20 let manj v primerjavi s splošnim prebivalstvom Slovenije (77 let). Delež prezgodnje umrljivosti je pri Romih izrazito večji in zajema 69 odstotkov (povprečje za Slovenijo je 19 odstotkov).

Analiza umrljivosti je pokazala, da je bila v opazovanem obdobju starostno standardizirana stopnja umrljivosti pri Romih do 65 leta starosti skoraj dvakrat večja v primerjavi s splošnim prebivalstvom Slovenije. Največja razlika je bila pri dojenčkih do 1. leta starosti (umrljivost pri Romih je 4 krat višja) in pri otrocih od 1. do 4. leta starosti (umrljivost pri Romih je 7 krat višja). Od 30. leta starosti umrljivost pri Romih izrazito raste in med 40. do 49. leti dosega vrh (4 krat višja) (tabela 3).

<sup>1</sup> MID hišna številka - V skladu s pravilnikom GURS je enolični identifikator, ki se določi v okvirju države za potrebe računalniškega vodenja registra prostorskih enot ob evidentiranju vsaki prostorski enoti, ulici in hišni številki.

Tabela 3.

 Starostno specifična stopnja umrljivosti<sup>2</sup> med romskim in splošnim prebivalstvom Slovenije (na 1000 prebivalcev), 2012-2014.

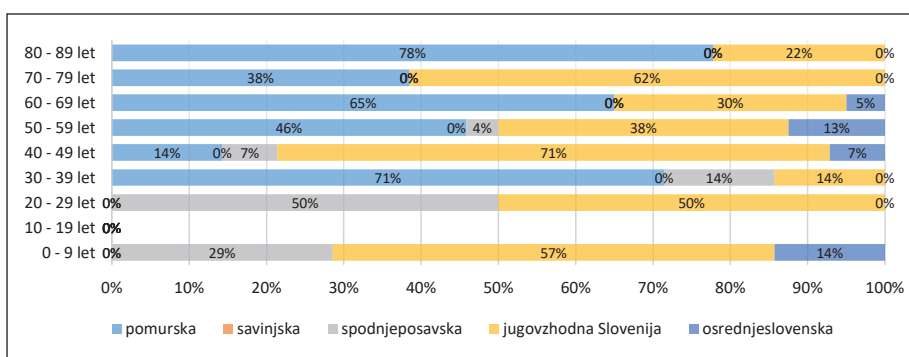
Starostna skupina	Romi, 2012-2014			Celotno prebivalstvo, 2012-2014			p-vrednost
	Število umrlih	Število oseb v populaciji	Stopnja umrljivosti	Število umrlih	Število oseb v populaciji	Stopnja umrljivosti	
Do 1 leta	4	456	8,77	137	65315	2,10	
1-9	3	3963	0,76	53	556049	0,10	
10-19	0	3480	0,00	99	568475	0,17	
20-29	2	5895	0,34	337	760528	0,44	
30-39	7	2856	2,45	642	928419	0,69	
40-49	14	2325	6,02	1510	908641	1,66	
50-59	24	1812	13,25	4659	916531	5,08	
60-64	12	615	19,51	4009	407462	9,84	
65 in več	30	822	36,50	46031	1065285	43,21	
Standardizirana stopnja umrljivosti <sup>3</sup> (od 0 do 64 let)	355,87			223,93			0,0002
Standardizirana stopnja umrljivosti (65 let in več)	3649,63			4321,01			0,344

Ocena starostno specifične stopnje umrljivosti Romov po statističnih regijah v opazovanem obdobju je pokazala, da pri otrocih od 0 do 9 let in mladih odraslih od 20 do

<sup>2</sup> Starostno specifična stopnja umrljivosti je razmerje med številom oseb v določeni starostni skupini, umrlih v opazovanem koledarskem letu, in skupnim številom prebivalstva te starostne skupine sredi istega leta, pomnoženo s 1000.

<sup>3</sup> Starostno standardizirana stopnja umrljivosti je metoda direktne standardizacije, kjer se izračun stopnje umrljivosti na 100.000 prebivalcev, razdeljen po petletnih starostnih skupinah, umeri s preračunom na standardno populacijo, kar izniči razlike v populaciji glede starosti prebivalstva posameznih držav/regij/teritorija. Ta postopek omogoči neposredno primerjavo stopenj umrljivosti po posameznih populacijah, ne glede na razlike v starostni strukturi prebivalstva posamezne države ali različnih skupin prebivalstva (Vir: Zdravstveni statistični letopis Slovenije 2016, NIJZ). Standardizirano na ESP 2013.

29 let izrazito izstopajo jugovzhodna Slovenija in spodnjeposavska regija. V pomurski regiji umrljivost začne naraščati po 40. letu starosti (Slika 5). Kar zadeva porazdelitev umrljivosti po diagnozah, pri Romih izstopa umrljivost zaradi rakavih obolenj (C00-D48), bolezni obtočil (I00-I99) in bolezni dihal (J00-J99). Pri otrocih do 5 leta starosti med vzroki smrti opazimo prirojene malformacije, deformacije in kromosomske nenormalnosti Q00-Q99 (dva primera od šestih), nepojasneni vzroki R00-R99 (dva primera od šestih), patologije perinatalnega obdobja P00-P96 in bolezni živčevja G00-G96 (po en primer na skupino). Pri interpretaciji rezultatov je treba upoštevati dejstvo, da gre za zelo majhno število primerov v romski populaciji. Razlog tega je verjetno posledica več dejavnikov. Za ugotavljanje točnih vzrokov visoke otroške in splošne umrljivosti pri Romih bi vsekakor potrebovali bolj poglobljeno raziskavo.



Slika 5.

Starostno specifična stopnja umrljivosti med romskim prebivalstvom Slovenije po statističnih regijah (stopnja na 1000 prebivalcev), 2012-2014.

### Obolevnost pri Romih

Primerjava stopnje bolnišničnih obravnav Romov je pokazala 2 krat višjo obolevnost (tabela 4). Podroben pregled po starostnih skupinah je pokazal izrazito višje stopnje pri dojenčkih (3,5 krat več) in mlajših otrocih od 1. do 3. leta starosti (2,6 krat več) glede na iste starostne skupine neromskih otrok. Ocena stopnje bolnišničnih obravnav Romov po statističnih regijah je pokazala, da po številu hospitalizacij značilno izstopata spodnjeposavska (2 krat več) in pomurska regija (2,4 krat več) v primerjavi s splošnim prebivalstvom Slovenije v istih regijah.

Tabela 4.

Stopnje bolnišničnih obravnav romskega in splošnega prebivalstva Slovenije glede na glavno diagnozo po skupinah MKB-10 (stopnja na 1000 prebivalcev), 2012 – 2014.

Diagnoza MKB-10	Stopnja BO	Stopnja BO
Infekcijske in parazitarne bolezni (A00-B99)	19,9	5,6
Neoplazme (C00-D48)	6,8	17,5
Bolezni krvi in krvotvornih organov (D50-D89)	3,3	1,7
Endokrine, prehranske in presnovne bolezni (E00-E90)	7,6	3,6
Duševne in vedenjske motnje (F00-F99)	9,7	5,6
Bolezni živčevja (G00-G99)	8,4	4,3
Bolezni očesa in adneksov (H00-H59)	1,2	2,1
Bolezni ušesa in mastoida (H60-H59)	2,7	1,1
Bolezni obtočil (I00-I99)	15,6	20,6
Bolezni dihal (J00-J99)	47,8	14,9
Bolezni prebavil (K00-K93)	15,6	13,5
Bolezni kože in podkožja (L00-L99)	5,1	2,2
Bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva (M00-M99)	5,6	10,1
Bolezni sečil in spolovil (N00-N99)	12,9	10,5
Nosečnost, porod in poporodno obdobje (O00-O99)	45,1	2,8
Nekatera stanja, ki izvirajo v perinatalnem obdobju (P00-P96)	6,1	0,7
Prirojene malformacije in kromosomske nenormalnosti (Q00-Q99)	2,0	1,2
Simptomi, znaki ter nenormalni klinični in laboratorijski izvidi (R00-R99)	17,8	7,0
Poškodbe in zastrupitve (S00-T98)	14,1	15,6
Dejavniki, ki vplivajo na zdravstveno stanje in na stik z zdravstveno službo (Z00-Z99)	65,1	8,3

Porazdelitev po diagnozah je pokazala, da imajo Romi najvišjo stopnjo hospitalizacij zaradi bolezni dihal (J00-J99), infekcijskih in parazitarnih bolezni (A00-B99), bolezni obtočil (I00-I99), bolezni prebavil (K00-K93) in bolezni sečil ter spolovil (N00-N99). Najvišja stopnja bolnišničnih obravnav Romov pa je bila v skupini Z00-Z99 (Dejavniki, ki vplivajo na zdravstveno stanje in na stik z zdravstveno službo)(tabela 2).

### Poraba zdravil pri Romih

Analiza porabe zdravil pri Romih in splošnem prebivalstvu Slovenije je pokazala, da je le-ta pri Romih v povprečju za 9 odstotkov večja. Primerjava DID (definiran dnevni odmerek na osebo na dan) po skupinah ATC-klasifikacije med romskim in splošnim prebivalstvom Slovenije je pri Romih pokazala za 188 odstotkov večjo porabo zdravil skupine P (antiparazitiki, insekticidi in repelenti), za 98 odstotkov večjo porabo zdravil za bolezni dihal, za 50 odstotkov večjo porabo zdravil za sistemsko zdravljenje infekcij, za 20 odstotkov večjo porabo zdravil za bolezni kože in podkožnega tkiva ter za 10 odstotkov večjo porabo zdravil z delovanjem na živčevje. Pregled števila izdanih receptov za romsko populacijo po regijah je pokazal, da je največja poraba zdravil med Romi v pomurski regiji (56 odstotkov vseh receptov, izdanih za Rome), kar je skladno s kazalnikom visoke stopnje bolnišničnih obravnav v tej regiji, sledi pa ji jugovzhodna Slovenija (32 odstotkov). Primerjava po ATC-skupinah je v skupinah P – antiparazitiki, insekticidi in repelenti (66 odstotkov) in V – razna zdravila (65 odstotkov) pokazala izrazito izstopanje jugovzhodne Slovenije. V pomurski regiji je najvišja poraba zdravil v skupinah H – hormonska zdravila za sistemsko zdravljenje (65 odstotkov), G – bolezni sečil in spolovil (64 odstotkov), L – zdravila z delovanjem na novotvorbe (63 odstotkov) in N – zdravila z delovanjem na živčevje (60 odstotkov). V osrednjeslovenski regiji je največja poraba zdravil skupine A za bolezni srca in ožilja.

### Rodnost Rominj

Analiza rodnosti je pokazala, da je le-ta pri romskih ženskah v opazovanem obdobju bila dvakrat višja, s tem da sta skoraj dve tretjini porodov pri Rominjah, starih od 15 do 24 let (v povprečju 24 odstotkov porodov v starostni skupini do 19 let, 31 odstotkov porodov v skupini 20-24 let), 22 odstotkov porodov je v skupini 25-29 let in le 6 odstotkov oziroma en odstotek v skupinah 35-39 let in 40-45 let. Najmlajše Rominje v opazovani skupini so bile stare 14 let, najstarejše pa 44 let. Povprečna starost porodnic je bila pri Rominjah skoraj za pet let nižja (24,6 leta) kot pri ženskah splošnega prebivalstva (29,1 leta). Celotna stopnja rodnosti, ki prikazuje povprečno število otrok na eno žensko v rodni dobi, je bila pri Rominjah v povprečju 2,75 (z največjo vrednostjo 2,84), v Sloveniji pa po podatkih SURS znaša 1,58. Ocena stopnje rodnosti pri romskih ženskah po statističnih regijah je pokazala, da po številu porodov značilno izstopata jugovzhodna Slovenija in spodnjeposavska regija (za 59 odstotkov in 65 odstotkov več porodov). Opazimo, da je rodnost Rominj v pomurski regiji izrazito nižja kot na Dolenjskem in v Posavju. Rodnost Rominj v osrednjeslovenski regiji pa je relativno blizu sliki rodnosti splošnega prebivalstva Slovenije (z najnižjimi vrednostmi v skupini do 19 let in visokimi vrednostmi v skupini 35-39 let).

## DRUGA FAZA RAZISKAVE

Podrobno proučevanje rezultatov druge faze raziskave, ki je potekala v obliki intervjujev, je pojasnilo pogled deležnikov različnih ravni zdravstvenega varstva Romov na posebnosti njihovega življenjskega sloga, na vpliv le-tega na njihovo zdravje in na njihov odnos do lastnega zdravja ter sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji. Večina intervjuvancev se je strinjala, da je na splošno gledano življenjski slog Romov nezdrav – veliko kadijo, premalo se gibljejo, uživajo visokoenergetsko, hranljivo manjvredno in vitaminsko osiromašeno hrano, pijejo veliko kave. Med ključnimi zdravstvenimi težavami so navajali bolezni dihal, sladkorno bolezen tipa II, srčno-žilne bolezni, debelost (posebej pri otrocih), rakava obolenja, slabo duševno zdravje (depresije, stres, psihoze) in porast različnih odvisnosti (alkohol, igre na srečo, pomirjevala). Prav tako so poročali, da je socialno-ekonomski položaj večine romskega prebivalstva v Sloveniji slab, velik delež jih živi pod pragom revščine, v neustreznih življenjskih razmerah in z neurejeno infrastrukturo bivanja, kar se posledično odraža na slabšem zdravstvenem stanju. Na področju zdravstvenega varstva so poudarjali finančno in geografsko nedostopnost, nerazumevanje in nemoč pri prehodu skozi zapleten sistem organizacije zdravstvenega varstva, neenakost pri obravnavi in nezaupanje pacientov – Romov do izvajalcev zdravstvenih storitev. Kar zadeva odnos žensk do ginekologov in reproduktivnega zdravja, so se intervjuvanci strinjali, da so vse Rominje zelo sramežljive in da imajo odpor do ginekologov, tema kontracepcije je v večini družin tabu. Pogosto so omenjali podrejen socialni položaj žensk v romski družbi in posledično negativen vpliv le-tega na njihovo samopodobo in zdravstveno stanje.

Intervjuvanci so izrecno poudarili, da se Romi v Sloveniji med seboj zelo razlikujejo. Strinjali so se, da je položaj Romov v Prekmurju v celoti boljši, saj tam Romi živijo že od 19. stoletja, vpeti so v lokalno skupnost in povzemajo navade večinskega prebivalstva. Na Dolenjskem in v Beli krajini je situacija popolnoma drugačna – večji del romskih naselij nima urejene infrastrukture, mnogi živijo v bivalnikih ali barakah brez elektrike in pitne vode. V družini pogosto ni zaposlen niti en član, živijo od socialne pomoči ali pa se vključujejo v občasna sezonska dela. Prav tako imajo prekmurski Romi zelo spoštljiv in pozitiven odnos do zdravstvenih ustanov, večina jih ima urejeno zdravstveno zavarovanje, osebnega zdravnika, pediatra, ženske imajo izbrane ginekologe in uporabljajo kontracepcijska sredstva. Na jugovzhodu pa je zaupanje zdravnikom še vedno velika težava, saj poleg jezikovne ovire pri tamkajšnjih Romih še vedno obstaja strah pred uradnimi institucijami, ki so imele vrsto let odklonilen odnos do Romov.



## ZAKLJUČKI

Rezultati raziskave so pokazali, da je v primerjavi z večinskim prebivalstvom Slovenije zdravstveno stanje Romov slabše. Ugotovitve kažejo, da se zdravstveno stanje med romskimi skupinami v Sloveniji zelo razlikuje, kar je treba upoštevati pri pripravi in izvajanju javnozdravstvenih ukrepov.

Glede na statistično značilne razlike kazalnikov med regijami, kjer živijo Romi, v prid Romov v Pomurju, je mogoče sklepati, da boljša vključenost v okolje in širšo družbo, bolj urejene bivalne razmere ter sprejetost s strani večinskega prebivalstva tudi pri pripadnikih romske skupnosti v Sloveniji ugodno vplivajo na zdravje.

Mladoletniška rodnost in reproduktivno zdravje v celoti sta prioriteta javnozdravstvena problema, ki zahtevata multisektorsko sodelovanje.

Večja umrljivost pri dojenčkih, kljub bolj pogosti uporabi zdravstvenih storitev, zahteva dodatno poglobljeno analizo vsakega posamičnega primera. Lahko pa izpostavimo, da na umrljivost dojenčkov še posebej vplivajo socialno-ekonomski dejavniki. Predčasna umrljivost je pogosto povezana s preprečljivimi vzroki, ki so posledica nezdravega življenjskega sloga in nizke stopnje uporabe obstoječih preventivnih in presejalnih programov.

Na zdravje Romov v Sloveniji na splošno vplivajo predvsem socialno-ekonomski dejavniki, kot so neprimerne bivalne razmere, nizka stopnja splošne in zdravstvene pismenosti, večgeneracijska brezposelnost, revščina, večplastna prikrajšanost in socialna izključenost.

*Literatura*

1. Romi in zdravje: zbornik prispevkov nacionalnih konferenc. Ljubljana. Ministrstvo za zdravje. 2010.
2. Belović B., Zaletel Kragelj I., Farkaš - Lainščak J. Murska Sobota: Pomursko društvo za boj proti raku: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015.
3. Zakrajšek V. Prikaz koriščenja zdravstvenih storitev Romov v sistemu zdravstvenega varstva Slovenije. Specialistično delo. Zdravniška zbornica Slovenije. Ljubljana, 2018.

*Primer  
uspešnega sodelovanja  
na področju  
izboljšanja zdravja  
pripadnikov romske  
etnične skupnosti*

Program izobraževanja  
za skupino  
romskih pomočnikov

Zdenka Verban Buzeti, prof.zdrav.vzgoje  
*Nacionalni inštitut za javno zdravje*

## UVOD

Projekt »Uspešno vključevanje Romov v okolje – zdrav življenjski slog«, ki se je izvajal v obdobju 2016–2018, je financiral Evropski strukturni sklad. Aktivnosti iz projekta so usmerjene v dvig informiranosti in ozaveščenosti pripadnikov etnične skupine Romov na področju krepitve zdravja in preprečevanja bolezni. Med cilje projekta sodi izobraževanje romskih pomočnikov, ki bodo imeli dvojno vlogo – vlogo izobraževalcev šolarjev in vlogo vzora v skupnosti. Za ta namen je v okviru projekta pripravljen in pilotno implementiran program izobraževanja za skupino romskih pomočnikov.

**Namen** oziroma glavni cilj programa je krepitev in varovanje zdravja ter spodbujanje zdravega življenjskega sloga pripadnikov romske skupnosti (romskih pomočnikov, otrok, šolarjev in staršev).

**Romi** v Sloveniji so brez dvoma ena najbolj marginaliziranih in depriviranih skupin, in sicer zaradi različnih razlogov: zaradi revščine, njihove subkulture in drugačnosti. Mnogo je dejavnikov, ki vplivajo na uspešnost romskih otrok v procesu vzgoje in izobraževanja. Na te dejavnike opozarjajo različni avtorji ob različnih analizah šolskega sistema in šolske uspešnosti ter pri tem ugotavljajo, da zaradi sociokulturnih okoliščin Romi nimajo enakih možnosti v izobraževanju kot preostali slovenski državljani. »Pogosto slišimo pritožbe, da so romski otroci v šolah problematični, agresivni, nasilni, nedelavni, neprilagodljivi, vzgojno zanemarjeni, da terorizirajo in negativno vplivajo na neromske učence ipd. Premalokrat pa se vprašamo, kaj doživlja in kako se počuti romski otrok v množici njemu tujih vrstnikov. In če se postavimo na njegovo stran, lahko vidimo vrsto dejavnikov, ki kažejo na diskriminacijo, prikrajšanost in s tem kršitve otrokovih pravic.« (1)

Otroci in mladostniki veljajo za relativno zdravo populacijo. Pestijo jih predvsem posebnosti, ki so povezane z načinom življenja. Po podatkih raziskave »Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju« več kot polovica mladostnikov ne zajtrkuje, ne uživa redno sadja in zelenjave, četrtnina jih vsakodnevno pije sladkane pijače, prav tako jih več kot četrtnina ni dovolj telesno dejavna in več kot polovica jih dnevno preživi pred televizijo več kot dve uri. Manj kot tretjina jih spi skladno s priporočili (2). Med dejavnike tveganja v tem obdobju lahko prištevamo še nezdravo preživljanje prostega časa, motnje prehranjevanja, zlorabo drog, motnje duševnega razvoja, težave v komunikaciji z vrstniki in odraslimi ter druge dejavnike(3).

**Šola** je poleg družine okolje, ki je ključno pri razvoju otroka in mladostnika. V šoli otroci in mladostniki preživijo velik del svojega življenja. Ob tem poleg doseganja znanja razvijajo svoje veščine, samopodobo, vrednote. Šola je lahko po eni strani vir zdravih življenjskih navad, če je šolsko okolje podporno. V takem primeru je »varovalni dejavnik«, ki z vidika preventive in promocije zdravja predstavlja podporno okolje. Po drugi strani pa se otrok in mladostnik v šoli lahko srečuje z občutki nezadovoljstva, neuspeha.

V sodelovanju s starši in širšo družbeno skupnostjo lahko šola razvije dolgoročne, usklajene in razvojno usmerjene programe promocije zdravja. S tem, da mladim pomagajo razviti sposobnosti za reševanje problemov v življenju, jim ti programi ponudijo več kot samo posredovanje informacij o zdravju. Naučijo jih sposobnosti in spretnosti reševanja problemov, povezanih z zdravim življenjskim slogom.

Ko govorimo o povezavah in odnosih med življenjskim slogom in zdravjem, je še posebej pri šolarjih treba upoštevati model družbenih vplivov na posameznikovo vedenje in odnos do zdravja.

Na primeru nezdravega prehranjevanja staršev, učiteljev in drugih odraslih lahko vidimo, da ti dejavniki prispevajo k oblikovanju vrednot, mišljenja in vedenja otrok ter mladostnikov v zvezi s prehranjevanjem. Tako dobi šolar prve informacije o zdravju v času socializacije, ki poteka v družini, šoli ali v širšem okolju. To je temeljni okvir, v katerega posameznik umešča novo znanje in v katerem ga vrednoti. Poudariti je torej treba, da šolarji na področju zdravja ne pridobijo izkušenj le v šoli, temveč tudi v družinskem in širšem družbene okolju, in da nanje močno vplivajo tudi sodobni mediji.

Zdravje se torej izgrajuje v najrazličnejših okoljih, kjer ljudje živijo, delajo in preživljajo prosti čas. Prav šola pa je ključno okolje za promocijo zdravja.

Zdravstvena vzgoja ali vzgoja za zdravje ni le stvar rednega učnega programa, ki poteka v razredu. Koncept šole, ki promovira zdravje, temelji na dejstvu, da se ob podpori šole, družine in družbene skupnosti poveča učinkovitost pouka v razredu. Pri tem govorimo o »skritem učnem programu«. Kadar snov, ki jo obravnavamo v razredu, ne najde svoje potrditve v praksi in vrednostnem sistemu šole, družine in družbenega okolja, je v očeh šolarja, ki je dovteten za zunanje vplive, njena sporočilna vrednost močno zmanjšana.

Kako pa lahko ustvarimo spodbudno šolsko okolje, klimo, ki promovira zdravje?

- Z vrednotami in idejami, na katerih temeljijo organizacija, program in kader v šolah (šolska prehrana, odnosi med učenci in učiteljem ter med samimi učitelji in enako vrednotenje za enake prispevke, ne glede na intelektualne sposobnosti ali učni uspeh posameznega učenca ...).
- S tesnejšim povezovanjem s starši in družino. Te stike lahko spodbujamo na različne načine, na primer z razvojem in uporabo skupnih gradiv za šolo in družino. Tako v dejavnosti vključimo tudi starše in jih tesneje povežemo s prizadevanji njihovih otrok in šole na področju promocije zdravja.
- S tesnejšimi vezmi in sodelovanjem med šolo in družbeno skupnostjo.
- S podporo političnega in zakonodajnega »okolja«.

Srce šole, ki promovira zdravje, pa je učitelj in njegovo strokovno delo. Podariti je treba pomen pragmatičnega pristopa, saj z majhnimi koraki lahko pridemo do pomembnih sprememb. Vztrajnost naj bo glavno vodilo učitelja – inovatorja pri vzgoji za zdravje.

### *SPECIFIČNI CILJI PROGRAMA:*

1. Krepitev duševnega zdravja romskih otrok in šolarjev s spodbujanjem pozitivne samopodobe, razvijanjem lastne sposobnosti odločanja, spodbujanjem oblikovanja vrednot, ki bodo vplivale na odločanje v zvezi z zdravjem, razvijanjem veščin komuniciranja in spoznavanjem načinov premagovanja stresa.
2. Oblikovanje pozitivnih stališč do zdravega življenjskega sloga (za odrasle: pomen preventivnih programov, za šolarje: nekajenje in spodbujanje k sprejemanju pozitivnih odločitev, pomoč pri reči »NE« v okviru zlorabe drog in alkohola, pomoč pri prepoznavanju vloge spolnosti v zdravju kot celoti in pri sprejetju le-te kot odnosa do sebe in drugih).
3. Prek učnih delavnic o zdravi, uravnoteženi prehrani in pomenu telesne dejavnosti otroka in šolarja vplivati na prehranjevalne navade, gibalne aktivnosti in s tem na krepitev zdravja in spodbujanje zdravega življenjskega sloga.

### *SPLOŠNA UTEMELJITEV PROGRAMA IN METODOLOGIJA*

Program temelji na teoretičnih izhodiščih, ki so nastala na podlagi različnih študij. Ena pomembnejših raziskav pri oblikovanju programa je bila raziskava v okviru Evropske mreže zdravih šol, pri kateri so sodelovali Svetovna zdravstvena organizacija, Evropska komisija in Svet Evrope. Raziskane so bile učne dejavnosti in materiali za učne delavnice o spodbujanju duševnega zdravja mladostnikov.

Osnova za načrtovanje programa je tudi metodično gradivo organizacije Amnesty International, ki je skupek uspešnih in preizkušenih učnih metod ter priročnikov različnih držav z dolgoletno tradicijo na področju učenja medčloveških komunikacij. (4)

Pristopi, ki so razviti za delovanje v šolskem okolju, so spodbudni in primerni za skupino šolarjev, ki so posebej ranljivi. Konceptualna izhodišča za varovanje zdravja za ranljive skupine so namreč naslednja: koncept celostnega pojmovanja zdravja, koncept »širokega socialnega pogleda« in koncept varovalnih dejavnikov.

Mladostniki so v prizadevanju za svojo avtonomijo zbegani od vrste razvojnih stisk, nezadovoljni s seboj in drugimi, negotovi na področjih, kjer niso deležni pravih spodbud ali pa so bili kdaj ranjeni zaradi neugodnih izkušenj, in si tako nezavedno gradijo svojo samopodobo.

Prav zato je pri spodbujanju duševnega zdravja mladostnikov pomembno, da jim pomagamo pri zavedanju o lastnem mišljenju in čustvovanju. Iz tega izhaja dejstvo, da jih ne moremo poučevati, kako naj postanejo in ostanejo telesno zdravi, če pri tem ne upoštevamo njihovih čustvenih in socialnih potreb.

Ustreznost programa z njegovimi prioritetami je v tesni povezavi vzgoje za zdravje in krepitev duševnega zdravja. Pri taki povezanosti je učenje aktiven pedagoški proces, v katerem se mentor najprej spozna s potrebami, čustvovanjem in doživljanjem svojih učencev in jih spodbuja k temu, da prevzamejo odgovornost za svoj razvoj, da se zavejo, da lahko sami vplivajo na svoje življenje in da znajo sami sprejemati odločitve, da so samoodgovorni in samoiniciativni.

Na področju vzgoje za zdravje upoštevamo naslednje sodobne ekonomske, družbene, politične, kulturne in okoljske trende:

- spremembe v otroštvu in odrasčanju, fenomen »staranja družb« in spremenjene medgeneracijske odnose;
- spremembe, povezane z enakostjo med spoloma in v družini;
- spremembe v znanju, tehnologiji in delu;
- spremembe v načinu življenja nasploh in potrošnji ter nastajanje novih oblik neenakosti.

Tako kot v celotnem šolskem sistemu tudi pri vzgoji za zdravje mladostnikov ne gre samo za spremembe pri načinu dela, ampak za usmerjenost in ustvarjanje pogojev za vseživljenjsko učenje, kar pomeni: učiti se, da bi vedeli; učiti se, da bi znali delati; učiti se, da bi znali živeti v skupnosti, in učiti se biti.

Promocija duševnega zdravja skozi aktivno učenje zdravstvenovzgojnih vsebin je ustvarjanje pogojev, da bi se lahko odvijal proces oblikovanja celovite osebnosti, s poudarkom na znanju, kritičnem razsojanju, medsebojnem sodelovanju, odgovornem vedenju in učinkovitem delovanju na področju zdravja.

### *IZHODIŠČNO VPRAŠANJE PROGRAMA JE:*

Kako se pogovarjati z mladostniki, da bodo bolje razumeli in sprejemali vsebine s področja varovanja zdravja?

Dokazano je, da lahko z razvijanjem občutka lastne vrednosti vplivamo na mladostnikovo uspešnost in učinkovitost, zmanjšamo negativna vedenja in odvisnosti ter povečamo možnosti za uspeh vsakega posameznika na osebni in šolski področji.

Občutek lastne vrednosti je temelj za to, da se mladostnikom lahko podajajo najbolj občutljivejša zdravstvenovzgojna vsebina.

Vsebuje zaznavne, vrednostne in čustvene sestavine – kako vidimo sami sebe, kako se ocenjujemo in kako čutimo o sebi – in temelji predvsem na občutku sposobnosti ali učinkovitosti pri soočanju s prihodnostjo.

Posebno pozornost je treba nameniti:

- navajanju na spoštovanje sebe in drugih,
- navajanju na zaupanje vase in v svoje sposobnosti,
- zavedanju občutka moči, energije in vitalnosti,
- sposobnosti dajanja priznanj in ljubezni, večji odprtosti za povratne informacije, pripravljenosti sprejemati kritiko in predloge,
- obvladovanju stresa in skrbi,
- spoznavanju pomena občutka varnosti, identitete, pripadnosti, smiselnosti in sposobnosti;
  - predavanje in pogovor: Spoznajmo zdrav življenjski slog,
  - delavnica: 10 korakov do pozitivne samopodobe (4),
  - delavnica: Spoznajmo zdravo prehrano in telesno dejavnost (7).

Za doseganje namena projekta se uporabljajo že evalvirane delavnice programa »To sem jaz« in spodbujanja zdrave prehrane otrok in mladostnikov ter izkušnje in evalvacija programa spodbujanja zdravega življenjskega sloga osipnikov.

### CILJNA POPULACIJA

Ciljna populacija so romski pomočniki, romski otroci in šolarji ter njihovi starši.

Izbor populacije v programu sloni na podatkih o zdravju Romov, ki so predstavljeni v preostalih poglavjih publikacije.

Pomembno vlogo v slovenskem šolskem sistemu imajo **romski pomočniki** (6). Njihova vloga je večplastna. Po eni strani romski pomočnik predstavlja tisto osebo v šoli ali vrtcu, na katero se otroci Romi lahko obrnejo za pomoč pri premagovanju različnih težav, in v tem okviru sodeluje s strokovnimi delavci šole ali vrtca, po drugi strani pa je njegova naloga pomoč staršem romskih otrok pri stikih s šolo ali vrtcem. Romski pomočnik tako predstavlja glavni vezni člen med šolo ali vrtcem in romsko skupnostjo.

Glavne naloge romskih pomočnikov so:

- pomoč romskim otrokom pri premagovanju čustvenih in jezikovnih ovir;
- vzpostavljanje in vzdrževanje stikov s starši romskih otrok ter pomoč pri njihovi komunikaciji s strokovnimi delavci v šoli ali vrtcu;
- sodelovanje s strokovnimi delavci šole ali vrtca pri oblikovanju in izvedbi ukrepov za večjo uspešnost romskih učencev;
- sodelovanje s strokovnimi delavci šole pri aktivnostih, ki so namenjene boljši integraciji romskih otrok s preostalimi otroki;
- promocija pomena vzgoje in izobraževanja v romski skupnosti;
- samostojna izvedba aktivnosti za romske otroke in njihove starše v okoljih, kjer živijo;



- sodelovanje z izvajalci projektnih aktivnosti romskih izobraževalnih inkubatorjev in obšolskih dejavnosti. Usposabljanje romskih pomočnikov na različnih področjih ima pomembno vlogo pri kvaliteti njihovega dela in spodbujanju romskih otrok ter šolarjev na različnih področjih.

S programom izobraževanja bodo romski pomočniki pridobili nova znanja in veščine, ki pomembno vplivajo na zdravje in zmanjševanje neenakosti v zdravju romskih otrok in šolarjev ter posredno na okolje, družino, v kateri ti otroci živijo.



Vir:

<https://sobotainfo.com/novica/lokalno/po-celotnem-naselju-pusca-mozno-prikljucevanje-na-kanalizacijo/414937>

### *IMPLEMENTACIJA PROGRAMA V SKUPINI ROMSKIH POMOČNIKOV IN REZULTATI*

Program je bil implementiran v obliki izobraževanja z naslovom »Vzgoja za zdravje«. Izdelano je bilo gradivo za izobraževanje in izvedena organizacija dveh izobraževanj. Program izobraževanja »Vzgoja za zdravje« je vseboval naslednje teme: Zdrav življenjski slog, Zdrava prehrana šolarjev, Duševno zdravje otrok in mladostnikov, Diskusija o aktualni problematiki pri delu romskih pomočnikov in izvedba evalvacije.

Izobraževanje za romske pomočnike je bilo izvedeno na dveh lokacijah: v Mariboru in Novem mestu. Organizirano je bilo s pomočjo Centra šolskih in obšolskih dejavnosti (CŠOD), ki koordinira in vodi skupino romskih pomočnikov. Sodelovanje s CŠOD je primer dobrega medsektorskega sodelovanja pri pristopu k ciljni skupini. Izobraževanje je potekalo v obliki interaktivnih delavnic, na katerih so udeleženci lahko aktivno sodelovali in vplivali na potek ter izvedbo delavnice. Tako so na primer pri izvedbi

delavnice o zdravi prehrani lahko s kockami sladkorja in učenjem branja deklaracije živil sami preračunali vsebnost sladkorja v pijačah in preostalih živilih.

Evalvacija izobraževanj je pokazala potrebo po izobraževanjih o temi zdravja, obnem pa primanjkljaj znanja in izobraženosti na tem področju ter bojazen, povezano z vprašanjem, kako bi romski pomočniki z otroki in mladostniki naprej sami govorili o temi zdravja. Prav te ugotovitve kažejo potrebo po dodatnem izobraževanju romskih pomočnikov, ki so v neposrednem stiku z romskimi otroki in njihovimi starši. Z večanjem zdravstvene pismenosti hkrati povečujemo tudi suverenost na tem področju, ki je del splošne izobraženosti, in ne le točno določena aktivnost v kurikulumu, ki ga romski pomočniki izvajajo v svojem rednem delovnem programu. Pokazalo se je, da je dobro medsebojno sodelovanje strokovnjakov z romskimi pomočniki pomemben vezni člen sodelovanja z romskimi otroki, mladostniki, starši in romsko skupnostjo.

## ZAKLJUČKI

Področje spodbujanja zdravega življenjskega sloga je nujno treba vključiti v stalno izobraževanje in usposabljanje romskih pomočnikov. Isto tematiko je treba vključiti v usposabljanje vodij večnamenskih romskih centrov, ki imajo neposreden stik z Romi v naseljih.

Nujna sta vključitev vsebin spodbujanja zdravega življenjskega sloga v stalno strokovno usposabljanje romskih pomočnikov in strokovno usposabljanje vodij večnamenskih romskih centrov na področju spodbujanja zdravega življenjskega sloga in duševnega zdravja, ti vodje pa potem podpirajo delovanje romskih pomočnikov.

Vključevanje lokalne skupnosti pri omogočanju izboljšanja bivanjskih razmer v romskih naseljih je nujen predpogoj za delovanje na področju krepitve zdravja pri pripadnikih romske skupnosti. Primerne bivalne razmere pomembno vplivajo na delo romskih pomočnikov, ki so vezni člen med romskimi otroci, šolarji, njihovo družino in okoljem, v katerem živijo.

Slabe življenjske razmere in depriviranost onemogočajo izboljšanje zdravja prebivalcev romske skupnosti. Poleg izboljšanja bivanjskih razmer (bivalni prostori, higiena ožjega in širšega okolja) je nujno treba kontinuirano delovati na področju spodbujanja zdravega življenjskega sloga.

Kontinuirano delovanje je mogoče opaziti v medsektorskem sodelovanju zdravstvenih institucij – posebej zdravstvenih domov – šolstva, lokalnih uprav itn.

### *Literatura*

1. Židan A. Integracija Romov v slovenski VIZ sistem. <http://dk.fdv.uni-lj.si/dela/Bercon-Magdalen>. PDF; pridobljeno 20. 6. 2018.
2. Jeriček Klanšček H., Bajt M., Drev A., Koprivnikar K., Zupanič T., Pucelj V. (ur.). Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji. Izsledki mednarodne raziskave HBSC, 2014. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015.
3. Brcar P., Truden Dobrin P. Organizacija zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov na primarni ravni. V: Albreht T., Pribaković Brinovec R. (ur.) Zdravje v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 2005.
4. PRVI koraki: metodični priročnik za poučevanje človekovih pravic. Ljubljana: Amnesty International Slovenije, 2009.
5. Tacol A. 10 korakov do boljše samopodobe: priročnik za učitelje za preventivno delo z razredom: delavnice za mladostnike. Celje: Zavod za zdravstveno varstvo, 2010.
6. [www.zdravstvena.info/vszoj/metodika-zdravstvena-vzgoja-in-promocija-zdravja-gradivo/](http://www.zdravstvena.info/vszoj/metodika-zdravstvena-vzgoja-in-promocija-zdravja-gradivo/); pridobljeno 9. 7. 2018.
7. <http://skupajdoznanja.si/romski-pomocniki/>; pridobljeno 9. 7. 2018.
8. [http://www.uzivajmovzdravju.si/wp-content/uploads/2016/12/prirocnik\\_UZ\\_gibanje-F.pdf](http://www.uzivajmovzdravju.si/wp-content/uploads/2016/12/prirocnik_UZ_gibanje-F.pdf); pridobljeno 12. 7. 2018.



## Priporočila

V pričajoči publikaciji so prikazani javno zdravstveni ukrepi in aktivnosti namenjeni boljšem zdravju Romov, ki se izvajajo v obdobju po zadnji ekonomski krizi. Prikazani so vzroki, ki vplivajo na ustvarjanje razlik v zdravju med različnimi skupinami prebivalstva.

Podan je primer celovitega skupnostnega pristopa k zdravju.

Ministrstvo za zdravje je nadaljevalo s medresorskim sodelovanjem ter spodbujanjem ciljnih aktivnosti namenjenih zdravju Romov s pomočjo projektnih finančnih sredstev. Projektne aktivnosti so bile usmerjene predvsem na dvig zdravstvene pismenosti ter krepitev in varovanje zdravja romskih žensk, kot posebej ranljive podskupine. Potrebno je izpostaviti sodelovanje z Uradom Vlade RS za narodnosti, sodelovanje s predstavniki lokalnih oblasti in nevladnimi organizacijami.

Nacionalni inštitut za javno zdravje je izvajal aktivnosti krepitev zdravja in dviga zdravstvene pismenosti za skupino romskih pomočnikov kot posebej pomembno in vplivno skupino znotraj romske skupnosti ter nadaljeval program medijskih aktivnosti namenjenih osveščanju, informiranju in motiviranju na področju zdravja. Izpostavljamo raziskavo NIJZ izvedeno v letih 2017-2018 z naslovom » Prikaz koriščenja zdravstvenih storitev Romov v sistemu zdravstvenega varstva Slovenije« kot prelomnico na področju spremljanja zdravja Romov. V raziskavi so uporabljeni kvantitativni podatki iz nacionalnih baz podatkov ter kvalitativni podatki v obliki intervjujev. Prikazan je primer programa za dvig zdravstvene pismenosti romskih pomočnikov, kot pomembnih pripadnikov romske skupnosti in veznega člana med romsko skupnostjo in izobraževalnega sistema. Pojasnjene so pravice iz zdravstvenega zavarovanja ter načini za približevanja teh pravic Romom.

Na osnovi prikazanih podatkov lahko zaključimo, da je ekonomska kriza močnejše vplivala na Rome kot na večinsko prebivalstvo, kajti dostopni kazalniki zdravja so se pri Romih močnejše poslabšali. Pomembno je izpostaviti razliko v kazalnikih zdravja med Romi, ki živijo na Dolenjskem in Beli krajini v primerjavi z Romi, ki živijo v Pomurju v prid slednjima.

Glede na rezultate raziskav, dostopne podatke o geografskih razlikah v zdravju med Romi ter opažanja iz terenskega dela se lahko zaključijo, da je področje zdravja Romov pod močnim vplivom socialno-ekonomskih determinant, predvsem večplastne

večgeneracijske prikrajšanosti, predvsem neprimernih življenjskih pogojev in odsotnosti nekaterih drugih s strani Svetovne zdravstvene organizacije identificiranih predpogojev za zdravje. Temu sledijo občutno nižja stopnja dosežene izobrazbe in posledično zelo visoka stopnja brezposelnosti.

Glede na veljavno zakonodajo, ki ureja zdravje Romov, upoštevajoč podatke o uporabi zdravstvenih storitev ter ostale javnozdravstvene aktivnosti za Rome, sledi zaključek, da na področju zdravja Romov že obstajajo delujoči in učinkoviti ukrepi za njihovo boljše zdravje. Dodatne izboljšave so potrebne predvsem na področju dviga zdravstvene pismenosti ter komunikacije med zdravstvenimi delavci in Romi.

Do izboljšanja zdravja Romov ne bo prišlo brez izboljšanja socialno-ekonomskih determinant, predvsem bivalnih pogojev, stopnje izobrazbe in zaposlenosti.

Osnovni bivalni pogoji ( primerna higiena bivanja, pitna voda, kanalizacija in elektri-ka) omogočajo enakopravnost med romskimi in ostalimi otroci na začetku življenja. Ustvarjanje teh osnovnih življenjskih pogojev bi pozitivno vplivalo na zgodnje vključevanje romskih otrok v predšolski vzgojno-izobraževalni sistem.

Ob manjkajoči podpori neizobraženih in večplastno prikrajšanih staršev imajo romski pomočniki kot socialna in učna podpora ključno vlogo v podpori romskim otrokom pri doseganju učnega uspeha, nadaljevanju izobraževanja ter nujno potrebnemu dokončanju osnovne šole. Romski pomočniki so vzor v skupnosti, predvsem pri otrocih in hkrati dokaz, da je možno prebiti začarani krog revščine in socialne izključenosti. Stopnja izobrazbe je odločujoči dejavnik pri iskanju in pridobivanju zaposlitve. Večgeneracijska brezposelnost kot večinski vzorec v skupnosti verjetno tudi vpliva na odnos do zaposlitve.

Na osnovi rezultatov raziskav ter mnenja strokovnjakov so priporočila za izboljšanje zdravja Romov naslednja:

1. Omogočiti osnovne bivalne pogoje v romskih naseljih: pitno vodo, kanalizacijo, elektriko ter osnovne higienske pogoje po vzoru v že urejenih naseljih
2. Povečati vključenost romskih otrok v predšolske vzgojno-izobraževalne ustanove po vzoru že obstoječih primerov dobrih praks
3. Doseči vključenost in dokončanje osnovnošolskega izobraževanja za vse romske otroke
4. Povečati vključenost, zmanjšati osip in povečati število Romov s zaključenim nadaljnjim izobraževanjem
5. Povečati zaposlenost Romov v javnem sektorju na področjih, ki direktno vplivajo na življenje romske skupnosti (predvsem v zdravstvenem in izobraževalnem sektorju)

6. Okrepiti delovanje na dvigu zdravstvene pismenosti s pomočjo dosledne implementacije skupnostnega pristopa in približevanja preventivnih zdravstvenih storitev v naselja, kjer živijo Romi
7. Nadaljevati z obdobjim spremljanjem zdravstvenega stanja Romov na način, kot je to izvedeno v raziskavi NIJZ
8. Okrepiti medresorsko sodelovanje med zdravstvenim, izobraževalnim in socialno-varstvenim področjem na način redne in poglobljene izmenjave informacij, skupnega načrtovanja in usklajenega izvajanja aktivnosti
9. Pri načrtovanju ukrepov je nujna aktivna udeležba Romov od samega začetka procesa.





## Seznam slik in tabel

### *Slika 1:*

Model determinant zdravja avtorjev Görana Dahlgrena in Margaret Whitehead iz leta 1991

### *Slika 2:*

Socialno-ekološki model z vidika preventive (Vir: Centers for Disease Control and Prevention (CDC). The socioecological model: a framework for prevention. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2007.)

### *Slika 3:*

Model skupnostnega pristopa pri zdravju (7)

### *Slika 4:*

Prikaz primera enakosti in pravičnosti

### *Slika 5:*

Starostno specifična stopnja umrljivosti med romskim prebivalstvom Slovenije po statističnih regijah (stopnja na 1000 prebivalcev), 2012-2014

### *Tabela 1:*

Stopnje participacije po Wilcoxu (6)

### *Tabela 2:*

Število oseb, upravičenih do zdravstvenega zavarovanja iz javnih sredstev

### *Tabela 3:*

Starostno specifična stopnja umrljivosti<sup>4</sup> med romskim in splošnim prebivalstvom Slovenije (na 1000 prebivalcev), 2012-2014.

### *Tabela 4:*

Stopnje bolnišničnih obravnav romskega in splošnega prebivalstva Slovenije glede na glavno diagnozo po skupinah MKB-10 (stopnja na 1000 prebivalcev), 2012 – 2014.

---

<sup>4</sup> Starostno specifična stopnja umrljivosti je razmerje med številom oseb v določeni starostni skupini, umrlih v opazovanem koledarskem letu, in skupnim številom prebivalstva te starostne skupine sredi istega leta, pomnoženo s 1000.











Vir: arhiv Zavod za zdravstveno varstvo Murska Sobota, avtorica Zdenka Verban Buzeti