



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



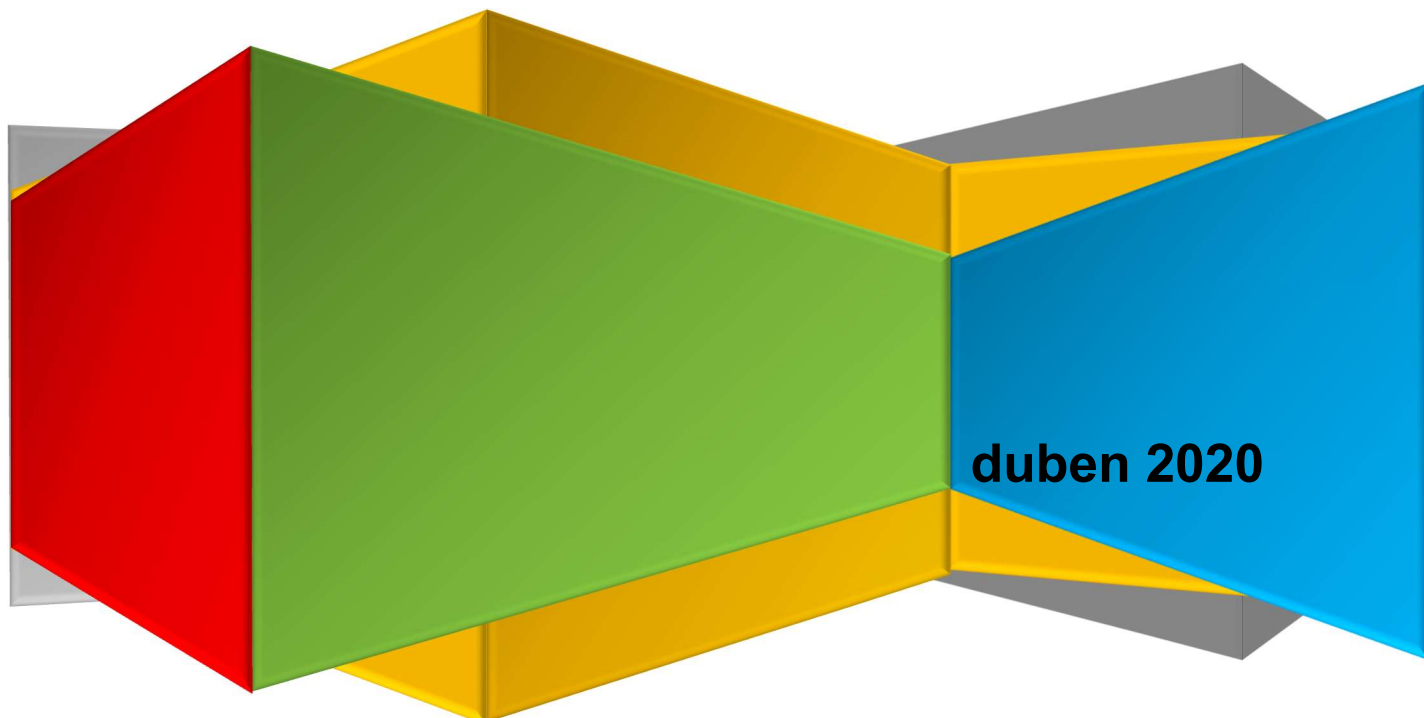
Agentura
pro sociální začleňování

Realizováno v rámci projektu „Systémové zajištění sociálního začleňování“, registrační číslo projektu CZ.03.2.63/0.0./0.0/15_030/0000605.

Tématicko – průřezový výzkum

Klíčové faktory zdravotních nerovností a dostupnosti zdravotní péče v sociálně vyloučených lokalitách

Zpracovali: Mgr. Elena Tulupova, Ph.D & výzkumný tým ASZ



Obsah

1. Seznam zkratk	2
2. Cíl výzkumu	3
2.1. Metodologie	3
3. Zdraví v kontextu sociálního vyloučení	4
4. Oblasti zdravotních nerovností a sociokulturní bariéry v dostupnosti zdravotní péče	6
5. Kulturně a sociálně senzitivní zdravotní péče jako nástroj snižování sociokulturních bariér dostupnosti	9
6. Fyzické a další bariéry v dostupnosti zdravotní péče	13
6.1 <i>Typy zdravotní péče a její dostupnosti</i>	13
6.1.1 <i>Geografická a dopravní dostupnost zdravotní péče</i>	14
6.1.2 <i>Dostupnost zdravotní péče v kontextu nařízení vlády</i>	14
6.1.2a <i>Místní dostupnost zdravotní péče</i>	16
6.1.2b <i>Časová a finanční dostupnost zdravotní péče</i>	16
7. Doporučení	18
 Příloha 1: Interkulturní a intersociální kompetence ve vzdělávání mediků: příklady dobré praxe ve vybraných zemích EU	 19
 Použité zdroje	 41

1. Seznam zkratk

ASZ Agentura pro sociální začleňování

WHO World Health Organization

HDI Human Development Index

USA Spojené státy americké

GB Velká Británie

NHS National Health Service

ČR Česká republika

EU Evropská unie

SVL sociálně vyloučené lokality

2. Cíl výzkumu

Cílem předložené studie je mapovat hlavní oblasti zdravotních nerovností mezi osobami ohroženými sociálním vyloučením a chudobou a většinovou českou společností. Součástí cíle je definovat klíčové faktory ve formování těchto zdravotních nerovností a příčiny vzniku bariér v dostupnosti zdravotní péče, včetně typologie bariér, zejména primární zdravotní péče, se kterými se sociálně vyloučené komunity a jednotlivci potýkají. Studie si klade za cíl prezentovat základní modely řešení dané problematiky. Prvním z modelů je teoretický rámec pro principy kulturně a sociálně senzitivní zdravotní péče, druhý, obsažený v Příloze 1, představuje případovou studii zaměřenou na příklady dobré praxe zemí EU v implementaci vzdělávacích programů v oblasti interkulturní/intersociální komunikace do učebních plánů lékařských fakult.

Předkládaný tematicko-průřezový výzkum je charakteristický tím, že se zaměřuje na problematiku společnou lokalitám, ve kterých Agentura pro sociální začleňování (dále jen „ASZ“) působí a jejichž mnohé společné charakteristiky vedou k návrhu systémových doporučení ve sledované problematice.

2.1. Metodologie

Výzkum vznikl využitím metody desk research, tedy rešerše dostupných poznatků a materiálů ve vztahu k cíli šetření. Předmětem zkoumání byly české a zahraniční odborné texty a statě včetně relevantní národní a zahraniční legislativy.

Dále studie staví na původním výzkumném šetření realizovaném ASZ ve spolupráci s externími subjekty, které se zaměřilo na případovou studii jako ilustraci nástroje k řešení popsané problematiky.

3. Zdraví v kontextu sociálního vyloučení

Zdraví je klíčovým předpokladem příznivého sociokulturního a ekonomického vývoje jedinců a celé společnosti. Světová zdravotnická organizace (World Health Organization, dále jen „WHO“) definuje zdraví jako „stav úplné duševní, tělesné a sociální pohody a nejen nepřítomnost nemoci nebo vady“ [1]. Index lidského rozvoje (Human Development Index, dále jen „HDI“) chápe zdraví – vyjádřené indexem očekávané délky života – spolu s přístupem ke vzdělání a zajištěním uspokojivé životní úrovně jako jednu ze tří **základních podmínek** lidského života a rozvoje.

Praxe ukazuje, že kvalita zdraví a míra přístupu k lékařské péči výrazně variiují v závislosti na sociálním postavení jedince či skupiny ve společnosti. **Snížená kvalita zdraví a nedostatečná dostupnost zdravotní péče** jsou jedněmi ze základních charakteristik sociálního vyloučení. Úzce souvisí s dalšími charakteristikami sociálního vyloučení, kterými jsou nekvalitní či absentující bydlení, diskriminace, malý pocit bezpečí, školní absence dětí, užívání návykových látek, nízká informovanost a problém se zaměstnatelností. V důsledku sociálního znevýhodnění tak dochází k formování **bariér v dostupnosti** zdravotní péče a nevyvážené kvality zdraví u různých skupin ve společnosti, jev, který se nazývá **zdravotní nerovnosti** (tzv. health disparities). Snižování zdravotních nerovností vyžadují komplexní řešení, které musí být úzce navázáno na celkové snižování sociálního vyloučení [2].

Nesprávná životospráva (životní styl) vyplývající ze sociálního vyloučení, chudoby a hmotné nouze je významným rizikovým faktorem rozvoje nemocí. Životní styl člověka ovlivňuje celkově zdraví až z 50%¹, a úzce souvisí s tzv. sociálními determinanty. Ty patří společně s biologickými dispozicemi a efektivitou, kvalitou a dostupností zdravotní péče k determinantám zdraví určujícím zdravotní stav celé populace a zdravotní nerovnosti napříč společnostmi [3]. Přestože v evropském politickém a akademickém diskurzu dlouhodobě převládá zaměření zejména na sociálně-ekonomickou složku sociálních determinantů zdraví [4], je nezbytné je analyzovat v kontextu sociálních kategorií jako jsou – etnicita, kultura (včetně náboženství), migrace a genderové a další faktory, které se významně podílí a ovlivňují zdravotní nerovnosti [5].

V ČR jsou významné bariéry v dostupnosti zdravotní péče a zdravotní nerovnosti u osob ohrožených sociálním vyloučením a chudobou. Významně horší ukazatele zdravotního stavu v porovnání s většinovou společností ČR jsou u romské populace, což souvisí s faktem, že ve více než 50 % sociálně vyloučených lokalit tvoří většinu Romové [6]. Z výzkumů vyplývá, že jejich naděje na dožití je zhruba o 10-15 let kratší

¹ Životospráva zahrnuje především výživu člověka, jeho pohybovou aktivitu, denní režim, duševní hygienu, návyky a zlovyky, závislosti, dodržování zásad prevence nemocí, bezpečné chování z hlediska rizika úrazů, sexuálních rizik a dalších rizik poškození zdraví (např. pracovních rizik).

než u ostatní populace země [7]. Davidová uvádí průměrnou délku dožití pro romské muže 57 a pro ženy 65 let [8]. Pro srovnání, ve většinové populaci je současná průměrná délka dožití 76 let pro muže a 81,5 let pro ženy [9]. Novorozenecká úmrtnost u romské populace je dvakrát vyšší, než je národní průměr. Romské děti představují zhruba 3% živě narozených dětí v ČR, ale až 5% mrtvých narozených dětí ročně. Vyskytuje se u nich vyšší podíl adolescentních matek a celkově nižší porodní váha novorozenců [10].

4. Oblasti zdravotních nerovností a sociokulturní bariéry v dostupnosti zdravotní péče

Analyzujeme-li zdravotní nerovnosti podle oblastí, jednu z hlavních představují zvýšená rizika duševních nemocí u osob ohrožených chudobou. Vedle infekčních onemocnění a nebezpečí úrazu zaznamenávají regionální analýzy vyloučených lokalit zvýšený výskyt tzv. **návykových onemocnění** jako je abusus alkoholu, tabáku a jiných drog a hazardní hráčství (gamblerství). V kontextu závislostí jsou pak ve výstupech ASZ často artikulované tyto problémy: alkoholismus, kouření a předně užívání marihuany a pervitinu nebo jejich kombinace s léky na předpis (antidepresiva, hypnotika, analgetika), které jsou dobře dostupné na černém trhu a jsou uživateli často kombinovány s alkoholem. Tyto druhy závislosti vedou ke vzniku psychických onemocnění či demence a v sociální rovině mohou vést ke snížené samostatnosti nebo k nesoběstačnosti, kognitivním poruchám a dalším komplikacím v běžné společenské komunikaci.

Podstatnou hrozbou, která se váže na drogovou závislost, představuje šíření infekčních nemocí. V některých vyloučených lokalitách je až 50% lidí využívajících sociální služby nakaženo žloutenkou typu C, nejčastěji z důvodu nitrožilní aplikace pervitinu, a je též evidován nárůst počtu drogově závislých matek [11].

Obecně mohou být duševní nebo psychické poruchy důsledkem i příčinou sociálního vyloučení, které doprovází výrazný psychosociální stres plynoucí z dlouhodobého sociálního vyloučení a diskriminace. U osob bez přístřeší je četnost duševních nemocí až osmkrát vyšší než u majoritní populace [12]. Vedle návykových nemocí přináší mezinárodní studie Sastipen [13] i další studie data o nadprůměrném výskytu dalších nemocí souvisejících s mentálním a behaviorálním zdravím u sociálně znevýhodněných skupin. V Sastipenu například ve vzorku 677 romských respondentů uvedlo téměř 15 % z nich, že trpí depresí. Oproti tomu ve většinové populaci uvádí deprese zhruba 6 % lidí.

Dalším z identifikovaných problémů přispívajících k nerovnostem ve zdraví je vliv věku a míry vzdělání na pravděpodobnost výskytu chudoby a zhoršené životosprávy. Částečným vysvětlením je skutečnost, že se zvyšujícím se vzděláním se zvyšuje také **zdravotní gramotnost** jedince. Zdravotní gramotnost je definována jako *schopnost člověka postarat se kvalifikovaně o vlastní zdraví*. Znamená to, že jedinec si dokáže vyhledat či jinak získat potřebné zdravotní a související informace (tj. má dostatečné znalosti), dokáže je správně vyhodnotit a především je dokáže uplatnit v každodenním životě. Výše zmiňovaná studie Sastipen vysledovala korelaci mezi dosaženým vzděláním a zdravím u romské populace.

Relativně nejhorší hodnocení zdravotního stavu se dle uvedeného výzkumu vyskytovalo u Romů bez základního vzdělání (dvě pětiny z nich uvedly, že trpí třemi a více chorobami). Nejmenším počtem chorob trpěli Romové, kteří absolvovali alespoň část středoškolského vzdělání.

Nižší zdravotní gramotnost přímo vede **k absenci nástrojů překonávání bariér** v rovném přístupu ke zdravotní péči. Nejen že nedostatečná znalost informací k uchování zdraví vytváří bariéru v úspěšném praktikování zásad zdravého životního stylu, ale zároveň brání v rozvoji kompetencí **efektivně komunikovat v síti zdravotnického systému**, znát povinnosti pojištěnce (pokud sociálně vyloučení lidé mají vyřízené pojištění) a plně uplatňovat svá práva (pojištěnce, pacienta a člověka, resp. svá lidská práva). Sociálně vyloučené osoby nemohou využít srovnatelné množství výhod a benefitů ve zdravotní péči jako majoritní populace. Jejich neznalost či chybějící kompetence bojovat za svá práva vede často k odkladu řešení zdravotních problémů a následně k prohloubení společenské izolace. Zkušenosti z etnicky diverzifikovaných zemí ukazují, že vytvoření efektivnějšího systému zdravotní péče, který by odstranil tuto bariéru a umožnil více rovnostářský přístup k léčbě nemocí, prevenci a zdravému životnímu stylu, musí být vícedimenzionální a obousměrný.

Vícedimenzionální přístupem přitom rozumíme začleňování sociálně vyloučených osob do zdravotního systému ruku v ruce s celkovou sociální integrací. Obousměrným přístupem je myšleno to, že rozšíření komunikačních kompetencí a znalostí práv a povinností pojištěnce či pacienta nespočívá jen ve zvyšování zdravotní gramotnosti a rozvoji kompetencí pacienta (pojištěnce), ale zároveň v rozvoji komunikačních a behaviorálních dovedností poskytovatelů zdravotní péče směrem k chápání existující sociální a kulturní diverzity mezi příjemci zdravotní péče. Na tuto potřebu odpovídá model tzv. **kulturně/sociálně senzitivní zdravotní péče**. Toto specifické vzdělávání poskytovatelů péče přestává být nutností pouze ve výrazně etnicky diverzifikovaných zemích a zároveň platí, že historicky homogenní státy, např. východní a střední Evropy, přestávají být etnicky monolitní.

V tomto duchu lze konstatovat, že sociální, etnická a kulturní diverzifikace obyvatelstva ČR se také zvyšuje, ať již v důsledku vstupu do Evropské unie, současného politického a ekonomického vývoje či komplexních migračních toků a procesu kulturní emancipace etnických minorit v ČR [14]. Systém zdravotnictví a vzdělávání zdravotnických pracovníků však prozatím v dostatečné míře neodráží měnící se potřeby české populace [15].

Chybí především mandatorní vzdělávání mediků, lékařů a ostatních zdravotníků v intersociální a interkulturní komunikaci, která by umožnila rozvoj modelu kulturně/sociálně senzitivní zdravotní péče a ČR by se tak zařadila k řadě západoevropských států, které ji (v národní podobě) praktikují. Nedostatečné úsilí vynaložené ke zlepšení současného stavu může v dlouhodobé perspektivě vést k prohloubení zdravotně-sociálních nerovností a zhoršení zdravotních ukazatelů celé populace [16]. Co konkrétně spadá do modelu kulturně/sociálně senzitivní zdravotní péče a v jakém ohledu jde o **nástroj ke snížení bariér v rovném přístupu** ke zdravotní péči? Na tuto otázku odpovídá následující kapitola.

5. Kulturně a sociálně senzitivní zdravotní péče jako nástroj snižování sociokulturních bariér dostupnosti

Prokázané nerovnosti ve zdravotním stavu a čerpání a kvalitě zdravotní péče, poskytované sociálně znevýhodněným obyvatelům včetně příslušníků etnických menšin a migrantů, jsou problémem, který je dlouhodobě evidován v různých zemích světa [17]. Z tohoto důvodu je ve většině západních zemích již několik desetiletí rozvíjen model zdravotní péče, který efektivně reaguje na potřeby moderní, rozmanité společnosti a pomáhá eliminovat zdravotní nerovnosti mezi kulturně, sociálně, etnicky, odlišnými skupinami. Vývoj konceptu takových služeb, definovaných jako „multikulturní“, „interkulturní“, „intersociální“, „kulturně citlivé“, „sociálně spravedlivé“, „kulturně odpovídající“ nebo „transkulturně kompetentní“, probíhal v různých zemích světa na základě specifických národních nebo regionálních kontextů [18]. Potřeba vývoje a implementace kulturně senzitivních přístupů v poskytování zdravotní péče se zdůrazňuje i v dokumentech Regionální kanceláře WHO pro Evropu [19]. Podotýká se v nich, že moderní terminologie směřuje k většímu zdůraznění interakce a dialogu mezi pacientem se zdravotnickým personálem se zdůrazněním širšího kulturního zázemí těchto klíčových partnerů (tzv. *interkulturní kompetence*) v procesu poskytování péče – ať už z hlediska genderu, etnicity, věku, socioekonomického profilu, náboženství nebo jiné sociální charakteristiky (tzv. *senzitivita k rozmanitosti*) [20]. S přihlédnutím k těmto doporučením jsou v tomto textu používány pojmy „kulturně senzitivní zdravotní péče“ a „interkulturní a intersociální kompetence“.

V současnosti jsou vyvinuty oficiální standardy kulturně senzitivních zdravotních služeb jak v rámci Rady Evropy na úrovni ministerstev zdravotnictví členských států nebo v rámci odborných sítí Světové zdravotnické organizace, tak na úrovni jednotlivých států (Velká Británie, USA, Austrálie) [21]. Vytvořené modely a standardy kulturně senzitivních zdravotních služeb se do jisté míry liší – například z hlediska definic cílových skupin, přístupem k organizačnímu ukotvení služeb, sběru dat nebo zapojením relevantních aktérů. Standardy v USA nebo Velké Británii spočívají obecně v zajištění rovnosti ve zdravotní péči především z pohledu kulturní a jazykové rozmanitosti pacientů. Oproti tomu tzv. mezinárodní *standard ekvity*, který byl vyvinut v rámci Sítě nemocnic podporujících zdraví WHO a pilotně implementován ve 12 zemích, nabízí univerzálnější rámec zdůrazňující potřeby všech zranitelných skupin společnosti [22].

Následující domény představují naopak společný jmenovatel napříč státy a jsou zdůrazněny jako důležité ve všech modelech kulturně senzitivního zdravotnictví:

- sociální a kulturní citlivost v poskytování péče,
- podpora participace pacientů a (znevýhodněné) komunity
- aktivní propagace ideálu kulturně-senzitivní péče [21].
- angažovanost na institucionální úrovni v rovném přístupu ke zdraví
- sběr a analýza dat ohledně zdravotních nerovností a potřeb,
- rozvoj a podpora relevantních kompetencí a znalostí kulturní diverzity u zdravotnických pracovníků, ad.

Vlastní implementace kulturně senzitivní péče se dotýká třech základních oblastí zdravotnického systému: typů poskytovaných služeb, organizace služeb a vzdělávání zdravotnického personálu [23]. První dvě jmenované oblasti jsou rozvedeny v následující části. Třetí oblast je v modelu kulturně/sociálně senzitivní zdravotní péči považována za nedůležitější součást a hlavní pilíř. Proto je jí v textu věnována samostatná případová studie – Příloha 1.

Z hlediska první jmenované oblasti, tj. **typů poskytovaných služeb**, se jedná především o zavedení speciálních služeb, které by pacientům z jiného sociálního, kulturního nebo jazykového prostředí pomáhaly správně se orientovat v existujícím zdravotnickém systému a plně využívat potřebné zdravotní služby. Jedná se například o poskytování tlumočnických služeb a vytváření písemných informačních materiálů pro pacienty v relevantních jazykových mutacích. Na evropské úrovni je právo pacienta na plnou informaci o diagnóze a následné léčbě zakotveno v „Deklaraci o prosazování práv pacientů v Evropě“ schválené v roce 1994 na půdě OSN [24] a v Úmluvě o lidských právech a biomedicíně, která patří mezi klíčové lidskoprávní smlouvy Rady Evropy [25]. Principy obou dokumentů byly následně implementovány do českého právního řádu zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, z něhož vyplývá mj. povinnost poskytovatele zdravotních služeb zajistit potřebné tlumočení. Přesto v českém zdravotnictví není tlumočení systematicky hrazeno z veřejných zdrojů [26]. Při využití služeb profesionálního tlumočnicka spadá úhrada za tlumočení na pacienta, proto je často přizván k tlumočení laik (např. člen rodiny nebo známý pacienta), což může být v praxi problematické [27].

Dalším typem kulturně citlivých služeb přispívajících k intersociální kompetencím jsou různé typy institucionální a komunitní podpory zdravotnických pracovníků pomocí interkulturních mediátorů, komunitních zdravotně sociálních pracovníků či průvodců pacientů, kteří v řadě zemí pracují jak ve zdravotnických zařízeních, tak i uvnitř komunit [15]. Úsilí podpořit efektivní komunikaci v intersociálním nebo interkulturním prostředí bylo různými aktéry, byť zatím velmi omezeně, vyvinuto i na české půdě. Jako příklad se dají uvést snahy o vytvoření profese romských sociálně zdravotních asistentů pro SVL [29], právě probíhající pilotní projekt „Efektivní podpora zdraví osob ohrožených chudobou a sociálním vyloučením“ realizovaný Státním zdravotním ústavem, v jehož

rámci působí v terénu *mediátoři podpory zdraví* nebo zřízení funkce zdravotně sociálního pracovníka v některých SVL [30-32]. Některé nevládní neziskové organizace v České republice zřizují služby komunitních tlumočnicků a interkulturních pracovníků, které pomáhají jak Romům preferujícím komunikaci v romštině, tak migrantům zorientovat se v českém zdravotnickém systému a jejich nárocích na zdravotní péči s ohledem na individuální situaci. Tito tlumočníci doprovázejí pacienty ze znevýhodněných prostředí k lékaři a poskytují tlumočení a překlad při interakci se zdravotníky [33]. Ačkoliv tyto služby pomáhají ohroženým skupinám zlepšit zdravotní gramotnost a dostupnost zdravotní péče, snižují riziko nedorozumění, které může být příčinou vážných pochybení v medicíně a pomáhají předcházet možným konfliktům mezi pacienty a zdravotníky, nejsou v ČR systémově ukotveny [34].

Přes nepochybný přínos zmíněných iniciativ, podobný *ad hoc* přístup se v dlouhodobém měřítku nedá považovat za udržitelný. Dosažení interkulturní a intersociální ekvity vyžaduje strategii, která by se z úrovně politických dokumentů a legislativy prolínala do infrastruktury zdravotnického systému. Podobný přístup se realizuje například v rámci Národní zdravotní služby (National Health Service – NHS) ve Velké Británii pod názvem „Systém zajištění rovnosti“ (Equality Delivery System). Zaměřuje se na budování „individuálního, spravedlivého a rozmanitého NHS“, je ošetřen standardy na systémové a organizační úrovni a jejich dodržování je součástí regulární inspekce kvality zdravotnických služeb [35].

Z hlediska druhé jmenované oblasti, tj. **organizace zdravotních služeb**, musí být při stanovení a realizaci léčebného plánu zohledňovány odlišné sociální, ekonomické, kulturní, genderové a náboženské faktory, přičemž jsou tyto faktory zejména důležité v otázkách:

- reprodukčního zdraví,
- zdraví dětí,
- léčby chronických nemocí,
- stárnutí a konce života a
- v otázkách duševního zdraví [15, 22].

V rámci vlastního poskytování zdravotní péče v praxi musí být kladen důraz na citlivý přístup v komunikaci mezi lékařem a pacientem s ohledem na duchovní a kulturní potřeby a přání pacienta [15]. Ačkoli v ČR neexistují specifické požadavky na poskytování zdravotní péče přizpůsobené určitým skupinám obyvatel, jako jsou například příslušníci etnických menšin a osoby ohrožené sociálním vyloučením, stávající normy vyžadují, aby zdravotnické služby zohledňovaly individuální charakteristiky (včetně etnicity) svých pacientů [34].

Kulturně citlivý přístup je třeba zohledňovat i u **podpory zdraví**, prevence nemocí a podpůrných zdravotně sociálních intervencí. Takový přístup je důležitým prvkem v efektivním rozvoji zdravotní gramotnosti, například při informování obyvatel SVL o významu a nutnosti preventivních lékařských prohlídek, očkování, zásadách hygieny, životosprávy, prevence nemocí a rizik, zdravotního pojištění a z něj plynoucích práv a povinností apod. [18].

Implementace principů kulturně senzitivní zdravotní péče má potenciál nejen eliminovat bariéry v dostupnosti zdravotní péče, ale přinést užitek zástupcům sociálně znevýhodněných skupin a pomoci zdravotnickým službám být vstřícnější k potřebám všech pacientů. Právě k tomu směřuje současné globální paradigma rozvoje zdravotní péče coby „pacient-centered“ (zaměřené na pacienta), čímž se je myšlen koncept poskytování péče s respektem k individuálním hodnotám a sociokulturním specifikům daného člověka [23 a 18].

6. Fyzické a další bariéry v dostupnosti zdravotní péče

Vedle sociokulturních faktorů mají podstatný vliv na nerovnosti ve zdraví i geografické, topografické, technické a organizační bariéry v přístupu ke zdravotní péči, včetně efektivní prevence, včasné diagnostice a adekvátní léčbě nemocí. Nedostupnost některých forem zdravotní péče pro osoby ohrožené chudobu, především ty, které žijí v sociálně vyloučených lokalitách je často způsobena prostorovým vyloučením (fyzickou izolací od center) a někdy topograficky náročným terénem (např. obce ve Frýdlantském výběžku jsou odříznuté v době zimních námraz od krajského města Liberec Albrechtickým vrchem, který je nesjízdný, atp.).

Geografické bariéry se často násobí regionálním či místním podstavem lékařského personálu a absencí ordinací, a to opět zejména v malých městech příhraničních regionů [36]. Přestože nejvýraznější problém spočívá v nedostupnosti specialistů, v mnoha pohraničních regionech není dostupná ani primární lékařská péče.

Vedle chronického nedostatku stomatologů a gynekologů je často pro sociálně vyloučené rodiny nemožné registrovat se u praktického lékaře pro dospělé a registrovat své děti u pediatra. Vzhledem k výše zmíněné epidemiologické situaci v důsledku zneužívání návykových látek je v SVL alarmující nedostatek prevence a odborné péče v oblasti duševního zdraví. Nedostává se jak psychologů a psychiatrů pro dospělé i děti, tak protialkoholních/záchytných stanic, což omezuje možnost včasné intervence jak ze strany zdravotníků, tak sociálních služeb. Zdravotní péče poskytovaná oficiálně v dané spádové oblasti může být podmíněna dojezdovou vzdáleností, která komplikuje a zdražuje přístup k této péči. V případě hraničního naplnění kapacity lékaře často dochází k filtraci (odmítání romských) pojištěnců, kteří se chtějí u daného lékaře registrovat, praktiky hraničí s diskriminací či nepotismem [37].

6.1 Typy zdravotní péče a její dostupnosti

Z hlediska zdravotního systému se *zdravotní dostupnost* zaměřuje zejména na dostupnost v sektoru **primární péče** (praktické lékaře, pediatry, gynekology a zubaře). V druhé řadě pak na nejčastěji potřebné **ambulantní specialisty** (oční, ORL, kožní, psychiatr, interna – gastro-, kardio-, diabetologie, fyzioterapie).

Základní stupeň sítě poskytovatelů zdravotní péče představuje právě primární péče. Primární péčí se rozumí zdravotní péče, která je poskytována praktickými lékaři pro dospělé, praktickými lékaři pro děti a dorost, zubními lékaři (stomatology) a praktickými gynekology. Jejich postavení v celém systému zdravotní péče je nezastupitelné, jelikož lékaři primární zdravotní péče fungují jako průvodci a brána (tzv. *gatekeepers*) pacientů do celého zdravotním systému, provádějí pravidelné preventivní prohlídky,

poskytují péči v případě akutního onemocnění a spolupracují se specialisty a zdravotnickými zařízeními. Pokud jednotlivci a rodiny ohrožené sociálním vyloučením a chudobou nemají možnost zaregistrovat se u lékaře primární zdravotní péče, situace je jednak v rozporu s jejich právem na zdravotní péči a jednak v jejich životě absentuje role odborníka představujícího klíčovou roli/funkci vstupní brány do systému, včetně následného přístupu ke specializované péči podle potřeb pacienta.

6.1.1 Geografická a dopravní dostupnost zdravotní péče

Jarolímek [38] dělí dopravní dostupnost na tři základní složky. Jsou jimi dopravní-časová, vzdálenostní a frekvenční dostupnost zdravotní péče, kdy první jmenovaná představuje reálnou časovou zátěž pro pacienta dojet za lékařem, druhá složka zahrnuje vzdálenost k lékaři (většinou vyjádřenou v km) a třetí představuje to, jak často se (v případě potřeby) pacient k lékaři skutečně může dostat. Je to právě dopravní dostupnost, která otevírá přístup ke všem dalším dimenzím zdravotní péče a je provázána s dalšími typy dostupností. Mezi ně patří zejména dostupnost časová, dostupnost finanční a dostupnost personální. Jak následující text naznačuje, ne všechny tyto aspekty jsou zohledněné v legislativě.

6.1.2 Dostupnost zdravotní péče v kontextu nařízení vlády č. 307/2012

Dne 1. ledna 2013 nabylo účinnosti nařízení vlády č. 307/2012 Sb. (dále jen nařízení vlády, [39]), které (v moderní historii ČR poprvé) kvantifikuje dostupnost zdravotní péče. Toto nařízení definuje **místní** a **časovou dostupnost** odpovídajícího typu zdravotní péče na **základě maximální dojezdové** (resp. **čekací doby**, viz níže). Právo na časovou a místní dostupnost služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění garantuje v ust. §11 přímo zákon o veřejném zdravotním pojištění (v § 11) cestou zdravotní pojišťovny prostřednictvím uzavřených smluv s poskytovateli zdravotních služeb.

Nařízení vlády nijak nespecifikuje podmínky a okolnosti dostupnosti, a proto lze specifikaci časové dostupnosti chápat jako mezní čas při průměrných podmínkách, během kterého pacient musí dosáhnout na požadovanou péči. Průměrnými podmínkami můžeme rozumět takové podmínky, které nejsou ovlivněny např. neočekávanými jevy jako jsou nehody, vysoká intenzita dopravy, nepříznivé počasí, náledí, havárie atd.

6.1.2a Místní dostupnost zdravotní péče

V odborné literatuře se při hodnocení místní dostupnosti zdravotní péče a postižení regionálních rozdílů využívá ukazatel, který přepočítává počet lékárnů na 100 000 obyvatel, přičemž tento poměr je následně konfrontován dle doporučeného počtu lékárnů na 100 000 obyvatel tzv. směrným kapacitním číslem.

Číselník směrných kapacitních čísel neboli kvantifikace počtu lékařů na daný počet obyvatel dle jednotlivých územních jednotek a oborů zdravotní péče ale není v České republice dostupný. Neexistuje žádný oficiální právní předpis či nařízení, které by tuto problematiku ošetřovaly [40].

Poslední veřejně dostupný dokument z jednání Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR na téma „Zdravotně pojistný plán Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky na rok 1997“ byl zveřejněn k roku 1996. V něm jsou uvedeny doporučené přepočtené počty lékařských míst na 100 000 obyvatel v dané územní jednotce. Doporučený počet lékařských míst byl vypracován VZP ČR jako součást dlouhodobé strategie pro výběr smluvních partnerů. Stanovené přepočtené úvahy vycházejí z podkladů Ministerstva zdravotnictví a srovnávací studie v 11 zemích [41]. Dokument je všeobecně považován za zastaralý a v praxi se na něj neodkazuje. Lze tedy konstatovat, že citované nařízení vlády je jediný dokument, na který je aktuálně možné se obracet v případě nespokojenosti některých občanů nebo obcí/měst. [42]

Od roku 2013 je tedy dostupnost zdravotní péče zakotvena v právním řádu České republiky nařízením vlády a pacientům je umožněno nárokovat péči ve výši, na kterou mají právo. Jedná se o první legislativní opatření, které má zaručovat dostupnost jednotlivých typů ambulantní a lůžkové zdravotní péče. Nařízení vlády je proto pro posouzení dostupnosti zdravotní péče v ČR z hlediska legislativního klíčové. Proto je zcela zásadní jeho právní interpretace. Ta není jednoznačně určená, není veřejně dostupná a mezi odborníky panují rozdíly ve výkladu. Dojezdová doba je definována jako dostupnost zdravotní služby podle oboru *běžným dopravním prostředkem po běžné komunikaci*. Právní výklad běžného dopravního prostředku je podle podmínek v ČR automobil. Dojezdová doba k praktickému lékaři, dětskému lékaři, gynekologovi, stomatologovi nebo do lékárny je tedy podle Nařízení vlády max. 35 minut (autem). K dalším specialistům jako jsou diabetolog, urolog nebo fyzioterapeut je stanovena doba 45 minut.

Z výše uvedeného textu vyplývá, že problematika interpretace přípustné dojezdové doby je nejednoznačná a komplikovaná mnoha faktory. Dostupnost může být ovlivněna kapacitou lékařů, demografickou strukturou lékařů i pacientů, ale také ekonomickými možnostmi pacienta v součinnosti se zmiňovanými topografickými podmínkami. Nařízení vlády tak nedostatečně zohledňuje specifika lokalit, jejich geografické podmínky nebo to, že běžným dopravním prostředkem pro osoby ze

SVL často není automobil, ale transport prostřednictvím hromadné dopravy – tedy vlak nebo autobus. [43]

Podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, je zdravotní pojišťovna povinna zajistit poskytování hrazených služeb svým pojištěncům, včetně jejich místní a časové dostupnosti. Tuto povinnost plní prostřednictvím poskytovatelů, se kterými uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb. Podmínkami vyplývajícími z nařízení vlády č. 307/2012 Sb. jsou pojišťovny vázány.

Jestliže pacient zjistí, že mu poskytovatel zdravotních služeb není schopen poskytnout potřebnou péči ve stanovené lhůtě, měl by se obrátit na zdravotní pojišťovnu, jejímž je klientem, a žádat zajištění léčebného výkonu v zákonné lhůtě. Pokud zdravotní pojišťovna tuto povinnost nesplní, měl by se pacient domáhat svých práv a dodržování právních předpisů u ministerstva zdravotnictví. [42]

V žité realitě osob ohrožených chudobou a sociálním vyloučením je tento postup často nefunkční. Pojištěnci se obrací na pobočky zdravotních pojišťoven, kde jsou registrováni, které jim standardně nabídnou jmenný seznam lékařů, kteří by je „měli vzít“. Poté, co pojištěnci ze SVL do ordinace daného lékaře přijdou nebo zavolají, sestra jim běžně oznámí, že „mají plno“. Využívání možnosti napsat stížnost Ministerstvu zdravotnictví ve valné většině neshledávají lidé v SVL funkčním řešením (často akutní) situace.

Vzhledem k tomu, že nedostupnost zdravotní péče se stává palčivým tématem v různých oblastech ČR, vydalo ministerstvo zdravotnictví společně se zdravotními pojišťovnami tzv. „Seznam oblastí s omezenou dostupností zdravotních služeb“ (poslední aktualizace 17. 5. 2018). V těchto oblastech (často se jedná o celé kraje) má praktický lékař a/nebo pediatr nárok žádat o dotaci do výše 0,5 mil. korun (max. 0,25 mil. na plat zdravotní sestry a max. 0,25 mil. na technické vybavení ordinace) [42]. I přes tuto státní pobídku, zůstává podstav lékařů primární péče v ekonomicky a sociálně znevýhodněných lokalitách (okresech, obcích) nevyřešeným problémem.

6.1.2b Časová a finanční dostupnost zdravotní péče

Nařízení vlády upravuje také tzv. časovou dostupnost (maximální čekací doba pro některé výkony), která je legislativně vymezena u tzv. hrazených služeb, např. náhrady kyčelního kloubu, artroskopie, magnetické rezonance, jejichž poskytnutí je z důvodu veřejného zájmu třeba plánovat tak, aby pojištěncům byl zajištěn dostatečný, trvalý a vyvážený přístup.

Jedná se o čekací lhůty pro plánované výkony, ne výkony akutní. Lhůty se tedy neuplatňují, když je pacienta nutné akutně vyšetřit prostřednictvím uvedených zobrazovacích metod. K nízké zdravotní gramotnosti u osob žijících v sociálním vyloučení patří skutečnost, že ve většině případů nemají dostatečné občansko-právní povědomí, aby dodržení legislativou garantované čekací doby na výkon vyžadovali a dokázali se hájit v případě jejího překročení.

Finanční dimenze dostupnosti posuzuje to, zda je v možnostech pacienta hradit potřebnou zdravotní péči. V odlehlých a dopravně těžko dostupných oblastech se k nutnosti hradit si zdravotní péči a to, co s ní běžně souvisí (např. poplatek za pohotovost, doplatky za léky aj.), připojují náklady za cestování. Následující citace z výzkumu ASZ dokladuje vyjádření obav nad dostupností zdravotní péče v součinu obtížné místní, časové a finanční dostupnosti primární zdravotní péče:

„Tady v okolí už nás žádná zubařka nepřijala. Do Liberce bych musela jet vlakem přímo do Liberce, to je skoro hodina a půl a stojí to 44 korun, 44 zpátky, 20 korun tramvaj. A pro tu vnučku by to bylo to samý, takže to jsem celkem 400 korun, tak nevím, co bude dělat sama, protože jediného zubaře jsme našli v Liberci u zoologické zahrady a tam to stojí tolik, ale je to půl roku, co jsme tam volali, ale ještě tam s ní dcera nejela. Ty zuby po té operaci se jí zase začaly kazit a jsou to už druhý zuby, tak to už není žádná sranda... Takže teda opravdu, když vás chytanou zuby, tak musíte jet do Liberce, pokud Vás nevezme doktor tady na pohotovost a to se vám pěkně prodraží. V bolestech pak utíkat na vlak nebo sehnat auto, aby vás někdo odvez za 500 korun do Liberce, ale tam pak musíte čekat, protože je tam hodně lidí. Lidí vědí, že to potřebujete a že tam na vás budou čekat, tak je to za 500. Ale záleží, jestli natrefíte na někoho, kdo má tu ochotu vás tam za tu pětistovku vzít (starší žena, Nové Město pod Smrkem).“ [42]

Náklady na dopravu, čas strávený cestováním, čekáním na často využívané pohotovosti a fakt, že registrovat se u lékařů primární zdravotní péče je velmi obtížné, jsou hlavními příčinami odkládání zdravotní péče.

Podle názoru lékařů a některých dalších zainteresovaných stran může docházet k častějšímu využívání pohotovostních služeb a zároveň ke komplikaci původně banálních zdravotních problémů (zejména např. ve stomatologii). Zdravotní péče se pak v důsledku výrazně prodražuje jak pacientům, tak z hlediska státního rozpočtu. [42]

7. Doporučení

1. V součinnosti s příslušnými rezorty vyhodnotit klíčové oblasti zdravotních nerovností v kvalitě zdraví mezi osobami ohroženými chudobou a sociálním vyloučením a většinovou společností v ČR a sestavit priority, metodiky a plány realizace jejich postupné eliminace a dosažení ekvity ve zdraví.
2. Zajistit mechanismus vymahatelnosti práva na místní a časovou dostupnost služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění udaného zákonem o veřejném zdravotním pojištění. Tuto dostupnost garantuje pojištěnci jeho zdravotní pojišťovna prostřednictvím uzavřených smluv s poskytovateli zdravotních služeb, proto je třeba vytvořit efektivní legislativní prostředek k vymahatelnosti této garance u zdravotních pojišťoven.
3. Zajistit vymahatelnost práva na zdravotní péči, konkrétně zajištění registrace pojištěnců ze SVL k lékařům primární zdravotní péče zdravotními pojišťovnami.
4. Vyhodnotit stávající kurikula pregraduálních programů všeobecného lékařství a zubního lékařství a identifikovat v nich mandatorní vzdělávání přispívající k rozvoji interkulturních a intersociálních kompetencí mediků/budoucích lékařů. Vyhodnotit jejich ne/dostatečnost.
5. Vyhodnotit zahraniční modely interkulturního a intersociálního vzdělávání mediků/budoucích lékařů a identifikovat ty části, které lze po relevantních úpravách zohledňující národní specifika použít jako vzory pro vzdělávání mediků v ČR.
6. Pilotně a následně systémově implementovat mandatorní vzdělávací programy vedoucí k rozvoji interkulturních a intersociálních kompetencí mediků/budoucích lékařů v ČR.

Případová studie: Interkulturní a intersociální kompetence ve vzdělávání mediků: příklady dobré praxe ve vybraných zemích Evropské unie

Zdůvodnění realizace výzkumu dobrých praxí

Jednou ze strategií v boji proti zdravotním nerovnostem ve společnosti je rozvoj vstřícné či kulturně senzitivní zdravotní péče, jejíž základním pilířem je systematické získávání a posílení odborných znalostí a dovedností lékařů a dalších zdravotnických pracovníků, které jsou nezbytné pro poskytování kvalitní zdravotní péče v etnicky, kulturně a sociálně rozmanitých komunitách [44]. Podobné kvalifikace jsou mezi odborníky nazývány jako „kulturní kompetence“, „intersociální kompetence“ a „senzitivita k rozmanitosti“, jimiž se rozumí soubor dovedností, znalostí a postojů souvisejících s a) znalostmi epidemiologie a rozdílných účinků léčby u různých etnických skupin, b) dovedností pracovat s kulturní rozmanitostí, především v oblasti komunikace a c) citlivým postojem, který zahrnuje pokoru, empatii, zvědavost, respekt, a uvědomování si (*awareness*) [45].

Vzhledem k tomu, že výuka zaměřená na interkulturní a intersociální kompetenci zatím není mandatorní součástí vzdělávání mediků v ČR, nabízí Akční plán Strategie boje proti sociálnímu vyloučení na období 2016 až 2020 (AP SBSV ČR 2016-2020, [46]) následující opatření jako jeden z kroků v rámci realizace Strategického cíle 8.3 Zajistit dostupnost zdravotní péče v sociálně vyloučených lokalitách: „Opatření 8.3.1.4: Zahnout vzdělávací modul pro zlepšení interkulturní a intersociální komunikace ve zdravotní péči (se zaměřením na osoby ze sociálně vyloučených lokalit a dalších zranitelných skupin obyvatel) do studijních programů všeobecného a zubního lékařství“.

Vzhledem k dosavadním omezeným zkušenostem je předkládaná studie zaměřena na zkoumání příkladu dobré fungující praxe a analýzu aktuálních přístupů ve výuce interkulturní a intersociální kompetence v rámci EU.

Cíl a průběh studie

Cílem této studie je porovnat, jak jsou různé aspekty interkulturních a intersociálních kompetencí reflektovány v pregraduálním vzdělávání mediků v různých zemích EU, především ve Spolkové republice Německo (dále jen Německo), v Rakouské republice (dále jen Rakousko), Nizozemsku a Švýcarsku. Předpokládá se, že výsledky výzkumu poslouží jako inspirace a podklad pro odborné doporučení pro zavedení vzdělávacích programů zacílených na interkulturní komunikaci a kompetenci pro mediky Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy České republiky, Ministerstvem

zdravotnictví České republiky, Českou lékařskou komorou, lékařskými fakultami českých vysokých škol a dalšími relevantní aktéry.

Metodologický přístup

Předkládaná analýza je realizovaná na základě následujících podkladů:

1) *desk research* – rešerše dostupných poznatků a materiálů ve vztahu ke vzdělávání zdravotnických pracovníků týkajících se socio-ekonomických a socio-kulturních specifik poskytování zdravotní péče: tzn. data, odborná literatura, vládní dokumenty a legislativa, národní vzdělávací standardy, výzkumné zprávy, relevantní webové stránky (oficiální webové stránky vysokých škol a studentských spolků, vzdělávací portály, mezinárodní výzkumné projekty, neziskové organizace), ad.;

2) *mapování kurikul lékařských fakult ve vybraných zemích* (Německo, Rakousko, Nizozemsko) za účelem vyhledávání jednotlivých elementů věnujících se sociálním, etnickým a kulturním aspektům zdraví a zdravotnictví;

3) *osobní, e-mailová a telefonická komunikace se zástupci příslušných vysokých škol*, s výzkumníky a odborníky na výuku intersociálních a interkulturních kompetencí z Německa, Rakouska, Nizozemska a Švýcarska za účelem upřesnění získaných poznatků a vytvoření komplexního přehledu o situaci v jiných státech EU.

Výzkumné otázky:

1. Je výuka (nebo vzdělávací program/y) interkulturních a intersociálních kompetencí součástí vzdělávání mediků ve vybraných zemích EU?
2. Probíhá zmíněná výuka jako samostatný kurz nebo jako součást výuky souvisejících předmětů (veřejné zdravotnictví, komunikace aj.)?
3. Jakou formou výuka probíhá? Jaká je charakteristika programu (povinná nebo elektivní docházka, počet modulů, hodinová dotace, ročník výuky, předpoklady pro splnění)?
4. Co je cílem/účelem výuky (získávání přesně jakých kompetencí, znalostí, dovedností)?
5. Jaký je obsah výuky? Je součástí výuky praktický výcvik, ve kterém jsou zapojeni příslušníci etnických menšin / migranti?
6. Jaké výukové strategie a metody se používají? Jaké sekundární zdroje se používají ve výuce a přípravě předmětu (webové aplikace, příručky)?
7. Jak výuka zapadá do celého kurikula, strategie vysoké školy a příslušných národních nebo mezinárodních strategií?
8. Jak se podobné programy připravují, odkud čerpají inspiraci?
9. Kdo je zapojen do vývoje sylabů?

10. Jak probíhá evaluace a validace programů?
11. Existuje hodnocení efektivity výuky?
12. Existují standardy výuk na oborové, lokální, národní nebo mezinárodní úrovni?
13. Je zajištěna výuka interkulturních a intersociálních kompetencí pro vyučující v rámci preklinické nebo klinické výuky?

Interkulturní a intersociální kompetence ve vzdělávání zdravotnických pracovníků

Politické a sociální změny, kterými Česká republika prošla za poslední desetiletí, vedly k podstatnému nárůstu nerovností a zvýšení rozmanitosti ve společnosti ze socioekonomického, etnického a kulturního hlediska. Jedním z důsledků tohoto procesu je potřeba přizpůsobení veřejných služeb potřebám nové společnosti, což znamená i nové výzvy v komunikaci. Nezbytným předpokladem úspěšné implementace výše zmíněných systémových a organizačních opatření je informovanost všech zdravotnických pracovníků o kulturním a sociálním zázemí cílové populace a schopnost tyto znalosti efektivně a systematicky uplatňovat v praxi. Proto je vzdělávání studentů medicíny na pregraduální a postgraduální úrovni a lékařů v rámci celoživotního vzdělávání klíčovou součástí kulturně senzitivní zdravotní péče [20].

Pregraduální vzdělávání zdravotnických pracovníků

V České republice „multikulturní ošetřovatelství“ je povinnou součástí základního odborného vzdělávání zdravotních sester [47, 48]. Tato oblast se dále aktivně vyvíjí i nad rámec povinného vzdělávání: interkulturním aspektům poskytování ošetřovatelské péče se věnuje řada českých odborných publikací, diplomových a disertačních prací atd. [49-52]. Navzdory tomuto trendu u budoucích lékařů v ČR není interkulturní a intersociální vzdělávání dosud povinně začleněno do pregraduálního ani postgraduálního medicínského studia. Studenti medicíny sice mohou získat některé základní znalosti o vlivu etnicity nebo migrace na zdraví a přístup ke zdravotní péči v rámci povinné výuky v oblasti veřejného zdravotnictví, ale principy kulturně senzitivní péče a interkulturní a intersociální komunikace ve výcviku lékařů zcela chybí. Tato oblast není rozpracovaná ani v rámci povinných kurzů, které se lékařské komunikaci přímo věnují (například „lékařská psychologie a psychoterapie“ pro studenty magisterských programů „všeobecné lékařství“ a „zubní lékařství“, nebo povinný specializační před-atestační kurz „Základy zdravotnické legislativy, etiky a komunikace“).

„První vlaštovkou“ v České republice v tomto směru může být realizace povinně volitelného kurzu „Migrace, etnicita a zdraví“ který byl poprvé v roce 2019 realizován na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy (viz tabulku č. 1). Výuka probíhala ve skupině deseti českých a anglicky mluvících studentů magisterských programů „Všeobecné lékařství“ a „Zubního lékařství“ a pocházeli z různých zemí. Ač šlo o kurz pilotní a místně jedinečný, byl studenty hodnocen jako přínosný pro jejich budoucí povolání. Nelze ho však považovat za dostatečnou náhradu povinné výuky interkulturních a intersociálních kompetencí. Vyplývá to i z odezvy účastníků kurzu: studenti podotýkali, že jedním z hlavních přínosů kurzu jim bylo uvědomění, že účinná komunikace s pacienty pocházejícími z různého prostředí není samozřejmostí a vyžaduje získání rozsáhlých odborných znalostí a dovedností².

Tabulka č. 1

<p>Vysoká škola, fakulta: Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Ústav veřejného zdravotnictví a zdravotnického práva</p> <p>Název předmětu: Migrace, etnicita a zdraví</p> <p>Studijní program, ročník: všeobecné lékařství, zubní lékařství – anglický a český program, přístupné studentům jiných oborů a fakult Univerzity Karlovy</p> <p>Druh kurzu: povinně volitelný</p> <p>Rozložení výuky: semestrální kurz</p> <p>Jazyk výuky: angličtina</p> <p>Hodinová dotace: celkem 44 hodin</p> <p>Obsah a cíle výuky: Sociální determinanty zdraví: Etnicita, rasa a zdraví. Druhy globální migrace. Perspektivy migrace z hlediska veřejného zdraví. Zdravotní stav migrantů v Evropě. Duševní zdraví a psychosociální podpora uprchlíků, žadatelů o azyl a migrantů. Přístup ke zdravotní péči pro migranty a etnické menšiny v Evropě. Kulturně senzitivní zdravotní péče. Veřejná politika a zdraví migrantů a etnických menšin. Evropské a globální strategie v oblasti zdraví uprchlíků a migrantů. Aktuální výzvy v oblasti zdraví migrantů.</p> <p>Metody a formy výuky: přednášky, semináře, skupinové diskuze, hraní rolí, modelové situace, exkurze, realizace individuálních nebo skupinových seminárních prací.</p> <p>Klasifikace: zápočet (na základě prezence a prezentace eseje)</p> <p>Evaluace: zjišťování potřeb a očekávání na začátku kurzu a hodnocení kurzu studenty na konci výuky</p> <p>Hodnocení efektivity výuky: ne</p>
--

² Jelikož se jedná o povinně **volitelný kurz**, zůstává skutečností, že většina mediků si z pragmatických důvodů volí jiný kurz, zejména týkající se práva a legislativy.

Inspirace pro Českou republiku v tomto ohledu může poskytnout mezinárodní projekt „Kulturně kompetentní v medicínském vzdělávání“ (Culturally Competent in Medical Education – C2ME) realizovaný v letech 2013-2015 za účasti 13 partnerských organizací z 10 zemí EU a z USA [45].

Během průzkumu prováděného dotazníkovým šetřením byly zkoumány silné a slabé stránky výuky interkulturních a intersociálních kompetencí pro mediky na pregraduální úrovni napříč partnerskými lékařskými fakultami – na základě obsahu kurikul a na úrovni organizační a strategické. Získané výsledky ukázaly, že více než polovina programů medicínského vzdělávání skutečně zahrnovaly práci se sociálními determinantami zdraví při poskytování péče, ale nebyl brán ohled na vlastní normy a stereotypy zdravotnických pracovníků, a na to, jak mohou ovlivňovat poskytování zdravotní péče a rozvoj dovedností efektivní práce s tlumočnickem. Prakticky žádný z hodnocených programů nezahrnoval evaluace výsledků výuky kulturních kompetencí mediků. Dalšími nedostatky byla absence tréninku kulturních kompetencí pro vyučující, nedostatek institucionální podpory na různých úrovních a odborného konsenzu v koncepci výuky kulturních kompetencí. Zástupci zúčastněných škol došli obecně k závěru, že existují programy vzdělávání mediků neposkytují studentům možnost získat interkulturní kompetenci na takové úrovni, aby odpovídala současným potřebám klinické praxe v jejich zemi [53].

Hlavním výstupem projektu C2ME je doporučený postup pro vývoj a implementace výuky kulturních a intersociálních kompetencí do pregraduálního medicínského vzdělávání [54]. Tento postup je založený na následujících minimálních požadavcích:

- 1. Zajištění kulturně kompetentních vyučujících:** tzn. poskytovat povinné vzdělávání ke kulturní kompetenci všem pedagogům v rámci zvláštního kurzu nebo existujících vzdělávacích aktivit, a podporovat vytvoření multidisciplinárních týmů pro výuku interkulturních kompetencí na lékařských fakultách [54, 55].
- 2. Zakotvení kulturních kompetencí do kurikula lékařských fakult:** interkulturní a intersociální kompetence se dá implementovat do pregraduálních programů formou zavedení povinného kurzu nebo integrací interkulturní kompetence jako průřezového tématu na úrovni preklinické a klinické výuky s použitím případů interaktivních vyučovacích metod a z praxe (viz níže k obsahu výuky) [54].
- 3. Alokace potřebných zdrojů:** zajištění financování vzdělávání akademických pracovníků na lékařských fakultách a jejich přístupu k výukovým materiálům, nástrojům a konzultacím odborníků.
- 4. Institucionální podpora:** podporovat politiky, kteří by prosazovali prevenci diskriminace, šikany a obtěžování, a podporovali vytvoření bezpečného

a inkluzivního prostředí pro práci a výuku, a to jak na úrovni celého vysokoškolského systému, tak i na úrovni jednotlivých lékařských fakult.

5. **Podpora rozmanitosti mezi studenty a vyučujícími:** zohledňovat současné složení populace při náboru nových studentů nebo akademických pracovníků, podporovat přijetí studentů z doposud nedostatečně zastoupených etnických nebo sociálních skupin [54].
6. **Evaluace:** vyvíjet systém hodnocení institucionálních strategií, kvality poskytované výuky, interkulturní kompetence vyučujících a vzdělávacích výsledků studentů, a to jak v rámci interní hodnocení výuky, tak i za pomoci mezinárodně uznávaných nástrojů: např. nástroj pro sebehodnocení v rámci „Standardu ekvity“ od WHO [56], americký „Tool for Assessing Cultural Competence Training“ (TACCT) [57], nebo dotazník vytvořený na základě těchto dvou modelů v rámci projektu C2ME [58].
7. **Sdílení dobré praxe:** pravidelně mapovat vývoj výuky interkulturních kompetencí na jiných lékařských fakultách, vysokých školách a proaktivně sdělovat zkušenosti cestou organizace konferencí, seminářů, apod. [59].

Co se týče obsahu kvalitního vzdělávání k interkulturním kompetencím, dle závěrů projektu C2ME by mělo být zaměřené na získávání a rozvoj následujících znalostí, dovedností a postojů:

a) znalosti

- epidemiologického profilu – jaké nemoci se významně projevují u různých etnických skupin,
- rozdílných účinků léčby u jednotlivých etnických skupin,
- změn zdravotního stavu v souvislosti s migrací a akulturací,
- sociokulturních odlišností,

b) postoje

- povědomí o tom, jak kultura ovlivňuje individuální chování a myšlení,
- povědomí o socioekonomickém kontextu života jednotlivých skupin obyvatel,
- uvědomění si vlastních předsudků a tendencí k vytvoření nebo používání stereotypů,

c) dovednosti

- pracovat s kulturní rozmanitostí, především v oblasti komunikace (schopnost předávat informace způsobem pochopitelným pro pacienta a poznat, kdy je třeba vyhledat externí pomoc – tlumočnicka, interkulturního pracovníka aj.),
- kreativně a flexibilně se přizpůsobit novým situacím,
- projevat citlivý postoj, který zahrnuje pokoru, empatii, zvědavost, respekt, a uvědomělost [11, 58].

Součástí vzdělávání v oblasti kulturně senzitivní zdravotní péče jsou také znalosti o nediskriminaci (včetně právních aspektů) a základních lidských právech ve vztahu ke zdraví.

Postgraduální a celoživotní vzdělávání zdravotnických pracovníků

V prvních deseti letech 21. století byly v ČR realizovány projekty, které měly za cíl vytvoření komplexního vzdělávacího programu ve formě seminářů, elektronických vzdělávacích modulů a elektronické knihovny zaměřených na zdraví a zdravotní péči o migranty ze zemí mimo EU. Tento program byl určen všem pracovníkům ve zdravotnictví, především lékařům, zdravotním sestřím a dalším zdravotnickým pracovníkům, ale například i pracovníkům cizineckých oddělení, personalistům, sociálním pracovníkům) [11]. Po ukončení projektů ale bohužel nedošlo k institucionálnímu zakotvení vytvořeného vzdělávacího programu. Očekávalo se, že témata týkající se specifik etnických menšin a migrantů budou systematicky zařazena do základního povinného postgraduálního vzdělávání lékařů v rámci implementací Strategie integrace Romů do roku 2020 v ČR.

Z hlediska mezinárodní praxe vzdělávání k interkulturním a intersociálním kompetencím v rámci postgraduálního a celoživotního vzdělávání je nejčastěji realizované formou povinných nebo dobrovolných kurzů a školení, které jsou v různých zemích světa především zaměřeny buď na zlepšování dovedností a změnu postojů nebo na poskytování kulturních znalostí a interkulturní praxe a jsou určeny buď všem zdravotnickým pracovníkům, anebo konkrétním odbornostem (zdravotní sestry, farmaceuti apod.) [60]. Velmi omezené možnosti vzdělávání v kulturních kompetencích jsou prozatím poskytovány manažerům a dalším řídicím pracovníkům ve zdravotnictví, přestože je jejich zapojení nezbytné pro organizační zakotvení principů kulturně senzitivní péče do klinické praxe [60]. Důležitým prvkem ve všech fázích přípravy a realizace vzdělávání k interkulturní kompetenci je zapojení všech relevantních aktérů včetně zástupců cílových skupin (například migranty, etnické menšiny) coby konečných uživatelů služeb, ale i odborníků nebo administrativních pracovníků zdravotnických zařízení (lékaři, sestry, tlumočníci atd.) [61].

Existující výukové programy v rámci postgraduálního a celoživotního vzdělávání jsou často zaměřeny na interkulturní nebo intersociální aspekty péče ve vztahu ke konkrétní komunitě nebo sociální skupině, což pomáhá zohledňovat jejich specifické zdravotní potřeby. Například v rámci mezinárodního programu Migrant and Ethnic Minority Training Packages (MEM-TP), realizovaného za podpory Evropské Komise v letech 2013 – 2016, byly vytvořeny výukové materiály a školení, které byly následně pilotně vyzkoušeny a zhodnoceny v Dánsku, Itálii, Polsku, Rumunsku, Španělsku a na Slovensku. Trénink určený zdravotnickým pracovníkům poskytujícím primární péči se

orientoval na zdravotní potřeby migrantů (včetně neregulérních migrantů), uprchlíků a etnických minorit včetně Romů s důrazem na skupiny se zvýšenou vulnerabilitou ve zdraví (děti, seniory, oběti obchodu s lidmi apod.) [62]. Důležitým prvkem udržitelnosti tréninku MEM-TP je akreditace, kterou v některých účastnických zemích získal: na Slovensku byl program akreditován Slovenskou lékařskou komorou a Slovenskou komorou sester a porodních asistentek, v Polsku Institutem postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví [60].

Z výsledků evaluace interkulturního a intersociálního vzdělávání realizovaného v rámci projektu MEM-TP vyplývá potřeba přizpůsobení struktury a obsahu výuky místnímu a profesionálnímu kontextu účastníků a dále nutnost interaktivního přístupu postaveného na situacích z reálné praxe, aby se výuka neredukovala na poskytování „kuchařky“ s recepty na práci s určitou komunitou [45, 58]. Výsledky mezinárodních průzkumů v různých zemích světa potvrzují důležitost posledního závěru: podle těch podstatná část studentů medicíny a zdravotnických pracovníků, kteří prošli „klasickým“ tréninkem kulturních kompetencí, nezískala závěrem větší jistotu v komunikaci s pacienty z odlišného kulturního zázemí, u některých dokonce došlo k prohloubení stereotypů nebo psychické traumatizaci [59]. Proto se v současnosti intenzivně hledají a rozvíjí jiné, efektivnější formy výuky jako „trénink pro trenéry“ (ten spočívá ve vzdělávání vedoucích klinické výuky ke kulturním kompetencím, kteří následně předávají získané znalosti a dovednosti podřízenému zdravotnímu personálu a studentům v rámci dalšího vlastního školení a supervize) [63], nebo pravidelné diskuzní telekonference a sdílení zkušeností s použitím moderních technologií [60].

Interkulturní a intersociální kompetence v pregraduálním vzdělávání mediků ve vybraných zemích Evropské unie

V německojazyčných zemích kulturní, sociální, právní a politický rámec zdraví a zdravotní péče během poslední desetiletí získával rostoucí význam. Pracovní imigrace z Turecka, následně sjednocení Německa a přítok migrantů ze zemí bývalého Sovětského Svazu, založení a rozšíření Evropské unie a nedávné přijetí velkého množství uprchlíků z válečných regionů stalo seriózní výzvou pro zdravotnictví [64]. Pro lékaře a studenta medicíny to znamenalo být v praxi konfrontován s velkým množstvím různorodých přístupů ke komunikaci, společenské hierarchie, rodinnému uspořádání nebo náboženským a spirituálním otázkám. Na druhou stranu, globalizace vzdělávání a nárůst popularity studijních mobilit odhalili nedostatečnou připravenost německojazyčných studentů k rozdílům ve vztahu lékař-pacient v jiných částech světa [65].

Vzhledem k výše zmíněným faktorům a posílení role Německa v globálním zdraví, především německé lékařské univerzity a fakulty začali vyvíjet iniciativy na zavedení potřebného vzdělávání ve snaze přizpůsobit mezinárodní zkušenosti z USA a Velké Británie národnímu kontextu. Průkopníkem v tomto procesu byla Lékařská fakulta Univerzity v Giessenu (Hesensko, SRN) která již od roku 2003 nabízí studentům medicíny vyšších ročníků volitelný předmět „Zdravotní péče o migranty“ [66]. Kurz kombinuje interdisciplinární přístup a klinicky aplikovatelnou etnografickou metodologie [69] a byl navržen společně zástupci institucí zapojených jak do preklinické (Ústav dějin medicíny³) tak i do klinické výuky (Fakultní nemocnice Giessen a Marburg⁴) spolu s Turecko-německou zdravotní nadací⁵ což zaručovalo vysokou odbornou úroveň a efektivní propojení teorie a praxe⁶ [67].

Kurz byl navržen na základě hesla „myslet globálně, učit lokálně“, totiž poskytoval rozsáhlý teoretický základ nezbytný ke kritické reflexi místní zdravotnické praxe se zaměřením na skupiny migrantů a etnických menšin nejvíce zastoupené v okolní komunitě (v prvních letech realizací kurzu především turecky a ruský mluvící) [67]. „Lokální“ dimenze byla posílena setkáními, například, s turecko-muslimským lékařem a s pracovníky charitativní organizací poskytující pomoc migrantům, což studentům dovoľovalo se seznámit s příběhy jednotlivých migrantů, získat nástroje k řešení situací v klinické praxe a přehled místních integračních opatření. Podstatná část studentů měla migrační původ, což značně přispívalo k obohacení výuku a pomáhalo vytvářet prostor pro podnětné diskuze [67]. „Globální“ aspekty výuky po několika letech získali nový rozměr skrze rozšíření kurzu do mezinárodního vzdělávacího projektu se zapojením vysokých škol ze zemí Latinské Ameriky [66]. Podle následného hodnocení výuky studenty nejvíce oceňovali interdisciplinární přístup a otevřenou atmosféru kurzu a ve výsledku se cítili lépe připravené k poskytování péče jakýmkoliv „nestandardním“ pacientům, nikoli však jenom příslušníkům určité etnické komunity [66].

Tabulka č. 2

<p>Vysoká škola, fakulta: Lékařská fakulta Univerzity Justusa Liebiga v Giessenu (Hesensko, SRN)</p> <p>Název předmětu: Zdravotní péče o migranty – interdisciplinární aspekty zdravotní péče o pacienty migračního původu</p> <p>Studijní program, ročník: všeobecné lékařství, od 3. roku výuky, 10-15 studentů za semestr</p>

³ Institut für Geschichte der Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen

⁴ Medizinische Klinik und Poliklinik III, Universitätsklinikum Gießen und Marburg

⁵ Türkisch-Deutsche Gesundheitsstiftung e. V. Gießen

⁶ Zúčastněné instituce následně založili na Katedře humánního lékařství Univerzity v Giessenu pracovní skupinu "Transkulturní medicína, migrace a zdraví", do jejíž aktivity je zmíněný kurz integrován.

Druh předmětu: volitelný (*Wahlfach*)

Rozložení výuky: semestrální kurz

Hodinová dotace: 12

Jazyk výuky: němčina

Obsah výuky: Úvod do problematiky s příklady z lékařské praxe. Epidemiologické, historické, sociální a kulturní aspekty migrace. Etické a právní aspekty pomoci migrantům (včetně neregulárních migrantů). Relevantní aspekty interní medicíny a psychosomatiky. Islám a medicína. Etnicko-kulturní rozmanitost ve výzkumu z pohledu epidemiologie, klinického výzkumu a medicínské antropologie. Transkulturní ošetřovatelství. Spolupráce mezi zástupci zdravotních a sociálních služeb. Základy interkulturní komunikaci včetně práce s tlumočnickem.

Cíle výuky:

znalosti

- sociologické základní pojmy a definice
- právní rámec migrace a zdravotní péče
- instituce a kontakty v sociální a zdravotní péči

dovedností

- vnímání různých aspektů lékařské péče o pacienty a jejich interakce
- kontextualizace „kultury“ z hlediska nemoci. Medicína a migrace, sociální a právní podmínky
- reflexe vlastní „kultury“ při setkání s nemocí
- hledání alternativy k myšlení a jednání podle stereotypů
- cílené hledání relevantní informace potřebné pro řešení jednotlivých případů

Metody a formy výuky: přednášky, semináře, exkurze, skupinové diskuze, případové studie, pozorování v praxi

Klasifikace: odevzdání studentem samostatně připravené seminární práce na základě analýzy systematického pozorování prostředí ve vztahu k „medicině a migrace“ (např., postoje a přístupy ke komunikaci u sebe a svých kolegů v průběhu klinické výuky, případové studie z vlastní zkušenosti nebo dokumentace diskuzí na internetových fórech atd.)

Evaluace: ano (strukturovaný anonymní dotazník, seminární práce jako hodnocení dosažení cíle teoretické výuky)

Hodnocení efektivity výuky: osobní rozhovory se studenty

Dlouhodobé zkušenosti nicméně ukázaly, že nepovinná výuka interkulturních a intersociálních kompetencí není dostačujícím řešením pro přípravu mediků schopných poskytovat vysoce kvalitní, personalizovanou zdravotní péče, proto rostla poptávka po systémových řešeních a udržitelném institucionálním zakotvení [65]. Tlak na větší zastoupení témat týkajících se veřejného zdravotnictví, globálního zdraví a kulturních kompetencí v lékařském vzdělávání byl vyvíjen ze strany různých zapojených aktérů – především organizací samotných studentů (které v roce 2009 požádali o rozšíření výuky globálního zdraví) a zástupců akademické obce které

ze své strany postavili se za veřejného zdravotnictví a globálního zdraví v Německu, včetně posílení těchto oblastí v medicínských kurikulech [65]. Za vyústění těchto soustavných úsilí se dá považovat doporučení k internacionalizaci kurikul vysokých škol vydané Asociací německých vysokých škol a univerzit⁷ v roce 2017, které zdůrazňují potřebu systematické integraci kurzů kulturní kompetencí a globálního zdraví do medicínských kurikul [66].

Za účelem vytvoření podkladu pro navrhované změny na půdě německé Společnosti pro lékařské vzdělávání⁸ byl založen multidisciplinární Výbor pro kulturní kompetence a globální zdraví, který v letech 2013–2016 pracoval na dosažení odborného konsenzu v definování globálního zdraví a kulturních kompetencí a jejich integrované implementaci do výuky lékařů v Německu, Rakousku a Švýcarsku [65]. Členové Výboru reprezentovali různé odborné a akademické kontexty klinické medicíny, veřejného zdravotnictví, sociálních věd a dalších relevantních oblastí [68]. Priority přípravy konsenzu byly stanoveny na základě výsledků kvalitativního průzkumu mezi 16 významnými německými, rakouskými a švýcarskými experty na výuku trans/interkulturních kompetencí. Následné vytváření definic „globálního zdraví“ a „trans/interkulturní kompetence“, struktury, obsahu a didaktiky související výuky probíhalo s aktivním zapojením akademických a klinických pracovníků a studentů zúčastněných lékařských fakult [65].

Podle výsledného stanoviska Výboru pro kulturní kompetence a globální zdraví jsou následující body **klíčovými** pro medicínské vzdělávání:

1) v oblasti „**globálního zdraví**“:

- zdraví jako lidské právo;
- globální rozměr zdraví;
- interdisciplinarita;

2) v oblasti „**kulturní kompetence**“:

- pojetí „kultury“ na základě sociální a kulturní antropologie;
- sebekritická reflexe vlastní kultury a stereotypů mezi lékaři;
- vnímání pacienta jako osobnosti a uvědomění kulturních odlišností a podobností;
- schopnost posoudit jazykovou vybavenost pacienta a znát klady a zápory využívání (ne)profesionálních tlumočnicků;
- pozornost k předchozím zkušenostem pacienta (například zkušenosti migrantů se zdravotnickým systémem v zemi původu nebo v jiných státech, zkušenosti s diskriminací u příslušníků znevýhodněných sociálních skupin včetně etnických menšin) a individuální vnímání zdraví, nemoci a léčby;

⁷ Hochschulrektorenkonferenz

⁸ Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA)

- kritická reflexe domněnek, vzorců myšlení a chování a hierarchie hodnot zdravotnického personálu na lékařských fakultách, v nemocnicích a ordinacích;
- systematické uvažování o sociálních, ekonomických, politických a strukturálních faktorech ovlivňujících lékařskou péči, zejména ve vztahu k údajným „kulturním“ problémům.

Ve vztahu ke vzdělávací praxi definuje stanovisko následující **doporučení**:

1. Využívání synergie mezi kulturní kompetencí a globálním zdravím v medicínském vzdělávání.
2. Vzhledem k důležitosti kulturních kompetencí v denní klinické praxi je preferovanou formou integrace napříč povinnou výukou spíše než na úrovni oddělených (volitelných) předmětů
3. Profesionalizace a zvyšování kvalifikace ve výuce kulturních kompetencí na úrovni lékařských fakult i individuálně samotných vyučujících a rozvoj metodologie výuky směrem k doplnění konvenčních přístupů metodami využívajícími vlastní sociokulturní zkušenosti studentů z osobního života nebo klinické praxe ;
4. Interdisciplinární přístup a podpora výzkumu ve vzdělávání jsou nezbytné pro kontinuální rozvoj, hodnocení a optimalizaci výuky kulturní kompetence [65].

Jako mezery zatím zůstávají ve všech třech zemích profil vyučujícího interkulturních a intersociálních kompetencí, protože neexistují povinné požadavky na strukturu a obsah kurzů, dále se potřebuje rozvíjet související výzkum a navazující akademická debata [65].

Národní vzdělávací standard v oblasti vzdělávání mediků– Německo

Vhodnou příležitost pro implementaci dosaženého konsenzu poskytlo v Německu v roce 2015 přijetí Národních katalogů vzdělávacích cílů založených na kompetencích v pregraduálním vzdělávání v rámci programů „Všeobecné lékařství“ (*Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin –NKLM*⁹) a „Zubní lékařství“ (*Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Zahnmedizin – NK LZ*¹⁰), do kterých se promítly základní aspekty interkulturní kompetence a globálního zdraví [68].

V tomto rozsáhlém více než 300 stránkovém katalogu se cíle výuky popisují na základě definice generických rolí lékaře a s nimi souvisejících kompetencí (234 kompetencí a 281 sub-kompetencí). Vydání katalogů předcházela komplikovaný šestiletý vývoj

⁹ Dostupné online na <http://www.nklm.de>

¹⁰ Dostupné online na <http://www.nklz.de>

řízený Společností pro medicínské vzdělávání a německou Asociací lékařských fakult¹¹ [69]. Celkem bylo do přípravy a diskuze kolem *NKLM/NKLZ* zapojeno až 200 medicínských expertů z 98 odborných lékařských společností včetně Německé lékařské komory¹², Národní asociace medicínských studentů¹³ a Asociace vědeckých medicínských společností¹⁴, čímž byli pokryti všichni hlavní aktéři zapojení do pre- a postgraduálního medicínského vzdělávání v Německu [69].

Inspiraci pro návrh dokumentů poskytly standardy již implementované v Kanadě, Nizozemsku a Švýcarsku, především Rámec kompetencí lékaře *CanMEDS (CanMEDS Physician Competency Framework)*, původně vyvinutý kanadským Royal College of Physicians and Surgeons [74]. Systém *CanMEDs* je postaven na definici sedmi hlavních rolí, které by medik coby absolvent magisterského studia medicíny měl zvládat při nástupu do postgraduální fáze své lékařské přípravy, kterýmiž roli jsou:

- 1) medicínský expert
- 2) komunikátor
- 3) spolupracovník
- 4) zdravotní poradce / advokát
- 5) manažer
- 6) akademik
- 7) odborník.

Na této generické úlohy navazují potřebné kompetence, cíle výuky a typické situace, symptomy a nálezy které medik musí umět od prvního dne své klinické praxi zvládat [70]. *NKLM/NKLZ* jsou prozatím nepovinnými standardy určenými pomoci lékařským fakultám v rozvoji a modernizaci jejich výuky [68]. Přesto již tyto dokumenty významně ovlivnily vzdělávací praxe ve všech 16 spolkových zemích SRN (zatím na pilotní úrovni) a vyvolaly širokou odbornou diskuzi. Očekává se, že cíle a principy *NKLM/NKLZ* se budou odrážet v obsahu a realizaci nadcházející důležité federální reformy – „Master-plán 2020“ v medicínském vzdělávání (*Masterplan Medizinstudium 2020*) [69].

Z hlediska tématu naší studie se jeví jako důležité to, že *NKLM/NKLZ* definují jen standardy povinné výuky a nezasahují do možného rozsahu nepovinných volitelných předmětů [68]; z toho důvodu slouží mnohočetné zmiňování socioekonomických a sociokulturních aspektů v popisu jednotlivých rolí lékaře (především jako medicínského experta, Komunikátora, Zdravotního poradce, Manažera a Odborníka) jako dodatečné potvrzení důležitosti implementace interkulturních a intersociálních kompetencí do standardních kurikul lékařských fakult.

¹¹ Medizinischer Fakultätentag – MFT

¹² Bundesärztekammer

¹³ Bundesvereinigung der Medizinstudierenden Deutschlands, bvmd

¹⁴ Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften, AWMF

Podrobně se popisuje jak absolventka nebo absolvent studia medicíny musí být schopen zmíněné faktory zohledňovat na všech fázích interakce s pacientem, včetně sběru anamnézy, diagnostiky, léčby, rehabilitačních a preventivních opatření. Zvláštní pozornost věnovaná komunikačním lékařským dovednostem, přičemž se podotýká, že schopnost správně komunikovat je klíčovou pro lékaře a že komunikace je naučitelná [68]. Medik musí umět analyzovat a reflektovat sociálně demografické, ekonomické a kulturní faktory, jazykovou bariéru v různých typech ústní, písemné, elektronické i veřejné komunikace [68]. *NKLM* poskytuje nejen seznam nezbytných kompetencí ale i doporučení do jakých konkrétních součástí medicínských kurikul této poznatky musí být integrované a uvádí i některé příklady standardních klinických situací kde určité znalosti a dovednosti budou potřebné.

Řada odborných společností v návaznosti na proces přípravy *NKLM* začala vytvářet standardy pro Postgraduální vzdělávání v rámci jednotlivých specializace: například, již proběhlo pilotní ověření kurikulu pro postgraduální vzdělávání založené na kompetencích pro praktické lékaře. Pro přípravu tohoto dokumentu odborná společnost praktických lékařů zvolila strategie dle motto „není třeba znovu vynalézat kolo“ a vyšla z mezinárodních zkušeností – již zmíněného *CanMEDS* a podobných kurikul ze čtyř dalších evropských zemí, které se postupně adaptovali k místním požadavkům [71].

V Německu v této době probíhá dobrovolné hodnocení výuky a plánují se reformy existujících kurikul. na základě *NKLM*, jediný systém integrace intersociální a interkulturní kompetence do medicínského vzdělávání proto ještě není finální. Ve všech třech zemích chybí především profil vyučujícího interkulturních a intersociálních kompetencí, jelikož neexistují povinné požadavky na strukturu a obsah kurzů, a je třeba rozvíjet související výzkum a navazující akademickou debatu [65].

Na řadě vysokých škol je však již zavedeno množství programů a iniciativ podporujících podrobnou výuku. Výsledky naší studie ukazují, že jednotlivé německé univerzity nabízí výuku interkulturních kompetencí v následující formě:

1. volitelné nebo povinně volitelné předměty pro zainteresované studenty;
2. strukturální integrace interkulturních / intersociálních aspektů do existujících předmětů;
3. zapojení studentů do studia intersociální a interkulturní kompetence mimo stanovený studijní program.

Povinná výuka interkulturní kompetence probíhá buď formou jednotlivého povinného kurzu, jako, například, v Friedrich-Schiller Univerzitě v Jene kde studenti v druhém

ročníku studia procházejí povinným čtyřhodinovým seminářem zaměřeným na obecné interkulturní kompetence v klinické praxi, anebo jednotlivé aspekty jsou vyučovány v rámci standardních předmětů, především komunikačních dovedností a sociálních a etických kompetencí (např. lékařské fakulty Univerzity v Kolínu nad Rýnem nebo Heinrich-Heine Univerzity v Düsseldorfu). Nejčastější formou realizace výuky interkulturní kompetence jsou povinně volitelné předměty realizované pro studenty v rámci preklinické nebo klinické výuky na šesti lékařských fakultách v Německu: Wuerzburg a Erlangen-Nurnberg v Bavorsku, Hamburg, Grienswald v Meklenbursku-Předním Pomořansku, Mainz v Porýní-Falc a Aachen a Bochum v Severní Porýní-Vestfálsku.

Příkladem kombinací prvních dvou přístupů může sloužit Friedrich-Alexander Univerzita v Erlangenu, Bavorsko (FAU), kde otázky sociální a kulturní rozmanitosti jsou zohledněny v rámci dvou povinně volitelných kurzů:

- 1) „Eticko-komunikační dovednosti – obecný přehled“, jehož součástí je osmihodinový modul „Interkulturní komunikace“ (viz tabulku č. 3)
- 2) společný kurz pro studenty FAU „Diversity Scouts“, ve kterém nejen se poskytují základy rozmanitosti, rovných příležitostí, (ne)diskriminace a s tím souvisejících kontroverzí v moderní společnosti a různé dimenze rozmanitosti (gender a genderová identita, migrační historie a transkulturalita, postižení a sociální zázemí) ale zároveň probíhá seznámení se podpůrnými službami které FAU studentů nabízí; po úspěšném absolvování kurzu studenti mohou sami stát „skauti diverzity“ v rámci Kanceláře pro gender a rozmanitost FAU a v průběhu semestru osobně nebo online pomáhat jiným studentům bakalářských oborů v různých situacích.

Řada německých lékařských fakult doposud odmítá zařazení interkulturní kompetence do svých kurikul se zdůvodněním, že rozšíření programu by sloužilo velkou zátěží pro studenty. Přes to, značné množství studentů lékařských fakult, ve kterých interkulturní kompetence není součástí výuky, snaží se získat potřebné cestou mimokurikulárních aktivit, zejména v rámci dobrovolní pomoci migrantům a uprchlíkům charitativní a jiné neziskové organizace. Významnou roli v tomto hnutí hraje síť studentských spolků MediNetz která sdružuje 16 neformálních spolků především studentů mediků a mladých lékařů napříč Německem které pomáhají získat přesup ke zdravotním službám migrantům v neregulárním postavení a zapojují se i do advokačních činností za práva migrantů a uprchlíků.

Zkušenosti z těchto dobrovolných aktivit studentům prokázaly nesmírnou důležitost systematické výuky interkulturní kompetence, kterou oni nazývají „klíčovou kompetencí 21. století“, proto v roce 2017 největší organizace studentů mediků v SRN – Federální spolek studentů medicíny v Německu – vydal prohlášení [72] vyzývající německé lékařské fakulty, aby podporovali rozvoj interkulturní kompetence u svých studentů a zařadili této kompetenci do svých kurikul na základě následujících principů:

- výuka musí probíhat průběžně a interdisciplinárně;
- cíle a obsah výuky musí navazovat na standard NKLM
- do přípravy a realizace výuky musí být zapojené studenty z jiného sociokulturního zázemí, což obohatí výuku a dovolí šetřit zdroje;
- stávající struktury a učební programy musí být odpovídajícím způsobem upraveni;
- větší prostředky by měli být vynaložené na podporu mezinárodní mobility studentů;
- implementace interkulturní výuky nesmí vest ke zvýšení počtu hodin již přetíženého lékařského studia, tj. musí probíhat formou integraci do kurikul a využití současných kapacit [72].

Tabulka č. 3

<p>Vysoká škola, fakulta: Lékařská fakulta, Friedrich-Alexander Univerzita v Erlangenu (Bavorsko)</p> <p>Název předmětu: Eticko-komunikační dovednosti – obecný přehled (modul III Interkulturní komunikace)</p> <p>Studijní program, ročník: všichni ročníky</p> <p>Druh kurzu: povinně volitelný</p> <p>Forma výuky: modulová</p> <p>Jazyk výuky: němčina</p> <p>Hodinová dotace: 8 hodin</p> <p>Obsah výuky: Úvod do tématu. Rozdíly v pojetí nemoci, různá očekávání od lékařské role nebo lékařského chování a rozdílné zacházení s umírajícím i zemřelým, jakož i diskuse s pacienty se špatnými znalostmi německého jazyka. Náboženství a kultura muslimů žijících v Německu praktickými tipy.</p> <p>Metody výuky: přednáška, praktický seminář, procvičování komunikaci s muslimskými pacienty, hraní rolí, skupinové diskuze, krátké prezentace</p> <p>Klasifikace: klasifikovaný započet</p> <p>Evaluace: neformální</p>
--

Národní vzdělávací standard v oblasti vzdělávání mediků– Rakousko

Pregraduální medicínská výuka v Rakousku probíhá na půdě čtyřech státních a dvou soukromých nezávislých lékařských univerzit. Podrobný medicínský vzdělávací standard na státní úrovni prozatím v Rakousku neexistuje. Zástupci vysokých škol – třech státních (lékařské univerzity ve Vídni, Štýrském Hradci a Innsbrucku) a jedné soukromé (Paracelsová soukromá lékařská univerzita v Salzburku) vytvořili v roce 2011 předběžný seznam kompetencí nezbytných pro přípravu kurikul k magisterskému studiu pro získání titulu Doctor medicinae universae (Dr. med. univ.) - Rakouský katalog úrovně kompetencí k lékařským dovednostem (Österreichischer Kompetenzlevelkatalog für Ärztliche Fertigkeiten). Pro tento dokument, na základě kterého musí medicínské vysoké školy závazně provést hodnocení své výuky a vyučujících a připravit a realizovat případnou reorganizaci, posloužilo jako inspirace druhé vydání švýcarského standardu SCLO, ovšem jen jeho části o obecných znalostech a dovednostech, a tak je rakouská verze podstatně kratší a jednotlivé role medika/lékaře v ní nejsou podrobně rozpracovány [73]. Přesto některé lékařské univerzity (Štýrský Hradec, Kremž an der Donau) již přeformulovali své cíle výuky v rámci magisterského programu všeobecného lékařství (*Humanmedizin*) dle systému CanMEDS a příslušných rolí lékaře.

Sociální a kulturní charakteristiky pacienta jsou v rakouském katalogu kompetencí zmíněny jen u sběru anamnézy; mezikulturní komunikací se rozumí potřeba zlepšovat úroveň angličtiny studentů-mediků a otázka etnicity a migrace není v tomto katalogu zohledněna vůbec. Nicméně jednotlivé projekty a iniciativy o profesionalizaci interkulturní kompetence ve zdravotnictví v Rakousku dlouhodobě probíhaly nejen na úrovni nemocnic a medicínských vysokých škol ale i na úrovni státní správy. Například už v roce 2005 byla na ministerstvu zdravotnictví a žen z iniciativy tehdejší ministryně Marie Rauch-Kallat založena pracovní skupina, která měla provést analýzu a navrhnout zlepšení situace interkulturních kompetencí v rakouské nemocniční a ambulantní péči. Jedním z hlavních závěrů, které byly shrnuty ve výsledné publikaci „Interkulturní kompetence ve zdravotnictví“, byla potřeba zajištění výuky interkulturních kompetencí „v medicínských univerzitách, ve školách ošetrovatelství, školách porodních asistentek“ a ve výuce všech ostatních zdravotnických pracovníků [74]. V publikaci se rovněž podotýká, že „je obzvlášť důležité, aby se tyto kulturní kompetence nevyučovaly jako samostatné blokované přednášky, ale aby obsah kurzu zapadal do aktuálních přednášek na příslušné téma“ a byl tak integrován do existujících kurikul. Nezbytný je také průběžný výcvik v oblasti interkulturních kompetencí v rámci celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků a jiných pracovníků nemocnic; u manažerů zdravotnických zařízení se musí požadavek povinného absolvování školení interkulturních dovedností uplatňovat již ve fázi výběrového řízení [74].

V Rakousku se jako základní faktor úspěchu reforem medicínského vzdělávání [75] ukázala podpora ze strany státu a spolupráce mezi lékařskými univerzitami. Proto doporučení ministerstva zdravotnictví a žen a výše zmíněný odborný konsenzus Výboru pro kulturní kompetence a globální zdraví poskytují dostatečnou oporu pro zakotvení výuky interkulturní kompetence na celostátní úrovni.

Dobrym příkladem úspěšné implementace podobného integrovaného konceptu v Rakousku jsou Lékařské univerzity ve Vídni a ve Štýrském Hradci. V kurikulu Lékařské univerzity ve Vídni jsou aspekty kulturní rozmanitosti a sociokulturní kompetence reflektovány napříč celou výukou v rámci teoretické i klinické výuky.

Tabulka č. 4

<p>Vysoká škola, fakulta: Lékařská univerzita ve Vídni</p> <p>Studijní program: Všeobecné lékařství (<i>Humanmedizin</i>) (Dr. Med. Univ.)</p> <p>Název předmětů, ročník:</p> <p>1) Veřejné zdravotnictví - 3. rok (7.semestr)</p> <p>Druh kurzu: povinný</p> <p>Rozložení výuky: bloková</p> <p>Hodinová dotace: 100 hodin (79 hodin přednášky, 21 hodin semináře v malých skupinách)</p> <p>Jazyk výuky: němčina</p> <p>Obsah výuky:</p> <p>Zdravotnické systémy, zdravotnické právo, etika v medicíně, preventivní medicína, gerontologie a geriatric. Přednášky vztahující se k tématům kulturní rozmanitosti a interkulturní a intersociální kompetence ve zdravotní péči:</p> <ul style="list-style-type: none">- Determinanty zdraví a zdravotní péče (1 hodina)- Etika ve vztahu mezi lékaři a pacienty (3 hodiny)- Interkulturní aspekty etiky (1 hodina) <p>Semináře:</p> <ul style="list-style-type: none">- Rozmanitost a zdravotní péče zaměřená na pacienta (2 hodiny)- Bolest: aspekty sociální, ekonomické, kulturní a aspekty spojené se zdravotní péčí (2 hodiny)- Etno-medicínské aspekty ve vztahu k věku, umírání a smrti (2 hodiny) <p>Metody a formy výuky: přednášky a semináře</p> <p>Další povinné předměty, ve kterých se vyučují elementy kulturní rozmanitosti / kompetence:</p> <p>2) Sociální kompetence – 1. rok, 1. semestr (30 hodin celkem, semináře)</p> <p>3) Člověk v prostředí, rodině a společnosti - 1. rok, 2. semestr (celkem 50 hodin přednášek a 12 hodin semináře)</p> <p>4) Konverzace s pacienty – 2. rok, 3. semestr a 3. rok, 6. semestr (15 a 15 hodin semináře / stáže)</p> <p>5) Interdisciplinární případové konference – 5. rok, 9. a 10. semestr (30 hodin celkem, zvláštní pozornost je zaměřen na otázky genderu a rozmanitosti)</p>
--

Velmi podobným způsobem jsou aspekty genderové, sociální a kulturní rozmanitosti integrovány napříč studiem medicíny na Lékařské univerzitě ve Štýrském Hradci. Výuka sociálních a kulturních specifík je zahrnuta především v rámci výuky sociální medicíny a modulové klinické praxe v šestém ročníku studia.

Z inovačních přístupů k výuce interkulturní kompetence se dá zmínit systém hodnocení a rozvoje kompetence KODE® který je implementován do bakalářského a magisterského lékařského programu na Univerzitě zdravotnických věd Karla Landsteinere v Kremži. Systém KODE® vyvinutý v devadesátých letech je mezinárodní značkou v Německu, Rakousku a Švýcarsku¹⁵ umožňuje studentům individuální hodnocení pomocí online dotazníku a rozvoj svých dovedností v sebeorganizaci a k řešení problémů v klinické praxi, k čemuž následně se používají různorodé nástroje tréninku kompetenci, koučink, mentoring a sebe-trénink. Četné znalosti a dovednosti nezbytné pro lékaře jsou zredukované na 64 dílčích kompetencí týkající se rozdělené na oblasti osobní kvality a hodnoty, dovednosti sociální komunikace, technické a metodické znalosti a dovednosti vykonávat potřebné aktivity v normálních nebo obtížných životních a pracovních podmínkách. Interkulturní kompetence je jednou z průřezových kompetencí kontextuálně zapojených do celého procesu.

Národní vzdělávací standard v oblasti vzdělávání mediků – Nizozemsko

V Nizozemsku je pregraduální lékařské vzdělávání poskytováno osmi univerzitami, z nichž každá disponuje univerzitní nemocnicí (jedna nemocnice na každý region) [76]. Postgraduální vzdělávání pak probíhá „lokálně“, tj. v jedné z těchto univerzitních nemocnic a několika přidružených fakultních nemocnic [76]. Pregraduální lékařské vzdělávání se řídí národním programem „Rámec pro pregraduální lékařské vzdělávání v Nizozemsku“, který byl připraven v roce 2009 Nizozemskou Federací Univerzitních medicínských center [77]. Dokument není prezentován jako závažný návod pro vývoj lékařských vzdělávacích programů, ale slouží především k účelům vnitřní kontroly kvality a rozvoje jednotlivých vysokých škol [77]. V praxi ale vychází najevo, že obsah pregraduálního studia medicíny musí odpovídat požadavkům tohoto Rámce: na jeho základě totiž probíhá akreditace, kterou jednotlivé univerzity musí absolvovat jednou za čtyři roky nebo i častěji, rozhodne-li tak komise externích hodnotitelů [76]. Státní dokumenty týkající se postgraduálního vzdělávání mediků jsou zaměřené na konkrétní specializaci a v případě, že se některá specializace vyučuje jen v jednom regionu Nizozemska, jsou k dispozici pouze regionální postgraduální normy [76].

V nizozemském rámcovém dokumentu, který je i v tomto případě převzat z kanadského modelu CanMEDS, jsou role lékaře popsány spíše schematicky;

¹⁵ <https://www.kodekonzept.com/de/kompetenzen-erschliessen-die-zukunft/kode/>

hlavním obsahem jsou oblasti kompetencí a dovedností, které na tyto role navazují. U interkulturní a intersociální kompetence se zdůrazňuje komunikace zaměřená na pacienta a spolupráce s jinými zdravotními a sociálními pracovníky a potřeba nejen získávat praktické dovednosti, ale opírat se při tom o základní vědecké znalosti. Potřebné výukové metody nebo evaluace však nejsou popsány (tabulky č. 3 a 4).

Detailnější údaje o kurikulech nizozemských lékařských fakult/univerzitních medicínských center lze získat ze zpráv z akreditací jednotlivých univerzit, přičemž se témata týkající se kulturní rozmanitosti objevují v pěti z osmi takových zpráv, a to formou „výuky lékařské etiky a zvládnání rozmanitosti“, „získávání kulturní kompetence“, „nabízení povinného vzdělávání o kulturní rozmanitosti“ a „výcvik v globálním zdraví“ [76]. Nicméně jen v některých státních nebo regionálních standardech specializačního postgraduálního vzdělávání je věnována pozornost kulturní rozmanitosti, přičemž nejsou popsány cíle, metody a evaluace podobné výuky [76].

Obecně je koncepce „kulturní rozmanitosti“ v širokém pojetí již dlouhodobě uznaná jako důležitý předpoklad kvalitního vysokoškolského, především lékařského vzdělávání v Nizozemsku. Systematická práce v tomto ohledu probíhá například na Univerzitě v Amsterdamu – tam byla založena Komise pro rozmanitost, která v roce 2016 analyzovala, jak se různé dimenze rozmanitosti, včetně genderové, kulturní, etnické a sociální, odrážejí ve strategiích, výzkumných činnostech, výstupech a vzdělávací praxi Univerzity [78]. Analýza poskytla důležité doporučení k organizaci a obsahu akademických činností, a to zejména:

1. Zakotvení sociální spravedlnosti a rozmanitosti na institucionální a státní úrovni skrze rozvoj speciálních dlouhodobých a krátkodobých plánů, založení speciálního oddělení pro koordinaci implementace politik a plánů v oblasti rozmanitosti, založení oddělení proti diskriminaci nebo pozice ombudsmana, kooperace na státní a mezinárodní úrovni apod.
2. Podpora rozmanitosti mezi studenty a akademickými pracovníky, např. skrze speciální programy nebo požadavky přijetí pro zástupce etnických minorit.
3. Zvyšování sociální spravedlnosti, např. závažnější vnímání projevů diskriminace a rasismu, včetně „běžných“ výrazů, vtipů nebo jiných vyjádření, formování důvěry mezi vyučujícími a studenty.
4. Zdůraznění důležitosti a hodnoty rozmanitosti v obsahu, metodologii a evaluaci výuky a výzkumných činností.

Za pregraduální vzdělávání v rámci bakalářského a magisterského studia medicíny na Univerzitě v Amsterdamu zodpovídá Akademické medicínské centrum (AMC). Toto pracoviště již více než deset let systematicky integruje otázky kulturní rozmanitosti do svých kurikul a je evropským lídrem ve výzkumu v oblasti výuky interkulturní kompetence a globálního zdraví v medicíně [66]. Zástupci této lékařské školy zastávají názor, že separovaná výuka týkající se jednotlivých sociálních nebo etnických skupin obyvatel může vést k stigmatizaci a u studentů-mediků k vytvoření mylné představy, že dovednosti potřebné pro poskytování zdravotní péče těmto skupinám nespadá do obecných kompetencí lékaře [69].

Následující prvky jsou zavedeny v AMC za účelem integrace otázek rozmanitosti napříč studiem medicíny:

- rozmanitost je zařazena do obecných cílů výuky v AMC;
- je zavedena pozice centrálního koordinátora výcviku k rozmanitosti;
- výukové metody odpovídající cílům výuky: např. etnické rozdíly v epidemiologii a reakce na terapie v rámci přednášek k epidemiologii kardiovaskulárních chorob nebo farmakoterapii hypertenze; diskuze v malých skupinách pro reflexi klinického uvažování, pokud pacient patří k jinému pohlaví, věku, etnicitě atd.; procvičování práce s jazykovou bariérou nebo komunikace za pomoci tlumočnicka;
- je dostupná vlastní učebnice o etnické diverzitě v medicínské praxi v Nizozemsku [66].

Tabulka č. 5

<p>Vysoká škola, fakulta: Akademické medicínské centrum, Univerzita v Amsterdamu</p> <p>Studijní program: Všeobecné lékařství (magisterský studium medicíny)</p> <p>Předměty, ve kterých jsou zohledněny intersociální a interkulturní aspekty zdraví a zdravotnictví:</p> <p><i>Povinné teoretické:</i></p> <p>Vývoj, reprodukce a stárnutí</p> <p>Diabetes a etnicita</p> <p>Interkulturní komunikace s fragilními seňorami</p> <p>Veřejné zdravotnictví a screening</p> <p>Morální uvažování</p> <p><i>Povinné klinické:</i></p> <p>Práce s jazykovou bariérou (včetně trénování práce s tlumočnickem a simulovaným pacientem)</p> <p>E-learning Práce s jazykem</p> <p>Komunikace s pacienty s nízkou úrovní zdravotní gramotnosti</p>

Povinně volitelné:

Elektivní o zdraví uprchlíků (přednáška, cvičení na pohovoru a reflexivní zpráva)
reflexe o kulturně citlivé paliativní péči (přednáška, cvičení s rozhovorem a reflexivní zpráva)

Volitelné:

Globální zdraví

Psychosomatika

Metody a formy výuky: přednášky, semináře, individuální a skupinový samostudium, práce v malé skupině, exkurze, rozhovory, simulace pracovních situací.

Národní vzdělávací standard v oblasti vzdělávání mediků – Švýcarsko

Ve Švýcarsku existoval katalog cílů pregraduální lékařské výuky, tj. seznam kompetencí, které musí studenti všech lékařských fakult získat k ukončení magisterského studia (*Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training – SCLO*) již od roku 2000 [79]. Katalog byl původně založen na modelu z Nizozemska, posléze byl v roce 2008 revidován s přihlédnutím ke kanadskému rámci CanMEDSa po poslední revizi byl v roce 2017 přejmenován na „Profilový Rámec“ (*PROFILES 2017*) [65, 79]. Na rozdíl od německého *NKLM/NKLZ* je švýcarský katalog je povinným dokumentem definujícím požadavky ke zkoušce k získání lékařské licence na základě federálního zákona¹⁶ (*Federal Licensing Examination – FLE*). Kromě toho je *SKLO/PROFILES 2017* také povinným základem pro akreditace kurikul všech lékařských fakult ve Švýcarsku [79]. U lékaře, který vystupuje v roli medicínského experta, Komunikátora, Manažera a Odborníka, je dle švýcarského standardu sociální, ekonomická, kulturní a genderová perspektiva obzvláště důležitá. Klíčový charakter interkulturních kompetencí je zdůrazněn i v dalším relevantním federálním dokumentu – Národní strategii v oblasti migrace a zdraví Švýcarské federální zdravotnické agentury [65].

¹⁶ Federal Act on the University Medical Professions (MedBG/LPMéd)

Použité zdroje

1. Vyhláška o zřízení a Ústavě WHO [online], 1946. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1948-189>
2. Mathieson, J., Popay, J., Enoch, E., Escorel, S., Hernandez, M., Johnston, H., & Rispel, L. *Social Exclusion Meaning, measurement and experience and links to health inequalities*. A review of literature, WHO Social Exclusion Knowledge Network Background Paper, 2008, 91(1).
3. Marmot, M. and Wilkinson R., eds. *Social determinants of health*, OUP Oxford, 2005; Kebza, V. *Psychosociální determinanty zdraví*, Academia, 2005.
4. Ingleby, D. Ethnicity, migration and the 'social determinants of health agenda'. *Psychosocial Intervention*. 2012, 21(3), 331-341.
5. Bhopal, R. S. *Ethnicity, race, and health in multicultural societies; foundations for better epidemiology, public health, and health care*. Oxford: Oxford University Press, 2007.
6. *Analýza sociálně vyloučených lokalit v ČR*. GAC spol. s r.o., 2015.
7. Hnilicová, H. *Equi Health Roma Report*, IOM, 2014.
8. Davidová, E. et al. *Kvalita života a sociální determinanty zdraví Romů*. Triton, 2010.
9. Naděje dožití, ÚZIS ČR [online]. Dostupné z: <https://reporting.uzis.cz/cr/index.php?pg=statisticke-vystupy--demograficke-a-socioekonomicke-ukazatele--obyvatelstvo--nadeje-dozeni>
10. Hnilicová, H. *Equi Health Roma Report*, IOM, 2014.
11. Romská populace a zdraví ČR - Národní zpráva [online], 2009. Dostupné z www.vlada.cz/assets/ppov/zalezitosti-romske-komunity/dokumenty/Sastipen.pdf
12. *Vstupní analýza Valašské Meziříčí* [online]. Agentura pro sociální začleňování, 2018. Dostupné z: https://www.socialni-zaclenovani.cz/wp-content/uploads/Vstupn%C3%AD_anal%C3%BDza_Valasske_Mezirici_2019.pdf
13. Romská populace a zdraví ČR – Národní zpráva [online], 2009. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/assets/ppov/zalezitosti-romske-komunity/dokumenty/Sastipen.pdf>
14. Šišková, T., ed. *Menšiny a migranti v České republice: My a oni v multikulturní společnosti 21. století* (1. vyd.). Praha: Portál, 2001. 188 s.
15. Dobiášová, K., Seifert, B., Struk, P., Kittnar, O. Vstřícná zdravotní péče o migranty. *Praktický lékař*. 2010, 90(12), 728-732.
16. Hnilicová, H. *Equi Health Roma Report – Czech Republic*, IOM, 2014.
17. Karnaki P., Riza E., Nikolakopoulos S., Zota K., Linos A. Physical and mental health status of migrants/refugees in Europe – The Mig-HealthCare project. *European Journal of Public Health*. 2018, 28 (suppl_4), 192-193.

18. Dobiášová, K., Seifert, B., Struk, P., Kittnar, O. Vstřícná zdravotní péče o migranty. *Praktický lékař*. 2010, 90(12), 728-732. Seeleman, C., Essink-Bot, M. L., Stronks, K., & Ingleby, D. (2015). How should health service organizations respond to diversity? A content analysis of six approaches. *BMC health services research*. 2015, 15(1), 510.
19. WHO Europe. *Toolkit on Intercultural Competence and Diversity Sensitivity*. WHO Europe Cultural Contexts of health project. University of Exeter, 2017, Sorensen J., Noredam M., Suurmond J., Karter-Pokras O., Garcia-Ramirez M., Krasnik A. Need for ensuring cultural competence in medical programmes of European universities. *BMC Medical Education*. 2019, 19(21).
20. WHO Europe. *Toolkit on Intercultural Competence and Diversity Sensitivity*. WHO Europe Cultural Contexts of health project. University of Exeter, 2017.
21. Seeleman, C., Essink-Bot, M. L., Stronks, K., & Ingleby, D. (2015). How should health service organizations respond to diversity? A content analysis of six approaches. *BMC health services research*. 2015, 15(1), 510.
22. Seeleman, C., Essink-Bot, M. L., Stronks, K., & Ingleby, D. (2015). How should health service organizations respond to diversity? A content analysis of six approaches. *BMC health services research*. 2015, 15(1), 510.
Task Force on Migrant Friendly and Culturally Competent health care. The International Network of Health Promoting Hospitals & Health Services. *Standards for equity for health care for migrant and other vulnerable groups*. Dostupné z: https://docs.wixstatic.com/ugd/7b6489_
23. Dobiášová, K. *Dostupnost zdravotní péče pro migranty ze třetích zemí v České republice*. Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií, Katedra veřejné a sociální politiky. 2016
24. Evropská porada WHO. *Principy práv pacientů v Evropě*. 1994.
25. Sdělení č. 96/2001 Sb. m. s. o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicině
26. Wiltavský, R. *Bezpečí komunikace s cizinci ve zdravotnických zařízeních*. Univerzita Karlova, 3. lékařská fakulta, Kabinet veřejného zdravotnictví, 2016.
27. Dobiášová, K. *Dostupnost zdravotní péče pro migranty ze třetích zemí v České republice*. Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií, Katedra veřejné a sociální politiky. 2016
28. Joint Commission of the Swiss Medical Schools (SMIFK/CIMS) (2017). *Profiles/Principal Relevant Objectives and Framework for Integrated Learning and Education in Switzerland*– March, 2017.
29. *Efektivní podpora zdraví osob ohrožených chudobou a sociálním vyloučením (projekt)* [online], SZÚ. Dostupné z: <http://www.szu.cz/epoz?highlightWords=Efektivn%C3%AD+podpora+zdrav%C3%AD>

30. *Vstupní analýza Broumov* [online]. Agentura pro sociální začleňování, 2019. Dostupné z: https://www.socialni-zaclenovani.cz/wp-content/uploads/Broumov_VDP_ZOR7.pdf
31. *Vstupní analýza Jirkov* [online]. Agentura pro sociální začleňování, 2018. Dostupné z: <https://www.socialni-zaclenovani.cz/wp-content/uploads/Vstupn%C3%AD-analyza-Jirkov.pdf>
32. *Vstupní analýza Havlíčkův Brod* [online]. Agentura pro sociální začleňování, 2018. Dostupné z: https://www.socialni-zaclenovani.cz/wp-content/uploads/Vstupn%C3%AD-analyza_Havl%C3%ADčkův-Brod-FINAL_tisk.pdf
33. Konsorcium nevládních organizací pracujících s migranty. *Integrace migrantů a uprchlíků z pohledu nevládních organizací*, 2018.
34. International Organization for Migration. *MIPEX Health Strand Country Report: Czech Republic*, 2016.
35. WHO Europe. *Toolkit on Intercultural Competence and Diversity Sensitivity. WHO Europe Cultural Contexts of health project*. University of Exeter, 2017.
36. *Vstupní analýza Chomutov* [online]. Agentura pro sociální začleňování, 2016. Dostupné z: https://www.socialni-zaclenovani.cz/wp-content/uploads/Chomutov_VA.pdf
37. *Vstupní analýza obcí Vítkov, Budišov nad Budišovkou a Čermná* [online]. Agentura pro sociální začleňování, 2016. Dostupné z: https://www.socialni-zaclenovani.cz/wp-content/uploads/Vitkov_Budisov_Cermna_VA.pdf
38. Jarolímek, J. *Analýza dopravní obslužnosti v okrese Benešov z hlediska dojížděky do zaměstnání*. Bakalářská práce. Pedagogická fakulta ZČU, Plzeň, 2005.
39. Nařízení vlády o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb. *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 110, č. práv. předpisu 307/2012, s. 3986–3991.
40. Novák, M. *Dostupnost zdravotní péče v ČR v závislosti na geodemografických charakteristikách obyvatelstva*. Dizertační práce, Přírodovědecká fakulta, UK, Praha, 2015.
41. *Frydlantsko – dostupnost zdravotní péče* [online]. Agentura pro sociální začleňování, 2018. Dostupné z: <https://www.socialni-zaclenovani.cz/wp-content/uploads/Tematicky-vyzkum-Frydlantsko-2018.pdf>
42. *Frydlantsko – dostupnost zdravotní péče* [online]. Agentura pro sociální začleňování, 2018. Dostupné z: <https://www.socialni-zaclenovani.cz/wp-content/uploads/Tematicky-vyzkum-Frydlantsko-2018.pdf>
43. *Program na podporu dostupnosti zdravotních služeb praktických lékařů* [online]. MZ ČR. 2018. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/program-na-podporu-dostupnosti-zdravotnich-sluzeb-prakticky-lekaru_11690_3.html
44. WHO *Health for migrants*. Executive Board 122/11. Provision agenda item 4.8., 2007.
45. Seeleman C., Suurmond J., Stronks K. Cultural competence: a conceptual framework for teaching and learning. *Medical Education*. 2009, 43, 229-237.

46. Usnesení vlády č. 134 z r. 2016. Dostupné z <https://www.databaze-strategie.cz/cz/urad-vlady/strategie/akcni-plan-strategie-boje-proti-socialnimu-vyloucení-2016-2020>.
47. Vyhláška č. 39/2005 Sb. Vyhláška, kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání.
48. Ministerstvo zdravotnictví. Metodický pokyn k vyhlášce č. 39/2005 Sb. pro studijní obor všeobecná sestra. Věstník Ministerstva zdravotnictví, 2008, 6, 12-32.
49. Korfelová, L. *Multikulturní komunikace na jednotce intenzivní péče*. Bakalářská práce, UK Praha, 2019.
50. Uhýrková, R. *Multikulturní ošetřovatelství v přednemocniční neodkladné péči očima záchranářů*. Bakalářská práce. UK Praha, 2019.
51. Rišková, N. *Klientka z odlišné minoritní skupiny v českém zdravotnickém zařízení*. Diplomová práce, Univerzita Pardubice, 2019.
52. Hauznerová, A. *Specifika ošetřovatelské péče ruských pacientů*. Bakalářská práce. ZUP, 2013.
53. WHO Europe. *Strategy and Action Plan for Refugee and Migrant Health*, 2016.
54. Sorensen, J., Norredam, M., Dogra, N., Essink-Bot, M. L., Suurmond, J., & Krasnik, A. Enhancing cultural competence in medical education. *International journal of medical education*. 2017, 8, 28.
55. Dogra, N., Reitmanova, S., & Carter-Pokras, O. (2009). Twelve tips for teaching diversity and embedding it in the medical curriculum. *Medical teacher*. 2009, 31(11), 990-993.
56. Task Force on Migrant Friendly and Culturally Competent health care. The International Network of Health Promoting Hospitals & Health Services. *Standards for equity for health care for migrant and other vulnerable groups*. Dostupné z: https://docs.wixstatic.com/ugd/7b6489_
57. Association of American Medical Colleges. Tool for assessing cultural competence training (TACCT). Dostupné z: <https://www.aamc.org/initiatives/tacct/>.
58. Sorensen, J., Norredam, M., Dogra, N., Essink-Bot, M. L., Suurmond, J., & Krasnik, A. Enhancing cultural competence in medical education. *International journal of medical education*. 2017, 8, 28.
59. Dogra, N., Reitmanova, S., & Carter-Pokras, O. (2009). Twelve tips for teaching diversity and embedding it in the medical curriculum. *Medical teacher*. 2009, 31(11), 990-993.
60. WHO Europe. *Toolkit on Intercultural Competence and Diversity Sensitivity*. WHO Europe Cultural Contexts of health project. University of Exeter, 2017.
61. WHO Europe. *Strategy and Action Plan for Refugee and Migrant Health*, 2016.
62. MEM-TP: *Training packages for health professionals to improve access and quality of health services for migrants and ethnic minorities including the Roma*, 2012.
63. Anderson, P. M., & Vanderbilt, A. A. Bridging the gap between physician and medical student education: using the Train the Trainer model to improve cultural

- competence training in the clerkship years of medical school. *Advances in medical education and practice*. 2018, 9, 495.
64. Hauznerová, A. *Specifika ošetrovateľskej péče ruských pacientů*. Bakalářská práce, ZU Plzeň 2013.
 65. Mews, C., Schuster, S., Vajda, C., Lindtner-Rudolph, H., Schmidt, L. E., Bösner et al. Cultural Competence and Global Health: Perspectives for Medical Education—Position paper of the GMA Committee on Cultural Competence and Global Health. *GMS journal for medical education*. 2018, 35(3).
 66. Knipper, M., Seeleman, I. C., & Essink, M. L. How should ethnic diversity be represented in medical curricula? A plea for systematic training in cultural competence. *Tijdschrift voor Medisch Onderwijs*. 2010, 29(1), 54-60.
 67. Knipper M, Akinci A. Wahlfach "Migrantenmedizin" – Interdisziplinäre Aspekte der medizinischen Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund: Das erste reguläre Lehrangebot zum Thema "Medizin und ethnisch-kulturelle Vielfalt" in Deutschland. *GMS Z Med Ausbild*. 2005, 22(4):Doc 215. [Zdravotní péče o migranty - interdisciplinární aspekty zdravotní péče o pacienty z řad migrantů: první pravidelný kurz v Německu o „zdravotní péči a etnické a kulturní rozmanitosti“. *German Journal of Medical Education*. 2005, 22(4): Doc215].
 68. Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Zahnmedizin (NKLM). MFT Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e. V., Ein Kooperationsprojekt vom MFT Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e. V. und der GMA Gesellschaft für Medizinische Ausbildung e.V., 2015.
 69. Fischer, M. R., Bauer, D., & Karin Mohn, N. K. L. M. Finally finished! national competence based catalogues of learning objectives for undergraduate medical education (NKLM) and dental education (NKLZ) ready for trial. *GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung*, 2015, 32(3).
 70. Frank J.R., The CanMEDS. *Physician Competency Framework: Better standards. Better physicians. Better care*. The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2005.
 71. Steinhäuser, J., Chenot, J. F., Roos, M., Ledig, T., & Joos, S. Competence-based curriculum development for general practice in Germany: a stepwise peer-based approach instead of reinventing the wheel. *BMC research notes*. 2013,6(1), 314.
 72. Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. Grundsatzentscheidung: Interkulturelle Kompetenz, 2017.
 73. F Iberer, A. E. Kresse, S. Manhal, G. Reibnegger, H. Toplak, M. Krismer, S. Mikerevic, N. Mutz, K. Pierer, W. Prodingler, W. Vogel, F. Kainberger, M. Lischka, T. A. Luger, R. Mallinger, A. Schmeiser-Rieder, M. Schmidts, K. Albegger, M. Studnicka. Österreichischer Kompetenzlevelkatalog für Ärztliche Fertigkeiten, 2011.
 74. BMGF, M. Interkulturelle Kompetenz im Gesundheitswesen. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2005.

75. Jippes, M., Driessen, E. W., Majoor, G. D., Gijsselaers, W. H., Muijtjens, A. M., & van der Vleuten, C. P. (2013). Impact of national context and culture on curriculum change: a case study. *Medical teacher*. 2013, 35(8), 661-670.
76. Paternotte, E., Fokkema, J. P., van Loon, K. A., van Dulmen, S., & Scheele, F. (2014). Cultural diversity: blind spot in medical curriculum documents, a document analysis. *BMC medical education*. 2014, 14(1), 176.
77. Van Herwaarden C.L.A., Laan R.F.J.M, Leunissen R.R.M. *The 2009 Framework for Undergraduate Medical Education in the Netherlands*. Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, 2009.
78. Wekker, G., Slootman, M., Icaza, R., Jansen, H., & Vázquez, R. *Let's do diversity. Report of the diversity commission, university of Amsterdam*. Amsterdam: University of Amsterdam, 2016.
79. Joint Commission of the Swiss Medical Schools (SMIFK/CIMS) (2017). *Profiles/Principal Relevant Objectives and Framework for Integrated Learning and Education in Switzerland*– March, 2017.