

ANTROPOLOGIJA IN JAVNO ZDRAVJE

Izkušnje razhajanja, poskusi približevanja

Uršula Lipovec Čebtron

35

IZVLEČEK

Prispevek se ukvarja s sodelovanjem antropologov_inj na področju javnega zdravja. V prvem delu je prikazan pomen, ki ga ima antropologija tako v raziskovalno-akademski kot aplikativni sferi javnega zdravja, obenem pa so analizirani določeni epistemološki in metodološki problemi, ki so opazni pri sodelovanju antropologov_inj v ustanovah na področju javnega zdravja. V drugem delu prispevka je na primeru iz Slovenije podana kritična refleksija sodelovanja skupine antropologov_inj v projektu *Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju – Skupaj za zdravje* Nacionalnega inštituta za javno zdravje. Poleg prikaza posameznih ukrepov, ki jih je skupina oblikovala v okviru projektnih aktivnosti, so analizirana določena teoretsko-konceptualna in metodološka neskladja, ki so se pojavila v interdisciplinarni projektni skupini, ter načini preseganja teh neskladij.

Ključne besede: medicinska antropologija, javno zdravje, promocija zdravja, neenakost, metodologija, epistemologija

ABSTRACT

The article deals with the participation of anthropologists in public health. Part one shows the significance of anthropology in both the academic research sphere and applied sphere of public health, whilst also analysing certain epistemological and methodological problems that can be observed in the participation of anthropologists in public health institutions. Part two, using an example from Slovenia, offers critical reflection on the participation of a group of anthropologists in the National Institute for Public Health project "For Better Health and Reduction of Inequalities in Health – Together for Health". In addition to describing the individual measures produced within the group's project activities, certain theoretical-conceptual and methodological discrepancies that emerged in the interdisciplinary project group are discussed, as well as overcoming these discrepancies.

Key words: medical anthropology, public health, health promotion, inequality, methodology, epistemology

Uvod

Področje zdravja, bolezni in zdravljenja ponuja številne raziskovalne poti: nekateri vstopamo na to področje tako, da raziskujemo manj slišne ali neslišne glasove, ki jih zdravstveni sistem ne zmore ali noče zaznati. Ta perspektiva nam

nudi možnost, da jasno vidimo strukturne neenakosti, ter daje priložnost, da analiziramo izključevalne politike zdravstva in angažirano zahtevamo spremembe zdravstvenega sistema. Tako organiziramo številne javne dogodke, na katere prihaja krog podobno mislečih posameznikov_nic ter objavljamo znanstvene članke, ki jih občasno preberejo kolegi_ce. Čez čas ugotovimo, da naše ugotovitve niso nikoli prišle do tistih, ki jih v svojih delih pogosto nagovarjamo – odločevalcev na področju javnega zdravstva. Obenem pa se zavemo, da področje, ki ga raziskujemo, poznamo le z določene perspektive, ne vemo pa, kako živi v diskurzih in praksah zdravstvenih ustanov. Na tej točki smo postavljeni pred odločitev: ostati v varni poziciji distanciranega kritika zdravstvenega sistema ali se aktivno vključiti v interdisciplinarne zdravstvene projekte ter poskusiti spreminjati zdravstveni sistem od znotraj, navkljub številnim kompromisom, ki jih bomo morali sprejeti kot raziskovalci_ke. Čeprav se nam lahko zdi slednje smiselno, nas bega dejstvo, da na eni strani obstajajo študije, ki obravnavajo zdravstveni sistem od »zunaj«, brez etnografskih raziskav v kliničnem okolju, na drugi pa zdravstvene raziskave, kjer med soavtorji nastopajo družboslovci in humanisti, ki sicer delujejo v zdravstvenih ustanovah, vendar je njihov glas pogosto neprepoznaven oziroma povsem stopljen z biomedicinskim diskurzom. Prispevkov, ki kažejo na enakovredno, uravnoteženo sodelovanje različnih ved, je malo. Obenem pa so redka tudi besedila, ki bi nam dovolila pogledati v drobne interdisciplinarnega sodelovanja med družboslovci_kami in humanisti_kami ter raziskovalci_kami s področja medicine in zdravstvenih ved. Tako ne izvemo za primere uspešnih izmenjav izkušenj in znanj kot tudi ne za konceptualna trenja, teoretske neskladnosti in metodološke dileme, ki jih tako sodelovanje pogosto zahteva. Posledično se nove generacije raziskovalcev_k soočajo z identičnimi pastmi, s katerimi so se že njihovi predhodniki, a imajo malo možnosti, da ne bi storili istih napak. To pomanjkanje oziroma potreba po kritičnem (a ne kritizerskem) in iskrenem (a ne jamrajočem) prikazu interdisciplinarnega sodelovanja me je spodbudila k pisanju pričujočega prispevka.

V prvem poglavju se ukvarjam z doprinosom antropologije k področju javnega zdravja, pri čemer sprva na kratko orišem nekaj preteklih korakov medicinske antropologije, nato pa prikažem pomen, ki ga ima antropologija tako v raziskovalno-akademski kot aplikativni sferi javnega zdravja. Nadalje podrobneje analiziram nekatere probleme, ki jih raziskovalci_ke izpostavljajo pri sodelovanju antropologov_inj v programih javnega zdravja, pri čemer se bolj natančno posvetim številnim epistemološkim in metodološkim razhajanjem ter problemu samozatajevanja antropologov_inj v ustanovah na področju javnega zdravja. V drugem poglavju pa podajam kritično refleksijo sodelovanja skupine antropologov_inj v projektu *Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju – Skupaj za zdravje*, ki je med letoma 2013 in 2016 potekal na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje. Najprej predstavim oblike sodelovanja te skupine ter podrobneje prikažem posamezne ukrepe, ki jih je oblikovala v okviru projektnih aktivnosti, namenjenih zmanjševanju neenakosti. V zadnjem delu analiziram določena teoretsko-konceptualna in metodološka neskladja, ki so se pojavila v interdisciplinarni projektni skupini, obenem pa tudi pokažem na načine preseganja teh neskladij ter na pomen, ki ga ima sodelovanje antropologije na področju javnega zdravja.

Antropologija javnega zdravja ali antropologija v javnem zdravju?

Sodelovanje antropologov_inj na področju javnega zdravja¹ ima relativno dolgo, kompleksno in precej kontroveržno preteklost. Vse od 50. let prejšnjega stoletja so bili antropologi_inje v zahodnoevropskih državah udeleženi v vrsti projektov, s katerimi so zdravstveno oskrbo poskušali približati prebivalcem zahodnih in nezahodnih regij. Mnogi med njimi so bili vključeni v mednarodne zdravstvene projekte, kjer so raziskovali »kulturne ovire«, ki so se pojavile pri promociji zdravja, ter pomagali načrtovati zdravstvene programe, ki bi za lokalno prebivalstvo oziroma »domorodce« bili kulturno sprejemljivi (Castro in Farmer 2007: 43). Vključevanje antropologije v zdravstvene projekte je imelo običajno pragmatične razloge. Ko so bili v Združenih državah Amerike, ki so si po 2. svetovni vojni v različnih svetovnih regijah poskušale z zdravstvenimi programi pridobiti vpliv, rezultati teh programov precej klavni zaradi velikih kulturnih razlik in pomanjkanja »kulturnih prevajalcev«, so na pomoč poklicali antropologe_inje (Joralemon 1999: 10). Podobno so storile zdravstvene ustanove v drugih zahodnih državah, ki so antropologe_inje kot »strokovnjake_inje za kulturo« začele vse pogosteje vključevati v svoje projekte (Lipovec Čebon 2008). V tem kontekstu se je vzpostavila medicinska antropologija² kot posebna antropološka poddisciplina, ki je bila zaradi svoje praktične naravnosti znotraj akademskih krogov sprva dojeta kot marginalna in manjvredna oziroma kot se je izrazil Byron Good (1994: 4): »Biti opredeljen kot medicinski antropolog je bilo v šestdesetih letih nekaj sramotnega.« V naslednjih desetletjih se je tako dojemanje medicinske antropologije izkazalo za neupravičeno, saj je vzpostavila odmevne teorije, »s sofisticiran teoretski diskurz« (Castro in Farmer 2007: 46) ter se raziskovalno razširila na številna tematska področja, pri čemer je del medicinskih antropologov_inj nadaljeval sodelovanje z institucijami na področju javnega zdravja, ki nas bo v tem prispevku zanimal.

Raziskovalci_ke (Hahn 1999; Seppilli 1996, 2000; Baer idr. 1997; Parker in Harper 2005; Massé 2007; Nichter 2008; Campbell 2011; Carroll 2014; Pizza in Ravenda 2016), ki so razmišljali o vlogi antropologije v domačih in mednarodnih institucijah javnega zdravja, so ugotavljali, da medicinski antropologi_nje

¹ Sintagmo javno zdravje zaznamuje množica različnih definicij, pri čemer je njena raba v Sloveniji sledila predvsem različnim izpeljavam iz angleškega *public health* (Stern 2007). Svetovna zdravstvena organizacija v definiciji javnega zdravja izpostavlja, da gre za vrsto organiziranih in načrtovanih dejavnosti na področju preventive in promocije zdravja, ki jih javne ali privatne ustanove opravljajo z namenom, da bi »ljudje ohranili in izboljšali zdravje ter dobro počutje ali preprečili slabšanje zdravja« (SZO 2012: 2). V praksi se te različne dejavnosti kažejo, na primer, v kampanjah za cepljenje, nadzorom nad nalezljivimi boleznimi, promocijo »zdravega načina življenja«, varnosti pri delu in drugim (Pizza in Ravenda 2016: 31).

² Medicinska antropologija (ali antropologija zdravja, bolezni in zdravljenja oziroma antropologija zdravja) (Massé 2007: 28) je poddisciplina antropologije, ki holistično, komparativno in kritično obravnava zdravje in bolezni pri posameznikih in družbah (Šimenc 2014: 14). Njene teoretske pristope in tematska področja zaznamuje raznolikost, saj se medicinski antropologi_nje ukvarjajo tako z vplivi, ki povzročajo bolezni, kot tudi z razširjenostjo in izkušnjami zdravstvenih težav, s preventivnimi ukrepi in zdravljenjem bolezni, s procesom zdravljenja ter z njim povezanimi družbenimi odnosi in vlogami, s pluralnostjo medicinskih sistemov – vključno s tradicionalnimi in komplementarnimi medicinami ter biomedicino (Lipovec Čebon 2008: 23–25).

ne delujejo zgolj kot posredniki med programi javnega zdravja in lokalnimi skupnostmi oziroma deli prebivalstva, do katerih »je težko dostopati« (Hahn 1999: xviii). Čeprav se na področju javnega zdravja usmerjajo predvsem v izpostavljanje pomena perspektive in znanj lokalnih skupnosti ter promoviranja občutljivosti za kulturne dimenzije (Bibeau 1997: 246), so medicinski antropologi_nje ključni pri preizpraševanju teoretskih temeljev, na katerih so osnovani programi javnega zdravja (Campbell 2011; Pizza in Ravenda 2016). S tem, ko v središče svojih raziskav postavljajo posameznikovo izkušnjo zdravstvene težave in z njo povezano lokalno znanje skupnosti, te podatke pa nato umeščajo v družbeno-politični kontekst (Lock 2003: 264), pod vprašaj postavljajo samozadostno in avtoritarno vlogo zdravstvenih institucij ter prispevajo k demistifikaciji biomedicine kot edinega in objektivnega interpretativnega sistema zdravja in bolezni. Enako pa tudi pri klasičnih epidemioloških pristopih, na katerih so še vedno osnovani mnogi programi promocije zdravja, medicinski antropologi_nje razkrivajo, da kot rezultat določenega kulturnozgodovinskega konteksta ne morejo biti univerzalni, nevtralni in neideološki (Eakin idr. 1996: 157). S kritiko epistemoloških temeljev programov javnega zdravja prispevajo k institucionalnim reformam, zaradi katerih se ti programi začnejo dejansko (in ne le deklarativno) odzivati na potrebe prebivalstva (Hahn 1999: xvii). Ob vsem tem medicinska antropologija nima le pomembne naloge v raziskovalno-akademski in aplikativni sferi javnega zdravja, temveč tudi v politični. V današnjem času, ki ga zaznamujejo selektivne zdravstvene politike in naraščajoča neenakost, so »medicinski antropologi vse pogosteje vključeni v dejavnosti, ki prispevajo k vzpostavitvi univerzalne zdravstvene oskrbe, varnega okolja, odprave revščine, dostopu do primerne prehrane in čiste vode, zaščiti pred nasiljem, vključno z genocidom, kot neodtujljivimi človekovim pravicami« (Singer in Ericsson 2009: 15).

Kljub omenjenim prednostim pa pozicijo antropologije v javnem zdravju zaznamujejo številne težave: od globokih epistemoloških neskladij do metodoloških trenj in (samo)marginalizacije antropologije kot vede. Kot se je izrazil Raymond Massé, »prepad med obema področjema, ki izhaja iz epistemologije (empiricistični pristop versus interpretativni; predvidevanje versus razlaganje vedenja) in metod (kvantitativne versus kvalitativne) kot tudi iz kritičnega antropološkega diskurza o kategorijah, konceptih in teoretskih modelih preventivne medicine, vzpostavlja ovire v komunikaciji [med obema področjema, op. a.]« (Massé 2007: 28). Na osnovi razmišljanj raziskovalcev_k (Singer 1989; Bibeau 1997; Jenkins 1998; Hahn 1999; Parker in Harper 2005; Castro in Farmer 2007; Massé 2007; Pizza in Ravenda 2016) bom nekatera neskladja med obema področjema predstavila v naslednjih podpoglavjih: Sterilizacija antropološke perspektive, Metodološka razhajanja in (Samo)marginalizacija antropologije.

Sterilizacija antropološke perspektive

Problem poenostavitve

Na splošno bi lahko ugotovili, da predhodno omenjeni avtorji_ce programom javnega zdravja pogosto zamerijo poenostavljeno branje družbeno-kulturnih in politično-ekonomskih dimenzij človeškega življenja, ki se odslikavajo v fragmentarizirani, »sploščeni« ali »sterilni« antropološki perspektivi. Ko je, na

primer, v določeni instituciji javnega zdravja antropologom_injam zaupana naloga, da se »ukvarjajo« z določeno lokalno skupnostjo, zaposleni_e v javnem zdravju to »ukvarjanje« pogosto razumejo izrazito instrumentalno – kot zbiranje informacij o lokalni skupnosti za doseg določenega javnozdravstvenega cilja. Tako dojetanje je seveda problematično, saj gre pri antropoloških raziskavah za razumevanje, naslavljanje in odzivanje na lokalne percepcije, težave in vrednote (Hahn 1999: xvii). Še več, antropološke raziskave so koristne le, če ohranijo kritično globino in imajo priložnost preoblikovati probleme, ki bi bili sicer razdeljeni v različne sektorje in obravnavani nepovezano (Pizza in Ravenda 2016: 32; gl. tudi Rappaport 1993; Rylko-Bauer idr. 2006).

Sekundarna vloga družbeno-kulturnih dimenzij

39

To poenostavljeno dojetanje se jasno kaže tudi v razumevanju družbeno-kulturnih dimenzij. Čeprav sodobni pristopi v javnem zdravju priznavajo, da ima »kultura« pomemben vpliv na diagnozo, zdravljenje in zdravstveno nego, saj oblikuje prepričanja, vedenja in vrednote, ki so povezane z zdravjem (Kleinman in Benson 2006), pa je koncept »kulture« običajno povsem drugačen od antropološkega (prav tam). V epistemoloških konceptih javnega zdravja so družbeni in kulturni vidiki boleznih pogosto razumljeni kot »manj zaznavna, statična, kvantifikabilna 'prepričanja'« (Parker in Haper 2005: 1), ki so dojeta predvsem kot ovira za učinkovito distribucijo programov javnega zdravja (prav tam). Znotraj tega konteksta so kompleksne družbeno-kulturne dimenzije pogosto zreducirane na družbene in kulturne *dejavnike*, ki so sicer deklarativno upoštevani, vendar pa v praksi predstavljajo problem, ker jih je težko kvantificirati in so zato manj privlačni za epidemiološke in statistične raziskave (Helman 2007: 374). Posledično v teh raziskavah družbene in kulturne dimenzije nastopajo kot dodatni oziroma sekundarni dejavniki, ki so deležni manjše pozornosti v primerjavi z dejavniki okolja, psihološkimi ali genetskimi dejavniki (Parker in Harper 2005: 1). V tovrstnem okolju, kjer imajo pozitivistični modeli veliko več teže in prostora od interpretativnih pristopov (Kleinman 1995), so tudi antropološke raziskave obsojene na sekundarno oziroma celo marginalno vlogo (Pizza in Ravenda 2016: 31).

Naivnost racionalističnih modelov

Institucije javnega zdravja, ki se ukvarjajo s promocijo zdravja, pogosto vztrajajo na behaviorističnih modelih, v katerih je posameznik razumljen kot avtonomen, racionalen subjekt, ki je individualno odgovoren za svoje odločitve in posledično za svoje zdravje (Good 1994: 43–45; Oprešnik 2018: 4; Kamin in Tivadar 2004: 564; gl. tudi Kamin 2006). Z antropološkega stališča (Bibeau 1997; Massé 2007) je potrebno tovrstne modele razumeti kot »mentalne konstrukte, običajno razumljene kot vnaprej pripravljene sheme, ki se jih raziskovalec lahko nauči 'brati'« (Bibeau 1997: 251) ter tako napovedovati dejansko vedenje posameznikov. Obenem pa ti pristopi promocije zdravja temeljijo na problematičnem konceptu individualne odgovornosti za lastno zdravje in naivni predpostavki o racionalnem posamezniku, ki izbira na

podlagi kalkulacije dobičkov in izgub, zaradi česar se zdi spreminjanje življenjskega sloga iz »tveganega« v »manj tveganega« veliko bolj preprosto, kot je v resnici. Oziroma kot jasno zapiše Raymond Massé (2007: 29): »Antropologija obsoja poenostavljeno predstavo o racionalnosti, na kateri temeljijo preventivni modeli javnega zdravja.« Pri tem avtor omenja Allana Younga (1980), ki je pokazal, da je racionalno znanje le ena od manifestacij laičnega znanja, ki vključuje empirično, intersubjektivno ter druge vrste znanj, zaradi česar vedenje, ki je povezano z zdravjem, oblikuje veliko različnih logik.

Metodološka razhajanja

40

Sodobne antropološke raziskave na področju javnega zdravja uporabljajo raznolike metode, od nestrukturiranih in polstrukturiranih intervjujev do anket in sekundarnih gradiv (od zgodovinskih in sodobnih virov, kot so časopisni viri, dokumenti zdravstvenih politik itd.). Še vedno pa je ključna poglobljena terenska raziskava, v kateri se naštetih pristopi prepletajo z metodo opazovanja z udeležbo. Po Parkerju in Harperju (2005) je velika prednost takega metodološkega prepleta v tem, da raziskovalce_ke osvobodi pritiska vnaprej determiniranega vprašalnika, saj imajo v postopnem procesu možnost »definirati in redefinirati vprašanja« (Parker in Harper 2005: 3). Takega pristopa si seveda ni mogoče zamisliti brez daljših časovnih obdobij preživetih na terenu, kjer skozi sodelovanje pri dnevnih aktivnostih raziskovalci_ke dobijo poglobljen vpogled v kontekst, v katerem prebivalci doživljajo zdravje in bolezen (prav tam).

Vse to je v očitnem nasprotju z metodami večine ustanov na področju javnega zdravja, ki jih zaznamuje iskanje »objektivne« in standardizirane metodologije (Pizza in Ravenda 2016: 35) ter pristop »z vrha navzdol«. Raziskovalni projekti javnega zdravja običajno temeljijo na kvantitativnih metodah, ki zahtevajo veliko manj časa, saj so vprašalniki vnaprej pripravljene. Tisti, ki nanje odgovarjajo, pa večinoma nimajo priložnosti, da bi z raziskovalcem_ko vzpostavili zaupen odnos ter vplivali na potek raziskave z izpostavitvijo drugih tem, ki so zanje bolj relevantne, a jih vnaprej določena vprašanja niso zajela (Parker in Harper 2005: 3).

Glede na kvantitativno metodološko tradicijo ustanov na področju javnega zdravja ni presenetljivo, da mnogi zaposleni_e v teh ustanovah dojemajo etnografsko metodo kot pretirano subjektivno oziroma anekdotično ter s tem nekoristno. Vendar pa njihova stališča ne upoštevajo dejstva, da so tudi kvantitativne metode – tako kot kvalitativne – potopljene v družbeno okolje, ki ga opazujejo, ter zato ne odkrivajo »znanja«, temveč ga konstruirajo (Kleinman 1995). Kot ugotavljata Melissa Parker in Ian Harper je produkcija kateregakoli »dejstva«, vključno z »objektivnim«, posledica kompleksnih interpretativnih strategij, zato so vse raziskave (vključno z laboratorijskimi) subjektivne in interpretativne (Parker in Harper 2005: 3–4).

(Samo)marginalizacija antropologije

V okolju, kjer je antropologija soočena s tako drugačnimi (in pogosto nekompatibilnimi) teoretsko-konceptualnimi in metodološkimi pristopi ter je vloga antropologov_inj pogosto daleč od enakovredne, neredko namesto

antropologije javnega zdravja vznikaja *antropologija v javnem zdravju*, ki jo zaznamuje samozanikanje lastne vede. Po mnenju raziskovalcev_k (Bibeau 1997; Parker in Harper 2005; Castro in Farmer 2007) številni antropologi_inje, ki delujejo v ustanovah na področju javnega zdravja, ne zavzamejo kritične distance do predhodno predstavljenih epistemoloških in metodoloških pristopov, ki so s stališča antropologije problematični. Še več, mnogi med njimi se »odtujijo do take mere, da se neradi sklicujejo na svojo antropološko izobrazbo in trivializirajo lastne teorije in metode« (Bibeau 1997: 247). S tem, ko antropologi_nje dolgotrajno terensko delo zamenjajo za anketne raziskave, zanemarijo poglobljeno razumevanje družbeno-kulturnih in politično-ekonomskih dimenzij in govorijo le še o kulturnih *dejavnikih* ter promovirajo racionalistične modele epidemiologije, ogrožajo to, kar lahko antropologija kot disciplina prispeva k področju javnega zdravja (Parker in Harper 2005: 2).

Podobne kritike so deležni tudi aplikativni antropologi_nje, ki delujejo na drugih področjih zdravstva in jim kritični medicinski antropologi_nje očitajo medikalizacijo antropologije, saj naj bi prispevali k utrjevanju monopola biomedicine nad človeškim trpljenjem (gl. Singer 1989: 1194; Oprešnik 2018: 10), ter konzervativizem, ker naj bi »spreminjali le tisto, kar je potrebno spremeniti zato, da stvari ostanejo take, kot so« (Joralemon 1999: 92). Nekateri avtorji_ce antropologe_inje, ki nekritično ponotranjajo biomedicinsko paradigmo, imenujejo »dekle biomedicine« (Greenwood idr. 1988; Singer in Baer 1995) – oznaka, ki spominja na to, da je bila antropologija v preteklosti dekla kolonialnih oblasti (Scheper-Hugues 1990).

Bistvo teh kritik ni v nizanju takšnih ali drugačnih oznak, temveč v pozivu antropologom_injam, ki sodelujejo z ustanovami na področju javnega zdravja ter z drugimi zdravstvenimi organizacijami, naj se vprašajo: »Ali prispevki antropologov izboljšujejo dostop do virov (vključno z vednostjo) biomedicine?« ter »Ali pomagajo razkrivati, čigavi interesi so izpolnjeni s prikrivanjem razlogov, da ti viri niso dostopni?« (Joralemon 1999: 96). Neuspehi številnih preventivnih in drugih programov javnega zdravja jasno kažejo, da so ti potrebni korenitih sprememb, pri čemer lahko antropologi_nje k tem spremembam pomembno prispevajo, saj imajo za to dobro epistemološko in metodološko osnovo. Oziroma kot se je že pred desetletji izrazil Gilles Bibeau (1997: 248): »Prišel je čas, da zavzamejo [antropologi_nje, op. a.] bolj radikalne pozicije, prenehajo s sterilnim sodelovanjem in ponovno odkrijejo svojo disciplinarno identiteto.«

Antropologija in javno zdravje v Sloveniji

Po dostopnih podatkih je mogoče sklepati, da je v Sloveniji antropološki doprinos k javnemu zdravju razmeroma skromen. Nedavno je izšla znanstvena monografija z obetavnim naslovom *Antropologija in javno zdravje* (2018)³, a njegova vsebina razkriva, da gre za delo, ki raziskuje javno zdravje izključno s

³ Delo je izvorno objavljeno z angleškim naslovom *Anthropology and Public Health*, uredila ga je Maruška Vidovič.

perspektive biološke antropologije. Čeprav so posamezni raziskovalci_ke s področja kulturne in socialne antropologije kot tudi drugih družboslovno-humanističnih ved analizirali teme preventivnega zdravstvenega varstva in promocije zdravja,⁴ pa lahko sklepamo, da te raziskave običajno niso nastale kot del interdisciplinarnih projektov javnega zdravja.

Izjemo v tem smislu predstavlja projekt *Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju – Skupaj za zdravje*, ki je med letoma 2013 in 2016 potekal na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje (NIJZ). Projekt je bil namenjen nadgradnji preventivnih programov za otroke, mladostnike in odrasle, pri čemer se je osredinjal na izboljšanje dostopnosti do preventivnega zdravstvenega varstva za različne skupine prebivalstva ter zmanjševanje neenakosti v zdravju (Farkaš Lainščak in Maučec Zakotnik 2016: 11). V vnaprej opredeljeni vsebini projekta je bilo predvideno tudi boljše vključevanje »ranljivih skupin« v preventivne dejavnosti, kar je bila ključna motivacija, da je bila v drugem letu trajanja projekta k sodelovanju povabljena tudi skupina antropologov_inj.⁵ Kot bo jasno iz nadaljevanja, je kasnejši vstop te skupine pomembno vplival na metodološke in konceptualne vidike projekta, saj antropologi_nje niso imeli možnosti sodelovati pri načrtovanju poteka projekta, zaradi česar je bilo njihovo delovanje pogosto omejeno na že določene projektne aktivnosti. Kljub temu pa so imeli več avtonomije pri načrtovanju in izpeljavi raziskav o »ranljivih skupinah« ter oblikovanju ukrepov, ki bi prispevali k večji dostopnosti preventivnih programov za te skupine. Glede na to, da je bil celoten projekt obsežen, se bom v prispevku osredinila le na del, v katerem so sodelovali antropologi_nje.

Čeprav projekt sprva ni predvideval kvalitativnih raziskav, je skupina antropologov_inj skupaj z drugimi sodelavci projekta,⁶ prišla do nedvoumnega sklepa, da »ranljivih« delov prebivalstva ni mogoče raziskovati brez kvalitativnih metod. Tako je najprej izpeljala pilotno kvalitativno raziskavo,⁷ pri čemer so bili tematski sklopi intervjujev razdeljeni na ugotavljanje: a) kdo so »ranljive skupine« v lokalnem okolju; b) kakšne so njihove potrebe in s katerimi ovirami se soočajo v dostopu do zdravstva ter širše; c) kako premostiti te ovire in kako čim ustrezneje odgovoriti na njihove potrebe. Analiza zbranega gradiva je pokazala, da je bilo med

⁴ V tem smislu so opazna predvsem dela Tanje Kamin (npr. Zdravje na barikadah 2006) in Jane Šimenc (npr. Alergična družba 2014).

⁵ Karmen Gosenca, Simona Jazbinšek, Uršula Lipovec Čebtron, Sara Pistotnik in Juš Škraban.

⁶ Gre za sodelavke v Delovni skupini za zmanjšanje neenakosti in obravnavo ranljivih skupin, v kateri so sodelovale Branislava Belovič, Jerneja Farkaš Lainščak, Špela Fistrič, Alenka Hafner, Ivanka Huber, Simona Jazbinšek, Ajda Jelenc, Tjaša Jerman, Marjeta Keršič Svetel, Nuša Konec Juričič, Natalija Korent, Simona Kiphut, Doroteja Kuhar, Nives Letnar Žbogar, Uršula Lipovec Čebtron, Jožica Maučec Zakotnik, Ema Mesarič, Lea Peternel, Anja Petrič, Sara Pistotnik, Danica Rotar Pavlič, Marina Sučić Vuković, Andreja Špitalar in Tanja Torkar.

⁷ V raziskavi je 14 članic delovne skupine v osmih krajih (Koper, Izola, Ljubljana, Kranj z okolico, Sevnica, Novo mesto, Celje z okolico ter Murska Sobota z okolico) opravilo 68 polstrukturiranih intervjujev s 121 osebami (zaposleni_e v zdravstvenih in drugih javnih ustanovah in nevladnem sektorju ter uporabniki_ce zdravstvenih storitev). Raziskava je potekala od junij do septembra 2014.

»ranljive skupine« uvrščenih 37 različnih, zelo heterogenih skupin.⁸ Kmalu je bilo tudi jasno, da bi bolj kot o »ranljivih skupinah«, ki jih zaznamuje esencializacija in statičnost, lahko govorili o ranljivosti oziroma prepletu ranljivosti v smislu interseksijskega pristopa. Ta prepletenost različnih oblik ranljivosti se je kazala v podobnih ovirah, s katerimi so bile soočene navidežno povsem različne skupine. Med ovirami, ki so v zbranem gradivu izstopale, so bile prepreke v dostopu do zdravstvenega zavarovanja in druge pravno-administrativne ovire do zdravstvene oskrbe, jezikovni in medkulturni nesporazumi med zdravstvenim osebjem in uporabniki_cami ter neenaka obravnava oseb, ki prihajajo iz drugih okolij, opazne pa so bile tudi nekatere druge ovire (Lipovec Čebren idr. 2016).⁹

Na osnovi rezultatov omenjene raziskave je skupina antropologov_inj ugotovila, da bi morala v treh okoljih (Celje, Sevnica in Vrhnika), kjer je potekala pilotna nadgradnja preventivnih programov, raziskovanje poglobiti. Tako so v naslednjem letu potekale tri terenske raziskave, ki so temeljile na podobni metodologiji kot pilotna raziskava, s to razliko, da sta se dve raziskovalki in en raziskovalec osredinili vsak na eno lokalno skupnost. Glede na to, da se je večina predhodno omenjenih ovir ponovila – z izjemo raziskave v Celju, kjer so bile najbolj izpostavljene jezikovne ovire albansko govorečih žensk v dostopu do zdravstva – je bila skupina antropologov_inj pozvana, naj pripravi predloge ukrepov, s katerimi bi poskušali premostiti zaznane ovire. Pri oblikovanju teh predlogov se je skupina držala naslednjih principov: prvič, glede na to, da se s podobnimi ovirami soočajo različni deli prebivalstva, ni dala prednosti predlogom, ki bi naslavljali vsako »ranljivo skupino« posebej, temveč tistim, ki bi se odzvali na preplete ranljivosti, ki jih doživljajo heterogene skupine prebivalcev. Drugič, analizirane ovire so običajno izhajale iz oviranega dostopa do različnih družbenih virov, pri čemer so se te ovire lahko kazale tako na strukturni kot praktični ravni, vse pa so rezultirale v oteženem dostopu do kakovostne zdravstvene obravnave. Predlogi naj bi zato predvidevali različne ukrepe: od predlogov sprememb zakonodaje na nacionalnem nivoju in organizacije zdravstvenega sistema do predlogov ukrepov na lokalni ravni, ki bi se odzivali na specifične potrebe lokalnega prebivalstva. Vendar pa se je skupina zavedala, da bi bili ti različni predlogi ukrepov smiselni le, če bi se uresničili skupaj, kot del celote. Tretjič, na osnovi študij v drugih evropskih državah (Verrept 2008; Ingleby idr. 2012; HPH Task Force MTF 2015) je skupina dobila uvid v prednosti in slabosti podobnih poskusov premoščanja ovir, vendar pa se je hotela izogniti pasti, da bi pri oblikovanju predlogov le povzela »dobre prakse« iz tujine ter zanemarila lokalne specifične (Lipovec Čebren in Pistotnik

⁸ Zelo raznolike skupine so bile kasneje – ne brez številnih dilem in dvomov – razvrščene v naslednjih deset kategorij: »migranti«, »brezdomci«, »starejši prebivalci«, »uporabniki nedovoljenih drog«, »brezposelni«, »osebe s težavami v duševnem zdravju«, »Romi«, »samozaposleni«, »osebe z negotovimi, prekarnimi zaposlitvami« ter »hendikeepirani« (gl. Lipovec Čebren idr. 2016).

⁹ Med ovirami v dostopu do zdravstvenih ustanov so sogovorniki_ce pogosteje omenjali tudi problem geografske oddaljenosti zdravstvenih ustanov, neprilagojenost zdravstvenih ustanov za osebe z različnimi oblikami oviranosti, dolge čakalne dobe in (pre)draga doplačila za zdravstvene storitve. Znotraj zdravstvenih institucij pa sta bila, ob predhodno navedeni neenaki obravnavi ter jezikovnih in kulturnih nesporazumih, pogosto izpostavljena tudi oviran dostop do nujnega zdravljenja ter pomanjkanje strokovnega kadra (Lipovec Čebren idr. 2016: 18–24).

2018). Predlogi, ki so bili kasneje sprejeti in uresničeni, so sestavljali naslednje štiri ukrepe ali »strategije«, ki jih bom na kratko predstavila.

Ukrepi za spreminjanje zakonodaje

Na osnovi zaznanih pravno-administrativnih ovir do zdravstvene oskrbe in analize obstoječe zakonodaje je skupina ugotovila, da je – kljub deklarativni univerzalni dostopnosti – obvezno zdravstveno zavarovanje za določene dele prebivalstva težko dostopno ali nedostopno, obenem pa se omenjenih ovir in števila nezavarovanih oseb v Sloveniji ne spremlja sistematično. Tako je pripravila dokument sistemskih ukrepov,¹⁰ med katerimi je bil predlog za vzpostavitev interdisciplinarne medresorne skupine, ki bi spremljala število nezavarovanih oseb ter ovire, s katerimi se te osebe soočajo, obenem pa pripravljala ukrepe za njihovo premoščanje. Glede na vse večjo selektivnost v dostopu do obveznega zdravstvenega zavarovanja (Lipovec Čebtron 2011; Lipovec Čebtron in Pistotnik 2015a) je dokument predvidel tudi vrsto zakonskih sprememb, ki bi zagotovile vključevanje skupin, ki jim zakonodaja ne daje pravice do obveznega zdravstvenega zavarovanja. Za osebe, ki to pravico imajo, pa je dokument predvidel ukinitve številnih administrativnih ovir, ki preprečujejo ali otežujejo njeno uresničenje (na primer ovire, s katerimi so soočeni otroci zdravstveno nezavarovanih staršev ali skrbnikov) (Pistotnik in Lipovec Čebtron 2015b). Dokument je bil predstavljen na internih in javnih srečanjih (na Ministrstvu za zdravje, Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije ter različnih dogodkih, ki jih je organiziral Nacionalni inštitut za javno zdravje) ter pritegnil pozornost odločevalcev s tega področja, vendar do sedaj ni opaziti, da bi se kateri od predlogov ukrepov uresničil (Lipovec Čebtron in Pistotnik 2018).

Standard za zagotavljanje enakosti v zdravstveni obravnavi

Gradivo kvalitativnih raziskav je nedvoumno pokazalo, da zdravstvene ustanove v Sloveniji niso dovolj prilagojene vse bolj heterogenemu prebivalstvu z vse bolj raznolikimi potrebami, kar pogosto privede do neenake obravnave oseb, ki jih zdravstveni delavci dojemajo kot »druge«. Poleg omenjenih predlogov sprememb na nacionalni ravni je skupina antropologov_inj predvidela tudi ukrepe na ravni zdravstvenih ustanov, s katerimi bi posamezna ustanova lahko reflektirala lastne institucionalne prakse izključevanja ter imela možnost te prakse zamenjati z bolj vključujočimi. Glede na to, da so zdravstvene ustanove hierarhične institucije, od katerih je zahtevano kontinuirano sledenje standardom kakovosti zdravstvenih storitev na različnih nivojih, se je skupina odločila, da bo vpeljala Standard za zagotavljanje enakosti »ranljivih« skupin (HPH Task Force MFT 2014; Farkaš

¹⁰ Daljša verzija dokumenta z naslovom »Predlogi sistemskih ukrepov za lažji dostop do zdravstvenega zavarovanja in zdravstvenega varstva za odrinjene skupine«, ki je obsegala 81 strani, ni bila objavljena (Pistotnik in Lipovec Čebtron 2015b), krajši deli dokumenta pa so bili objavljeni v drugih publikacijah (Farkaš Lainščak in Lipovec Čebtron. 2016; Lipovec Čebtron in Pistotnik 2018).

Lainščak in Lipovec Čebtron 2016),¹¹ ki ga je prilagodila slovenskemu zdravstvenem kontekstu. Del standarda je orodje za samoocenjevanje, s pomočjo katerega lahko ustanove ugotavljajo, v kolikšni meri uresničujejo načela enakosti v politikah svoje institucije, v dostopu do zdravstvene oskrbe in v drugih vidikih svojega delovanja (Farkaš Lainščak in Lipovec Čebtron 2016). Čeprav so se pri uporabi standarda pojavile določene težave,¹² je bil, kot bo jasno iz nadaljevanja, v okviru projekta *Skupaj za zdravje* pripravljen, kasneje pa vpeljan v zdravstvene ustanove.

Usposabljanje za razvijanje (med-)kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev

Na zaznane neenakosti v zdravstveni obravnavi ter številne kulturne in jezikovne nesporazume se je skupina antropologov_inj odzvala tudi s predlogom usposabljanja zdravstvenega osebja, ki bi se osredinjal na družbeno-kulturne vidike zdravja, bolezni in zdravljenja, obenem pa promoviral antidiskriminatorno in antirasistično zdravstveno obravnavo oseb iz drugih okolij. Tovrstno usposabljanje se je zdelo potrebno tudi zato, ker so tako v programih medicinskih in zdravstvenih fakultet/visokih šol kot tudi v usposabljanjih za zaposleno zdravstveno osebje te vsebine večinoma odsotne (MICE 2018).¹³ V prvi polovici leta 2015 je bil oblikovan učni načrt, ki je zajemal 39 ur usposabljanja, ki bi ga izvajala skupina raziskovalcev_k iz šestih različnih znanstvenih disciplin, vendar pa je bil zaradi organizacijskih omejitev kasneje skrajšan na polovico, z manj raznolikimi predavateljicami ter brez prvotno predvidenega terenskega dela (Farkaš Lainščak idr. 2015).¹⁴ Na osnovi antropološke kritike izobraževanj zdravstvenega osebja s področja (med-)kulturnih kompetenc v tujini (Gregg in Saha 2006; Kleinman in Benson 2006 idr.) je skupina pri usposabljanju poskušala preprečiti

¹¹ Standard s prvotnim naslovom Standard za zagotavljanje enakosti migrantom in drugim ranljivim skupinam je nastal leta 2005 v okviru Delovne skupine za migrantom prijazno in kulturno kompetentno zdravstveno oskrbo, ki je del Mednarodne mreže za promocijo zdravja v bolnišnicah in drugih zdravstvenih institucijah, ustanovljene leta 1990 pod okriljem Regionalnega urada Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) za Evropo. Leta 2012 je bil Standard pilotno preizkušen v 45 zdravstvenih ustanovah (5 iz Avstralije, 10 iz Kanade in 30 iz Evrope), nato pa vpeljan v vrsto zdravstvenih ustanov po svetu (Farkaš Lainščak in Lipovec Čebtron 2016).

¹² Težave so bile tako konceptualne kot povsem praktične. Na konceptualni ravni so nastopile zato, ker se je omenjeni standard zelo razlikoval od drugih, ki so že v rabi v zdravstvenih ustanovah, saj prvenstveno ni bil namenjen doseganju kvantificiranih ciljev, temveč predvsem refleksiji procesa (ne) udejanjanja enakosti. Cilji za doseg enakosti so bili namreč zelo visoki, zaradi česar jih zdravstvene ustanove večinoma niso dosegle ter pogosto izgubile motivacijo za uporabo omenjenega standarda. Na praktični ravni pa je prihajalo do težav predvsem zaradi dolžine in zahtevnejšega jezika, ki mu nekateri zdravstveni delavci niso mogli slediti.

¹³ V kasnejših letih je te teme vključevalo krajše, 8-urno usposabljanje, z naslovom *Pacient ne govori slovensko! Izživ za zdravstvene delavce v Sloveniji*, ki je leta 2017 potekalo v okviru projekta *Izdaja slovarja, namenjenega lažji komunikaciji migrantov z zdravstvenim osebjem* (več na: <<http://multilingualhealth.ff.uni-lj.si/>>) in poletna šola z naslovom *Cultural competence, doctor-patient communication, and minority health*, ki jo je organizirala Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani ter Medicinski center Univerze na Kreti za slovenske in tuje študente medicine.

¹⁴ V prvotnem predlogu so bili predvideni predavatelji_ce s področja medicine, zdravstvenih ved, psihologije, prava, antropologije in sociologije, v končnem učnem načrtu pa le še antropologi_nje, sociologinji in zdravnici. Prvotni predlog je tudi predvideval, da se, poleg predavanj, več kot tretjino časa nameni terenskemu delu in delavnicam z udeleženci, ki so kasneje obsegale le še četrtno časa, brez terenskega dela.

stereotipiziranje, esencionaliziranje kulturnih razlik ter predstavljanje kulture kot »atributa«, ki pripada »drugim« skupinam in ne tudi zdravstvenim delavcem samim. Namesto nedvoumnih »resnic« je bilo ključno vodilo usposabljanja vzpodbujanje vprašanj, dvomov in dilem, s pomočjo katerih bi lahko udeleženci_ke reflektirali svoje delo v zdravstvenih ustanovah. Zaradi odsotnosti strokovnih gradiv na tem področju je skupina, skupaj z drugimi sodelavkami projekta, objavila priročnik (Bofulin idr. 2016), ki je služil kot dopolnitev usposabljanja. Usposabljanje je leta 2016 potekalo v treh zdravstvenih domovih (Vrhnika, Sevnica in Celje), v treh ciklih po 20 ur. Udeležilo se ga je 41 zaposlenih različnih profilov, ki so na osnovi kvantitativne evalvacije večinoma ocenili vsebine usposabljanja, njihovo uporabnost in organizacijo kot odlično ali zelo dobro.

Vpeljava medkulturne medicije

Zadnji predlagani ukrep pa je izhajal iz spoznanja, da v slovenskih zdravstvenih ustanovah – drugače kot v mnogih drugih evropskih – ni urejenega sistema tolmačenja in/ali medkulturne medicije.¹⁵ Tolmači_ke/medkulturni mediatorji_ke so običajno težko dostopni, niso strokovno usposobljeni za delo v zdravstvu, plačilo zanje pa je prepuščeno uporabnikom_cam. Zaradi te situacije, ki povzroča številne jezikovne in medkulturne nesporazume, obenem pa tudi mnoge druge posledice (Valero-Garcés in Martin 2008; Verrept 2008; Kocijančič Pokorn in Lipovec Čebtron 2019), je skupina antropologov_inj oblikovala Deklaracijo o pomenu vpeljevanja medkulturne medicije v zdravstvene ustanove v Sloveniji (Farkaš Lainščak 2016: 92–96), ki jo je podpisal Nacionalni inštitut za javno zdravje in različne nevladne organizacije. Vendar pa je deklaracija pomenila le prvi, a nezadostni korak, saj je terenska raziskava v Celju jasno kazala na številne jezikovne in kulturne ovire, s katerimi so se v dostopu do zdravstvenih ustanov soočale predvsem albansko govoreče ženske. Na osnovi etnografskega dela v lokalni skupnosti je bila izbrana medkulturna mediatorka za albansko govoreče prebivalce, ki so jo v okviru projekta *Skupaj za zdravje* zaposlili v Zdravstvenem domu Celje.¹⁶ Na podlagi kvantitativne evalvacije (Lipovec Čebtron idr. 2017), v kateri so sodelovale albansko govoreče ženske, je mogoče ugotoviti, da so uporabnice prisotnost medkulturne mediatorke videle kot zelo dobrodošlo in pomembno spremembo, saj so se lažje sporazumevale z zdravstvenim osebjem in bolje izrazile svoje potrebe (prav tam).

V časovnem in organizacijskem okviru, ki ga je vzpostavil projekt *Skupaj za zdravje*, lahko predstavljene ukrepe skupine antropologov_inj dojemamo

¹⁵ Sintagma medkulturna medicija oziroma medkulturni mediator se je v zadnjih letih uveljavila v številnih evropskih državah ter se nanaša na osebo, ki pomaga premoščati tako jezikovne kot kulturne ovire s tem, da poleg tolmačenja nastopa tudi v vlogi »facilitatorja« v dostopu do zdravstvenih (in drugih) ustanov/programov ter v vlogi zagovornika oseb etničnih manjšin (Verrept 2008). Vloga medkulturnega mediatorja še ni jasno in enotno definirana, zato ima v različnih kontekstih lahko različne značilnosti: od osebe, ki zgolj jezikovno posreduje, do posrednika med različnimi skupinami/kulturami in zdravstvenega edukatorja (prav tam).

¹⁶ Medkulturna mediatorka je delala od septembra do decembra 2015 v Centru za krepitev zdravja Zdravstvenega doma Celje in ambulanti družinske medicine na Vojniku, ki je tudi del Zdravstvenega doma Celje.

kot zgolj enega od načinov v množstvu potencialnih odzivov na ovire, ki jih je pokazalo terensko gradivo. V drugačni konstelaciji bi bili ti odzivi verjetno povsem drugačni. Vsekakor pa velja poudariti, da se ti ukrepi kažejo kot uvodni koraki in ne kot dokončne rešitve na področju izboljšanja dostopnosti do preventivnega zdravstvenega varstva. Za pričujoč prispevek, ki nima namena vrednotiti predstavljenih ukrepov, je pomembnejši razmislek o vlogi skupine antropologov_inj v tem interdisciplinarnem projektu. Na splošno bi lahko ugotovili, da je pri sodelovanju v projektu skupina antropologov_inj na eni strani imela možnost, da se je na področju »ranljivih skupin« postopno uveljavila kot enakovredna v odnosu z drugimi sodelavkami_ci projekta ter dobila priložnost oblikovanja predlogov ukrepov. Na drugi strani pa je morala pri načrtovanju in uresničevanju teh ukrepov sprejeti mnogo kompromisov, ki so bili posledica epistemoloških in metodoloških neskladij med perspektivo zaposlenih na področju javnega zdravja in antropološko perspektivo. Nekatera od teh neskladij bom analizirala v nadaljevanju besedila.

Konceptualna neskladja

Kot je bilo prikazano v predhodnem poglavju, kjer sem se ukvarjala z epistemološkimi neskladji med medicinsko antropologijo in teorijami javnega zdravja, sta med ključnimi problemi antropološkega sodelovanja v ustanovah na področju javnega zdravja poenostavljeno in reducirano razumevanje družbeno-kulturnih in ekonomsko-političnih dimenzij (Hahn 1999: xi; Pizza in Ravenda 2016). Čeprav se tem dimenzijam v zadnjem času daje vse več prostora, so pri mnogih raziskavah še vedno sekundarne, na nivoju dodatka ali okrasa. Razlog za to leži v dejstvu, da so raziskave usmerjene v izrazito instrumentalno doseganje ciljev promocije zdravja, pri čemer so cilji – po racionalističnem modelu – običajno usmerjeni v spremembo vedenja oziroma »življenjskega sloga« tistih skupin prebivalstva, ki zaradi svoje zdravstvene težave ali »tveganegega življenjskega sloga« veljajo za najbolj »ogrožene« (Kamin in Tivadar 2004; Kamin 2006). Gre torej za raziskovanje »potencialnih nevarnosti, ki se skrivajo bodisi v posamezniku bodisi v njegovem okolju in na podlagi katerih lahko strokovnjaki ustrezno in pravočasno intervenirajo, da bi potencialno nevarnost preprečili« (Kamin in Tivadar 2004: 563).

V podoben konceptualni okvir je bila povabljen skupina antropologov_inj, ki naj bi imela nalogo definirati »ranljive skupine« prebivalstva, ugotoviti njihove potrebe in ovire v zdravju in zdravstvu, jih hierarhično razvrstiti od bolj do manj »ogrožene« ter predlagati intervencije, s katerimi bi te ovire odpravili. Skupina je zavrnila možnost, da bi brez obsežne kvalitativne raziskave lahko sodelovala pri teh nalogah, poleg tega ni sprejela zahteve po hierarhizaciji teh skupin ter izpostavila potrebo po bolj reflektirani rabi sintagme »ranljive skupine«. Čeprav so bili ostali predlogi skupine sprejeti, je izraz »ranljive skupine« ostal kot del vnaprej določene terminologije projekta. V tej situaciji je skupina morala skleniti kompromis in predlagati rabo »ranljive skupine« v navednicah, obenem pa – kjer je bilo to mogoče – uporabljati še druge pridevnike (marginalizirane, odrinjene, izključene skupine), s čimer bi pokazala na kritično distanco do tega termina in pod vprašaj

postavila njegovo samoumevno rabo. V internih in objavljenih dokumentih pa je ta termin pospremila z opozorilom, da raba sintagme »ranljive skupine« lahko osebe dodatno stigmatizira, saj je statična, obenem pa je problematična zaradi homogenizacije (ne prepoznava raznolikosti znotraj posamezne skupine) ter odsotnosti intersekcijskosti (ne prepoznava prepleta različnih ranljivosti, ki jih doživlja določena oseba) (Lipovec Čebtron idr. 2016).

48

Naslednje večje konceptualno neskladje se je nanašalo na že omenjeno obravnavanje zdravja kot fenomena, ki ga je mogoče izolirati od drugih družbenih procesov. Skupina antropologov_inj je izhajala iz prepričanja, da neenakost v zdravju najbolj prizadene ravno dele prebivalstva, ki imajo neenak dostop do različnih družbenih virov. Tovrstna neenakost zato ni pojav, ki bi ga lahko ločili od drugih dimenzij človekovega življenja, temveč jo je potrebno razumeti in raziskovati kot preplet in seštevke vrste izključevanj, vključno z ekonomskimi, političnimi in socialnimi (prav tam). Ta perspektiva je bila za nekatere sodelavce_ke projekta vprašljiva, saj naj bi raziskovalno temo zastavila preširoko, pri čemer jih je skrbelo, da bo vloga zdravstvenih ustanov zapostavljena. Po vrsti diskusij se so sodelavci_ke projekta odločili za povezovanje z drugimi nezdravstvenimi sektorji družbe (tako vladnimi ustanovami s področja sociale, izobraževanja in vzgoje ter zaposlovanja kot s številnimi nevladnimi organizacijami). Kljub vzpostavitvi teh povezav pa je fokus projekta ostal trdno zasidran v zdravstvenih ustanovah, zaradi česar ni dosegel širine, ki bi jo zahtevalo dejansko (in ne le deklarativno) zmanjševanje neenakosti v zdravju. Ali povedano drugače – kljub temu, da so rezultati terenskih raziskav jasno kazali na družbene, ekonomske in politične razloge za neenakost v zdravju, se je glavnina projektnih ukrepov osredinila le na njihove posledice, in sicer samo na tiste, ki jih zaznava zdravstveni sektor.

Tretje neskladje pa je zadevalo sekundarno vlogo družbeno-kulturnih dimenzij pri prenovi preventivnih programov, med katere je spadalo tudi preoblikovanje delavnic s področja promocije zdravja (na temo gibanja, hujšanja, depresije itd.), ki so večinoma temeljile na že predstavljenih behaviorističnih modelih, ki so imele za cilj spreminjanje »tveganih« življenjskih slogov prebivalstva. Skupina antropologov_inj pri oblikovanju teh delavnic ni sodelovala, je pa na skupnih sestankih izpostavljala problematičnost epistemoloških temeljev delavnic ter pomen družbeno-kulturnih dimenzij zdravja, a pri tem ni bila uspešna. Čeprav je priprava delavnic potekala povsem ločeno od oblikovanja že omenjenega usposabljanja s področja kulturnih kompetenc, je bila izvedba namenjena isti ciljni skupini. Tako se je zdravstveno osebje v treh pilotnih okoljih najprej udeležilo izobraževanj za vodenje prenovljenih delavnic s področja spreminjanja življenjskega sloga, nato pa še usposabljanja s področja kulturnih kompetenc. Slednje je podobna tematska področja (prehrano, gibanje, kronične bolezni, duševno zdravje idr.) obravnavalo povsem drugače, znotraj specifičnega družbeno-kulturnega konteksta, postavljalo pod vprašaj hegemonski biomedicinski diskurz ter nekritično rabo posameznih konceptov promocije zdravja. Udeleženci usposabljanja so opazili konceptualna neskladja in se jim odkrito čudili:

Usposabljanje [s področja kulturnih kompetenc, op. a.] se mi je zdelo dobro, veliko novega in zanimivega sem slišala. Slabo je bilo edino to, da je bilo zadnje. Prej

[na drugih delavnicah] *smo slišali veliko o zdravi prehrani, gibanju, a je bilo rečeno kot da gre za ... neko splošno resnico, da velja za vse, za vse enako – tako in nič drugače. Na teh zadnjih usposabljanjih pa se mi je vse postavilo na glavo, začela sem se spraševati: zakaj bi morala nekemu, ki nikoli ni uporabljal olivnega olja, vsiliti olivno olje? Začela sem drugače razmišljati.* (udeleženka usposabljanja, Sevnica, 14. 4. 2016)

Metodološka neskladja

Kot je bilo omenjeno že v prvem poglavju, večino raziskav na področju javnega zdravja še vedno zaznamujejo klasične epidemiološke študije, zaradi česar so kvantitativne metode bolj privilegirane od kvalitativnih. V primeru, da se uporabljajo oboje, so kvalitativne metode čim bolj standardizirane oziroma objektivizirane – skratka, čim bolj podobne kvantitativnim raziskavam. Tudi v projektu *Skupaj za zdravje* se je skupina antropologov_inj, tako kot mnogi drugi antropologi_nje pred njimi, soočila s problemom, kako doseči vpeljavo terenskih raziskav med projektne aktivnosti. Če je skupina izpostavljala pomen poglobljenega, dlje časa trajajočega etnografskega raziskovanja v lokalnem okolju, kjer je opazovanje z udeležbo enako (ali celo bolj) pomembno od nestrukturiranih in polstruktuiranih intervjujev, so drugi sodelavci_ke projekta z zanimanjem poslušali o metodah, ki so bile zanje novost, a zaupali predvsem anketnim vprašalnikom, s katerimi bi zajeli čim večje (oziroma reprezentativno) število prebivalcev_k. Največji zadržki pa so se pojavili glede časa, ki bi ga zahtevala etnografska metoda. Tako projektno določena časovna dimenzija kot specifičnost dojemanja časa v zdravstvenih ustanovah (Pizza in Ravenda 2016) je zahtevala kompromis – sprva je bila izpeljana pilotna kvalitativna raziskava o »ranljivih skupinah«, ki je bila omejena tako časovno (tri mesece) kot tudi metodološko (polstruktuiran vprašalnik), kasneje pa bolj poglobljeno in dalj časa trajajoče terensko delo v treh krajih (Vrhnika, Sevnica, Celje).

Omenjena »metodološka soočenja« so pokazala na pomen, ki ga ima dalj časa trajajoč dialog med raziskovalci_kami, ki prihajajo iz različnih disciplin. Ta pomen je bil očiten predvsem v treh primerih tovrstnih soočenj. Prvič, glede na predhodno omenjeno dojetje zdravja in zdravstva kot fenomena, ki sta ločena od drugih družbenih procesov, so nekateri sodelavci_ke projekta pričakovali, da bodo intervjuji potekali le z zdravstvenim osebjem, izjemoma pa tudi s predstavniki društev pacientov. Na osnovi daljšega procesa pogajanja pa so bili vanjo vključeni sogovorniki_ce vseh ključnih vladnih in nevladnih organizacij v določenem kraju, predvsem pa osebe, ki jih skupnost dojema kot ranljive. Ob koncu projekta so tudi bolj skeptični sodelavci to odločitev videli kot smiselno. Drugič, pri procesu vpeljevanja medkulturne mediacije je tudi ostalim sodelavcem delovne skupine postalo jasno, kako pomembno je poglobljeno in kontinuirano terensko delo. Dejstvo je, da je bila ravno zaradi dalj časa trajajočega terenskega dela nedvoumno znana ovira albansko govorečih žensk v dostopu do zdravstva, to oviro pa je bilo mogoče presegati z vpeljavo medkulturne mediatorke, ki je bila izbrana s strani lokalne skupnosti kot rezultat raziskovalkega dobrega poznavanja okolja in zaupanja prebivalcev_k. Tretjič, četudi je skupina antropologov_inj sprva

kategorično zavračala kvantitativne raziskave, je pri evalvaciji projektnih aktivnosti, ki je zahtevala kvantifikacijo doseženih ciljev, morala ugotoviti, da so kvantitativne metode – sploh, če jih spremljajo kvalitativne – v določenih primerih potrebne.

Zaključek

Zadnja desetletja je antropologija pomembno prispevala k javnemu zdravju. Mnogi antropologi in antropologinje so se uprli medikalizaciji antropologije, se distancirali od pretekle vloge »potujočih trgovcev« zdravstvenih programov ter začeli kritično preizpraševati teoretske koncepte javnega zdravja, prispevali inovativne metodološke pristope in pokazali na pomen antropološke perspektive na tem področju. Tako so antropologi_nje »v sodobnih projektih javnega zdravja in medicine postali vplivni znanstveni svetovalci, raziskovalci in zagovorniki, na tem področju pa so se uveljavili tudi kot akademiki« (Good idr. 2010).

50

Kljub temu pa mnoge ustanove na področju javnega zdravja še vedno ne prepoznajo doprinosa, ki bi ga lahko imela antropologija v načrtovanju politik javnega zdravja (Campbell 2011: 76) ter pri izvedbi različnih programov promocije zdravja in preprečevanja bolezni. Lahko bi rekli, da je sodobno javno zdravje še vedno premalo antropološko, za kar je lahko več razlogov. Na strani antropologov in antropologinj je razlog morda skrb, da bi se *antropologija javnega zdravja* spremenila v submisivno *antropologijo v javnem zdravju*, mogoče pa tudi pejorativen odnos do antropološkega sodelovanja onstran akademske sfere. Na strani ustanov na področju javnega zdravja pa je lahko razlog nepoznavanje antropologije kot vede, neinformiranost o njenem dosedanjem doprinosu k javnemu zdravju, obenem pa nelagodje ob številnih epistemoloških in metodoloških neskladjih.

Ravno zato se zdi pomembno, da se v primerih, ko se vseeno vzpostavi antropološko sodelovanje pri projektih javnega zdravja, ne reflektira le prednosti tovrstnega sodelovanja, temveč tudi njegove šibkosti: tenzije, trenja in konflikte, tako tiste, ki jih je mogoče premostiti, kot tiste, ki ostajajo nerazrešeni. Kot je opazno v zadnjem delu besedila, je bilo v projektu *Skupaj za zdravje* tovrstnih tenzij precej, zato je bilo za skupino antropologov_inj ključno, da se je lahko na številnih srečanjih z drugimi sodelavci_kami projekta soočila s povsem drugačnimi konceptualnimi izhodišči ter imela možnost podati lastno perspektivo. V prvih fazah projekta so bila ta soočenja zahtevna za obe strani, sčasoma pa sta začeli prepoznavati stične točke, se naučili prevajati v jezik, ki ga bo razumela tudi druga stran, ter se odprli za dejansko – ne zgolj deklarativno – sodelovanje. Čeprav so bili kompromisi pogosto boleči, pa je čas pokazal, da je bilo tako vseeno sodelovanje smiselno. Ob koncu sodelovanja v projektu *Skupaj za zdravje* je bila skupina antropologov_inj povabljena v nov projekt *Model skupnostnega pristopa za krepitev zdravja in zmanjšanje neenakosti v zdravju lokalnih skupnosti* (MOST)¹⁷, v katerem se je večina aktivnosti, ki so bile v prejšnjem projektu pilotno vpeljane

¹⁷ Projekt, ki poteka na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje, traja od leta 2017 do 2020 (<<https://www.nijz.si/sl/most-model-skupnostnega-pristopa-za-krepitev-zdravja-in-zmanjsevanje-nee-nakosti-v-zdravju-v-lokalnih>>).

v tri okolja, razširila na 25 okolij v Sloveniji. S tem je skupina dobila priložnost, da zagotovi več prostora terenskim raziskavam, jih konceptualno in metodološko izboljša, obenem pa prispeva k vpeljevanju vseh štirih predstavljenih ukrepov v 25 okoljih. Čas bo pokazal, v kolikšni meri bo to novo interdisciplinarno sodelovanje uspelo preseči opisana konceptualna in metodološka neskladja.

REFERENCE

- BAER, Hans A., SINGER, Merrill in SUSSER, Ida
1997 *Medical Anthropology and the World System: A Critical Perspective*. Westport in London: Bergin in Garvey.
- BIBEAU, Gilles
1997 At Work in the Fields of Public Health: The Abuse of Rationality. *Medical Anthropology Quarterly* 11 (2): 246–252.
- BOFULIN, Martina [idr.]
2016 *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba: Priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- CAMPBELL, Dave
2011 Anthropology's Contribution to Public Health Policy Development. *McGill Journal of Medicine* 13 (1): 76–83.
- CARROLL, Jennifer
2014 Key Theories from Critical Medical Anthropology for Public Health Research. Part II: Medicine in the Social System: Medicine as a Social System. *Tobacco Control and Public Health in Eastern Europe* 4 (1): 41–48.
- CASTRO, Aruchu in FARMER, Paul
2007 Medical Anthropology in the United States. V: F. Saillant in S. Genest (ur.), *Medical Anthropology: Regional Perspectives and Shared Concerns*. Malden, MA: Blackwell Publishing, 42–57.
- EAKIN, Joan [idr.]
1996 Towards a Critical Social Science Perspective on Health Promotion Research. *Health Promotion International* 11 (2): 157–165.
- FARKAŠ LAINŠČAK, Jerneja [idr.]
2015 *Uspostavljanje za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev: Učni načrt*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- FARKAŠ LAINŠČAK, Jerneja (ur.)
2016 *Ocena potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- FARKAŠ LAINŠČAK, Jerneja in LIPOVEC ČEBRON, Uršula (ur.)
2016 *Standard za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi ranljivih skupin in orodje za samoocenjevanje zdravstvenih ustanov*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- FARKAŠ LAINŠČAK, Jerneja in MAUČEC ZAKOTNIK, Jožica
2016 Uvod v oceno potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle. V: J. Farkaš Lainščak (ur.), *Ocena potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 11–13.
- GOOD, Byron
1994 *Medicine, Rationality and Experience*. Cambridge: Cambridge University Press.
- GOOD, Byron [idr.]
2010 *A Reader in Medical Anthropology: Theoretical Trajectories, Emergent Realities*. Malden, Oxford in Chichester: Wiley-Blackwell.
- GREGG, Jessica in SAHA, Somnath
2006 Losing Culture on the Way to Competence: The Use and Misuse of Culture Inmedical Education. *Academic Medicine* 81 (6): 542–547.

GREENWOOD, Davydd [idr.]

1988 Introduction. *American Ethnologist* 15 (1): 1–3.

HAHN, Robert A.

1999 *Anthropology and Public Health: Bridging Differences in Culture and Society*. Oxford in New York: Oxford University Press.

HELMAN, Cecil

2007 *Culture, Health and Illness*. London: Hodder Arnold.

HPH Task Force MFT

2014 *Standard for Equity in Health Care for Migrants and Other Vulnerable Groups*. Reggio Emilia: Regional HPH Network of Emilia-Romagna.

INGLEBY, David [idr.] (ur.)

2012 *Inequalities in Health Care for Migrants and Ethnic Minorities*. Antwerp: Garant Publishers.

52

JENKINS, Janis H.

1998 Diagnostic Criteria for Schizophrenia and Related Psychotic Disorders: Integration and Suppression of Cultural Evidence in DSM-IV. *Transcultural Psychiatry* 35 (3): 357–376.

JORALEMON, Donald

1999 *Exploring Medical Anthropology*. Boston: Allyn and Bacon.

KAMIN, Tanja

2006 *Zdravje na barikadah: Dileme promocije zdravja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, Založba FDV.

KAMIN, Tanja in TIVADAR, Blanka

2004 Mora biti dober državljan tudi zdrav? *Javnost* 11: 561–574.

KLEINMAN, Arthur

1995 *Writing at the Margin*. Berkeley, Los Angeles in London: University of California Press.

KLEINMAN, Arthur in BENSON, Paul

2006 Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and how to Fix it. *PLoS Medicine* 3 (10): 1673–1676.

KOCIJANČIČ POKORN, Nike in LIPOVEC ČEBRON, Uršula (ur.)

2019 *Večjezično zdravje: Komunikacijske strategije in večkulturni stiki s tujejezičnimi bolniki v slovenskem zdravstvenem sistemu*. Ljubljana: Filozofska fakulteta.

LIPOVEC ČEBRON, Uršula

2008 *Krožere zdravja in bolezni: Tradicionalna in komplementarne medicine v Istri*. Ljubljana: Filozofska fakulteta, Oddelek za etnologijo in kulturno antropologijo.

2011 Reformiranje zdravstvenega sistema Slovenije: Med jugonostalgicnimi in lustracijskimi težnjami. *Etnolog* 21: 170–201.

LIPOVEC ČEBRON Uršula, KERŠIČ-SVETEL, Marjeta in PISTOTNIK, Sara

2016 Zdravstveno marginalizirane – »ranljive« skupine: Ovire v dostopu do sistema zdravstvenega varstva in v njem. V: J. Farkaš-Lainščak (ur.), *Ocena potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle: Ključni izsledki kvalitativnih raziskav in stališča strokovnih delovnih skupin*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 14–25.

LIPOVEC ČEBRON, Uršula in PISTOTNIK, Sara

2015a Iluzija o univerzalnem dostopu do zdravstvenega zavarovanja: Nedržavljeni, prekarni, revni kot zdravstveno nezavarovani prebivalci. *Etnolog* 25: 89–111.

2015b *Predlogi sistemskih ukrepov za lažji dostop do zdravstvenega zavarovanja in do zdravstvenega varstva za odrinjene skupine*. [Neobjavljeno poročilo projekta »Skupaj za zdravje«] Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

2018 Migrants/Refugees in Slovene Healthcare: Many Open Questions and Some Possible Answers. V: M. I. Rajković [idr.] (ur.), *Contemporary Migration Trends and Flows on the Territory of Southeast Europe*. Zagreb: Univerza v Zagrebu, 161–180.

LIPOVEC ČEBRON, Uršula [idr.]

2017 Evaluation of the Implementation of Intercultural Mediation in Preventive Healthcare Programs in Slovenia. *Public Health Panorama* 2 (1): 114–119.

- LOCK, Margaret
 2003 *Accounting for Disease and Distress: Morals of Normal and Abnormal*. V: G. L. Albrecht [idr.] (ur.), *The Handbook of Social Studies in Health and Medicine*. London in New Delhi: Sage Publications, 259–276.
- MASSÉ, Raymond
 2007 *The Anthropology of Health in Québec: Towards a Bending of Approaches and Methods*. V: F. Saillant [idr.] (ur.), *Medical Anthropology: Regional Perspectives and Shared Concerns*. Malden, MA in Oxford: Blackwell, 23–40.
- MICE
 2018 Dostopno na: <<http://www.vzsce.si/si/projekti/494>> [6. 8. 2018].
- NICHTER, Mark
 2008 *Global Health: Why Cultural Perceptions, Social Representation, and Biopolitics Matter*. Tucson: The University of Arizona Press.
- OPREŠNIK, Denis
 2018 *Zdravstveni sistem in perspektive opolnomočenja: Medicinskoantropološka analiza politik obladovanja sladkorne bolezni v Sloveniji: Magistrska naloga*. Ljubljana: [D. Oprešnik].
- PARKER, Melissa in HARPER, Ian
 2005 *The Anthropology of Public Health*. *Journal of Biosocial Science* 38 (1): 1–5.
- PISTOTNIK, Sara in LIPOVEC ČEBRON, Uršula
 2015 *Predlogi sistemskih ukrepov za lažji dostop do zdravstvenega zavarovanja in zdravstvenega varstva za odrinjene skupine*. [Neobjavljeno interno projektno gradivo]. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- PIZZA, Giovanni in RAVENDA, Andrea
 2016 *Esperienza dell'attesa e retoriche del tempo*. *Antropologia Pubblica* 2 (1): 29–46.
- RAPPAPORT, Roy
 1993 *Distinguished Lecture in General Anthropology: The Anthropology of Trouble*. *American Anthropologist* 95 (2): 295–303.
- RYLKO-BAUER, Barbara, SINGER, Merrill in VAN WILLIGEN, John
 2006 *Reclaiming Applied Anthropology: Its Past, Present and Future*. *American Anthropologist* 108 (1): 178–190.
- SCHEPER-HUGUES, Nancy
 1990 *Three Propositions for a Critically Applied Medical Anthropology*. *Social Science and Medicine* 30 (2): 189–197.
- SEPPILLI, Tulio
 1996 *Antropologia Medica: Fondamenti per una strategia*. *AM: Rivista della Società italiana di antropologia medica* 1/2: 7–22.
 2000 *Le nuove immigrazioni e i problemi di strategia dei servizi sanitari europei: un quadro introduttivo*. *AM: Rivista della Società italiana di antropologia medica* 9/10: 35–57.
- SINGER, Merrill
 1989 *The Coming of Age of Critical Medical Anthropology*. *Social Science and Medicine* 28 (11): 1193–1203.
- SINGER, Merrill in BAER, Hans
 1995 *Critical Medical Anthropology*. New York: Baywood Publishing Company.
- SINGER, Merrill in ERICKSON, Pamela I.
 2009 *The Future of Medical Anthropology*. *Anthropology News* 50 (9): 13–15.
- SZO – Svetovna zdravstvena organizacija
 2012 *European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services*. Copenhagen: World Health Organisation, Regional Office for Europe.
- ŠIMENC, Jana
 2014 *Alergična družba*. Ljubljana: UMCo.
- ŠTERN, Bojanka
 2007 *Javno zdravje ali javno zdravstvo*. *Zdravstveni vestnik* 76: 317–322.

VALERO-GARCÉS, Carmen in MARTIN, Anne (ur.)

2008 *Crossing Borders in Community Interpreting: Definitions and Dilemmas*. Amsterdam in Philadelphia: Benjamins.

VERREPT, Hans

2008 *Intercultural Mediation: An Answer to Health Care Disparities? V: C. Valero-Garcés in A. Martin (ur.), Crossing Borders in Community Interpreting: Definitions and Dilemmas*. Amsterdam in Philadelphia: Benjamins, 187–201.

BESEDA O AVTORICI

Dr. Uršula Lipovec Čebtron je izredna profesorica na Oddelku za etnologijo in kulturno antropologijo Filozofske fakultete v Ljubljani, kjer predava na dodiplomski in magistrski stopnji (Medicinska antropologija, Sodobne migracije, etnične manjšine in državljanstvo idr.). Raziskovalno se ukvarja s področji antropologije migracij in medicinske antropologije. Objavila je številne znanstvene članke, poglavja znanstvenih monografij ter sodelovala v različnih mednarodnih in nacionalnih projektih, med drugim tudi v projektih Nacionalnega inštituta za javno zdravje.

ABOUT THE AUTHOR

Dr Uršula Lipovec Čebtron is an associate professor at the Department of Ethnology and Cultural Anthropology at the Faculty of Arts in Ljubljana, where she lectures at the degree and Masters level (medical anthropology, modern migrations, ethnic minorities and citizenship, etc.). Her research deals with the fields of migration anthropology and medical anthropology. She has published a number of academic articles and chapters in collections of papers and taken part in various international and national projects, among them those implemented by the National Institute of Public Health.

SUMMARY

Anthropology and public health: Experiences of discrepancies, attempts at convergence

What is the role of anthropology in public health? In what way do anthropologists participate in this field and what are the advantages and disadvantages of such participation? What challenges do anthropologists face and what compromises do they have to make? When does public health anthropology become anthropology in public health, marked by the loss of its own epistemological and methodological position? These are the questions the article tries to answer. The first part deals with the contribution of anthropology to the field of public health, starting with a short outline of some of the initial steps of medical anthropology, then showing the importance anthropology holds in the academic research sphere as well as the applied sphere of public health. The article goes on to a detailed analysis of specific problems emphasised by anthropologists with regard to their participation in public health programmes and, via subsections – Sterilisation of the Anthropological Perspective, Methodological Discrepancies and (Self-)Marginalisation of Anthropology – a more detailed focus moves on to epistemological and methodological discrepancies and the problem of self-concealment of anthropologists in public health institutions. Chapter two mostly deals with the context in Slovenia, offering critical reflection on the participation of a group of anthropologists in the project “For Better Health and Reduction of Inequalities in Health – Together for Health”, carried out between 2013 and

2016 at the National Institute of Public Health. Firstly, the forms of the group's participation are presented, with a more detailed description of the individual measures formulated by the group within its project activities, aimed at the reduction of inequalities. The last chapter analyses certain theoretical-conceptual and methodological discrepancies that appeared within the interdisciplinary project group, whilst also pointing to ways of overcoming these discrepancies and the importance of anthropology's participation in the field of public health.