

PHPC_CH20_Equity-oriented care and structural vulnerability

Created: 20240521_1011

Note Status: #status/capture

Theme: #publichealth #peacefuldeath

Topic index: #PHPC

Input: #input/book

Media name:

Processing:

Link to note: MOC Public Health Palliative Care

PHPC Group Read EP4: Public Health Palliative Care, equity-oriented care, and structural vulnerability (ความเป็นธรรมและการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองสำหรับกลุ่มเปราะบาง)

วันศุกร์ที่ 31 พ.ค. 2567 เวลา 19.00 - 20.00 น.

ภาษาอังกฤษดูด้านล่าง สรุปและแปลโดย จิตติพร

งานด้านการดูแลประคับประคองทางสาธารณสุข การดูแลที่มุ่งเน้นความเป็นธรรมและความเปราะบางทางโครงสร้าง

เนื้อหาหลัก

- แนวคิดร่วมสมัยที่สำคัญเกี่ยวกับความเป็นธรรมและสุขภาพ
- การดูแลสุขภาพที่มุ่งเน้นความเท่าเทียมในงานด้านการดูแลประคับประคอง การดูแลระยะท้าย และงานด้านการดูแลประคับประคองทางสาธารณสุข (3 ตัวอย่างจากแคนาดา)
- แนวทางสำหรับการประยุกต์ใช้อย่างกว้างขวางและยั่งยืนในระดับโลก

การดูแลแบบประคับประคองทางสาธารณสุข (PHPC)

- มุ่งเน้นความเป็นธรรม การมีส่วนร่วม และความหลากหลาย
- กำหนดกรอบงานฮอสปิส การดูแลประคับประคอง และการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต ที่ครอบคลุมประเด็นความเป็นธรรมและความยุติธรรมทางสังคม
- ทวงคืนกระบวนการตายตามธรรมชาติและส่งเสริมให้ 'ชุมชน' มีบทบาทมากขึ้น
- กลับมาทบทวน และทวงคืนสิ่งที่สูญเสียไปจากการดูแลแบบประคับประคองกระแสหลัก
- การดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมและในชุมชนจะเป็นประโยชน์ต่อประชากรที่ไม่ได้รับการดูแล (กลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพจิต การใช้สารเสพติด ผู้ที่ถูกคุมขัง ชาวพื้นเมือง LGBTQTS+ คนไร้บ้าน)

แนวคิดร่วมสมัยที่เกี่ยวข้องกับความเป็นธรรมและสุขภาพ

ความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพ = ความแตกต่างด้านสุขภาพที่ไม่จำเป็น, ไม่ยุติธรรม, และไม่เป็นที่ธรรม
ความเป็นธรรมในการดูแลสุขภาพ (Whitehead, 1992):

1. Equal access: การเข้าถึงการบริการที่มีอยู่อย่างเท่าเทียมกันตามความต้องการที่เท่าเทียม,
2. Equal Utilization: การใช้บริการเท่าเทียมกันสำหรับความต้องการที่เท่าเทียมกัน
3. Equal quality: การดูแลคุณภาพที่เท่าเทียมกันสำหรับทุกคน

เนื่องจากบุคคลในสังคมมีความหลากหลาย ด้วยลำดับชั้นทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง และวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ส่งผลให้เกิดสิทธิพิเศษและการถูกกีดกันในระดับที่แตกต่างกัน (องค์การอนามัยโลก)

การเสริมสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพ = มุ่งเน้นความสนใจร่วมกันต่อโครงสร้างของลำดับชั้นทางสังคมในระดับโลกและระดับชาติ และสภาพเงื่อนไขทางสังคมที่กำหนดว่าผู้คนเติบโต ดำรงชีวิต ทำงาน และแก่ชราในสภาพเช่นใด

ความเป็นธรรมทางสุขภาพเป็นหน้าที่ทางศีลธรรม ทางกฎหมาย และทางสังคมในการปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ไม่เท่าเทียมกัน

ตำแหน่งของอำนาจของบุคคล (Individual's position of power) ถูกกำหนดโดยสถานะทางสังคมของพวกเขา นำไปสู่ประสบการณ์ของการถูกผลักไปอยู่ชายขอบหรือการมีสิทธิพิเศษ การเผชิญพบปะประสบการณ์ร่วมกันหลายๆเรื่อง (intersection) เพิ่มแรงกระทบของข้อได้เปรียบหรือข้อเสียเปรียบที่สะท้อนออกมาในด้านสุขภาพ

trauma = ประสบการณ์ที่เกินขีดความสามารถในการรับมือได้ของบุคคล

- มีความสำคัญต่อการเข้าใจการถูกกีดกันและผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่เป็นลบ
- เป็นบ่อเกิดของสภาวะการถูกผลักไปอยู่ชายขอบ (marginalization)

สิทธิพิเศษ = ข้อได้เปรียบพิเศษที่บางคนได้รับ แต่ไม่ใช่ทุกคนได้รับ

- มักไม่รู้ตัวหรือไม่ตระหนักถึงเนื่องจากการหล่อหลอมทางสังคมและการไม่มีประสบการณ์การถูกกีดกัน
- มีรากฐานฝังลึกในชีวิตประจำวัน รวมถึงระบบการดูแลสุขภาพและสังคม

ความเปราะบางเชิงโครงสร้าง (Structural vulnerability) = ตำแหน่งที่ต่ำกว่าของบุคคลหรือกลุ่มในลำดับชั้นทางสังคม ซึ่งอาจเพิ่มความเปราะบาง ความเสี่ยง และอันตราย

- เกิดขึ้นกับคนที่ได้รับผลกระทบจาก trauma ผ่านประสบการณ์ของตนเองหรือการกีดกันทางระบบ
- เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต (PC ส่วนมากให้บริการกับคนกระสอกระสันและขาดการรับรู้เรื่องความหลากหลาย)
- ความเปราะบางสองเท่า = คนที่ต้องการ PC + ขาดปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคมที่ส่งเสริมสุขภาพ

แนวทางการดูแลแบบ PHPC ที่เน้นความเป็นธรรม = ตั้งคำถามว่างานบริการปัจจุบันมีไว้สำหรับใคร + คนกลุ่มไหนที่ไม่ได้รับบริการ

หากไม่รับรู้ถึงความเปราะบางเชิงโครงสร้าง จะไม่สามารถส่งเสริมการเข้าถึงการดูแล PC และการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิตที่มีคุณภาพอย่างเสมอภาคได้

3 มิติสำคัญของการดูแลสุขภาพที่เน้นความเป็นธรรม

1. การดูแลที่คำนึงถึงผลกระทบจาก trauma และความรุนแรง
2. ความปลอดภัยทางวัฒนธรรมและความถ่อมตนทางวัฒนธรรม
3. การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

1. การดูแลที่คำนึงถึงผลกระทบจาก trauma และความรุนแรง

- ตระหนักถึงผลกระทบในวงกว้าง สัญญาณและอาการของ trauma และเข้าใจเส้นทางการฟื้นฟู
- บูรณาการความรู้เกี่ยวกับ trauma เข้าไปในนโยบาย ขั้นตอนการปฏิบัติ
- ป้องกันการกระตุ้นให้เกิด trauma ซ้ำ
- **การดูแลที่คำนึงถึงความรุนแรง** ต้องรู้ถึงผลกระทบทางจิตใจจากการอยู่กับความรุนแรงทุกชนิด รวมถึงความรุนแรงเชิงโครงสร้าง
- สร้างความปลอดภัยให้กับผู้ที่เผชิญกับความรุนแรง ไม่ว่าจะจากเรื่องส่วนตัวหรือความรุนแรงเชิงโครงสร้าง (ผู้ป่วยอาจมี trauma จากการแพทย์ มีประสบการณ์การด้านสุขภาพที่ก่อให้เกิด trauma หรือพบเหตุการณ์ที่กระตุ้น trauma ในอดีต)

ผู้ให้บริการ PC ที่มุ่งเน้นการบรรเทาความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมาน มีความเหมาะสมอย่างยิ่งในการบูรณาการการดูแลที่คำนึงถึงผลกระทบจาก trauma และความรุนแรง

2. ความปลอดภัยทางวัฒนธรรมและความถ่อมตนทางวัฒนธรรม

- เริ่มในนิวซีแลนด์เพื่อจัดการกับ **พลวัตอำนาจในความสัมพันธ์** โดยเน้นสิทธิของผู้ป่วยของชาวพื้นเมือง
- สภาพแวดล้อมที่ปราศจากการเหยียดเชื้อชาติและการเลือกปฏิบัติ ทำให้ผู้คนรู้สึกปลอดภัยเมื่อได้รับการบริการด้านสุขภาพ
- **ความถ่อมตนทางวัฒนธรรม** = การมุ่งมั่นในการประเมินตนเองและวิจารณ์ตนเอง เพื่อแก้ไขความไม่สมดุลของอำนาจในความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ โดยใช้กลยุทธ์การสอนและการเรียนรู้เพื่อสร้างความเคารพซึ่งกันและกัน
- สร้างความสัมพันธ์ที่เป็นประโยชน์ร่วมกันกับชุมชนที่ไม่ใช้รูปแบบการสั่งสอน
- มุ่งเน้นที่**ความสัมพันธ์**ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ **ไม่ใช่ความรู้หรือทัศนคติของผู้ให้บริการ**
- เวลาทำความเข้าใจประสบการณ์ของผู้อื่น ยอมรับอย่างถ่อมตนว่าตนเองเป็นผู้เรียน

3. การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

- คือนโยบาย โปรแกรม บริการ และการกระทำที่มุ่งลดอันตรายต่อบุคคล ชุมชน และสังคมที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด
- แนวทางการดูแลที่ส่งเสริมการไม่ตัดสิน การให้เกียรติ การตัดสินใจด้วยตนเอง และความเป็นอิสระ โดยเคารพสิทธิของผู้ใช้สารเสพติด
- ผู้ใช้ยาเสพติดเป็นตัวหลักในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดของตนเอง

- ตระหนักว่าความยากจน ชนชั้น การเหยียดเชื้อชาติ trauma ในอดีต การเลือกปฏิบัติทางเพศ และความไม่เท่าเทียมทางสังคมอื่น ๆ ส่งผลต่อทั้งความเสี่ยงและความสามารถในการจัดการกับอันตรายที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดอย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป:

- ความไม่เสมอภาคด้านสุขภาพเกิดจากปัญหาเชิงระบบและโครงสร้างที่ทำให้กลุ่มคนบางกลุ่มเสียเปรียบ
- ความเสียเปรียบจะทวีความรุนแรงขึ้นเมื่อคนเหล่านั้นได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิต
- แนวทาง PHPC จำเป็นต้องพัฒนา ปรับตัว และเปลี่ยนวิธีการที่เน้นความเป็นธรรมเพื่อจัดการกับความต้องการของผู้ที่ประสบกับความเปราะบางเชิงโครงสร้าง และให้การดูแลที่ครอบคลุมแก่กลุ่มประชากรที่หลากหลาย

การดูแลแบบประคับประคองที่เน้นความเป็นธรรมเป็นคุณลักษณะหลักของ PHPC

ประเด็นหลักของ PHPC คือการเมืองเชิงอัตลักษณ์

- มุ่งเน้นอุปสรรคที่กลุ่มต่างๆเผชิญในการต่อสู้เพื่อความเป็นธรรม
- เพื่อให้การดูแลแบบประคับประคองที่มีคุณภาพสำหรับทุกคน เราต้องหลีกเลี่ยงการกระตุ้นให้เกิด trauma ซ้ำ

หากคุณทำงานกับผู้เปราะบางทางโครงสร้าง ลองถามตัวเองว่า:

- ทำไมฉันถึงต้องการทำงานกับประชากรกลุ่มนี้ และแรงจูงใจของฉันมาจากไหน
- ฉันได้พยายามเข้าใจบริบททางโครงสร้างที่ทำให้ผู้คนเปราะบางหรือไม่
- หากฉันจะทำงานนี้ ฉันจะสร้างพื้นที่ให้ผู้คนที่เปราะบางทางโครงสร้างได้มีชีวิตและตาย ตายในแนวทางที่พวกเขาปรารถนาได้อย่างไร
- บริการและโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองของเรา จะทำงานร่วมกับผู้เปราะบางทางโครงสร้างและผู้ทำงานใกล้ชิดกับพวกเขาเพื่อสนับสนุนการดูแลได้อย่างไร

ไต่ตรองและตระหนักถึงอคติที่ไม่รู้ตัวของเราเอง

เป็นเรื่องปกติที่มนุษย์จะมีอคติ ความรู้สึก การเหมารวม นำไปสู่การเลือกปฏิบัติซึ่งเป็นการกระทำที่เกิดจากอคตินั้น

เมื่อให้การดูแลแบบประคับประคองแก่ผู้ที่ประสบกับความเปราะบางทางโครงสร้าง วิธีที่ดีที่สุดของเราคือการตั้งคำถามกับอคติที่ไม่รู้ตัวของเราเอง การหล่อหลอมทางสังคม และผลกระทบที่มีต่อมุมมองของเราที่มีต่อผู้คน

- ผู้ให้บริการการดูแลแบบประคับประคองจำเป็นต้องสำรวจ "อำนาจจากการหล่อหลอมทางสังคมที่แพร่หลาย" (ubiquitous socializing power) ของวัฒนธรรมกระแสหลัก
- เราไม่ได้เลือกการหล่อหลอมทางสังคมแบบนี้ แต่เราต้องรับผิดชอบต่อบทบาทของเราในเรื่องนี้

- การบอกว่าเราปฏิบัติต่อทุกคนเหมือนกันในบริการของเรานั้น แสดงถึงการขาดความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องการหลอหลอมทางสังคมนี้ การกดขี่สามารถเกิดขึ้นได้จากบริการที่มีเจตนาดี เนื่องจาก ผู้ที่ประสบกับความเปราะบางทางโครงสร้างขาดอำนาจในการเปลี่ยนแปลงอคตินั้น
- PHPC "ไม่ควรตกลมพรางของ "การปรับตัวเล็กน้อยๆ" (small adaptation) ซึ่งอาจทำให้วัฒนธรรมกระแสหลักรู้สึกมั่นใจว่าเจตนาและการยอมรับในระดับผิวเผินของพวกเขาเพียงพอ ในขณะที่รากปัญหาของการกดขี่ยังคงฝังลึกอยู่
- เราต้องแก้ไขปัญหาเชิงโครงสร้างและระบบที่นำไปสู่ความเปราะบางทางโครงสร้าง เพื่อให้ ผู้ที่ประสบกับความเปราะบางทางโครงสร้าง สามารถมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในการพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับพวกเขา

หากปราศจากความเข้าใจในแรงจูงใจและตัวขับเคลื่อนของเราเอง รวมถึงอคติที่ไม่รู้ตัวแลการหลอหลอมทางสังคมของเราเอง เราเสี่ยงที่จะพัฒนาการบริการแบบการกุศล ที่เป็นการทำเพื่อตัวเองและอาจกระตุ้นให้เกิด trauma ซ้ำ แทนที่จะทำงานร่วมกับผู้คนที่ส่งเสริมการดูแลแบบประคับประคองที่ดีที่สุดสำหรับผู้คนและครอบครัวที่พวกเขาเลือก

การแก้ไขปัญหาเชิงโครงสร้างและระบบ

ความสามารถเชิงโครงสร้าง (Structural competency) = ความตระหนักถึงวิธีที่โครงสร้างทางสังคม การเมือง และเศรษฐกิจอาจมีอิทธิพลต่อการปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย

การแทรกแซงเชิงโครงสร้าง = แนวทางการดูแลที่เน้นความเป็นธรรม

- โครงการและบริการของเรากำลังลงทุนเวลาและความสามารถในการแก้ไขความไม่เป็นธรรมเหล่านี้จริง ๆ หรือไม่
- หากเราเชื่อว่าผู้คนมีศักยภาพและมีปัญญาในตัวเองและในชุมชนของตนเอง เรากำลังส่งเสริมความเป็นพันธมิตรกับพวกเขาอย่างแท้จริง สำหรับความต้องการการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลในระยะสุดท้ายหรือไม่
- เราพร้อมที่จะท้าทายโครงสร้างอำนาจและอคติ สมมติฐานของเราเอง ที่อาจมีส่วนทำให้คุณภาพการดูแลสุขภาพสำหรับคนบางกลุ่มด้อยลงหรือไม่
- เราจะมีส่วนร่วมในกระบวนการสร้างเสริมอำนาจร่วมกันและสร้างความร่วมมือบนพื้นฐานของความเคารพต่อผู้คนที่เราให้บริการได้อย่างไร

PHPC ต้องมีความมุ่งมั่นต่อแนวทางการดูแลที่เน้นความเป็นธรรม แม้ว่าผู้ให้บริการการดูแลแบบประคับประคองอาจไม่มีอำนาจที่จะส่งผลกระทบต่อปัจจัยกำหนดสุขภาพหลายประการ และอาจไม่สามารถลบล้างผลกระทบของความไม่เป็นธรรมต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้คนได้ แต่พวกเขาสามารถแก้ไขปัญหาคือความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพได้โดยตรงในระหว่างการพบผู้รับบริการหรือการออกแบบโปรแกรม

การพัฒนาชุมชนที่อิงทรัพยากรที่มีอยู่

- มองว่าผู้คน (รวมถึงผู้ที่เผชิญกับความเปราะบางทางโครงสร้าง) มีความสามารถเต็มที่ในการให้ข้อมูลและมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาที่สำคัญบางประการในระยะสุดท้ายของชีวิต
- การระดมประสบการณ์ ภูมิปัญญา และรูปแบบการดูแลที่เฉพาะเจาะจงกับของชุมชนนั้นๆ เป็นสิ่งสำคัญในการให้บริการประชากรเหล่านี้ในระยะสุดท้ายของชีวิต

ตัวอย่างงาน PHPC ในชุมชนของผู้ที่เผชิญกับความเปราะบางทางโครงสร้าง

- ความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านการตายและการเจ็บป่วยในระดับบุคคลและระดับประชากร
- ตัวอย่าง 3 ชั่วของชุมชนในแคนาดาที่มีความเปราะบางเชิงโครงสร้าง โดยเน้นถึงจุดแข็งและศักยภาพในการพัฒนาและปฏิบัติ PHPC : ชาวพื้นเมือง, LGBTQTS+, คนไร้บ้าน
อ่านเพิ่มเติมเกี่ยวกับตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มในภาคภาษาอังกฤษ

PHPC_CH20_Equity-oriented care and structural vulnerability

Aims

1. Key contemporary concepts related to equity and health.
2. Equity-oriented healthcare in PC and EOL care and PHPC (3 examples)
3. Direction for broad, enduring, and global application

Public health palliative care (PHPC)

- focus on equity, inclusivity, and diversity
- framing hospice care, palliative care, and EOL care around equity and social justice issues.
- reclaim the natural course of dying and reengage 'communities' to take on a larger role
- revisiting, reclaim what is lost to modern mainstream PC
- participatory and community-based approaches will benefit underserved population (mental health issues, substance use disorders, those incarcerated, Indigenous peoples, LGBTQTS+, people facing homelessness,)

Contemporary concepts related to equity and health

Health inequities = differences in health that are unnecessary, unfair, and unjust.

Equity in healthcare (Whitehead, 1992):

1. equal access to available care for equal need,
2. equal utilization for equal need,
3. equal quality care for all

WHO: individuals in society are diverse, with different social, economic, political, and cultural power hierarchies result in differing degrees of privilege and oppression.

Strengthening health equity = to focus collective attention on the global and national structures of social hierarchy and the socially determined conditions in which people grow, live, work, and age.

Health equity is society's moral, legal, and social obligation to improve unequal health outcomes.

Individual's position of power is informed by their social location, lead to experience of marginalization or privilege. Intersection add to impact of (dis)advantage reflect in health status.

Trauma = 'experiences that overwhelm an individual's capacity to cope'

- is important to understand oppression and negative health outcomes.
- precursor to marginalization conditions

Privilege = the special advantages that some people have that are not enjoyed by everyone

- unconscious and unrecognized due to socialization and lack of experience oppression
- deeply rooted in in everyday life, including health and social care systems

Structural vulnerability = person's or group's lower position within social hierarchies, which may amplify vulnerability, risk, and harm

- happen to people impacted by trauma through their own experience or systemic oppression.
- barrier to access palliative care and EOL need (PC mostly serve dominant culture and fail to recognizes diversity)
- doubly vulnerable = people need PC + have deficits in the social determinants of health
- PESV (people who experience structural vulnerability)

Equity oriented approach to PHPC = ask who current service are working for + whom they are failing.

Without recognizing structural vulnerability, the advancement of equitable access to quality hospice care, palliative care, and EOL care will not be achievable.

3 key dimensions of equity-oriented healthcare

1. trauma- and violence-informed care
2. cultural safety and cultural humility
3. harm reduction

1. Trauma- and violence-informed care

- realize widespread impact, signs and symptoms of trauma and understand paths for recovery
- fully integrating knowledge about trauma into policies, procedures, and practices.
- actively resist re-traumatization

- **Violence- informed care** know about traumatic effects of living with violence of any kind, incl. structural violence.
- creating safety for people face personal or structural violence (Patients may have medical trauma, traumatic healthcare experience or activation of past trauma)

Palliative care providers already focus to alleviate pain, distress, and suffering, are uniquely positioned to integrate trauma- and violence- informed care.

2. Cultural safety and humility

- Started in New Zealand to address **power dynamics in relationships** while centering on patients' rights for First Nations.
- Environment free of racism and discrimination, where people feel safe when receiving health care
- **Cultural humility** = lifetime commitment to self- evaluation and critique, to redressing the power imbalances' in a provider–patient dynamic by teaching and learning strategies for mutual respect.
- develop mutually beneficial and non-paternalistic partnerships with communities
- focus is on the provider– patient relationship and not on the provider's knowledge or attitude
- humbly acknowledging oneself as a learner when it comes to understanding another's experience

3. Harm reduction

- policies, programmes, services, and actions that aim to reduce the harm to individuals, communities, and society related to drugs.
- care approach that promotes non-judgement, dignity, self-determination, and autonomy, respecting the rights of people who use drugs
- people who use drugs are themselves the primary agents of reducing the harms of their drug use
- recognizing that poverty, class, racism, past trauma, sex- based discrimination, and other social inequalities affect both people's vulnerability to, and capacity for, effectively dealing with drug-related harms

SUM:

- Health inequities result from systemic and structural issues that position certain groups of people at a disadvantage.
- Disadvantage exacerbated when people are diagnosed with a life-limiting condition.
- PHPC approaches need to develop, adapt, and translate equity-oriented approaches to address the needs of people experiencing structural vulnerability, and provide inclusive care to diverse populations.

Equity-oriented palliative care is a core feature of PHPC

Main point of PHPC is Identity politics

- focus on barriers that specific groups face in their struggle for equality.
- To provide quality palliative care for all, we have to avoid re-traumatization.
If you work with PESV, ask yourself:
- Why do I want to work with this population and where is my motivation to do this coming from?
- Have I sought to understand, deeply, the contexts in which structurally vulnerable people live?
- If I am to engage in this work, how can I create the space for structurally vulnerable people to live— and die— in ways that they value?
- How can our palliative care services and programmes work alongside people who are structurally vulnerable and those who work with them closely to support care provision?

Question our own unconscious bias

It normal for human to have bias, feelings, stereotypes, and generalizations => Prejudice
Discrimination is an action based on that prejudice.

when providing palliative care to a person experiencing structural vulnerability, our best way forward is to question our own unconscious bias, socialization, and how it has affected our own views of people.

- PC providers need to explore 'ubiquitous socializing power' of the dominant culture.
- We didn't choose this socialization, but we are responsible for our role in it.
- To say we treat everyone the same in our services reveals a lack of understanding of this socialization. Oppression can result from well-intended service, because PESV lack the power to transform the prejudice.
- PHPC must not fall into a trap of "small adaptation", which may serve to reassure a dominant culture that their intent and overt acknowledgements are sufficient, whereas the roots of oppression remain deep.
- We have to address structural and systemic issue that lead to the structural vulnerability, so that the PESV could be fully engage in developing model of care that work for them.

Without insight into our motivations and drivers and our own unconscious biases and socializations, we risk developing charitable models that are self-serving and can be retraumatizing instead of working alongside people to foster the best palliative care possible for people and their chosen family.

Addressing structural and systemic issue

Structural competency = awareness of how social, political, and economic structures may influence interactions between clinicians and patients.

Structural interventions = equity oriented PC approach to care

- Are our programmes, initiatives, and services really investing time and talent into addressing these inequities?
- If we believe that people have their own inherent personal and community agency and wisdom, are we truly fostering ally-ship with them for their palliative care and EOL needs?
- Are we really prepared to challenge power structures and our own biases, assumptions, and prejudices that may contribute to a lower quality of healthcare for some people?
- How can we engage in mutual empowerment and respectful partnership building with the people that we serve?

PHPC need commitment to equity-oriented approaches to care. Although PC providers may not have the power to affect the multiple determinants of health and may not be able to erase the harm of inequities on people's health and quality of life, they can address health inequities directly during clinical encounters or programme design.

Asset-based community development

- views people (including PESV) as fully capable of informing and engaging in solutions to resolve some of the key struggles at the EOL
- mobilizing the specific communities' experiences, wisdom, and care models is essential to serving these populations at the EOL.

PHPC in communities of people facing structural vulnerability

- Health inequality lead to mortality and morbidity outcome in individual and population levels.
- 3 example of communities in Canada with structural vulnerabilities, emphasizing their strengths and potential on developments and practices for PHPC.

Indigenous peoples

Setting the context

Indigenous peoples worldwide face higher rates of infant and child mortality, maternal morbidity, disease, and lower life expectancy compared to non-Indigenous populations. This poor health is largely attributed to the impacts of colonization, loss of ancestral land, and structural violence. In Canada specifically, policies like the Indian Act, residential schools, and the child welfare system were designed to assimilate Indigenous peoples into Euro-Canadian culture, resulting in intergenerational trauma, poverty, violence, addictions, suicide, and poor health outcomes.

Western medicine was imposed on Indigenous peoples, invalidating their effective healing knowledges and practices. This purposeful disregard of Indigenous healers and the dependence on professional hierarchy exerted control over Indigenous people. Racial segregation has led to Western health systems devaluing Indigenous health, providing less and lower-cost care.

Current health care fails to meet the end-of-life needs of Indigenous peoples as services lack cultural reflection of Indigenous values, beliefs around dying, death, grief, and the social-cultural aspects of caregiving. Indigenous knowledges and caregiving networks need revitalization through community-based, community-led processes to improve care and health outcomes. Decolonizing efforts are needed to address the harmful colonial structures and empower Indigenous communities.

Towards equity- oriented approaches to palliative care

1. Indigenous peoples must lead the way in developing approaches to caring for people at the end-of-life to achieve equitable and culturally safer care.
2. Indigenous communities are starting to reclaim their cultural and community-based knowledge about end-of-life, which helps deconstruct colonial ideologies.
3. Support Indigenous knowledge as critical for resurgence to combat colonialism, decolonize, and re-Indigenize.
4. Develop community-based caregiving models and practices based on individual, family, and community worldviews of Indigenous peoples.
5. Recognize that dying is a social event for Indigenous peoples, with caregiving provided by family and community reflecting values like kinship.
6. Accept Indigenous concepts of health and well-being, and support Indigenous health systems as strategies to increase healthcare access and coverage.
7. Challenge the structural systems and policies imposed through colonization by promoting the full recognition and exercise of Indigenous peoples' collective rights to communal assets and self-determination.
8. Ensure Indigenous peoples' right to be actively involved in developing and determining their own health programs, their right to traditional medicines and practices, and equal rights to highest attainable health standards.
9. Healthcare systems, organizations and providers must challenge their own power structures and cultural identities to address culturally safer end-of-life care for Indigenous peoples.
10. Recognize and challenge the widespread impact of colonization's trauma and harm through a trauma-informed care lens to create culturally safer care.
11. Promote Indigenous leadership, integrate Indigenous knowledge into programs/services, and support Indigenous health systems to increase healthcare access.

LGBTQTS+ communities

Setting the context

Despite increasing social acceptance, health and social inequalities persist between LGBTQTS+ and non-LGBTQTS+ individuals, particularly for older LGBTQTS+ adults who lived through eras of criminalization and institutionalized discrimination. Due to past and current traumas from societal and legal oppression, LGBTQTS+ people are less likely to access healthcare, fearing discriminatory treatment. Not disclosing sexual orientation/gender identity prevents providers from identifying health risks.

LGBTQTS+ communities experience minority stress from discrimination, internalized heterosexism, and identity concealment, negatively impacting psychological well-being. Social exclusion and healthcare disparities stem from oppression at the intersection of sexual/gender minority status and other marginalized identities.

Approaching end-of-life, LGBTQTS+ individuals may feel disenfranchised, isolated, and anxious about discrimination. Many lack traditional family support systems, instead preferring chosen families and non-biological legal decision-makers. Fears around institutional care and avoiding "going back into the closet" create barriers to accessing appropriate end-of-life services.

Towards equity- oriented approaches to palliative care

1. Cultivate spaces that promote cultural humility and safety in LGBTQTS+ aging care.
2. Increase education opportunities for service providers on LGBTQTS+ cultural competency to reduce heteronormativity within health and social care systems.
3. Widely promote the LGBTQTS+ cultural competency education so individuals know this training is occurring and can witness improvements in historically oppressive systems.
4. Utilize a lens of trauma- and violence-informed care to understand the past healthcare-related experiences and hopes/fears of LGBTQTS+ people when constructing end-of-life care approaches.
5. Recognize that sexual orientation and gender identity are key determinants of health, particularly relating to discrimination and social inclusion.
6. Include the lived experiences of LGBTQTS+ people in educational offerings, through in-person participation or knowledge mobilization tools like digital stories.
7. Reduce stigma and discrimination by including real LGBTQTS+ stories and lived experiences.
8. Acknowledge intersectionality and varying social locations when addressing the unique needs and expectations of aging LGBTQTS+ adults.
9. Incorporate symbols like a rainbow flag to identify an LGBTQTS+ friendly organization and create an inclusive, safer space.
10. Promote inclusion at end-of-life by actively facilitating increased cultural safety, provision of trauma-informed care, and creating opportunities for social connectedness and community belonging.

People experiencing homelessness

Setting the context

Homelessness is defined as lacking stable, permanent, appropriate housing, ranging from sleeping rough to emergency/temporary shelters to being at risk of homelessness. People experiencing homelessness have higher rates of disease, chronic illnesses like heart/lung/kidney diseases, cancers, HIV/AIDS, hepatitis C, mental illness, and substance use disorders compared to the housed population. This leads to poorer health outcomes and higher mortality.

While some receive hospice/palliative care, homeless individuals more often die in hospitals, on the streets, in shelters, or transitional housing. They face significant barriers accessing care, including stigma, discrimination, and policies around substance use and visitors that exclude their "street families." Distrust of healthcare professionals, fear of abstinence requirements, and prioritizing basic needs like food/shelter over health also impede care access.

Homelessness affects diverse populations and stems from complex interrelated structural factors like inadequate income, lack of affordable housing, reduced social services, systems failures in areas like childwelfare/criminal justice, and personal/relational circumstances like job loss, trauma, violence, and addictions. Understanding these complexities is crucial to avoid blaming individuals.

Towards equity- oriented approaches to palliative care

1. Implement structural interventions and equity-oriented approaches that recognize how social, political, and economic structures influence interactions between clinicians and homeless patients (structural competency).
2. Address health inequities directly during clinical encounters or program design for homeless populations.
3. Envision and implement creative strategies to overcome barriers to palliative care access for homeless individuals.
4. Enable joint visits between housing/community providers and palliative care teams to facilitate relationship building in new care settings.
5. Ensure chosen families of homeless individuals are consulted and involved in the end-of-life experience.
6. Conduct equity-oriented advance care planning to ensure the wishes of homeless persons are known and respected.
7. Enlist the collectivist spirit of public health/compassionate communities approaches to mobilize strategies supporting better end-of-life experiences alongside community groups serving the homeless.
8. Partner with academics and community organizations working with the homeless to support social care workers and chosen families in providing palliative care approaches.
9. Integrate palliative approaches across health and social service sectors to bridge silos in which homeless individuals often fall through.

10. Adopt strengths-based, community-oriented, equity-focused and harm reduction approaches to promote quality of life for homeless individuals facing structural inequities like poverty.
11. Foster community awareness of death/dying and compassion for those experiencing vulnerability at end-of-life through public health palliative care initiatives.

References

Oxford Textbook of Public Health Palliative Care

Chapter 20: Public health palliative care, equity-oriented care, and structural vulnerability

Holly Prince, Kathy Kortess-Miller, Kelli I. Stajduhar, and Denise Marshall, Rebecca M.

Patterson and Mark A. Hazelwood