*Vypracovala:*

*Olga Leralta, Andalúzska škola verejného zdravia Upravila:*

*Upravila:*

*Daniela Kallayova*

*Trnavská univerzita*

***ines***

***Pokyny/Guidel***

***.***

***etnickými minoritami***

***zdravotných služieb migrantmi a***

***Využívanie***

***:***

***KAPITOLA 2***

***MINORITÁCH A ICH ZDRAVÍ***

***MIGRANTOCH, ETNICKÝCH***

***VEDOMOSTI O***

***:***

***2***

***MODUL***

TP

-

MEM

Rómov

kvality zdravotníckych služieb pre migrantov a etnické menšiny, vrátane

Tréningové aktivity pre zdravotníckych pracovníkov na zlepšenie prístupu a

© Európska únia, 2015

Pre akúkoľvek reprodukciu textovej a multimediálnej informácie, ktoré nie sú pod © Európskej únie, je potrebné vyžiadať si povolenie priamo od držiteľov autorských práv.

© Ilustrácie obálky: Observatorio de la Infancia de Andalucía, Escuela Andaluza de Salud Pública. Junta de Andalucía.

 **Migrants & Ethnic Minorities Training Packages**





Financované Európskou úniou v rámci programu EÚ v oblasti zdravia (2008-2013), v rámci zmluvy o poskytovaní služieb s Výkonnou agentúrou pre spotrebiteľov, zdravie, poľnohospodárstvo a potraviny konajúcej v rámci mandátu od Európskej komisie. Obsah tejto správy reprezentuje názory Andalúzskej školy verejného zdravotníctva (Andalusian School of Public Health- EASP) a je jeho výhradnou zodpovednosťou; v žiadnom prípade neodráža názory Európskej komisie a / alebo Výkonnej agentúry pre spotrebiteľov, zdravie, poľnohospodárstvo a potraviny, alebo akéhokoľvek iného orgánu v Európskej únii. Európska komisia a / alebo Výkonná agentúra pre spotrebiteľov, zdravie, poľnohospodárstvo a potraviny nezaručujú presnosť údajov uvedených v tejto správe, a neprijímajú zodpovednosť za akékoľvek využitie tretími stranami.

**Kapitola 2: Využívanie zdravotných služieb migrantmi a etnickými minoritami.**

# 1. Ciele a metódy

## 1. Ciele a metódy

###  1.1. Ciele

**Ciele a prezentácia:**

* Identifikovať hlavné trendy používania zdravotných služieb migrantmi a etnickými minoritami
* Popísať hlavné bariéry prístupu týchto populácií podľa literatúry

**Ciele aktivít:**

* Analyzovať dôsledky prekážok identifikovaných vo videu
* Identifikovať prekážky pre prístup migrantov a etnických minorít k zdravotnej starostlivosti na Slovensku.

###  1.2. Metódy

***Odhadovaný čas na Modul 2 sú 4 hodiny, cca. 1-2 hodiny na Kapitolu 1 a 2-3 hodiny na Kapitolu 2. Školiace materiály pre každú kapitolu pozostávajú z prezentácií, aktivít, videí a odporúčanej literatúry.***

***Údaje Kapitoly 2 musia byť prispôsobené na konkrétne použitie zdravotných služieb a identifikovaných prekážok na miestnej/národnej úrovni. V tejto kapitole sú dve povinné aktivity, ale na predstavenie participatívneho pedagogického prístupu odporúčame použitie navrhovanej videoprezentácie.***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Čas**  | **Ciele**  | **Aktivity**  | **Zdroje**  |
| 30 minút  | Identifikovať hlavné trendy využívania zdravotných služieb migrantmi a etnickými minoritami.   | Brainstorming * Prezentácia metodológie
* Brainstorming v skupine
* Prezentácia o obsahu (**snímky** **3-4**) a otázky
 | Projektor, laptop, plátno.   |
| 15 minút  | Analyzovať dopad prekážok identifikovaných vo videu  | Skupinová diskusia s videoprezentáciou  | Projektor, laptop, plátno, video prezentácia *T-SHaRe:* *Percorsi Salutari*   |
|  15 minút  | Popísať hlavné prekážky prístupu týchto populácií podľa literatúry  | Prezentácia (**snímky** **5-13**) otázky a závery  | Projektor, laptop, plátno.   |
| 60 minút  | Identifikovať prekážky prístupu migrantov a  | Aktivita v troch častiach:  | Projektor, laptop, plátno.  |
|  | etnických minorít k zdraviu v každom konkrétnom regióne / krajine.  |     | Prezentáci a metodológie Malé skupinky: nominálna skupinová technika V skupine: Záver a diskusia  |  Kartičky, fixky, flipchart, lepidlo (sprej), samolepiace bodky.   |

# Prezentácia

**Snímok 1** *Informácie pre tento dokument boli získané z**Mock-Muñoz de Luna C, Ingleby D, Graval E, Krasnik A. Súhrnná správa. MEM-TP, Školiace balíky pre zdravotných profesionálov na zlepšenie prístupu a kvality zdravotných služieb pre migrantov a etnické minority vrátane Rómov. Granada, Kodaň: Andalúzska škola verejného zdravia, Kodanská Univerzita, 2015.*

**Snímok 2** Prehľad obsahu

**Snímok 3 Vzorce používania zdravotných služieb Aktivita 1: Brainstorming.**

 Vyzvite účastníkov aby okomentovali svoje predchádzajúce poznatky o vzorcoch používania zdravotných služieb v ich miestnom kontexte.

# Prezentácia

Použitie služieb je determinované ako potrebou tak aj prístupom, a je nemožné odhadnúť jeden z týchto parametrov bez toho, aby sme poznali druhý. Údaje o používaní služieb často ukazujú, že populácia užívateľov služieb neodráža zloženie populácie, ktorej majú služby slúžiť: konkrétne migranti a etnické minority sú zastúpené menej.

V prípade **populácií migrantov** ukázal prehľad poslednej vedeckej bibliografie[[1]](#footnote-1),[[2]](#footnote-2),[[3]](#footnote-3),[[4]](#footnote-4),[[5]](#footnote-5) menší prístup k službám zdravotnej prevencie a propagácie v porovnaní s všeobecnou populáciou. *Viac informácií dostupných v Module 4 Kapitole 3.*

V mnohých prípadoch nie je možné určiť, či rozdiely vo využívaní služieb odrážajú rozdiely v potrebách alebo prístupe, napr. niekoľko štúdií naznačovalo zvýšenie využívania služieb všeobecného lekára migrantmi a etnickými minoritami. Je to preto, lebo majú títo pacienti viac zdravotných ťažkostí alebo preto, lebo majú na vyhľadanie pomoci nižší prah? Alebo je to zvýšenie v dôsledku „pacientov ako otočných dverí“, ktorí sa neustále vracajú k všeobecnému lekárovi, pretože ich zdravotné problémy neboli vyriešené? Prevádzková doba poskytovateľov zdravotných služieb často neodráža pracovnú dobu migrantov a etnických minorít, ktorí pracujú v neistom zamestnaní a môžu mať problémy dostať sa z práce, napr. strata platu za neodpracované hodiny, konflikt s vedením alebo strata práce.

Údaje odrážajú zvýšenú tendenciu migrantov a/alebo etnických minorít v niektorých krajinách používať úrazové a pohotovostné služby. Iné štúdie ukazujú zníženie využívania služieb primárnej starostlivosti v porovnaní s národnou populáciou u všetkých vekových skupín bez ohľadu na krajinu pôvodu.[[6]](#footnote-6) To môže byť následkom skutočnosti, že tieto skupiny sa stretávajú s väčším množstvom prekážok pri prístupe základnej zdravotnej starostlivosti, takže úrazové a pohotovostné služby sa stanú ich náhradou pre všeobecného lekára alebo komunitné zdravotné stredisko. Alebo to môže byť v dôsledku toho, že ich zdravotné potreby sú naozaj naliehavejšie, možno v dôsledku tých istých prekážok prístupu, v dôsledku čoho je pomoc hľadaná až keď je naozaj nevyhnutná.[[7]](#footnote-7) Závažnejšie symptómy môžu byť pri prvom kontakte niekedy nachádzané aj v iných službách, čo jasnejšie naznačuje, že kým problémy nie sú akútne, niečo ľudí od vyhľadania pomoci odrádza.[[8]](#footnote-8)

Správa **Európskej migračnej siete** z roku 2014 „Prístup migrantov k sociálnemu zabezpečeniu a starostlivosti: politiky a prax“, poskytuje veľmi detailnú mapu politík a administratívnych praktík, ktoré tvarujú prístup migrantov z tretích krajín k sociálnemu zabezpečeniu vrátane zdravotnej starostlivosti.[[9]](#footnote-9)

Dostupné údaje o vzorcoch používania služieb migrantmi je uvedený vo „Využívaní zdravotných služieb, prekážky v prístupe a osvedčené postupy na ich riešenie“.**[[10]](#footnote-10)**

## Vzorce používania potomkov migrantov

Naučiť sa ako a kedy použiť zdravotné služby je dôležitým aspektom integrácie v hosťujúcej spoločnosti.[[11]](#footnote-11) Keďže sa „druhá generácia” rodí v hosťujúcej krajine a má príležitosť už od narodenia oboznámiť sa s jazykom, kultúrou a zdravotnými službami očakáva sa, že ich vzorce využívania zdravotných služieb sa budú podobať viac vzorcom pôvodného obyvateľstva než ich rodičom. Okrem toho je pravdepodobnejšie, že ako pôvodní obyvatelia krajiny ich pobytu budú mať na zdravotnú starostlivosť právo. Avšak aj keď **sú dostupné nové štúdie** o rozdieloch medzi vzorcami prvej a druhej generácie je jasné, že od väčšinovej populácie pretrvávajú určité rozdiely.

Napríklad jedna oblasť, v ktorej boli v Holandsku zistené rozdiely sa týka perinatálnej starostlivosti. Bežné kontroly počas tehotenstva sú dôležité na zmenšenie komplikácií pri pôrode a efektívne zvládnutie tých komplikácií, ktoré sa vyskytnú. U matiek, ktoré nepochádzajú zo západu je novorodenecká úmrtnosť v druhej generácii len o niečo nižšia ako v prvej. To sa týka zistení, že tieto matky využívajú preventívne služby počas tehotenstva ako aj materskú opateru menej.[[12]](#footnote-12) Vek, v ktorom majú matky deti a počet detí, ktoré sa im narodia sa viac podobajú údajom pôvodných dánskych matiek v druhej generácii ako v prvej: v porovnaní s vlastnými matkami má druhá generácia žien menej detí a v neskoršom veku. Napriek tomu stále **dostatočne nevyužívajú preventívne služby a dostáva sa im menej zdravotného vzdelávania**. Matky sú nedostatočne informované o dôležitosti prenatálnych prehliadok a dostupných služieb. Zároveň menej využívajú materskú opateru po pôrode. Napriek skutočnosti, že sa narodili v Holandsku je jasné, že tieto matky nie sú efektívne zasahované a ovplyvňované verejnými službami a zdravotným vzdelávaním.

**Snímok 4** Čo sa týka etnických minorít, vzorce prístupu a používania zdravotných služieb nie sú homogénne u rómskych populácií v 31 krajinách, čo naznačuje rozdielne dopady na zdravie Rómov a skúsenosti so zdravotnými službami. Úroveň marginalizácie alebo integrácie rómskej populácie sa zdá byť rozhodujúcim faktorom. Dôkazy tiež ukazujú, že vzorce využívania zdravotnej starostlivosti u Rómov sa od všeobecnej populácie odlišujú. Napríklad zahŕňajú vyššie využívanie akútnych nemocničných služieb, možno v dôsledku nižších úrovní využívania alebo prístupu k preventívnej starostlivosti.[[13]](#footnote-13)

## Snímok 5 Prekážky prístupu k zdravotnej starostlivosti

### Úvod

Často používaná definícia prístupu k zdravotným službám je[[14]](#footnote-14): *„Zjednodušenie prístupu sa týka pomoci ľuďom rozhodovať o vhodných zdrojoch zdravotnej starostlivosti s cieľom uchovať alebo zlepšiť ich zdravie“.* Prístupnosť má niekoľko rozmerov (nediskriminácia, fyzická prístupnosť, ekonomická prístupnosť (cenová dostupnosť) a informačná prístupnosť). Z týchto je najzákladnejšou ekonomická prístupnosť alebo cenová dostupnosť. Keďže náklady na zdravotnú starostlivosť môžu byť extrémne vysoké, závisí cenová dostupnosť zdravotnej starostlivosti od oprávnenia jedinca na „krytie“ zdravotnej starostlivosti. O cenovej dostupnosti je často diskutované pod názvom „oprávnenosť“ alebo „krytie“. Obvykle je regulovaná na národnej úrovni aj keď niektoré regionálne vlády krajín môžu mať vplyv na vytváranie pravidiel. Vylúčenie, príplatky alebo dodatočné platby pri dodávaní služieb (platby „z vrecka“) negatívne ovplyvňujú prístup k zdravotnej starostlivosti najmä zraniteľnejších.

Prístup sa týka zdravotných „služieb“ a nie len jednoducho zdravotnej „starostlivosti“. Prevencia, prehliadky, zdravotné vzdelávanie a propagácia zdravia sú služby pre celú populáciu nie len pre tých, ktorú zdravotnú starostlivosť potrebujú. Vo všeobecnosti majú občania (vrátane etnických minorít) tieto práva, ale niektoré skupiny migrantov (obzvlášť „nelegálnych“ migrantov) nemusia mať k preventívnym a vzdelávacím službám prístup.

Niekedy sú prekážky k prístupu k službám výsledkom osobných postojov a presvedčení. Napríklad si človek nemusí uvedomiť, že starostlivosť potrebuje a mylne si môže myslieť, že na ňu nemá právo, alebo nemusí dostupné zdravotné služby považovať za vhodný zdroj pomoci. Do určitej miery môžu byť tieto prekážky zredukované snahou zdravotného systému poskytnúť informácie, zlepšiť zdravotnú gramotnosť a prekonať neopodstatnenú nechuť vyhľadať pomoc.

## Aktivita 2. Videoprezentácia

**Popis:** Video prezentácia a skupinová diskusia o obsahu **Videa:** *T-SHaRe: Percorsi Salutari.* Krátka videospráva o workshope v Neapole z 4.1.2012 v rámci projektu T-SHaRe, financovaného Európskou úniou.

<https://www.youtube.com/watch?v=zXLqE9D5pZA&feature=youtu.be>

*Akonáhle budú identifikované prekážky, môžu byť prioritou v skupinovej diskusii a ponechané na stene ako neskoršia referencia pri sedení k Modulu 4, kedy budú pre opatrenia predstavené stratégie.*

# Prezentácia

Odstránenie právnych, štrukturálnych, jazykových a kultúrnych prekážok pri prístupe k zdravotnej starostlivosti je opísané ako etický imperatív.[[15]](#footnote-15) *Na detailnejší popis etických aspektov a deontologických princípov organizácií zdravotnej starostlivosti sú praktiky zdravotnej starostlivosti a zdravotného výskumu orientované smerom ku kultúrnej a etnickej diverzite viď Modul 4, Kapitola 1.*

Hlavné prekážky zistené pri prehľade európskej literatúry sú opísané nižšie.

## Snímok 6 Právne prekážky

Právne opatrenia týkajúce sa poskytovania zdravotných služieb migrantom a etnickým minoritám sa týkajú predovšetkým otázky *oprávnenia*: možností migrantov v rôznych kategóriách -legálni migranti, žiadatelia o azyl a „nelegálni“ migranti- participovať na národnom systéme pokrytia nákladov zdravotných služieb.

* *Legálni* migranti

Sú tí, ktorí získajú bežné víza alebo povolenie na prácu, štúdium, rodinné stretnutie alebo iné účely. Medzi legálnymi migrantmi, ktorí sú štátnymi príslušníkmi EÚ/EAA krajiny a „štátnymi príslušníkmi tretej krajiny“ je významný rozdiel. Oprávnenia, ktoré majú EÚ/EEA migranti v ich domovskej krajine sú automaticky prenosné do hosťujúcej krajiny, zatiaľ čo „štátni príslušníci tretích krajín“ musia byť buď prijatý do systému hosťujúcej krajiny alebo si zabezpečiť súkromné zdravotné poistenie. Pre „štátnych príslušníkov tretích krajín“ sa zložitosť a náklady na získanie vhodného poistenia v jednotlivých krajinách značne líšia.  Žiadatelia o azyl

Žiadateľom o azyl (ktorí sú počas doby spracovávania žiadosti v starostlivosti štátu), je poskytnutá zdravotná starostlivosť do určitej miery zadarmo. Smernica minimálnych štandardov EK z roku 2003 vyžaduje, aby členské štáty poskytli tejto skupine aspoň bezplatnú pohotovostnú starostlivosť a venovali zvláštnu pozornosť potrebám „zraniteľných“ žiadateľov o azyl. Avšak v rozsahu poskytovanej starostlivosti a podmienkach s ňou spojených existujú značné odlišnosti, napr. či je poskytovaná aj mimo centier žiadateľov o azyl. Prvotný prehľad pokrytia žiadateľov o azyl bol publikovaný z roku 2006.[[16]](#footnote-16)

* „Nelegálni” migranti

Najväčšie rozdiely v oprávneniach sa nachádzajú v tejto kategórii. Zatiaľ čo malé skupiny krajín umožňujú „nelegálnym“ migrantom prístup k rovnakému rozsahu služieb ako štátnym príslušníkom, väčšina krajín obmedzuje prístup na pohotovostné služby zatiaľ čo iné vyžadujú, aby „nelegálni“ migranti zaplatili aj za tieto služby. Vo veľkej miere je na mimovládnych organizáciách aby pre týchto migrantov zabezpečili nevyhnutné služby. Avšak mnohé krajiny aplikujú špeciálne opatrenia pre obzvlášť ohrozené skupiny ako ženy a deti, ľudí s tuberkulózou alebo HIV a obetiam mučenia alebo obchodu s ľuďmi.

Aj keď sú oprávnenia migrantov a etnických minorít záležitosťou národnej legislatívy je dôležité, aby boli o nich zdravotní pracovníci všetkých druhov a na všetkých úrovniach dobre informovaní. Z dvoch dôvodov musia vedieť aké má jedinec na zdravotnú starostlivosť práva: za prvé zabezpečiť, aby boli tieto práva rešpektované a za druhé plne pochopiť situáciu, v ktorej sa osoba nachádza a byť schopní primerane na ňu reagovať.

Okrem oprávnení existujú aj iné aspekty národnej legislatívy zdravotného systému, ktoré môžu migrantov a etnické minority ovplyvniť:

* Antidiskriminačná legislatíva môže ovplyvniť rovnosť poskytovania služieb do tej miery, či zahŕňa „inštitucionálnu“ alebo „nepriamu“ alebo len „individuálnu“ alebo „priamu“ diskrimináciu.
* Zákony o „informovanom súhlase“, ktoré vyžadujú, aby pacienti pochopili a súhlasili s ich liečbou: v niektorých prípadoch to tiež môže byť chápané ako potreba prekladateľa.
* Zákony môžu vyžadovať aby zdravotní pracovníci nahlásili „nelegálnych“ migrantov alebo im dokonca odmietli poskytnúť pomoc, čím by zabránili prístupu tejto skupiny k zdravotnej

starostlivosti.

* Niektoré krajiny majú zákony, ktoré ustanovujú, že zdravotná starostlivosť musí byť poskytnutá spôsobom, ktorý rešpektuje náboženské a kultúrne rozdiely a ktoré tým pádom realizujú „citlivosť na diverzitu“.
* Zbieranie údajov je niekedy tiež zákonom regulované.

## Snímok 7 Nedostatok informácií, nízka „zdravotná gramotnosť“

„Zdravotná gramotnosť“ je definovaná ako „úroveň na ktorej majú jednotlivci možnosť získať, spracovať a pochopiť základné zdravotné informácie potrebné pre správne zdravotné rozhodnutia a [prístup] k službám na prevenciu alebo liečenie choroby”.[[17]](#footnote-17) Nízka úroveň zdravotnej gramotnosti naznačuje nedostatok znalostí o zdraví, chorobách a systéme zdravotnej starostlivosti. To vedie k:

* Nerozoznaniu prepojenia medzi riskantným správaním sa a zdravím,
* Neschopnosti nájsť poskytovateľov a služby,
* Nerozumeniu významu tlačív, upozornení a brožúr,
* Neschopnosti vyplniť komplexné zdravotné tlačivá alebo objasniť poskytovateľom zdravotnú históriu.18

U všetkých migrantov sú obmedzené jazykové schopnosti a nedostatok poznatkov o pracovnom zdraví a bezpečnosti pri práci spojené s vyššou úrovňou rizika zranenia v práci, ktoré nebude nahlásené.19

 [[18]](#footnote-18)

Niekedy môžu byť nedostatočné jazykové schopnosti dôležitým faktorom, ktorý zabraňuje migrantom zlepšiť svoju zdravotnú gramotnosť. Avšak na migrantov je často nazerané ako na ľudí s „nízkou zdravotnou gramotnosťou“, aj keď koreňom problému môže byť jednoducho to, že im neboli poskytnuté adekvátne informácie. Tieto informácie sa musia týkať nasledovných otázok:

1. Oprávnenia a procedúry potrebné na ich uplatnenie.
2. Ako používať zdravotný systém (napr. kedy môže byť ošetrenie špecialistom využité priamo a kedy len prostredníctvom všeobecného lekára).
3. Starostlivosť o zdravie v konkrétnych podmienkach (život s cukrovkou, rakovinou, atď.).
4. Vzdelávanie a propagácia zdravia: ako rozpoznať problémy, kedy vyhľadať pomoc, ako sa starať o vlastné zdravie.

Informácie dostupné migrantom musia byť *cielené*: použitý jazyk, spôsob šírenia a obsah musia by prispôsobené tak, aby sa efektívne dostali k migrantom.[[19]](#footnote-19),[[20]](#footnote-20),[[21]](#footnote-21)

Poskytovatelia zdravotných služieb nemusia byť oboznámení s určitými lekárskymi procedúrami, ktoré môžu byť potrebné pre malú skupinku ako napr. defibulácia žien, ktoré podstúpili mrzačenie ženských pohlavných orgánov (FGM) alebo rezanie. Defibulácia je bežná procedúra v krajinách, kde je FGM široko rozšírené: ženy často podstupujú defibuláciu (alebo „otváranie“), keď sa zosobášia a/alebo sú tehotné. Po migrácii do krajín kde FGM nie je praktikované, nemusia mať ženy s FGM prístup k tejto procedúre z rôznych príčin a následne môžu mať pri pôrode problémy.23

## Snímok 8 Praktické prekážky

Typické praktické prekážky prístupu k zdravotným službám identifikované vo výskume sú:

* Geografické prekážky obzvlášť v populáciách žijúcich v izolovaných oblastiach s obmedzeným prístupom k zdravotným službám a tých, ktoré sú odkázané na verejnú dopravu aby sa dostali k službám, no nemôžu si ju dovoliť.[[22]](#footnote-22)
* Prevádzkové hodiny poskytovateľov zdravotnej starostlivosti často neberú do úvahy pracovné hodiny migrantov a etnických minorít, ktorí pracujú v neistom zamestnaní a môžu mať problémy dostať sa z práce, napr. strata platu za hodiny mimo pracoviska, konflikt s vedením, strata zamestnania.
* Príliš komplikované registračné procedúry a nedostatok potrebnej dokumentácie boli uvádzané ako vážne prekážky pri prístupe k zdravotným službám pre rómsku populáciu.[[23]](#footnote-23),[[24]](#footnote-24)
* Pre „nelegálnych“ migrantov môže byť návšteva poskytovateľa zdravotnej starostlivosti spojená s rizikom, že bude nahlásený príslušným orgánom. V niektorých krajinách sú zdravotní profesionáli povinní takýchto migrantov nahlásiť. A aj keď tomu tak nie je, pri absencii potvrdenia opaku môžu „nelegálni“ migranti predpokladať, že takéto riziko existuje.
* Aj keď majú „nelegálni“ migranti právo k (určitým formám) starostlivosti, zdravotní profesionáli si týchto práv nemusia byť vedomí alebo sa nemusia cítiť viazaní rešpektovať ich.
* Zadržaní migranti môžu čeliť prekážkam pri prístupe k zdravotným službám, keď ich potrebujú v dôsledku obmedzenej ponuky a dostupnosti poskytovateľov zdravotných služieb.[[25]](#footnote-25)
* Ďalším problémom prístupu je zvyšujúca sa fragmentácia špecializácie v systéme zdravotnej starostlivosti.[[26]](#footnote-26) Migranti a etnické minority môžu zápasiť s problémami pri orientovaní sa v systéme odporúčaní a stretnutí s niekoľkými poskytovateľmi na rôznych miestach.

## Snímok 9 Kultúrne prekážky

Za posledných 30 až 40 rokov boli „kultúrne rozdiely“ považované za hlavnú prekážku stojacu medzi migrantmi a etnickými minoritami a poskytovateľmi zdravotných služieb.[[27]](#footnote-27) Pri tejto konceptualizácii je „kultúra“ relatívne fixný a homogénny súbor charakteristík, ktoré so sebou prinášajú migranti ako batožinu zo svojej krajiny pôvodu. Jazyk, vierovyznanie, výživa, hygienické návyky a úlohy pohlaví sú typickými prvkami tejto „kultúrnej batožiny“. Od 90-tych rokov, bola pozornosť namiesto značkovania a stereotypizovania pacientov podľa jednoduchých konceptualizácií kultúry sústredená na diverzitu v kultúrach, premenlivej a mnoho vrstvovej povahe kultúry a interakcii migrantov s kultúrou hosťujúcej krajiny čo dáva vznik novým, „hybridným“ kultúram a identitám.

Kultúrne kompetencie a citlivosť voči diverzite môžu mať pozitívny dopad na nasledovné prekážky:

* Môžu sprostredkovať komunikáciu o rôznych pohľadoch na zdravie.
* Môžu pomôcť profesionálom prekonať hlboko zakorenené predsudky.
* Môžu pomôcť prekonať medzeru medzi veľmi rozdielnymi chápaniami zdravia a chorôb vo všeobecnosti ako aj povahu, prejavy, príčiny, dopady a sociálne významy konkrétnych chorôb.
* Môžu pomôcť zladiť protichodné očakávania o vhodnom správaní zdravotných profesionálov, pacientov a ich rodín.

## Snímok 10 Jazykové prekážky

Zlá komunikácia je v dôsledku jazykových bariér bežným a nákladným problémom, ktorý ovplyvňuje prístupnosť a kvalitu zdravotných služieb pre migrantov a etnické minority, čo vedie k zlým diagnózam, nedodržiavaniu terapie, horšej bezpečnosti pacienta a nižšej spokojnosti pacientov a poskytovateľov liečby.[[28]](#footnote-28)

Chápanie toho, čo je pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti povedané je často problematické aj keď pacient a zdravotný profesionál rozprávajú tým istým jazykom. Pre migrantov nemusí plynulé ovládanie reči hosťujúcej krajiny stačiť na efektívnu komunikáciu ich zdravotných problémov a pochopenie toho, čo sa im zdravotný profesionál snaží povedať. Aj keď naučenie sa jazyka ich hosťujúcej krajiny je na integráciu nevyhnutné a niektorí migranti s tým potrebujú pomôcť alebo povzbudiť, znalosť jazyka by nemala byť podmienkou pre prístup a získanie primeranej starostlivosti.

Čo sa týka duševných chorôb, ich rozpoznania, diagnostikovania a zvládnutia je vysoko závislé od jazykovej a kultúrnej kompetencie zdravotného sektora.[[29]](#footnote-29)

Napriek mnohým demonštráciám o potrebe a užitočnosti tlmočníkov a sprostredkovateľov zdravotnej starostlivosti ostávajú veľkým problémom financie, ktoré navyše ani sú dostatočne využité.[[30]](#footnote-30) Táto neochota môže mať niekoľko príčin:

* Ľudia majú často dojem, že sa chápu aj napriek tomu, že sa v skutočnosti nechápu;
* Význam dobrej komunikácie nemusí byť docenený;
* Praktické problémy zabezpečenia tlmočníka nemusia vykompenzovať pozitíva.

## Snímok 11 Diskriminácia a nedôvera

Podľa výskumu33,[[31]](#footnote-31) sú mnohí migranti a etnické minority pri svojej snahe dostať sa k zdravotným službám diskriminovaní. Správy o zamietnutí služby alebo sprístupnení obmedzených a niekedy aj menej kvalitných služieb pre určité skupiny sú bežné v niekoľkých krajinách s vysokým percentom Rómov.[[32]](#footnote-32)

Nedôvera voči zdravotným službám a profesionálom sa môže vyvinúť ako výsledok očakávaní diskriminácie a tým pádom fungovať aj ako odstrašujúci prostriedok hľadania ošetrenia ohrozenými skupinami. Dôvera je všeobecne uznávaná ako základ dobrej starostlivosti, ale na základe jazykových alebo kultúrnych rozdielov36 alebo aj hlbšie zakoreneného a dlhodobého nepriateľstva[[33]](#footnote-33) môže existovať aj *štruktúrny* a *všeobecný* nedostatok dôvery medzi migrantmi a etnickými minoritami a verejnými orgánmi.

Diskriminácia zdravotnými pracovníkmi a nedôvera zo strany užívateľov odrážajú nie ideálny vzťah medzi tými, ktorí v zdravotnom systéme pracujú a komunitami, ktorým slúžia.

## Snímok 12 Prekážky medzi zdravotným systémom a migrantmi alebo etnickými minoritami

V budúcnosti bude kladený dôraz na „účasť užívateľov“ v zdravotných službách.[[34]](#footnote-34) Existuje snaha o to, aby bol vzťah medzi zdravotnými službami a ich užívateľmi založený na partnerstve.

V snahe zlepšiť politiky a zvýšiť ich akceptovanie a efektívnosť by užívatelia mali prebrať aktívnu zodpovednosť za ich vlastné zdravie a ak ochorejú, mali by sa na liečbe aktívne podieľať. Okrem toho by na seba mali nazerať ako na „majiteľov“ samotného zdravotného systému. Na podporu tejto zmeny boli vytvorené „participačné priestory“, ktoré umožňujú užívateľom zúčastniť sa na navrhovaní a prevádzkovaní služieb.

Prekážky imunizácie mobilných komunít sú väčšinou neformálne, ako napr. nedostatok informácie alebo nedostatok dôvery voči orgánom. Členitosť zberu údajov je stále veľkým problémom, ktorý je treba riešiť.[[35]](#footnote-35)

Migranti a etnické minority sú obvykle nedostatočne zastúpené v týchto „participačných priestoroch“. Často váhajú, či sa zapojiť lebo aj keď sa zapoja, ich názor je často ignorovaný alebo neefektívny.40 Okrem toho je všeobecný prieskum vykonávaný „na“ nich, namiesto „s“ nimi, a opatrenia sú navrhnuté a implementované zhora.

## Aktivita 3. Nominálna skupina

**Popis:** Identifikovanie prekážok pre prístup migrantov a etnických minorít na Slovensku k zdravotnej starostlivosti.

**Čas:** 60 min.

Aktivita pozostáva z troch častí:

1. Prezentácia metodológieMetóda: Technika nominálnej skupiny.

Moderácia: 1-2 moderátori / skupina.

Materiály: Kartičky, fixky, flipchart, lepidlo (sprej), samolepiace bodky.

1. Identifikovanie a priorizácia stratégií na zlepšenie prístupu migrantov a etnických minorít v situácii sociálnej zraniteľnosti k zdravotným službám v malých skupinkách *(8-10 ľudí)* Technika:
* Účastníci spíšu 3 stratégie, ktoré identifikovali ako najrelevantnejšie na zlepšenie prístupu migrantov a etnických minorít v situácii sociálnej zraniteľnosti k zdravotným službám v ich regióne / krajine *(jedna myšlienka / kartička).*
* Moderátori pozbierajú kartičky, prečítajú ich a zoradia vymenované aspekty podľa témy na flipcharte.
* Účastníci sú zoradia stratégie podľa dôležitosti *(3 bodky / osoba).*
* Účastníci si zvoia hovorcu, ktorý najdôležitejšie aspekty celej skupiny zosumarizuje.

3. Zakončenie a skupinová diskusia

 Zakončenie: Hovorca každej malej skupinky poskytne zhrnutie výsledkov v troch vetách.

 Skupinová diskusia.

*Po skončení navrhujeme nechať flipchart na viditeľnom mieste pre referenciu v Module 4, kedy budú predstavené stratégie opatrení.*

**Snímok 14:** Poďakovanie a otázky

**Snímok 15:** Použitá literatúra.

## Odporúčaná literatúra

**Odporúčaná literatúra:**

* Mock-Muñoz de Luna C, Ingleby D, Graval E, Krasnik A. Súhrnná správa. MEM-TP, Školiace balíky pre zdravotných profesionálov na zlepšenie prístupu a kvality zdravotných služieb pre migrantov a etnické minority vrátane Rómov. Granada, Kodaň: Andalúzska škola verejného zdravia, Kodanská Univerzita, 2015a. Dostupné na: [http://www.mem-tp.org/pluginfile.php/619/mod\_resource/content/1/MEMTP\_Synthesis\_Report.pdf](http://www.mem-tp.org/pluginfile.php/619/mod_resource/content/1/MEM-TP_Synthesis_Report.pdf)
* Mock-Muñoz de Luna C, Ingleby D, Graval E, Krasnik A. Súhrnná správa. MEM-TP, Školiace balíky pre zdravotných profesionálov na zlepšenie prístupu a kvality zdravotných služieb pre migrantov a etnické minority vrátane Rómov. Granada, Kodaň: Andalúzska škola verejného zdravia, Kodanská Univerzita, 2015b. Dostupné na [http://www.mem-tp.org/pluginfile.php/620/mod\_resource/content/1/MEMTP\_Synthesis\_Report\_Appendices\_I-VI.pdf](http://www.mem-tp.org/pluginfile.php/620/mod_resource/content/1/MEM-TP_Synthesis_Report_Appendices_I-VI.pdf)

**Doplnková literatúra:**

* OSF, Základy otvorenej spoločnosti. Sprostredkovatelia rómskeho zdravia. Úspechy a výzvy. New York: OSF, 2011. http://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/roma-health-mediators20111022.pdf (prebrané: 5. marca 2015).
* OSF, Základy otvorenej spoločnosti. Sprostredkovanie rómskeho zdravia: Politika a programové príležitosti. New York: OSF, 2005. http://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/roma\_health\_mediators.pdf (prebrané: 5. marca 2015)
* Martin Y, Collet TH, Bodenmann P, Blum MR, Zimmerli L, Gaspoz JM, Battegay E, Cornuz J, Rodondi N. Horšia kvalita preventívnej starostlivosti u nútených migrantov v krajinách s univerzálnou zdravotnou starostlivosťou. Preventívna medicína 2014;59:19-24.
* Phillips AL, Kumar D, Patel S, Arya M. Používanie textových správ na zlepšenie komunikácie medzi doktorom a pacientom v rasových a etnických minoritách: Inovatívne riešenie na zvýšenie očkovania proti chrípke. Preventívna medicína 2014;69:117-119.
* Champion J, Harlin B, Collins JI. Gramotnosť o sexuálne nebezpečnom správaní sa a sexuálne prenosných chorobách u adolescentných žien v etnických minoritách. Aplikovaný výskum ošetrovateľstva 2013;26:204-209.
* Európske centrum pre práva Rómov (2006). Ambulancia nepríde. Hanebnosť zdravotnej starostlivosti o Rómov v Európe. Budapešť: Centrum pre práva Rómov.
* Kosa, K., Adany, R. (2007). Štúdium zraniteľných populácií: poznatky z rómskej minority. Epidemiológia 18: 290-9
* Fakty o verejnom zdraví. Vynechaní: Rómovia a prístup k zdravotnej starostlivosti vo východnej a juhovýchodnej Európe. Inštitút otvorenej spoločnosti, Program verejného zdravia, Projekt zdravia Rómov. (žiaden dátum)
* Ingleby, D. (2008). Nové pohľady na migráciu, etnicitu a schizofréniu. Willy Brandt séria pracovných štúdií v Medzinárodnej migrácii a etnických vzťahoch 1/08, IMER/MIM, Univerzita Malmö, Švédsko
* WHO (2006). Deviate fórum o riadení zdravotných systémov a účasti verejnosti, Kodaň: WHO miestny úrad pre Európu.
* F. Riccardo, M.G.Dente, M.Kojouharova, M.Fabiani, V.Alfonsi, A.Kurchatova, N.Vladimirova, S. Declich. Prístup migrantov k očkovaniu v stredozemných krajinách.

Zdravotná politika 2012; 105:17– 24.

* IHC (2011). Dopad komunikácie v zdravotnej starostlivosti. Dostupné na <http://bit.ly/1o6nHGi>
* Gushulak B, Pace P, Weekers J (2010). Migrácia a zdravie migrantov. V: Choroba a sociálne vylúčenie v európskom regióne WHO: odpoveď zdravotných systémov. Kodaň, WHO Miestny úrad pre Európu.
* Meeuwesen, L., et al (2012). Tlmočenie pri zdravotnej a sociálnej starostlivosti: politiky a opatrenia v piatich európskych krajinách. V D. Ingleby, A. Chiarenza, W. Devillé, & I. Kotsioni (Eds.), Nerovnosti v zdravotnej starostlivosti o migrantov a etnické minority (s. 158–70). Antverpy-Apeldoorn, Belgicko: Garant Publishers.
* Schaaf, M. (2007). Konfrontovanie skrytej choroby: Tuberkulóza v rómskych komunitách. Výskumná správa: Projekt zdravia Rómov, Inštitút otvorenej spoločnosti.
* Kingston. L., Cohen, E., Morley, C. (2010). Obmedzenia univerzálnosti: „právo na zdravie " a potreba legálnej národnosti. BMC Medzinárodné zdravie a ľudské práva, 10

(11).

* Kühlbrandt, C., Footman, K., Rechel, B., McKee, M. (2014). Prieskum stavu zdravotného poistenia Rómov v strednej a východnej Európe. Eur J Verejné zdravie;24(5):707-12.
* Jezuitské služby utečencom v Európe, (2010). Byť zraniteľný v zadržaní. Správa DEVAS projektu (spolufinancovaného EK, Európsky fond utečencov). Dostupné na <http://bit.ly/10OJo31>
* Mladovsky et al, (2012b). Odpoveď na diverzitu: prieskumná štúdia politík zdravia migrantov v Európe. Zdravotná politika, 105: 1-9.
* Ingleby, D. (2012).Úvod editora série. V: D. Ingleby, A. Chiarenza, W. Devillé & I. Kotsioni (Eds.) Nerovnosti v zdravotnej starostlivosti o migrantov a etnické minority. COST séria o zdraví a diverzite, zväzok II (s. 9-28). Antverpy/Apeldoorn: Garant.
* Ministerstvo zdravia a ľudských služieb USA (2013, december). O zdravotnej gramotnosti. Správa zdravotných zdrojov a služieb. Prebrané z <http://www.hrsa.gov/publichealth/healthliteracy/healthlitabout.html>
* Inštitút medicíny, (2004). Zdravotná gramotnosť: Predpis na ukončenie zmätku. Washington DC: Inštitút medicíny.
* Priebe. S. et al (2011). Dobré praktiky v zdravotnej starostlivosti o migrantov: pohľady a skúsenosti profesionálov zdravotnej starostlivosti v 16 európskych krajinách. BMC Verejné zdravie, 11:187.
* Mladovsky, P. et al (2012a). Dobré praktiky zdravia migrantov: Európske skúsenosti. Klinická medicína, zväzok 12, No. 3: 248-52.
* Netto, G., et al (2010). Ako môže byť propagácia opatrení prispôsobená pre minoritné etnické komunity? Päť princípov na riadenie opatrení rozvoja správania sa. Medzinárodná propagácia zdravia, 25: 248-57
* Norredam, M., Mygind, A & Krasnik, A. (2006). Prístup žiadateľov o azyl v Európskej Únii k zdravotnej starostlivosti - komparatívna štúdia politík jednotlivých krajín. Eur J Verejné zdravie 16(3): 285-289.
* Správa o zdraví Rómov. Európska komisia, Zdravie a spotrebitelia.

http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/roma-health-report-2014\_en.pdf (prebrané 25. novembra 2014)

* Gulliford, M. et al (2002). Čo znamená „prístup k zdravotnej starostlivosti“? Žurnál zdravotných služieb Výskum a Politika, 7(3), 186–188.
* Gimeno-Feliu, LA, Magallón-Botaya, R et al (2012). Rozdiely používania služieb základnej zdravotnej starostlivosti medzi pôvodným španielskym obyvateľstvom a imigrantmi. Zdravie imigračnej minority
* Nørredam, M., Nielsen, S.S., Krasnik, A. (2009). Využitie somatických zdravotných služieb migrantmi –systematický prehľad. Európsky žurnál verejného zdravia, zväzok 20 (5): 555-563.
* Nørredam, M. et al (2010a). Zvýšené používanie donucovacích opatrení v psychiatrii migrantov v porovnaní s pôvodným dánskym obyvateľstvom. Acta Psychiatrica Scandinavica, 121 (2): 143-151
* A.J.M. Waelput, P.W. Achterberg (2007). Etniciteit en zorg rondom zwangerschap en geboorte: een verkenning van Nederlands onderzoek. RIVM: Centrum Volksgezondheid Toekomst Verkenningen.
* Európska migračná sieť (2014). Prístup migrantov k sociálnemu zabezpečeniu a zdravotnej starostlivosti: politiky a praktiky. DG Domov, Európska komisia.
* Ingleby, D. (2012). Získanie zdravotnej gramotnosti ako morálna úloha. Medzinárodný žurnál migrácie, Zdravie a sociálna starostlivosť, 8(1), 22-32.
* Leye, E. (2006). Zdravotná starostlivosť v Európe o ženy s mrzačenými pohlavnými orgánmi. Medzinárodná zdravotná starostlivosť o ženy, 27:4. s. 362-378.
* Wild V. Spochybňovanie agendy bioetiky: Príklad imigrácie, zdravotnej starostlivosti a etiky. Fórum bioetiky 2011;4(2):64-65.

1. OSF, Základy otvorenej spoločnosti. Sprostredkovatelia rómskeho zdravia. Úspechy a výzvy. New York: OSF, 2011. http://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/roma-health-mediators-20111022.pdf (prebrané: 5. marca 2015). [↑](#footnote-ref-1)
2. OSF, Základy otvorenej spoločnosti. Sprostredkovanie rómskeho zdravia: Politika a programové príležitosti. New

York: OSF, 2005. http://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/roma\_health\_mediators.pdf (prebrané: 5. marca 2015) [↑](#footnote-ref-2)
3. Martin Y, Collet TH, Bodenmann P, Blum MR, Zimmerli L, Gaspoz JM, Battegay E, Cornuz J, Rodondi N. Horšia kvalita preventívnej starostlivosti u nútených migrantov v krajinách s univerzálnou zdravotnou starostlivosťou.

Preventívna medicína 2014;59:19-24. [↑](#footnote-ref-3)
4. Phillips AL, Kumar D, Patel S, Arya M. Používanie textových správ na zlepšenie komunikácie medzi doktorom a pacientom v rasových a etnických minoritách: Inovatívne riešenie na zvýšenie očkovanie proti chrípke. Preventívna medicína 2014;69:117-119. [↑](#footnote-ref-4)
5. Champion J, Harlin B, Collins JI. Rizikové sexuálne správanie sa o gramotnosť o sexuálne prenosných chorobách u adolescentných žien z etnických minorít. Aplikovaný ošetrovateľský výskum 2013;26:204-209. [↑](#footnote-ref-5)
6. Gimeno-Feliu, LA, Magallón-Botaya, R et al (2012). Rozdiely používania služieb základnej zdravotnej starostlivosti medzi pôvodným španielskym obyvateľstvom a imigrantmi. Zdravie imigračnej minority [↑](#footnote-ref-6)
7. Nørredam, M., Nielsen, S.S., Krasnik, A. (2009). Využitie somatických zdravotných služieb migrantmi –systematický prehľad. *Európsky žurnál verejného zdravia*, zväzok 20 (5): 555-563. [↑](#footnote-ref-7)
8. Nørredam, M. et al (2010a). Zvýšené používanie donucovacích opatrení v psychiatrii migrantov v porovnaní s pôvodným dánskym obyvateľstvom. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121 (2): 143-151 [↑](#footnote-ref-8)
9. Európska migračná sieť (2014). Prístup migrantov k sociálnemu zabezpečeniu a zdravotnej starostlivosti: politiky a praktiky. DG Domov, Európska Komisia. [↑](#footnote-ref-9)
10. *Mock-Muñoz de Luna C, Ingleby D, Graval E, Krasnik A. Súhrnná správa. MEM-TP, Školiace balíky pre zdravotných profesionálov na zlepšenie prístupu a kvality zdravotných služieb pre migrantov a etnické minority vrátane Rómov. Granada, Kodaň: Andalúzska škola verejného zdravia, Kodanská Univerzita, 2015*b. Dostupné na: [http://www.memtp.org/pluginfile.php/620/mod\_resource/content/1/MEM-](http://www.mem-tp.org/pluginfile.php/620/mod_resource/content/1/MEM-TP_Synthesis_Report_Appendices_I-VI.pdf)

[TP\_Synthesis\_Report\_Appendices\_I-VI.pdf](http://www.mem-tp.org/pluginfile.php/620/mod_resource/content/1/MEM-TP_Synthesis_Report_Appendices_I-VI.pdf) (prebrané 19. marca 2015) [↑](#footnote-ref-10)
11. Ingleby, D. (2012). Získanie zdravotnej gramotnosti ako morálna úloha. *Medzinárodný žurnál migrácie, Zdravie a sociálna starostlivosť,* 8(1), 22-32. [↑](#footnote-ref-11)
12. A.J.M. Waelput, P.W. Achterberg (2007). *Etniciteit en zorg rondom zwangerschap en geboorte: een verkenning van Nederlands onderzoek.* RIVM: Centrum Volksgezondheid Toekomst Verkenningen. [↑](#footnote-ref-12)
13. *Správa o zdraví Rómov*. Európska komisia, Zdravie a spotrebitelia.

http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/roma-health-report-2014\_en.pdf (prebrané 25. novembra 2014) [↑](#footnote-ref-13)
14. Gulliford, M. et al (2002). Čo znamená „prístup k zdravotnej starostlivosti“? *Žurnál zdravotných služieb Výskum & Politika*, *7*(3), 186–188. [↑](#footnote-ref-14)
15. Wild V. Spochybňovanie agendy bioetiky: Príklad imigrácie, zdravotnej starostlivosti a etiky. Fórum bioetiky 2011;4(2):64-65. [↑](#footnote-ref-15)
16. Norredam, M., Mygind, A & Krasnik, A. (2006). Prístup žiadateľov o azyl v Európskej únii k zdravotnej starostlivosti - komparatívna štúdia politík jednotlivých krajín. *Eur J Verejné zdravie* 16(3): 285-289. [↑](#footnote-ref-16)
17. Ministerstvo zdravia a ľudských služieb USA (2013, december). *O zdravotnej gramotnosti.* Správa zdravotných zdrojov a služieb. Prebrané [z http://www.hrsa.gov/publichealth/healthliteracy/healthlitabout.html](http://www.hrsa.gov/publichealth/healthliteracy/healthlitabout.html) 18 Inštitút medicíny, (2004). *Zdravotná gramotnosť: Predpis na ukončenie zmätku.* Washington DC: Inštitút medicíny. [↑](#footnote-ref-17)
18. Gushulak B, Pace P, Weekers J (2010). Migrácia a zdravie migrantov. V: *Choroba a sociálne vylúčenie v európskom regióne WHO: odpoveď zdravotných systémov.* Kodaň, WHO Miestny úrad pre Európu. [↑](#footnote-ref-18)
19. Priebe. S. et al (2011). Dobré praktiky v zdravotnej starostlivosti o migrantov: pohľady a skúsenosti profesionálov zdravotnej starostlivosti v 16 európskych krajinách. *BMC Verejné zdravie*, 11:187. [↑](#footnote-ref-19)
20. Mladovsky, P. et al (2012a). Dobré praktiky zdravia migrantov: Európske skúsenosti. *Klinická medicína*, zväzok 12, No. 3: 248-52. [↑](#footnote-ref-20)
21. Netto, G., et al (2010). Ako môže byť propagácia opatrení prispôsobená pre minoritné etnické komunity? Päť princípov na riadenie opatrení rozvoja správania sa. *Medzinárodná propagácia zdravia*, 25: 248-57 23 Leye, E. (2006). Zdravotná starostlivosť v Európe o ženy s mrzačenými pohlavnými orgánmi.

Medzinárodná *zdravotná starostlivosť o ženy*, 27:4. s. 362-378. [↑](#footnote-ref-21)
22. Schaaf, M. (2007). *Konfrontovanie skrytej choroby: Tuberkulóza v rómskych komunitách.* Výskumná správa:

Projekt zdravia Rómov, Inštitút otvorenej spoločnosti. [↑](#footnote-ref-22)
23. Kingston. L., Cohen, E., Morley, C. (2010). Obmedzenia univerzálnosti: „právo na zdravie " a potreba legálnej národnosti*. BMC Medzinárodné zdravie a ľudské práva*, 10 (11). [↑](#footnote-ref-23)
24. Kühlbrandt, C., Footman, K., Rechel, B., McKee, M. (2014). Prieskum stavu zdravotného poistenia Rómov v strednej a východnej Európe. *Eur J Verejné zdravie*;24(5):707-12. [↑](#footnote-ref-24)
25. Jezuitské služby utečencom v Európe, (2010). Byť zraniteľný v zadržaní. Správa DEVAS projektu

(spolufinancovaného EK, Európsky fond utečencov). Dostupné na <http://bit.ly/10OJo31> [↑](#footnote-ref-25)
26. Mladovsky et al, (2012b). Odpoveď na diverzitu: prieskumná štúdia politík zdravia migrantov v Európe. *Zdravotná politika*, 105: 1-9. [↑](#footnote-ref-26)
27. Ingleby, D. (2012).Úvod editora série. V: D. Ingleby, A. Chiarenza, W. Devillé & I. Kotsioni (Eds.) *Nerovnosti v zdravotnej starostlivosti o migrantov a etnické minority. COST séria o zdraví a diverzite, zväzok II* (s. 9-28).

Antverpy/Apeldoorn: Garant. [↑](#footnote-ref-27)
28. IHC (2011). *Dopad komunikácie v zdravotnej starostlivosti*. Dostupné n[a http://bit.ly/1o6nHGi](http://bit.ly/1o6nHGi)  [↑](#footnote-ref-28)
29. Gushulak B, Pace P, Weekers J (2010). Migrácia a zdravie migrantov. V: *Choroba a sociálne vylúčenie v európskom regióne WHO: odpoveď zdravotných systémov.* Kodaň, WHO Miestny úrad pre Európu. [↑](#footnote-ref-29)
30. Meeuwesen, L., et al (2012). Tlmočenie pri zdravotnej a sociálnej starostlivosti: politiky a opatrenia v piatich európskych krajinách. V D. Ingleby, A. Chiarenza, W. Devillé, & I. Kotsioni (Eds.), *Nerovnosti v zdravotnej starostlivosti o migrantov a etnické minority* (s. 158–70). Antverpy-Apeldoorn, Belgicko: Garant Publishers. 33 Európske centrum pre práva Rómov (2006). *Ambulancia nepríde. Hanebnosť zdravotnej starostlivosti o Rómov v Európe*. Budapešť: Centrum pre práva Rómov. [↑](#footnote-ref-30)
31. Kosa, K., Adany, R. (2007). Štúdium zraniteľných populácií: poznatky z rómskej minority. *Epidemiológia* 18: 290-9 [↑](#footnote-ref-31)
32. Fakty o verejnom zdraví. *Vynechaní: Rómovia a prístup k zdravotnej starostlivosti vo východnej a juhovýchodnej Európe*. Inštitút otvorenej spoločnosti, Program verejného zdravia, Projekt zdravia Rómov. (žiaden dátum) 36 Priebe et al (2011). [↑](#footnote-ref-32)
33. Ingleby, D. (2008). *Nové pohľady na migráciu, etnicitu a schizofréniu.* Willy Brandt séria pracovných štúdií v Medzinárodnej migrácii a etnických vzťahoch 1/08, IMER/MIM, Univerzita Malmö, Švédsko [↑](#footnote-ref-33)
34. WHO (2006). *Deviate fórum o riadení zdravotných systémov a účasti verejnosti,* Kodaň: WHO miestny úrad pre Európu. [↑](#footnote-ref-34)
35. F. Riccardo, M.G.Dente, M.Kojouharova, M.Fabiani, V.Alfonsi, A.Kurchatova, N.Vladimirova, S. Declich. Prístup migrantov k očkovaniu v stredozemných krajinách. Zdravotná politika 2012; 105:17– 24. 40 De Freitas, (2011). [↑](#footnote-ref-35)