–

Pachete de instruire pentru profesionistii din sanatate in vederea imbunatatirii accesului si calitatii serviciilor de sanatate pntru migranti si minoritati etnice, inclusiv populatia roma

MEM-TP

***MODULUL 2.***

***CUNOSTINTE DESPRE SANATATEA MINORITATILOR ETNICE***

***Unitatea 2. UTILIZAREA DE SERVICII DE INGRIJIRE A SANATATII DE CATRE MINORITĂȚILE ENTICE***

***Ghid***

*Elaborat de:*

*Olga Leralta, EASP*

*Andalusian School of Public Health*

*Adaptat de:*

*Adriana Galan*

*Institutul National de Sanatate Publica*

*Tradus de:*

*Silvia Teodorescu*

*Institutul National de Sanatate Publica*



© Uniunea Europeana, 2015

Pentru orice reproducere a informatiei text sau multimedia care nu intra sub incidenta siglei © Uniunii Europene, trebuie ceruta permisiunea in mod direct de la detinatorii de copyright.

© Ilustratiile de pe coperta: Observatorio de la Infancia de Andalucía, Escuela Andaluza de Salud Pública. Junta de Andalucía.



**Migrants & Ethnic Minorities Training Packages**



Finantat de catre Uniunea Europeana prin Programul UE de Sanatate (2008-2013) in cadrul contractului de servicii cu Agentia Executiva pentru Consumatori, Sanatate, Agricultura si Aliment (Chafea) care functioneaza sub mandatul Comisiei Europene. Constinutul acestui raport reprezinta punctele de vedere ale Scolii Andaluze de Sanatate Publica (EASP) si sunt numai responsabilitatea acesteia; nu poate reflecta in nici un fel punctele de vedere ale Comisiei Europene si/sau Chafea sau ale oricarui alt organism al Uniunii Europene. Comisia Europeana si/sau Chafea nu garanteaza acuratetea datelor incluse in acest raport, in consecinta nici nu accepta responsabilitatea utilizarii lor de catre terti.

**Unitatea 2. Utilizarea de servicii de ingrijire a sanatatii de catre minoritatile etnice**

**1. Obiective si Metode**

* 1. **Obiective**

**Obiectivele prezentarii**

* a identifica tendintele majore de utilizare a serviciilor de sanatate ale populatiei migrantilor si a minoritatilor etnice
* a descrie principalele bariere pentru accesul acestor populatii in conformitate cu literatura de specialitate

**Objectives of the Activities**

* Identificarea barierelor de acces la sanatate pentru minoritatile etnice din fiecare judet
  1. **Metode**

*Timpul estimat necesar pentru Modulul 2 este de 5 ore, aprox. 3 ore pentru Unitatea 1 si 2 ore pentru Unitatea 2. Materialele de instruire pentru fiecare unitate sunt compuse din prezentari, activitati si prelegeri recomandate.*

*Fiecare Unitate include una sau mai multe activitati. Din cauza timpului limitat, nu se vor putea face toate activitatile. Va recomandam sa selectati partile cele mai interesante din continutul prezentarii si al activitatilor si sa partajati timpul intre prezentari si activitati. Va sugeram sa lasati cam 50% din sesiune pentru activitati si discutii. Nu exista nici o activitate obligatorie in aceasta unitate, in afara de activitatea legata de continutul modulului suplimentar 2, dar va sugeram folosirea activitatilor propuse pentru a introduce o abordare pedagogica participativa.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Timp** | **Obiective** | **Activitati** | **Surse** |
| 30 minute | * a identifica tendintele majore de utilizare a serviciilor de sanatate a populatiei minoritatilor etnice. | Brainstorming:   * Prezentarea metodologiei * Brainstorming in plen * Prezentarea continutului (slide 3-4) si intrebari | Proiector, laptop, ecran. |
| 25 minute | * a descrie principalele bariere pentru accesul acestor populatii in conformitate cu literatura de specialitate | Prezentare (**slides 5-13**)  Intrebari si concluzii | Proiector, laptop, ecran. |
| 50 minute | * a identifica barierele de acces la sanatate pentru minoritatile etnice din fiecare judet. | Activitatea in trei parti:  • Prezentarea metodologiei  • 6 Grupuri mici: schimb de experiente in practica curenta  • plen: concluzii si discutii | Proiector, laptop, ecran. |

**Prezentare**

**Slide 1:** Titlu

**Slide 2:** Planul sesiunii

* Prezentare
  + Modele de utilizare a serviciilor de sanatate
  + Bariere in accesul la asistenta medicala
* Activitate: Lista principalelor bariere in accesul la servicii

**Slide 3: Modele de utilizare a serviciilor de sanatate**

Utilizarea serviciului este determinata atât de nevoie cat si de acces, si este imposibil sa se estimeze unul dintre acesti parametri fara al cunoaste pe cealalt. Datele cu privire la utilizarea serviciului arata de multe ori ca populatia de utilizatori de servicii nu reflecta compozitia populatiei pentru care serviciul ar trebui sa raspunda: in special, migrantii si minoritatile etnice sunt slab reprezentate.

In cazul populatiilor de migranti, o trecere in revista a bibliografiei stiintifice recente[[1]](#footnote-1),[[2]](#footnote-2),[[3]](#footnote-3),[[4]](#footnote-4),[[5]](#footnote-5) a declarat un acces mai scazut la serviciile de prevenire si promovare a sanatatii, in comparatie cu populatia generala. Mai multe informatii disponibile in modulul 4 Unitatea 3.

In multe cazuri, nu este posibil sa se determine daca diferentele de utilizare de servicii reflecta diferente de nevoi sau de acces de exemplu, mai multe studii raporteaza cresterea utilizarii serviciilor de medicina generala de catre pacientii minoritatilor etnice. Se intampla asta pentru ca astfel de pacienti au mai multe probleme de sanatate, sau pentru ca au un prag mai mic pentru care solicita ajutor? Sau este utilizarea crescuta din cauza "pacientilor care sprijina usa", care se intorc la GP, deoarece problema lor de sanatate nu a fost rezolvata? Orarul furnizorilor de asistenta medicala de multe ori nu reflecta orele de lucru ale migrantilor si ale minoritatilor etnice, care ocupa locuri de munca precare si s-ar putea confrunta cu probleme daca pleaca in timpul de lucru, de exemplu, pierderea salariului pentru orele plecate de la locul de munca, conflict cu managementul, sau chiar de a-si pierde locul de munca.

Datele reflecta tendinta crescuta in unele tari pentru minoritatile etnice de a folosi departamentele de urgenta. Alte studii arata utilizarea mai mica de servicii de asistenta medicala primara decât populatia nationala, pentru toate grupele de vârsta si indiferent de tara de origine[[6]](#footnote-6). Ar putea fi din cauza faptului ca aceste grupuri au mai multe bariere la accesul la asistenta medicala primara, astfel ca departamentul de urgente devine inlocuitor pentru medicul curant sau pentru centrul de sanatate comunitara. Sau ar putea fi din cauza ca nevoile lor de sanatate intr-adevar sunt mai acute - probabil ca urmare a acelorasi bariere de acces, ceea ce duce cautarea ajutorului doar atunci când nevoia devine coplesitoare[[7]](#footnote-7). Simptomele mai grave la primul contact pot fi gasite uneori, in alta parte, in alte servicii, ceea ce ofera o indicatie clara ca ceva este descurajant pentru oamenii care nu solicita ajutor atunci când problemele nu au devenit inca acute[[8]](#footnote-8).

**Slide 4:**

In ceea ce priveste minoritatile etnice, modelele de acces si utilizare a serviciilor de sanatate nu sunt omogene in populatiile de romi din cele 31 de tari, ceea ce implica un impact diferit asupra sanatatii si experientei de ingrijire a sanatatii romilor. Nivelul de marginalizare sau integrarea populatiilor rome pare a fi un factor crucial. Dovezile arata ca modelele de utilizare a ingrijirii sanatatii in randul romilor difera de populatia generala, de exemplu, niveluri mai ridicate de utilizare a serviciilor spitalicesti acute, poate ca urmare a nivelurilor scazute la accesul la asistenta medicala preventiva[[9]](#footnote-9).

**Slide 5: Bariere in accesul la asistenta medicala**

O definitie des folosita pentru accesul la serviciile de sanatate este dupa cum urmeaza[[10]](#footnote-10):

"Facilitarea accesului se refera la a ajuta oamenii pentru a comanda resursele adecvate de ingrijire a sanatatii, in scopul de a mentine sau a ameliora sanatatea lor". Accesibilitatea are mai multe dimensiuni (non-discriminare, accesibilitatea fizica, accesibilitate economica (accesibilitate) si accesibilitate la informatii). Dintre acestea, cea mai fundamentala este accesibilitatea economica sau accesibilitatea. Deoarece costurile de ingrijire a sanatatii pot fi extrem de mari, accesibilitatea depinde in principal de dreptul unei persoane de a fi "acoperita"/asigurata in ceea ce priveste ingrijirea sanatatii. Accesibilitatea este discutata de multe ori, sub titlul de "drept" sau "acoperire". Aceasta este, de obicei reglementata la nivel national, desi in unele tari guvernele regionale pot avea un cuvânt de spus in stabilirea regulilor. Excluderea, taxele suplimentare sau platile la punctul de furnizare de servicii (plati "din buzunar") afecteaza negativ accesul la asistenta medicala, in special pentru cei mai vulnerabili.

Preocuparile pentru acces la "servicii" de sanatate si nu doar la "ingrijirea" sanatatii. Prevenirea, depistarea, educatia pentru sanatate si promovare a sanatatii sunt servicii pentru intreaga populatie, nu doar pentru cei care au nevoie de ingrijire. In general, cetatenii (inclusiv minoritatile entice) au astfel de drepturi, dar unele grupuri de migranti (in special migranti "ilegali") nu-si pot permite sa utilizeze serviciile de prevenire si de educatie.

Uneori barierele la accesul la servicii rezulta din atitudinile sau convingerile proprii ale unei persoane. De exemplu, o persoana nu poate realiza ca are nevoie de ingrijire, ea ar putea crede in mod gresit ca nu are dreptul la aceasta, sau poate nu considera serviciile de sanatate ca surse adecvate de ajutor. Intr-o anumita masura, aceste obstacole pot fi reduse prin eforturi din partea sistemului de sanatate pentru a oferi informatii, pentru cresterea alfabetizarii in sanatate, iar rezultatul este depasirea reticentei nejustificate si cautarea asistentei.

Un alt studiu efectual de Institutul National de Sanatate Publica (INSP) din Romania in cadrul unui proiect finantat din granturi norvegiene a gasit ca, in ceea ce priveste asigurarea medicala, 37% nu au asigurare de sanatate, iar 7% nu cunosc daca au sau nu asigurare medicala (cel mai probabil nu au). Practic exista un procent ingrijorator al persoanelor care nu beneficiaza de asigurare medicala.[[11]](#footnote-11) Romii declara ca sunt inscrisi la medicul de familie in proportie de 81%, in timp ce 18% dintre romi declara ca nu au medic de familie. Aceste cifre sunt in discordanta cu procentul de 37% care au declarat ca nu au asigurare medicala. Printre cei inscrisi pe lista unui medic de familie desi nu beneficiaza de asigurare medicala ar putea fi femei gravide si lauze, persoane cu afectiuni incluse in programele nationale de sanatate  stabilite de Ministerul Sanatatii, pâna la vindecarea respectivei afectiuni.

**Slide 6: Motivele declarate ale neinscrierii la medicul de familie**

Acelasi studiu a aratat ca peste jumatate si anume 56% dintre romii neinscrisi la medicul de familie (116 persoane) afirma ca lipsa asigurarii de sanatate este motivul principal, 9% au fost plecati din tara iar 13% au neglijat sau nu au simtit nevoia.11

**Slide 7: Nevoi de sanatate nesatisfacute**

"Alfabetizarea legata de sanatate" este definita ca "gradul in care indivizii au capacitatea de a obtine, procesa si intelege informatiile de sanatate de baza necesare pentru a lua decizii de sanatate corespunzatoare si [de acces] servicii necesare pentru a preveni sau trata boli[[12]](#footnote-12)". Alfabetizarea slaba de sanatate presupune o lipsa de cunostinte despre sanatate, boala si sistemul de ingrijire a sanatatii. Aceasta duce la:

• Necunoasterea legaturii intre comportamente riscante si sanatate,

• A nu fi capabil sa localizeze furnizorii si servicii,

• Sa nu stie sensul formularelor de cerere, avize, si brosuri

• Sa nu fie capabil sa completeze formulare de sanatate complexe, sau de a impartasi istoricul medical cu furnizorii[[13]](#footnote-13).

Studiul INSP arata ca in ceea ce priveste proportia persoanelor care declara nevoia de servicii de sanatate care nu au fost indeplinite, 23% dintre romi declara ca au avut nevoie de servicii medicale dar nu au apelat la medicul de familie, dar 77% au spus ca nu au avut nevoie de medic. Comparând aceste date cu acelasi indicator ECHI raportat pentru populatia generala din România, se constata ca in anul 2013, doar 10.4% dintre români considera ca au avut nevoie de servicii de sanatate nesatisfacute. De aici rezulta nevoia unei mai bune informari a populatiei rome despre drepturile la sanatate de care beneficiaza toata populatia României si de necesitatea prezentarii la medic atunci când exista o problema de sanatate.11

**Slide 8: Bariere culturale**

In ultimii 30 sau 40 ani "diferentele culturale” au fost considerate a fi principalul obstacol care sta intre pacientii migranti si minoritatile etnice si furnizorii de servicii de sanatate[[14]](#footnote-14). In aceasta conceptualizare, "cultura" este un set relativ fix si omogen de caracteristici pe care migrantii le aduc cu ei, cum ar fi bagajele, din tara lor de origine. Limba, convingerile religioase, dieta, practicile de igiena si roluri de gen sunt elemente tipice acestui "bagaj cultural". Incepând cu anii 1990, mai degraba decât etichetarea si stereotipurile de pacienti in functie de conceptualizari simpliste de cultura, s-a atras atentia la diversitatea din cadrul culturilor, precum si la interactiunile migrantilor cu cultura tarii gazda - care genereaza, culturi noi "hibride" si noi identitati.

Competenta culturala sau sensibilitatea diversitatii poate avea un impact pozitiv asupra urmatoarelor bariere:

* Se poate facilita comunicarea cu privire la diferite cadre de referinta in ceea ce priveste sanatatea.
* Aceasta poate ajuta profesionistii sa depaseasca prejudecatile adânc inradacinate.
* Poate ajuta la reducerea decalajului intre intelegeri foarte diferite ale sanatatii si bolii, in general, precum si de natura, manifestarile, cauzele, efectele si semnificatiile sociale ale anumitor boli.

Aceasta poate ajuta la reconcilierea asteptarilor contradictorii cu privire la un comportament adecvat pentru profesionistii din sanatate si pacienti si familiile lor.

**Slide 9: Bariere lingvistice**

Lipsa de comunicare din cauza barierelor lingvistice este o problema comuna si costisitoare care afecteaza accesibilitatea si calitatea serviciilor medicale pentru migrantii si minoritatile etnice, ceea ce duce la diagnostice gresite, lipsa de complianta la terapii, siguranta scazuta a pacientilor si satisfactie scazuta la tratament atat la pacienti cat si la furnizori[[15]](#footnote-15).

Intelegerea a ceea ce se spune in cadrul serviciilor de sanatate este adesea o provocare chiar si atunci când pacientul si profesionistul din sanatate vorbesc aceeasi limba. Pentru migranti, fluenta in limba tarii gazda nu poate fi suficienta pentru a comunica in mod eficient problema de sanatate sau sa inteleaga ce spune profesionistul din sanatate. Desi invatarea limbii tarii gazda este esentiala pentru integrare si unii migranti ar putea avea nevoie de ajutor sau incurajare pentru a face acest lucru, competenta in limba nu ar trebui sa fie o conditie prealabila pentru accesarea si primirea de ingrijire adecvata.

In ceea ce priveste bolile mintale, recunoasterea, diagnosticul si managementul este foarte dependent de competenta lingvistica si culturala a sectorului sanatatii[[16]](#footnote-16).

In ciuda numeroaselor demonstratii despre necesitatea si utilitatea interpretilor si mediatorilor sanitari, costul este o problema majora si nu este utilizat eficient[[17]](#footnote-17). Aceasta reticenta poate avea un numar de cauze:

• Oamenii au adesea iluzia de a se intelege reciproc atunci când, de fapt, ei nu inteleg,

• Importanta bunei comunicari nu poate fi apreciata;

• problemele practice de formare a unui interpret pot fi considerate mai mari decât avantajele.

**Slide 10: Discriminare si neincredere**

Multi migranti si minoritati etnice experimenteaza discriminarea in incercarea de a accesa serviciile de sanatate, conform cercetarilor[[18]](#footnote-18),[[19]](#footnote-19). Rapoarte de negare a serviciilor, sau punerea la dispozitia unei game limitate si uneori inferioare de servicii pentru anumite grupuri, sunt comune intr-un numar de tari cu procente ridicate de romi[[20]](#footnote-20).

Neincrederea in serviciile de sanatate si profesionisti se poate dezvolta ca urmare a asteptarilor de discriminare, si, prin urmare, actioneaza ca un factor de descurajare in a solicita tratament pentru grupurile vulnerabile. Increderea este recunoscuta ca fiind esentiala pentru o ingrijire buna, dar poate exista o lipsa structurala, general, de neincredere intre migranti si minoritati etnice si autoritatile publice, pe baza diferentelor lingvistice sau culturale[[21]](#footnote-21) sau antagonisme inradacinate adânc si de lunga durata[[22]](#footnote-22).

Ambele, discriminarea lucratorilor din domeniul sanatatii si neincrederea din partea utilizatorilor reflecta o relatie mai putin eficace intre cei care lucreaza in sistemul de sanatate si comunitatile pe care le deservesc.

**Slide 11: Barierele dintre sistemul de sanatate si comunitatile minoritare etnice**

O valoare din ce in ce mai mare se pune pe "participarea utilizatorilor" in serviciile de sanatate[[23]](#footnote-23). Exista o tendinta de a face relatia dintre serviciile de sanatate si utilizatorii lor o relatie de parteneriat. Pentru a imbunatati politicile si de a creste acceptarea si eficacitatea acestora, utilizatorii ar trebui sa isi asume responsabilitatea activ pentru propria sanatate, iar atunci când acestia devin bolnavi ar trebui sa contribuie in mod activ la tratamentul lor. In plus, acestia ar trebui sa sa se gândeasca la ei insisi ca "proprietari" ai sistemului de sanatate in sine. Pentru a promova aceasta schimbare, "spatiile de participare" au fost create pentru a permite utilizatorilor de servicii de a contribui la proiectarea si functionarea serviciilor.

Bariere in calea imunizarii comunitatilor mobile sunt in mare parte informale, cum ar fi lipsa de informare si lipsa de incredere in autoritati. Dezagregarea colectarii datelor este inca o problema majora care trebuie sa fie abordata[[24]](#footnote-24).

Cu toate acestea, minoritatile etnice sunt de obicei slab reprezentate in aceste "spatii de participare”. Ei sunt adesea reticenti sa se alature, iar atunci cand o fac vocea lor tinde sa fie ignorata sau ineficienta[[25]](#footnote-25). In plus, in general, cercetarea se desfasoara "pe" ei in loc de "cu" ei, iar interventiile sunt concepute si puse in aplicare de sus.

**Activitate**

**Activitatea 1: Principalele bariere in accesul la servicii**

**Slide 12: A**ctivitatea consta in:

1. Se va lucra in 6 grupuri (5-6 persoane) pe fiecare jude**t**
2. Se vor discuta barierele in accesul la sistemul de sanatate intalnite in practica curenta

**Slide 13:** Multumiri/intrebari.

**Slide 14:** Referinte bibliografice

**Bibliografie**

**Bibliografie recomandata:**

* Mock-Muñoz de Luna C, Ingleby D, Graval E, Krasnik A. Synthesis Report. MEM-TP, Training packages for health professionals to improve access and quality of health services for migrants and ethnic minorities, including the Roma. Granada, Copenhagen: Andalusian School of Public Health, University of Copenhagen, 2015. Available at: <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. Appendix IV Utilisation of health services, barriers to access and good practices to address them. MEM-TP, Training packages for health professionals to improve access and quality of health services for migrants and ethnic minorities, including the Roma. Granada, Copenhagen: Andalusian School of Public Health, University of Copenhagen, 2015b. Available at <http://www.mem-tp.org/pluginfile.php/620/mod_resource/content/1/MEM-TP_Synthesis_Report_Appendices_I-VI.pdf>

**Bibliografie suplimentara:**

OSF, Open Society Foundations. Roma Health Mediators. Successes and challenges. New York: OSF, 2011. http://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/roma-health-mediators-20111022.pdf (retrieved: March 5, 2015).

OSF, Open Society Foundations. Mediating Romani Health: Policy and Program Opportunities. New York: OSF, 2005. http://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/roma\_health\_mediators.pdf (retrieved: March 5, 2015)

Martin Y, Collet TH, Bodenmann P, Blum MR, Zimmerli L, Gaspoz JM, Battegay E, Cornuz J, Rodondi N. The lower quality of preventive care among forced migrants in a country with universal healthcare coverage. Preventive Medicine 2014;59:19-24.

Phillips AL, Kumar D, Patel S, Arya M. Using text messages to improve patient-doctor communication amogn racial and ethnic minority adults: An innovative solution to increase influenza vaccinations. Preventive Medicine 2014;69:117-119.

Champion J, Harlin B, Collins JI. Sexual risk behavior and STI health literacy among ethnic minority adolescent women. Applied Nursing research 2013;26:204-209.

European Roma Rights Centre (2006). *Ambulance not on the way. The disgrace of health care for Roma in Europe*. Budapest: Roma Rights Centre.

Kosa, K., Adany, R. (2007). Studying vulnerable populations: lessons from the Roma minority. *Epidemiology* 18: 290-9

Public Health Fact Sheet. *Left Out: Roma and access to health care in Eastern and South Eastern Europe*. Open Society Institute, Public Health Program, Roma Health Project. (no date)

Ingleby, D. (2008). *New perspectives on migration, ethnicity and schizophrenia.* Willy Brandt Series of Working Papers in International Migration and Ethnic Relations 1/08, IMER/MIM, Malmö University, Sweden

WHO (2006). *Ninth futures forum on health systems governance and public participation,* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

IHC (2011). *Impact of Communication in Healthcare*. Available at <http://bit.ly/1o6nHGi>

Schaaf, M. (2007). *Confronting a hidden disease: TB in Roma Communities*. Research report: Roma Health Project, Open Society Institute.

Kingston. L., Cohen, E., Morley, C. (2010). **Limitations on universality: the "right to health" and the necessity of legal nationality. BMC International Health and Human Rights, 10 (11).**

Kühlbrandt, C., Footman, K., Rechel, B., McKee, M. (2014). An examination of Roma health insurance status in Central and Eastern Europe. *Eur J Public Health*;24(5):707-12.

* Ingleby, D. (2012). Introduction by series editor. In: D. Ingleby, A. Chiarenza, W. Devillé & I. Kotsioni (Eds.) *Inequalities in Health Care for Migrants and Ethnic Minorities. COST Series on Health and Diversity, Volume II* (pp. 9-28). Antwerp/Apeldoorn: Garant.
* Netto, G., et al (2010). How can health promotion interventions be adapted for minority ethnic communities? Five principles for guiding the development of behavioural interventions. *Health Promotion Internationa*l, 25: 248-57
* Norredam, M., Mygind, A & Krasnik, A. (2006). [Access to health care for asylum seekers in the European Union — a comparative study of country policies.](http://members.costadapt.eu/images/b/be/Norre.pdf) *Eur J Public Health* 16(3): 285-289.

*Roma Health Report*. European Commission, Health and Consumers. http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/roma-health-report-2014\_en.pdf (accessed on 25th of November, 2014)

* Gulliford, M. et al (2002). What does “access to health care” mean? *Journal of Health Services Research & Policy*, *7*(3), 186–188.
* Ingleby, D. (2012). Acquiring health literacy as a moral task. *International Journal of Migration, Health and Social Care,* 8(1), 22-32.

1. OSF, Open Society Foundations. Roma Health Mediators. Successes and challenges. New York: OSF, 2011. http://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/roma-health-mediators-20111022.pdf (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-1)
2. OSF, Open Society Foundations. Mediating Romani Health: Policy and Program Opportunities. New York: OSF, 2005. http://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/roma\_health\_mediators.pdf (retrieved: March 5, 2015) [↑](#footnote-ref-2)
3. Martin Y, Collet TH, Bodenmann P, Blum MR, Zimmerli L, Gaspoz JM, Battegay E, Cornuz J, Rodondi N. The lower quality of preventive care among forced migrants in a country with universal healthcare coverage. Preventive Medicine 2014;59:19-24. [↑](#footnote-ref-3)
4. Phillips AL, Kumar D, Patel S, Arya M. Using text messages to improve patient-doctor communication amogn racial and ethnic minority adults: An innovative solution to increase influenza vaccinations. Preventive Medicine 2014;69:117-119 [↑](#footnote-ref-4)
5. Champion J, Harlin B, Collins JI. Sexual risk behavior and STI health literacy among ethnic minority adolescent women. Applied Nursing research 2013;26:204-209. [↑](#footnote-ref-5)
6. Gimeno-Feliu, LA, Magallón-Botaya, R et al (2012). Differences in the use os primary care services between spanish National and Inmigrant patients. Inmigrant Minority Health [↑](#footnote-ref-6)
7. Nørredam, M., Nielsen, S.S., Krasnik, A. (2009). Migrants' utilisation of somatic health care services – a systematic review. *European Journal for Public Health*, Vol. 20 (5): 555-563. [↑](#footnote-ref-7)
8. Nørredam, M. et al (2010a). Excess use of coercive measures in psychiatry among migrants compared with native Danes. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121 (2): 143-151 [↑](#footnote-ref-8)
9. *Roma Health Report*. European Commission, Health and Consumers. http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/roma-health-report-2014\_en.pdf (accessed on 25th of November, 2014) [↑](#footnote-ref-9)
10. Gulliford, M. et al (2002). What does “access to health care” mean? *Journal of Health Services Research & Policy*, *7*(3), 186–188. [↑](#footnote-ref-10)
11. INSP Romania – Institutul National de Sanatate Publica. Evaluare de nevoi si comportamente la risc pentru sanatate in 45 de comunitati de romi,Raport de cercetare realizat în cadrul proiectului ”Întărirea Reţelei Naţionale de mediatori Romi pentru îmbunătăţirea stării de sănătate a populaţiei rome”, finanţat prin Grant Norvegian 2009-2014, Bucuresti 2015 <http://www.reteaua-amc.ro/wp-content/uploads/2015/08/Raport-cercetare-roma-2.pdf> (retrieved August, 20, 2015) [↑](#footnote-ref-11)
12. U.S. Department of Health and Human Services (2013, December). *About Health Literacy.* Health Resources and Services Administration. Retrieved from

    <http://www.hrsa.gov/publichealth/healthliteracy/healthlitabout.html> [↑](#footnote-ref-12)
13. Institute of Medicine, (2004). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion.* Washington DC: Institute of Medicine. [↑](#footnote-ref-13)
14. Ingleby, D. (2012). Introduction by series editor. In: D. Ingleby, A. Chiarenza, W. Devillé & I. Kotsioni (Eds.)  *Inequalities in Health Care for Migrants and Ethnic Minorities. COST Series on Health and Diversity, Volume II* (pp. 9-28). Antwerp/Apeldoorn: Garant [↑](#footnote-ref-14)
15. IHC (2011). *Impact of Communication in Healthcare*. Available at <http://bit.ly/1o6nHGi> [↑](#footnote-ref-15)
16. Gushulak B, Pace P, Weekers J (2010). Migration and health of migrants. In: *Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. [↑](#footnote-ref-16)
17. Meeuwesen, L., et al (2012). Interpreting in health and social care: policies and interventions in five European countries. In D. Ingleby, A. Chiarenza, W. Devillé, & I. Kotsioni (Eds.), *Inequalities in health care for migrants and ethnic minorities* (pp. 158–70). Antwerp-Apeldoorn, Belgium: Garant Publishers. [↑](#footnote-ref-17)
18. European Roma Rights Centre (2006). *Ambulance not on the way. The disgrace of health care for Roma in Europe*. Budapest: Roma Rights Centre. [↑](#footnote-ref-18)
19. Kosa, K., Adany, R. (2007). Studying vulnerable populations: lessons from the Roma minority. *Epidemiology* 18: 290-9 [↑](#footnote-ref-19)
20. Public Health Fact Sheet. *Left Out: Roma and access to health care in Eastern and South Eastern Europe*. Open Society Institute, Public Health Program, Roma Health Project. (no date) [↑](#footnote-ref-20)
21. Priebe et al (2011). [↑](#footnote-ref-21)
22. Ingleby, D. (2008). *New perspectives on migration, ethnicity and schizophrenia.* Willy Brandt Series of Working Papers in International Migration and Ethnic Relations 1/08, IMER/MIM, Malmö University, Sweden [↑](#footnote-ref-22)
23. WHO (2006). *Ninth futures forum on health systems governance and public participation,* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

    [↑](#footnote-ref-23)
24. F. Riccardo, M.G.Dente, M.Kojouharova, M.Fabiani, V.Alfonsi, A.Kurchatova, N.Vladimirova, S. Declich. Migrant’s access to immunization in Mediterranean Countries. Health Policy 2012; 105:17– 24. [↑](#footnote-ref-24)
25. De Freitas, (2011).   [↑](#footnote-ref-25)