

Training packages for health professionals to improve access and quality of health services for migrants and ethnic minorities, including the Roma

MEM-TP

***MODUŁ 4***

***STOSOWANIE WIEDZY***

***CZĘŚĆ 1: STRATEGIE I PROCEDURY W OPIECE ZDROWOTNEJ NAKIEROWANEJ NA LUDZI UWZGLĘDNIAJĄCEJ RÓŻNORODNOŚĆ KULTUROWĄ***

***I ETNICZNĄ***

***Wytyczne dla prowadzących***

*Przygotowanie:*

*Amets Suess*

*Andalusian School of Public Health*

*Tłumaczenie:*

*Katarzyna Kujawska*

© European Union, 2015

For any reproduction of textual and multimedia information which are not under the © of the European Union, permission must be sought directly from the copyright holders.

© Cover Illustrations: Observatorio de la Infancia de Andalucía, Escuela Andaluza de Salud Pública. Junta de Andalucía.



**Migrants & Ethnic Minorities Training Packages**



Funded by the European Union in the framework of the EU Health Programme (2008-2013) in the frame of a service contract with the Consumer, Health, Agriculture and Food Executive Agency (Chafea) acting under the mandate from the European Commission. The content of this report represents the views of the Andalusian School of Public Health (EASP) and is its sole responsibility; it can in no way be taken to reflect the views of the European Commission and/or Chafea or any other body in the European Union. The European Commission and/or Chafea do not guarantee the accuracy of the data included in this report, nor do they accept responsibility for any use made by third parties thereof.

**Moduł 4, Stosowanie wiedzy**

**Część 1: Strategie i procedury w opiece zdrowotnej nakierowanej na ludzi uwzględniającej różnorodność kulturową i etniczną**

1. **Cele i metody**
   1. **Cele**

**Cele prezentacji**

* Wprowadzenie koncepcji “opieki zdrowotnej zorientowanej na ludzi” i  jej zastosowanie w zakresie opieki zdrowotnej dla migrantów i mniejszości etnicznych.
* Zaprezentowanie różnych modeli opieki zdrowotnej dla migrantów i mniejszości etnicznych, włącznie z  modelem “opieki zdrowotnej wrażliwej na różnorodność i  zorientowanej na ludzi”/“opieki zdrowotnej nakierowanej na ludzi uwzględniającej różnorodność kulturową i etniczną”.
* Wprowadzenie powiązanych obszarów ramowych, takich jak Prawa Człowieka, społeczne determinanty modeli opieki zdrowotnej, podejście oparte na partycypacji społecznej jak i model etyki międzykulturowej.

**Cele ćwiczeń**

* Refleksja na temat możliwości i ograniczeń różnych modeli usług z zakresu opieki zdrowotnej i  polityki zdrowotnej adresowanej do migrantów i mniejszości etnicznych oraz ich zastosowań do własnego kontekstu zawodowego
  1. **Metody**

*Czas przewidziany na Moduł 4 wynosi 5 godzin, około 50 minut na każdą Część. Materiały szkoleniowe dla każdej Części składają się z prezentacji, ćwiczeń, pokazów filmów wideo oraz zalecanego /uzupełniającego materiału do czytania oraz materiałów audiowizualnych.*

*Każda Część zawiera jedno lub większą liczbę ćwiczeń. Z uwagi na ograniczenia czasowe nie będziesz mieć możliwości przeprowadzenia wszystkich ćwiczeń. Zalecamy wybór treści prezentacji i ćwiczeń, które uważasz za najbardziej interesujące oraz przydzielenie czasu na prezentacje i ćwiczenia. Sugerujemy, by zarezerwować wystarczającą ilość czasu na ćwiczenia i dyskusje, około 50% sesji.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Czas** | **Cele** | **Rodzaj aktywności** | **Pomoce dydaktyczne i źródła** |
| 20 minut | * Refleksja na temat możliwości i ograniczeń różnych modeli usług z zakresu opieki zdrowotnej i polityki zdrowotnej adresowanej do migrantów i mniejszości etnicznych oraz ich zastosowań do własnego kontekstu zawodowego | **Ćwiczenie** składa się z trzech części:   * Prezentacja metodyki * Pokaz filmu wideo * Dyskusja   *(Slajdy 3-4)* | Projektor, laptop, ekran.  Pokaz filmu wideo: *“Dwa niebieskie krokodyle i luka w systemie”.* |
| 30 minut | * Wprowadzenie koncepcji “opieki zdrowotnej zorientowanej na ludzi” i jej zastosowanie w zakresie opieki zdrowotnej dla migrantów i mniejszości etnicznych * Zaprezentowanie różnych modeli opieki zdrowotnej dla migrantów i mniejszości etnicznych, włącznie z modelem “opieki zdrowotnej wrażliwej na różnorodność i zorientowanej na ludzi” / “opieki zdrowotnej zorientowanej na ludzi nakierowanej na różnorodność kulturową i etniczną” * Wprowadzenie powiązanych obszarów ramowych, takich jak Prawa Człowieka, społeczne determinanty modeli opieki zdrowotnej, podejście oparte na partycypacji społecznej jak i model etyki międzykulturowej | **Prezentacja** “Strategie i procedury w opiece zdrowotnej nakierowanej na ludzi uwzględniającej różnorodność kulturową i etniczną” oraz pytania  *(Slajdy 5-32)* | Projektor, laptop, ekran.  M4\_U1\_Prezentacja  M4\_U1\_DodatkowyMateriał |

**2. Prezentacja**

**Slajd 1:**Strona tytułowa

**Slajd 2:**Zarys sesji

**3. Ćwiczenie**

**Pokaz filmu wideo i Dyskusja Grupowa**

**Slajd 3:** Ćwiczenie składa się z trzech części:

1. **Prezentacja metodyki** *(w całej grupie)*
2. **Pokaz filmu wideo** *(w całej grupie)*

Pokaz filmu wideo: *“Dwa niebieskie krokodyle i luka w systemie”.*

Wyprodukowany przez: IGIV, Implementation Guidelines for Intersectional Peer Violence Preventive Work, Education and Culture Lifelong Learning Programme, 2011.

<https://www.youtube.com/watch?v=byRjVKsM14Q>

*(również dostępny w językach: niemieckim, francuskim, słoweńskim i włoskim na:*

[*http://igiv.dissens.de/index.php?id=105*](http://igiv.dissens.de/index.php?id=105)*).*

1. **Dyskusja Grupowa** *(w całej grupie)*

**Slajd 4:** Po pokazie wideo proponowana jest dyskusja grupowa (w całej grupie), obejmująca następujące pytania:

* Czy sytuacja opisana w filmie wideo mogłaby zdarzyć się w Twoim własnym kraju / kontekście regionalnym?
* Jakie korzyści i ograniczenia można wskazać a) w obszarze świadczeń opieki zdrowotnej zróżnicowanych ze względu na specyfikę kultury/grupy etnicznej, b) w samo-organizacji świadczeń dla danej grupy, wreszcie c) w świadczeniach zdrowotnych uwzględniających różnorodność kulturową i etniczną i zmniejszanie różnic zdrowotnych?
* Czy korzystne byłoby zastosowanie modelu mieszanego?
* Jaki model wydaje Ci się najbardziej odpowiedni w Twoim kraju/kontekście regionalnym? Jakie adaptacje byłyby konieczne do jego wdrożenia?

**4. Prezentacja**

**Slajd 5:** W  opublikowanym przez Światową Organizację Zdrowia – Biuro Regionu Zachodniego Pacyfiku (WHO-WPRO) dokumencie[[1]](#footnote-1), ***“Opieka Zdrowotna Ukierunkowana Na Ludzi”*** jest definiowana następująco: *“Ogólna wizja opieki zdrowotnej zorientowanej na ludzi to taka, w której pojedyncze osoby, rodziny i społeczności są obsługiwane przez zaufane systemy opieki zdrowotnej, które odpowiadają na ich potrzeby w sposób ludzki i kompleksowy i w których mają możliwość uczestnictwa. System opieki zdrowotnej jest zaprojektowany dla potrzeb interesariuszy i umożliwia poszczególnym osobom, rodzinom i społecznościom współpracę z personelem medycznym i organizacjami opieki zdrowotnej w  sektorach opieki zdrowotnej -publicznych, prywatnych i non-profit - oraz powiązanych sektorach - stymulując poprawę jakości opieki zdrowotnej i jej zdolności do reagowania na potrzeby ludzi. Opieka zdrowotna nakierowana na ludzi ma swoje korzenie w uniwersalnych wartościach i zasadach, które są wbudowane w prawo międzynarodowe, takie jak prawa człowieka i godność ludzka, brak dyskryminacji, uczestniczenie i wzmocnienie pozycji ludzi, dostęp do opieki i sprawiedliwość oraz partnerstwo równych stron.”*

**Slajd 6:** Wnajnowszejliteraturze stosowane są **różne terminy**, między nimi *“opieka zdrowotna ukierunkowana na człowieka”, “opieka zdrowotna ukierunkowana na pacjenta ”* lub *“opieka zdrowotna ukierunkowana na ludzi ”.* W tej prezentacji wybrano termin *“opieka zdrowotna ukierunkowana na ludzi ”*, ponieważ jest uważany za termin najbardziej włączający.

**Slajd 7:** We wspomnianym dokumencieWHO-WPRO[[2]](#footnote-2) identyfikuje następujące **ważne aspekty opieki zdrowotnej zorientowanej na ludzi:** 1. Kulturę opieki i komunikacji, włącznie ze świadomym podejmowaniem decyzji, szacunkiem dla prywatności i godności oraz odpowiadaniem na potrzeby pacjentów w sposób holistyczny, 2. Prowadzenie usług odpowiedzialnych, reagujących i rozliczanych z wyników na podstawie zasad dostępności, przystępności i etyki, oraz 3. Stworzenie środowiska wspierającego opiekę zdrowotną, włącznie z silnym sektorem podstawowej opieki zdrowotnej i zaangażowaniem interesariuszy w planowanie opieki zdrowotnej, opracowanie polityki zdrowotnej i poprawę jakości jej świadczenia.

**Slajd 8:** W tym samymdokumencie[[3]](#footnote-3) podkreślone są następujące domeny rozwoju w zakresie opieki zdrowotnej zorientowanej na ludzi: 1. Jednostki, rodziny i społeczności, ze szczególną uwagą skierowaną na podniesienie kompetencji zdrowotnych, uczestnictwo w podejmowaniu decyzji we własnym procesie leczniczym, umiejętności samodzielnego zarządzania własnym zdrowiem i samodzielnego troszczenia się o nie, jak i partycypacja społeczna, 2. Personel medyczny, z naciskiem na kompleksową opiekę i jakość, bezpieczne i etyczne usługi, 3. Organizacja opieki zdrowotnej ze szczególną uwagą poświęconą promowaniu wygodnego otoczenia, koordynacji, zespołów multi-dyscyplinarnych, edukacji pacjenta, standardom jakości, usługom bezpiecznym i etycznym, modelom opieki i przywództwa, 4. System opieki zdrowotnej mający na celu wzmocnienie podstawowej opieki zdrowotnej, poprawa dostępu do opieki zdrowotnej, budowanie silnej bazy dokumentacyjnej, osiągnięcie zastosowania racjonalnej technologii i rozliczania z wyników oraz ustalanie standardów i monitorowanie jakości opieki zdrowotnej.

**Slajd 9:** Najnowsze badania[[4]](#footnote-4),[[5]](#footnote-5),[[6]](#footnote-6),[[7]](#footnote-7),[[8]](#footnote-8) analizują możliwości stosowania modelu opieki zdrowotnej zorientowanej na ludzi do obszaru opieki zdrowotnej dla migrantów i mniejszości etnicznych. Biorąc pod uwagę różnorodność doświadczeń migrantów i mniejszości etnicznych oraz częste sytuacje społecznej wrażliwości migrantów i mniejszości etnicznych należy podkreśla się ważność postaw skoncentrowanych na ludziach.

**Slajd 10:** Beach, Saha i Cooper[[9]](#footnote-9) badają związek pomiędzy konceptami skoncentrowania na pacjencie i kompetencji kulturowej. Identyfikują oni skoncentrowanie na pacjencie, podejście, które pojawiło się w latach 1960-tych, jako *“zrozumienie pacjenta jako osoby unikalnej, badanie doświadczenia choroby przez pacjenta, znajdowanie wspólnego języka dotyczącego leczenia przez wspólne podejmowanie decyzji oraz nacisk na budowanie relacji między lekarzem a pacjentem. W zasadzie, skoncentrowanie się na pacjencie obejmuje postrzeganie i ocenę opieki zdrowotnej z perspektywy pacjenta i następnie przystosowanie opieki tak, by spełniała ona potrzeby i oczekiwania pacjentów”*, oraz, z poziomu usług zdrowotnych *“szacunek dla wartości, preferencji i wyrażonych potrzeb pacjenta; koordynacja i integracja opieki; zapewnianie informacji i edukacji; oraz zaangażowanie przyjaciół i rodziny”.*

Jako najważniejszy cel ruchu kompetencji kulturowej zapoczątkowanego we wczesnych latach 1990-tych, Beach, Saha i Cooper[[10]](#footnote-10) podkreślają zredukowanie nierówności etniczno-kulturowych w opiece zdrowotnej i eliminację *“barier kulturowych i językowych pomiędzy świadczeniodawcami opieki zdrowotnej i pacjentami”.* Początkowy nacisk na *“skoncentrowanie się na kulturze raczej niż na opiece skoncentrowanej na pacjencie (…) okazał się przeszkodą”,* ponieważ *“prowadził świadczeniodawców do formułowania stereotypów i niewłaściwych założeń”.* Zatem, *“ruch kompetencji kulturowej osłabił ten nacisk na specyficzne grupy kulturowe i rozszerzył zakres na ludzi o wszystkich kolorach skóry, szczególnie tych najbardziej dotkniętych nierównością rasową w jakości opieki zdrowotnej”.* Oprócz *“kulturowych i innych barier pomiędzy pacjentami o świadczeniodawcami opieki zdrowotnej”* identyfikują oni bariery *“pomiędzy całymi społecznościami i systemami opieki zdrowotnej”,* podnosząc potrzebę zaprojektowania *“ systemów opieki zdrowotnej kompetentnych kulturowo”.*

Jako wspólne aspekty pomiędzy obydwoma koncepcjami autorzy[[11]](#footnote-11) identyfikują cel poprawy jakości opieki zdrowotnej. W przypadku ruchu ukierunkowania na pacjenta obserwują oni nacisk na świadczenie zindywidualizowanej opieki i podkreślanie wagi relacji użytkownika i świadczeniodawcy. Jako najważniejszy cel ruchu kompetencji kulturowej autorzy wspominają *“poprawę sprawiedliwego dostępu do opieki zdrowotnej i obniżenie nierówności przez skoncentrowanie się na ludziach o różnych kolorach skóry i innych nieuprzywilejowanych populacjach”.* Według autorów, obydwa wymiary są wzajemnie powiązane: *“By świadczyć zindywidualizowaną opiekę świadczeniodawca musi wziąć pod uwagę różnorodność perspektyw pacjenta”,* oraz *“stopień, w  którym kompetencja kulturowa podnosi zdolność systemów opieki zdrowotnej i świadczeniodawców do brania pod uwagę preferencji i celów indywidualnych pacjentów; opieka powinna również być bardziej skoncentrowana na pacjencie”.*

Renzaho, Romios, Crock i Sønderlund[[12]](#footnote-12) analizowali skuteczność **programów z zakresu kompetencji kulturowej** w opiece zdrowotnej skoncentrowanej na pacjencie pochodzącym z mniejszości etnicznych. Zaobserwowali wzrastający poziom wiedzy, świadomości i wrażliwości kulturową u personelu medycznego. Jeżeli chodzi o analizę wpływu tej wiedzy na wyniki leczenia, wskazali oni na potrzebę dalszych badań.

**Slajd 11:** Jak opisano w Module 1, w ostatnich latach nastąpiło **przesunięcie koncepcji z kompetencji kulturowej i międzykulturowej w**kierunku różnorodności kulturowej, wrażliwości kulturowej, wrażliwości na różnicę lub wrażliwości na różnorodność[[13]](#footnote-13),[[14]](#footnote-14),[[15]](#footnote-15),[[16]](#footnote-16),[[17]](#footnote-17),[[18]](#footnote-18),[[19]](#footnote-19),[[20]](#footnote-20). W ramach kompetencji kulturowej*,* zaobserwować można specjalny wzgląd na wiedzę dotyczącą specyficznego pochodzenia kulturowo-etnicznego migrantów lub mniejszości etnicznych, któremu towarzyszy polityka zdrowotna skoncentrowana na świadczeniu wyspecjalizowanych usług zdrowotnych. Postawa kompetencji międzykulturowej koncentruje się na dynamice interakcji pomiędzy kulturami i świadczeniem opieki zdrowotnej nakierowanej na zajmowanie się potrzebami w opiece zdrowotnej w kontekstach międzykulturowych. Model różnorodności kulturowej jest oparty na uznaniu różnorodności jako pozytywnego wkładu w społeczeństwo, z polityką zdrowotną skoncentrowaną na adresowaniu opieki zdrowotnej z perspektywy różnorodności. Koncepcje wrażliwości kulturowej, wrażliwości na różnicę lub wrażliwości na różnorodność przyznają priorytet świadomości różnorodności i międzysektorowemu charakterowi społecznych nierówności, którym towarzyszy polityka zdrowotna skierowana na zmniejszenie krzyżujących się i wzajemnie powiązanych nierówności społecznych.

*Definicje koncepcji są ujęte w Materiale Dodatkowym do M1\_U2\_ oraz w Materiale Dodatkowym do M4\_U1*.

**Slajd 12:** Biorącpod uwagę powyższe przesunięcie z modelu kompetencji kulturowej i kompetencji międzykulturowej na postawy oparte o różnorodność kulturową, wrażliwość kulturową, wrażliwość na różnice lub wrażliwość na różnorodność, zmianę z modelu opieki zdrowotnej adresowanego do specyficznych grup kulturowych i etnicznych na kierunek opieki zdrowotnej skoncentrowanej na społecznych nierównościach, społecznych determinantach zdrowia i intersekcjonalnościa, jak i z konceptualnej ewolucji z opieki zdrowotnej nakierowanej na pacjenta do opieki zdrowotnej zorientowanej na ludzi; w Module tym stosowane będą terminy ***“Opieka zdrowotna nakierowana na ludzi uwzględniająca różnorodność kulturową i etniczną”*** lub ***“opieka zdrowotna nakierowana na ludzi i wrażliwa na różnorodność”.*** Koncepty są stosowane przy wzięciu pod uwagę konstruowany społecznie, historycznie i kontekstualnie specyficzny, zmieniający się charakter różnorodności kulturowej i etnicznej.

**Slajd 13:** Polityka organizacji opieki zdrowotnej i interwencje adresowane do migrantów i mniejszości etnicznych, takie jak upowszechnianie opieki zdrowotnej nakierowanej na ludzi uwzględniającej różnorodność kulturową i etniczną, są rozwijane i wdrażane na kilku poziomach opracowywania polityki **opieki zdrowotnej**, włącznie z międzynarodowymi organami takimi jak Zgromadzenie Ogólne Organizacji Narodów Zjednoczonych, Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) lub Rada Praw Człowieka Organizacji Narodów Zjednoczonych, między innymi Komisja Europejska, Rada Europy, Parlament Europejski i WHO-Europe, rządy krajowe i regionalne, jak i lokalne służby opieki zdrowotnej i służby społeczne, przyczyniające się do prac międzynarodowych i europejskich organizacji obrony Praw Człowieka i strategicznych prac ramowych, polityki krajowej i regionalnej, jak i interwencji w ramach danej społeczności. Profesjonalne sieci/stowarzyszenia oraz organizacje społeczne i obywatelskie uczestniczą w rozwoju i lobbowaniu na rzecz opieki zdrowotnej zorientowanej na ludzi nakierowanej na kulturową różnorodność na poziomach międzynarodowym, europejskim, narodowym, regionalnym i lokalnym.

**Slajd 14:** Model opiekizdrowotnej nakierowanej na ludzi uwzględniającej różnorodność kulturową i etniczną jest powiązany z kilkoma innymi modelami teoretycznymi, takimi jak model Praw Człowieka, model społecznych determinantów zdrowia, koncepcja intersekcjonalności, intersekcjonalnych postaw, modeli partycypacji społecznej jak i etyki międzykulturowej. W kolejnych slajdach dokonamy przeglądu tych różnorodnych modeli i sposobów ich stosowania w opiece zdrowotnej nakierowanej na kulturową różnorodność.

*W następnych slajdach, powiązane modele są opisywane bardzie szczegółowo. Biorąc pod uwagę ograniczenia czasowe, proponujemy wybór tych modeli, które są odpowiednie w danym kontekście i przedstawienie ich w formie bardziej pogłębionej.*

**Slajd 15: W strukturze Praw Człowieka**[[21]](#footnote-21),[[22]](#footnote-22),[[23]](#footnote-23),[[24]](#footnote-24), zarówno na poziomie międzynarodowym jak i europejskim, można zaobserwować szeroki zakres konwencji i dokumentów strategicznych.

Dokumenty mogą się różnić między sobą pod względem ich zasięgu geograficznego (międzynarodowy lub europejski), rodzaju regulacji (konwencje/umowy, rozporządzenia, deklaracje i zalecenia, raporty, itd.), obecności lub braku prawnie wiążącego statusu, jak i będącej jego adresatem grupy ludności. W większości ogólnych dokumentów, migranci i mniejszości etniczne, włącznie z migrantami w nieuregulowanej sytuacji prawnej, są w sposób dorozumiany włączeni pomimo tego, że nie są w sposób wyraźny wspomniani. Ponadto, można zidentyfikować dokumenty szczególnie skoncentrowane na migrantach lub mniejszościach etnicznych.

*Wybór odnośnych dokumentów strategicznych międzynarodowych i europejskich jest podany w Materiale Dodatkowym do M4\_U1* .

**Slajd 16:** Jako przykład odnośnego dokumentu ogólnego związanego z dostępnością i jakością opieki zdrowotnej można przytoczyć **Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR)**[[25]](#footnote-25), zatwierdzony w roku 1966 (wszedł w życie w roku 1976), znajdujemy w nim bowiem ustalenie w Art. 12.1. że *“Państwa będące Stronami niniejszej Umowy uznają prawo każdego do korzystania z najwyższego osiągalnego stanu zdrowia fizycznego i psychicznego”.* Dokument ten obejmuje, przez dorozumienie, migrantów i mniejszości etniczne, bez wyraźnego ich wymieniania, ale ustanawia zasady odnoszące się do tych grup ludności.

*Cytaty w tym i w kolejnych slajdach niekoniecznie są przeznaczone do prezentowania ich w całości, ideą jest podkreślenie odnośnych aspektów.*

**Slajd 17: Komitet Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych,** w swoim ***Komentarzu Ogólnym Nr 14 (2000), Prawo do najwyższego osiągalnego stanu zdrowia****[[26]](#footnote-26),* określa zdrowie jako fundamentalne prawo człowieka, *“blisko powiązane z realizacją innych praw człowieka i wzajemnie od nich zależne”*. Jako wzajemnie związane i ważne elementy prawa do zdrowia identyfikowane są następujące aspekty: 1. Dostępność (w sensie istnienia) opieki zdrowotnej, 2. Dostępność, włącznie z brakiem dyskryminacji, dostępności fizycznej, ekonomicznej i informacyjnej, 3. Akceptowalność zdefiniowana jak następuje: *“Wszelkie obiekty zdrowotne, towary i usługi muszą szanować etykę medyczną i kulturowo odpowiednią, t.j. szanować kulturę osób, mniejszości, ludzi i społeczności, wrażliwość na sprawy płci i wymogów związanych z cyklem życia oraz muszą być zaprojektowane w taki sposób, by zachować poufność i polepszyć stan zdrowia osób zaangażowanych* 4. Jakość opieki zdrowotnej.

**Slajd 18:** Ogólny KomentarzNr 14 podkreśla ograniczenia w pełnej realizacji prawa do zdrowia z powodu ograniczeń dostępnych zasobów, ustanawiając jako zasadę - **postępującą realizację** tego prawa**.** w konsekwencji, postępowanie działające wstecz nie jest dozwolone. w przypadku przyjęcia tej Umowy, Państwa są zobowiązane do przejścia *“najbardziej wnikliwego rozważenia wszystkich alternatyw”.* Konkretne odniesienie domigrantów i grup mniejszościowych jest zawarte w następującym zdaniu:

W szczególności, Państwa są zobowiązane do szanowania praw do zdrowia przez, między innymi, powstrzymanie się od odmawiania lub ograniczania równego dostępu dla wszystkich osób, włącznie z więźniami i osobami zatrzymanymi, mniejszościami, osobami poszukującymi azylu i nielegalnymi imigrantami, drogą prowadzenia usług zdrowotnych, leczniczych i paliatywnych; powstrzymanie się od egzekwowania praktyk dyskryminacyjnych jako polityki Państwa, i zaprzestanie narzucania praktyk dyskryminacyjnych związanych ze stanem zdrowia kobiet i ich potrzebami[[27]](#footnote-27).

**Slajd 19:** Jakoprzykład dokumentów strategicznych szczególnie skoncentrowanych na populacjach migrantów można przytoczyć **Międzynarodową Konwencję o Ochronie Praw Wszystkich Pracowników-Migrantów i Członków Ich Rodzin**[[28]](#footnote-28), zatwierdzoną w roku 1990. Podkreślono jako ograniczenie tego dokumentu, brak ratyfikacji w krajach przyjmujących migrantów[[29]](#footnote-29). Można też przytoczyć inny odnośny dokument skoncentrowany na migrantach: Rezolucję Światowego Zgromadzenia Zdrowia (World Health Assembly) ***WHA 61.17 Zdrowie Migrantów*** *[[30]](#footnote-30)*, zatwierdzony w roku 2008.

*Następujące cytaty są włączone do Dodatkowego Materiału do M4\_U1*:

Pracownicy migracyjni i członkowie ich rodzin będą mieć prawo do otrzymywania jakiejkolwiek opieki medycznej, która jest pilnie konieczna do zachowania ich życia lub uniknięcia nieodwracalnej szkody na ich zdrowiu, na podstawie równości traktowania z obywatelami odnośnego Państwa. Takiej nagłej opieki medycznej nie można odmówić z powodu jakiegokolwiek uchybienia legalności ich pobytu lub zatrudnienia”. Jako ograniczenie można wymienić brak ratyfikacji przez kraje przyjmujące migrantów[[31]](#footnote-31).

Sześćdziesiąte pierwsze Światowe Zgromadzenie Zdrowia, (…)

WZYWA Państwa Członkowskie:

(1) do promowania polityki zdrowotnej wrażliwej na migrantów;

(2) do promowania sprawiedliwego dostępu do promocji zdrowia, profilaktyki chorób i opieki dla migrantów, zgodnie z krajowymi prawami i praktyką, bez dyskryminacji z powodu płci, wieku, religii, narodowości lub rasy;

(3) do ustanowienia systemów informacji zdrowotnej w celu oceny i analizy trendów w zdrowiu migrantów, rozpowszechniania informacji zdrowotnej według odpowiednich kategorii;

4) do opracowania mechanizmów polepszających stan zdrowia wszystkich populacji, włącznie z migrantami, szczególnie przez identyfikację i wypełnianie luk w świadczeniu opieki zdrowotnej;

(5) do zbierania, dokumentowania i rozpowszechniania informacji i najlepszych praktyk w zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych migrantów w krajach pochodzenia lub powrotu, tranzytu i przeznaczenia;

(6) do podnoszenia poziomu wrażliwości świadczeniodawców opieki zdrowotnej i członków personelu na kwestie kulturowe i płeć;

(7) do szkolenia pracowników opieki zdrowotnej, by rozwiązywali kwestie zdrowotne związane z przemieszczeniami się ludności

(8) do promowania dwu- i wielostronnej współpracy w zakresie zdrowia migrantów w krajach zaangażowanych w cały proces migracyjny;

(9) do przyczyniania się do obniżenia globalnego deficytu pracowników służby zdrowia i jego konsekwencji dla utrzymania ciągłości systemów zdrowotnych i osiągnięcia Milenijnych Celów Rozwoju; *[[32]](#footnote-32)*

W sprawie mniejszości etnicznych, można podkreślić istnienie **Międzynarodowej Konwencji w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji rasowej**[[33]](#footnote-33), zatwierdzonej w roku 1965 i wprowadzonej w życie w roku 1969, która potępia wszelkie formy dyskryminacji rasowej, rozumianej jako *“rozróżnienie, wyłączenie, ograniczenie lub preferencja na podstawie rasy, koloru skóry, pochodzenia rodowego lub pochodzenia narodowego lub etnicznego”,* zakładając “prawo do publicznych usług z zakresu zdrowia, opieki medycznej, ubezpieczenia społecznego i służb socjalnych” *“bez rozróżnienia co do rasy, koloru skóry, pochodzenia narodowego lub etnicznego”.*

Na poziomie europejskim, **Unijne ramy koordynacji krajowych strategii integracji Romów**[[34]](#footnote-34), zatwierdzone w roku 2011, mogą być zidentyfikowana jako punkt referencyjny dotyczący polityki w sprawach mniejszości etnicznych.

*Następujące cytaty są włączone do Dodatkowego Materiału do M4\_U1*.

Art. 1.1. W niniejszej Konwencji termin "dyskryminacja rasowa" będzie oznaczał jakiekolwiek wyróżnienie, wyłączenie, ograniczenie lub preferencję na podstawie rasy, koloru skóry, pochodzenia rodowego, pochodzenia narodowego lub etnicznego, które ma cel lub skutek niweczący lub upośledzający uznanie, przyznanie lub korzystanie na równej stopie z praw człowieka lub fundamentalnych swobód w życiu politycznym, ekonomicznym, społecznym, kulturowym lub innym przejawie życia publicznego. (…)

Art. 2.1. Państwa będące Stronami niniejszego porozumienia potępiają rasową dyskryminację i podejmują się bezzwłocznie podjąć wszelkie kroki, by opracować politykę eliminacji dyskryminacji rasowej we wszystkich jej formach i promować zrozumienie pomiędzy wszystkimi rasami, zatem dlatego: (a) Każde Państwo będące Stroną podejmuje się nie angażować w żadnej akty lub praktyki rasowej dyskryminacji przeciwko osobom, grupom osób lub instytucjom i upewnić się, że wszystkie władze publiczne i instytucje publiczne, krajowe i lokalne, będą działać zgodnie z tym zobowiązaniem; (…)

Art. 5

Zgodnie z fundamentalnymi zobowiązaniami wyszczególnionymi w artykule 2 niniejszej Konwencji, Państwa będące Stroną podejmują się zabronić i wyeliminować dyskryminację rasową we wszystkich jej formach oraz zagwarantować prawo dla każdego, bez dyskryminacji co do rasy, koloru skóry lub pochodzenia narodowego lub etnicznego , do sprawiedliwości w obliczu prawa, szczególnie przy korzystaniu z następujących uprawnień: (…)

(iv) Prawo do publicznych usług z zakresu zdrowia, opieki medycznej, ubezpieczenia społecznego i służb socjalnych[[35]](#footnote-35) ;

Rada Unii Europejskiej (…)

zaprasza, by Państwa Członkowskie:

20. polepszyły społeczną i ekonomiczną sytuację Romów przez dążenie do postawy włączającej (mainstreaming) w zakresie edukacji, zatrudnienia, mieszkalnictwa i opieki zdrowotnej, biorąc pod uwagę, gdzie dotyczy, Wspólne Podstawowe Zasady Włączenia Romów, jak i zapewnienie im równego dostępu do wysokiej jakości usług i funduszy oraz do zastosowania zintegrowanej postawy w stosunku do powyższej polityki oraz do jak najlepszego wykorzystania dostępnych funduszy i zasobów;

21. rozpoczęły lub kontynuowały pracę zmierzającą do powyższych celów, zgodnie z polityką Państw Członkowskich, w zakresie edukacji, zatrudnienia, opieki zdrowotnej i mieszkalnictwa w celu zapełnienia luk pomiędzy zmarginalizowanymi społecznościami romskimi i populacją ogólną. Szczególną uwagę powinno się poświęcić potrzebie zapewnienia równego dostępu w praktyce. Cele powinny koncentrować się na następujących obszarach priorytetowych, ze szczególnym uwzględnieniem wymiaru płci: (…)

(c) dostęp do opieki zdrowotnej, ze szczególnym odniesieniem do dobrej jakości opieki zdrowotnej, włącznie z profilaktyczną opieką zdrowotną i edukacją zdrowotną[[36]](#footnote-36);

**Slajd 20:** Najnowsze badania[[37]](#footnote-37),[[38]](#footnote-38),[[39]](#footnote-39),[[40]](#footnote-40),[[41]](#footnote-41),[[42]](#footnote-42),[[43]](#footnote-43),[[44]](#footnote-44),[[45]](#footnote-45),[[46]](#footnote-46),[[47]](#footnote-47),[[48]](#footnote-48),[[49]](#footnote-49),[[50]](#footnote-50),[[51]](#footnote-51),[[52]](#footnote-52),[[53]](#footnote-53),[[54]](#footnote-54),[[55]](#footnote-55) analizują **politykę zdrowotną i interwencje** **związane z dostępem do zdrowia i opieki zdrowotnej** migrantów i mniejszości etnicznych w kontekście europejskim z perspektywy Praw Człowieka.

Zauważają one nierówne korzystanie z praw do zdrowia i opieki zdrowotnej przez migrantów o nieuregulowanyej sytuacji prawnej w całej Europie *(w celu uzyskania dalszych informacji proszę zapoznać się z Dodatkowym Modułem 1: Grupy Docelowe, Część 2).*

Pośród mniejszości etnicznych zidentyfikowano bariery w dostępie i korzystaniu z usług opieki zdrowotnej, włącznie z doświadczeniami dyskryminacji, odmowy i wyłączenia z usług opieki zdrowotnej, które ograniczają korzystanie z prawa do najwyższego dostępnego stanu zdrowia.

Przedstawione badania identyfikują **ograniczenia w spełnieniu międzynarodowych i europejskich modeli strategicznych z**uwagi na częsty brak prawnie wiążącego charakteru ratyfikacji dokumentów. Perspektywa Praw Człowieka jest identyfikowana jako ważny model dla prac poprawiających dostęp do opieki zdrowotnej dla migrantów i mniejszości etnicznych. Raporty zalecają wdrożenie polityki i interwencji mających na celu zapewnienie **dostępu do opieki zdrowotnej dla wszystkich osób zamieszkałych w Europie, bez względu na ich narodowość, status administracyjny lub etniczność**, oraz **eliminowanie barier w skutecznym dostępie do opieki zdrowotnej**.

**Slajd 21:** WHO odnosi się do innych obszarów utrzymujących bliski związek z opieką zdrowotną skoncentrowaną na ludziach nakierowaną na różnorodność etniczną i kulturową: do **społecznych determinant modelu zdrowia**[[56]](#footnote-56),[[57]](#footnote-57).

Jak przedstawiono to w Module 2, społeczne determinanty modelu zdrowia analizują różne determinanty zdrowia z potencjalnym wpływem na sprawiedliwy dostęp do zdrowia i dobrostanu. Model rozróżnia pomiędzy 1. **Strukturalnymi determinantami zdrowia**, włącznie z kontekstem społeczno-ekonomicznym, składającym się z rządzenia, polityki makroekonomicznej, polityki społecznej, polityki publicznej oraz wartości kulturowo-społecznych oraz pozycji społeczno-ekonomicznej, włącznie z klasą społeczną, płcią, etnicznością, wykształceniem, zajęciem i dochodem, oraz 2. **Determinantami pośrednimi,** włącznie z okolicznościami materialnymi, zachowaniami i czynnikami biologicznymi, jak i czynnikami psychospołecznymi.

**Slajd 22:** Wdokumencie opublikowanym przez Światową Organizację Zdrowia w roku 2010[[58]](#footnote-58) prezentowana jest **adaptacja modelu społecznych determinant zdrowia migrantów i zdrowia mniejszości etnicznych** na podstawierysunku tęczy opracowanego przez Dahlgren i Whitehead[[59]](#footnote-59); uzupełnieniem są kroki zaproponowane w celu rozpoczęcia prac nad społecznymi determinantami zdrowia dla migrantów i mniejszości etnicznych, włącznie z następującymi aspektami: 1. Redukcja zagrożeń związanych z wykonywanym zawodem, 2. Zwalczanie społecznego wykluczenia i polepszenie praw nie-obywateli, 3. Redukcja barier w uczestnictwie w rynku pracy, przez stwarzanie bardziej odpowiednich i dostępnych usług zdrowotnych; 4. Polepszenie warunków mieszkaniowych, 5. Podniesienie wiedzy na temat ryzyka zdrowotnego, wzmocnienie zdrowych tradycji kulturowych i kwestionowanie niezdrowych trendów, 6. Wzmocnienie pozycji społeczności migrantów i mniejszości etnicznych, 7. Poprawienie dostępności zdrowej żywności, oraz 8. Promowanie włączającej polityki edukacyjnej.

**Slajd 23: Społeczne determinanty zdrowia** były często stosowane w **analizie opieki zdrowotnej i stanu zdrowia migrantów i mniejszości etnicznych**[[60]](#footnote-60),[[61]](#footnote-61),[[62]](#footnote-62),[[63]](#footnote-63). Zweryfikowane badania analizują wpływ różnych społecznych determinant dotyczących zdrowia i opieki zdrowotnej dla migrantów i mniejszości etnicznych. W sprawie migrantów, potwierdzają one wpływ ograniczenia dostępu do opieki zdrowotnej migrantów w nieuregulowanej sytuacji prawnej na ich podatność na zagrożenie marginalizacją, biedą i chorobami. W odniesieniu do mniejszości etnicznych, autorzy identyfikują negatywny wpływ dynamiki dyskryminacji i uprzedzeń przeciwko Romom na ich prawa człowieka, samostanowienie i nierówności zdrowotne. Jednocześnie, obserwowana jest tendencja do redukcji społecznych determinant zdrowia wyłącznie do czynników społeczno-ekonomicznych bez wzięcia pod uwagę tła migracyjnego lub etniczności, lub na odwrót, do redukcji społeczno-ekonomicznych nierówności do aspektów kulturowo-etnicznych.

**Slajd 24:** Wramach społecznych determinant zdrowia, przegląd wyników badań wykazał trafność **polityki i podjętych interwencji dla społecznych determinant zdrowia** wceluuzyskania większej równości w dostępie do usług zdrowotnych. Rekomendowane jest podjęcie kwestii procesów wyłączenia raczej niż koncentracja na charakterystykach wyłączonych grup, włącznie z migrantami lub mniejszościami etnicznymi. Ponadto, proponuje się połączenie polityki zdrowotnej nakierowanej na nierówności zdrowotne z polityką edukacyjną, ekonomiczną, zatrudnieniem, polityką mieszkalnictwa i środowiskową. Na koniec, autorzy podkreślają znaczenie postawy zintegrowanej, intersekcjonalnej, wielowymiarowej i wielopoziomowej dla poradzenia sobie z nierównościami w dostępie do usług zdrowotnych.

**Slajd 25:** Wzgląd na **intersekcjonalność** można określić jako ważny aspekt opieki zdrowotnej nakierowanej na ludzi uwzględniającej różnorodność kulturową i etniczną. Jak opisano to w Module 1, istnieje szeroki zakres doświadczeń dotyczących **stosowania podejść intersekcjonalnych** iich wpływunabadania kwestii zdrowotnych związanych z migrantami i mniejszościami etnicznymi[[64]](#footnote-64),[[65]](#footnote-65),[[66]](#footnote-66),[[67]](#footnote-67),[[68]](#footnote-68),[[69]](#footnote-69),[[70]](#footnote-70),[[71]](#footnote-71), szkoleniem zawodowym[[72]](#footnote-72), opieką społeczną[[73]](#footnote-73),[[74]](#footnote-74),[[75]](#footnote-75),[[76]](#footnote-76),[[77]](#footnote-77) oraz polityką zdrowotną[[78]](#footnote-78)**,**[[79]](#footnote-79),[[80]](#footnote-80).

**Slajd 26:** Ponadto, **współpraca intersektoralna** stanowi ważny element opieki zdrowotnej nakierowanej na ludzi uwzględniającej różnorodność kulturową i etniczną, włącznie z interakcją pomiędzy opieką zdrowotną i systemem edukacyjnym, służbami społecznymi, systemem prawnym, mediami oraz szerszymi kontekstami rodzinnymi i społecznymi[[81]](#footnote-81). W Części 6 niniejszego Modułu, podejścia intersektoralne będą omówione bardziej szczegółowo.

**Slajd 27: Promocja partycypacji społecznej** zostałazidentyfikowana jako jedna z najważniejszych domen rozwoju opieki zdrowotnej zorientowanej na ludzi[[82]](#footnote-82). W roku 1969 roku Arnstein[[83]](#footnote-83) opracował drabinę uczestnictwa obywatelskiego, która służy jako punkt odniesienia dla dalszych modeli partycypacyjnych[[84]](#footnote-84). Arnstein rozróżnia stopnie nie-uczestniczenia (manipulacja i terapia), stopnie symbolicznego uczestniczenia (informacja, konsultacja, załagodzenie) oraz stopnie praw obywatelskich (partnerstwo, delegowanie uprawnień, kontrola obywatelska). Stosując ten model do uczestnictwa migrantów i mniejszości etnicznych w polityce opieki zdrowotnej można wskazać przykłady różnych poziomów partycypacyjnych, włącznie z  *“Informowaniem”* (np. kampanie promocyjne zdrowia i akcje profilaktyczne, informacja o zmianach prawnych), *“Konsultacją”* (np. badania kwestionariuszowe dotyczące zagadnień związanych ze zdrowiem); *“Partnerstwem”* (Badania Akcji Partycypacyjnych, uczestnictwo w projektach związanych ze zdrowiem), *“Delegowaniem uprawnień”* (np. uczestnictwo w projektowaniu prac, opracowanie i ocena), oraz *“Kontrolą obywatelską”* (np. uczestnictwo w podejmowaniu decyzji w zakresie polityki zdrowotnej).

W następnych Częściach zostaną wskazane różne formy i poziomy uczestnictwa migrantów i mniejszości etnicznych w badaniach kwestii zdrowia, polityki i interwencji. Część 5 koncentruje się na prezentowaniu różnych doświadczeń uczestnictwa wspólnotowego w opiece zdrowotnej w kontekście różnorodności kulturowo-etnicznej.

**Slajd 28:** Model opieki zdrowotnej nakierowanej na ludzi uwzględniającej różnorodność kulturową i etniczną koncentruje się szczególnie na **etycznych aspektach i zasadach deontologicznych.** Rozwijająca się literatura **na temat etyki międzykulturowej i wrażliwej na różnorodność**[[85]](#footnote-85),[[86]](#footnote-86),[[87]](#footnote-87),[[88]](#footnote-88),[[89]](#footnote-89),[[90]](#footnote-90),[[91]](#footnote-91),[[92]](#footnote-92),[[93]](#footnote-93),[[94]](#footnote-94),[[95]](#footnote-95),[[96]](#footnote-96) odzwierciedla specyficzne kwestie etyczne dotyczące organizacji opieki zdrowotnej, praktyki opieki zdrowotnej i badań naukowych zorientowanych na różnorodność kulturową i etniczną.

**Slajd 29:** W ramach zasad bioetycznych opracowanych przez Beauchaump i Childress[[97]](#footnote-97) (autonomia, czynienie dobra i nie-szkodzenie oraz sprawiedliwość), dyskusja o **zasadach etycznych w organizacji opieki zdrowotnej** zorientowanej na różnorodność kulturową i etniczną [[98]](#footnote-98),[[99]](#footnote-99),[[100]](#footnote-100),[[101]](#footnote-101) poświęca szczególną uwagę zasadzie sprawiedliwości. Ograniczenie uprawnień do opieki zdrowotnej dla migrantów znajdujących się w sytuacji prawnie ‘nieuregulowanej’ jest uważane za zaprzeczenie zasad etycznych i deontologicznych, Praw Człowieka i zasad społecznej odpowiedzialności. Podkreśla się potrzebę globalnej solidarności, włącznie z uznaniem uprawnień do opieki zdrowotnej i praw społecznych dla migrantów, solidarności uważanej za szczególnie ważną ze względu na wzajemne zależności w świecie zglobalizowanym. W związku z mniejszościami etnicznymi, istnieje potrzeba przestrzegania zasad ustalonych przez Komitet Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych, włącznie z zasadą akceptowalności, z dostępnymi obiektami opieki zdrowotnej, towarami i usługami opartymi o zasady etyki medycznej.

**Slajd 30:** Wpraktyce opieki zdrowotnej zorientowanej na różnorodność kulturową i etniczną[[102]](#footnote-102),[[103]](#footnote-103),[[104]](#footnote-104),[[105]](#footnote-105) zidentyfikowano kilka zasad etycznych i deontologicznych. W odniesieniu do opieki zdrowotnej dla migrantów[[106]](#footnote-106),[[107]](#footnote-107), autorzy podkreślają ważność likwidacji barier prawnych, strukturalnych, językowych i kulturowych w dostępie do opieki zdrowotnej, jak i znaczenia odpowiednich kompetencji interkulturowych pracowników służby zdrowia. Etyczne konflikty w praktyce zawodowej są identyfikowane w procedurach oceny wieku i w związku z uregulowaniami prawnymi, które wyłączają migrantów z dostępu do opieki zdrowotnej.

W kwestii **praktyk opieki zdrowotnej dla mniejszości etnicznych**[[108]](#footnote-108),[[109]](#footnote-109) podkreśla się specyficzne aspekty etyczne, między nimi odpowiedzialność etyczną równego obsłużenia wszystkich użytkowników, redukującą nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej i spełniającą potrzeby i preferencje mniejszości etnicznych. Mając na myśli cel taki jak zmniejszenie sytuacji dyskryminacji i wyłączenia z opieki zdrowotnej, podkreśla się znaczenie stosowania kodeksu etyki medycznej do postępowania w praktyce opieki zdrowotnej z populacjami pochodzącymi z mniejszości etnicznych. Wzrost różnorodności etnicznej na polu zawodowym jest identyfikowany jako jeszcze jeden ważny aspekt.

**Slajd 31:** W zakresie badań naukwych z **uczestnictwem migrantów i mniejszości etnicznych** [[110]](#footnote-110),[[111]](#footnote-111),[[112]](#footnote-112),[[113]](#footnote-113),[[114]](#footnote-114),[[115]](#footnote-115),[[116]](#footnote-116) zidentyfikowano kilka **konfliktów etycznych**.

W związku z **badaniami, w których uczestniczyli** **migranci**[[117]](#footnote-117),[[118]](#footnote-118),[[119]](#footnote-119),[[120]](#footnote-120),[[121]](#footnote-121), autorzy podkreślają ograniczenie świadomej zgody w kontekstach wielojęzycznych, sprzeczność pomiędzy analizą różnic kulturowych i obowiązkiem niedyskryminowania, jak i ryzyko nadużyć w badaniach z powodu specyficznej sytuacji narażenia na zagrożenia społeczne migrantów i osób poszukujących azylu. Podkreślają oni znaczenie zagwarantowania poufności i prywatności. Podczas procesu zbierania informacji podkreśla się znaczenie komunikacji interkulturowej i wrażliwości etycznej oraz potrzeby brania pod uwagę potencjalnych skutków ponownego opowiadania o traumatycznych doświadczeniach. W przypadku badań, w których uczestniczą migranci w ‘nieuregulowanej sytuacji’ prawnej, zidentyfikowano potencjalne konflikty etyczne dotyczące sytuacji administracyjnej. Ponadto, podkreśla się znaczenie postaw uczestniczących, biorąc pod uwagę konkretne aspekty etyczne w procesie uczestnictwa. Na koniec, prace naukowe odzwierciedlają refleksje na temat pozycji społecznej, tła kulturowego, tożsamości i roli badaczy, aspektów etycznych związanych z rolą uczestnika z wewnątrz/zewnątrz i relacjami władzy w procesie przeprowadzania wywiadu.

**Slajd 32:** Wzwiązkuz**badaniami, w których uczestniczą mniejszości etniczne**[[122]](#footnote-122),[[123]](#footnote-123), autorzy podkreślają znaczenie rozumienia kultury i potrzeb społeczności obejmującej mniejszości etniczne, jak i znaczenie korzystania z właściwych i kulturowo wrażliwych metodologii, włącznie z gwarancją poufności i prywatności, krytycznym przeglądem używanej terminologii i procesów kategoryzacji oraz rozważeniem potencjalnego wpływu tematów wrażliwych na społeczność będącą przedmiotem badania. Zalecane jest aktywne zaangażowanie w społeczność mniejszości etnicznych w projektowaniu badania i procesie badania. W procesie publikacji podkreśla się znaczenie ułatwiania rozpowszechniania wyników w społecznościach objętych badaniem.

**Slajd 33**: Dziękujemy za uwagę.

**Slajdy 34-38:** Spis literatury

**5. Literatura**

**Literatura zalecana:**

Cattacin S, Chiarenza A, Domenig D. Equity standards for healthcare organisations: a theoretical framework. Diversity and Equality in Health and Care 2013;10:249-258.

Chiarenza A. Developments in the concept of 'cultural competence'. In: Ingleby D, et al. (eds). Inequalities in health care for migrants and ethnic minorities, Vol. 2, p. 66-81. COST Series on Health and Diversity. Antwerp: Garant Publishers, 2012.

Ingleby D. Ethnicity, Migration and the ‘Social Determinants of Health’ Agenda. Psychosocial Intervention 2012;21(3):331-341.

Marmot M, Allan J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P, on behalf of the Consortium for the European Review of Social Determinants of Health and the Health Divide. WHO European review of social determinants of health and the health divide. Lancet 2012;380(15):1011-1029.

* WHO-WPRO, World Health Organization, West Pacific Region Office. People-Centred Health Care: A policy framework. Geneva: WHO, 2007. <http://www.wpro.who.int/health_services/people_at_the_centre_of_care/documents/ENG-PCIPolicyFramework.pdf> (retrieved: March 5, 2015).

Wild V. Challenging bioethicists’ agenda: The example of immigration, health care and ethics. Bioethics Forum 2011;4(2):64-65.

**Literatura w języlu polskim:**

* Banaszak A., Kurowska K.. (2012). *Gdy pacjentka jest Romką. Specyfika opieki*. Mag. Pielęg. Położ.,(9),s.18-19.

**Literatura uzupełniająca:**

* Acevedo-García D, Sanchez Vaznaugh EV, Viruell-Fuentes EA, Almeida J. Integrating social epidemiology into immigrant health research: A cross-national framework. Social Science & Medicine 2012;75(12):2060-2068.

Arnstein SR. A Ladder of Citizen Participation. JAIP 1969;35(4):216 – 224.

* Aspinall PJ, Song M. Is race a ‘salient…’ or ‘dominant identity’ in the early 21st century: The evidence of UK survey data no respondents’ sense of who they are. Social Science Research 2013;42(2):547-561.
* Bauer GR. Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: Challenges and the potential to advance health equity. Social Science & Medicine 2014;110:10-17.
* Beach MC, Saha S, Cooper LA. The role and relationship of cultural competence and patient-centeredness in health care quality. New York, Washington: The Commonwealth Fund, 2006.

Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. Oxford: Oxford University Press, 2012 [1979].

Berlinger N, Raghavan R. The Ethics of Advocacy for Undocumented Patients. Hastings Center Report 2013;4(31):14-17.

Bhopal R. Ethical Issues in Health Research on Ethnic Minority Populations: Focusing on Inclusion and Exclusion. Research Ethics 2008;4(1):15-19.

* Bischoff A. Caring for migrant and minority patients in European hospitals. A review of effective interventions. MFH – Migrant Friendly Hospitals, a European initiative to promote health and health literacy for migrants and ethnic minorities. Neuchâtel, Basel: MFH, 2003. <http://mfh-eu.univie.ac.at/public/files/mfh_literature_review.pdf> (reviewed: December 16, 2014).
* Biswas D, Toebes B, Hjern A, Ascher H, Norredam M. Access to health care for undocumented migrants from a human rights perspective: a comparative study of Denmark, Sweden, and the Netherlands. Health and Human Rights 2012;14:2:49-60.

Bostick N, Morin K, Benjamin R, Higginson D. Physicians’ ethical responsibilities in addressing racial and ethnic healthcare disparities. J Natl Med Assoc 2006;98(8):1329-1334.

CECSR, Committee on Economic, Cultural and Social Rights. General Comment Nº 14 (2000). The right to the highest attainable standard of health, p. 1-4. <http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?Lang=en&TreatyID=9&DocTypeID=11> (retrieved: March 5, 2015).

Cornwall, A. (2008). Unpacking ‘Participation’: modes, meanings and practices. Community Development Journal 43(3):269-283.

Council of Europe, Commissioner for Human Rights. Human rights of Roma and Travellers in Europe. Strasbourg: Council of Europe, 2012. <http://www.coe.int/t/commissioner/source/prems/prems79611_GBR_CouvHumanRightsOfRoma_WEB.pdf> (retrieved: March 5, 2015).

Council of Europe. Recommendation Rec2006(18) of the Committee of Ministers to Member States on health services in a multicultural society. <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1062769&BackC> (retrieved: March 5, 2015).

Council of the European Union. EU Framework for National Roma Integration Strategies (NRIS), 2011. <http://register.consilium.europa.eu/doc/srv?l=EN&f=ST%2010658%202011%20INIT> (retrieved: March 5, 2015).

Cuadra BC. Right of access to health care for undocumented migrants in EU: a comparative study of national policies. Eur J Public Health 2011;22:267–271.

* Dauvrin M, Lorant V, Sandhu S, et al. Health care for irregular migrants: pragmatism across Europe. A qualitative study. BMC Res Notes 2012;5:99.

DHSSPS, Department of Health, Social Services and Public Safety. DHSSPS Equality and Human Rights Strategy and Action Plan. Section 3. Ethnicity, Equality & Human Rights: Access to Health and Social Services in Northern Ireland. 2007. <http://www.dhsspsni.gov.uk/ehr-sect3.pdf> (retrieved: March 5, 2015).

Duvell F, Triandafyllidou A, Vollmer B. Ethical issues in irregular migration research. Report on Ethical Issues, Deliverable D2 prepared for Work Package 2 of the research project CLANDESTINO Undocumented Migration: Counting the Uncountable. Data and Trends Across Europe, funded by the 6th Framework Programme for Research and Technological Development Research DG, European Commission, 2008. <http://irregular-migration.net/typo3_upload/groups/31/4.Background_Information/4.1.Methodology/EthicalIssuesIrregularMigration_Clandestino_Report_Nov09.pdf> (retrieved: March 5, 2015).

Dwyer J. Illegal Immigrants, Health Care, and Social Responsibility. Hasting Center Report 2004:34-41.

Eckenwiler L, Straehle C, Chung R. Global Solidarity, Migration and Global Health Inequity. Bioethics 2012;26(7):382-390.

European Roma Rights Centre. Ambulance not on the way. The Disgrace of Health Care for Roma in Europe. Budapest: European Roma Rights Centre, 2006. <http://www.errc.org/cms/upload/media/01/E6/m000001E6.pdf> (retrieved: March 5, 2015).

Fésüs G, Östlin P, McKee M, Ádány R. Policies to improve the health and well-being of Roma people: The European experience. Health Policy 2012;105:25-32.

FRA, European Union Agency for Fundamental Rights. Fundamental Rights of Migrants in an Irregular Situation in the European Union. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2011a. <http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/1827-FRA_2011_Migrants_in_an_irregular_situation_EN.pdf> (retrieved: March 5, 2015).

FRA, European Union Agency for Fundamental Rights. Migrants in an Irregular Situation: Access to Health Care in 10 European Union Member States. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2011b. <http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/1771-FRA-2011-fundamental-rights-for-irregular-migrants-healthcare_EN.pdf> (retrieved: March 5, 2015).

FRA, European Union Fundamental Rights Agency, UNDP, United Nations Development Programme. The situation of Roma in 11 EU Member States. Survey results at a glance. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2012. <http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/2099-FRA-2012-Roma-at-a-glance_EN.pdf> (retrieved: March 5, 2015).

* Gazard B, Frissa C, Nellums L, Hotopf M, Hatach SL. Challenges in researching migration status, health and health service use: an intersectional analysis of a South London community. Ethnicity and Health 2014. DOI: 10.1080/13557858.2014.961410.

Hajduchová H, Urban D. Social determinants of health in the Romani population. Kontakt 2014;16:e39-e43.

* Hankivsky O (ed). Health Inequities in Canada: Intersectional Frameworks and Practices. Vancouver, Toronto: UBC Press, 2011. <http://www.ubcpress.ca/books/pdf/chapters/2011/HealthInequitiesInCanada.pdf> (retrieved: March 5, 2015).
* HUMA Network, Health for Undocumented Migrants and Asylum Seekers, Collantes S. Are Undocumented Migrants and Asylum Seekers Entitled to Access Health Care in the EU? A Comparative Overview in 16 Countries. Paris, Brussels, Madrid: HUMA Network, 2010. <http://www.epim.info/wp-content/uploads/2011/02/HUMA-Publication-Comparative-Overview-16-Countries-2010.pdf> (retrieved: March 5, 2015).

IOM, International Organization for Migration, WHO, World Health Organization; UNHRC, United Nations Human Rights Office of the High Commissioner. International Migration, Health and Human Rights. Geneva: IOM, 2013. <http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/WHO_IOM_UNOHCHRPublication.pdf> (retrieved: March 5, 2015).

* Karl-Trummer U, Novak-Zezula S. Health Care in Nowhereland, Improving Services for Undocumented Migrants in the EU. Vienna: Centre for Health and Migration, 2010.
* Koitzsch Jensen N, Johansen KS, Kastrup M, Krasnik A, Morredam M. Patient Experienced Continuity of Care in the Psychiatric Healthcare System – A Study Including Immigrants, Refugees and Ethnic Danes. Int J Environ Res Public Health 2014;11:9739-9759.
* Kovandžić M, Funnell E, Hammond J, Ahmed A, Edwards S, Clarke P, et al. The space of access to primary mental health care: A qualitative case study. Health & Place 2012;18(3):536-551.
* Lood Q, Ivanoff SD, Dellenborg L, Mårtensson L. Health-promotion in the context of ageing and migration: a call for person-centred integrated practice. International Journal of Integrated Care 2014. [URN:NBN:NL:UI:10-1-114771](http://persistent-identifier.nl/?identifier=URN:NBN:NL:UI:10-1-114771)
* Marshall A, Batten S. Researching Across Cultures: Issues of Ethics and Power. FQS, Forum Qualitative Social Research 2004;5(3);39. <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/572/1241> (retrieved: March 5, 2015).

Mason CN. Leading at the Intersections: An Introduction to the Intersectional Approach Model for Policy & Social Change. New York: Women of Color Policy Network, New York University Robert F. Wagner, s.a. <http://www.racialequitytools.org/resourcefiles/Intersectionality%20primer%20-%20Women%20of%20Color%20Policy%20Network.pdf> (retrieved: March 5, 2015).

* Médicins du Monde (Doctors of the World), Chauvin D, Simonnot N, Vanbiervliet F, et al. Access to Health Care in Europe in Times of Crisis and Rising Xenophobia: An Overview of the Situation of People Excluded from Health Care Systems. Paris: Médicins du Monde, 2013. <http://b.3cdn.net/droftheworld/d137240498b91ca33e_jhm62yjg1.pdf> (retrieved: March 5, 2015).
* Médicins du Monde (Doctors of the World), Chauvin P, Mestre MC, Simonnot N. Access to Health Care for Vulnerable Groups in the European Union in 2012. An Overview of the Condition of Persons Excluded from Health Care Systems in the EU. Paris: Médicins du Monde, 2012. <http://www.doktersvandewereld.be/sites/www.doktersvandewereld.be/files/publicatie/attachments/eu_vulnerable_groups_2012_mdm.pdf> (retrieved: March 5, 2015).
* Médicins du Monde (Doctors of the World), European Observatory on Access to Health Care, Chauvin P, Parizot I, Simonnot N. Access to Health Care for Undocumented Migrants in 11 European Countries. Paris: Médicins du Monde, 2009. . <http://mdmgreece.gr/attachments/283_huma%20en.pdf> (retrieved: March 5, 2015).

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, 2015a. <http://www.mem-tp.org/pluginfile.php/619/mod_resource/content/1/MEM-TP_Synthesis_Report.pdf> (retrieved: March 5, 2015).

Mock-Muñoz de Luna C, Bodewes A, Graval E, Ingleby D. Appendices I-VI, Synthesis Repport. 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. <http://www.mem-tp.org/pluginfile.php/620/mod_resource/content/1/MEM-TP_Synthesis_Report_Appendices_I-VI.pdf> (retrieved: March 5, 2015).

NHS Greater Glasgow. Ethical Guidelines for Conducting Research with Minority Ethnic Communities. Glasgow: NHS Greater Glasgow, 2004.

Papadopoulos I (ed). Transcultural Health and Social Care: Development of Culturally Competent Practitioners. Churchill Livingstone Elsevier: Edinburgh, 2006, quoted in: IENE, Intercultural Education of Nurses in Europe, 2014, n.p. <http://www.ieneproject.eu/glossary-term.php?termID=11> (retrieved: March 5, 2015).

Pechurina A. Positionality and Ethics in the Qualitative Research of Migrants’ Homes. Sociological Research Online 2014;19(1):4:1-9. <http://picum.org/picum.org/uploads/publication/Children%20Conference%20report_26%20February%202013_EN.pdf> (retrieved: March 5, 2015).

PICUM, Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants. Access to Health Care for undocumented Migrants in Europe: The Key Role of Local and Regional Authorities. Brussels: PICUM, 2014. <http://picum.org/picum.org/uploads/publication/PolicyBrief_Local%20and%20Regional%20Authorities_AccessHealthCare_UndocumentedMigrants_Oct.2014.pdf> (retrieved: March 5, 2015).

Renschler I, Cattacin S. Comprehensive ‘difference sensitivity’ in health systems. In: Bjorngren-Cuadra C, Cattacin S (eds). Migration and Health: difference sensitivity from an organizational perspective, p. 37-41. Malmo: IMER, 2007.

* Renzaho AMN, Romios P, Crock C, Sønderlund AL. The effectiveness of cultural competence programs in ethnic minority patient-centered health care – a systematic review of the literature. International Journal for Quality in Health Care 2013;25(3):261-269.
* Robertson EV. “To be taken seriously”: women’s reflections on how migration and resettlement experiences influence their healthcare needs during childbearing in Sweden. Sexual & Reproductive Healthcare 2014 [in press].

Rosenfield S. Triple jeopardy? Mental health at the intersection of gender, race, and class. Social Science & Medicine 2012;74(11):1791-1801.

Ruiz-Casares M, Rousseau C, Derluyn I, Watters C, Crépeau F. Right and access to healthcare for undocumented children: Addressing the gap between international conventions and disparate implementations in North America and Europe. Social Science & Medicine 2010;70:329-336.

* Sears KP. Improving cultural competence education: the utility of an intersectional framework. Medical Education 2012;46: 545-551.

Seng JS, Lopez WD, Sperlich M, Hamama L, Reed Meldrum CD. Marginalized identities, discrimination burden, and mental health: Empirical exploration of an interpersonal-level approach to modelling intersectionality. Social Science & Medicine 2012;75(12):2437-2445.

Suess A, Ruiz Pérez I, Ruiz Azarola A, March Cerdà JC. The right of access to health care for undocumented migrants: a revision of comparative analysis in the European context. European Journal of Public Health 2014;24(5):712-720. doi: 10.1093/eurpub/cku036.

UN, United Nations. International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination, 1965 [1969]. <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CERD.aspx> (retrieved: March 5, 2015).

UN, United Nations. International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families, 1990, n.p. <http://www2.ohchr.org/english/bodies/cmw/cmw.htm> (retrieved: March 5, 2015).

UN, United Nations. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 1966 [1976]. <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx> (retrieved: March 5, 2015).

UNESCO, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. Intercultural Competences. Conceptual and Operational Framework. Paris: UNESCO, 2013. <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002197/219768e.pdf> (retrieved: March 5, 2015).

UNESCO, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. UNESCO Universal Declaration on Cultural Diversity. Paris: UNESCO, 2001. <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001271/127162e.pdf> (retrieved: March 5, 2015).

Van Laer K, Janssens M. Between the devil and the deep blue sea: Exploring the hybrid identity narratives of ethnic minority professionals. Scandinavian Journal of Management 2014;30(2):186-196.

Van Liempt I, Bilger V. The ethics of migration research methodology: dealing with vulnerable immigrants. Eastbourne: Sussex Academic Press, 2009.

* Viruell Fuentes EA, Miranda PY, Abdulrahim S. More than culture: Structural racism, intersectionality theory, and immigrant health. Social Science & Medicine 2012;75(12):2437-2445.

WHO, World Health Organization. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Geneva: WHO, 2008. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf> (retrieved: March 5, 2015).

WHO, World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion Paper Series on Social Determinants of Health 2. Geneva: WHO, 2010a. <http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf> (retrieved: March 5, 2015).

WHO, World Health Organization. How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity. Briefing on policy issues produced through the WHO/European Commission equity project. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2010b. <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/127526/e94497.pdf> (retrieved: March 5, 2015).

WHO, World Health Organization. WHO’s Contribution to the World Conference Against Racism, Racial Discrimination, Xenophobia and Related Intolerance. Health and freedom from discrimination. Health & Human Rights Publication Series Issue No. 2, Geneva: WHO, 2001. <http://www.who.int/hhr/activities/q_and_a/en/Health_and_Freedom_from_Discrimination_English_699KB.pdf> (retrieved: March 5, 2015).

Woodward A, Howard N, Wolffers I. Health and access to care for undocumented migrants living in the European Union: a scoping review. Health Policy and Planning 2014;29:818-830.

World Health Assembly. WHA 61.17 Health of Migrants, 24 May 2008. <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_R17-en.pdf> (retrieved: March 5, 2015).

1. WHO-WPRO, World Health Organization, West Pacific Region Office. People-Centred Health Care: A policy framework. Geneva: WHO, 2007.

   <http://www.wpro.who.int/health_services/people_at_the_centre_of_care/documents/ENG-PCIPolicyFramework.pdf> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-1)
2. WHO-WPRO 2007, op. cit. [↑](#footnote-ref-2)
3. WHO-WPRO 2007, op. cit. [↑](#footnote-ref-3)
4. Beach MC, Saha S, Cooper LA. The role and relationship of cultural competence and patient-centeredness in health care quality. New York, Washington: The Commonwealth Fund, 2006. [↑](#footnote-ref-4)
5. Bischoff A. Caring for migrant and minority patients in European hospitals. A review of effective interventions. MFH – Migrant Friendly Hospitals, a European initiative to promote health and health literacy for migrants and ethnic minorities. Neuchâtel, Basel: MFH, 2003. <http://mfh-eu.univie.ac.at/public/files/mfh_literature_review.pdf> (reviewed: December 16, 2014). [↑](#footnote-ref-5)
6. Lood Q, Ivanoff SD, Dellenborg L, Mårtensson L. Health-promotion in the context of ageing and migration: a call for person-centred integrated practice. International Journal of Integrated Care 2014. [URN:NBN:NL:UI:10-1-114771](http://persistent-identifier.nl/?identifier=URN:NBN:NL:UI:10-1-114771) [↑](#footnote-ref-6)
7. Koitzsch Jensen N, Johansen KS, Kastrup M, Krasnik A, Morredam M. Patient Experienced Continuity of Care in the Psychiatric Healthcare System – A Study Including Immigrants, Refugees and Ethnic Danes. Int J Environ Res Public Health 2014;11:9739-9759. [↑](#footnote-ref-7)
8. Renzaho AMN, Romios P, Crock C, Sønderlund AL. The effectiveness of cultural competence programs in ethnic minority patient-centered health care – a systematic review of the literature. International Journal for Quality in Health Care 2013;25(3):261-269. [↑](#footnote-ref-8)
9. Beach, Saha, Cooper 2006, op. cit., p. vi – vii. [↑](#footnote-ref-9)
10. Beach, Saha, Cooper 2006, op. cit., p. vi – vii. [↑](#footnote-ref-10)
11. Beach, Saha, Cooper 2006, op. cit., p. vi – vii. [↑](#footnote-ref-11)
12. Renzaho, Romios, Crock, Sønderlund 2013, op. cit. [↑](#footnote-ref-12)
13. Papadopoulos I (ed). Transcultural Health and Social Care: Development of Culturally Competent Practitioners. Churchill Livingstone Elsevier: Edinburgh, 2006, quoted in: IENE, Intercultural Education of Nurses in Europe, 2014, n.p. <http://www.ieneproject.eu/glossary-term.php?termID=11> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-13)
14. UNESCO, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. Intercultural Competences. Conceptual and Operational Framework. Paris: UNESCO, 2013.

    <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002197/219768e.pdf> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-14)
15. UNESCO, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. UNESCO Universal Declaration on Cultural Diversity. Paris: UNESCO, 2001.

    <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001271/127162e.pdf> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-15)
16. WHO, World Health Organization. WHO’s Contribution to the World Conference Against Racism, Racial Discrimination, Xenophobia and Related Intolerance. Health and freedom from discrimination. Health & Human Rights Publication Series Issue No. 2, Geneva: WHO, 2001.

    <http://www.who.int/hhr/activities/q_and_a/en/Health_and_Freedom_from_Discrimination_English_699KB.pdf> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-16)
17. Council of Europe. Recommendation Rec2006(18) of the Committee of Ministers to Member States on health services in a multicultural society. <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1062769&BackC> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-17)
18. Renschler I, Cattacin S. Comprehensive ‘difference sensitivity’ in health systems. In: Bjorngren-Cuadra C, Cattacin S (eds). Migration and Health: difference sensitivity from an organizational perspective, p. 37-41. Malmo: IMER, 2007. [↑](#footnote-ref-18)
19. Chiarenza A. Developments in the concept of 'cultural competence'. In: Ingleby D, et al. (eds). Inequalities in health care for migrants and ethnic minorities, Vol. 2, p. 66-81. COST Series on Health and Diversity. Antwerp: Garant Publishers, 2012. [↑](#footnote-ref-19)
20. 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, 2015a. <http://www.mem-tp.org/pluginfile.php/619/mod_resource/content/1/MEM-TP_Synthesis_Report.pdf> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-20)
21. FRA, European Union Agency for Fundamental Rights. Fundamental Rights of Migrants in an Irregular Situation in the European Union. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2011.

    <http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/1827-FRA_2011_Migrants_in_an_irregular_situation_EN.pdf> (retrieved: March 5, 2015) [↑](#footnote-ref-21)
22. Mock-Muñoz de Luna C, et al. 2015a, op. cit. [↑](#footnote-ref-22)
23. Mock-Muñoz de Luna C, Bodewes A, Graval E, Ingleby D. Appendices I-VI, Synthesis Repport. 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. [↑](#footnote-ref-23)
24. Suess A, Ruiz Pérez I, Ruiz Azarola A, March Cerdà JC. The right of access to health care for undocumented migrants: a revision of comparative analysis in the European context. European Journal of Public Health 2014;24(5):712-720. doi: 10.1093/eurpub/cku036. [↑](#footnote-ref-24)
25. UN, United Nations. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 1966 [1976]. <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-25)
26. CECSR, Committee on Economic, Cultural and Social Rights. General Comment Nº 14 (2000). The right to the highest attainable standard of health, p. 1-4.

    <http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?Lang=en&TreatyID=9&DocTypeID=11> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-26)
27. CECSR 2000, p. 10, op. cit. [↑](#footnote-ref-27)
28. UN, United Nations. International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families, 1990, n.p. <http://www2.ohchr.org/english/bodies/cmw/cmw.htm> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-28)
29. Mock-Muñoz de Luna, et al. 2015a, op .cit. [↑](#footnote-ref-29)
30. World Health Assembly. WHA 61.17 Health of Migrants, 24 May 2008. <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_R17-en.pdf> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-30)
31. Mock-Muñoz de Luna, et al. 2015a, op .cit. [↑](#footnote-ref-31)
32. World Health Assembly. WHA 61.17 Health of Migrants, 24 May 2008. <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_R17-en.pdf> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-32)
33. UN, United Nations. International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination, 1965 [1969]. <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CERD.aspx> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-33)
34. Council of the European Union. EU Framework for National Roma Integration Strategies (NRIS), 2011. <http://register.consilium.europa.eu/doc/srv?l=EN&f=ST%2010658%202011%20INIT> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-34)
35. UN, United Nations. International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination, 1965 [1969]. <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CERD.aspx> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-35)
36. Council of the European Union. EU Framework for National Roma Integration Strategies (NRIS), 2011. <http://register.consilium.europa.eu/doc/srv?l=EN&f=ST%2010658%202011%20INIT> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-36)
37. IOM, International Organization for Migration, WHO, World Health Organization; UNHRC, United Nations Human Rights Office of the High Commissioner. International Migration, Health and Human Rights. Geneva: IOM, 2013. <http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/WHO_IOM_UNOHCHRPublication.pdf> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-37)
38. Biswas D, Toebes B, Hjern A, Ascher H, Norredam M. Access to health care for undocumented migrants from a human rights perspective: a comparative study of Denmark, Sweden, and the Netherlands. Health and Human Rights 2012;14:2:49-60. [↑](#footnote-ref-38)
39. Cuadra BC. Right of access to health care for undocumented migrants in EU: a comparative study of national policies. Eur J Public Health 2011;22:267–271. [↑](#footnote-ref-39)
40. Dauvrin M, Lorant V, Sandhu S, et al. Health care for irregular migrants: pragmatism across Europe. A qualitative study. BMC Res Notes 2012;5:99. [↑](#footnote-ref-40)
41. Duvell, Triandafyllidou, Vollmer, 2008, op. cit. [↑](#footnote-ref-41)
42. FRA 2011a, op. cit. [↑](#footnote-ref-42)
43. FRA, European Union Agency for Fundamental Rights. Migrants in an Irregular Situation: Access to Health Care in 10 European Union Member States. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2011b.

    <http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/1771-FRA-2011-fundamental-rights-for-irregular-migrants-healthcare_EN.pdf> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-43)
44. HUMA Network, Health for Undocumented Migrants and Asylum Seekers, Collantes S. Are Undocumented Migrants and Asylum Seekers Entitled to Access Health Care in the EU? A Comparative Overview in 16 Countries. Paris, Brussels, Madrid: HUMA Network, 2010. <http://www.epim.info/wp-content/uploads/2011/02/HUMA-Publication-Comparative-Overview-16-Countries-2010.pdf> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-44)
45. Karl-Trummer U, Novak-Zezula S. Health Care in Nowhereland. Improving Services for Undocumented Migrants in the EU. Vienna: Centre for Health and Migration, 2010. [↑](#footnote-ref-45)
46. Médicins du Monde (Doctors of the World), European Observatory on Access to Health Care, Chauvin P, Parizot I, Simonnot N. Access to Health Care for Undocumented Migrants in 11 European Countries. Paris: Médicins du Monde, 2009. . <http://mdmgreece.gr/attachments/283_huma%20en.pdf> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-46)
47. Médicins du Monde (Doctors of the World), Chauvin P, Mestre MC, Simonnot N. Access to Health Care for Vulnerable Groups in the European Union in 2012. An Overview of the Condition of Persons Excluded from Health Care Systems in the EU. Paris: Médicins du Monde, 2012.

    <http://www.doktersvandewereld.be/sites/www.doktersvandewereld.be/files/publicatie/attachments/eu_vulnerable_groups_2012_mdm.pdf> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-47)
48. Médicins du Monde (Doctors of the World), Chauvin D, Simonnot N, Vanbiervliet F, et al. Access to Health Care in Europe in Times of Crisis and Rising Xenophobia: An Overview of the Situation of People Excluded from Health Care Systems. Paris: Médicins du Monde, 2013. <http://b.3cdn.net/droftheworld/d137240498b91ca33e_jhm62yjg1.pdf> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-48)
49. PICUM, Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants. Access to Health Care for undocumented Migrants in Europe: The Key Role of Local and Regional Authorities. Brussels: PICUM, 2014. <http://picum.org/picum.org/uploads/publication/PolicyBrief_Local%20and%20Regional%20Authorities_AccessHealthCare_UndocumentedMigrants_Oct.2014.pdf> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-49)
50. Ruiz-Casares M, Rousseau C, Derluyn I, Watters C, Crépeau F. Right and access to healthcare for undocumented children: Addressing the gap between international conventions and disparate implementations in North America and Europe. Social Science & Medicine 2010;70:329-336. [↑](#footnote-ref-50)
51. Suess A, Ruiz Pérez I, Ruiz Azarola A, March Cerdà JC. The right of access to health care for undocumented migrants: a revision of comparative analysis in the European context. European Journal of Public Health 2014;24(5):712-720. doi: 10.1093/eurpub/cku036. [↑](#footnote-ref-51)
52. Woodward A, Howard N, Wolffers I. Health and access to care for undocumented migrants living in the European Union: a scoping review. Health Policy and Planning 2014;29:818-830. [↑](#footnote-ref-52)
53. Council of Europe, Commissioner for Human Rights. Human rights of Roma and Travellers in Europe. Strasbourg: Council of Europe, 2012.

    <http://www.coe.int/t/commissioner/source/prems/prems79611_GBR_CouvHumanRightsOfRoma_WEB.pdf> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-53)
54. FRA, European Union Fundamental Rights Agency, UNDP, United Nations Development Programme. The situation of Roma in 11 EU Member States. Survey results at a glance. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2012. <http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/2099-FRA-2012-Roma-at-a-glance_EN.pdf> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-54)
55. DHSSPS, Department of Health, Social Services and Public Safety. DHSSPS Equality and Human Rights Strategy and Action Plan. Section 3. Ethnicity, Equality & Human Rights: Access to Health and Social Services in Northern Ireland. 2007. <http://www.dhsspsni.gov.uk/ehr-sect3.pdf> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-55)
56. WHO, World Health Organization. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Geneva: WHO, 2008.

    <http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-56)
57. WHO, World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion Paper Series on Social Determinants of Health 2. Geneva: WHO, 2010a.

    <http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-57)
58. WHO, World Health Organization. How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity. Briefing on policy issues produced through the WHO/European Commission equity project. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2010b.

    <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/127526/e94497.pdf> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-58)
59. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy Paper for Europe. Stockholm: Institute for Futures Studies, 1991. [↑](#footnote-ref-59)
60. Marmot M, Allan J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P, on behalf of the Consortium for the European Review of Social Determinants of Health and the Health Divide. WHO European review of social determinants of health and the health divide. Lancet 2012;380(15):1011-1029. [↑](#footnote-ref-60)
61. Ingleby D. Ethnicity, Migration and the ‘Social Determinants of Health’ Agenda. Psychosocial Intervention 2012;21(3):331-341. [↑](#footnote-ref-61)
62. Fésüs G, Östlin P, McKee M, Ádány R. Policies to improve the health and well-being of Roma people: The European experience. Health Policy 2012;105:25-32. [↑](#footnote-ref-62)
63. Hajduchová H, Urban D. Social determinants of health in the Romani population. Kontakt 2014;16:e39-e43. [↑](#footnote-ref-63)
64. Viruell Fuentes EA, Miranda PY, Abdulrahim S. More than culture: Structural racism, intersectionality theory, and immigrant health. Social Science & Medicine 2012;75(12):2437-2445. [↑](#footnote-ref-64)
65. Acevedo-García D, Sanchez Vaznaugh EV, Viruell-Fuentes EA, Almeida J. Integrating social epidemiology into immigrant health research: A cross-national framework. Social Science & Medicine 2012;75(12):2060-2068. [↑](#footnote-ref-65)
66. Bauer GR. Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: Challenges and the potential to advance health equity. Social Science & Medicine 2014;110:10-17. [↑](#footnote-ref-66)
67. Gazard B, Frissa C, Nellums L, Hotopf M, Hatach SL. Challenges in researching migration status, health and health service use: an intersectional analysis of a South London community. Ethnicity and Health 2014. DOI: 10.1080/13557858.2014.961410. [↑](#footnote-ref-67)
68. Aspinall PJ, Song M. Is race a ‘salient…’ or ‘dominant identity’ in the early 21st century: The evidence of UK survey data no respondents’ sense of who they are. Social Science Research 2013;42(2):547-561. [↑](#footnote-ref-68)
69. Seng JS, Lopez WD, Sperlich M, Hamama L, Reed Meldrum CD. Marginalized identities, discrimination burden, and mental health: Empirical exploration of an interpersonal-level approach to modelling intersectionality. Social Science & Medicine 2012;75(12):2437-2445. [↑](#footnote-ref-69)
70. Hankivsky O (ed). Health Inequities in Canada: Intersectional Frameworks and Practices. Vancouver, Toronto: UBC Press, 2011. <http://www.ubcpress.ca/books/pdf/chapters/2011/HealthInequitiesInCanada.pdf> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-70)
71. Rosenfield S. Triple jeopardy? Mental health at the intersection of gender, race, and class. Social Science & Medicine 2012;74(11):1791-1801. [↑](#footnote-ref-71)
72. Sears KP. Improving cultural competence education: the utility of an intersectional framework. Medical Education 2012;46: 545-551. [↑](#footnote-ref-72)
73. Robertson EV. “To be taken seriously”: women’s reflections on how migration and resettlement experiences influence their healthcare needs during childbearing in Sweden. Sexual & Reproductive Healthcare 2014 [in press]. [↑](#footnote-ref-73)
74. Kovandžić M, Funnell E, Hammond J, Ahmed A, Edwards S, Clarke P, et al. The space of access to primary mental health care: A qualitative case study. Health & Place 2012;18(3):536-551. [↑](#footnote-ref-74)
75. Hankivsky, op. cit. [↑](#footnote-ref-75)
76. Van Laer K, Janssens M. Between the devil and the deep blue sea: Exploring the hybrid identity narratives of ethnic minority professionals. Scandinavian Journal of Management 2014;30(2):186-196. [↑](#footnote-ref-76)
77. Cattacin, et al. 2013, op. cit. [↑](#footnote-ref-77)
78. Hankivsky, op. cit. [↑](#footnote-ref-78)
79. Mason CN. Leading at the Intersections: An Introduction to the Intersectional Approach Model for Policy & Social Change. New York: Women of Color Policy Network, New York University Robert F. Wagner, s.a.

    <http://www.racialequitytools.org/resourcefiles/Intersectionality%20primer%20-%20Women%20of%20Color%20Policy%20Network.pdf> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-79)
80. Viruell Fuentes, et al., op. cit. [↑](#footnote-ref-80)
81. Marmot et al. 2012, op. cit. [↑](#footnote-ref-81)
82. WHO-WPRO 2007, op. cit. [↑](#footnote-ref-82)
83. Arnstein SR. A Ladder of Citizen Participation. JAIP 1969;35(4):216 – 224. [↑](#footnote-ref-83)
84. Cornwall, A. (2008). Unpacking ‘Participation’: modes, meanings and practices. Community Development Journal 43(3):269-283. [↑](#footnote-ref-84)
85. Dwyer J. Illegal Immigrants, Health Care, and Social Responsibility. Hasting Center Report 2004:34-41. [↑](#footnote-ref-85)
86. Berlinger N, Raghavan R. The Ethics of Advocacy for Undocumented Patients. Hastings Center Report 2013;4(31):14-17. [↑](#footnote-ref-86)
87. Eckenwiler L, Straehle C, Chung R. Global Solidarity, Migration and Global Health Inequity. Bioethics 2012;26(7):382-390. [↑](#footnote-ref-87)
88. European Roma Rights Centre. Ambulance not on the way. The Disgrace of Health Care for Roma in Europe. Budapest: European Roma Rights Centre, 2006. <http://www.errc.org/cms/upload/media/01/E6/m000001E6.pdf> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-88)
89. Wild V. Challenging bioethicists’ agenda: The example of immigration, health care and ethics. Bioethics Forum 2011;4(2):64-65. [↑](#footnote-ref-89)
90. Bostick N, Morin K, Benjamin R, Higginson D. Physicians’ ethical responsibilities in addressing racial and ethnic healthcare disparities. J Natl Med Assoc 2006;98(8):1329-1334. [↑](#footnote-ref-90)
91. Van Liempt I, Bilger V. The ethics of migration research methodology: dealing with vulnerable immigrants. Eastbourne: Sussex Academic Press, 2009. [↑](#footnote-ref-91)
92. Duvell F, Triandafyllidou A, Vollmer B. Ethical issues in irregular migration research. Report on Ethical Issues, Deliverable D2 prepared for Work Package 2 of the research project CLANDESTINO Undocumented Migration: Counting the Uncountable. Data and Trends Across Europe, funded by the 6th Framework Programme for Research and Technological Development Research DG, European Commission, 2008. <http://irregular-migration.net/typo3_upload/groups/31/4.Background_Information/4.1.Methodology/EthicalIssuesIrregularMigration_Clandestino_Report_Nov09.pdf> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-92)
93. Pechurina A. Positionality and Ethics in the Qualitative Research of Migrants’ Homes. Sociological Research Online 2014;19(1):4:1-9. [↑](#footnote-ref-93)
94. Marshall A, Batten S. Researching Across Cultures: Issues of Ethics and Power. FQS, Forum Qualitative Social Research 2004;5(3);39. <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/572/1241> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-94)
95. NHS Greater Glasgow. Ethical Guidelines for Conducting Research with Minority Ethnic Communities. Glasgow: NHS Greater Glasgow, 2004. [↑](#footnote-ref-95)
96. Bhopal R. Ethical Issues in Health Research on Ethnic Minority Populations: Focusing on Inclusion and Exclusion. Research Ethics 2008;4(1):15-19. [↑](#footnote-ref-96)
97. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. Oxford: Oxford University Press, 2012 [1979]. [↑](#footnote-ref-97)
98. Dwyer 2004, op. cit. [↑](#footnote-ref-98)
99. Eckenwiler et al. 2012, op. cit. [↑](#footnote-ref-99)
100. Wild 2011, op. cit. [↑](#footnote-ref-100)
101. European Roma Rights Center 2006, op. cit. [↑](#footnote-ref-101)
102. Wild 2011, op. cit. [↑](#footnote-ref-102)
103. Berlinger et al. 2013, op. cit. [↑](#footnote-ref-103)
104. Bostick et al. 2006, op. cit. [↑](#footnote-ref-104)
105. European Roma Rights Centre 2006, op. cit. [↑](#footnote-ref-105)
106. Wild 2011, op. cit. [↑](#footnote-ref-106)
107. Berlinger et al. 2013, op. cit. [↑](#footnote-ref-107)
108. Bostick et al. 2006, op. cit. [↑](#footnote-ref-108)
109. European Roma Rights Centre 2006, op. cit. [↑](#footnote-ref-109)
110. Wild 2011, op. cit. [↑](#footnote-ref-110)
111. Liempt et al. 2009, op cit. [↑](#footnote-ref-111)
112. Duvell et al. 2008, op. cit. [↑](#footnote-ref-112)
113. Pechurina 2014, op. cit. [↑](#footnote-ref-113)
114. Marshall et al. 2004, op. cit. [↑](#footnote-ref-114)
115. NHS Greater Glasgow 2004, op. cit. [↑](#footnote-ref-115)
116. Bhopal 2008, op. cit. [↑](#footnote-ref-116)
117. Wild 2011, op. cit. [↑](#footnote-ref-117)
118. Liempt et al. 2009, op cit. [↑](#footnote-ref-118)
119. Duvell et al. 2008, op. cit. [↑](#footnote-ref-119)
120. Pechurina 2014, op. cit. [↑](#footnote-ref-120)
121. Marshall et al. 2004, op. cit. [↑](#footnote-ref-121)
122. NHS Greater Glasgow 2004, op. cit. [↑](#footnote-ref-122)
123. Bhopal 2008, op. cit. [↑](#footnote-ref-123)