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 2: OPRACOWANIE STRATEGII PLANOWANIA I WDRAŻANIA DZIAŁAŃ ZWIĄZANYCH Z WŁASNYM MIEJSCEM PRACY I CODZIENNĄ PRAKTYKĄ ZAWODOWĄ W KONTAKTACH Z MIGRANTAMI I MNIEJSZOŚCIAMI ETNICZNYMI***

***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**

**Rozdział 2: Opracowanie strategii planowania i wdrażania działań związanych z własnym miejscem pracy i codzienną praktyką zawodową w kontaktach z migrantami i mniejszościami etnicznymi**

1. **Cele i metody**
	1. **Cele**

**Cele prezentacji**

* Prezentacja strategii planowania i wdrażania działań związanych z własnym miejscem pracy i codzienną praktyką zawodową w kontaktach z migrantami i mniejszościami etnicznymi

**Cele ćwiczeń**

* Otwarcie dyskusji o doświadczeniach, możliwościach i ograniczeniach dla interkulturowej mediacji
* Stworzenie pola do przemyśleń na temat strategii przeciwdziałających dyskryminacji w opiece zdrowotnej nakierowanej na różnorodność kulturową i etniczną
* Refleksja na temat możliwości i ograniczeń w stosowaniu organizacyjnej zmiany związanej z różnorodnością kulturową i etniczną w kontekście własnej instytucji
* Rozpoczęcie dyskusji na temat strategii rozwiązywania codziennych problemów w opiece zdrowotnej nakierowanej na różnorodność kulturową i etniczną
* Identyfikacja strategii wdrażania opieki zdrowotnej nakierowanej na zróżnicowanie kulturowe i etniczne
	1. **Metody**

*Czas przewidziany na Moduł 4 wynosi 5 godzin, około 50 minut na każdą Część. Materiały szkoleniowe 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 i 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** |
| 10 minut | * Prezentacja strategii planowania i wdrażania działań związanych z własnym miejscem pracy i codzienną praktyką zawodową w kontaktach z migrantami i mniejszościami etnicznymi.
 | **Prezentacja** “Opracowanie strategii planowania i wdrażania działań związanych z własnym miejscem pracy i codzienną praktyką zawodową w kontaktach z migrantami i mniejszościami etnicznymi.”Część I (dostęp do opieki zdrowotnej, ciągłość opieki, usługi tłumacza, mediacja interkulturowa) i pytania*(Slajdy 1 – 16)* | Projektor, laptop, ekran.M4\_U2\_PrezentacjaM4\_U2\_Materiał Dodatkowy |
| 20 minut | * Otwarcie dyskusji o doświadczeniach, możliwościach i ograniczeniach dla interkulturowej mediacji.
 | **Ćwiczenie 1** składa się z trzech części:* Prezentacja metodyki
* Pokaz filmu wideo *“Mediacja Zdrowotna Romów w Europie”*
* Dyskusja

*(Slajd 17)* | Projektor, laptop, ekran.Pokaz filmu wideo*“Mediacja Zdrowotna Romów w Europie”*M4\_U2 Film1 |
| 10 minut | * Prezentacja strategii planowania i wdrażania działań związanych z własnym miejscem pracy i codzienną praktyką zawodową w kontaktach z migrantami i mniejszościami etnicznymi.
 | **Prezentacja** “Opracowanie strategii planowania i wdrażania działań związanych z własnym miejscem pracy i codzienną praktyką zawodową w kontaktach z migrantami i mniejszościami etnicznymi.”Część II (dyskryminacja) i pytania*(Slajdy 18-21)* | Projektor, laptop, ekran.M4\_U2\_PrezentacjaM4\_U2\_Materiał Dodatkowy |
| 20 minut | * Stworzenie pola do przemyśleń na temat strategii przeciwdziałających dyskryminacji w opiece zdrowotnej nakierowanej na różnorodność kulturową i etniczną.
 | **Ćwiczenie 2** składa się z trzech części:* Prezentacja metodyki
* Pokaz filmu wideo *“Konfrontacja ze zbrodniami nienawiści przeciwko Romom”*
* Dyskusja

*(Slajd 22)* | Projektor, laptop, ekran.* Pokaz filmu wideo

*“Konfrontacja ze zbrodniami nienawiści przeciwko Romom”*M4\_U2 Film2 |
| 10 minut | * Prezentacja strategii planowania i wdrażania działań związanych z własnym miejscem pracy i codzienną praktyką zawodową w kontaktach z migrantami i mniejszościami etnicznymi.
 | **Prezentacja** “Opracowanie strategii planowania i wdrażania działań związanych z własnym miejscem pracy i codzienną praktyką zawodową w kontaktach z migrantami i mniejszościami etnicznymi.”Część III (organizacja usług) i pytania*(Slajdy 23-25)* | Projektor, laptop, ekran.M4\_U2\_PrezentacjaM4\_U2\_Materiał Dodatkowy |
| 20 minut | * Refleksja na temat możliwości i ograniczeń w stosowaniu zmiany organizacyjnej związanej z różnorodnością kulturową i etniczną w kontekście własnej instytucji
 | **Ćwiczenie 3** składa się z trzech części:* Prezentacja metodyki
* Wzór Ćwiczenia Indywidualnego
* W parach: wymiana doświadczeń i strategii

*(Slajd 26)*  | Projektor, laptop, ekran.M4\_U2\_A3 Wzór Ćwiczenia, długopisy |
| 10 minut | * Prezentacja strategii planowania i wdrażania działań związanych z własnym miejscem pracy i codzienną praktyką zawodową w kontaktach z migrantami i mniejszościami etnicznymi.
 | **Prezentacja** “Opracowanie strategii planowania i wdrażania działań związanych z własnym miejscem pracy i codzienną praktyką zawodową w kontaktach z migrantami i mniejszościami etnicznymi.”Część IV (uczestnictwo i szkolenia) oraz pytania*(Slajdy 27-30)* | Projektor, laptop, ekran.M4\_U2\_PrezentacjaM4\_U2\_Materiał Dodatkowy |
| 20 minut | * Rozpoczęcie dyskusji na temat strategii rozwiązywania codziennych problemów w opiece zdrowotnej nakierowanej na różnorodność kulturową i etniczną
 | **Ćwiczenie 4** składa się z trzech części:* Prezentacja metodyki
* Małe grupy: Dyskusja na temat badania przypadków
* W całej grupie: Zakończenie i dyskusja

*(Slajd 31)* | Projektor, laptop, ekran.Studia przypadkuM4\_U2\_A4 Ćwiczenie Studia przypadkuKartki, długopisy |
| 5 minut +30 minut ostatniego dnia sesji szkoleniowych | * Identyfikacja strategii wdrażania opieki zdrowotnej nakierowanej na zróżnicowanie kulturowe i etniczne.
 | **Ćwiczenie 5** składa się z trzech części:* Prezentacja metodyki
* Indywidualne zadanie domowe: identyfikacja i wybór filmu wideo na pokaz.
* W całej grupie (ostatniego dnia): Pokaz filmu wideo prezentacja i dyskusja

*(Slajd 32)* | Projektor, laptop, ekran. |

**2. Prezentacja**

**Slajd 1:** Strona tytułowa

**Slajd 2:** Zarys sesji

**Slajd 3:** W nowych wersji projektów europejskich oraz na podstawie lokalnych i regionalnych doświadczeń można zidentyfikować szeroki zakres **strategii związanych z opieką zdrowotną związaną z różnorodnością kulturową i etniczną**[[1]](#footnote-1),[[2]](#footnote-2),[[3]](#footnote-3),[[4]](#footnote-4),[[5]](#footnote-5).

*W Dodatkowym Materiale do M4\_U2 można znaleźć listę projektów europejskich skoncentrowanych na migrantach, mniejszościach etnicznych oraz grupach populacji znajdujących się w sytuacji społecznego zagrożenia.*

Zidentyfikowane strategie obejmują, między innymi, następujące aspekty:

* Dostęp do opieki zdrowotnej
* Ciągłość opieki
* Tłumaczenia pisemne i ustne
* Mediacja interkulturowa
* Ochrona przeciwko dyskryminacji
* Organizacja usług i zmiana w zarządzaniu
* Zaangażowanie migrantów i mniejszości etnicznych
* Szkolenie

*Sugerujemy, by wybrać te strategie, które najpełniej odnoszą się do aktualnych okoliczności i zaprezentować je bardziej szczegółowo (zobacz poniższe slajdy).*

**Slajd 4:** W najnowszych badania[[6]](#footnote-6),[[7]](#footnote-7),[[8]](#footnote-8),[[9]](#footnote-9),[[10]](#footnote-10),[[11]](#footnote-11),[[12]](#footnote-12),[[13]](#footnote-13),[[14]](#footnote-14),[[15]](#footnote-15),[[16]](#footnote-16),[[17]](#footnote-17),[[18]](#footnote-18),[[19]](#footnote-19),[[20]](#footnote-20),[[21]](#footnote-21),[[22]](#footnote-22),[[23]](#footnote-23),[[24]](#footnote-24) wykazuje się częste ograniczenia i **bariery w dostępie do opieki zdrowotnej dla migrantów i mniejszości etnicznych**.

W odniesieniu do **uprawnień do opieki zdrowotnej dla migrantów** można zaobserwować nierówną sytuację w Europie. Migranci w ‘nieuregulowanej’ sytuacji prawnej są często narażeni na ograniczony dostęp do opieki zdrowotnej (zobacz Dodatkowy Moduł 1, Część 2). Ponadto, zidentyfikowano wiele barier kulturowych, językowych i administracyjnych w skutecznym dostępie do opieki zdrowotnej.

W przypadku **mniejszości etnicznych**, włącznie z populacją romską, wyniki najnowszych badań wykazują istnienie wielu barier kulturowych i administracyjnych w skutecznym dostępie do opieki zdrowotnej.

Zweryfikowane badania i raporty zalecają zapewnienie dostępu do opieki zdrowotnej dla wszystkich ludzi, bez względu na ich narodowość, pochodzenie etniczne i sytuację administracyjną oraz zmniejszenie barier do skutecznego dostępu do opieki zdrowotnej.

**Slajd 5:** Można zidentyfikowaćpoprawę w ciągłości opieki, co jest priorytetem w opiece zdrowotnej dla migrantów i mniejszości etnicznych. Znaczenie tego aspektu można odnieść do statusu zdrowotnego i społeczno-ekonomicznej sytuacji obydwu grup populacji.

W odniesieniu do **migrantów**, najnowsze badania[[25]](#footnote-25),[[26]](#footnote-26),[[27]](#footnote-27),[[28]](#footnote-28),[[29]](#footnote-29),[[30]](#footnote-30),[[31]](#footnote-31) pokazują względnie dobry status zdrowotny populacji migrantów, znany jako *“efekt zdrowego migranta”.* Ponadto,można zaobserwować rzadsze korzystanie z podstawowej opieki zdrowotnej oraz obniżoną konsumpcję leków na receptę pomiędzy populacjami migrantów w porównaniu z populacją ogólną. Jednocześnie można zaobserwować częste pogorszenie się stanu zdrowia podczas pobytu w kraju goszczącym oraz ryzyka zdrowotne związane z niepewną sytuacją społeczno-ekonomiczną.

W przypadku **mniejszości etnicznych**, włącznie z populacją Romów, najnowsze badania[[32]](#footnote-32),[[33]](#footnote-33),,[[34]](#footnote-34),[[35]](#footnote-35) wskazują na niższy status zdrowotny i niższą oczekiwaną długość życia niż wśród ogólnej populacji. W odniesieniu do opieki zdrowotnej można zaobserwować częstsze korzystanie z opieki w stanach nagłych i rzadsze korzystanie z profilaktycznej opieki zdrowotnej w porównaniu z ogólną populacją. Ponadto zidentyfikowano niższy odsetek osób postrzegających jakość opieki zdrowotnej jako dobrą oraz zaobserwowano również specyficzne ryzyka zdrowotne związane z niepewną sytuacją społeczno-ekonomiczną.

Podsumowując powyższe obserwacje, autorzy podkreślają znaczenie poprawionej ciągłości opieki zdrowotnej w przypadku opieki zdrowotnej dla migrantów i mniejszości etnicznych.

**Slajd 6:** Zweryfikowane badania identyfikują różne **bariery na drodze do ciągłości opieki zdrowotnej dla populacji** **migrantów**, między innymi niepewne warunki pracy i życia, brak uprawnień do dostępnej opieki zdrowotnej, doświadczenia dyskryminacji w systemie opieki zdrowotnej, strach przed aresztowaniem, odległość służb opieki zdrowotnej od miejsca zamieszkania migrantów oraz aspekty kulturowe. Ponadto podkreślona jest specyficzna sytuacja pracowników sezonowych, z często zmieniającymi sie miejscami pracy i zamieszkania, co może przeszkadzać w ciągłości opieki.

W przypadku **mniejszości etnicznych**, włącznie z populacjami Romów, odkryte bariery w ciągłości opieki zdrowotnej obejmują niepewne warunki pracy i życia, doświadczenia dyskryminacji w systemie opieki zdrowotnej, ograniczenie lub odmowę dostępu do opieki zdrowotnej mimo posiadania uprawnień do takich usług, odległość służb opieki zdrowotnej od miejsca zamieszkania mniejszości etnicznych oraz aspekty kulturowe. Ponadto podkreślona jest specyficzna sytuacja mobilnej populacji romskiej (koczowników), z często zmieniającymi sie miejscami pracy i zamieszkania, co może przeszkadzać w ciągłości opieki.

**Slajd 7: Trudności w zrozumieniu wyrażeń idiomatycznych** są identyfikowane jako jedna z głównych barier w dostępie do opieki zdrowotnej dla populacji migrantów[[36]](#footnote-36),[[37]](#footnote-37),[[38]](#footnote-38).

Można zidentyfikować korzystanie z różnych strategii, takie jak wdrożenie **usług tłumaczeń pisemnych i ustnych**[[39]](#footnote-39),[[40]](#footnote-40),[[41]](#footnote-41),[[42]](#footnote-42),[[43]](#footnote-43),włącznie z wykorzystaniem zarówno profesjonalnych jak i nieformalnych **tłumaczy pisemnych i ustnych,** takich jak krewni lub przyjaciele migranta, podkreślona powinna być rola **tłumaczenia środowiskowego**[[44]](#footnote-44),[[45]](#footnote-45),[[46]](#footnote-46),[[47]](#footnote-47),[[48]](#footnote-48),[[49]](#footnote-49),[[50]](#footnote-50), oraz wykorzystaniem innych narzędzi komunikacji[[51]](#footnote-51),[[52]](#footnote-52),[[53]](#footnote-53),[[54]](#footnote-54),[[55]](#footnote-55),[[56]](#footnote-56), takich jak **usługi tłumaczenia telefonicznego lub elektronicznego**, wprowadzenie **broszur wielojęzycznych,** użycie elektronicznych wiadomości tekstowych oraz **wykorzystanie piktogramów**.

W odniesieniu do **tłumaczenia ustnego**[[57]](#footnote-57),[[58]](#footnote-58),[[59]](#footnote-59),[[60]](#footnote-60),[[61]](#footnote-61), podkreślona jest potrzeba uznania tej praktyki jako zawodu oraz znaczenie wpływu działalności tłumaczeniowej na świadczenie usług opieki zdrowotnej. Obecnie obserwuje się częste korzystanie z usług nieformalnych tłumaczy.

**Slajd 8: Tłumaczenie środowiskowe**[[62]](#footnote-62),[[63]](#footnote-63),[[64]](#footnote-64),[[65]](#footnote-65),[[66]](#footnote-66),[[67]](#footnote-67),[[68]](#footnote-68) jest opisywane jako specyficzna metodologia oparta na rozumieniu tłumaczenia jako interakcji i współ-uczestniczenia, osadzona w kontekście społecznym i kulturalnym. Tłumaczenie środowiskowe jest prowadzone w różnych kontekstach, między nimi w sądach, opiece zdrowotnej oraz w kontekstach edukacyjnych i zawiera różne modalności (tłumaczenie a vista, tłumaczenie symultaniczne, tłumaczenie dialogowe, tłumaczenie na odległość, tłumaczenie sztafetowe). Najnowsze badania wykazują, że tłumacze środowiskowi często wykonują różne inne funkcje oprócz tłumaczenia, takie jak wypełnianie formularzy, wyjaśnianie terminologii, upraszczanie języka lub podsumowanie treści. Odpowiednie szkolenie, ocena jakości oraz rozważenie aspektów etycznych są identyfikowane jako odpowiednie aspekty w procesie profesjonalizacji praktyki tłumaczenia środowiskowego.

Rada Europy[[69]](#footnote-69) podkreśla rolę ***“tłumaczy środowiskowych”***, definiując koncepcję ich funkcji następująco: *“Tłumacze środowiskowi specjalizują się w tłumaczeniu w trójstronnych sytuacjach, by ułatwić wzajemnie zrozumienie pomiędzy osobami mówiącymi różnymi językami. Podczas tłumaczenia biorą oni pod uwagę społeczne i kulturowe pochodzenie mówiących. Mają oni podstawową wiedzę o komunikacji interkulturowej. Są oni zaznajomieni z nieporozumieniami i konfliktami, które mogą się zdarzyć w tym kontekście i są w stanie odpowiednio zareagować w takich sytuacjach”.*

**Slajd 9:** Kilka stowarzyszeń zawodowych opublikowało **standardy etyczne** dotyczące **tłumaczenia interkulturowego,** takie jak Kodeks Etyki dla Tłumaczy Środowiskowych publikowane przez ITIA, Irlandzkie Stowarzyszenie Tłumaczy Pisemnych i Ustnych (Irish Translators’ and Interpreters’ Association)[[70]](#footnote-70) lub Kodeks Etyki IMIA, Międzynarodowego Stowarzyszenia Tłumaczy Medycznych (International Medical Interpreters Association)[[71]](#footnote-71).

Kodeks IMIA[[72]](#footnote-72) obejmuje następujące aspekty:

* Poufność
* Wykorzystanie języka do przekazania treści i intencji przesłania
* Powstrzymanie się od przyjmowania zleceń przekraczających własne zawodowe umiejętności, płynność języka i poziom szkolenia
* Powstrzymanie się od wtrącania własnych osobistych opinii lub doradzania pacjentom
* Zaangażowanie się w rolę adwokata pacjenta i mediację interkulturową wyłącznie w ramach czynności koniecznych do procesu komunikacji
* Korzystanie z umiejętnych nienarzucających się metod interwencji
* Uaktualnianie swojej wiedzy o ewolucji w językach i terminologii medycznej
* Uczestnictwo w programach edukacyjnych
* Kontakt z profesjonalnymi stowarzyszeniami
* Powstrzymanie się od korzystania z własnej pozycji zawodowej w celu uzyskania korzyści od klienta

**Slajd 10**: Jako przykład **użycia piktogramów** adresowanych do migrantów, można podać materiały opracowane przez Szpital *Punta de Europa* w Andaluzji, w Hiszpanii[[73]](#footnote-73) na temat ciąży, porodu i opieki połogowej, które są dostępne w języku hiszpańskim, angielskim, francuskim i arabskim. W tym slajdzie można zobaczyć piktogram w języku arabskim.

**Slajd 11:** Istnieje jeszcze inna strategia ułatwienia dostępu do opieki zdrowotnej oraz ciągłości opieki zdrowotnej dla migrantów i mniejszości etnicznych, mianowicie zaoferowanie usług kulturowych **/ interkulturowych**.

WHO-Europe, Światowa Organizacja Zdrowia – Europejskie Biuro Regionalne*[[74]](#footnote-74)*, definiuje rolę ***“mediatora kulturowego”*** w sposób następujący: *“Mediatorzy kulturowi, wybrani z uwagi na ich znajomość kultury i “świata życia” użytkownika usługi, uczestniczą w interwencjach zdrowotnych, by wypełnić luki społeczno-kulturowe pomiędzy świadczeniodawcami i użytkownikami”.*

Rada Europy[[75]](#footnote-75) w metodologicznym przewodniku opublikowanym w roku 2011 wysuwa następującą definicję: *“Mediatorzy kulturowi zapewniają imigrantom i zawodowym świadczeniodawcom usług publicznych łatwo zrozumiałe informacje o różnicach kulturowych, innych prawidłach dotyczących społecznych i politycznych systemach w kraju goszczącym oraz różnych sposobach zachowania. Robiąc tak, budują pomosty pomiędzy imigrantami i systemami edukacji/wsparcia, w ten sposób ułatwiając porozumienie pomiędzy lekarzami i pacjentami, adwokatami i klientami oraz nauczycielami i rodzicami. Pracują oni jako zespół lub jako specjaliści niezależni, organizując i wdrażając projekty profilaktyczne, sesje informacyjne dla imigrantów, itd. Inaczej niż profesjonalni mediatorzy, nie są specjalistami w mediacji konfliktów, ale przez ich pracę można pomóc zapobiec możliwym konfliktom”.*

**Slajd 12:** Rola ***“ mediatora międzykulturowego”*** jest definiowana następująco:

Mediacja interkulturowa jest rolą wielokierunkową, w której mediator działa zasadniczo jako trzecia osoba z zewnątrz, oraz jako kulturowy pośrednik pomiędzy daną osobą lub społecznością a departamentami instytucji. Mediatorzy często określani są jako “pośrednicy”, “moderatorzy”, “arbitrowie” lub “negocjatorzy” z uwagi na ich umiejętności interpersonalne i ich zdolności do gromadzenia ludzi dookoła zbiorowych kwestii[[76]](#footnote-76).

Mediator Interkulturowy ułatwia wymianę pomiędzy ludźmi różnego pochodzenia społeczno-ekonomicznego i ułatwia porozumienie pomiędzy imigrantami a stowarzyszeniami krajowymi i lokalnymi, organizacjami zdrowotnymi, usługami i urzędami w celu ułatwienia integracji każdej osoby.[[77]](#footnote-77)

Obydwa terminy są często używane jako synonimy. Niektórzy autorzy preferują koncepcję “mediacji interkulturowej”, w celu zrozumienia interakcji pomiędzy różnymi kontekstami kulturowymi.

**Slajd 13**: W **Rezolucji Rady Europy** ***218 (2006)*** *o* *skutecznym dostępie do praw społecznych dla imigrantów: roli władz lokalnych i regionalnych*, wprowadzenie interkulturowych mediatorów kulturowych jest zalecane w następujących przypadkach:

10. W świetle powyższego, Kongres zaleca by miejscowości, miasta i regiony Rady Europy państw członkowskich: (…)

d. rozważyły pomoc imigrantom przez zatrudnienie mediatorów z ich kultur w różnych lokalnych i regionalnych departamentach władz rządowych i systemie szpitalnym;

(Rada Europy 2006: s.n.)

**Slajd 14:** Zweryfikowane badania i raporty[[78]](#footnote-78),[[79]](#footnote-79),[[80]](#footnote-80),[[81]](#footnote-81),[[82]](#footnote-82),[[83]](#footnote-83),[[84]](#footnote-84),[[85]](#footnote-85),[[86]](#footnote-86),[[87]](#footnote-87),[[88]](#footnote-88),[[89]](#footnote-89),[[90]](#footnote-90),[[91]](#footnote-91) odzwierciedlają **różne ramy dla mediacji interkulturowej,** według podejścia teoretycznego i kontekstu społeczno-politycznego, z różnym skoncentrowaniem uwagi na rolę mediatora w tłumaczeniu, informacji i zarządzaniu konfliktem.

Istotne zadania mediatorów interkulturowych obejmują następujące aspekty:

* Tłumaczenie dialogowe, oparte na aktywnym uczestnictwie tłumacza w procesie komunikacji
* Dekodowanie kulturowe: Wyjaśnianie znaczeń kulturowych
* Informacja, rada I wsparcie w procedurach administracyjnych, opieki zdrowotnej i służbach społecznych
* Kwestionowanie filtrów kulturowych i stereotypów
* Poprawa dialogu pomiędzy migrantami /mniejszościami etnicznymi oraz kontekstami instytucjonalnymi
* Zarządzanie konfliktem i negocjacjami
* Ochrona praw użytkowników
* Ochrona i promocja zdrowia

Jeżeli chodzi o profil zawodowy, to mediatorzy interkulturowi często mają pochodzenie transkulturowe, ze znajomością obydwu kontekstów kulturowych i z dwujęzycznymi umiejętnościami językowymi. Podkreśla się znaczenie szkolenia zawodowego, jak i potrzebę specyficznych umiejętności komunikacyjnych.

**Slajd 15:** Wnajnowszych badaniach[[92]](#footnote-92),[[93]](#footnote-93),[[94]](#footnote-94),[[95]](#footnote-95) **mediatorzy interkulturowi** opisują między innymi następujące **trudności w ich praktyce zawodowej**: ryzyko niewłaściwej interpretacji znaczeń kulturowych, obecność przesadnych oczekiwań wobec ich roli ze strony personelu i użytkowników, czasochłonne zadania administracyjne, brak odpowiedniej przestrzeni fizycznej do przyjmowania użytkowników, brak zasobów finansowych i niskie pensje, brak zawodowego uznania i możliwości rozwoju zawodowego, brak odpowiedniego wsparcia i nadzoru, odizolowanie od publicznego systemu opieki zdrowotnej, trudności w usuwaniu przeszkód na drodze do uzyskania bardziej efektywnej relacji użytkownik/ lekarz, ograniczenia w poprawie społecznych determinant zdrowia oraz konflikty etyczne.

**Slajd 16:** Zidentyfikowano kilka **strategii poprawy interkulturowej praktyki mediacji**. Ze strony **instytucji** zalecana jest poprawa instytucjonalnego uznania mediacji interkulturowej, zatrudnienie profesjonalnych mediatorów interkulturowych oraz jasna definicja roli i ram pracy mediatora.

W związku z rolą **mediacji interkulturowej,** podkreśla się następujące strategie: znaczenie samodzielnego zdobywania wiedzy, umiejętności społeczne, kulturowa świadomość i znajomość organizacyjnego kontekstu oraz pokazanie postawy pełnej otwartości, empatii, szacunku i gotowości do słuchania. Ponadto, kładzie się nacisk na szacunek dla wyborów ludzi, wartości i potrzeb oraz zapewnienie informacji koniecznej do umożliwienia danej osobie podjęcie decyzji. W zweryfikowanych dokumentach podkreślono potrzebę adaptacji do tempa integracji danej osoby oraz znaczenie uznania dla umiejętności użytkownika i osobistej autonomii, wykorzystanie wypróbowanych i sprawdzonych metod komunikacji oraz wspieranie współpracy i partnerstwa. Ponadto zaleca się budowanie wiedzy o mediacji interkulturowej oraz stałą samoocenę własnej praktyki. Szczególny nacisk jest kładziony na potrzebę dalszych badań znaczenia mediacji interkulturowej w nie-zachodnich kontekstach kulturowych.

**3. Ćwiczenie 1**

**Pokaz filmu wideo i dyskusja** *“Mediacja Zdrowotna Romów w Europie”,* IOM, Międzynarodowa Organizacja dla Migracji, 2014.

**Slajd 17:** Ćwiczenie składa się z trzech części:

1. **Wprowadzenie do metodyki**
2. **Pokaz filmu wideo i dyskusja** *“Mediacja Zdrowotna Romów w Europie”,* IOM, Międzynarodowa Organizacja dla Migracji, 2014 (6:31 min)

<https://www.youtube.com/watch?v=EarpvGr6n5k>

*Ten film wideo można również wykorzystać w Module 4, Części 5.*

1. **Dyskusja grupowa** na temat treści filmu wideo (w całej grupie), obejmująca następujące pytania:
* Które problemy społeczne i zdrowotne są opisywane jako najważniejsze dla populacji romskich?
* Jakie ważne aspekty praktyki mediacji interkulturowej można zidentyfikować w filmie wideo?
* Jakie można zaobserwować trudności lub wyzwania?

**4. Prezentacja**

**Slajd 18: Ochrona przeciwko dyskryminacji** może być zidentyfikowana jako inna ważna strategia dla opieki zdrowotnej nakierowanej na ludzi uwzględniającej różnorodność kulturową i etniczną. Wiele raportów [[96]](#footnote-96),[[97]](#footnote-97),[[98]](#footnote-98),[[99]](#footnote-99),[[100]](#footnote-100),[[101]](#footnote-101),[[102]](#footnote-102),[[103]](#footnote-103),[[104]](#footnote-104),[[105]](#footnote-105),[[106]](#footnote-106),[[107]](#footnote-107),[[108]](#footnote-108),[[109]](#footnote-109),[[110]](#footnote-110),[[111]](#footnote-111),[[112]](#footnote-112),[[113]](#footnote-113),[[114]](#footnote-114) odzwierciedla częste doświadczenie dyskryminacji, na które narażeni są migranci i mniejszości etniczne, włącznie z wykluczeniem ze społeczeństwa i pracy, nękaniem i mową nienawiści, przemocą fizyczną jak i dyskryminacją instytucjonalną i złym traktowaniem w różnych sektorach publicznych, włącznie z sektorami opieki zdrowotnej. Autorz raportów wskazuja na wpływ doświadczenia dyskryminacji na społeczne determinanty zdrowia i korzystanie z opieki zdrowotnej dla migrantów i mniejszości etnicznych. Poprzednie doświadczenia dyskryminacji mogą stać się barierą do dostępu do opieki zdrowotnej i jej ciągłości.

**Slajd 19:** Istniejeszeroki zakres modeli strategicznych międzynarodowych i europejskich, które ustanawiają ochronę przed dyskryminacją jako fundamentalne prawo człowieka, wydają rekomendację do jego wdrożenia, zarówno w pojęciu ogólnym jak i w szczególnym odniesieniu do migrantów i mniejszości etnicznych[[115]](#footnote-115),[[116]](#footnote-116),[[117]](#footnote-117).

**Slajd 20:** Ponadto**,** zweryfikowanebadania i raporty proponują szeroki zakres strategii na poziomie europejskim, krajowym, regionalnym i lokalnym, mających na celu poprawę ochrony przeciwko dyskryminacji dla migrantów i mniejszości etnicznych, włącznie z rekomendacjami dla ochrony prawnej (zbrodnie nienawiści, prawodawstwo dotyczące udzielania azylu lub prawodawstwo anty-dyskryminacyjne), polityką anty-dyskryminacyjną, informacją, ćwiczeniami świadomości lub szkoleniami zawodowymi.

**Slajd 21:** Można w tym miejscu wspomnieć **ENAR - Europejską Sieć przeciwko Rasizmowi (European Network against Racism),** jakoprzykładinicjatywy przeciwko dyskryminacji. ENAR opisuje swoją organizację w następujący sposób: “*ENAR jest jedyną pan-europejską siecią antyrasistowską, która łączy obronę rasowej równości i ułatwianie współpracy pomiędzy działaczami antyrasistowskimi społeczeństwa obywatelskiego w Europie. Organizacja została założona w roku 1998 przez oddolnych aktywistów, którzy wyruszyli na misję mającą na celu osiągnięcie zmian prawnych na poziomie europejskim oraz podejmowania decyzji mających na celu postęp na drodze do osiągnięcia rasowej równości we wszystkich Państwach Członkowskich UE”[[118]](#footnote-118).*

Działalność ENAR koncentruje się na: 1. Budowaniu społeczeństwa i sieci poparcia, 2. Społecznym włączeniu i ochronie przeciwko dyskryminacji osób czarnoskórych, muzułmanów, Żydów, Romów i migrantów w Europie, 3. Zbieraniu danych na temat dyskryminacji i rasizmu, 4. Equal@work Platform: międzysektorowa platforma włączająca pracujących, 5. Zaangażowaniu się przeciwko przemocy rasistowskiej i dyskursie społecznym, oraz 6. Orędownictwie w Parlamencie Europejskim[[119]](#footnote-119).

**5. Ćwiczenie 2**

**Pokaz Filmu Wideo “Konfrontowanie Zbrodni Nienawiści przeciwko Romom”**

**Slajd 22:** Ćwiczenie składa się z trzech części:

1. **Prezentacja metodyki**
2. **Pokaz filmu wideo** *“Konfrontowanie Zbrodni Nienawiści przeciwko Romom”,* Human Rights First, 2010 *(2:29 min).*

<https://www.youtube.com/watch?v=fvJv61xlXTE>

1. **Dyskusja grupowa** natemat treści filmu wideo (wobec całej grupy), włącznie z następującymi pytaniami:
* Czy wydaje Ci się, że ta sytuacja mogłaby zdarzyć się w kontekście Twojego kraju/regionu?
* Jakie są najważniejsze aspekty dyskryminacji i zbrodni nienawiści opisane w filmie wideo?
* Jakie strategie można opracować, by uniknąć dyskryminacji i zbrodni nienawiści oraz poprawić ochronę z zakresu Praw Człowieka?
* Jaka w Twojej opinii jest rola pracowników służby zdrowia w obniżaniu poziomu dyskryminacji?

**6. Prezentacja**

**Slajd 23:** Jak wspomniano w Części1, można zaobserwować ogólne przesunięcie z obszaru kompetencji kulturowej i usług opieki zdrowotnej skierowanych do konkretnej grupy populacji w kierunku wrażliwości na różnorodność i koncentrację na społecznych nierównościach oraz społecznych determinanth zdrowia w ogólnej opiece zdrowotnej. Ta konceptualna zmiana jest ważna dla organizacji usług i zmiany zarządzania opieką zdrowotną dla migrantów i mniejszości etnicznych[[120]](#footnote-120).

**Slajd 24:** Przeanalizowane badania i raporty[[121]](#footnote-121),[[122]](#footnote-122) podkreślają znaczenie tendencji w kierunku wprowadzenia zmiany organizacyjnej mającej na celu promowanie zmiany w środowisku zawodowym, włącznie z oddaniem i aktywnym zaangażowaniem się dyrektorów placówek opieki zdrowotnej i polityków. Podkreśla się znaczenie okresowej analizy potrzeb, postępowania partycypacyjnego, oraz wielo-dyscyplinarnych, wielopoziomowych i wielosektorowych obszarów współpracy. Ponadto, analizowane raporty zalecają współpracę planów działania i zmianę zarządzania oraz monitoring i ocenę procesu. Na koniec, wspomina się o znaczeniu ciągłości szkolenia zawodowego dla różnorodności kulturowej i etnicznej.

**Slajd 25:** Jako przykład projektu związanego z organizacją usług i zmianą zarządzania w opiece zdrowotnej nakierowanej na różnorodność kulturową i etniczną można wymienić **Europejski Projekt Szpitali Przyjaznych dla Migrantów** (**European Project Migrant-Friendly Hospitals)**.

Projekt[[123]](#footnote-123) otrzymał finansowanie z Komisji Europejskiej i DG Sanco i liczył na uczestnictwo szpitali w 12 państwach członkowskich. Projekt miał na celu promowanie opieki zdrowotnej oraz promocji zdrowia przyjaznej migrantom i kulturowo kompetentnej, oraz gromadzenie odnośnej wiedzy praktycznej i narzędzi. W trzech pod-projektach wdrożono i dokonano oceny jednostek przyjaznych dla migrantów i kulturowo kompetentnych. Zalecenia projektu zostały opublikowane w *Amsterdamskiej* *Deklaracji na rzecz Szpitali Przyjaznych dla Migrantów w etnicznie i kulturowo różnorodnej Europie”[[124]](#footnote-124).* Ciągłość i zrównoważony rozwój projektu był ułatwiony przez założenie Zespołu Zadaniowego ds. Szpitali Przyjaznych Migrantom, który jest częścią Sieci Szpitali Promujących Zdrowie Światowej Organizacji Zdrowia (WHO Network on Health Promoting Hospitals).

*Informacje o innych projektach europejskich są dostępne w Dodatkowym Materiale do M4\_U2.*

**7. Ćwiczenie 3**

**Organizacja Usług i Zmiana Zarządzania**

**Slajd 26:** Ćwiczenie składa się z trzech części:

1. **Prezentacja metodyki**
2. **Ćwiczenie indywidualne:**
* Proszę wypełnić szablon (M4\_U2 Wzór Ćwiczenia 3 Zmiana Organizacyjna), odpowiadając na następujące pytania:
	+ Podaj powody uwzględniania różnorodności kulturowej w kontekście Twojej własnej instytucji.
	+ Zidentyfikuj odpowiednich interesariuszy.
	+ Wymień potencjalne bariery we wdrożeniu zamian w zarządzaniu.
	+ Zidentyfikuj strategie wprowadzenia organizacji usługowej nakierowanej na kulturową i etniczną różnorodność w Twojej instytucji.
1. **W parach:**
	* Wymień się swoimi doświadczeniami i strategiami z osobą po Twojej lewej stronie.

**8. Prezentacja**

**Slajd 27:** Wnajnowszych badaniach i raportach[[125]](#footnote-125),[[126]](#footnote-126),[[127]](#footnote-127),[[128]](#footnote-128) zaobserwowano niedostateczne reprezentowanie migrantów i mniejszości etnicznych w **projektach partycypacyjnych** w kontekście europejskim. Podkreślono znaczenie wprowadzenia i promowania podejścia opartego na partycypacji w opiece zdrowotnej nakierowanej na ludzi, przytaczając jako powody wzmożoną orientację na potrzeby migrantów i mniejszości etnicznych w zakresie opieki zdrowotnej, zwiększoną akceptowalność kulturową, wzmocnienie legalnego statusu migrantów dzięki uznaniu ich organizacji obywatelskich przez własne społeczności, lepszą ochronę praw użytkownika, efekt upodmiotowienia (empowerment) i społecznego włączenia, okazje do dialogu pomiędzy różnymi interesariuszami oraz współodpowiedzialność za wydatki na opiekę zdrowotną i podniesienie aspektów etycznych.

**Slajd 28:** Można zaobserwować różne **formy i poziomy partycypacji,** między nimi **partycypacja** w realizacji opieki zdrowotnej, np. międzykulturowi mediatorzy lub nieformalni tłumacze, **partycypacja** migrantów i mniejszości etnicznych w planowaniu usług i polityki zdrowotnej, **partycypacja** w projektach badawczych, w działalności szkoleniowej oraz w fazie oceny.

Ponadto, można zidentyfikować różne metodologie partycypujące, włącznie z konsultowaniem opinii, uczestnictwem w komisjach i grupach roboczych, badanie działań partycypacyjmych oraz badania współpracy, mobilizacja społeczności i orędownictwo, programy promocji zdrowia wśród społeczności, koalicje z interesariuszami, wniesienie wkładu pracy w postaci materiałów szkoleniowych oraz technik oceny uczestnictwa.

**Slajd 29:** Przeanalizowane badania identyfikują różne wyzwania i ograniczenia dla partycypacji społeczeństwa obywatelskiego w polityce zdrowotnej, między nimi brak komunikacji pomiędzy organizacjami społeczeństwa obywatelskiego i interesariuszami instytucjonalnymi, postawa uprzedzeń i dyskryminacji, niewystarczająca uwaga poświęcana wartościom i zachowaniom kulturowym, brak włączenia w propozycje polityki zdrowotnej społeczeństwa obywatelskiego, co przekształca proces uczestniczący w *“pseudo-konsultację”,* wykluczenie organizacji społeczeństwa obywatelskiego z podejmowania decyzji i procesów oceny oraz brak zasobów finansowych w celu wdrożenia strategii polityki rozwoju.

*W Module 4, Części 5, będą zaprezentowane różne przykłady projektów skoncentrowanych na uczestnictwie w opiece zdrowotnej i polityce zdrowotnej nakierowanej na migrantów i mniejszości etniczne.*

**Slajd 30**: Najnowsze badania [[129]](#footnote-129),[[130]](#footnote-130),[[131]](#footnote-131) są zgodne w zakresie podkreślenia ważkości formatów szkoleniowych, które są związane z promocją opieki zdrowotnej nakierowanej na kulturową i etniczną różnorodność, włącznie ze szkoleniem adresowanym do pracowników sektora zdrowia i pracowników sektora socjalnego, oraz formatów szkoleniowych skoncentrowanych na migrantach i mniejszościach etnicznych.

Najbardziej rozpowszechnionymi **formatami szkoleniowymi** są szkolenia osobiste, szkolenie wirtualne oraz formaty mieszane.

*Informacje na temat innych projektów europejskich związanych ze szkoleniami są dostępne w Materiale Dodatkowym do M4\_U2.*

**9. Ćwiczenie 4**

**Studium Przypadku**

*Źródło: Rada Europy, 2011[[132]](#footnote-132)*

**Slajd 31:** Ćwiczenie składa się z trzech części:

1. **Prezentacja metodyki**
2. **W małych grupach:** Czytanie opisu przypadku (zobacz M4\_U2 Ćwiczenie 4 Studium Przypadku) oraz identyfikacja strategii radzenia sobie z sytuacją
3. **W całej grupie:** Podsumowanie wyników i dyskusji w podgrupach oraz dyskusja

**10. Ćwiczenie 5**

**Wyszukanie materiału audiowizualnego**

**Slajd 32:** Ćwiczenie składa się z trzech części:

*Metodologia ćwiczenia jest wyjaśniona w sesji szkoleniowej. Jako zadanie domowe, uczestnicy są proszeni o identyfikację i wybór krótkiego filmu wideo (ok. 3-5 minut) oraz zaprezentowanie tego filmu podczas ostatniej sesji szkoleniowej.*

1. **Prezentacja metodyki** *(w całej grupie, podczas sesji)*
2. **Indywidualne zadanie domowe:**
	* Zidentyfikuj i wybierz krótki film wideo (około 0-5 minut) dotyczący strategii wdrażania opieki zdrowotnej nakierowanej na różnorodność kulturową i etniczną, w związku z następującymi aspektami:
		+ Dostęp do opieki zdrowotnej
		+ Ciągłość opieki
		+ Tłumaczenia ustnie i pisemne
		+ Mediacja międzykulturowa
		+ Ochrona przeciwko dyskryminacji
		+ Organizacja usług i zmiana zarządzania
		+ Uczestnictwo
		+ Szkolenie
3. **Prezentacja filmu wideo i dyskusja wobec całej grupy** *(w ostatnim dniu sesji szkoleniowych)*
	* 3-4 uczestników jest poproszonych o zaprezentowanie materiału audiowizualnego i przytoczenie argumentów popierających wybór.
	* Dyskusja
	* Uczestnicy są poproszeni o dzielenie się filmami wideo w kampusie wirtualnym.

**11. Prezentacja**

**Slajd 33:** Dziękujemy za uwagę.

**Slajdy 34-39:** Spis literatury

**12. Literatura**

**Literatura zalecana:**

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).

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 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).

* 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).

**Literatura w języku polskim:**

* Chrzanowska A, Klaus W. red. (2011). Poprawa dostępu migrantów do opieki zdrowotnej. Rekomendacje wynikające z przeprowadzonych badań, w: Poza systemem – Dostęp do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce. Warszawa: Stowarzyszenie Interwencji Prawnej, s. 9-22.
* Grzymała-Moszczyńska H., Pawlus M. , Hartmann P., Jackowska T. (2012) Kulturowo wrażliwa opieka medyczna, "Pediatria Polska", 88 (10), s. 498 – 505. [streszczenie](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0031393912706297)
* Kościółek J. red. (2011) Cudzoziemcy w Krakowie. Monitoring krakowskich instytucji publicznych pod kątem ich dostosowania do potrzeb obcokrajowców mieszkających w Krakowie lub go odwiedzających. Raport, Stowarzyszenie Promocji Wielokulturowości INTERKULTURALNI PL, Kraków, <http://interkulturalni.pl/-110.html>
* Informacje przedstawione w raporcie są rezultatem 7 miesięcznego projektu monitoringowego realizowanego przez Stowarzyszenie INTERKULTURALNI PL między styczniem a lipcem 2011 roku. Działania finansowane były przez Fundację im. Stefana Batorego w ramach programu Demokracja w Działaniu – Nadzór. Długofalowym celem projektu jest ułatwienie cudzoziemcom funkcjonowania w Krakowie. W publikacji tej nie zostały opisane bariery cudzoziemców, związane z dostępem do opieki zdrowotnej, ale zostały przedstawione informacje o kontaktach cudzoziemców z różnymi instytucjami, specjalizującymi się w obsłudze cudzoziemców, między innymi ich opinie o obsłudze klienta zagranicznego w NFZ.
* Piłat M. (2002) Specyfika pracy psychologa z uchodźcami szukającymi azylu w Polsce, w: Psychologia w perspektywie XXI wieku, materiały XXXI Zjazdu Naukowego Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Lublin 5-8 września 2002, 208-209.
* Rozwadowska E. Europejska konwencja o Ochronie Praw Człwieka i Podstawowych Wolności, w: Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C.R. (2010) Wielokulturowość społeczeństwa polskiego, w: Krajewska-Kułak, E., Wrońska, I., Kędziora-Kornatowska K.,  (red.) Problemy wielokulturowości w medycynie. Warszawa: Wyd. Lekarskie PZWL, s.97-102.

**Zalecany materiał audiowizualny:**

* Médicins du Monde: Médiaton de santé auprès des Roms à Nantes. <https://www.youtube.com/watch?v=0mPnMdQ8e-M> (retrieved: March 5, 2015).
* Zestaw materiałów na temat wielokultorowości przygotowanych w ramach projektu „Moda na wielokulturowość” (internetowa telewizja edukacyjna; przykładowe tematy: asystenci kulturowi, Polityka migracyjna w Polsce): http://www.obywatelska.org.pl/?telewizja,102

**Literatura uzupełniająca:**

ACCEM. Guía de Mediación Intercultural. Madrid: ACCEM, s.a. <http://www.accem.es/ficheros/documentos/pdf_publicaciones/guia_mediacion.pdf> (retrieved: March 5, 2015).

Angelelli CV. Medical Interpreting and Cross-Cultural Communication. Cambridge: Cambridge University Press, 2004.

Ani E, Baylav A, Bergmann M, Cesaroni F, Coltorti S, Dereboy I, et al. “If you don’t understand what I mean…” Interpreting in health and social care. International Handbook of Good Practice. European TRICC Project “Training in Intercultural and bilingual Competencies in health and social care”. Utrecht: Centre for Social Policy and Intervention Studies, 2011. <http://www.tricc-eu.net/download/International_handbook_tricc.pdf> (retrieved: March 5, 2015).

Baraldi C, Gavioli L. Dialogue Interpreting as Intercultural Mediation. Grein M, Wigand E (eds). Dialogue and Culture, p. 155-175. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, 2007.

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.

Brisset C, Leanza Y, Laforest K. Working with interpreters in health care: A systematic review and meta-ethnography of qualitative studies. Patient Education and c-ounseling 2013;91:131-140.

Bughra D, Gupta S, Schouler-Ocak M, Graeff-Calliess I, Deakin NA, Qureshi A, et al. EPA Guidance mental health of migrants. European Psychiatry 2014;29:107-115.

CHAFEA, Consumers, Health and Food Executive Agency, European Commission. Action on health inequalities in the European Union. Final version. The EU Health Programmes’s contribution to fostering solidarity in health and reducing health inequalities in the European Union. Luxembourg: European Union, 2014. <http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/health-inequality-brochure_en.pdf> (retrieved: March 5, 2015).

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.

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. Constructing an inclusive institutional culture – Intercultural competences in social services. Strasbourg: Council of Europe, 2011. <http://cdn.basw.co.uk/upload/basw_100713-4.pdf> (retrieved: March 5, 2015).

Cowgill J, Bolek J. Symbol Usage in Health Care Settings for People with Limited English Proficiency. Scottsdale, Arizona: Robert Wood Johnson Foundation, 2003. <http://www.hablamosjuntos.org/signage/PDF/pt1evaluation.pdf> (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.

De Freitas C, García-Ramirez M, Aambø A, Guttigieg SC. Transforming health policies through migrant user involvement: Lessons learnt from three European countries. Psychosocial Intervention 2014;23:105-113.

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).

Domnich A, Panatto D, Gasparini R, Amiciyia D. The “healthy immigrant” effect: does it exist in Europe today? IJPH 2012;9(3):e7523-1 – e7523-7.

Dusi P, Messetti G, Steinbach M. Skills, Attitudes, Relational Abilities & Reflexivity: Competences for a Multicultural Society. Social and Behavioral Science 2014;112:538-547.Potenza R, Guermani A, Grosso M, Fossarello L, Fontaneto C, Casciola A, Donadio PP. Organ and Tissue Donation in Migrants: Advanced Course for Cross-Cultural Mediators. Transplantation Proceedings 2013;45:2584-2586.

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).

ENAR, European Network Against Racism. About Us, 2014a. <http://www.enar-eu.org/About-us> (retrieved: March 5, 2015).

ENAR, European Network Against Racism. Our Work, 2014b. <http://www.enar-eu.org/Our-work> (retrieved: March 5, 2015).

Evans N, Meñaca A, Andrew EVW, Koffman J, Harding R, Higginson IJ, Pool R, Gysels M, on behalf of PRISMA. Systematic Review of the Primary Research on Minority Ethnic Groups and End-of-Life Care from the United Kingdom. Journal of Pain and Symptom Management 2012;43(2):261-286.

Fennelly K. The healthy migrant effect. University of Minnesota, Healthy Generations Newsletter 2005:5:3. <http://www.epi.umn.edu/mch/resources/hg/hg_immi.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. 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 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, 2011. <http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/1771-FRA-2011-fundamental-rights-for-irregular-migrants-healthcare_EN.pdf> (retrieved: March 5, 2015).

Gimeno-Feliu LA, Calderón-Larrañaga A, Diaz E, Poblador-Plou B, Macipe-Costa R. Prados-Torres A. The healthy migrant effect in primary care. Gaceta Sanitaria 2015;29(1):15-20.

Gimeno-Feliu LA, Macipe-Costa RM, Dolsac I, Magallón-Botaya, Luzón L, Prados-Torres A, García-Campayo J. Frequence of attending primary care clinics by the immigrant versus autochthonous population. Aten Primaria 2011;43(10):544-550.

Hale S. Community Interpreting. London, New York: Palgrave Macmillan, 2007.

* 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).

# Ingleby D, Chiarenza A, Devillé W, Kotsioni I (eds). Inequalities in Health Care for Migrants and Ethnic Minorities, Band 2. Cost Series on Health and Diversity. Antwerp, Appeldorn: Garant Publisher, 2012.

Ingleby D. Good practice in health service provision for migrants. In: Rechel B, Mladovsky P, Devillé W, Rijks B, Petrova-Benedict R, McKee M (eds). Migration and Health in the European Union. WHO, World Health Organization; European Observatory on Health Systems and Policies, p. 227.244. Bershire: Open University Press, 2011. <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/161560/e96458.pdf> (retrieved: March 5, 2015).

International Medical Interpreters Association. IMIA Code of Ethics, 1987 [reviewed 2006]. <http://www.imiaweb.org/code/> (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).

ITIA, Irish Translators’ and Interpreters’ Association. Code of Ethics for Community Interpreters, s.a. <http://www.fit-europe.org/vault/ITIA_code_interpreters.pdf> (retrieved: March 5, 2015).

Junta de Andalucía, Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Materiales Publicados Para Inmigrantes. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2014. [http://www.juntadeandalucia.es/](http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/p_4_p_2_promocion_de_la_salud/materiales_publicados_inmigrantes/material_publicado_para_inmigrantes?tema=/temas_es/P_4_SALUD_PUBLICA/P_2_PROMOCION_DE_LA_SALUD/Materiales_publicados_inmigrantes/&idioma=es&perfil=org&desplegar=/temas_es/P_4_SALUD_PUBLICA/&contenido=/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/p_4_p_2_promocion_de_la_salud/materiales_publicados_inmigrantes/material_publicado_para_inmigrantes) (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.

Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD. Health Literacy. The Solid Facts. WHO-Europe, World Health Organization Regional Office for Europe, 2013. <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf> (retrieved: March 5, 2015).

Koller T (ed). Poverty and social exclusion in the WHO European Region: Health systems respond. Copenhagen: WHO-Europe, World Health Organization Office for Europe, 2010. <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/115485/E94018.pdf> (retrieved: March 5, 2015).

Lazar M, Paus V. Roma Civil Society, a Stakeholder Involvement in Public Policymaking. Procedia – Social and Behavioral Sciences 2013;81:259-263.

Masseria C, Mladovsky P, Hernández-Quevedo C. The socio-economic determinants of the health status of Roma in comparison with non-Roma in Bulgaria, Hungary and Romania. European Journal of Public Health 2009;20(5): 549-554.

* Matrix. Roma Health Report. Health status of the Roma population. Data collection in the Member States of the European Union. Luxembourg: European Union, CHAFEA, 2014. <http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/2014_roma_health_report_en.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).

MFH, Migrants-Friendly Hospitals. Amsterdam Declaration towards Migrant-Friendly Hospitals in an ethno-culturally diverse Europe, 2004. <http://www.mfh-eu.net/public/files/european_recommendations/mfh_amsterdam_declaration_english.pdf> (retrieved: March 5, 2015).

MFH, Migrants-Friendly Hospitals. The Migrants-Friendly Hospitals Project – in a nutshell, s.a. <http://www.mfh-eu.net/public/home.htm> (retrieved: March 5, 2015).

Morariu L. Intercultural mediation in Belgian hospitals. In: Council of Europe. Institutional accommodation and the citizen: legal and political interaction in a pluralist society, p. 263-274. Trends in Social Cohesion, No. 21. Strasbourg: Council of Europe Publishing, 2009.

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).

Navarro M, Navaza B, Guionnet A, López Véley R. A multidisciplinary approach to engage VFR migrants in Madrid, Spain. Travel Medicine and Infectious Disease 2012;10:152-156.

* 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).
* 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).

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

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).

* Pittarello S. Interpreter Mediated Medical Encounters in North Italy. Expectations, Perceptions and Practice. Trieste: University of Trieste, 2009. <https://www.openstarts.units.it/dspace/bitstream/10077/3464/1/Pittarello.pdf> (retrieved: March 5, 2015).

Pöchhacker F. The Community Interpreter’s Task: Self-Perception and Provider Views. In: Carr SE, Roberts RP, Dufour A, Abraham D (eds). The Critical Link 2: Interpreters in the Community, p. 49–66. Amsterdam and Philadelphia: John Benjamins, 2000.

Rădulescu DM. Intercultural Mediation. International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences 2012;2(11): 344-350.

Rechel B, Mladovsky P, Devillé W, Rijks B, Petrova-Benedict R, McKee M (eds). Migration and Health in the European Union. WHO, World Health Organization; European Observatory on Health Systems and Policies. Bershire: Open University Press, 2011. <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/161560/e96458.pdf> (retrieved: March 5, 2015).

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.

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.

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.

* T-SHaRE, Transcultural Skills for Health and Care. Project, 2014a. <http://tshare.eu/drupal/en/project> (retrieved: March 5, 2015).
* T-ShaRE, Transcultural Skills for Health and Care. Standards and Guidelines for Practices and Training. Naples: Aracne - Associazione di Promozione Sociale, 2012. <http://tshare.eu/drupal/sites/default/files/confidencial/WP11_co/MIOLO_TSHARE_216paginas.pdf> (retrieved: March 5, 2015).
* T-SHaRE, Transcultural Skills for Health and Care. Training, 2014b. <http://tshare.eu/drupal/en/training> (retrieved: March 5, 2015).

### Terraza Núñez R, Vargas Lorenzo I, Rodríguez Arjona D, Lizana Alcazo T, Vázquez Navarrete ML. Health policies of national and regional level for the immigrant population in Spain. Gac Sanit 2010;24(2): 115.e1–115.e7.

Valero Garcés C. Hospital Interpreting Practice in the Classroom and the Workplace. In Valero Garcés C, Martín A (eds). Crossing Borders in Community Interpreting. Definitions and Dilemmas, p. 166–85. Amsterdam, Philadelphia: John Benjamins, 2008.

Vargas Urpi M. State of the art in Community Interpreting research. Mapping the main research topics. Babel 2012;58(1):5072.

Vázquez Lara JM, Rodríguez Díaz L, Prieto Riera A, Torrecilla Rojas L. Pictograma del parto, Hospital Punta de Europa. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud, s.a. English version: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/p_4_p_2_promocion_de_la_salud/materiales_publicados_inmigrantes/PictogramaParto_ingles.pdf>, Arabic version: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/p_4_p_2_promocion_de_la_salud/materiales_publicados_inmigrantes/PictogramaParto_arabe.pdf> (retrieved: March 5, 2015).

Verrept H. Integrating Ethnic Minorities in Health Care. In: Fernandes A, Pereira Miguel J (eds.). Health and Migration in the European Union, p. 61-71. Lisbon: National Institute of Health, Ministry of Health, Portugal, 2008.

Wadensjö C. Interpreting as Interaction. New York: Longman, 1998.

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, 2010. <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/127526/e94497.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.
1. 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-1)
2. 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). [↑](#footnote-ref-2)
3. 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, 2010.

<http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/127526/e94497.pdf> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-3)
4. CHAFEA, Consumers, Health and Food Executive Agency, European Commission. Action on health inequalities in the European Union. Final version. The EU Health Programmes’s contribution to fostering solidarity in health and reducing health inequalities in the European Union. Luxembourg: European Union, 2014.

<http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/health-inequality-brochure_en.pdf> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-4)
5. Koller T (ed). Poverty and social exclusion in the WHO European Region: Health systems respond. Copenhagen: WHO-Europe, World Health Organization Office for Europe, 2010.

 <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/115485/E94018.pdf> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-5)
6. 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-6)
7. 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-7)
8. 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-8)
9. 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-9)
10. 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-10)
11. 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). [↑](#footnote-ref-11)
12. 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-12)
13. 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-13)
14. 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-14)
15. 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-15)
16. 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-16)
17. 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-17)
18. 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-18)
19. 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-19)
20. 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-20)
21. 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-21)
22. 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-22)
23. 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-23)
24. 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-24)
25. Fennelly K. The healthy migrant effect. University of Minnesota, Healthy Generations Newsletter 2005:

5:3. <http://www.epi.umn.edu/mch/resources/hg/hg_immi.pdf> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-25)
26. Gimeno-Feliu LA, Calderón-Larrañaga A, Diaz E, Poblador-Plou B, Macipe-Costa R. Prados-Torres A. The healthy migrant effect in primary care. Gaceta Sanitaria 2015;29(1):15-20. [↑](#footnote-ref-26)
27. Gimeno-Feliu LA, Macipe-Costa RM, Dolsac I, Magallón-Botaya, Luzón L, Prados-Torres A, García-Campayo J. Frequence of attending primary care clinics by the immigrant versus autochthonous population. Aten Primaria 2011;43(10):544-550. [↑](#footnote-ref-27)
28. Domnich A, Panatto D, Gasparini R, Amiciyia D. The “healthy immigrant” effect: does it exist in Europe today? IJPH 2012;9(3):e7523-1 – e7523-7. [↑](#footnote-ref-28)
29. HUMA Network, 2010, op. cit. [↑](#footnote-ref-29)
30. FRA 2011a, op. cit. [↑](#footnote-ref-30)
31. Suess, et al. 2014, op. cit. [↑](#footnote-ref-31)
32. Matrix. Roma Health Report. Health status of the Roma population. Data collection in the Member States of the European Union. Luxembourg: European Union, CHAFEA, 2014.

<http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/2014_roma_health_report_en.pdf> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-32)
33. Masseria C, Mladovsky P, Hernández-Quevedo C. The socio-economic determinants of the health status of Roma in comparison with non-Roma in Bulgaria, Hungary and Romania. European Journal of Public Health 2009;20(5): 549-554. [↑](#footnote-ref-33)
34. 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-34)
35. Evans N, Meñaca A, Andrew EVW, Koffman J, Harding R, Higginson IJ, Pool R, Gysels M, on behalf of PRISMA. Systematic Review of the Primary Research on Minority Ethnic Groups and End-of-Life Care from the United Kingdom. Journal of Pain and Symptom Management 2012;43(2):261-286. [↑](#footnote-ref-35)
36. HUMA Network, 2010, op. cit. [↑](#footnote-ref-36)
37. FRA, 2011, op. cit. [↑](#footnote-ref-37)
38. Suess, et al. 2014; op. cit. [↑](#footnote-ref-38)
39. Brisset C, Leanza Y, Laforest K. Working with interpreters in health care: A systematic review and meta-ethnography of qualitative studies. Patient Education and c-ounseling 2013;91:131-140. [↑](#footnote-ref-39)
40. #  Ingleby D, Chiarenza A, Devillé W, Kotsioni I (eds). Inequalities in Health Care for Migrants and Ethnic Minorities, Band 2. Cost Series on Health and Diversity. Antwerp, Appeldorn: Garant Publisher, 2012.

 [↑](#footnote-ref-40)
41. Ani E, Baylav A, Bergmann M, Cesaroni F, Coltorti S, Dereboy I, et al. “If you don’t understand what I mean…” Interpreting in health and social care. International Handbook of Good Practice. European TRICC Project “Training in Intercultural and bilingual competencies in health and social care”. Utrecht: Centre for Social Policy and Intervention Studies, 2011. <http://www.tricc-eu.net/download/International_handbook_tricc.pdf> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-41)
42. ###  Terraza Núñez R, Vargas Lorenzo I, Rodríguez Arjona D, Lizana Alcazo T, Vázquez Navarrete ML..Health policies of national and regional level for the immigrant population in Spain. Gac Sanit 2010;24(2): 115.e1–115.e7.

 [↑](#footnote-ref-42)
43. Rechel B, Mladovsky P, Devillé W, Rijks B, Petrova-Benedict R, McKee M (eds). Migration and Health in the European Union. WHO, World Health Organization; European Observatory on Health Systems and Policies. Bershire: Open University Press, 2011.

<http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/161560/e96458.pdf> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-43)
44. Vargas Urpi M. State of the art in Community Interpreting research. Mapping the main research topics. Babel 2012;58\_(1):5072. [↑](#footnote-ref-44)
45. Angelelli CV. Medical Interpreting and Cross-Cultural Communication. Cambridge: Cambridge University Press, 2004. [↑](#footnote-ref-45)
46. Hale S. Community Interpreting. London, New York: Palgrave Macmillan, 2007. [↑](#footnote-ref-46)
47. Pöchhacker F. The Community Interpreter’s Task: Self-Perception and Provider Views. In: Carr SE, Roberts RP, Dufour A, Abraham D (eds). The Critical Link 2: Interpreters in the Community, p. 49–66. Amsterdam and Philadelphia: John Benjamins, 2000. [↑](#footnote-ref-47)
48. Valero Garcés C. Hospital Interpreting Practice in the Classroom and the Workplace. In Valero Garcés C, Martín A (eds). Crossing Borders in Community Interpreting. Definitions and Dilemmas, p. 166–85. Amsterdam, Philadelphia: John Benjamins, 2008. [↑](#footnote-ref-48)
49. Wadensjö C. Interpreting as Interaction. New York: Longman, 1998. [↑](#footnote-ref-49)
50. Council of Europe. Constructing an inclusive institutional culture – Intercultural competences in social services. Strasbourg: Council of Europe, 2011. <http://cdn.basw.co.uk/upload/basw_100713-4.pdf> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-50)
51. Junta de Andalucía, Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Materiales Publicados Para Inmigrantes. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2014. [http://www.juntadeandalucia.es/](http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/p_4_p_2_promocion_de_la_salud/materiales_publicados_inmigrantes/material_publicado_para_inmigrantes?tema=/temas_es/P_4_SALUD_PUBLICA/P_2_PROMOCION_DE_LA_SALUD/Materiales_publicados_inmigrantes/&idioma=es&perfil=org&desplegar=/temas_es/P_4_SALUD_PUBLICA/&contenido=/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/p_4_p_2_promocion_de_la_salud/materiales_publicados_inmigrantes/material_publicado_para_inmigrantes) (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-51)
52. Navarro M, Navaza B, Guionnet A, López Véley R. A multidisciplinary approach to engage VFR migrants in Madrid, Spain. Travel Medicine and Infectious Disease 2012;10:152-156. [↑](#footnote-ref-52)
53. Phillips AL, Kumar D, Patel S, Arya M. Using text messages to improve patient-doctor communication among racial and ethnic minority adults: An innovative solution to increase influenza vaccinations. Preventive Medicine 2014;69:117-119. [↑](#footnote-ref-53)
54. Cowgill J, Bolek J. Symbol Usage in Health Care Settings for People with Limited English Proficiency. Scottsdale, Arizona: Robert Wood Johnson Foundation, 2003.

<http://www.hablamosjuntos.org/signage/PDF/pt1evaluation.pdf> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-54)
55. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD. Health Literacy. The Solid Facts. WHO-Europe, World Health Organization Regional Office for Europe, 2013.

<http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-55)
56. Vázquez Lara JM, Rodríguez Díaz L, Prieto Riera A, Torrecilla Rojas L. Pictograma del parto, Hospital Punta de Europa. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud, s.a. English version:

<http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/p_4_p_2_promocion_de_la_salud/materiales_publicados_inmigrantes/PictogramaParto_ingles.pdf>, Arabic version:

<http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/p_4_p_2_promocion_de_la_salud/materiales_publicados_inmigrantes/PictogramaParto_arabe.pdf> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-56)
57. Brisset , et al. 2013, op. cit. [↑](#footnote-ref-57)
58. #  Ingleby, et al. 2012, op. cit.

 [↑](#footnote-ref-58)
59. Ani, et al., 2011, op. cit. [↑](#footnote-ref-59)
60. ###  Terraza Núñez et al., 2010, op cit.

 [↑](#footnote-ref-60)
61. Rechel, et al. 2011, op. cit. [↑](#footnote-ref-61)
62. Vargas Urpi 2012, op. cit. [↑](#footnote-ref-62)
63. Angelelli 2004, op. cit. [↑](#footnote-ref-63)
64. Hale, 2007, op. cit. [↑](#footnote-ref-64)
65. Pöchhacker 2000, op. cit. [↑](#footnote-ref-65)
66. Valero Garcés 2008, op. cit. [↑](#footnote-ref-66)
67. Wadensjö 1998, op. cit. [↑](#footnote-ref-67)
68. Council of Europe 2011, op. cit. [↑](#footnote-ref-68)
69. Council of Europe 2011, op. cit ., p. 80. [↑](#footnote-ref-69)
70. ITIA, Irish Translators’ and Interpreters’ Association. Code of Ethics for Community Interpreters, s.a. <http://www.fit-europe.org/vault/ITIA_code_interpreters.pdf> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-70)
71. International Medical Interpreters Association. IMIA Code of Ethics, 1987 [reviewed 2006]. <http://www.imiaweb.org/code/> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-71)
72. International Medical Interpreters Association. IMIA Code of Ethics, 1987 [reviewed 2006]. <http://www.imiaweb.org/code/> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-72)
73. Vázquez, et al., s.a., op. cit. [↑](#footnote-ref-73)
74. WHO 2010, op. cit, p. 23. [↑](#footnote-ref-74)
75. Council of Europe 2011, op. cit., p. 86. [↑](#footnote-ref-75)
76. Council of Europe 2011, op. cit., p. 80. [↑](#footnote-ref-76)
77. Rădulescu DM. Intercultural Mediation. International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences 2012;2(11): 344-350. [↑](#footnote-ref-77)
78. WHO 2010, op. cit. [↑](#footnote-ref-78)
79. Rădulescu 2012, op cit. [↑](#footnote-ref-79)
80. Ingleby D. Good practice in health service provision for migrants. In: Rechel B, Mladovsky P, Devillé W, Rijks B, Petrova-Benedict R, McKee M (eds). Migration and Health in the European Union. WHO, World Health Organization; European Observatory on Health Systems and Policies, p. 227.244. Bershire: Open University Press, 2011.

<http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/161560/e96458.pdf> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-80)
81. Council of Europe, 2011, op. cit. [↑](#footnote-ref-81)
82. Dusi P, Messetti G, Steinbach M. Skills, Attitudes, Relational Abilities & Reflexivity: Competences for a Multicultural Society. Social and Behavioral Science 2014;112:538-547. [↑](#footnote-ref-82)
83. Potenza R, Guermani A, Grosso M, Fossarello L, Fontaneto C, Casciola A, Donadio PP. Organ and Tissue Donation in Migrants: Advanced Course for Cross-Cultural Mediators. Transplantation Proceedings 2013;45:2584-2586. [↑](#footnote-ref-83)
84. Navarro, et al. 2012, op. cit. [↑](#footnote-ref-84)
85. ACCEM. Guía de Mediación Intercultural. Madrid: ACCEM, s.a.

<http://www.accem.es/ficheros/documentos/pdf_publicaciones/guia_mediacion.pdf> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-85)
86. 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-86)
87. 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-87)
88. Morariu L. Intercultural mediation in Belgian hospitals. In: Council of Europe. Institutional accommodation and the citizen: legal and political interaction in a pluralist society, p. 263-274. Trends in Social Cohesion, No. 21. Strasbourg: Council of Europe Publishing, 2009. [↑](#footnote-ref-88)
89. Baraldi C, Gavioli L. Dialogue Interpreting as Intercultural Mediation. Grein M, Wigand E (eds). Dialogue and Culture, p. 155-175. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, 2007. [↑](#footnote-ref-89)
90. Verrept H. Integrating Ethnic Minorities in Health Care. In: Fernandes A, Pereira Miguel J (eds.). Health and Migration in the European Union, p. 61-71. Lisbon: National Institute of Health, Ministry of Health, Portugal, 2008. [↑](#footnote-ref-90)
91. Pittarello S. Interpreter Mediated Medical Encounters in North Italy. Expectations, Perceptions and Practice. Trieste: University of Trieste, 2009. <https://www.openstarts.units.it/dspace/bitstream/10077/3464/1/Pittarello.pdf> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-91)
92. Council of Europe, 2011, op. cit. [↑](#footnote-ref-92)
93. Morariu 2009, op. cit. [↑](#footnote-ref-93)
94. OSF 2005, op. cit. [↑](#footnote-ref-94)
95. OSF 2011, op. cit. [↑](#footnote-ref-95)
96. IOM 2013, op. cit. [↑](#footnote-ref-96)
97. Biswas, et al. 2012, op. cit. [↑](#footnote-ref-97)
98. Cuadra 2011, op. cit. [↑](#footnote-ref-98)
99. Dauvrin, et al. 2012, op. cit. [↑](#footnote-ref-99)
100. Duvell, et al. 2008, op. cit. [↑](#footnote-ref-100)
101. FRA 2011a, op. cit. [↑](#footnote-ref-101)
102. FRA 2011b, op. cit. [↑](#footnote-ref-102)
103. HUMA Network 2010, op. cit. [↑](#footnote-ref-103)
104. Karl-Trummer, et al. 2010, op. cit. [↑](#footnote-ref-104)
105. Médicins du Monde, et al. 2009, op. cit. [↑](#footnote-ref-105)
106. Médicins du Monde, et al. 2012, op. cit. [↑](#footnote-ref-106)
107. Médicins du Monde, et al. 2013, op. cit. [↑](#footnote-ref-107)
108. PICUM 2014, op. cit. [↑](#footnote-ref-108)
109. Ruiz-Casares, et al. 2010, op. cit. [↑](#footnote-ref-109)
110. Suess A, et al. 2014, op. cit. [↑](#footnote-ref-110)
111. Woodward, et al. 2014, op. cit. [↑](#footnote-ref-111)
112. Council of Europe 2012, op. cit. [↑](#footnote-ref-112)
113. FRA, UNDP 2012, op. cit. [↑](#footnote-ref-113)
114. DHSSPS 2007, op. cit. [↑](#footnote-ref-114)
115. Council of Europe 2011, op. cit. [↑](#footnote-ref-115)
116. Mock-Muñoz de Luna, et al. 20145, op. cit. [↑](#footnote-ref-116)
117. Suess, et al. 2014, op. cit. [↑](#footnote-ref-117)
118. ENAR, European Network Against Racism. About Us, 2014a. <http://www.enar-eu.org/About-us> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-118)
119. ENAR, European Network Against Racism. Our Work, 2014b. <http://www.enar-eu.org/Our-work> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-119)
120. 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-120)
121. Council of Europe 2011, op. cit. [↑](#footnote-ref-121)
122. Bughra D, Gupta S, Schouler-Ocak M, Graeff-Calliess I, Deakin NA, Qureshi A, et al. EPA Guidance mental health of migrants. European Psychiatry 2014;29:107-115. [↑](#footnote-ref-122)
123. MFH, Migrants-Friendly Hospitals. The Migrants-Friendly Hospitals Project – in a nutshell, s.a. <http://www.mfh-eu.net/public/home.htm> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-123)
124. MFH, Migrants-Friendly Hospitals. Amsterdam Declaration towards Migrant-Friendly Hospitals in an ethno-culturally diverse Europe, 2004.

<http://www.mfh-eu.net/public/files/european_recommendations/mfh_amsterdam_declaration_english.pdf> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-124)
125. Council of Europe 2011, op. cit. [↑](#footnote-ref-125)
126. De Freitas C, García-Ramirez M, Aambø A, Guttigieg SC. Transforming health policies through migrant user involvement: Lessons learnt from three European countries. Psychosocial Intervention 2014;23:105-113. [↑](#footnote-ref-126)
127. Fésüs, et al. 2012, op. cit. [↑](#footnote-ref-127)
128. Lazar M, Paus V. Roma Civil Society, a Stakeholder Involvement in Public Policymaking. Procedia – Social and Behavioral Sciences 2013;81:259-263. [↑](#footnote-ref-128)
129. CHAFEA 2014, op. cit. [↑](#footnote-ref-129)
130. Council of Europe 2011, op. cit. [↑](#footnote-ref-130)
131. T-ShaRE, Transcultural Skills for Health and Care. Standards and Guidelines for Practices and Training. Naples: Aracne - Associazione di Promozione Sociale, 2012.

<http://tshare.eu/drupal/sites/default/files/confidencial/WP11_co/MIOLO_TSHARE_216paginas.pdf> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-131)
132. Council of Europe 2011, op cit. [↑](#footnote-ref-132)