

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 3: ZDROWIE PUBLICZNE, PREWENCJA I PROMOCJA ZDROWIA – PERSPEKTYWA WIELODYSCYPLINARNA***

***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 3: Zdrowie publiczne, prewencja i promocja zdrowia – perspektywa wielodyscyplinarna**

1. **Cele i metody** 
   1. **Cele**

**Cele prezentacji**

* Prezentacja strategii i najlepszych praktyk związanych z prewencją i promocją zdrowia ukierunkowaną na różnorodność kulturową i etniczną w perspektywie wielodyscyplinarnej

**Cele ćwiczeń**

* Refleksja na temat sytuacji konfliktowych związanych z prewencją i promocją zdrowia ukierunkowaną na różnorodność kulturową i etniczną oraz strategie rozwiązywania sytuacji
  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** |
| 15 minut | * Prezentacja strategii i najlepszych praktyk związanych z prewencją i promocją zdrowia ukierunkowaną na różnorodność kulturową i etniczną w perspektywie wielodyscyplinarnej | **Prezentacja** “Zdrowie publiczne, prewencja i promocja zdrowia – perspektywa wielodyscyplinarna” oraz pytania  *(Slajdy 1-10)* | Projektor, laptop, ekran.  M4\_U3\_Prezentacja  M4\_U3\_Materiały Dodatkowe |
| 35 minut | * Refleksja na temat sytuacji konfliktowych związanych z prewencją i promocją zdrowia ukierunkowaną na różnorodność kulturową i etniczną oraz strategie utrzymywania i wzmacniania tych nawyków | **Ćwiczenie 1** “Prewencja i promocja zdrowia” składa się z czterech części:   * Prezentacja metodyki * Przygotowanie się do odgrywania ról (w podgrupach) * Odgrywanie ról (w całej grupie) * Dyskusja grupowa (w całej grupie)   *(Slajd 11)* | Projektor, laptop, ekran. |

**2. Prezentacja**

**Slajd 1:** Strona tytułowa

**Slajd 2:** Zarys sesji

**Slajd 3:** W ramach tego programu szkoleniowego **prewencja i promocja zdrowia** ukierunkowana na różnorodność kulturową i etniczną nie jest postrzegana jako zredukowana do roli nadzoru ze strony instytucji zdrowia publicznego lub programów przesiewowych, ale obejmuje szeroki zakres działań z zakresu profilaktyki zdrowotnej i promocji zdrowia, uwzględniających społeczne determinanty zdrowia, strategie redukowania społecznych nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej oraz promocję zdrowych zwyczajów i stylu życia.

Podejście to jest oparte na *“prawie każdej osoby do najwyższego osiągalnego stanu zdrowia”,* co zostało ustalone w Międzynarodowym Pakcie Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych[[1]](#footnote-1) (zobacz Moduł 4, Część 1), definicji zdrowia według Światowej Organizacji Zdrowia *(“Zdrowie jest stanem kompletnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu i nie tylko brakiem choroby lub niepełnosprawności. Uzyskanie najwyższego osiągalnego standardu zdrowia jest jednym z najbardziej fundamentalnych praw każdego człowieka, bez rozróżniania ze względu na rasę, religię, przekonania polityczne, warunki ekonomiczne I społeczne”[[2]](#footnote-2))*, prawie do niedyskryminowania ustanowionym w kilku międzynarodowych konwencjach i dokumentach strategicznych[[3]](#footnote-3) (zobacz Moduł 4, Część 2), tak jak i wrażliwości na różnorodność kulturową i etniczną[[4]](#footnote-4) (zobacz Moduł 1, Część 1; Moduł 4, Część 1).

**Slajd 4:** W odniesieniu do modelu **profilaktyki zdrowotnej ukierunkowanej na różnorodność kulturową i etniczną**, przegląd projektów europejskich i przegląd najnowszej bibliografii naukowej [[5]](#footnote-5),[[6]](#footnote-6),[[7]](#footnote-7),[[8]](#footnote-8),[[9]](#footnote-9)wskazuje na różne ważne aspekty.

W przypadku **populacji migrantów** dostęp do świadczeń promocji zdrowia jest niższy w porównaniu do populacji ogólnej. Zidentyfikowano następujące bariery dotyczące dostępu migrantów do świadczeń promocji zdrowia: brak uprawnień do opieki zdrowotnej, niepewna sytuacja społeczno-ekonomiczna, częsta zmiana miejsca zamieszkania, aspekty kulturowe oraz poprzednie doświadczenia dyskryminacji w systemie opieki zdrowotnej.

W odniesieniu do **populacji** **Romów** zaobserwowano niewielki popyt na korzystanie ze świadczeń profilaktycznych, co jest związane z postrzeganiem zdrowia jako braku choroby w tej grupie populacyjnej.

W konsekwencji podkreśla się znaczenie znajomości potrzeb i zwyczajów zdrowotnych wśród migrantów i grup mniejszości etnicznych w celu prowadzenia strategii profilaktycznych. Zalecane są postawy partycypacyjne. Ponadto proponuje się wprowadzenie technik innowacyjnych, takich jak korzystanie z SMS-ów, by promować działania profilaktyki zdrowotnej.

**Slajd 5:** Jako przykład, przedstawiane są **strategie zapobiegania zakażeniom wirusem** **HIV wśród migrantów i mniejszości etnicznych.** Według najnowszych danych publikowanych przez ECDC (Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób)[[10]](#footnote-10), liczba zgłoszonych nowych zakażeń wirusem HIV wzrosła w okresie 2007 – 2010, następnie lekko spadła w roku 2011 (wykres po lewej stronie). Odsetek migrantów wśród zgłoszonych przypadków zmniejszył się w ostatnich latach (wykres po prawej stronie).

**Slajd 6:** W przypadkumigrantów o nieuregulowanej sytuacji prawnej, zidentyfikowano wiele prawnych, administracyjnych, kulturowych i językowych **barier w wykonywaniu testów i leczeniu HIV**.

ECDC[[11]](#footnote-11) zaleca prowadzenie testów w kierunku HIV na podstawie dobrowolności i poufności, włącznie z procedurą udzielenia świadomej zgody oraz dostępność leczenia dla migrantów z dodatnim wynikiem badań wykonanych w kierunku wykrycia wirusa HIV.

W nawiązaniu do świadomości znaczenia profilaktyki w najnowszym badaniu[[12]](#footnote-12) prowadzonym w Madrycie w Hiszpanii obserwuje się wyższy odsetek osób z grup migrantów poddających się badaniom niż wśród populacji ogólnej. Inne badanie[[13]](#footnote-13) przeprowadzone w USA wskazuje na różnice dotyczące ryzykownych zachowań seksualnych pomiędzy konkretnymi grupami mniejszości etnicznych.

**Slajd 7:** Jako przykład projektu europejskiego skoncentrowanego na zapobieganiu zakażeniom wirusem HIV i chorobami przenoszonymi drogą płciową wśród populacji migrantów można przedstawić projekt **TAMPEP (*Europejska Sieć Prewencji HIV / Zakażeń Przenoszonych Drogą Płciową i Promocji Zdrowia wśród migrantów pracujących w seks-biznesie)*[[14]](#footnote-14)*,*** jako ustanowienie sieci europejskiej i projektów interwencyjnych, założony w roku 1993 i działający w 25 krajach europejskich. Na stronie internetowej TAMPEP jest prezentowany jako projekt promujący rozwój i uczestnictwo, bazujący na ramach Praw Człowieka i opracowany w celu osiągnięcia sprawiedliwego dostępu do wsparcia i świadczeń dla osób zatrudnionych w usługach seksualnych, pochodzących spośród migrantów. Działalność projektu obejmuje wyjście do tych osób i pracę na ulicach, zaangażowanie mediatorów kulturowych i edukatorów wyłonionych spośród tego środowiska oraz opracowanie informacji w wielu językach oraz materiałów edukacyjnych dla osób zatrudnionych w usługach seksualnych.

*Można zapoznać się z listą projektów europejskich w Materiale Dodatkowym do M4\_U3.*

**Slajd 8:** Innym ważnym aspektem opieki zdrowotnej ukierunkowanej na różnorodność kulturową i etniczną jest obszar **promocji zdrowia**. Karta Ottawska definiuje *“promocję zdrowia”* w następujący sposób:

Promocja zdrowia to proces umożliwiający ludziom kontrolę nad własnym zdrowiem oraz jego poprawę. Dla osiągnięcia stanu pełnej pomyślności fizycznej, umysłowej i społecznej jednostka bądź grupa musi być zdolna do identyfikowania i realizowania zamierzeń, zaspokajania potrzeb, wpływu i współdziałania z otoczeniem. Zdrowie jest więc postrzegane jako zasób dla codziennego życia, nie jako cel tego życia. Zdrowie jest ideą pozytywną, w której podkreśla się zasoby społeczne i osobiste, jak również możliwości fizyczne. Stąd więc promocja zdrowia stanowi nie tylko odpowiedzialność sektora zdrowotnego, wykracza poza zdrowe zachowania aż do osiągania dobrostanu/ pomyślności.[[15]](#footnote-15)

**Slajd 9:** W nawiązaniu do **promocji zdrowia ukierunkowanej na różnorodność kulturową i etniczną** najnowsze raporty i dokumenty strategiczne[[16]](#footnote-16),[[17]](#footnote-17),[[18]](#footnote-18),[[19]](#footnote-19),[[20]](#footnote-20),[[21]](#footnote-21) proponują różne strategie, między innymi promocję zdrowych nawyków w populacjach migrantów i mniejszości etnicznych, włącznie z dietą, aktywnością fizyczną, zdrowymi nawykami w zakresie zdrowia seksualnego i rozrodczego oraz innymi rodzajami zdrowego stylu życia.

Przeanalizowane raporty podkreślają znaczenie programów promocji zdrowia, by były one wrażliwe na kulturę i właściwie ukierunkowane. Podkreślają one rolę mediatorów międzykulturowych w promocji zdrowia ukierunkowanej na różnorodność kulturową i etniczną.

Ponadto podkreślone jest znaczenie rozpoznawania i promowania zdrowego stylu życia właściwego dla danych grup kulturowych i etnicznych, za pomocą identyfikacji zdrowych zwyczajów wśród populacji migrantów i mniejszości etnicznych oraz promocji wymiany doświadczeń i wiedzy wśród populacji ogólnej, włącznie z specjalnymi formami diety i aktywności fizycznej oraz tradycyjną profilaktyką zdrowotną i technikami ochrony zdrowia.

*Można zapoznać się z listą projektów europejskich w Materiale Dodatkowym do M4\_U3.*

**Slajd 10:** Różni autorzy[[22]](#footnote-22),[[23]](#footnote-23) podkreślają potrzebę zintegrowania profilaktyki zdrowotnej i strategii promocyjnych ukierunkowanych na różnorodność kulturową i etniczną z szerszym zakresem strategii ukierunkowanych na **niwelowanie nierówności zdrowotnych** na podstawie modelu **społecznych determinant zdrowia** (zobacz Moduł 4, Część 1) oraz włącznie z **działaniami międzysektorowymi** (zobacz Moduł 4, Część 6).

Na schematach publikowanych przez Światową Organizację Zdrowia (WHO)[[24]](#footnote-24), adaptujących **społeczne determinanty zdrowia** wypracowaneprzez Dahlgren i Whitehead[[25]](#footnote-25) do sytuacji migrantów i mniejszości etnicznych, można zidentyfikować różne proponowane kroki postępowania związane z profilaktyką i promocją zdrowia. Wśród nich między innymi obniżenie liczby występowania zagrożeń zdrowotnych w miejscu pracy, angażowanie się w działania sprzeciwiające się społecznemu wykluczeniu i wspierające poprawę praw migrantów, likwidowanie barier dostępu do rynku pracy, poprawa dostępu do opieki zdrowotnej i jej jakości, poprawa warunków mieszkaniowych, podniesienie wiedzy na temat ryzyka zdrowotnego i wzmocnienie zdrowych tradycji kulturowych, wzmocnienie społeczności migrantów i mniejszości etnicznych, dostępność zdrowej żywności oraz rozwój włączającej polityki edukacyjnej.

Duża liczba projektów europejskich ukierunkowanych na zmniejszenie nierówności zdrowotnych jest adresowana do zróżnicowanych grup populacji (migranci, mniejszości etniczne, grupy populacji w sytuacji zagrożenia społecznego)[[26]](#footnote-26),[[27]](#footnote-27),[[28]](#footnote-28).

*Można zapoznać się z listą projektów europejskich w Materiale Dodatkowym do M4\_U3.*

**3. Ćwiczenie**

**Prewencja i promocja zdrowia ukierunkowana na różnorodność kulturową i etniczną.**

**Slajd 11:** Ćwiczenie składa się z trzech części:

1. **Prezentacja metodyki**
2. **Przygotowanie** (w małych grupach)

* Wskazanie pozytywnych zwyczajów dotyczących prewencji i promocji zdrowia wśród migrantów i mniejszości etnicznych, trudności w zachowywaniu ich oraz strategii wzmacniających ich stosowanie
* Przygotowanie inscenizacji przedstawiającej wskazane trudności i strategie

1. **Odgrywanie ról** (w całej grupie)

* Inscenizacja
* Udział uczestników spoza danej podgrupy w rozwiązywaniu problemów, w ramach opieki zdrowotnej ukierunkowanej na różnorodność kulturową i etniczną (próba znalezienia strategii rozwiązania problemu)

1. **Dyskusja grupowa** na temat zidentyfikowanych pozytywnych nawyków zdrowotnych, trudności i strategii

**Slajd 12:** Dziękujemy za uwagę.

**Slajdy 13-14**: Spis literatury

**4. Literatura**

**Literatura zalecana:**

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).

* 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).

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).

**Literatura w języku polskim:**

Iwanowicz E. (2009) „Health Literacy” jako jedno ze współczesnych wyzwań zdrowia publicznego, w: Medycyna Pracy 2009;60(5):427–437.

Sakowski P. (2012) Szczepienia ochronne migrantów w Polsce. Med. Pr. 2012: 63 (2) s. 251-254.  
Celem artykułu jest prezentacja obowiązujących w Polsce rozwiązań prawnych dotyczących szczepień ochronnych pod kątem ich związku z kwestią szczepień ochronnych w populacji migrantów.

**Literatura uzupełniająca:**

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

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.

* ECDC, European Centre for Disease Prevention and Control. Assessing the burden of key infectious diseases affecting migrant populations in the EU / EEA. Stockholm: ECDC, 2014. <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/assessing-burden-disease-migrant-populations.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.

Hoyos J, Fernández-Balbuena S, de la Fuente L, Sordo L, Ruiz M, Barrio G, Belza MJ, on behalf of Madrid Rapid HIV Testing Group. Journal of the International AIDS Society 2013;16(18560):1-8.<http://www.law.harvard.edu/students/orgs/crcl/vol40_1/ehrenreich.pdf> (retrieved: March 5, 2015).

Ingleby D. Ethnicity, Migration and the ‘Social Determinants of Health’ Agenda. Psychosocial Intervention 2012;31(3):331-341.

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

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).

* 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).
* 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.

TAMPEP, European Network for HIV / STI Prevention and Health Promotion among Migrant Sex Workers, s.a. <http://tampep.eu/> (retrieved: March 5, 2015).

UN, United Nations. International Convention on Economic, Social and Cultural Rights, 1966 [1976]. <http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf> (retrieved: March 5, 2015).

WHO, World Health Organization. Constitution, 1948. <http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf> (retrieved: March 5, 2015).

WHO, World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion, 1986.<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> (retrieved: March 5, 2015).

1. UN, United Nations. International Convention on Economic, Social and Cultural Rights, 1966 [1976].

   <http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-1)
2. WHO, World Health Organization. Constitution, 1948.

   <http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-2)
3. 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-3)
4. 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-4)
5. 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-5)
6. 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-6)
7. Martin Y, Collet TH, Bodenmann P, Blum MR, Zimmerli L, Gaspoz JM, Battegay E, Cornuz J, Rodondi N. The lower quality of preventive care among forced migrants in a country with universal healthcare coverage. Preventive Medicine 2014;59:19-24. [↑](#footnote-ref-7)
8. Phillips AL, Kumar D, Patel S, Arya M. Using text messages to improve patient-doctor communication amogn racial and ethnic minority adults: An innovative solution to increase influenza vaccinations. Preventive Medicine 2014;69:117-119. [↑](#footnote-ref-8)
9. Champion J, Harlin B, Collins JI. Sexual risk behavior and STI health literacy among ethnic minority adolescent women. Applied Nursing research 2013;26:204-209. [↑](#footnote-ref-9)
10. ECDC, European Centre for Disease Prevention and Control. Assessing the burden of key infectious diseases affecting migrant populations in the EU / EEA. Stockholm: ECDC, 2014.

    <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/assessing-burden-disease-migrant-populations.pdf> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-10)
11. ECDC 2014, op. cit. [↑](#footnote-ref-11)
12. Hoyos J, Fernández-Balbuena S, de la Fuente L, Sordo L, Ruiz M, Barrio G, Belza MJ, on behalf of Madrid Rapid HIV Testing Group. Jorunal of the International AIDS Society 2013;16(18560):1-8. [↑](#footnote-ref-12)
13. Champion, et al. 2013, op. cit. [↑](#footnote-ref-13)
14. TAMPEP, European Network for HIV / STI Prevention and Health Promotion among Migrant Sex Workers, s.a.. <http://tampep.eu/> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-14)
15. WHO, World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion, 1986.

    <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> (retrieved: March 5, 2015). [↑](#footnote-ref-15)
16. CHAFEA, op. cit. 2014. [↑](#footnote-ref-16)
17. Council of Europe 2011, op. cit. [↑](#footnote-ref-17)
18. 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-18)
19. WHO-Europe, World Health Organization, Office for Europe. How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity. 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-19)
20. OSF 2005, op. cit. [↑](#footnote-ref-20)
21. OSF 2011, op. cit. [↑](#footnote-ref-21)
22. 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-22)
23. Ingleby D. Ethnicity, Migration and the ‘Social Determinants of Health’ Agenda. Psychosocial Intervention 2012;31(3):331-341. [↑](#footnote-ref-23)
24. WHO 2010, op. cit. [↑](#footnote-ref-24)
25. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy Paper for Europe. Stockholm: Institute for Future Studies, 1991. [↑](#footnote-ref-25)
26. CHAFEA 2011, op. cit. [↑](#footnote-ref-26)
27. Muñoz de Luna, et al. 2015a, op. cit. [↑](#footnote-ref-27)
28. 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-28)