



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

MEM-TP

Podręcznik słuchacza

Przygotowanie:

Zespół

Andalusian School of Public Health

Zespół

Institutu Zdrowia Publicznego

Wydziału Nauk o Zdrowiu

Uniwersytetu Jagiellońskiego

Collegium Medicum

Granada, Kraków 2015

© 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.

Informacje wprowadzające

Komisja Europejska określiła migrantów i mniejszości etniczne jako populacje szczególnie wrażliwe, odczuwające w szczególny sposób nierówności w zdrowiu; w związku z tym ogłosiła szereg inicjatyw mających na celu “zarówno podniesienie świadomości jak i promowanie aktywności dla poprawy dostępu i adekwatności świadczeń zdrowotnych, promocji zdrowia i prewencji dla migrantów i mniejszości etnicznych”¹. Projekt MEM-TP (Pakiety szkoleniowe dla profesjonalistów zdrowotnych – poprawa dostępności i jakości świadczeń dla migrantów i mniejszości etnicznych, w tym Romów) jest jedną z owych ważnych inicjatyw. Celem projektu jest poprawa dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych dla migrantów i mniejszości etnicznych w krajach Unii Europejskiej przez przegląd, rozwinięcie, testowanie i ocenę szkoleń profesjonalistów zdrowotnych pierwszej linii świadczących usługi dla omawianych grup. Kontrakt został przyznany Konsorcjum w grudniu 2013 roku. W skład Konsorcjum wchodzi: Andalusian School of Public Health jako instytucja wiodąca, Uniwersytety Kopenhagi i Amsterdamu oraz Departament Zdrowia Reggio Emilia we Włoszech.

Projekt rozpoczął się od dwu obszernych przeglądów. Pierwszy z nich (*Work Package 1*) dotyczył sytuacji migrantów i mniejszości etnicznych w Europie, jego efektem było wskazanie wspólnych wyzwań i najlepszych praktyk mających na te wyzwania odpowiadać. W drugim przeglądzie (*Work Package 2*) analizowano istniejące materiały szkoleniowe opracowane na poziomie krajowym i europejskim. Celem stosowania tych materiałów było podniesienie świadomości kulturowej i wrażliwości profesjonalistów zdrowotnych, rozwinięcie ich kompetencji zarządczych i administracyjnych w odniesieniu do potrzeb i praw populacji docelowych, podniesienie znajomości w zakresie warunków zdrowotnych oraz wzrost świadomości profesjonalistów w zakresie barier w dostępie do świadczeń.

Raporty opracowane w oparciu o wyniki obu przeglądów stały się podstawą kolejnego etapu, którym było opracowanie modelowego pakietu szkoleniowego (*Work Package 3*). Pakiet ten został przetestowany pilotażowo w sześciu krajach (Danii, Hiszpanii, Polsce, Rumunii, Słowacji i Włoszech). Wcześniej, przed pilotażem, w Granadzie w Hiszpanii odbyło się trzydniowe szkolenie trenerów, w którym wzięły udział po trzy osoby z każdego z w/w krajów. Następnie przeszkoleni trenerzy zaadaptowali pakiety szkoleniowe dostosowując je do sytuacji we własnych krajach. Szkolenia pilotażowe odbyły się w kwietniu i maju 2015 roku (*Work Package 4*). Zostały one ocenione i odpowiednio zmodyfikowane (*Work Package 5*). Końcowe warsztaty podsumowujące zaplanowano na wrzesień 2015 roku, włączając udział interdyscyplinarnej grupy ekspertów rządowych.

2. Zarys szkolenia

Moduł 1: Wrażliwość i świadomość kulturowych i innych form różnorodności

¹ European Commission. Commission Communication – Solidarity in Health: Reducing Health Inequalities in the EU, 2009. http://ec.europa.eu/health/social_determinants/policy/commission_communication/index_en.htm (retrieved: March 28, 2015).

Część 1: Różnorodność

Część 2: Kompetencja międzykulturowa i wrażliwość na różnorodność

Moduł 2: Migranci, mniejszości etniczne i ich zdrowie – podstawowe fakty

Część 1: Problemy zdrowotne migrantów i mniejszości etnicznych oraz determinanty zdrowia

Część 2: Korzystanie z systemu opieki zdrowotnej przez migrantów i mniejszości etniczne

Moduł 3: Umiejętności profesjonalne

Część 1: Rozwój umiejętności intrapersonalnych

Część 2: Rozwój umiejętności interpersonalnych

Moduł 4: Stosowanie wiedzy

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

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

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

Część 4: Jakość opieki zdrowotnej przy uwzględnieniu różnorodności

Część 5: Podejście oparte na społeczności lokalnej, promocja partycypacji i zaangażowania korzystających oraz społeczności

Część 6: Podejście międzysektorowe

Moduł dodatkowy 1: Grupy docelowe

Część 2: Migranci w nieuregulowanej sytuacji

Moduł dodatkowy 2: Specyficzne problemy zdrowotne

Część 1: Choroby przewlekłe

Część 2: Choroby zakaźne

Część 3: Zdrowie psychiczne

3. Cele nauczania

Moduł 1: Wrażliwość i świadomość kulturowych i innych form różnorodności

Część 1: Różnorodność

Cele prezentacji:

- Wprowadzenie pojęć “kultura”, “grupy i mniejszości etniczne”, “migranci” wraz z ich kontekstem
- Wprowadzenie pojęcia “intersekcjonalność” oraz jego zastosowanie w dziedzinie opieki medycznej dla migrantów i mniejszości etnicznych
- Wprowadzenie pojęć “stereotypy i uogólnienia”, “uprzedzenia” i “dyskryminacja”

Cele ćwiczeń:

- Rozważania nad korzyściami i trudnościami wynikającymi ze stosowania pojęcia intersekcjonalności we własnej praktyce zawodowej, z uwzględnieniem własnej pozycji społecznej/ścieżki życiowej
- Identyfikacja barier oraz strategii do ich pokonania wynikających z uwzględnienia intersekcjonalności w opiece zdrowotnej
- Stworzenie pola do przemyśleń na temat strategii przeciwko dyskryminacji w opiece zdrowotnej, zorientowanej na różnorodność kulturalną i etniczną

Część 2: Kompetencja międzykulturowa i wrażliwość na różnorodność

Cele prezentacji:

- Wprowadzenie pojęć “wielokulturowość”, “międzykulturowość”, “kompetencja kulturowa”, “kompetencja międzykulturowa” i “wrażliwość na różnorodność” oraz zwrócenie uwagi na fakt, że bywają one stosowane wymiennie.
- Prezentacja czynników kluczowych do zrozumienia wpływu pochodzenia kulturowego na percepcje i zachowania zarówno pracowników ochrony zdrowia, jak i pacjentów.
- Wprowadzenie pojęć “promocji zdrowia”, “edukacji prozdrowotnej” w odniesieniu do różnorodności kulturowej i międzykulturowości.

Cele ćwiczeń:

- Rozważania nad poszczególnymi konceptami związanymi z tematem zajęć.
- Refleksja na temat występowania różnych postaw w kontekście konkretnej, profesjonalnej praktyki
- Wprowadzenie pojęcia “Świadomości Kulturowej” oraz omówienie zastosowania “Procesu Kompetencji Kulturowej w Modelu Świadczenia Usług Opieki Zdrowotnej”.

- Identyfikacja aspektów związanych z pozytywnymi efektami międzykulturowości i wrażliwości na różnorodność.

Moduł 2: Migranci, mniejszości etniczne i ich zdrowie – podstawowe fakty

Część 1: Problemy zdrowotne migrantów i mniejszości etnicznych oraz determinanty zdrowia

Cele prezentacji:

- Opisanie podstawowych cech charakterystycznych dla demografii obecnej populacji migrantów i mniejszości etnicznych
- Analiza społecznych determinant zdrowia migrantów i mniejszości etnicznych
- Identyfikacja ważniejszych trendów dotyczących stanu zdrowia migrantów i mniejszości etnicznych

Cele ćwiczeń:

- Zwrócenie uwagi uczestników na uprzednio nabytą wiedzę i postrzeganie potrzeb zdrowotnych migrantów i mniejszości etnicznych
- Analiza społecznych determinant zdrowia migrantów i mniejszości etnicznych

Część 2: Korzystanie z systemu opieki zdrowotnej przez migrantów i mniejszości etniczne

Cele prezentacji:

- Identyfikacja głównych trendów w korzystaniu z systemu opieki zdrowotnej przez populację migrantów i mniejszości etnicznych
- Opis głównych barier w dostępie dla tych populacji, według literatury

Cele ćwiczenia:

- Analiza skutków barier zaobserwowanych podczas pokazu filmu wideo
- Identyfikacja barier w dostępie do zdrowia dla migrantów i mniejszości etnicznych w konkretnym regionie/kraju

Moduł 3: Umiejętności profesjonalne

Część 1: Rozwój umiejętności intrapersonalnych

Cele prezentacji:

- Identyfikacja elementów kluczowych w komunikowaniu się z migrantami lub pacjentami z mniejszości etnicznych
- Rozpoznawanie technik związanych z skutkami intrapersonalnymi, mające na celu poprawę interakcji pomiędzy pracownikiem służby zdrowia a pacjentem, w kontekście różnic kulturowych

Cele ćwiczeń:

- Identyfikacja roli stereotypów w komunikacji z migrantami i mniejszościami etnicznymi
- Identyfikacja komunikacji i umiejętności intrapersonalnych (empatia, słuchanie aktywne/refleksyjne)
- Nabycie zdolności przyjmowania różnych ról
- Nabycie świadomości wpływu komunikacji niewerbalnej w relacji profesjonalista - pacjent
- Nabycie zdolności radzenia sobie z sytuacjami stresowymi w interakcji pomiędzy pracownikiem służby zdrowia a pacjentem migrantem/z mniejszości narodowych

Część 2: Rozwój umiejętności interpersonalnych

Cele prezentacji:

- Identyfikacja barier i moderatorów komunikacji według literatury
- Identyfikacja aspektów zarządzania konfliktem i procesami negocjacyjnymi
- Analiza relewancji technik przekazywania złych informacji

Cele ćwiczeń:

- Ćwiczenie umiejętności negocjacji i współpracy między uczestnikami
- Identyfikacja barier skutecznej komunikacji
- Wskazanie przykładów dobrych praktyk w komunikacji interpersonalnej
- Refleksja nad znaczeniem okresu koncentracji dla procesu komunikacji
- Refleksja nad zastosowaniem procesu negocjacyjnego w kontekście szkolonego personelu
- Przemyślenie zachowań objętych zarządzaniem konfliktami
- Wskazanie strategii przekazywania złych wiadomości

Moduł 4: Stosowanie wiedzy

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

Cele prezentacji

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

Cele ćwiczeń

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

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

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

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

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 strategię rozwiązywania sytuacji

Część 4: Jakość opieki zdrowotnej przy uwzględnieniu różnorodności

Cele prezentacji

- Zaprezentowanie ważnych aspektów jakości nakierowanej na różnorodność kulturową i etniczną, metodologię oceny i strategię

Cele ćwiczenia

- Rozpoczęcie dyskusji o doświadczeniach, możliwościach i ograniczeniach metod oceny jakości opieki zdrowotnej nakierowanej na różnorodność kulturową i etniczną

Część 5: Podejście oparte na społeczności lokalnej, promocja partycypacji i zaangażowania korzystających oraz społeczności

Cele prezentacji

- Wprowadzenie tematu (podejście oparte na społeczności, promowanie użytkowników, partycypacja i zaangażowanie społeczności).
- Przedstawienie podstaw i definicji podejścia opartego na społeczności.
- Wprowadzenie koncepcji i odnośnych aspektów związanych z "zaangażowaniem" i "partycypacją".
- Refleksja na temat wyzwań, ograniczeń i strategii związanych z podejściem opartym na społeczności.

Cele ćwiczeń

- Podniesienie świadomości koncepcji 'społeczności' i 'partycypacji'.
- Refleksja na temat wyzwań związanych ze statusem migranta, mniejszości etnicznych, włącznie z narodowością romską, w społeczeństwach europejskich oraz w systemie opieki zdrowotnej, podejściach i stereotypach.
- Identyfikacja poziomów zaangażowania i partycypacji migrantów i mniejszości etnicznych we własnym kontekście zawodowym uczestników oraz strategię ich poprawy.
- Refleksja na temat związków władzy/kontroli i relatywności wyborów.

Część 6: Podejście międzysektorowe

Cele prezentacji

- Wprowadzenie pojęcia “międzysektorowości” oraz odpowiednie jego zastosowanie do opieki zdrowotnej i polityki zdrowotnej zaadresowanej do migrantów i mniejszości etnicznych.

Cele ćwiczeń

- Identyfikacja ważnych interesariuszy, zasobów, interakcji, barier i strategii działań międzysektorowych związanych ze zdrowiem migrantów i mniejszości etnicznych.

Moduł dodatkowy 1: Grupy docelowe

Część 2: Migranci w nieuregulowanej sytuacji

Cele prezentacji:

- Wprowadzenie pojęcia “migranci w nieuregulowanej sytuacji” oraz przedstawienie najnowszych badań porównawczych w zakresie dostępu do zdrowia oraz zdrowia migrantów w nieuregulowanej sytuacji, z uwzględnieniem studiów przypadków oraz rekomendacji.

Cele ćwiczenia:

- Identyfikacja strategii służących poprawie dostępu do opieki zdrowotnej dla migrantów w nieuregulowanej sytuacji w danym regionie/kraju; priorytetyzacja strategii w zależności od ich postrzeganego znaczenia.

Moduł dodatkowy 2: Specyficzne problem zdrowotne

Część 1: Choroby przewlekłe

Cele prezentacji:

- Wyjaśnienie ogólnych wzorców chorób przewlekłych w populacji migrantów i mniejszości etnicznych, w tym Romów.
- Poinformowanie o epidemiologii chorób przewlekłych w przypadku migrantów i mniejszości etnicznych, w tym Romów w Europie, oraz w jaki sposób instytucje UE mogłyby rozwiązać te problemy.

Cele ćwiczenia:

- Zastosowanie nabytej wiedzy w praktyce klinicznej.

Część 2: Choroby zakaźne

Cele prezentacji:

- Wyjaśnienie ogólnych wzorców chorób zakaźnych w populacji migrantów i mniejszości etnicznych, wśród nich Romów.
- Poinformowanie o epidemiologii określonych chorób zakaźnych migrantów i mniejszości etnicznych, w tym Romów, w Europie, i jak instytucja UE może rozwiązać te problemy.

Cele ćwiczenia:

- Zastosowanie nabytej wiedzy w praktyce klinicznej.

Część 3: Zdrowie psychiczne

Cele prezentacji:

- Wyjaśnienie ogólnych wzorców psychicznych problemów zdrowotnych w populacji migrantów i mniejszości etnicznych, w tym Romów.
- Poinformowanie o epidemiologii problemów zdrowia psychicznego migrantów i mniejszości etnicznych, w tym Romów, w Europie oraz w jaki sposób instytucje UE mogłyby rozwiązać te problemy.

Cele ćwiczenia:

- Zastosowanie nabytej wiedzy w praktyce klinicznej.

4. Kopie prezentacji



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

MODUŁ 1: WRAŻLIWOŚĆ I ŚWIADOMOŚĆ RÓŻNORODNOŚCI KULTUROWEJ ORAZ INNYCH RODZAJÓW RÓŻNORODNOŚCI

Część 1: Różnorodność

Andalusian School of Public Health, 2015

Plan sesji

- Prezentacja: Kulturowe oraz inne istotne rodzaje różnorodności
- Ćwiczenie 1: Burza mózgów
- Prezentacja: Intersekcjonalność (teoria przecięć)
- Ćwiczenie 2: Identyfikacja wymiarów intersekcjonalności
- Ćwiczenie 3: Intersekcjonalność w opiece zdrowotnej ukierunkowanej na różnorodność kulturową i etniczną
- Ćwiczenie 4: Film "Tzafar" i dyskusja
- Prezentacja: Poprawa świadomości migrantów w zakresie własnych praw do zdrowia, walki z dyskryminacją i stygmatyzacją wśród mniejszości

Kulturowe oraz inne istotne rodzaje różnorodności

Przygotowanie: Ainhoa Ruiz Azarola, Andalusian School of Public Health, 2015
Tłumaczenie: Anna Szetela, Instytut Zdrowia Publicznego, UJ CM, 2015

Ćwiczenie 1: Burza mózgów

Definicja tradycyjna: Kulturę możemy definiować jako wartości, przekonania, normy i praktyki przyswojone i współdzielone w danej grupie, stanowiące wyznacznik procesu myślenia, podejmowania decyzji i działania^[1].

Czym według Was jest kultura?

[1] Leininger, M. (Ed.), (1985). *Qualitative research methods in nursing*. New York: Grune & Stratton

Kultura

Przez lata kultura była definiowana jako statyczna i złożona całość^[1]; definicja ta została rozwinięta w kierunku „czegoś, co jest współtworzone”, w intersubiektywny proces nadawania znaczeń rzeczywistości i kształtowania własnego jej doświadczania.

Przez większość tego okresu **‘różnice kulturowe’** (w jakiś sposób konceptualizowane) były uważane za główną barierę między pacjentami należącymi do grup migrantów/mniejszości etnicznych i świadczeniodawcami.

“tradycyjne podejście podręcznikowe”



Rozumienie czyjejs kultury: wpływa na większą zdolność akceptowania i rozumienia kultury innych.

Nastawienie profesjonalistów zdrowotnych

‘pokora kulturowa’

Wybrane pojęcia:

- **Rasa i rasizm**
- **Grupy etniczne i etniczność**



Etniczność

Pojęcie etniczności

- Deklaracja UNESCO (1978)
- Konwencja NZ o eliminowaniu wszelkich form dyskryminacji rasowej (1969)
- Traktat Lizboński (2007)

Mniejszości etniczne

Definicja mniejszości etnicznych:

Termin 'mniejszość etniczna' obejmuje szereg niejednorodnych grup; różne są również poglądy na to, czym jest etniczność, jakie wyróżniamy grupy etniczne i kto winien być uznawany za członka grupy. Już dla tych powodów etniczność jest zagadnieniem, które niełatwo poddać się analizie statystycznej [1]. Dodatkową trudność stanowi fakt, iż w wielu krajach gromadzenie danych na temat mniejszości jest problemem wysoce kontrowersyjnym.

[1] Bhopal, R. (2014). Migration, ethnicity, race, and health in multicultural societies. Oxford: Oxford University Press.

Jeśli chodzi o naturę etniczności, w naukach społecznych pojawiają się dwa rozbieżne podejścia [1].

Klasyczne ('pierwotne'), zgodnie z którym ludzie mogą być przypisani do grupy etnicznej w oparciu o cechy obiektywne, takie jak miejsce pochodzenia, dziedzictwo genetyczne, język, kultura czy religia.

'Instrumentalne', przeciwnie, postrzegają etniczność jako konstrukcję społeczną i/lub wybór indywidualny, którego/ych granice są negocjowane w sposób pragmatyczny. W niektórych krajach istnieją mniejszości etniczne uznane oficjalnie, do których mają zastosowanie definicje prawne.

Rodzaje 'grup etnicznych'

Ludność rdzenna
Mniejszości narodowe
* Inne

[1] Scott, J.G.M. (1990). A resynthesis of the primordial and circumstantial approaches to ethnic group solidarity: towards an explanatory model. *Ethnic and Racial Studies*, 13(2), 147-71.

Migranci

Definicja migranta

Jeśli chodzi o migrantów, w niniejszej prezentacji posługujemy się tym pojęciem w znaczeniu użytym przez Narodowy Zjednoczone, Bank Światowy, OECD i UE, oznaczającym rezydenta urodzonego poza krajem zamieszkania.

Historia i podłoże migracji:

- Lata 1945 do 1970
- Po kryzysie ekonomicznym roku 1973
- W latach 1980-tych
- Obecnie

Proces migracji jest powiązany z procesami podejmowania decyzji.



Intersekcjonalność (teoria przecięć)

Przygotowanie: Amets Suess, Andalusian School of Public Health, 2015
Tłumaczenie: Anna Szetela, Instytut Zdrowia Publicznego, UJ CM, 2015

Intersekcjonalność: pojęcie

Intersekcjonalność

Wzajemnie powiązana natura kategoryzacji społecznych, takich jak rasa, klasa, płeć, odnoszonych do danej jednostki bądź grupy, rozpatrywana jako wzajemnie krzyżujące się i zależne od siebie systemy dyskryminacji lub upośledzenia społecznego. (Oxford Dictionary 2014).

Intersekcjonalność

Intersekcjonalność odnosi się do sposobu, w jaki rasa, klasa, płeć, etniczność, orientacja seksualna, zdolności, status społeczny i inne znaczniki różnic krzyżują się, by sformułować przekaz na temat indywidualnych rzeczywistości i przeżytych doświadczeń.

Intersekcjonalność zakłada, że osoby i grupy są kształtowane przez wielokrotne i krzyżujące się tożsamości. Tożsamości te często przekazują informacje o poglądach na świat i perspektywach danej osoby oraz jej związkach z innymi osobami w społeczeństwie.

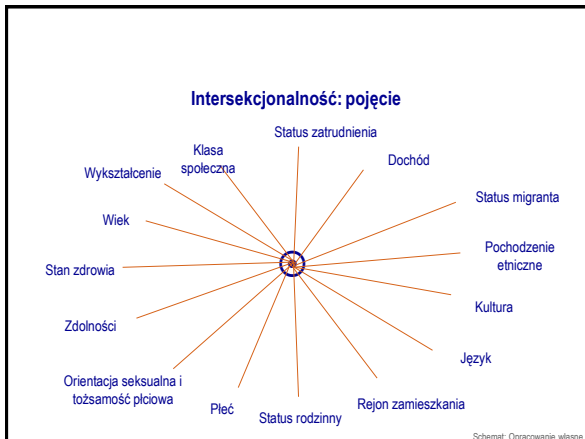
(Mason s.a.)

Mason s.a.: Oxford Dictionary 2014.

Intersekcjonalność: pojęcie

- Pierwszą wzmiankę o tym pojęciu przypisuje się Kimberlie Crenshaw, która w 1989 roku użyła tego określenia analizując złożone formy dyskryminacji czarnych kobiet w USA.
- Rozwój pojęcia i opisujących go teorii i możliwości wykorzystania, w tym także w zakresie badań i praktyki zdrowia publicznego.

Bowleg 2012; Crenshaw 1989; Mason s.a.; McCall 2005; Nash 2008; Walby; Armstrong; Strid 2012.



Intersekcjonalność w opiece zdrowotnej dla migrantów i mniejszości etnicznych: Badania, szkolenie, praktyka profesjonalistów, polityki

- **Badania**
 - ✓ Chodzi nie tylko o analizę kultury czy aspektów specyficznych dla danej grupy etnicznej, ale o wzięcie pod uwagę perspektywy intersekcjonalnej
 - ✓ Refleksje metodologiczne w zakresie wykorzystania idei intersekcjonalności w badaniach na temat zdrowia migrantów i przedstawicieli mniejszości etnicznych
- **Szkolenie**
 - ✓ Podejście intersekcjonalne w szkoleniach

Acevedo-Garcia, et al. 2012; Aspinall, et al. 2013; Bauer 2014; Gazard et al. 2014; Hankivsky (ed) 2011; Kovandžić, et al. 2012; Robertson 2014; Rosenfield 2012; Song, et al. 2012; Sears 2012; Van Laer et al. 2014; Viruelli Fuentes et al. 2012

Intersekcjonalność w opiece zdrowotnej dla migrantów i mniejszości etnicznych: Badania, szkolenie, praktyka profesjonalistów, polityki

- **Praktyka profesjonalisty**
 - ✓ Uwzględnianie istnienia różnych wymiarów intersekcjonalnych i ich wpływu na sytuację migrantów i mniejszości etnicznych w procesie udzielania świadczeń
 - ✓ Własna świadomość a rozwój osobisty i profesjonalny oraz status społeczny.
- **Polityki zdrowotne**
 - ✓ Włączanie perspektywy intersekcjonalnej w rozwój polityk i działań zorientowanych na MEM

Acevedo-Garcia, et al. 2012; Aspinall, et al. 2013; Bauer 2014; Gazard et al. 2014; Hankivsky (ed) 2011; Kovandžić, et al. 2012; Robertson 2014; Rosenfield 2012; Song, et al. 2012; Sears 2012; Van Laer et al. 2014; Viruelli Fuentes et al. 2012

Ćwiczenie 2: Identyfikacja wymiarów intersekcjonalności

- Metodyka
- Zadanie indywidualne
- Dyskusja w małych grupach

Ćwiczenie 3: Intersekcjonalność w opiece zdrowotnej ukierunkowanej na różnorodność kulturową i etniczną

- Metodyka
- Identyfikacja **barier** w zakresie uwzględniania podejścia intersekcjonalnego w opiece zdrowotnej ukierunkowanej na różnorodność kulturową i etniczną (*wspólnie*)
- Identyfikacja **strategii** uwzględniania podejścia intersekcjonalnego w opiece zdrowotnej ukierunkowanej na różnorodność kulturową i etniczną (*w grupach*)
- **Priorytetyzacja** strategii możliwych do zastosowania (*wspólnie*)
- Dyskusja (*wspólnie*)

Literatura

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

Aspinall PJ, Song. Is race a 'salient...' or 'dominant identity' in the early 21st century: The evidence of UK survey data no respondents' sense of who they are. *Social Science Research* 2013;42(2):547-561.

Bauer GR. Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: Challenges and the potential to advance health equity. *Social Science & Medicine* 2014;110:10-17.

Bowleg L. The Problem with the Phrase Woman and Minorities: Intersectionality – an Important Theoretical Framework for Public Health. *Am J Public Health* 2012;102(7):1267-1273.

Crenshaw K. Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum* 1989: 139 – 167.

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

Hankivsky O (ed). *Health Inequalities in Canada: Intersectional Frameworks and Practices*. Vancouver, Toronto: UBC Press, 2011. <http://www.uccpress.ca/books/pdf/chapters/2011/HealthInequalitiesCanada.pdf> (retrieved: January 12, 2015).

Kovandžić M, Furnell E, Hammond J, Ahmed A, Edwards S, Clarke P, et al. The space of access to primary mental health care: A qualitative case study. *Health & Place* 2012;28(3):536-551.

McCall L. The Complexity of Intersectionality. *Signs* 2005;30(3):1771-1800.

Mason CN. *Leading at the Intersections: An Introduction to the Intersectional Approach Model for Policy & Social Change*. New York: Women of Color Policy Network, New York University Robert F. Wagner, s.a.

<http://www.wocpolicytools.org/sites/default/files/intersectionality%20primer%20-%20Women%20and%20Color%20Policy%20Network.pdf> (retrieved: January 12, 2015).

Nash JC. Re-thinking intersectionality. *Feminist Review* 2008;89:1-15. Oxford Dictionaries, 2014. <http://www.oxforddictionaries.com/us/definition/american-english/intersectionality> (retrieved: January 12, 2015).

Robertson EV. "To be taken seriously": women's reflections on how migration and resettlement experiences influence their healthcare needs during childbearing in Sweden. *Sexual & Reproductive Healthcare* 2014 [in press].

Literatura

Rosenfeld S. Triple jeopardy? Mental health at the intersection of gender, race, and class. *Social Science & Medicine* 2012;74(11):1791-1801.
Sears KP. Improving cultural competence education: the utility of an intersectional framework. *Medical Education* 2012; 46: 545-551.
Seng JS, Lopez WD, Spector M, Hamama L, Reed Meldrum CD. Marginalized identities, discrimination burden, and mental health: Empirical exploration of an interpersonal-level approach to modeling intersectionality. *Social Science & Medicine* 2012;75(2):2437-2445.
Van Laer K, Janssens M. Between the devil and the deep blue sea: Exploring the hybrid identity narratives of ethnic minority professionals. *Scandinavian Journal of Management* 2014;30(2):186-196.
Vuceli Fuentes EA, Miranda PY, Abdurahim S. More than culture: Structural racism, intersectionality theory, and immigrant health. *Social Science & Medicine* 2012;75(2):2437-2445.
Walby S, Armstrong J, Srid S. Intersectionality: Multiple Inequalities in Social Theory. *Sociology* 2012;46(2):224-240.

Van Damme-Ostapowicz K. Dialog wielokulturowy. w: Krajewska-Kulak, E., Wrońska, I., Kędziora-Komatowska K., (red.) *Problemy wielokulturowości w medycynie*. Warszawa: Wyd. Lekarskie PZWL 2010, s. 103-113.
Grabowska M., Muszalska M., Kędziora-Komatowska K. Upředzenia rasowe i religijne oraz ich rola w procesie leczenia i pielęgnowania. w: Krajewska-Kulak, E., Wrońska, I., Kędziora-Komatowska K., (red.) *Problemy wielokulturowości w medycynie*. Warszawa: Wyd. Lekarskie PZWL 2010, s. 214-221.
Halicka M., Kramkowska E. Kultura i subkultura. w: Krajewska-Kulak, E., Wrońska, I., Kędziora-Komatowska K., (red.) *Problemy wielokulturowości w medycynie*. Warszawa: Wyd. Lekarskie PZWL 2010, s. 69-78.



Dyskryminacja i stygmatyzacja

Przygotowanie: Ainhoa Ruiz Azarola, Andalusian School of Public Health, 2015
Adaptacja i tłumaczenie: Anna Szetela, Instytut Zdrowia Publicznego, UJ CM, 2015

Ćwiczenie 4: Film „Tzafar”

Stereotypy i uogólnienia

<http://www.unhcr.gr/1.againstracism/en/tzafar-a-short-film-against-racism/>

- ✓ Czy ta sytuacja może się zdarzyć w Twoim kraju/regionie?
- ✓ Jakie strategie zostały opracowane/zaadaptowane dla uniknięcia/poradzenia sobie z dyskryminacją?
- ✓ Czy uważasz, że w naszym życiu są obecne stereotypy i uogólnienia?
W jaki sposób się przejawiają?

Spoleczeństwo polskie wobec migracji

Postawy antyimigranckie:

- Za dużo imigrantów w naszym kraju: 27,1%
- Z powodu liczby imigrantów czują się niekiedy we własnym kraju jak obcy: 19,4%
- W sytuacji braku miejsc pracy ludność „rdzenna” winna mieć pierwszeństwo w jej uzyskaniu: 74,1%
- Imigranci wzbogacają naszą kulturę: 64,2%

Intolerance, Prejudice and Discrimination: A European Report

Spoleczeństwo polskie wobec migracji

- Imigranci stanowią obciążenie dla naszego systemu opieki społecznej: 45,8%
- Potrzebujemy imigrantów dla rozwoju gospodarki: 42,4%



Intolerance, Prejudice and Discrimination: A European Report

Spoleczeństwo polskie wobec migracji

- Istnieje naturalna hierarchia między ludźmi białymi i czarnymi: 41,6%
- Ludzie biali i czarni raczej nie powinni zawierać małżeństw mieszanych: 23,5%
- Niektóre kultury są oczywiście „wyższe” niż inne: 49,4%
- Musimy chronić własną kulturę przed wpływami obcych kultur: 69%

Intolerance, Prejudice and Discrimination: A European Report

Stosunek Polaków do innych narodów

- Poziom sympatii wobec Romów – miejsce przedostatnie (na 38 narodów), przeważa podejście niechętnie (wobec Romów i Arabów niechęć jest wyrażana dwukrotnie częściej niż sympatia).
- Korelacja między średnimi wartościami sympatii dla poszczególnych narodów a wskaźnikiem rozwoju społecznego (jakkolwiek wskaźnik ten jest obliczany nie dla narodów, a dla państw – w badaniu tej korelacji Romów nie brano pod uwagę).
- Spośród sąsiadów: największą sympatią cieszą się Czesi i Słowacy, najmniejszą zaś Ukraińcy, Białorusini oraz Rosjanie.

Komunikat z badań CBOS: Stosunek Polaków do innych narodów, BS/22/2012
http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2012/K_022_12.PDF

Upředzenia są konsekwencją stereotypów

Upředzenia to specyficzna część rasizmu, żywiącą się ignorancją, brakiem kontaktu oraz brakiem wiedzy na temat ludzi czy grup będących ich ofiarami. Upředzenia mogą prowadzić do napięć.

Najczęstszymi zniekształceniami są:

- ✓ **Widzenie wybiórcze, filtr mentalny**, tendencja do zauważania i zapamiętywania wybranego wycinka rzeczywistości, z wyłączeniem pełnego obrazu.
- ✓ **Absolutyzm i dychotomia myślenia**, tendencja do dychotomicznego postrzegania rzeczywistości ("czarne lub białe"), przechodzenie od jednej skrajności do drugiej, bez stopniowania (odcieni szarości).
- ✓ **Fatalizm**, przekonanie o nieodwracalności zdarzeń i braku kontroli.
- ✓ **Mylenie myśli i uczuć z rzeczywistością**, wiara w to, że to, co myślimy na temat rzeczywistości, jest w istocie samą rzeczywistością, a to, co odczuwamy jako prawdę, jest właśnie tą prawdą.
- ✓ **Zniekształcona interpretacja zachowań innych ludzi, z określoną intencją**, niszczący rodzaj myślenia, skierowany przeciw samemu sobie. Z powodu upřednio doświadczonej przemocy, zachowania innych są interpretowane w najgorszy z możliwych sposobów.
- ✓ **Etykietowanie**, taki sposób zachowania, który bez poparcia w faktach prowadzi do powstania negatywnego, a z gruntu fałszywego osądu na temat danej.
- ✓ **Niewykorzystane myślenie antycypacyjne**, przewidywanie, że pewne negatywne wydarzenia lub sytuacje mogą się wydarzyć, bez zastosowania jakichkolwiek działań zapobiegawczych.

Zwalczanie upředzeń

Przezwyciężenie wyżej wspomnianych problemów możliwe jest przy wykorzystaniu następujących kroków:

- ✓ Obiektywny – na tyle, na ile to możliwe – opis sytuacji, która wywołała napięcie/dyskomfort
- ✓ Identyfikacja i nazwanie emocji i odczuć, które łączymy z opisaną sytuacją
- ✓ Próba odtworzenia konwersacji wewnętrznej, zapisu jej zdanie po zdaniu, zarówno sprzed, jak i po stresującej sytuacji
- ✓ Rozpoznanie zaobserwowanych zniekształceń przydarzających się podczas wewnętrznej konwersacji, która wywołuje stres oraz tych przytrafiających się w drugiej kolejności wybiórcze postrzeganie rzeczywistości, absolutyzm, fatalizm, pomylenie emocji z rzeczywistością
- ✓ Korygowanie zniekształconych myśli w drodze zastąpienia ich innymi
- ✓ Skojarzenie nowych myśli z nowymi emocjami

Literatura

Grabowska M., Muszaliński M., Kędziora-Komatowska K. Upředzenia rasowe i religijne oraz ich rola w procesie leczenia i pielęgnowania, w: Krajewska-Kulek E., Wrońska I., Kędziora-Komatowska K. (red.) *Problemy wielokulturowości w medycynie*. Warszawa: Wyd. Lekarskie PZWL, 2010, s. 214-221.
Halcicka M., Komarowska E. *Kultura i subkultura*. w: Krajewska-Kulek E., Wrońska I., Kędziora-Komatowska K. (red.) *Problemy wielokulturowości w medycynie*. Warszawa: Wyd. Lekarskie PZWL, 2010, s. 69-78.
Komunikat z badań CBOS: Stosunek Polaków do innych narodów, BS/22/2012 http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2012/K_022_12.PDF (dostęp kwiecień 2015)
Zick A., Ripper B., Hövermann A. *Intolerance, Prejudice and Discrimination. A European Report*. Berlin 2011. <http://library.fes.de/pdf-files/09/09-20110311.pdf> (retrieved April 2015)

Poszerzenie wiedzy mniejszości w zakresie ich praw do zdrowia i walki z dyskryminacją oraz stygmatyzacją

Przygotowanie: Ainhoa Ruiz Azarola, Andalusian School of Public Health, 2015
Tłumaczenie: Anna Szetela, Instytut Zdrowia Publicznego, UJ CM, 2015

Definicja dyskryminacji

Dyskryminowanie oznacza różnicowanie/różne traktowanie w sytuacji, gdy nie istnieje istotna różnica między dwiema osobami bądź sytuacjami, bądź traktowanie w identyczny sposób wtedy, gdy w rzeczywistości dane sytuacje są odmienne. Dwie dyrektywne antydyskryminacyjne, które stanowią podstawę tego szkolenia, zabraniają dyskryminacji zarówno bezpośredniej jak i pośredniej, jednocześnie precyzując oba te pojęcia.

Dyskryminacja bezpośrednia występuje, jeśli dana osoba jest traktowana mniej korzystnie niż jest, była lub byłaby traktowana inna osoba w porównywalnej sytuacji, ze względu na jakąkolwiek cechę, na podstawie której dyskryminacja jest zabroniona.

Dyskryminacja pośrednia występuje, gdy dla osoby fizycznej na skutek pozornie neutralnego postanowienia, zastosowanego kryterium lub podjętego działania występują lub mogłyby wystąpić niekorzystne dysproporcje lub szczególnie niekorzystna dla niej sytuacja, chyba że postanowienie, kryterium lub działanie jest obiektywnie uzasadnione ze względu na zgodny z prawem cel, który ma być osiągnięty, a środki służące osiągnięciu tego celu są właściwe i konieczne.

Celem podniesienia świadomości własnych praw i zakresu odpowiedzialności Unia wspiera kampanię informacyjną "Dla różnorodności. Przeciw dyskryminacji".



Działalność UE w zakresie walki z dyskryminacją

- **Wzrost wiedzy na temat dyskryminacji** poprzez podnoszenie świadomości na temat własnych praw i zobowiązań, ale też korzyści płynących z różnorodności
- **Wsparcie podmiotów** takich jak organizacje pozarządowe, partnerzy społeczni, w podnoszeniu ich możliwości walki z dyskryminacją
- **Wsparcie rozwoju polityk równości** na poziomie krajowym i wymiany dobrych praktyk między krajami UE
- **Dążenie do realnej zmiany** w zakresie antydyskryminacji poprzez działalność szkoleniową
- **Nacisk na zarządzanie różnorodnością** jako fragment strategicznej odpowiedzi na zróżnicowane społeczeństwo, strukturę rynku i potencjał ludzki

[1] http://ec.europa.eu/justice/discrimination/index_en.htm (retrieved: March 9, 2015)

Działalność UE w zakresie walki z dyskryminacją

Unia Europejska, zgodnie z art. 13, wdrożyła trzycięciową strategię w celu walki z dyskryminacją, w której skład wchodzi:

- **Dyrektywa w sprawie równego traktowania bez względu na pochodzenie rasowe lub etniczne** (Dyrektywa Rady 2000/43/EC)
- **Dyrektywa dotycząca ogólnych warunków ramowych równego traktowania w zakresie zatrudnienia i pracy bez względu na religię, przekonania, niepełnosprawność, wiek czy orientację seksualną** (Dyrektywa Rady 2000/78/EC)
- **Wspólnotowy Program Zwalczania Dyskryminacji 2001-2006 (Decyzja 2000/750/EC)** zwalczający dyskryminację ze wszystkich powodów wyszczególnionych w Artykule 13 (innych niż płeć). Program ten ma wyznaczone trzy główne cele:
 - ✓ Wspieranie dokonania analizy i ewaluacji zakresu i charakteru dyskryminacji występującej na obszarze w UE oraz pomoc w ocenie skuteczności zwalczających ją środków;
 - ✓ Pomoc w tworzeniu kompetencji decydentów w Państwach Członkowskich UE oraz na poziomie europejskim aktywnie uczestniczących w walce z dyskryminacją;
 - ✓ Promocja i rozpowszechnianie wśród praktyków i podmiotów opiniotwórczych wartości i zachowań wspierających walkę z dyskryminacją.

Ćwiczenie 5:

Dyskryminacja w wymiarze narodowym – wymiana doświadczeń – podnoszenie samoświadomości i znajomości regulacji prawnych

1. Metodyka

Technika: W małych grupach: **proszę pomyśleć o przypadku dyskryminacji** (na przykładzie różnych grup populacji, takich jak migranci czy przedstawiciele mniejszości etnicznych). Następnie, proszę przemyśleć europejskie i krajowe strategie podnoszenia świadomości i przeciwdziałania dyskryminacji i możliwości ich zastosowania dla przeciwdziałania danego typu sytuacjom.

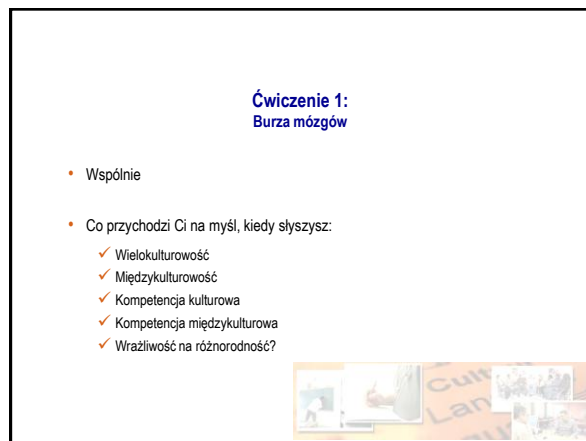
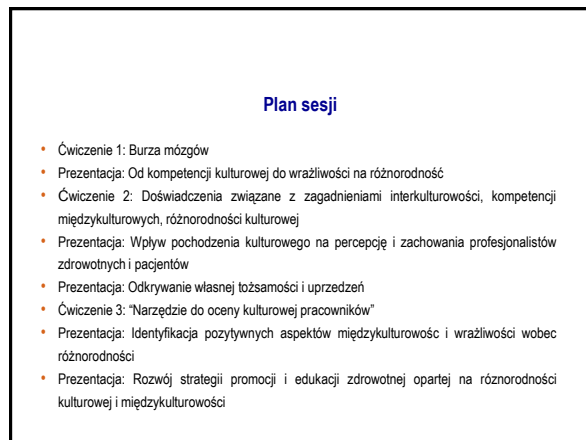
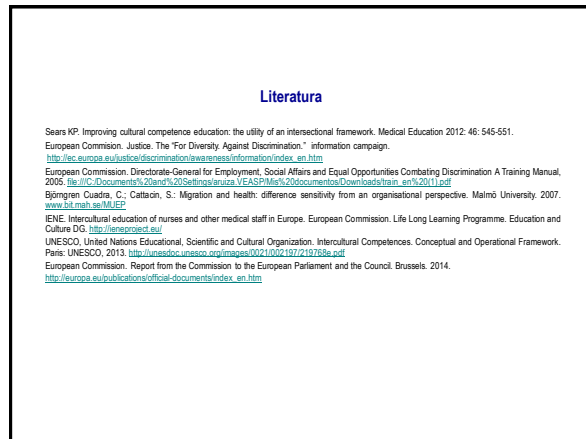
2. Wspólnie: dyskusja



Podnoszenie stanu świadomości

- ✓ Cel podnoszenia świadomości
- ✓ Grupy docelowe
- ✓ Jak to można osiągnąć?

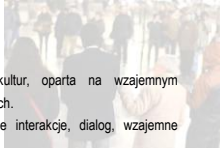




Wielokulturowość i międzykulturowość

Dyskusje teoretyczne

- ✓ Wyraźne odróżnianie pojęć:
 - Wielokulturowość: koegzystencja różnych kultur, oparta na wzajemnym poszanowaniu specyficznych potrzeb kulturowych.
 - Międzykulturowość: nastawienie na wzajemne interakcje, dialog, wzajemne wpływy różnych kultur
 - Wspólne aspekty: szacunek dla różnorodności kulturowej i troska o osoby dotknięte nierównością społeczną
 - Propozycja zastąpienia poprzednich modeli asymilacji lub wielokulturowości koncepcją międzykulturalizmu
- ✓ Inni autorzy: nakładanie się znaczeń, brak wyraźnego oddzielenia obu pojęć
- ✓ Różnice w użyciu, specyficzne dla danego kontekstu



Barnitt 2013; Council of Europe 2008; Levy 2012; Meer, Modood 2011; Sarmento 2014.

Opieka zdrowotna w kontekście międzykulturowym

- Dostarczanie opieki zdrowotnej w kontekście międzykulturowym
 - ⇒ Znaczenie specyficznych kompetencji zawodowych i polityki instytucjonalnych
- Różne podejścia i koncepcje
 - ✓ Kompetencje kulturowe
 - ✓ Kompetencje międzykulturowe
 - ✓ Wrażliwość wobec różnic
 - ✓ Wrażliwość wobec różnorodności
- Różnice i podobieństwa
- Przesunięcie wzorów i tendencji



Cattacin, et al. 2013; Chiarenza 2012; Council of Europe 2006; Mock-Muñoz de Luna et al. 2015; Papadopoulos 2006, quoted in IENE 2014; Renschler, Cattacin 2007; UNESCO 2001, 2013; WHO 2001.

Kompetencje kulturowe a kompetencje międzykulturowe

- Kompetencje kulturowe
 - ✓ Nacisk na świadomość specyficznych zwyczajów kulturowych, wierzeń i potrzeb w opiece zdrowotnej
 - ✓ Znajomość specyficznego podłoża kulturowego i etnicznego
 - ✓ Polityki zdrowotne nastawione na dostarczanie wyspecjalizowanych świadczeń dla migrantów i mniejszości etnicznych
- Kompetencje międzykulturowe
 - ✓ Nacisk na interakcje i dialog między kulturami
 - ✓ Polityki zdrowotne nastawione na zajmowanie się potrzebami zdrowotnymi w kontekstach międzykulturowych
- Nakładanie się obu idei



Council of Europe 2006; Papadopoulos 2006, quoted in IENE 2014; UNESCO 2001, 2013.

Różnorodność kulturowa, wrażliwość kulturowa, wrażliwość na różnice, wrażliwość na różnorodność

- Wrażliwość kulturowa
 - ✓ Oparta na uznaniu różnorodności jako pozytywnego wkładu w społeczeństwo
 - ✓ Polityka zdrowotna skoncentrowana na zaspokajaniu potrzeb w perspektywie różnorodności
- Wrażliwość kulturowa, wrażliwość na różnice, wrażliwość na różnorodność
 - ✓ Świadomość zarówno rozmaitych form różnorodności, jak i przekrojowego (interseksyjnego) charakteru nierówności społecznych
 - ✓ Polityka zdrowotna nakierowana na zmniejszenie krzyżujących się nierówności społecznych
 - ✓ Wrażliwość na różnice: ogniskuje się na uznaniu istnienia różnic
 - ✓ Wrażliwość na różnorodność: ogniskuje się na uznaniu różnych form różnorodności



Council of Europe 2006; Papadopoulos 2006, quoted in IENE 2014; UNESCO 2001, 2013.

Przesunięcie akcentów: Podejście zorientowane na ludzi w opiece zdrowotnej dla migrantów i mniejszości etnicznych

Kompetencja kulturowa: Koncentruje się na zwyczajach, przekonaniach i potrzebach specyficznych dla danej kultury → Polityki zdrowotne nastawione na dostarczanie „wyspecjalizowanych” świadczeń dla migrantów i mniejszości.



Kompetencja międzykulturowa: Koncentruje się na dynamice interakcji między różnymi kulturami → Polityki zdrowotne nastawione na potrzeby zdrowotne w kontekście międzykulturowym.



Różnorodność kulturowa: Koncentruje się na uznaniu pozytywnego wkładu różnorodności w dorobek społeczeństwa → Polityki zdrowotne nastawione na potrzeby zdrowotne z perspektywy różnorodności.



Wrażliwość kulturowa / Wrażliwość na różnice / Wrażliwość na różnorodność: Koncentruje się na świadomości różnorodności i interseksyjnym charakterze nierówności społecznych → Polityki zdrowotne nastawione na redukcję przekrojowych i wzajemnie powiązanych nierówności społecznych.

Cattacin, et al. 2013; Chiarenza 2012; Council of Europe 2006; Mock-Muñoz de Luna 2015; Papadopoulos 2006, quoted in IENE 2014; Renschler, Cattacin 2007; UNESCO 2001, 2013; WHO 2001.

Ćwiczenie 2:

Doświadczenia w zakresie międzykulturowości, kompetencji międzykulturowych i wrażliwości na różnorodność

- Grupa 1
 - ✓ Na podstawie własnej praktyki proszę opisać sytuację związaną z zjawiskiem **międzykulturowości**.
 - ✓ Jakie trudności można wskazać? A jakie zjawiska pozytywne?
- Grupa 2
 - ✓ Na podstawie własnej praktyki proszę opisać sytuację związaną z istnieniem **kompetencji międzykulturowych**.
 - ✓ Jakie trudności można wskazać? A jakie zjawiska pozytywne?
- Grupa 3
 - ✓ Na podstawie własnej praktyki proszę opisać sytuację związaną z **wrażliwością na różnorodność**.
 - ✓ Jakie trudności można wskazać? A jakie zjawiska pozytywne?



- Prezentacja efektów pracy grup

Literatura

- Barrett M. Introduction – Interculturalism and multiculturalism: concepts and controversies. In: Barrett M. (ed). Interculturalism and multiculturalism: similarities and differences, p. 15-42. Strasbourg: Council of Europe Publishing, 2013.
- Cattacin S, Chiarenza A, Domenig D. Equity standards for healthcare organisations: a theoretical framework. Diversity and Equality in Health and Care 2013;10:249-256.
- 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. White Paper on Intercultural Dialogue. "Living Together As Equals in Dignity". Strasbourg: Council of Europe, 2008. http://www.coe.int/t/09/taffairs/intercultural_dialogue/2008er_final_version_en.pdf (retrieved: December 8, 2015).
- Council of Europe. Recommendation Rec(2006)18 of the Committee of Ministers to Member States on health services in a multicultural society, 2006. <https://wcd.coe.int/ViewDoc.aspx?id=1062769&BackColor> (retrieved: December 8, 2014).
- Levey GB. Interculturalism vs. Multiculturalism: A Distinction without a Difference?, Journal of Intercultural Studies 2012;33:217-224.
- Mear N, Moudood T. How does Interculturalism Contest with Multiculturalism? Journal of Intercultural Studies 2011;1-22. <http://www.bristol.ac.uk/media-library/sites/interculturalism/documents/interculturalism.pdf> (retrieved: December 8, 2015).
- Mock-Muñoz de Luna C, Ingleby D, Graval E, Krasnik A. Synthesis Report. MEM-TP. Training packages for health professionals to improve access and quality of health services for migrants and ethnic minorities, including the Roma. Granada, Copenhagen: Andalusian School of Public Health, University of Copenhagen, 2015. http://www.msm-bj.org/publications/2015/mod_resource/content/1/MEM-TP%20WP1%20Synthesis%20Report%20171014.pdf (retrieved: December 8, 2014).
- Papadopoulos I (ed). Transcultural Health and Social Care: Development of Culturally Competent Practitioners. Churchill Livingstone Elsevier: Edinburgh, 2005, quoted in: ENE. Intercultural Education of Nurses in Europe, 2014, n.p. <http://www.eneproject.eu/05enro/05enro.htm?ItemID=11> (retrieved: December 8, 2014).
- Renschler I, Cattacin S. Comprehensive difference sensitivity in health systems. In: Björngrén-Cuadra C, Cattacin S (eds). Migration and Health: difference sensitivity from an organizational perspective, p. 37-41. Mainz: MIER, 2007.
- Sarmento C. Interculturalism, multiculturalism, and intercultural studies: Questioning definitions and repositioning strategies. Intercultural Pragmatics 2014;11(4):603-618.

Literatura

- UNESCO. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. Intercultural Competences. Conceptual and Operational Framework. Paris: UNESCO, 2013. <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002197/219758a.pdf> (retrieved: December 8, 2014).
- UNESCO. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. UNESCO Universal Declaration on Cultural Diversity. Paris: UNESCO, 2001. <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001271/127152a.pdf> (retrieved: December 8, 2014).
- WHO. World Health Organization. WHO's Contribution to the World Conference Against Racism, Racial Discrimination, Xenophobia and Related Intolerance. Health and Freedom from discrimination. Health & Human Rights Publication Series Issue No. 2. Geneva: WHO, 2001. http://www.who.int/hchr/olb/olb_en/olb_en_freedom_from_discrimination_English_030903.pdf (retrieved: December 8, 2014).
- Van Damme-Ostapowicz K. Dialog wielokulturowy, w: Krajewska-Kulak, E., Wrońska, I., Kępczora-Komatowska K., (red.) Problemy wielokulturowości w medycynie. Warszawa: Wyd. Lekarskie PZWL, 2010, s. 103-113.
- Krajewska-Kulak E., Lukaszuk C.R. Wielokulturowość społeczeństwa polskiego, w: Krajewska-Kulak, E., Wrońska, I., Kępczora-Komatowska K., (red.) Problemy wielokulturowości w medycynie. Warszawa: Wyd. Lekarskie PZWL, 2010, s. 79-91.

Wpływ pochodzenia kulturowego na percepcję i zachowania profesjonalistów zdrowotnych i pacjentów

Przygotowanie: Ainhoa Ruiz Azarola, Andalusian School of Public Health, 2015
Tłumaczenie: Anna Szetela, Instytut Zdrowia Publicznego, UJ CM, 2015

Wpływ pochodzenia kulturowego na percepcję i zachowania profesjonalistów zdrowotnych i pacjentów Rozumienie indywidualnych wartości, przekonań, zachowań oraz podstawowych założeń

Znaczenie:

- ✓ Bycia kompetentnym kulturowo (pozyskanie informacji kulturowych, a następnie stosowanie tej wiedzy)
- ✓ Rozumienia świadomości kulturowej (znaczenie dziedzictwa kulturowego własnego i innych)
- ✓ Adaptowania się do różnych przekonań i praktyk (słuchanie, zdobywanie wiedzy na temat przekonań pacjenta dotyczących zdrowia i choroby)



Kompetencja kulturowa



- ✓ Praca z pacjentami jest inicjatywą krzyżującą kultury.
- ✓ Stawianie się osobą kompetentną kulturowo to proces, nie punkt docelowy.
- ✓ Świadomość naszych własnych osobistych filtrów kulturowych jest integralną częścią skutecznej pracy wśród różnych kultur.
- ✓ Można wykorzystać informację o każdej grupie jako punkt wyjścia w zgłębianiu indywidualnych doświadczeń.
- ✓ Posługiwanie się stereotypami jest naturalną częścią percepcji ludzkiej, ale musimy być świadomi tych stereotypów i mierzyć się z wyzwaniami, jakie kreują.

Zasady kompetencji kulturowej zachęcają do odkrywania różnic między ludźmi

- ✓ Empatia we wzajemnych relacjach
- ✓ Umiejętne komunikowanie się
- ✓ Nabywanie wiedzy kulturowej
- ✓ Kompetentne działanie, cechujące się wrażliwością

Relacja profesjonalista – pacjent

Odkrywanie własnej tożsamości i uprzedzeń

Przygotowanie: Ainhoa Ruiz Azarola, Andalusian School of Public Health, 2015
 Adaptacja i tłumaczenie: Anna Szetela, Instytut Zdrowia Publicznego, UJ CM, 2015

Znaczenie szkolenia

Od etykietowania *'różnic kulturowych'* i stereotypowania pacjentów...

↓

... do *'pokory kulturowej'* - "pełne oddanie i aktywne wchodzenie w trwający całe życie proces, który nieustająco angażuje pracowników w kontakt z pacjentami, społecznością, kolegami z pracy i z samymi sobą"

Badanie kompetencji kulturowych

Szkup-Jablonska M. Schneider-Matka D. Kubiak J i in. (2013) Ocena kompetencji kulturowych wśród pracowników ochrony zdrowia

Badaniem objęto 200 pracowników ochrony zdrowia. Do oceny kompetencji kulturowych wykorzystano kwestionariusz cross-cultural competence inventory. Największą zdolność empatii wobec osób odmiennych kulturowo wykazali najmłodsi pracownicy, najniższą zaś zaobserwowano w grupie wiekowej 46–50 lat. Najbardziej otwarci na nowe doświadczenia byli ankieterowani w wieku 21–25 lat, najmniej – respondenci w wieku 36–45 lat. Kobiety wykazały się wyższym poziomem empatii etnokulturowej i otwartością na nowe doświadczenia niż mężczyźni. Najwyższą zdolnością do rozumienia uczuć osoby odmiennej kulturowo wykazały się pielęgniarki, cechując się one również dużą elastycznością poznawczą.

[2] Szkup-Jablonska M. Schneider-Matka D. Kubiak J i in. (2013) Ocena kompetencji kulturowych wśród pracowników ochrony zdrowia. Family Medicine and Primary Care Review, 15 (3), s. 394-396.

Badanie uzdolnień kulturowych pracowników

Świadomość kulturowa/świadomość i wrażliwość kulturowa

- Relacja profesjonalista-korzystający
- Przeniesienie: uczucia i zachowania użytkownika przenoszone na pracownika
- Przeniesienie zwrotne: uczucia i zachowania pracownika przenoszone na korzystającego z usługi

Świadomość kulturowa

Świadomość kulturowa mówi o świadomości kulturowej i wrażliwości. Może być zdefiniowana jako "wiedza i umiejętności interpersonalne, które pozwalają usługodawcom zrozumieć, docenić i pracować z osobami z kultur innych niż ich własna. Obejmuje świadomość i akceptację różnic kulturowych, samoświadomość, znajomość kultury pacjenta i adaptację umiejętności" [1]

Fleming M, Towey K. Delivering culturally effective health care to adolescents. Chicago (IL): American Medical Association; 2001. Available at: <http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/39/culturallyeffective.pdf>

Short reference: Author year, e.g.: Chiarenza 2013; WHO 2011. (Arial Narrow 12, italics, right aligned, grey (RGB 95/95/95)).

Przeniesienie zwrotne

Przeniesienie zwrotne, świadome lub nie, często nie jest odpowiednie dla powstania znormalizowanej relacji pracownika z korzystającym i uniemożliwia horzontalne, wspólnie wypracowane podejmowanie decyzji.

Może to prowadzić do pojawienia się:

- Zaprzeczenia istnienia różnic
- Przesadnej ciekawości kulturowej
- Superidentyfikacji
- Współodczuwania (złość, poczucie winy, wstyd)

Odpowiednie kulturowe przekazanie zwrotne wiąże się z posiadaniem:

- Szerokich horyzontów
- Elastyczności
- Ciekawości i pragnienia poznania i eksploracji międzykulturowych komponentów przekazania i przekazania zwrotnego
- Odpowiednie kulturowe przekazanie zwrotne (counter transference) oznacza unikanie niedociągnięć czy nieścisłości, oznacza również posiadanie świadomości wpływów kulturowych.

Ćwiczenie 3:

Narzędzie do oceny kulturowej profesjonalistów. ASKED^[1]

Świadomość (awareness)	Czy jesteś świadomy własnych uprzedzeń, uprzedzeń wobec innych grup kulturowych oraz rasizmu w służbie zdrowia?
Umiejętność (skill)	Czy wiesz jak dokonać oceny kulturowej?
Wiedza (knowledge)	Czy potrafisz opisać różnice pomiędzy różnorakimi grupami kulturowymi?
Spotkanie (encounter)	Czy próbujesz prowadzić skuteczne kliniczne wywiady z osobami z innych grup kulturowych?
Pragnienie (desire)	Czy naprawdę chcesz być kulturowo kompetentny(a)?



[1] Campinha-Bacote, Josepha. A model and instrument for addressing cultural competence in health care. *Journal of Nursing Education*, Thorofare, May 199. <http://jcn.sagepub.com/content/13/3/181>, retrieved: (December 17, 2014)

Literatura

Campinha-Bacote J. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: a model of care. *J Transcult Nurs*. 2002 Jul;13(3):181-4. discussion 200-1. Review. PMID: 12113146. <http://jcn.sagepub.com/content/13/3/181.full.pdf.html> Campinha-Bacote, Josepha. A model and instrument for addressing cultural competence in health care. *Journal of Nursing Education*, Thorofare, May 199. <http://jcn.sagepub.com/content/13/3/181>

Fanning M, Towry K. Delivering culturally effective health care to adolescents. Chicago (IL): American Medical Association; 2001. Available at: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/cultural-competence-and-diversity/20010501>

International Organization for Migration (IOM) Equi-Health project to address Roma, migrant health issues in Europe. PBHLM Increasing Public Health Safety alongside the New Eastern European Borderline. <http://www.iom.int/cms/en/sites/iom/home/news-and-views/press-briefing-notes/pbn-2013pbn-listing/lequi-health-project-to-address-roma>

Ingleby D. (2012). Introduction by series editor. In: D. Ingleby, A. Chiarenza, W. Davila & I. Korison (Eds.) *Inequalities in Health Care for Migrants and Ethnic Minorities*. COSY Series on Health and Diversity. Volume II (pp. 9-29). Antwerp/Apeldoorn: Garant.

Mock-Muñoz de Luna C, Ingleby D, Gravel E, Kresnik A. Synthesis Report. Work package 1 MEM-TP project. 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; 2014. http://www.mem-tp.org/pluginfile.php/233/mod_resource/content/1/MEM-TP%20WP1%20Synthesis%20Report%20171014.pdf

Saha S, Beach M, Cooper L (2009). Patient centeredness, cultural competence, and healthcare quality. *Journal of the National Medical Association*; 100 (11): 1275-85

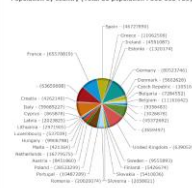
Tavelon M, & Murray-Garcia, J. (1998). Cultural humility versus cultural competence: A critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 9(2), 117-125.

Czymale-Moszczyńska H., Pawlus M., Hartmann P., Jackowska T. Kulturowo wrażliwa opieka medyczna, "Pediatria Polska, 2012, 88 (10), s. 498 - 505.

Identyfikowanie aspektów związanych z pozytywnym efektem międzykulturowości i wrażliwości na różnorodność

Przygotowanie: Ainhoa Ruiz Azarola, Andalusian School of Public Health, 2015
Tłumaczenie: Anna Szetela, Instytut Zdrowia Publicznego, UJ CM, 2015

Population by country (Total EU population: 509 665 739)



Map showing density of Roma population (%) in the European Union



Główne ustalenia

- Migranci wnoszą wkład w społeczeństwo Europy.
- Wkład migrantów w obszarach społecznych, kulturowych i politycznych ma wartość ekonomiczną.
- Wkład w gospodarkę europejską
- Migranci wypełniają specyficzne luki na rynku pracy, podejmując się prac, których często nie chce się podjąć ogół populacji.
- Migranci są nie tylko innowacyjni, ale ich obecność umożliwiła innym tworzenie i wprowadzanie innowacji.
- Znacznie przyczyniają się, pośrednio lub bezpośrednio, do wzrostu PKB (produktu krajowego brutto) i mają swój wkład w handel krajów europejskich.

Europejska Sieć Przeciwko Rasizmowi (ENAR)[1] opublikowała dokument dotyczący zryzytu informacyjnego na temat migrantów oraz mniejszości etnicznych i religijnych poprzez wykazanie, jak duży wkład wnoszą dzięki swym talentom w społeczeństwo europejskie – kulturowo, społecznie, politycznie i gospodarczo. Konstrastując, podkreśla również, jakie nieobliczalne straty zostają poniesione przez brak rozpoznania i docenienia tych niezliczonych talentów – co ma ponadto wpływ na wytrzymałość Europy w czasach kryzysu, braku zbiorowej kreatywności i dobrostanu.

Lynch, C/Pohman, S.: Hidden talents, Wasted Talents? The real cost of neglecting the positive contribution of migrants and ethnic minorities" ENAR (European Network Against Racism). http://cms.horus.be/files/99935/MediaArchive/publications/20068_Publication_HiddenTalents_web.pdf

Strategia Europa 2020 [1] i **Program Sztokholmski** [2] w pełni uznają potencjał migracji w budowaniu konkurencyjnej i zrównoważonej gospodarki. Wyszczególniają one, jako jasny cel polityczny, skuteczną integrację legalnych migrantów, podkreślają przez szacunek i promowanie praw człowieka. [3][4]



- [1] Conclusions of the European Council, 25/26 March 2010, EU/CO 7/10, CO EUR 4, CONCL 1.
 [2] The Stockholm Programme - An open and secure Europe serving and protecting citizens, OJ 2010/C 115/01.
 [3] The Annual Growth Survey 2011, which brings together different actions which are essential for the EU to move towards its Europe 2020 objectives, has shown the need for urgent reforms to promote skills and to create incentives to work both for the national and migrant population, COM(2011) 11 final, Annex 2. Many economic report.
 [4] European Commission, COM(2011) 455 final, Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committees of the Regions, European Agenda for the Integration of Third-Country Nationals, Brussels, 20.07.2011.

pozytywny wpływ międzykulturowości i wrażliwości na różnorodność

Kompetencja kulturowa i wrażliwość różnorodność mogą mieć pozytywny wpływ na następujące bariery jakości:



- Mogą ułatwić porozumiewanie się na temat różnych punktów odniesienia dotyczących zdrowia.
- Mogą pomóc profesjonalistom pokonać głęboko zakorzenione uprzedzenia.
- Mogą również pomóc w zasypaniu przepaści pomiędzy szeroko zakrojonymi różnicami dotyczącymi ogólnego postrzegania zdrowia i choroby, jak i charakteru, objawów, przyczyn, skutków i znaczenia społecznego poszczególnych chorób.
- Mogą pomóc pogodzić sprzeczne oczekiwania dotyczące właściwych zachowań lekarzy i pacjentów.

Literatura

Conclusions of the European Council, 25/26 March 2010, CO EUR 4, CONCL 1.
 European Commission, COM(2011) 455 final, Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions, European Agenda for the Integration of Third-Country Nationals, Brussels, 20.07.2011.
 Lynch, C.Pfahman, S.: Hidden talents, Wasted Talents? The real cost of neglecting the positive contribution of migrants and ethnic minorities'. ENAR (European Network Against Racism). http://cms.bcu.ac.uk/files/993353/media/zhubpublications/2008_Publication_HiddenTalents_web.pdf
 Netto, G. et al (2010). How can health promotion interventions be adapted for minority ethnic communities? Five principles for guiding the development of behavioural interventions. *Health Promotion International*.
 The Stockholm Programme - An open and secure Europe serving and protecting citizens, OJ 2010/C 115/01.
 European Commission, European Migration Network - Impact of Immigration on Europe's Societies - March 2006/European Migration Network. Impact of Immigration on Europe's Societies. http://ec.europa.eu/dia/home-affairs/what-we-do/network/european_migration_network/reports/societal_studies/illegally-resident0_final_pilot_study_booklet_27mar06_en.pdf

Opracowywanie strategii promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej na podstawie różnorodności kulturowej i międzykulturowości



Przygotowanie: Ainhoa Ruiz Azarola, Andalusian School of Public Health, 2015
 Tłumaczenie: Anna Szetela, Instytut Zdrowia Publicznego, UJ CM, 2015

Znaczenie dostępności świadczeń dla migrantów/mniejszości dla promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej

"Chociaż indywidualna jednostka poszukuje świadczeniodawcy, to programy profilaktyczne i edukacyjne poszukują indywidualnej jednostki. Jeżeli uda im się znaleźć taką osobę, ma ona zapewniony dostęp do opieki zdrowotnej"

Promocja zdrowia

W celu rozwinięcia strategii promocji zdrowia należy:

- Zidentyfikować narzędzia promocji zdrowia wśród migrantów i populacji mniejszości etnicznych.
- Zidentyfikować praktyki zdrowotne, których jakość można poprawić.
- Zastosować strategie pracy ze społecznością.
- Poszukiwać doświadczeń z zakresu promocji zdrowia.

Czynniki dotyczące zwyczajów zdrowotnych i promocji zdrowia

Czynniki makrostrukturalne	Czynniki mikrostrukturalne
• Gospodarka	• Rodzina
• Polityka	• Sieci społecznościowe
• Globalizacja	
• Komunikacja	

Kluczowe elementy skutecznej promocji zdrowia to m.in.: rzeczywisty dostęp do edukacji i informacji...

Wyniki: Społeczne, zdrowotne, pośrednie

Podejście indywidualne: powiązanie z cyklem życia: ciąża, narodziny, dzieciństwo, dojrzewanie, starość i śmierć.

Edukacja zdrowotna/kompetencje zdrowotne

Dostarczanie dobrych/koniecznych informacji:

- Uprawnienia i procedury konieczne, by o nie wystąpić.
- Jak korzystać z systemu opieki zdrowotnej (np. czy można uzyskać dostęp do opieki specjalistycznej bezpośrednio czy tylko przez "gatekeepera").
- Utrzymanie dobrego stanu zdrowia w chorobach przewlekłych (życie z cukrzycą, nowotworem, itd.).
- Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia: jak rozpoznać problemy, kiedy szukać pomocy, jak dbać o własne zdrowie.



Pictures: Andalusian Childhood Observatory (OIA, Observatorio de la Infancia de Andalucía) 2014; Joséfa Marín Vega 2014; Redisar 2014; Morguefile 2014.

Literatura

- Institute of Medicine (2004). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Washington DC: Institute of Medicine.
- Priebe, S. et al (2011). Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health*, 11:187.
- Mladgowski, P. et al (2012a). Good practices in migrant health: the European experience. *Clinical Medicine*, Vol 12, No. 3: 248-52.
- Mock-Muñoz de Luna C, Ingleby D, Graval E, Krasnik A. Synthesis Report. Work package 1 MEM-TP project. Training packages for health professionals to improve access and quality of health services for migrants and ethnic minorities, including the Roma. Granada, Copenhagen: Andalusian School of Public Health, University of Copenhagen, 2015.
- http://www.mem-tp.org/pluginfile.php/233/mod_resource/content/1/MEM-TP%20WP1%20Synthesis%20Report%20171014.pdf
- Netto, G. et al (2010). How can health promotion interventions be adapted for minority ethnic communities? Five principles for guiding the development of behavioural interventions. *Health Promotion International*, 25: 248-57
- U.S. Department of Health and Human Services (2013, December). *About Health Literacy*. Health Resources and Services Administration. Retrieved from <http://www.hrsa.gov/publichealth/healthliteracy/healthitabout.html>
- European Commission. Synthesis Report Migrant access to social security and healthcare: policies and practice European Migration Network Study 2014. http://ec.europa.eu/dgs/home-affairs/what-we-do/news/european_migration_network_reports/social-security-studies/enn_synthesis_report_migrant_access_to_social_security_2014_en.pdf
- Iwanowicz E. „Health Literacy” jako jedno ze współczesnych wyzwań zdrowia publicznego, w: *Medycyna Pracy* 2009;60(5):427-437.

© 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



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 (Chafae) acting under the mandate from the European Commission. The content of this report represents the views of the Andalusian School of Public Health (ASGP) and is its sole responsibility. It can in no way be taken to reflect the views of the European Commission and/or Chafae or any other body in the European Union. The European Commission and/or Chafae 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.



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

MODUŁ 2: MIGRANCY, MNIEJSZOŚCI ETNICZNE I ICH ZDROWIE – PODSTAWOWE FAKTY

Część 1: Problemy zdrowotne migrantów i mniejszości etnicznych oraz determinanty zdrowia

Przygotowanie: Olga Leralta, Andalusian School of Public Health

Adaptacja i tłumaczenie: Ewa Kocot i Roman Topór-Mądry, Instytut Zdrowia Publicznego UJ CM 2015

Informacje wykorzystane w tym dokumencie pochodzą z: Mock-Muñoz de Luna C, Ingóby D, Gravel E, Krasnik A. Synthesis Report, MEM-TP, Training packages for health professionals to improve access and quality of health services for migrants and ethnic minorities, including the Roma. Granada, Copenhagen: Andalusian School of Public Health, University of Copenhagen, 2015.

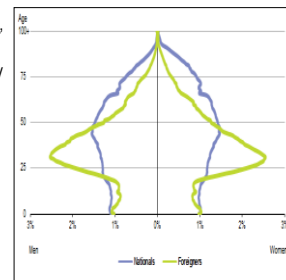
Plan sesji

- Migranci i mniejszości etniczne w Polsce i Europie
- Ćwiczenie 1: Materiał wideo "Making the Connections: Our City, Our Society, Our Health"
- Społeczne determinanty zdrowia
- Potrzeby i problemy zdrowotne migrantów i mniejszości
- Ćwiczenie 2: Dyskusja na temat występowania zdiagnozowanych chorób psychicznych wśród migrantów i mniejszości etnicznych

Migranci i mniejszości etniczne w Europie

- Migranci w EU27: **10.1% całkowitej populacji (ok. 50 mln)** w 2013, 30% z nich pochodzi z innych krajów Unii Europejskiej
- Pogarszające się warunki, konflikty w niektórych regionach prowadzą do **wzrostu liczby uchodźców i migrantów**. Uchodźcy: ich liczba wzrasta systematycznie od 2010 roku. Główne kraje pochodzenia uchodźców: Syria, Rosja, Afganistan, Irak i Serbia/Kosowo
- Liczba **migrantów o nieregulowanym statusie** jest trudna do oszacowania: ok. 1% populacji UE (5 do 8 milionów)
- **Kobiety** stanowią około połowy liczby migrantów w Europie; w niektórych krajach ich liczba przewyższa liczbę mężczyzn

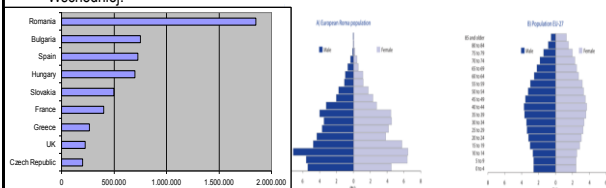
- Mówiąc o **migrantach i mniejszościach etnicznych** używana jest różna terminologia i definicje.
- Migranci są zazwyczaj grupą młodszą, niż rodowici mieszkańcy.
- **Dane** nie zawsze zdezagregowane na grupy etniczne.
- Większe restrykcje w zakresie migracji prowadzą do zwiększenia liczby **migrantów o nieregulowanym statusie**.
- **Status społeczno-ekonomiczny** migrantów i mniejszości jest niższy niż innych grup i większe jest prawdopodobieństwo życia w ubóstwie.



Eurostat, <http://bit.ly/1oH88JC>

Romowie

- Największą mniejszością etniczną w Europie są **Romowie** (ok. 11 mln). Większość Romów żyje w Europie Środkowo-Wschodniej (Rumunia, Bułgaria, Węgry). Mniej niż 20% prowadzi wędrowny tryb życia.
- Większość romskich migrantów w Europie pochodzi z krajów unijnych Europy Wschodniej.



OSF, 2010. No Data—No Progress. Country Findings. Data Collection in Countries Participating in the Decade of Roma Inclusion, 2005–2015. <http://osf.io/1uyzwGX>

Roma Health Report. European Commission, Health and Consumers. Collection in Countries Participating in the Decade of Roma Inclusion, 2005–2015. http://ec.europa.eu/health/rdi/documents/health/roma-health-report-2014_en.pdf (accessed on 25th of November, 2014)

Economic growth and immigration in Europe after 2000

- Kolor **czerwony**: kraje o szybkim wzroście ekonomicznym i dodatnim saldem migracji w **latach 50-tych i 60-tych**
- Kolor **żółty**: kraje o rosnącej imigracji w **latach 80-tych i 90-tych**
- Kolor **zielony**: kraje z rosnącym dodatnim saldem migracji **po roku 2000**
- Kolor **niebieski**: kraje, w których saldo migracji pozostało (lub stało się) ujemne **po roku 2000**



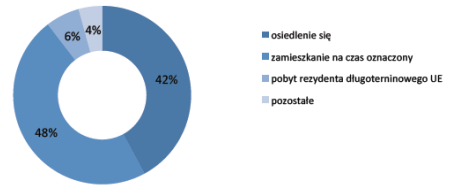
- **Kryzys ekonomiczny 2007**: osłabianie społecznej pozycji migrantów i ograniczanie dostępu do opieki zdrowotnej. Wzrost nastrojów anty-migracyjnych, ograniczanie świadczeń społecznych.

Imigranci w Polsce wg Urzędu ds. Cudzoziemców

- Zezwolenie na pobyt w 2013 roku (stan na koniec roku) posiadało 121 219 cudzoziemców (0,3% ludności Polski)
- W 2010 roku Straż Graniczna zatrzymała 2 887 osób – obywateli państw trzecich – w związku ze stwierdzeniem nielegalnego pobytu
- W 2014 r. złożono 3 402 wnioski o nadanie statusu uchodźcy (6 625 osób; 5 551 po raz pierwszy)
 - ✓ najwięcej obywateli Rosji - 2 772 (42%); Ukrainy – 2 253 (34%). Dalej: Gruzja, Armenia, Tadżykistan, Syria i Kirgistan
- W 2014 r. **262** osobom przyznano status uchodźcy, **170** ochronę uzupełniającą, a **300** zgodę na pobyt tolerowany. Wydano 1 997 decyzji negatywnych, a w **5 556** przypadkach wniosek został umorzony

Źródło: GUS, NSP2011

Imigranci wg statusu – stan na koniec 2013 roku

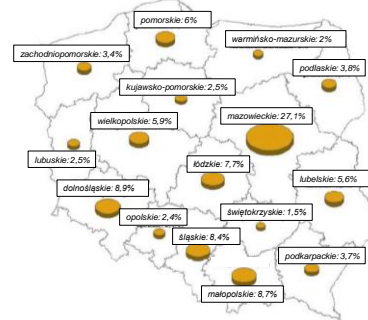


Źródło: Urząd ds. Cudzoziemców
Kategoria „pozostałe” obejmuje: azyl, status uchodźcy, ochronę uzupełniającą i pobyt tolerowany

Narodowy Spis Powszechny 2011

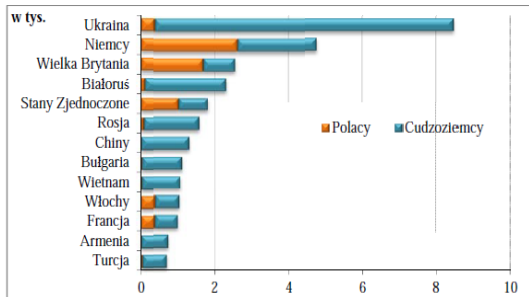
- **Imigrant:** osoba przybyła z zagranicy na pobyt stały lub czasowy (posiadająca obywatelstwo polskie lub nie)
- Migracje czasowe - powyżej 3 miesięcy (do 12 miesięcy krótkookresowe)
- Dane dotyczące imigrantów:
 - ✓ z uogólnionego badania reprezentacyjnego
 - ✓ imigranci przebywający w obiektach zbiorowego zakwaterowania (tylko podstawowe dane)
- W Polsce przebywa czasowo **56,3 tys.** imigrantów.
 - ✓ w tym 40,1 tys. powyżej 3 miesięcy
 - ✓ ponad 27 tys. powyżej 12 miesięcy
- Ponad **80%** imigrantów mieszka w miastach.
- **38%** imigrantów deklaruje dobrą lub bardzo dobrą znajomość języka polskiego; **13%** zgłosiło trudności w porozumiewaniu się.

Imigranci przebywający w Polsce powyżej trzech miesięcy – w odsetkach ogólnej liczby imigrantów



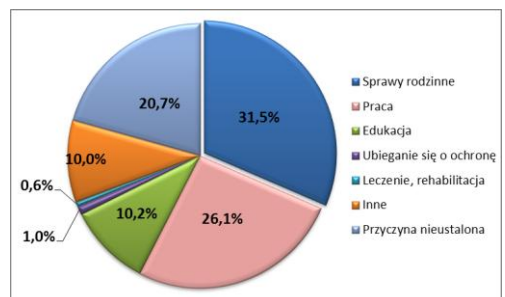
Źródło: GUS, NSP2011

Imigranci przebywający w Polsce czasowo powyżej 3 miesięcy wg kraju poprzedniego zamieszkania i obywatelstwa



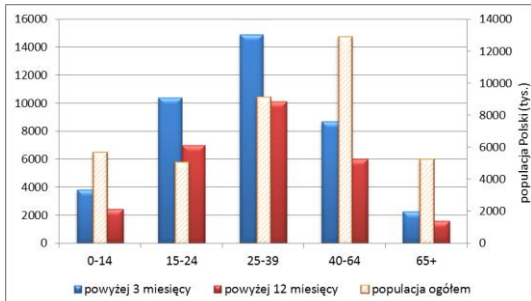
Źródło: GUS, NSP2011

Imigranci przebywający w Polsce czasowo powyżej 3 miesięcy wg przyczyn pobytu



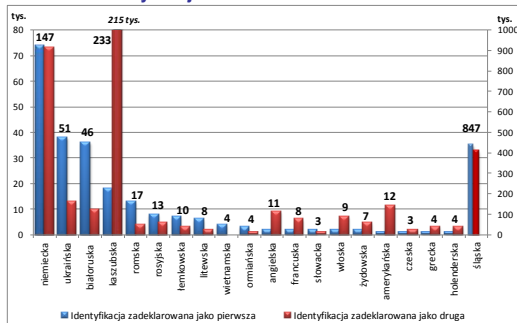
Źródło: GUS, NSP2011

Struktura wiekowa imigrantów



Źródło: GUS, NSP2011

Identyfikacja narодно-etyczna w Polsce



Liczby oznaczają liczbę osób identyfikujących się z daną narodowością w pierwszej lub drugiej kolejności (po narodowości polskiej)

Ćwiczenie 2:

Społeczne determinanty zdrowia w kontekście migrantów i mniejszości etnicznych

[Making The Connections: Our City, Our Society, Our Health](#)

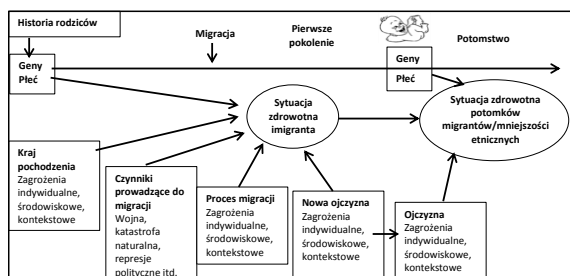
Po obejrzeniu filmu zastanówcie się, jakie determinanty zdrowia są najistotniejsze dla środowiska migrantów i mniejszości etnicznych.



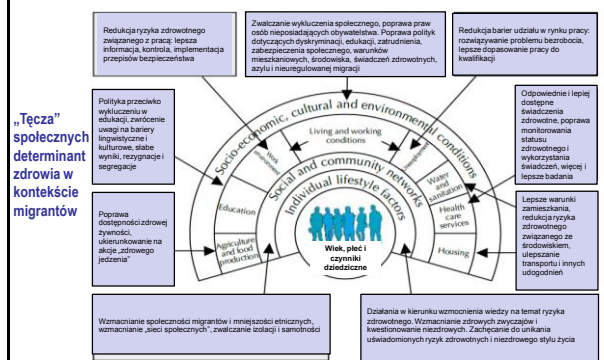
Społeczne determinanty zdrowia w kontekście migrantów i mniejszości etnicznych

- Wiele czynników wpływa wspólnie na zdrowie migrantów i społeczności. Do determinant zdrowia należą:
 - ✓ środowisko społeczne i ekonomiczne
 - ✓ środowisko fizyczne
 - ✓ indywidualna charakterystyka jednostki i jej zachowania (styl życia)
- Problemy zdrowotne mogą mieć swoje źródło w kraju pochodzenia, podróży lub kraju goszczącym
- "Efekt zdrowego migranta"
- Ograniczone dane dotyczące zdrowia potomków migrantów

Zagrożenia zdrowia w cyklu życia migrantów



Riesala, A. and Spallik, J. (2012) Obesity among migrant children and adolescents: a life-course perspective on obesity development. In: Ingleby, D., Krackak, A., Lorant, V. & Razum, O. (Eds.) Health inequalities and risk factors among migrants and ethnic minorities. COST Series on Health and Diversity Volume 1 (pp. 237-256). Antwerp/Apeldoorn: Garant

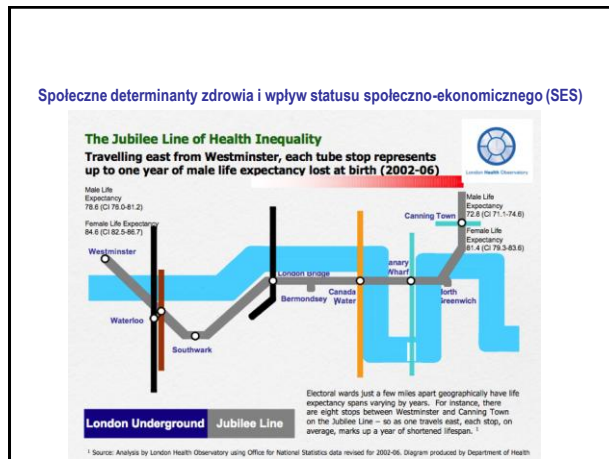


Dahlgren G & Whitehead M (1991) Policies and strategies to promote social equity in health. Institute for Future Studies, Stockholm. WHO (2010). op. cit.

Czynniki ryzyka zdrowia migrantów

	Determinanty bezpośrednie	Determinanty pośrednie
Zywienie	Brak skierowanej promocji zdrowia, nieświadomość zagrożenia związanego z zachodnią żywnością, zbyt mała urozmaicona dieta	Niedostępność zdrowej żywności (z uwagi na zbyt wysoki koszt lub zbyt wyczerpujące czasowo, konieczność oparcia diety na żywności przetworzonej/gotowej)
Edukacja	Brak uznanienia kwalifikacji, niesprawiedliwość w systemie edukacji (np. nieprzewidywalne ocenianie, brak możliwości nadrobienia zaległości przez nowo przybyłych)	Bariera dobrej edukacji (szkółki i dokształcanie) dla mniej zamontych
Środowisko pracy	Brak odpowiednich środków w pracy (np. dwujęzycznych instrukcji i ostrzeżeń), dyskryminacja na polu pracy	Niska płata pracy, często niebezpieczna, o słabych regulacjach i kontroli
Warunki życia i pracy	Różne formy społecznego wykluczenia na podstawie statusu etnicznego/migranta. Niektóre powiązane z polityką migracyjną, np. zatrzymanie (które same w sobie są zagrożeniem zdrowia) lub utrudnione łączenie rodzin	Różne formy wykluczenia społecznego opartego na niskim statusie społeczno-ekonomicznym
Zatrudnienie	Dyskryminacja w zatrudnieniu, niezamianie kwalifikacji	Niepewna praca, długie godziny pracy, intensywna i stresująca praca, złe warunki pracy
Woda, warunki sanitarne i mieszkalnictwo	Dyskryminacja w alokacji zamieszkania, mniejsze prawa dla osób bez obywatelstwa	Niedobre sąsiedztwo
Świadczenia zdrowotne	Małe sprawienie, słaba dostępność do świadczeń zdrowotnych, niski poziom (brak „wartości na imię”), nieodpowiedni screeningi i programy szczepień.	Świadczenia zdrowotne niedostatecznie zadaptowane dla osób o ograniczonych możliwościach językowych, niską świadomością zdrowotną i kapitałem społecznym
„Sieci społeczne”	Sieci mogą być osłabiane przez utratę kontaktów. Segregacja pomaga w kontaktach społecznych, ale utrudnia awans społeczny	Brak wolnego czasu, niskie uczestnictwo w aktywnościach społecznych, niski kapitał społeczny
Czynniki indywidualnego stylu życia	Brak efektywne ukierunkowanej promocji zdrowia. Zwyczaje kulturowe mogą osłabiać, ale również wspierać zdrowie	Brak efektywne ukierunkowanej promocji zdrowia. Niezadrowy tryb życia

Inglby, J.D. (2014) Social determinants of migrants' health. Presentation at workshop entitled "Health Impact Assessment: a tool to support healthier decision-making". EUPHA 5th European Conference on Migrant and Ethnic Minority Health, April 2014.



WHO Europa:

- **Dostęp do zatrudnienia jest podstawowym aspektem społecznego i ekonomicznego włączenia. Poziom ubóstwa jest wyższy wśród osób niezatrudnionych i innych nieaktywnych członków społeczeństwa (...)**
- **Wskaźniki bezrobocia różnią się pomiędzy krajami, ale dane wskazują, że przychody z zatrudnienia są niższe w populacji migrantów, szczególnie tych o nieregulowanym statusie (...)**
- **Osoby pracujące, których zarobki są niższe niż 60% średnich zarobków w kraju są obciążone większym ryzykiem efektów związanych z ubóstwem (...)**
- **Niektóre grupy migrantów są narażone na szczególne ryzyko ubóstwa (...)** – migranci o nieregulowanym statusie, uchodźcy oczekujący na azyl, rodziny samotnych rodziców (szczególnie kobiet), osoby o traumatycznych doświadczeniach lub torturowani podczas procesu migracji, ofiary handlu ludźmi.

Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010.

- **Ryzyka zdrowotne związane z warunkami socjalnymi:**
 - ✓ **Ubóstwo** związane z wykluczeniem społecznym
 - ✓ **Brak odpowiednich warunków zamieszkania**
 - ✓ **Ubogą dietą**
 - ✓ **Niski poziom dochodów** związany z niskim poziomem edukacji oraz zatrudnieniem niewspółmiernym do poziomu edukacji
- Część tych czynników jest wspólnych dla różnych grup dotkniętych ubóstwem + czynniki specyficzne związane z procesem migracji i warunkami mniejszości etnicznych, takich jak bariery dostępu do ochrony zdrowia, dyskryminacja i rasizm

Iloraz szans (OR) złego zdrowia w zależności od czynników socjo-ekonomicznych

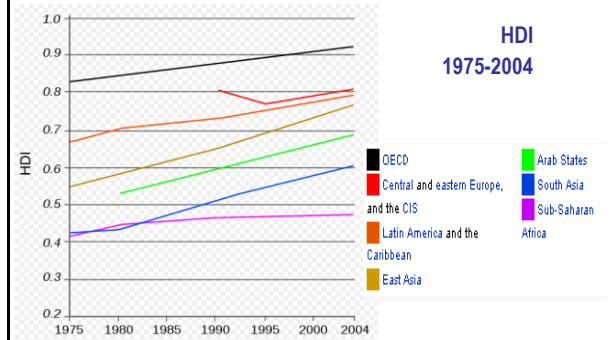
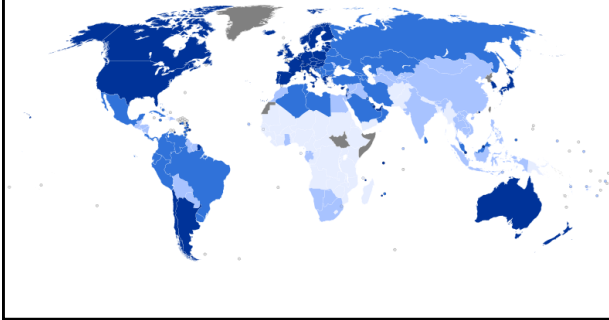
Standaryzowany do:	Wieku & płci	Wiek, płci & czynników ryzyka
Podstawowe	1,0	1,0
Zawodowe	0,61	0,62
Średnie	0,50	0,53
Uniwersytet	0,36	0,46
Ubóstwo	1,51	1,32
Kontrola nad otoczeniem	0,58	0,62

Bobak et al. 2000

Human Development Index

- Jest to wskaźnik oceny kraju (miernik rozwoju społecznego) według poziomu rozwoju. HDI łączy następujące wymiary:
 - ✓ Oczekiwana długość życia
 - ✓ Średnia liczba lat edukacji otrzymanej przez mieszkańców w wieku 25 lat i starszych
 - ✓ Oczekiwana liczba lat edukacji dla dzieci rozpoczynających proces kształcenia
 - ✓ Dochód narodowy per capita w USD, liczony według parytetu nabywczego waluty (PPP \$)

HDI 2013 (UNDP)



Problemy zdrowotne migrantów

- Mogą się pojawić pewne **generalizacje** (zależnie od problemu zdrowotnego, kraju pochodzenia i kraju goszczącego, płci, wieku, powodu migracji, statusu prawnego, statusu społeczno-ekonomicznego).
- **“Efekt zdrowego migranta”** - wpływ czynników przed i podczas migracji.
- **Negatywny efekt migracji** porównując wyniki zdrowotne migrantów i rdzennej populacji.
- **Niedoszacowane wskaźniki umieralności** (tendencja do powrotu do kraju pochodzenia w starszym wieku)
- **Samooceńca stanu zdrowia** – różnice międzykulturowe związane z interpretacją dobrostanu

Choroby niezakaźne

- **Choroby układu krążenia**
 - ✓ Ryzyko zgonu różni się w zależności od kraju pochodzenia
 - ✓ Kompleksowa interakcja czynników może być przyczyną wyższego ryzyka CVD wśród migrantów i mniejszości etnicznych
- **Cukrzyca**
 - ✓ **Chorobowość cukrzycy standaryzowana** wiekiem jest wyższa w populacji migrantów niż rdzennych mieszkańców
- **Nowotwory**
 - ✓ Ryzyko nowotworów **niższe** w populacji migrantów.
 - ✓ **Programy screeningowe** odgrywają ważną rolę w wykrywaniu i wczesnym podjęciu leczenia
 - ✓ Niepełne dane

Choroby zakaźne

- Wdrażanie programów screeningowych różni się pomiędzy krajami, różne praktyki działań
- **HIV**
 - ✓ **Pewne grupy** migrantów mają wyższe ryzyko infekcji. Może to być związane z chorobowością w kraju pochodzenia, chociaż zakażenie może mieć też miejsce w kraju goszczącym
- **Gruźlica**
 - ✓ Więcej przypadków odnotowanych w populacjach urodzonych za granicą, niż rdzennych Europejczyków
- **Inne choroby zakaźne**
 - ✓ Wyższe ryzyko WZW typu B, malarii, choroby Chagasa (*trypanosomoza amerykańska*)

Choroby mentalne

- **Depresja i zaburzenia lękowe**
 - ✓ Związek z niższym **statusem społeczno-ekonomicznym**.
 - ✓ Dyskryminacja lub rasizm mogą zwiększyć wskaźniki chorób mentalnych
- **Schizofrenia i inne zaburzenia psychotyczne**
 - ✓ **Całkowita chorobowość niska** (ok. 1%), ale rosnący poziom obserwowany w niektórych grupach migrantów
- **Zespół stresu pourazowego (PTSD)** i problemy psychiczne uchodźców
 - ✓ Problemy psychiczne wśród uchodźców nie są prostą reakcją na traumatyczne przeżycia i stres. Mogą mieć przyczyny nie w kraju pochodzenia, ale w doświadczeniach z czasu podróży i procedur starania się o status uchodźcy.

Zdrowie matki i dziecka

- Wyższe ryzyko umieralności okołoporodowej, niskiej wagi urodzeniowej, przedwczesnego porodu, umieralności noworodków, wad wrodzonych
- Powikłania położnicze związane z obrzezaniem kobiet (FGM) wyzwaniem dla świadczeniodawców opieki zdrowotnej

Zdrowie i bezpieczeństwo w miejscu pracy

- Migranci i mniejszości narażeni na większe ryzyko zdrowotne jeśli pracują w pracy „3D” („3D jobs” - Dirty, Dangerous and Difficult)
- Częstsze występowanie pracy po godzinach i związanych z tym ryzyk wypadków i chorób wśród migrantów
- Nie sprawozdawane i nieleczone choroby związane z pracą
- **Barier językowe** w komunikacji i szkoleniach w zakresie zdrowia i bezpieczeństwa pracy

Potrzeby i najczęstsze rodzaje problemów zdrowotnych mniejszości etnicznych

- Romowie w Europie doświadczają istotnych nierówności zdrowotnych w porównaniu z populacją nie-Romską.
- Romowie żyją przeciętnie 10 lat krócej niż nie-Romowie
- **Determinanty społeczne i środowiskowe:** niższy dochód, złe warunki życia, dyskryminacja i rasizm, bariery w dostępie do świadczeń zdrowotnych
- Ograniczone badania nad innymi grupami etnicznymi. Populacja Sami (Norwegia, Finlandia i Szwecja) – gorszy stan zdrowia, szczególnie kobiet. Doświadczają dyskryminacji i barier językowych w dostępie do opieki zdrowotnej

• Choroby niezakaźne

- ✓ Wyższa chorobowość chorób układu krążenia, cukrzyca i otyłość
- ✓ **Kobiety romskie** – wyższa chorobowość w zakresie niektórych problemów zdrowotnych niż u mężczyzn
- ✓ Wpływ czynników związanych ze stylem życia (palenie, ograniczona aktywność fizyczna, nieodpowiednia dieta)

• Choroby zakaźne i mentalne

- ✓ Negatywny wpływ statusu społeczno-ekonomicznego, dyskryminacji, rasizmu, marginalizacji; **wyższe wskaźniki pewnych chorób zakaźnych**

Dziękujemy za uwagę

Pictures: Andalusian Childhood Observatory (OIA, Observatorio de la Infancia de Andalucía) 2014; Josefa Marín Vega 2014; Redfisar 2014; Morguefile 2014.

Literatura

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

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

ECDC (2014) *Assessing the burden of key infectious diseases affecting migrant populations in the EU/EEA*. European Centre for Disease Prevention and Control.

Roma Health Report. European Commission, Health and Consumers. http://ec.europa.eu/health/files/documents/health/roma_health_report_2014_en.pdf (accessed 25th November, 2014).

Newland, K. (2009). Circular Migration and Human Development. Human development research paper 2209/42. UNDP.

Vertovec, S. (2010). Towards post-multiculturalism? Changing communities, conditions and contexts of diversity. *International Social Science Journal*, 61: 83-95.

ICM (2008) *World migration 2008, Managing labour mobility in the evolving global economy*. Geneva, ICM.

UNHCR (2014). *Asylum Trends 2013. Levels and Trends in Industrialized Countries*. New York: United Nations High Commissioner for Refugees.

Gushulak B, Pace P, Weekers J (2010). Migration and health of migrants. In: *Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

<http://pic.unhcr.org/our-work/who-are-undocumented-migrants/>

Doveil F (2009). *Irregular migration in northern Europe: overview and comparison*. Oxford, University of Oxford Centre on Migration, Policy and Society.

Flanders, O.A. (2011). Immigration to EU Member States down by 6% and emigration up by 13% in 2008. Eurostat, available at <http://bit.ly/1R2Wgm>

Kouta, C., Kalle, C. (2012). Health issues among female migrant domestic workers. In: Ingleby, D., et al. (eds). *Health inequalities and risk factors among migrants and ethnic minorities*, Vol. 1. COST Series on Health and Diversity. Antwerp: Garant Publishers.

Yamamoto, D.H. (2013). *Health Care Costs – From Birth to Death*. Schaumburg, Illinois: Society of Actuaries.

Sjölander, P. (2009). What is known about the health and living conditions of the indigenous people of northern Scandinavia, the Sami? *Global Health Action* 4.

Aguielo-Suarez, A.A., Ronda-Perez, E. & Benavides, F. G. (2011). Occupational health. In: Rechei et al., op.cit., 155-168.

Voko, Z. et al. (2009). Does socioeconomic status fully mediate the effect of ethnicity on the health of Roma people in Hungary? *J Epidemiol Community Health*; 63: 455-460.

Nassaria, C., Ilustrovsky, P., Hernández-Quintero, C. (2009). 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*, Vol. 20, No. 5, 549-554.

Literatura

Euroforum (2013). *Impacts of the crisis on access to healthcare services in the EU*. Dublin.

Gushulak B, Pace P, Weekers J (2010). Migration and health of migrants. In: *Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

Gimeno-Felix LA, Calderon-Laranaga A, Diaz E, Poblador-Plou B, Maizpe-Costa R, Prados-Torres A. *The healthy migrant effect in primary care*. *Gac Sanit* 2014.

Rieske, A. and Spałek, J. (2012) Obesity among migrant children and adolescents: a life-course perspective on obesity development. In: Ingleby, D., Krasnik, A., Lorant, V. & Razum, O. (Eds) *Health inequalities and risk factors among migrants and ethnic minorities*. COST Series on Health and Diversity. Vol. 1 (pp. 223-256). Antwerp/Leuven: Garant.

Jack, R.H., Davies, E.A. & 1 Mellor, H. (2011) Lung cancer incidence and survival in different ethnic groups in South East England. *British Journal of Cancer* 105, 1049-1053.

Singh, S.P. and Burns, T. (2006) Race and mental health: there is more to race than racism. *British Medical Journal*, 333(7569): 648-651.

CSDH (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Final report of the Commission on the Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

Dalgreen G & Whitehead M (1991) Policies and strategies to promote social equity in health. Institute for Future Studies, Stockholm.

Ingleby, J.D. (2014) Social determinants of migrants' health. Presentation at workshop entitled 'Health Impact Assessment: a tool to support healthier decision-making'. EUPHA 5th European Conference on Migrant and Ethnic Minority Health, April 2014.

Sainsbury, D. (2012) *Welfare States and Immigrant Rights: The Politics of Inclusion and Exclusion*. Oxford: Oxford University Press.

Centre for Maternal and Child Enquiries (2011). *Saving Mothers' Lives: Reviewing deaths to make motherhood safer*. 2006-2008. BJOG, 118(s1):1-203.

Migrant and Ethnic Health Observatory (MEHO). Website: <http://meho.eu.com/> (temporarily unavailable).

Vandenhaede, H. et al. (2012). Migrant mortality from diabetes mellitus across Europe: the importance of socio-economic change. *European Journal of Epidemiology* 27, 109-117.

DeVillé W et al. (2006). Perceived health and consultation of GPs among ethnic minorities compared to the general population in the Netherlands. In: Westert GP, Jabaji L, François G, eds. *Morbidity, performance and quality in primary care*. Oxford, Radcliffe Publishing Ltd 85-96.

Kunst, A., Stronks, K. and Agyemang, C. (2011) Non-communicable diseases. In: Rechei et al. (2011), op.cit., 101-120; Carballo, M. (2009a). Non-communicable diseases. In: Ferrandis, A., Pereira Miguel, J., eds. (2009). *Health and migration in the European Union: better health for all in an inclusive society*. Lisbon, Instituto Nacional de Saude Doutor Ricardo Jorge. 71-81.

Ujic-Vovrtman, J.K., Baan, C.A., Seidell, J.C., Verhoeff, A.P. (2012). Obesity and cardiovascular disease risk among Turkish and Moroccan migrant groups in Europe: a systematic review. *Obesity Reviews* 13, 2-16.

Literatura

- Bhopal RS, Rafnsson SB, Agyemang C, et al. (2011). Mortality from circulatory diseases by specific country of birth across six European countries: test of concept. *Eur J Public Health* 22:363-9.
- Rafnsson, S.B., Bhopal, R.S., Agyemang, C., Fagot-Campagna, A., Harding, S., Hammar, N., Kunst, A.E. et al. (2013). Sizeable variations in circulatory disease mortality by region and country of birth in six European countries. *Eur J Public Health*, 23 (4) 594 - 605.
- Vanderheide, H. et al. (2012). Migrant mortality from diabetes mellitus across Europe: the importance of socio-economic change. *European Journal of Epidemiology* 27, 109-117.
- Norredam M, Nielsen S, and Krasnik A. (2010). Migrants' utilization of somatic healthcare services in Europe – a systematic review. *European Journal of Public Health*, 20(5): 555–63.
- Bereus, E.M., Spakik, J., and Razum, O. (2012). Breast cancer screening among immigrant women: do we need specific approaches in risk communication? In Ingleby, D., Krasnik, A., Lorant, V., & Razum, O. (Eds.), *Antwerp/Apeldoorn: Garant*.
- Bakeman-Heyes, A., Fairchild, A. (2008). Medical Examination of immigrants at Ellis Island. *Virtual Mentor* 10(4), 235-241.
- Karki T, Nagoli C, Riccardo F, Fabiani M, Dente MG, Carballo M, Noori T, Declich S. Screening for Infectious Diseases among Newly Arrived Migrants in EU/EEA Countries-Varying Practices but Consensus on the Utility of Screening. *Int J Environ Res Public Health*. 2014 Oct 21;11(10):11004-14. available at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4211019/>
- Karki T, Nagoli C, Riccardo F, Fabiani M, Dente MG, Carballo M, Noori T, Declich S. Screening for Infectious Diseases among Newly Arrived Migrants in EU/EEA Countries-Varying Practices but Consensus on the Utility of Screening. *Int J Environ Res Public Health*. 2014 Oct 21;11(10):11004-14. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4211019/>
- F. Riccardo, M.G.Dente, M.Kojouharova, M.Fabiani, V.Afonso, A.Kurchatova, N.Vladimirova, S. Declich. Migrant's access to immunization in Mediterranean Countries. *Health Policy* 2012, 105:17-24.
- Wormans, T., Kraemer, A. (2011). Communicable diseases. In: Rechel, B. et al (eds.), *Migration and health in the European Union*. European observatory on health systems and policies. Open University Press.
- Bhugra, D., Gupta, S., (eds.) (2006). *Migration and Mental Health*. London and New York: Cambridge University Press
- Horwitz, A. V., Wakefield, J. C. (2006). The epidemic in mental illness: clinical fact or survey artifact? *Currents*, 5(1): 19-23.
- Karlens, S. et al. (2005). Racism, psychosis and common mental disorder among ethnic minority groups in England. *Psychological Medicine*, 35:12:1795-1803
- Ingleby, D. (2008). *New perspectives on migration, ethnicity and schizophrenia*. Willy Brandt Series of Working Papers in International Migration and Ethnic Relations 1/08, IMERMIM, Malmö University, Sweden.

Literatura

- Fazel, M., Wheeler, J., Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet*, 365:9467:1309-1314.
- Lindert, J. et al. (2009). Depression and anxiety in labor migrants and refugees – a systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 69:2246-257.
- Ingleby, D. (ed.) (2005). *Forced migration and mental health: rethinking the care of refugees and displaced persons*. New York: Springer.
- Pedersen, G.S., Grenvold, A., Mortensen, L.H., Andersen, A.-M.N., Rich-Edwards, J. (2013). Maternal Mortality Among Migrants in Western Europe: A Meta-Analysis. *Matern Child Health J* 1-11.
- Bolini, P., Pampalona, S., Wanter, P., Kupelink, B. (2009). Pregnancy outcome of migrant women and integration policy: A systematic review of the international literature. *Social Science & Medicine* 68, 452-4
- Roeske, A., Razum, O. (2011). Maternal and child health – from conception to first birthday. In Rechel et al. (2011), op. cit., 139-144
- Viladsen, S.F. et al. (2010). Cross-country variation in stillbirth and neonatal mortality in offspring of Turkish migrants in northern Europe. *European Journal of Public Health*, 20(5):530-535.
- McCaughey, L.A. (2005) Immigrant workers in the United States: recent trends, vulnerable populations, and challenges for occupational health. *Journal of the American Association of Occupational Health Nurses*, 53(7), 313-19
- Skodova, Z. et al (2010) Psychosocial factors of coronary heart disease and quality of life among Roma coronary patients: a study matched by socioeconomic position. *International Journal of Public Health*, 55(5): 373-80
- Monteiro, A.P. et al (2013) Promotion of mental health in Roma people: social representations of mental health and wellbeing in a Roma community. *European Psychiatry*. Abstracts of the 21th European Congress of Psychiatry.
- Smith, D., Ruston, A. (2013) "If you feel that nobody wants you, you'll withdraw into your own": Gypsies/Travellers, networks and healthcare utilisation. *Sociology of Health and Illness*, Vol. 35, 8: 1196-1210.
- Cesalis, M. et al (2011) Incidence of infectious diseases and survival among Roma population: a longitudinal cohort study. *The European Journal of Public Health*, 1-6.
- Kallayova, D., Bosak, L. (2012). Improvements of health services for Roma communities in Slovakia. In: Ingleby, D. et al (eds.) *Inequalities in Health Care for Migrants and Ethnic Minorities*. COST Series on Health and Diversity. Antwerpen: Garant Publishers.
- Rechel, B. et al (2009). Access to health care for Roma children in Central and Eastern Europe: findings from a qualitative study in Bulgaria. *International Journal for Equity in Health*, 8: 24.

Literatura

- Hansen, K., Melhus, M., Lund, E. (2010). Ethnicity, self-reported health, discrimination and socioeconomic status: a study of Sami and non-Sami Norwegian populations. *International Journal of Circumpolar Health*, North America, 69.
- Zeljko, H.M. et al (2013) Age trends in prevalence of cardiovascular risk factors in Roma minority population of Croatia. *Economics and Human Biology* 11, 320-336.
- Qureshi, A., Collazos F., Sobradini N., Eiroa-Orosa F.J., Febrel M., Revollo-Escudero HW, et al. Epidemiology of psychiatric morbidity among migrants compared to native born population in Spain: a controlled study. *Gen Hosp Psychiatry*, 2013;35(1):53-9.
- Razum O. Commentary: of salmon and time travellers—musing on the mystery of migrant mortality. *Int J Epidemiol*. 2006;35(4):519-21.
- Razum O, Zeah H, Argun HS, Vilims S. Low overall mortality of Turkish residents in Germany persists and extends into a second generation: merely a healthy migrant effect? *Trop Med Int Health*. 1998;3(4):297-303.
- Norredam M, Ostberg M, Pedersen JH, Juul K, Krasnik A. Inequalities in mortality among refugees and immigrants compared to native Danes—a historical prospective cohort study. *BMC Public Health*. 2012;12:757.
- Boulogne R, Jougle E, Breaux Y, Kunst AE, Rey G. Mortality differences between the foreign-born and locally-born population in France (2004-2007). *Soc Sci Med*. 2012;74(9):1213-23.
- Saewyc, S. et al (2011). Contributions and challenges of cross-national comparative research in migration, ethnicity and health: insights from a study of maternity experiences and outcomes. *BMC Public Health*, 11:514.
- The Lancet Commission Culture and Health (2014) *Lancet* 2014; 384: 1607–39 available at [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61603-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61603-2) (retrieved December 19, 2015)
- Kallayova, D., Bosak, L. (2012) Improvement of health services for Roma communities in Slovakia. In: Ingleby, D. et al (eds.) *Inequalities in Health Care for Migrants and Ethnic Minorities*. COST Series on Health and Diversity. Antwerpen: Garant Publishers.
- OSF. 2010. No Data—No Progress. Country Findings: Data Collection in Countries Participating in the Decade of Roma Inclusion, 2005–2015. Dina, I. (2011) Vaccine preventable diseases and the Roma. *European Centre for Disease Prevention and Control*.
- Muscat, MD (2011). Who Gets Measles in Europe?. *The Journal of Infectious Diseases* 2011;204:S353–S36 Orlikova H, Rogalska J, Kazanowska-Zelinska E, Jankowski T, Siodzinski J, Kasa B, Siefert P. Spread of measles 2010: A measles outbreak in a Roma population in Pulawy, eastern Poland, June to August 2009. *Euro Surveill*. 2010;15(17):pii=19602.
- Hellenic Center for Disease Control and Prevention (2014)
- Melico K, et al. (2015) Considerations on the Current Universal Vaccination Policy against Hepatitis A in Greece after Recent Out-breaks. *PLoS ONE*. 10(11): e0116939. doi:10.1371/journal.pone.0116939
- Stanisz A. „Regresja logistyczna”. *Medycyna Praktyczna* 2002. <http://www.mp.pl/arkady/11813> (dostęp: sierpień 2015).
- W trosce o prągo – raport UNDP. http://www.unicef.org/pl/nhrh/ndh2004toc12_hdi.pdf (dostęp: sierpień 2015).

Plan sesji

- Korzystanie z opieki zdrowotnej
- Ćwiczenie: „Burza mózgow”
- Ćwiczenie: film wideo
- Bariery dostępu do opieki zdrowotnej
- Ćwiczenie: Strategie poprawy dostępu do świadczeń



Ćwiczenie 1:

Korzystanie z opieki zdrowotnej - "burza mózgow”

Co możesz powiedzieć o korzystaniu ze świadczeń opieki zdrowotnej przez migrantów i mniejszości etnicznej w Twoim środowisku?

Korzystanie z opieki zdrowotnej

- Korzystanie ze świadczeń jest determinowane przez **potrzebę i dostęp**
- **Migranci i mniejszości etnicznej często mają niższe wskaźniki korzystania ze świadczeń zdrowotnych, uwzględniając zarówno promocję zdrowia, prewencję, jak i leczenie.**
- Nie zawsze jest możliwe zdiagnozowanie, czy różnice w korzystaniu z opieki zdrowotnej wynikają z innych potrzeb, czy innego dostępu:
 - ✓ Dlaczego zwiększa się korzystanie ze świadczeń lekarza pierwszego kontaktu?
 - ✓ Dlaczego zwiększa się korzystanie ze świadczeń ratunkowych?
- Pewne różnice widoczne są również w schemacie korzystania z opieki zdrowotnej przez **potomków migrantów**



- W zakresie populacji romskiej, dostęp i korzystanie ze świadczeń zdrowotnych są zróżnicowane w UE, co powoduje różny wpływ na zdrowie Romów oraz doświadczenia z zakresu opieki zdrowotnej
- Poziom **marginalizacji** lub **integracji** populacji romskiej wydaje się być kluczowym czynnikiem.
- Korzystanie ze świadczeń wśród populacji romskiej różni się od korzystania w populacji ogółem, między innymi włączając wyższy poziom korzystania ze świadczeń szpitalnych

Dostęp do opieki zdrowotnej

- "Ułatwienie dostępu związane jest z pomaganiem ludziom **w takim wykorzystaniu odpowiednich zasobów opieki zdrowotnej** aby zachować lub poprawić ich zdrowie".
- Redukowanie barier w dostępie do opieki zdrowotnej uznawane jest jako **etyczny imperatyw**.
- Dostęp do świadczeń może mieć różne wymiary: dostęp fizyczny, ekonomiczny, dostępność informacji.
- Dostęp ekonomiczny jest ściśle związany z uprawnieniami i zakresem objęcia opieką. Dodatkowo bezpośrednie opłaty przy świadczeniach wpływają negatywnie na dostęp do opieki zdrowotnej.
- Dostęp do świadczeń medycznych to nie to samo co dostęp do całej opieki zdrowotnej. Prewencja, badania screeningowe, promocja zdrowia dotyczy nie tylko osób potrzebujących pomocy medycznej, a nie zawsze obejmuje grupy migrantów.

Ćwiczenie 2: Bariery dostępu do opieki zdrowotnej

Po obejrzeniu filmu w małych grupach zidentyfikujcie potencjalne bariery dostępu migrantów do opieki zdrowotnej. Film: Percorsi salutari:

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

14 Gulliford, M. et al (2002), What does "access to health care" mean? Journal of Health Services Research & Policy, 7(3), 186-188

- **Bariery prawne** są w większości przypadków związane z **uprawnieniami**. Istnieją znaczne różnice w zakresie i warunkach świadczonej opieki wśród krajów UE.

✓ **Migranci o uregulowanym statusie:** różnice pomiędzy migrantami z obywatelstwem UE/EEA i z pozostałych krajów.

✓ **Osoby starające się o status uchodźcy:** podstawowy zakres świadczeń

✓ **Migranci o nieuregulowanym statusie:** większość krajów ogranicza dostarczane świadczenia do pomocy doraźnej, wiele dostarcza specjalne świadczenia grupom szczególnie narażonym.



Dostęp migrantów do opieki zdrowotnej w Polsce

- **Migranci o nieuregulowanym statusie:** generalnie brak dostępu, oprócz:

✓ świadczeń z zakresu ratownictwa medycznego

✓ świadczeń w placówkach detencyjnych (dostęp w praktyce ograniczony i nieadekwatny kulturowo)

✓ świadczeń udzielanych w celu zwalczania chorób zakaźnych i zakażeń

✓ świadczeń w zakresie opieki psychiatrycznej

✓ leczenia odwykowego

- **Cudzoziemcy ubiegający się o ochronę międzynarodową** (tymczasowe zaświadczenie o tożsamości cudzoziemca): w wybranych placówkach, konkretni lekarze.

- **Osoby o uregulowanym statusie spełniające kryteria podlegania pomocy społecznej** (na takich samych zasadach jak obywatele polscy) mogą otrzymać zasiłek celowy na świadczenia zdrowotne finansowany przez gminę.

Masłowski K. (2011). Ustawa o cudzoziemcach

- **Brak informacji, słabe kompetencje zdrowotne**

✓ "Kompetencje zdrowotne": "stopień, w którym jednostka posiada zdolność do pozyskiwania, przetwarzania i zrozumienia podstawowych informacji na temat zdrowia potrzebnych do podejmowania odpowiednich decyzji zdrowotnych"

✓ **Słabe kompetencje zdrowotne** powodują braki wiedzy na temat zdrowia, choroby oraz systemu ochrony zdrowia (nieświadomy związek pomiędzy zdrowiem a ryzykowymi zachowaniami, niezdolność do znalezienia świadczeniodawców, brak zdolności zrozumienia broszur informacyjnych itp, niemożność wypełnienia formularzy, czy podzielenia się informacjami dotyczącymi choroby z lekarzem)

✓ Przyczyną może być słaba znajomość języka, ale również po prostu brak odpowiedniej informacji.

„health literacy”

- mechanizmy poznawcze i umiejętności społeczne oddziałujące na motywację i umiejętności jednostek do zdobywania dostępu, poszukiwania oraz rozumienia i na tej podstawie korzystania z informacji, co ma przekładać się na poprawę i utrzymywanie dobrego zdrowia.

- Według WHO „health literacy” oznacza coś więcej niż tylko posiadanie umiejętności przeczytania ulotki czy umówienie się na wizytę lekarską. Poprzez zwiększanie dostępu ludzi do informacji z obszaru zdrowia i poprawę ich zdolności do korzystania z nich w sposób efektywny „health literacy” jest warunkiem wstępnym, niezbędnym do (critical to) osiągnięcia „empowerment” (upodmiotowienia).

- Ishikawa i Yano (21) zauważają, że ujęcie WHO rozszerza wcześniejsze definicje, m.in. o kwestię posiadania umiejętności społecznych, tj. np. w zakresie komunikacji, negocjacji czy organizacyjnych, co jest niezbędne do podejmowania w praktyce decyzjisprzających zdrowiu.

• Bariery „praktyczne”



- ✓ Geograficzne
- ✓ Godziny otwarcia placówek opieki zdrowotnej (często praca nieformalna nie umożliwia uzyskania dnia wolnego)
- ✓ Skomplikowane procedury rejestracji, brak potrzebnych dokumentów
- ✓ Ryzyko ujawnienia dla migrantów o nieuregulowanym statusie
- ✓ Profesjonaliści medyczni często nie są świadomi praw migrantów
- ✓ Fragmentacja dyscyplin i specjalizacji – różni specjaliści w różnych miejscach

• Bariery kulturowe

- ✓ Religia, zwyczaje
- **Bariery językowe**
 - ✓ Nieporozumienia (błędna komunikacja) jest powszechnym i kosztownym problemem wpływającym na jakość opieki (błędna diagnoza, nieprzebranie zaleceń, mniejsze bezpieczeństwo pacjenta)
 - ✓ Podstawowa biegłość językowa może nie być wystarczającą do efektywnej komunikacji i zrozumienia, nie powinna być warunkiem uzyskania pomocy

• Dyskryminacja i brak zaufania

- ✓ Wielu migrantów i mniejszości etnicznych doświadcza dyskryminacji podczas próby dostępu do opieki zdrowotnej
- ✓ Brak zaufania do profesjonalistów i świadczeń jako rezultat oczekiwania dyskryminacji i złego traktowania
- ✓ Brak zaufania pomiędzy społecznościami migrantów i mniejszości, a profesjonalistami medycznymi oparty może być na ogólnym braku zaufania tych grup do instytucji publicznych, wynikającym z językowych lub kulturowych różnic, ale również z długotrwałych antagonizmów.



Ćwiczenie 3:

Poprawa dostępu do świadczeń – grupy nominalne

Identyfikacja i priorytetyzacja strategii mających na celu poprawę dostępu do opieki zdrowotnej migrantów i mniejszości etnicznych

- W grupach 5-6 osobowych: Zaproponujcie 3-5 działań/strategii, które będą miały na celu poprawę dostępu do świadczeń osób ze środowiska migrantów i/lub mniejszości etnicznych (propozycje zapiszcie na kartkach – jedna na jednej kartce).
- Każda z grup umieszcza po kolei kartki na tablicy (grupując podobne propozycje).
- Uczestnicy proszeni są o wskazanie najważniejszych ich zdaniem strategii (3 „głosy” na osobę).
- Podsumowanie

Doświadczenia polskie

Zogniskowane wywiady grupowe z imigrantami Projekt Xenophob, 2003

- Znacznie lepszy obraz stosunku do cudzoziemców przedstawiają opinie respondentów o instytucjach służby zdrowia.
- Postawy lekarzy wobec cudzoziemców są bez zarzutu: „Nie ma żadnych problemów, bo lekarze są pracując wdzięczni trochę. Oni są przychylni, nie mają żadnych problemów z tym, że dziecko jest na przykład z Ukrainy. Także bardzo dobrzy ludzie” (Respondent, uczeń z Ukrainy).
- Jednakże respondenci zwracali uwagę na te mankamenty organizacji świadczeń medycznych, jakie są udziałem wszystkich mieszkańców Polski: dezinformacja, kolejki, niemożność skorzystania z pomocy specjalistów bez skierowań od lekarzy pierwszego kontaktu.

Studenci skarżyli się na brak wiedzy urzędników w przychodniach zdrowia na temat zasad dostępu studentów zagranicznych do świadczeń medycznych. Zwrócono również uwagę na to, że studenci zagraniczni niepełskiego pochodzenia, aby mieli prawo do opłacania składek na ubezpieczenia zdrowotne, muszą najpierw wpłacić wysoką opłatę wstępną, na którą często ich po prostu nie stać:

„Za to, że nie byłeś ubezpieczony musisz wpłacić jakieś 1300 zł (300 EURO) (...), a poza tym musisz płacić składki co miesiąc” (Respondentka z Albanii).

Z tego powodu zdarza się, że się nie ubezpieczają, a przez to ryzykują, że w razie choroby lub nagłego wypadku mogą mieć problemy z pokryciem kosztów leczenia.

Społeczność i instytucje lokalne wobec inicjatywy utworzenia ośrodka dla uchodźców Raporty i analizy Instytutu Polityki Społecznej, 2006

- Na tle bardzo niekorzystnych opinii dotyczących zatrudnienia, życia kulturalnego i infrastruktury mieszkaniowej wizerunek systemu oświaty i systemu ochrony zdrowia w Zgierzu wypadł całkiem dobrze.
- Możliwości kształcenia i jakość poziomu oświaty oceniono jako „dobry” ponad 55% badanych, zaś 44% respondentów przyznało stopień „dostateczny”.
- Ponad połowa respondentów – 59% – była w pełni zadowolona z poziomu usług zdrowotnych (oceny „dobra” i „bardzo dobra”).
- Tak wysoka ocena tej dziedziny usług społecznych nasuwa pytanie czy służba zdrowia w tym mieście działa wyjątkowo dobrze (w całym kraju bowiem jest to raczej najsłabsze ogniwo usług społecznych), czy może ogromne deficyty w innych dziedzinach poprawiają na zasadzie kontrastu jej wizerunek.
- Postawy wobec planu utworzenia ośrodka dla cudzoziemców: „tak, ale dlaczego u nas”?

Społeczność i instytucje lokalne wobec inicjatywy utworzenia ośrodka dla uchodźców Raporty Migracyjne nr 7 /2006

- Pracownik starostwa był bardzo dobrze zorientowany w działaniach zgierskiej służby zdrowia (był jednocześnie pracownikiem instytucji służby zdrowia). Jak stwierdził: „jeżeli chodzi o służbę zdrowia i lekarzy – ci pomocy nie odmówią”.
- Respondent nie spodziewał się problemów związanych z uruchomieniem ośrodka dla uchodźców przez PCK. W aspekcie służby zdrowia, uznał, że „może nawet ZOZ będzie miał korzyści finansowe”.

- Niektórzy wyrażali obawy dotyczące stanu zdrowia „obcych”, sugerując konieczność działań prewencyjnych: „tak, ale lekarz powinien się wypowiedzieć, czy nie ściągną czegoś”, „powinni mieć oddzielnego lekarza ze względu na egzotyczne choroby”, „oni zawsze jakąś chorobę przywozają”.

Sytuacja cudzoziemców poszukujących ochrony w Polsce raport z zogniskowanych wywiadów grupowych z cudzoziemcami mieszkającymi w ośrodku dla uchodźców w Czerwonym Borze Raporty Migracyjne nr 8 /2007

- Głównym powodem wyjazdu respondentek z Czeczenii była wojna, jednak jako drugorzędne czynniki wymieniono także zły stan zdrowia dzieci (trzy przypadki) oraz pobyt męża jednej z respondentek w Austrii. W tym przypadku przyjazd do Polski był pośrednim etapem na drodze dołączenia rodziny.
- Wszystkie biorące udział w badaniach kobiety były niezadowolone z warunków życia zaoferowanym im w Polsce. Zarówno wysokość świadczeń socjalnych, jak też warunki życia w ośrodku spotkały się z ostrą krytyką badanych.
- Część respondentek odwoływała się do warunków życia, jakie uchodźcom oferują kraje Europy Zachodniej, wskazując tym samym, że Polska nie spełnia tych standardów i w związku z tym nie powinna przyjmować uchodźców. Wydaje się, że wyjazd do Polski nie był poprzedzony żadnym rozeznaniem co do możliwości, jakie oferuje Polska, zaś oczekiwania badanych wykraczały daleko poza potrzebę bezpiecznego dla życia i zdrowia pobytu w kraju wolnym od wojny.

- Zmiany w liczbie hospitalizowanych migrantów oraz w strukturze przyczyn hospitalizacji w latach 2008-2009 świadczą o dynamice procesów migracyjnych i (lub) zmianach w stanie zdrowia migrantów przebywających w Polsce.
- Niezbędne jest regularne monitorowanie obu zjawisk, w tym liczby ludności napływowej (mianownik obliczeń) oraz przypadków hospitalizacji obywateli innych państw (licznik).
- Kwestia ta nabiera szczególnego znaczenia, ponieważ 19 stycznia 2011 r. Parlament Europejski głosował za dyrektywą w sprawie stosowania praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej. Nowe uregulowania prawne mogą spowodować wzrost liczby pacjentów z innych krajów UE.
- Konieczne wydaje się podjęcie starań zmierzających do starannego wypełniania kart szpitalnych – z podaniem kraju pochodzenia leczonego pacjenta.
- Wskazane jest podjęcie dalszych badań na temat innych aspektów sytuacji zdrowotnej migrantów i ich dzieci, w tym zachowań zdrowotnych oraz sposobów korzystania ze świadczeń zdrowotnych

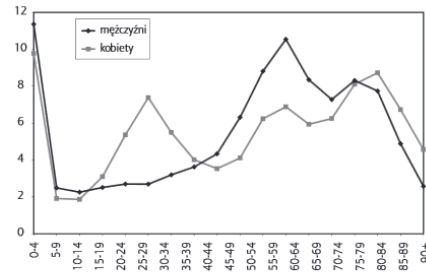
Jak leczyć cudzoziemców w Polsce Agnieszka Ożóg

- Wyzwania medycyny wielokulturowej w Polsce były tematem seminarium zorganizowanego w połowie grudnia przez Instytut Spraw Publicznych.
- Ciężko zebrać szczegółowe dane (B Jabłecka).
- Narodowy Fundusz Zdrowia nie prowadzi statystyk na temat leczenia cudzoziemców w Polsce i nie posiada zbyt obszernych informacji na temat tego, jak i na co leczą się migranci.
- Właściwie jedyną grupą cudzoziemców, na temat której NFZ posiada bardziej szczegółowe dane są osoby występujące o ochronę międzynarodową. W tej grupie jednymi z najczęściej pojawiających się problemów były schorzenia natury psychiatryczno-neurologicznej. Większość informacji ujętych w raporcie pochodzi więc z konieczności z wywiadów przeprowadzonych z lekarzami, pielęgniarkami, psychologami.
- Jednym z podstawowych i wymienianych przez wielu pytanym problemem jest brak tłumaczy i związana z tym utrudniona komunikacja z obcojęzycznym pacjentem. Pozostałe trudności, takie jak nieznaną obyczajów kulturowych lub religijnych uchodźców, mogłyby zostać łatwo przezwyciężone z pomocą tłumacza.
- Z jakimi problemami stykają się na co dzień lekarze podczas kontaktów z cudzoziemcami? Okazuje się, że często też migranci nie chcą korzystać z polskiej służby zdrowia, doprowadzają się do stanu krytycznego, w którym muszą być już leczeni na oddziałach ratunkowych. Wśród tych, którzy jednak korzystają z porad medycznych widoczne są m.in. problemy z realizacją zaleceń lekarskich przez niektórych pacjentów, ich niechęć do mówienia o niektórych dolegliwościach, odmienne rozumienie np. pojęcia zdrowej diety. Mimo trudności zgłaszanych przez lekarzy podczas badań prowadzonych w tym środowisku bardzo niewiele chciło skorzystać z oferowanych im szkoleń z zakresu medycyny wielokulturowej.

Ożóg A. (2013)

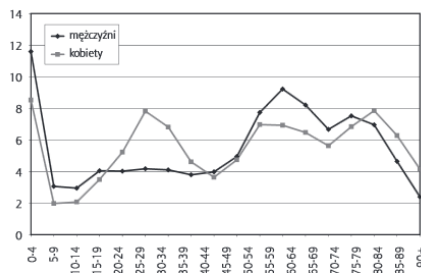
- Wiele bliskich nam terytorialnie krajów takich jak Estonia, Białoruś czy Mołdawia nie może sobie poradzić ze zwalczaniem chorób zakaźnych takich jak AIDS czy gruźlica lekoodporna. Trzeba więc działać szybko, by sytuacja nie wymknęła się spod kontroli, wprowadzić większą dostępność oraz zmniejszyć koszty leczenia pacjentów pozbawionych obecnie możliwości korzystania ze służby zdrowia.
- W Konstytucji RP mamy zapis, iż dostęp do opieki zdrowotnej ma każdy człowiek, a w szczególności dzieci, kobiety w ciąży, osoby starsze lub niepełnosprawne. W rzeczywistości prawa te dotyczą jedynie polskich obywateli - a dostępność do takich samych świadczeń dla cudzoziemców jest zdecydowanie utrudniona. Podobnych zapisów jest więcej, widąc więc jak dokładnie należy przeczytać wszelkie przepisy, zanim chcemy się do nich odnieść w konkretnej sprawie.
- Bardzo istotnym, a często pomijanym lub bagatelizowanym tematem w ramach medycyny wsiokulturowej jest również zagadnienie identyfikacji ofiar tortur, przemocy i nieludzkiego traktowania. W Polsce imigranci z symptomami takimi jak np. koszmarny sen, nadmierna płacliwość i drażliwość, problemy z zapamiętaniem terminów lub nadmierne wycofanie są uważani za trudnych i kłopotliwych podopiecznych.
- Takie osoby powinny być specjalnie traktowane zgodnie z Dyrektywą Rady Europy z 2003 r. Tymczasem w praktyce nawet jeśli dana osoba zostanie prawidłowo zdiagnozowana, nie może liczyć na natychmiastowe zwolnienie z ośrodka strzeżonego lub pomoc psychologiczną.
- Bardzo ważne jest wprowadzenie prostych narzędzi do identyfikacji ofiar tortur, a także zastosowanie odpowiedniej rehabilitacji w przypadku pozytywnej identyfikacji. Trwają prace projektowe nad wdrożeniem tych zaleceń w życie, co oczywiście nie może się odbyć bez udziału organizacji pozarządowych i współdziałania ekspertów językowych. Niezbędne będzie także zaangażowanie środowiska medycznego i personelu ośrodków dla uchodźców.

Obłaga, (2013)



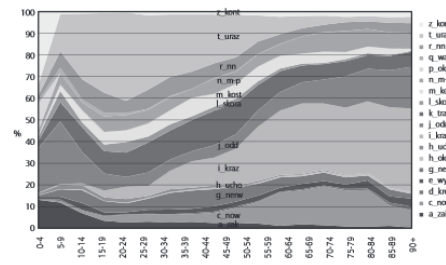
Ryc. 1. Rozkład wieku migrantów hospitalizowanych w Polsce w 2008 r. wg płci

Cianciara, Gorytski, Seroka 2011



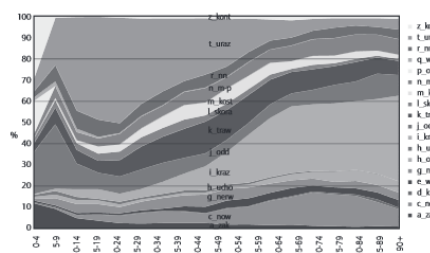
Ryc. 2. Rozkład wieku migrantów hospitalizowanych w Polsce w 2009 r. wg płci

Cianciara, Gorytski, Seroka 2011



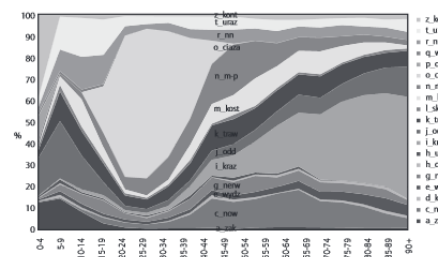
Ryc. 3. Główne przyczyny hospitalizacji migrantów w Polsce w 2008 r. wg wieku, mężczyźni

Cianciara, Gorytski, Seroka 2011



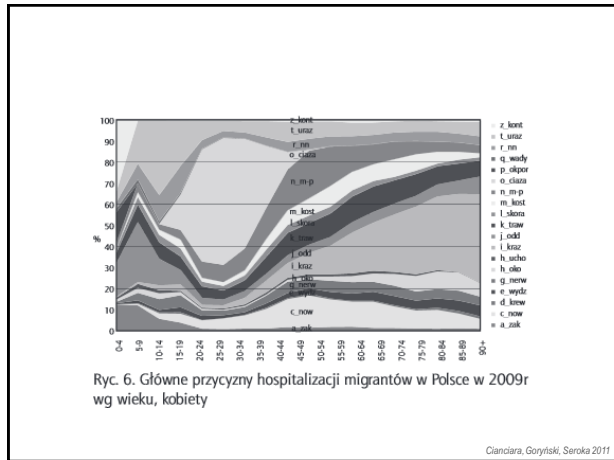
Ryc. 4. Główne przyczyny hospitalizacji migrantów w Polsce w 2009 r. wg wieku, mężczyźni

Cianciara, Gorytski, Seroka 2011



Ryc. 5. Główne przyczyny hospitalizacji migrantów w Polsce w 2008 r. wg wieku, kobiety

Cianciara, Gorytski, Seroka 2011



Ocena sytuacji zdrowotnej migrantów w Polsce w latach 2008-2009 na podstawie danych z Ogólnopolskiego Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej

Analizowano wyłącznie przypadki hospitalizacji chorób somatycznych

- Stwierdzono, że liczba hospitalizowanych migrantów wahała się od 57039 w 2008 r. do 178294 w 2009 r. Nieznaczną większość stanowiły kobiety (52,3% w 2008 oraz 54,0% w 2009 r.).
- Kraj pochodzenia został ustalony tylko w około 2% przypadków i dotyczyło to osób z państw europejskich oraz krajów azjatyckich z terenu byłego ZSRR.
- Oszacowany współczynnik hospitalizacji rzeczywistej migrantów z powodu ogółu przyczyn w 2008 r. wynosił 1630 na 10 tys. obokrajowców, podczas gdy dla nie-migrantów 1850.
- Migranci, zarówno mężczyźni jak i kobiety, wyraźnie częściej niż autochtoni byli hospitalizowani z powodu urazów i zatruc jak również chorób układu krążenia.
- Migranci nieco częściej niż nie-migranci: byli przyjmowani do szpitala bez jakiegokolwiek skierowania, przebywali w szpitalach krócej, opuszczali szpital z koniecznością dalszego leczenia ambulatoryjnego.
- Niezbędne jest monitorowanie zjawiska migracji i sytuacji zdrowotnej migrantów oraz ich dzieci. Trzeba podjąć starania uzupełnienia luki na temat kraju pochodzenia pacjentów-obcokrajowców.

Cienciara, Goryski, Seroka 2011

Podsumowanie

- migranci byli częściej hospitalizowani z powodu urazów i zatruc niż pacjenci krajowi i dotyczy to zwłaszcza chłopców i mężczyzn do 44 roku życia.
- Może to być związane z gorszą opieką nad dziećmi oraz wykonywaniem przez dorosłych pracy stwarzającej większe ryzyko uszkodzeń ciała i zatruc.
- Szacuje się, że w Europie ryzyko urazu zawodowego migrantów jest dwa razy wyższe niż nie-migrantów, a opieka nad dziećmi jest niedostateczna.
- Częstsza hospitalizacja migrantów z powodu chorób układu krążenia wymaga pogłębionej analizy, aczkolwiek nie można wykluczyć, że jest to wynikiem większej zapadalności tej grupy osób na choroby serca i naczyń
- Stwierdzony w badaniu nieco krótszy czas hospitalizacji migrantów może mieć związek z ryzykiem finansowym uwarunkowanym pobytem w szpitalu.
- Kwestie finansowe mogą także wpływać na to, że migranci nieco rzadziej niż stali mieszkańcy wychodzili ze szpitala po zakończeniu procesu terapeutycznego.
- Jakkolwiek odsetek hospitalizacji migrantów w trybie nagłym jest zbliżony do sytuacji polskich pacjentów, to jednak migranci częściej trafiali do szpitala bez jakiegokolwiek skierowania, co może wskazywać zarówno na gwałtowny przebieg choroby (urazu) jak też na niekorzystanie i(lub) niemożność korzystania ze świadczeń zdrowotnych ambulatoryjnych

Cienciara, Goryski, Seroka 2011

Tabela IV. Wydatki na świadczenia medyczne na rzecz osób ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy w Polsce ponoszone przez Urząd ds. Cudzoziemców (źródło: informacja ustna)

Table IV. Expenditure on medical services for persons applying for a refugee status in Poland paid by Office for Foreigners (source: personal communication)

Rok /Year	Wydatki /Expenditure (PLN)	Leczeni cudzoziemcy /Foreigners treated	Średni koszt na 1 ubiegającego się o nadanie statusu uchodźcy /Average cost for person
2006	50 432 622,90	3 869	13 035,05
2007	6 968 999,19	4 553	1 530,64
2008	11 576 897,69	6 613	1 750,63
2009	10 383 706,74	5 708	1 819,15
2010	9 147 939,64	4 400	2 079,08
2011 (10 miesięcy)	7 123 527,00	2 932	2 429,58

Cienciara, Dudzik, Lewczuk, Pinkas 2012

Stowarzyszenie Polska Misja Medyczna 2001, przebadano 375 dorosłych uchodźców oraz 274 dzieci

Tabela V. Wyniki konsultacji medycznych uchodźców w ośrodkach pobytowych URIC (2004-2005)
Table V. Results of medical consultation among refugees in URIC temporary centers (2004-2005)

Rozpoznanie medyczne /Medical diagnosis	Dorośli (N=375) /Adults		Dzieci (N=247) /Children	
	Liczba rozpoznani /Number of diagnosis	Procent rozpoznani /Percentage of diagnosis	Liczba rozpoznani /Number of diagnosis	Procent rozpoznani /Percentage of diagnosis
Gastroenterologiczne /Gastro-enterological diagnosis	89	18,2	13	7,1
Psychiatryczne/neurologiczne /Psychiatric/Neurological diagnosis	89	18,2	11	6,0
Uszaco-ortopedyczne /Orthopaedic diagnosis	68	13,9	56	30,0
Dermatologiczne /Dermatological diagnosis	44	9,0	12	6,5
Ginekologiczne /Gynaecological diagnosis	36	7,4	-	-
Zakażenia /Infections	34	7,0	33	18,0
Kardiologiczne /Cardiological diagnosis	34	7,0	-	-
Ogólnochirurgiczne/naczyniowe /Surgical diagnosis	29	5,9	4	2,2
Okulistyczne /Ophthalmological diagnosis	13	2,7	4	2,2
Laryngologiczne /Laryngological diagnosis	10	2,0	-	-
Endokryncjologiczne /Endocrinological diagnosis	8	1,2	-	-
Pulmonologiczne /Pulmonological diagnosis	5	1,2	-	-
Stomatologiczne /Dental diagnosis	-	-	20	11,0
Urologiczne /Urological diagnosis	-	-	15	8,2
Inne /Other	31	6,4	16	8,7

Cienciara, Dudzik, Lewczuk, Pinkas 2012

Wśród respondentów wnioskujących o nadanie statusu uchodźcy odnotowano m.in.:

- niąsą samoocenę stanu zdrowia fizycznego i psychicznego, brak wsparcia emocjonalnego, złą ocenę warunków zakwaterowania w ośrodkach (przeludnienie i brak prywatności, brak podstawowych instalacji i urządzeń, np. brak bieżącej wody, elektryczności, centralnego ogrzewania; nieodpowiednie warunki higieniczne i brak bezpieczeństwa, np. grzyb na ścianie, brak dostępu do sprawnie działającej toalety i łazienki, niebezpieczna instalacja elektryczna), złą ocenę mieszkań poza ośrodkami, niski wskaźnik zatrudnienia.
- Ponadto respondenci ci wyrażali przekonanie, że mają wsparcia w dostępie do opieki medycznej.
- W przypadku ostatniego problemu zdrowotnego większość (81%) skorzystała z pomocy specjalisty, najczęściej w ambulatorium ośrodka lub placówce publicznej.
- Rzadko korzystano z SOR – szpitalnego oddziału ratunkowego (11%) i opieki prywatnej (9%). Wśród migrantów nieudokumentowanych stwierdzono: lepszą samoocenę zdrowia fizycznego, złą ocenę zdrowia psychicznego, lepszą ocenę warunków mieszkaniowych, przy jednoczesnym poczuciu tymczasowości zamieszkania i przeludnienia lokali, wysoki wskaźnik zatrudnienia, wykonywanie pracy przez 6-7 dni w tygodniu i ponad 10 godzin dziennie, zatrudnienie kobiet w sektorze pomocy domowej, a mężczyzn w budownictwie.
- Ponadto odnotowano brak wsparcia w dostępie do opieki medycznej, a w przypadku ostatniego problemu zdrowotnego tylko połowa (57%) szukała pomocy profesjonalnej. Zdecydowana większość korzystała z pomocy placówek prywatnych (86%). Z placówek publicznych korzystało 28%, a z SOR-ów 14%.

Kłosek N. (2011)

Problem opieki zdrowotnej w Polsce

- Podstawowym problemem, jeżeli chodzi o korzystanie przez cudzoziemców z opieki zdrowotnej w Polsce nie jest kwestia jest dostępności (czy też jej braku), ale raczej jej brak dostosowania do potrzeb osób pochodzących z innych kręgów kulturowych

Grzymała-Kazłowska, Stefarska (2014)

Barier w ośrodkach dla osób ubiegających się o status uchodźcy

- zidentyfikowane bariery w dostępie do opieki zdrowotnej;
- brak możliwości wyboru lekarza pierwszego kontaktu oraz lekarzy specjalistów;
- bariery językowe i kulturowe poważnie ograniczające jakość i zrozumiałość udzielanej pomocy (co jest źródłem ogromnego stresu);
- niedostępność lekarskich wizyt domowych oraz ograniczenia dostępu do opieki medycznej w przypadkach nagłych;
- nieadekwatność oferowanej pomocy psychologicznej i psychiatrycznej do potrzeb;
- nieadekwatność organizacji badań epidemiologicznych i oferowanej pomocy w leczeniu i profilaktyce chorób zakaźnych.

Monitoring opieki medycznej (2009)

Literatura

- Mock-Muñoz de Luna C, Ingleby D, Gravel E, Krasnik A. Synthesis Report. MEM-TP. Training packages for health professionals to improve access and quality of health services for migrants and ethnic minorities, including the Roma. Granada, Copenhagen: Andalusian School of Public Health, University of Copenhagen, 2015. Available at: http://www.mem-to.org/wp-content/uploads/2015/02/TP_Synthesis_Report.pdf
- Mock-Muñoz de Luna C, Ingleby D, Gravel E. Appendix IV Utilisation of health services, barriers to access and good practices to address them. MEM-TP. Training packages for health professionals to improve access and quality of health services for migrants and ethnic minorities, including the Roma. Granada, Copenhagen: Andalusian School of Public Health, University of Copenhagen, 2015b.
- OSF. Open Society Foundations. Roma Health Mediators. Successes and challenges. New York: OSF, 2011. <http://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/roma-health-mediators-201111022.pdf> (retrieved: March 5, 2015).
- OSF. Open Society Foundations. Mediating Roma Health: Policy and Program Opportunities. New York: OSF, 2005. http://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/roma_health_mediators.pdf (retrieved: March 5, 2015)
- Martin V, Collet TH, Bodenmann P, Blum MR, Zimmerli L, Gaspoz JM, Baltagay E, Cornuz J, Rodondi N. The lower quality of preventive care among forced migrants in a country with universal healthcare coverage. Preventive Medicine 2014;69:117-119.
- 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.
- Champion J, Harlin B, Collins JJ. Sexual risk behavior and STI health literacy among ethnic minority adolescent women. Applied Nursing research 2013;26:204-209.
- European Roma Rights Centre (2006). Ambulance not on the way. The disgrace of health care for Roma in Europe. Budapest: Roma Rights Centre.
- Kosa, K., Adany, R. (2007). Studying vulnerable populations: lessons from the Roma minority. Epidemiology 18: 290-9
- Public Health Fact Sheet. Left Out: Roma and access to health care in Eastern and South Eastern Europe. Open Society Institute, Public Health Program, Roma Health Project. (no date)
- Ingleby, D. (2008). New perspectives on migration, ethnicity and schizophrenia. Willy Brandt Series of Working Papers in International Migration and Ethnic Relations 1/08, IMERMIM, Malmö University, Sweden

Dziękujemy za uwagę

Pictures: Andalusian Childhood Observatory (OIA, Observatorio de la Infancia de Andalucía), 2014; Josefa Marin Vega 2014; Redisir 2014; Morgueille 2014.

Literatura

- Schaaf, M. (2007). Confronting a hidden disease: TB in Roma Communities. Research report: Roma Health Project, Open Society Institute.
- Kingston, L., Cohen, E., Morley, C. (2010). Limitations on universality: the 'right to health' and the necessity of legal nationality. BMC International Health and Human Rights, 10(11).
- Kühbrandt, C., Footman, K., Rechel, B., McKee, M. (2014). An examination of Roma health insurance status in Central and Eastern Europe. Eur J Public Health 24(6):707-12
- Jesuit Refugee Service Europe. (2010). Becoming Vulnerable in Detention. Report of the DEVAS project (co-financed by the EC, European Refugee Fund). Available at <http://bit.ly/10Uo31>
- Mladovsky et al. (2012b). Responding to diversity: an exploratory study of migrant health policies in Europe. Health Policy, 105: 1-9.
- Ingleby, D. (2012). Introduction by series editor. In: D. Ingleby, A. Chiaranza, W. Daville, & I. Kotsioni (Eds.) Inequalities in Health Care for Migrants and Ethnic Minorities. COST Series on Health and Diversity, Volume II (pp. 9-28). Antwerp/Apeldoorn: Garant.
- U.S. Department of Health and Human Services (2013, December). About Health Literacy. Health Resources and Services Administration. Retrieved from <http://www.hrsa.gov/publichealth/healthliteracy/healthlit/about.htm>
- Institute of Medicine. (2004). Health Literacy: A Prescription to End Confusion. Washington DC: Institute of Medicine.
- Priebe, S. et al (2011). Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. BMC Public Health, 11:157.
- Mladovsky, P. et al (2012a). Good practices in migrant health: the European experience. Clinical Medicine, Vol 12, No. 3: 248-52.
- Netto, G. et al (2010). How can health promotion interventions be adapted for minority ethnic communities? Five principles for guiding the development of behavioural interventions. Health Promotion International, 25: 245-57
- Norredam, M., Mygind, A & Klesen, A. (2006). Access to health care for asylum seekers in the European Union — a comparative study of country policies. Eur J Public Health 16(3): 285-289.
- Roma Health Report. European Commission, Health and Consumers. http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/roma-health-report-2014_en.pdf (accessed on 23th of November, 2014)
- Gulliford, M. et al (2002). What does 'access to health care' mean? Journal of Health Services Research & Policy, 7(3), 186-188.
- Wild V. Challenging bioethicists agenda: The example of immigration, health care and ethics. Bioethics Forum 2011;4(2):64-65.

Literatura

- WHO (2006). Ninth futures forum on health systems governance and public participation, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- F. Riccardio, M.G.Dente, M.Kojouharova, M.Fabiani, V.Allioni, A.Kurchatova, N.Vladimirova, S.Dedich. Migrants access to immunization in Mediterranean Countries. Health Policy 2012; 103:17-24.
- IHC (2011). Impact of Communication in Healthcare. Available at <http://bit.ly/1o6nHGI>
- Gushulak B, Pace P, Weekers J (2010). Migration and health of migrants. In: Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Meeuwesen, L. et al (2012). Interpreting the migrant and social care: policies and interventions in five European countries. In D. Ingleby, A. Chiaranza, W. Daville, & I. Kotsioni (Eds.), Inequalities in health care for migrants and ethnic minorities (pp. 158-70). Antwerp-Apeldoorn, Belgium: Garant-Publishers.
- Grimeno-Fellu, LA, Magalán-Bojaya, R et al (2012). Differences in the use of primary care services between spanish National and Immigrant patients. Immigrant Minority Health
- Narredam, M., Nielsen, S.S., Klesen, A. (2009). Migrants' utilisation of somatic health care services – a systematic review. European Journal for Public Health, Vol. 20(5): 555-563.
- Narredam, M. et al (2010a). Excess use of coercive measures in psychiatry among migrants compared with native Danes. Acta Psychiatrica Scandinavica, 121(2): 143-151
- A.J.M. Vaeuput, P.W. Achterberg (2007). Etniciteit en zorg rondom zwangerschap en geboorte: een verkenning van Nederlands onderzoek. RIVM. Centrum Volksgezondheid Toekomst Verkenningen.
- European Migration Network (2014). Migrant access to social security and healthcare: policies and practice. DG Home, European Commission.
- Ingleby, D. (2012). Acquiring health literacy as a moral task. International Journal of Migration, Health and Social Care 8(1), 22-32.
- Leyte, E. (2006). Health care in Europe for women with genital mutilation. Health Care for Women International, 27.4, Pg. 362-378.
- Ishikawa H., Yano E. (2008). Patient health literacy and participation in the health-care process. In: Health Expectations, volume 11, issue 2: 113-122.

Literatura

- Chrzanowska A, Klaus W, red. (2011). *Poza systemem – Dostęp do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce*. Warszawa: Stowarzyszenie Interwencji Prawnej.
- Cianciarz D., Goryniak P., Seroka W. Hospitalizacja migrantów w Polsce, w: *Probl Hig Epidemiol* 2011, 92(3): 497-503.
- Cianciarz D., Dudzik K., Lewczak A., Piłkasz J. Liczba, charakterystyka i zdrowie migrantów w Polsce: The number, characteristics and health of immigrants in Poland, w: *Probl Hig Epidemiol* 2012, 93(1): 143-150.
- Kłosek N. (2011). Ochrona zdrowia nieudokumentowanych migrantów i osób ubiegających się o ochronę międzynarodową w opinii cudzoziemców, w: Chrzanowska A, Klaus W, red. (2011) *Poza systemem – Dostęp do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce*. Warszawa: Stowarzyszenie Interwencji Prawnej.
- Jaworski E. (2009). "Health Literacy" jako jedno ze współczesnych wyzwań zdrowia publicznego, w: *Medycyna Pracy* 2009, 60(5): 427-437.
- Mielicki K. (2011) Prawne regulacje w zakresie dostępu do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce, w: Chrzanowska A, Klaus W, red. (2011). *Poza systemem – Dostęp do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce*. Warszawa: Stowarzyszenie Interwencji Prawnej, s. 33-44.
- Monitoring opieki medycznej i psychologicznej nad matkami i dziećmi w ośrodkach dla osób ubiegających się o status uchodźcy, ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb będących ofiarami tortur, oraz fizycznych i psychicznych urazów wojennych. (2009) Warszawa: Fundacja Międzynarodowa Inicjatywa Humanitarna. http://www.mh.pl/eu/tekst/mbi/ku/50a/PDF/01/4372/report_monitoring_opieki_medycznej_i_psychologicznej_nad_matkami_i_dziecimi.pdf
- Obóg A. (2013) Jak leczyć cudzoziemców w Polsce, <http://www.nsi.gise.pl/?mod=sknowbasa&auth=5474> (dostęp: kwiecień 2015). Raporty migracyjne 8/2007.

© 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.



Funded by the European Union in the framework of the EU Health Programme (2008-2012) in the frame of a service contract with the Consumer, Health, Agriculture and Food Executive Agency (Chafae) acting under the mandate from the European Commission. The content of this report represents the views of the Andalusian School of Public Health (ASPH) and is its sole responsibility; it can in no way be taken to reflect the views of the European Commission and/or Chafae or any other body in the European Union. The European Commission and/or Chafae 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.



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

MODUŁ 3: UMIEJĘTNOŚCI PROFESJONALNE

Część 1: Rozwój umiejętności intrapersonalnych

Przygotowanie: Bibiana Navarro i Olga Leralta, Andalusian School of Public Health, 2015

Tłumaczenie: Ewa Kocot i Anna Szetela, Instytut Zdrowia Publicznego UJ CM, 2015

Plan sesji

- Ćwiczenie 1: Konfrontacja z etykietami i stereotypami
- Prezentacja: Rozwój kompetencji intrapersonalnych
- Ćwiczenie 2: Symboliczne znaczenie gestów
- Prezentacja: Różne znaczenia gestów w różnych kulturach
- Ćwiczenie 3: Empatia w stosunku do pacjenta
- Ćwiczenie 4: Słuchanie refleksyjne
- Ćwiczenie 5: Konfrontacja trudnych sytuacji z emocjami ("Re-thinking")

Plan sesji

Cele prezentacji:

- Identyfikacja kluczowych elementów komunikacji z migrantami i mniejszościami etnicznymi
- Rozpoznanie technik związanych z poprawą interakcji profesjonalistów medycznych i pacjentów w środowisku kulturowej różnorodności

Cele ćwiczeń:

- Identyfikacja roli stereotypów w komunikacji z migrantami i mniejszościami etnicznymi
- Identyfikacja komunikacji i kompetencji intrapersonalnych (empatia, aktywne/refleksyjne słuchanie)
- Zdobycie umiejętności zarządzania stresowymi sytuacjami w kontaktach profesjonalistów medycznych z pacjentami ze środowiska migrantów i mniejszości etnicznych

Ćwiczenie 1: Konfrontacja z etykietami i stereotypami

Film:

"Niekompetentna vs kompetentna kulturowo opieka"

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



IGIV 2011

Stereotypy, stygmatyzacja i dyskryminacja

- Stereotypy są uogólnieniami lub założeniami, uproszczeniami na temat wszystkich członków grupy, bazującymi na wyobrażeniu (często błędnym i zawsze niepełnym) o tym, jacy są i jak się zachowują ludzie z tej grupy.
- Stereotypy prowadzą do **uprzedzeń, stygmatyzacji i dyskryminacji**.
- Stygmatyzacja: **niepożądana reakcja na postrzeganie negatywnie ocenianych różnic**
- Rasizm i dyskryminacja **silnie wpływają na zdrowia i dobrostan** tych, którzy ponoszą ich konsekwencje.



Breslin and Williams (1991); Link, Bruce and Phelan (2001); Susman (1994)

Wideo: Opieka niekompetentna a kompetentna kulturowo

<https://www.youtube.com/watch?v=Dx41a-jatNQ>

Komunikacja z pacjentem

Komunikacja z pacjentem może być definiowana jako:

„Specyficzne zadania i obserwowalne zachowania obejmujące przeprowadzenie wywiadu w celu poznania medycznej historii pacjenta, jak też celu jego wizyty, rozmowę na temat diagnozy i rokowań, przekazanie instrukcji dotyczących terapii i informacji potrzebnych do udzielenia świadomej zgody przed podaniem się procedurom i doradzanie w celu zmotywowania do udziału w leczeniu lub łagodzeniu objawów”

(Duffy et al)

Komunikacja z pacjentem

- Badania wskazują na silną pozytywną relację pomiędzy umiejętnościami komunikacyjnymi członków zespołu opieki zdrowotnej i zdolnością pacjenta do przestrzegania zaleceń medycznych, radzenia sobie z chorobowymi stanami chronicznymi oraz wdrażania prewencyjnych zachowań zdrowotnych.
- Badania prowadzone w ciągu ostatnich trzydziestu lat pokazują, że umiejętność lekarzy do udzielania wyjaśnień, słuchania i empatycznego podejścia może mieć ogromny wpływ na efekty zdrowotne (biologiczne i funkcjonalne), jak również satysfakcję pacjenta.

IHC (2011); Mast (2015)

Opieka zdrowotna ukierunkowana na ludzi

Posługując się pojęciem „opieka zdrowotna zorientowana na ludzi”, powinniśmy szczególnie brać pod uwagę kulturę opieki i komunikacji, w tym zagadnienia świadomej zgody, poszanowania prywatności i godności, holistyczne podejście do pacjenta, uwzględnienie zasad rzetelnej i odpowiedzialnej opieki, opartej na zasadach dostępności i zasadach etyki.

“Zintegrowane podejście ukierunkowane na ludzi przyczyni się do poprawy dostępności świadczeń w cyklu życia, poprawę wyników zdrowotnych, usprawni ciągłość opieki i podniesie poziom satysfakcji pacjentów, wzmocni udział korzystających i społeczności w kształtowaniu opieki; wpłynie również pozytywnie na satysfakcję pracowników sektora, ograniczy niedoskonałości systemu oraz umożliwi lepszą współpracę międzysektorową, a co za tym idzie – wpływ na szereg czynników wpływających na zdrowie.”

WHO-WPRO (2007); WHO (2014)

Język

Język stanowi część procesu kodowania i dekodowania wiadomości w trakcie interakcji międzykulturowych. Istotne jest więc poznanie, jak zachowania werbalne i niewerbalne różnią się w zależności od kultury, przy czym dotyczy to w szczególności sposobu przekazywania i odbioru wiadomości konkretnie w danej chwili.

(Holiday 2011)

Ćwiczenie 2:

Symboliczne znaczenie gestów

Komunikacja niewerbalna

- Komunikacja niewerbalna ma udowodniony wpływ na satysfakcję pacjenta.
- Wpływa na stan psychiczny i umysłowy pacjenta.
- Zachowanie niewerbalne, podobnie jak wskazówki płynące z wyglądu, w relacji profesjonalista-pacjent grają rolę szczególną z uwagi na to, iż właśnie na nich opiera się w dużej mierze ocenianie interpersonalne.

IHC 2011

Zachowania niewerbalne

Profesjonaliści zdrowotni mogą nauczyć się monitorowania swoich **zachowań niewerbalnych**, mając na uwadze pozytywny wpływ na pacjenta:

- uśmiech
- kontakt wzrokowy
- pochylenie do przodu
- ekspresyjny ton głosu i twarz
- potakiwanie



IHC 2011

Barier językowe

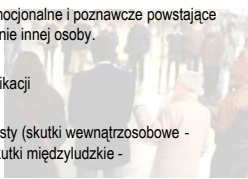
- Brak biegłości jest możliwą barierą językową, ale „dla migrantów, podstawowa biegłość w języku kraju przyjmującego może nie być wystarczająca do efektywnej komunikacji problemów zdrowotnych lub zrozumienia, co mówią profesjonaliści zdrowotni”.
- Zasadnicze elementy komunikacji w opiece zdrowotnej opierają się na podstawowych umiejętnościach komunikacyjnych (stosowanie pytań otwartych, słuchanie refleksyjne i empatia) jako sposobie reagowania na specyficzne potrzeby, wartości i preferencje indywidualnego pacjenta.
- Umiejętności te są szczególnie istotne w komunikacji z migrantami i mniejszościami etnicznymi.



Sharrif et al. 2000

Empatia

- Proces psychologiczny obejmujący elementy emocjonalne i poznawcze powstające w reakcji na obserwowaną sytuację/doświadczenie innej osoby.
- Wrażliwość na odmienne perspektywy w komunikacji
- Empatia wpływa na myśli i odczucia profesjonalisty (skutki wewnątrzosobowe - intrapersonalne), jak również na zachowania (skutki międzyludzkie - interpersonalne) wobec pacjenta.
- Skutki intrapersonalne mogą mieć postać:
 - ✓ afektywną (reakcje emocjonalne w reakcji na sytuację pacjenta)
 - ✓ nieafektywną (próba przybliżonego określenia czyichś myśli, odczuć)

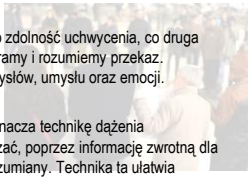


Ćwiczenie 3: Empatia



Słuchanie

- Umiejętność (sztuka) słuchania (poprawnego) to zdolność uchwycenia, co druga osoba komunikuje oraz potwierdzenia, że odbieramy i rozumiemy przekaz. Słuchanie wymaga zaangażowania naszych zmysłów, umysłu oraz emocji.
- Słuchanie refleksyjne (w kontekście zdrowia) oznacza technikę dążenia do zrozumienia tego, co pacjent pragnie przekazać, poprzez informację zwrotną dla potwierdzenia, że przekaz został poprawnie zrozumiany. Technika ta ułatwia osiągnięcie porozumienia, pomaga w podejmowaniu decyzji i uzyskiwaniu odpowiedzi, może również być pomocna w zarządzaniu konfliktem.



Subiela (2014); IHC (2011)

Uwaga!

- Unikać **odwracania uwagi**
- **Nie przerywać**, ale pokazywać, że się słucha, poprzez słowa: *tak, uhm, aha*, lub podobne
- Zauważać **niewerbalne sygnały** emitowane przez pacjenta
- Utrzymywać **kontakt wzrokowy**, odpowiedni **ton głosu i postawę**
- **Interpretować komunikaty bez zmiany znaczenia**
- Okazywać empatię
- Okazywać **szacunek dla uczuć** pacjenta
- **Odzwierciedlać** stany emocjonalne pacjenta za pomocą **słów i komunikacji niewerbalnej**
- Zadawać tylko **niezbędne pytania**
- **Podsumowywać**, aby potwierdzać informacje i unikać nieporozumień

Vinshup BB, Oppenberg AA, Coleman MM (1999); Liacuna Morera J (2000); Rodriguez Bayón, A, Pérez Fuentes, F (1999); Mast MS (2007); Stephen G. Henry et al (2012)

Ćwiczenie 4: Refleksyjne słuchanie w praktyce



Emocje i techniki emocjonalnej samokontroli

- Emocje są nieodłączną cechą istoty ludzkiej i są obecne we wszystkich aspektach życia.
- Ponieważ emocje wpływają na działania: konieczny jest adekwatny poziom umiejętności zarządzania emocjami, aby móc:
 - ✓ Dostarczać lepsze usługi.
 - ✓ Lepiej się czuć (samemu).



Cadman and Brewer (2001)

Inteligencja emocjonalna

1. Rozpoznawanie własnych emocji
2. Zarządzanie emocjami
3. Samomotywacja
4. Rozpoznawanie emocji u innych
5. Relacje z innymi (współpraca, tworzenie więzi)



Cadman C. Brewer J. (2001); Goleman, D. (1996); McGarty, Craig; Yzerbyt, Vincent Y.; Spears, Russell (2002)

Dystans poznawczy i automatyzm (schematy) myślenia

- Wpływa na myśli, uczucia i zachowanie
- Etykiety i stereotypy – przykłady automatycznego myślenia
- Wykrywanie tych dysonansów i (ponowne) ich przemyślenie



McGarty et al. (2002)

Ćwiczenie 5: Konfrontacja trudnych sytuacji z emocjami („Re-thinking”)



Pictures: Andalusian Childhood Observatory (OIA, Observatorio de la Infancia de Andalucía) 2014; Josefa Marin Vega 2014; Redstar 2014; Morguefile 2014.

Literatura

Breslin, J. William. (1991). "Breaking Away from Subtle Biases" in *Negotiation Theory and Practice*, eds. J. William Cadman, C. Brewer. (2001). *Emotional Intelligence: A vital prerequisite for recruitment in nursing*. *J Nurs Manag*. 9:321-4.

Davis MH. *Empathy: A Social Psychological Approach*. Boulder, Colo: Westview Press; 1996

Duffy FD, Gordon GH, Whelan G, Cole-Kelly K, Frankel R, Buttone N et al. *Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report*. *Acad Med* 2004; 79: 495-07.

Eric B. Larson, MD, MPH; Xin Yao, PhD (2005). *Clinical Empathy as Emotional Labor in the Patient-Health professional Relationship*. *JAMA*. 2005; 293(9):1100-1106 available at: <http://www.jama.ama-assn.org/doi/10.1001/archpsyc.63.10.1100> (retrieved January 20, 2015)

Goffman, Erving. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Goleman, D. (1996). *Emotional Intelligence* (London 1996)

Holliday, A. (2011) *Intercultural Communication and Ideology*. London: Sage

IHO (2011). *Impact of Communication in Healthcare*. Available at <http://dx.doi.org/10.1186/1745-2997-11-103> (retrieved January 19, 2015)

Link, Bruce and Jo Phelan. (2001). "Conceptualizing Stigma." *Annual Review of Sociology* 27:363-85.

Llacuna Morera J. *La comunicación no verbal (I): ¿cómo interpretar los gestos de nuestro interlocutor?*. *Formación Médica Continuada*. 2000;9:576-87.

Mast MS. *On the importance of nonverbal communication in the physician-patient interaction*. *Patient Educ Couns*. 2007;67:315-8. available at <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399107000973> (retrieved January 21 2015)

McGarty, Craig; Yzerbyt, Vincent Y.; Spears, Russel (2002) *HU Social, cultural and cognitive factors in stereotype formation*. *JH*. Stereotypes as explanations: The formation of meaningful beliefs about social groups. Cambridge: [HU Cambridge University Press](http://www.cambridge.org/9780521875886). *JH*, pp. 1-15.

Literatura

Rodriguez Bayón, A, Pérez Fuentes, F. *Escuchar, algo más que oír*. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*. Vol 6. Núm. 10. Diciembre 1999.

Stephen G.Henry et al (2012) *Association between nonverbal communication during clinical interactions and outcomes: A systematic review and meta-analysis*. *Patient Educ Couns*. 2012;86:297-315 available at <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399111003728> (retrieved January 21 2015)

Subiela García, JA et al. *La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera*. *Enfermería Global*, nº 34, Abril 2014.

Susman, Joan. 1994. "Disability, Stigma and Deviance." *Social Science and Medicine* 38:15-22.

Stewart M, Brown J, Donner A, et al. (2000). *The impact of patient-centered care on outcomes*. *J Fam Pract*; 49:805-807

Vrshup BB, Oppenberg AA, Coleman MM. *Strategic Risk Management: Reducing Malpractice Claims Through More Effective Patient-Doctor Communication*. *American Journal of Medical Quality* 1999;14(4):153-9.

WHO-WPRO, World Health Organization, West Pacific Region Office. *People-Centred Health Care: A policy framework*. Geneva: WHO, 2007. http://www.wpro.who.int/health_services/people_at_the_centre_of_care/documents/ENG-PCPolicyFramework.pdf (retrieved January 12, 2015).

WHO, World Health Organization. *WHO Global Strategy on People-Centred and Integrated Health Services*. Geneva: WHO, 2014.

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

MODULO 3: COMPETENCIAS ZAWODOWE

Część 2: Rozwój kompetencji interpersonalnych

Bibiana Navarro i Olga Leralta

Andalusian School of Public Health, 2015

Plan sesji

- Kluczowe elementy komunikacji
- Bariery komunikacji
- Wsparcie komunikacji
- Proces negocjacji
- Zarządzanie konfliktem
- Przekazywanie złych wiadomości

Plan sesji

Cele prezentacji:

- Identyfikacja barier i wspieranie komunikacji na podstawie literatury
- Identyfikacja kwestii związanymi z zarządzaniem konfliktem i procesem negocjacji
- Analiza znaczenia technik przekazywania złych wiadomości

Cele ćwiczeń:

- Ćwiczenie umiejętności negocjacji i współpracy
- Zastosowanie przykładów dobrych praktyk w komunikacji interpersonalnej
- Zastanowienie się nad zastosowaniem procesu negocjacji w środowisku uczestników
- Zastanowienie się nad zachowaniami zaangażowanymi w zarządzanie konfliktem

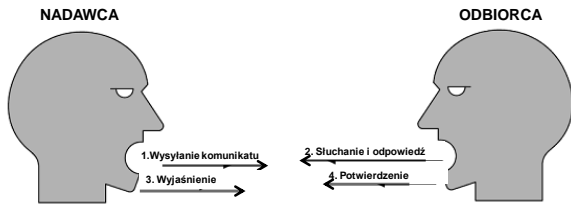
Ćwiczenie 1: "O"

Opis: To samo słowo wypowiedziane przy użyciu różnej modulacji głosu zmienia znaczenie. Ćwiczenie ma podkreślić, jak ważna jest modulacja głosu dla znaczenia słowa.



Ćwiczenie 2: Kluczowe elementy w komunikacji

Opis: Ćwiczenie ma na celu dyskusję nad kluczowymi elementami komunikacji oraz trening w zakresie umiejętności negocjacji i współpracy



Ćwiczenie 3: Ćwiczenie w interpretacji zdań

Opis: Uczestnicy zastanawiają się nad znaczeniem modulacji głosu dla odbioru znaczenia komunikatu werbalnego oraz rolą informacji zwrotnej dla uniknięcia niejasności i złej interpretacji



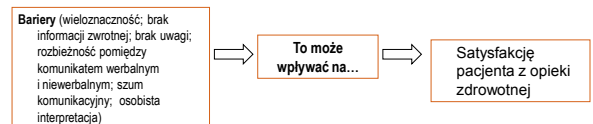
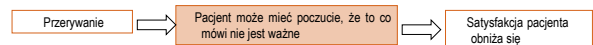
Ćwiczenie 4: Bariery komunikacji

Jakie bariery w efektywnej komunikacji napotykaś w codziennej praktyce?



Wprowadzenie

- Zgodnie z literaturą hałas, przerywanie, brak intymności itd. wpływa na proces komunikacji



Wsparcie komunikacji

- Zgodnie z literaturą, aby zmniejszyć kulturowy dystans pomiędzy sektorem ochrony zdrowia a pacjentami ze środowiska migrantów i mniejszości etnicznych należy się skupić na **wiedzy profesjonalistów zdrowotnych, postawach oraz nowych umiejętnościach**. Strategie przedstawione poniżej są głównym wsparciem do rozwiązania tego problemu.
- Komunikacja inkluzywna oznacza dzielenie się informacjami w sposób zrozumiały dla wszystkich.
- Pacjenci mają potrzebę wsparcia komunikacyjnego, jeżeli potrzebują wsparcia w rozumieniu, wyrażaniu siebie lub interakcji z innymi.

Zasady komunikacji inkluzywnej/włączającej

- ✓ Dostępność komunikacyjna i fizyczna są równie ważne.
- ✓ Każde otoczenie będzie zawierać ludzi z różnymi potrzebami wsparcia komunikacyjnego.
- ✓ Komunikacja jest procesem dwukierunkowym rozumienia innych i wyrażania siebie.
- ✓ Elastyczność w udzielaniu świadczeń jest istotna.
- ✓ Efektywne zaangażowanie użytkowników będzie obejmować partycypację ludzi o różnych potrzebach wsparcia komunikacyjnego.
- ✓ Próbuji!

Ćwiczenie 5: Dobre praktyki w komunikacji włączającej

Opis: To ćwiczenie skupia się na zastosowaniu sześciu zasad komunikacji włączającej do interakcji profesjonalistów zdrowotnych z pacjentami i społecznościami migrantów i mniejszości etnicznych



Główne wsparcie komunikacji

- **Samoświadomość**
- **Procesy empatyczne:**
 - ✓ Jak nazwał(a)byś dany problem?
 - ✓ Co według Ciebie jest przyczyną problemu?
 - ✓ Jaki może być dalszy przebieg zdarzeń? Ja poważny jest problem?
 - ✓ Co ten problem oznacza dla Twojego ciała?
 - ✓ Jak problem wpływa na Twoje ciało i umysł?
 - ✓ Czego się obawiasz w związku z tym problemem?
 - ✓ Czego się obawiasz w związku z leczeniem?
- **Wiedza**
- **Wsparcie językowe**
Aby skutecznie działać przeciwko barierom językowym w komunikacji z migrantami i mniejszościami etnicznymi istnieje wielu specjalistów pełniących specyficzne role i różnie nazywanych w różnych krajach:
 - ✓ Tłumacze
 - ✓ Tłumacze uszni
 - ✓ Tłumacze usług publicznych/tłumacze środowiskowi
 - ✓ Mediatorzy kulturowi

Podjęcie dialogowe może być stosowane w sytuacjach potencjalnego konfliktu, aby zdefiniować wspólnie problem, poszukiwać satysfakcjonujących obie strony rozwiązań, osiągnąć wzajemne zrozumienie, negocjować wypracowanie bądź zastosowanie współdzielonych norm.

- ✓ Umiejętność słuchania z poszanowaniem drugiej strony i otwartością.
- ✓ Rozważenie sytuacji z perspektywy drugiej strony.
- ✓ Umożliwienie drugiej stronie wyjaśnienia swojego punktu widzenia.
- ✓ Rozpoznanie podobieństw i różnic.
- ✓ Poszukiwanie podstawy porozumienia.
- ✓ Umiejętność otwarcia na racjonalny, wyważony kompromis w celu znalezienia satysfakcjonującego rozwiązania i osiągnięcia porozumienia.

Promowanie podejścia współpracy oraz kultury dialogu

- ✓ Wzajemny szacunek i równorzędność stron
- ✓ Otwarcie na drugą osobę i aktywne słuchanie
- ✓ Znajomość filtrów kulturowych wpływających na dialog
- ✓ Odpowiednia aranżacja przestrzeni i zasoby instytucjonalne
- ✓ Unikanie krytykowania i oceniania przekonań
- ✓ Rozważne oddzielenie problemu od osoby

Dialog międzykulturowy

Dialog międzykulturowy jest rozumiany jako proces obejmujący opartą na wzajemnym szacunku i zrozumieniu wymianę poglądów między jednostkami i grupami charakteryzującymi się różnym tłem i „bagażem” etnicznym, kulturowym, religijnym i językowym. Wymaga on swobody i umiejętności wyrażenia się, jak również chęci i umiejętności słuchania innych. Dialog międzykulturowy przyczynia się do integracji politycznej, społecznej, kulturowej i ekonomicznej oraz do spójności kulturowo zróżnicowanych społeczeństw.

(Council of Europe 2008: 17)

Council of Europe 2008.

Praca zespołowa

- Komunikacja odgrywa istotną rolę w procesie współpracy. Niedokładne zrozumienie zadań pomiędzy różnymi specjalistami ochrony zdrowia może prowadzić do rozbieżności w opiece, skutkującej różnym podejściem do osiągnięcia tego samego celu u pacjenta. Umiejętności intrapersonalne wpływają na promowanie pracy zespołowej. Szacunek dla innych członków zespołu i świadomość ról, wspierane przez dobrą komunikację, są kluczową cechą w dążeniu do efektywnej praktyki współpracy.
- Ponadto zdrowie i kultura zasługuje na uwagę nie tylko z punktu widzenia pacjenta i specjalistów ochrony zdrowia, ale również w relacji do rosnącej różnorodności personelu nie-medycznego, takiego jak pracownicy socjalni, recepcjoniści, administracja, którzy pełnią funkcję gate-keepera. Ci specjaliści również są pod wpływem własnych różnic kulturowych.

Howarth (2006), The Lancet Commission on Culture and Health (2014)

Ćwiczenie 6: Zakres uwagi (długość koncentracji uwagi)

Opis: Przeczytanie krótkiego tekstu, aby pomóc uczestnikom lepiej zrozumieć, jak ograniczony może być zakres uwagi i jakie to zjawisko pociąga za sobą wyzwania w komunikacji z pacjentem i społecznością.



Zarządzanie konfliktem i proces negocjacji

- Konflikty są nieuniknione w interakcji ludzi i mogą być ukrytymi lub otwartymi napięciami o różnym stopniu złożoności społecznej. Konflikty międzyludzkie mogą być związane z oczekiwaniami, zainteresowaniami, potrzebami lub wartościami.
- Konflikty często mają źródło w różnicach percepcji/oczekiwań, np.:
 - ✓ Dostęp do świadczeń/usług w języku ojczystym
 - ✓ Zróżnicowanie jadłospisu lub ograniczenia diety wynikające z przekonań (religijnych bądź innych)
 - ✓ Żądanie kobiety/mężczyzny jako osoby udzielającej pomocy
 - ✓ Noszenie symboli religijnych, niestosowanie się do zasad ubioru
 - ✓ Uwzględnienie praktyk i wartości kulturowych
 - ✓ Poszanowanie prywatności
- Źle zarządzany i nierozwiązany konflikt może mieć następstwa dla jednostki, klimatu pracy i jakości świadczeń.

Proces negocjacji jest uzależniony od zdolności profesjonalistów do dialogu i skłonności pacjentów do negocjacji. Główne kroki w procesie negocjacji są wymienione poniżej:

- ✓ **Spytaj pacjenta, jak postrzega dany problem/sytuację** (Na czym polega problem? Kiedy się pojawił? Co jest „nie tak?”)
- ✓ **Poproś pacjenta o zdefiniowanie problemu** (Co ten problem dla niego/dla niej oznacza?)
- ✓ **Osiągnij porozumienie** oco do istoty problemu **w oparciu o fakty** (zwróć uwagę raczej na fakty niż na wrażenie)
- ✓ **Podkreśl najpierw aspekty, co do których się zgadzacie**, a w dalszej kolejności rozbieżności.
- ✓ **Pracujcie wspólnie** nad znalezieniem rozwiązania problemu biorąc pod uwagę: czas, ewentualną konsultację z kimś innym, wykluczając rozwiązania nierealne, niesprawiedliwe czy nieracjonalne. Warto rozważyć następstwa każdego omawianego pomysłu. **Opisz korzyści** wybranego wspólnie rozwiązania.
- ✓ **Zastosuj rozwiązanie** i sprawdź jego skuteczność i poziom satysfakcji z wyniku, zastanów się nad ewaluacją.

Ćwiczenie 7: Proces negocjacji

Opis: Dyskusja kierowana dotycząca doświadczeń uczestników w zakresie procesów negocjacji i współpracy w celu rozwiązywania konfliktów w praktyce codziennej.



Ćwiczenie 8: Zarządzanie konfliktem

Ćwiczenie składa się z dwóch części:

- Praca indywidualna: Poprosz uczestników o rozważenie sytuacji opisanej w szablonie Moduł 3, Część 1, Ćwiczenie 5 "Konfrontacja z trudną sytuacją i emocjami". Poprosz o wypełnienie dodatkowych pozycji w szablonie.
- Dyskusja w grupie na temat zmiany zachowania, która mogłaby pomóc w rozwiązaniu opisanego problemu/konfliktu.



Przekazywanie złych wiadomości

- ✓ Częsta sytuacja dla profesjonalistów zdrowotnych
- ✓ Brak wystarczających szkoleń
- ✓ Niedoskonałość w procesie przekazywania złych informacji może spowodować dodatkowe cierpienie pacjenta/jego bliskich. Ponadto, może źle wpłynąć na relację profesjonalista-pacjent.
- ✓ Znajomość zasad przekazywania złych wiadomości może ograniczyć problemy emocjonalne i wpłynąć na zaakceptowanie sytuacji oraz wzmocnić wzajemne relacje.
- ✓ Obniża poziom stresu/niepokoju profesjonalistów.

Strategie i umiejętności

Zgodnie ze strategią **S.P.I.K.E.S (Buckham)**, następujące kroki powinny być zachowane przy przekazywaniu złych wiadomości:

- ❖ **Setting.** Przygotowanie środowiska
- ❖ **Perception.** Co on/ona wie?
- ❖ **Invitation.** Co chce wiedzieć?
- ❖ **Knowledge.** Podzielenie się informacją
- ❖ **Empathy.** Odpowiedź na uczucia pacjenta
- ❖ **Strategy and summary.** Plan opieki



Ćwiczenie 9: Inscenizacja – przekazywanie złych wiadomości

Opis: Wdrożenie 6 kroków strategii Buckmana w małych grupach. Możliwe do wykorzystania sytuacje to: diagnoza choroby przewlekłej, np. cukrzyca; choroby stopniowo powodującej niesprawność, np. choroby degeneracyjnej, np. choroby Alzheimera



Ćwiczenie 10: Inscenizacja - radzenie sobie z delikatnymi problemami

Opis: Inscenizacja dotycząca interakcji związanych z delikatnymi problemami. Uczestnicy proszeni są o wykorzystanie własnych przykładów lub tych umieszczonych w szablonie, będących adaptacją z badania włoskiego dotyczącego interakcji „tłumaczenie-mediacja” związanej z opieką zdrowotną kobiet. Ćwiczenie dotyczy sposobu, w jaki delikatne problemy są prezentowane i zarządzane.



Dziękujemy za uwagę

Ilustracje: Andalusian Childhood Observatory (OIA, Observatorio de la Infancia de Andalucía) 2014; Josefa Marín Vega 2014; RedStar 2014; Morguefile 2014.

Literatura

- Council of Europe. Constructing an inclusive institutional culture. Council of Europe Publishing, 2011 (Part F Conflict resolution, negotiation and dialogue for mutual understanding, pp. 102-116). Available at: http://cdn.basw.co.uk/upload/basw_100713-4.pdf
- Scottish Government. Principles of Inclusive Communication: An information and self-assessment tool for public authorities, 2010. Available at: <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2011/09/14/022990>
- The Lancet Commission on Culture and Health. Lancet 2014;384:1607–39. Available at: <http://www.thelancet.com/commissions/neglect-of-culture-in-health>
- T-SHARE Project team. Transcultural Skills for Health and Health Care. Standards and Guidelines for Practice and Training, 2012. Available at: http://tshare.europa/sites/default/files/confidential/WP11_cot/MOLO_TSHARE_21Spagines.pdf
- Buckman RA (2005) Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. Community Oncology 2005;2(2) Available at: <http://www.acsurgerynews.com/cjournals/articles/0202138.pdf>
- IHC (2011). Impact of Communication in Healthcare. Available at: <http://bit.ly/1o6nHGIUH>
- Davis, K., Schoenbaum, S. C., Collins, K. S., Tenney, K., Hughes, D. L., & Audet, A. M. (2002). Room for improvement: Patients report on the quality of their health care. New York: Commonwealth Fund
- Howarth Michelle M (2006) Education needed to support integrated care: a literature review. Journal of advanced nursing, 2006, 56 (2): 144-56
- 50 Communication Activities, Icebreakers and Exercises, by Peter R. Garber. Amherst, MA: HRD Press, 2008
- Chmielęcka A., Krywoszejew B. red. (2011) Ważny kurs na wielokulturowość. E-podręcznik dla trenera, Warszawa 2011. <http://www.hftr.org.pl/wazny-kurs-na-wielokulturowosc>
- Lipińska M. (2008) Warsztaty kompetencji międzykulturowych – podręcznik dla trenerów. Warszawa: MCAZ i UW. http://uchronia.pl/obozowalipinska/warsztaty_kompetencji_miedzukulturowych-podrecznik_dla_trenerow.pdf
- Zajętkowska A. „Zrozumieć kontekst kulturowy”, w: Inspiraator międzykulturowy. Grot K., Klaus W. (red.), Instytut Spraw Publicznych <http://inl.nerwenszaprawnia.pl/wp-content/uploads/inspiraator-miedzukulturowy.pdf>

© 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



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 (ESPA) 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.



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

MODUŁ 4: STOSOWANIE WIEDZY

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

Przygotowanie: Amets Suess, Andalusian School of Public Health, 2015
Tłumaczenie: Anna Szetela, Instytut Zdrowia Publicznego UJ CM, 2015

Plan sesji

- Ćwiczenie: prezentacja filmu oraz dyskusja
- Prezentacja:
 - ✓ Opieka zdrowotna zorientowana na człowieka/ludzi: koncepcja oraz zasady
 - ✓ Podejście zorientowane na ludzi w opiece zdrowotnej uwzględniającej zróżnicowanie kulturowe i etniczne
 - ✓ Opieka zdrowotna zorientowana na człowieka/ludzi uwzględniająca różnorodność kulturową i etniczną; obszary „występowania”

Ćwiczenie 1:

Opieka zdrowotna uwzględniająca różnorodność kulturową i etniczną

- Film:

“Dwa niebieskie krokodyle i luka w systemie”
IGIV, Implementation Guidelines for Intersectional Peer Violence Preventive Work, Education and Culture Lifelong Learning Programme, 2011.
<https://www.youtube.com/watch?v=byRjVksM14Q>

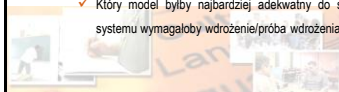


IGIV 2011.

Ćwiczenie 1:

Opieka zdrowotna uwzględniająca różnorodność kulturową i etniczną

- Dyskusja w grupach, m.in. na temat:
 - ✓ Czy opisana w filmie sytuacja mogłaby się zdarzyć w Twoim własnym środowisku (kraj/region)?
 - ✓ Jakie korzyści i ograniczenia można wskazać a) w obszarze świadczeń opieki zdrowotnej zróżnicowanych ze względu na specyfikę kultury/grupy etnicznej, b) w samo-organizacji świadczeń dla danej grupy, wreszcie c) w świadczeniach zdrowotnych uwzględniających różnorodność kulturową i etniczną i zmniejszanie różnic zdrowotnych?
 - ✓ Czy korzystne byłoby zastosowanie modelu mieszanego?
 - ✓ Który model byłby najbardziej adekwatny do sytuacji w Polsce/w regionie? Jakiej adaptacji systemu wymagałoby wdrożenie/próba wdrożenia takiego modelu?



Opieka zdrowotna ukierunkowana na ludzi: Idea

Najogólniej mówiąc, **opieka zdrowotna zorientowana na ludzi** to taka, w której jednostki, rodziny i społeczności **korzystają z usług**, ale jednocześnie **mogą uczestniczyć** w wiarygodnym systemie zdrowia, odpowiadającym na ich potrzeby w sposób **ludzki i holistyczny**. System jest skoncentrowany na **potrzebach interesariuszy**, pozwalając jednostkom, rodzinom i społecznościom na **współpracę** z profesjonalistami i instytucjami opieki zdrowotnej zarówno w sektorze publicznym, jak i prywatnym oraz *non-for-profit*, w zakresie dążenia do poprawy jakości i adekwatności opieki.

Opieka zdrowotna zorientowana na ludzi wyrasta z uniwersalnych wartości i zasad, chronionych prawem międzynarodowym, obejmujących **prawa człowieka i godność, niedyskryminowanie, partycypację i upodmiotowienie, dostęp i słusność**, jak również **partnerstwo równych**.

(WHO-WPRO 2007: 7)

WHO-WPRO 2007.

Opieka zdrowotna ukierunkowana na ludzi: Pojęcia

- Opieka zdrowotna ukierunkowana na człowieka
- Opieka zdrowotna ukierunkowana na pacjenta
- Opieka zdrowotna ukierunkowana na ludzi



⇒ Podkreślamy to ostatnie pojęcie – jako najbardziej pojemne

Opieka zdrowotna ukierunkowana na ludzi: Zasady

- Kultura opieki i komunikowania
 - ✓ Świadome podejmowanie decyzji
 - ✓ Poszanowanie prywatności i godności
 - ✓ Reakcja na potrzeby w wymiarze holistycznym
- Świadczenia odpowiedzialne i adekwatne
 - ✓ Dostępność
 - ✓ Przystępność cenowa
 - ✓ Etyka
- Stworzenie właściwego otoczenia
 - ✓ Znacząca rola POZ
 - ✓ Zaangażowanie świadczeniodawców w planowanie, aktywności polityki zdrowotnej, poprawę jakości



WHO - WPRO 2007

Opieka zdrowotna ukierunkowana na ludzi: Dziedziny



WHO - WPRO 2007

Podejścia ukierunkowane na ludzi w opiece zdrowotnej dla migrantów i mniejszości etnicznych

- Różnorodność doświadczeń (migranci i mniejszości)
- Częste przypadki społecznej wrażliwości
 - ⇒ Znaczenie podejścia zorientowanego na ludzi w opiece zdrowotnej dla migrantów i mniejszości etnicznych



Beach et al. 2006; Bischoff 2003; Lood et al. 2014; Koltzsch, Jensen et al. 2014; Renzaho et al. 2013.

Podejścia ukierunkowane na ludzi w opiece zdrowotnej dla migrantów i mniejszości etnicznych

- Orientacja na pacjenta a kompetencja kulturowa (Beach et al. 2006)
 - ✓ Proces powstawania i znaczenie obu koncepcji
 - ✓ Przesunięcie akcentów z orientacji indywidualnej na podejścia zogniskowane raczej na świadczeniach i systemie
 - ✓ Cechy wspólne
 - Poprawa jakości świadczeń
 - ✓ Różnice
 - Skupienie uwagi na indywidualnej relacji świadczeniodawca-korzystający (zorientowanie na pacjenta) albo służsności w zdrowiu (koncepcja kompetencji kulturowych)
 - ⇒ Przeplatanie się obu aspektów
- Analizy efektywności programów rozwijających kompetencje kulturowe w opiece zdrowotnej zorientowanej na pacjentów z grup mniejszości etnicznych (Renzaho et al. 2013)
 - ✓ Większa wiedza profesjonalistów, ich świadomość i wrażliwość kulturowa
 - ✓ Potrzeba dalszych badań nad wpływem programów na wyniki zdrowotne



Beach et al. 2006; Renzaho et al. 2013.

Przesunięcie akcentów: Podejście ukierunkowane na ludzi w opiece zdrowotnej dla migrantów i mniejszości etnicznych

Kompetencja kulturowa: Koncentruje się na zwyczajach, przekonaniach i potrzebach specyficznych dla danej kultury → Polityki zdrowotne nastawione na dostarczenie „wyspecjalizowanych” świadczeń dla migrantów i mniejszości.

Kompetencja międzykulturowa: Koncentruje się na dynamice interakcji między różnymi kulturami → Polityki zdrowotne nastawione na potrzeby zdrowotne w kontekście międzykulturowym.

Różnorodność kulturowa: Koncentruje się na uznaniu pozytywnego wkładu różnorodności w dorobek społeczeństwa → Polityki zdrowotne nastawione na potrzeby zdrowotne z perspektywy różnorodności

Wrażliwość kulturowa / Wrażliwość na różnice / Wrażliwość na różnorodność: Koncentruje się na świadomości różnorodności i międzysektorowym charakterze nierówności społecznych → Polityki zdrowotne nastawione na redukowanie przekrojowych i wzajemnie powiązanych nierówności społecznych.

Caltach, et al. 2013; Chiarenza 2012; Council of Europe 2006; Papadopoulos 2006; quoted in IENE 2014; Renschler, Caltach 2007; UNESCO 2001, 2013; WHO 2001.

Podejścia ukierunkowane na ludzi w opiece zdrowotnej dla migrantów i mniejszości etnicznych

- Kompetencje kulturowe → kompetencje międzykulturowe → różnorodność kulturowa → wrażliwość kulturowa / wrażliwość na różnice / wrażliwość na różnorodność
- Opieka zdrowotna adresowana do specyficznych grup kulturowych i etnicznych → opieka zdrowotna ukierunkowana na nierówności społeczne, determinanty zdrowia i wielopłaszczyznowość
- Opieka zdrowotna „z pacjentem w centrum” → opieka zdrowotna „z ludźmi w centrum”
 - ⇒ Opieka zdrowotna zorientowana na różnorodność kulturową i etniczną, „z pacjentem w centrum uwagi”
 - ⇒ Opieka zdrowotna wrażliwa na różnorodność, „z ludźmi w centrum uwagi”



Obszar międzynarodowych i europejskich praw człowieka: Migranci i mniejszości etniczne

- Duża liczba międzynarodowych i europejskich dokumentów strategicznych
- Możemy je klasyfikować, przykładowo wg kryteriów:
 - ✓ Geograficznych
 - międzynarodowe
 - europejskie
 - ✓ Rodzaju regulacji
 - konwencji/umowy
 - rozporządzenia
 - deklaracje i rekomendacje
 - raporty
 - ✓ Mocy obowiązywania
 - ✓ Charakteru grupy
 - ogół ludności
 - migranci
 - mniejszości etniczne

FRA 2011; Mock-Muñoz de Luna et al. 2015a, 2015b; Sunss et al. 2014; WHO-WPRO 2014.

Obszar międzynarodowych praw człowieka: Dostępność i jakość opieki zdrowotnej

Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych, 1966 [1976]

Art. 12.1.: Państwa Strony niniejszego Paktu uznają prawo każdego do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego.

UN 1966 [1976]

Obszar międzynarodowych praw człowieka: Dostępność i jakość opieki zdrowotnej

Komitet Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych, Komentarz Ogólny Nr 14, Prawo do najwyższego osiągalnego poziomu zdrowia

- Zdrowie należące do podstawowych praw człowieka, jest "blisko związane i współzależne od realizacji innych praw człowieka"
- Elementy konieczne:
 - ✓ Istnienie opieki zdrowotnej
 - ✓ Dostępność, w tym brak dyskryminacji, dostępność fizyczna, ekonomiczna i informacyjna
 - ✓ Akceptowalność: "Całe wyposażenie, dobra i usługi musi cechować uszanowanie etyki medycznej i stosowność kulturowa, tj. poszanowanie kultury jednostek, mniejszości, ludzi i społeczności, wrażliwość dla wymagań płci i cyklu życia, jak również zaprojektowanie ich tak, aby uszanować poufność oraz poprawę stanu zdrowia osób zainteresowanych."
 - ✓ Jakość opieki zdrowotnej

CESCR 2000.

Obszar międzynarodowych praw człowieka: Dostępność i jakość opieki zdrowotnej

Komitet Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych, Komentarz Ogólny Nr 14, Prawo do najwyższego osiągalnego poziomu zdrowia

- Świadomość ograniczeń w pełnej realizacji prawa do zdrowia, wynikających z ograniczonych zasobów
- Zasada stopniowej realizacji prawa do zdrowia
- Brak pozwolenia na stosowanie środków regresywnych; chyba że "po jak najbardziej uważnym, rozpatrzeniu wszystkich możliwości"

W szczególności, Państwa zobowiązują się przestrzegać prawa do zdrowia przez, między innymi, powstrzymanie się od odmowy bądź ograniczenia równego dostępu dla wszystkich, włączając więźniów i zatrzymanych, mniejszości, uchodźców i nielegalnych imigrantów, do świadczeń prewencyjnych, leczniczych i opieki paliatywnej; powstrzymanie się od wprowadzania praktyk dyskryminacyjnych w polityce Państwa; powstrzymanie się od wprowadzania praktyk dyskryminacyjnych odnoszących się do zdrowia i potrzeb kobiet.

(CESCR 2000: 10)

CESCR 2000.

Obszar międzynarodowych praw człowieka: Przykłady dokumentów strategicznych ukierunkowanych na migrantów lub mniejszości etniczne

- Przykłady dokumentów strategicznych ukierunkowanych na populację migrantów
 - Międzynarodowa Konwencja o Ochronie Praw Wszystkich Pracowników-Migrantów i Członków Ich Rodzin, 1990.
 - Rezolucja WHA 61.17 Zdrowie Migrantów, 2008.
- Przykłady dokumentów strategicznych ukierunkowanych na mniejszości etniczne
 - Międzynarodowa Konwencja w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji rasowej, 1965 [1969].
 - Council of the European Union. EU Framework for National Roma Integration Strategies (NRIS), 2011.

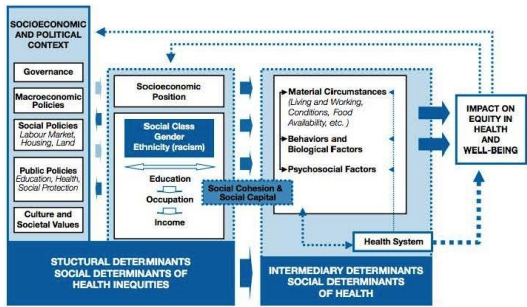
UN 1990.

Obszar międzynarodowych praw człowieka Implementacja polityk zdrowotnych zorientowanych na kulturę i etniczną różnorodność

- Wyniki ostatnich badań porównawczych w Europie:
 - Niejednolita realizacja prawa do zdrowia i do opieki zdrowotnej dla migrantów w nieuregulowanej sytuacji w Europie.
 - Barierzy w dostępie i korzystaniu ze świadczeń opieki zdrowotnej w przypadku mniejszości etnicznych, w tym dyskryminacja, odmowa świadczeń, wykluczenie możliwości opieki.
 - Ograniczenia wynikające z braku związania prawem międzynarodowym (m.in. zagadnienia ratyfikacji).
 - Identyfikacja perspektywy Praw Człowieka jako ważnego obszaru umożliwiającego poprawę dostępu do opieki dla migrantów/mniejszości.
 - Rekomendacje w zakresie wdrażania polityk i działań zmierzających do zapewnienia dostępu do opieki zdrowotnej dla wszystkich mieszkańców Europy, bez względu na narodowość, status administracyjny, pochodzenie etniczne, jak również do eliminacji barier w dostępie.

Biswas, et al. 2011; Council of Europe 2012; Cuadra 2011; Dauvin, et al. 2012; DHSSPS 2007; Duvell, et al. 2009; FRA, European Union Agency for Fundamental Rights 2011a, 2011b, 2012; HUMA Network, et al. 2010; Karl-Trummer et al. 2010; Medicins du Monde, et al. 2009, 2012, 2013; PICUM, et al. 2014; Rivit-Coxson, et al. 2010; Süsser et al. 2014; Woodward, et al. 2014.

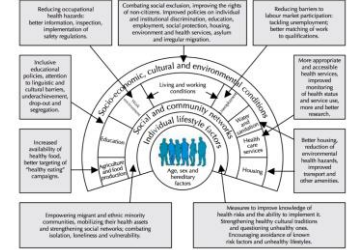
Społeczne determinanty zdrowia



WHO 2008, 2010a; Figure: WHO 2010a:48.

Środki polityki społecznej a społeczne determinanty zdrowia: Migranci i mniejszości

Fig. 1. Policy measures required to tackle the social determinants of health for migrants and ethnic minorities



Source: The diagram is inspired by a presentation from Dr. Niam Pádraig, 18 Regional Advisor, on 15-16 September 2005 at the WHO Regional Office for South-East Asia consultation on the social determinants of health, subsequently released by the WHO. Further details on the determinants of health in relation to ethnic migrant populations, and further adapted for the purposes of this policy briefing, the 'social determinants' version by Dr. Dahlgren & Whitehead (1991).

Dahlgren, et al. 1991; WHO 2010; Figure: WHO 2010: 14, adapted from: Dahlgren, et al. 1991.

Obszar społecznych determinantów zdrowia w dziedzinie opieki zdrowotnej zorientowanej na różnorodność kulturową i etniczną

- Analizy wpływu społecznych determinantów zdrowia na zdrowie migrantów i mniejszości etnicznych
 - Wpływ ograniczeń w dostępie do opieki zdrowotnej migrantów w nieuregulowanej sytuacji na ryzyko marginalizacji, ubóstwa i choroby
 - Negatywny wpływ dyskryminacji i uprzedzeń wobec Romów na poszanowanie praw człowieka, samostanowienie i nierówności w zdrowiu



- Tendencje redukowania społecznych determinantów zdrowia do czynników socjoekonomicznych, bez brania pod uwagę pochodzenia z grupy MEM, jak również tendencje do redukowania nierówności społecznych do aspektów kulturowych i etnicznych.

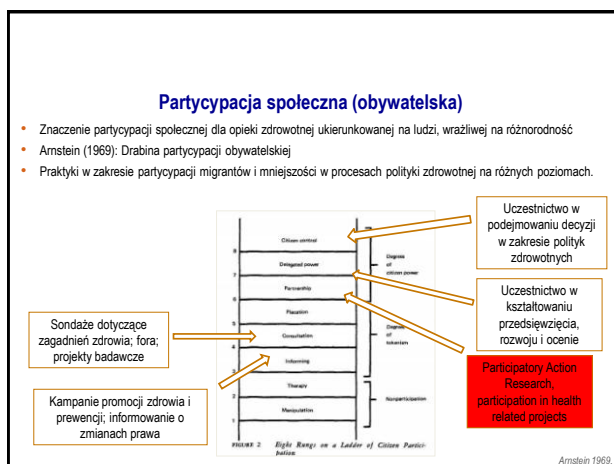
Féssis et al. 2012; Hajduchová et al. 2014; Ingleyby 2012; Marmot et al. 2012.

Obszar społecznych determinantów zdrowia w dziedzinie opieki zdrowotnej zorientowanej na różnorodność kulturową i etniczną

- Proponowane polityki:
 - Znaczenie „pracy” ze społecznymi determinantami zdrowia dla osiągnięcia sprawiedliwości w zdrowiu.
 - Zwrócenie uwagi raczej na procesy wykluczenia niż koncentrowanie się na charakterystyce grup wykluczonych, w tym migrantów i mniejszości.
 - Znaczenie współdziałania polityki zdrowotnej nakierowanej na ograniczanie nierówności w zdrowiu z polityką w zakresie edukacji, ekonomii, pracy, mieszkania, środowiska.
 - Znaczenie podejścia zintegrowanego, interseksjonalnego i wielopoziomowego w przezwyciężaniu nierówności w zdrowiu.



Féssis et al. 2012; Hajduchová et al. 2014; Ingleyby 2012; Marmot et al. 2012.



Etyka międzykulturowa i wrażliwa na różnorodność

- Znaczenie refleksji nad aspektami etycznymi i zasadami deontologii w opiece ukierunkowanej na ludzi, jak również w badaniach zorientowanych na różnorodność kulturową i etniczną.
- Etyka międzykulturowa i wrażliwa na różnorodność
 - ✓ Organizacja opieki
 - ✓ Praktyka
 - ✓ Badania naukowe

Berlinger et al. 2013; Bhopal 2008; Bostick et al. 2006; Dwyer 2004; Duveill, et al. 2008; Eckwiler et al. 2012; European Roma Rights Centre 2006; Marshall, et al. 2004; NHS Greater Glasgow et al. 2004; Pechurina 2014; Van Liempt et al. 2009; Wild 2011.

Etyka międzykulturowa i wrażliwa na różnorodność w organizacji opieki zdrowotnej

- Wśród czterech podstawowych zasad bioetyki Beauchampa i Childressa (2012 [1979]): szczególna uwaga skupiona na zasadzie sprawiedliwości.
- Migranci:
 - ✓ Ograniczenia w zakresie uprawnienia do świadczeń jako sprzeczność wobec zasad etyki, praw człowieka i zasady odpowiedzialności społecznej
 - ✓ Potrzeba solidarności w wymiarze globalnym
- Mniejszości etniczne:
 - ✓ Realizacja zasad ustanowionych przez Komitet Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych, w tym respektowanie zasad etyki medycznej

Beauchamp et al. (2012 [1979]); Dwyer 2004; Duveill, et al. 2008; Eckwiler et al. 2012; European Centre for Roma Rights 2006; Wild 2011.

Etyka międzykulturowa i wrażliwa na różnorodność w praktyce opieki zdrowotnej

- Opieka zdrowotna dla migrantów
 - ✓ Ograniczenie prawnych, strukturalnych, językowych i kulturowych barier w dostępie do świadczeń.
 - ✓ Adekwatne kompetencje międzykulturowe.
 - ✓ Konflikty etyczne w przypadku regulacji prawnych wykluczających migrantów z dostępu do świadczeń.
- Opieka zdrowotna dla mniejszości etnicznych
 - ✓ Odpowiedzialność za redukcję nierówności, uwzględnianie potrzeb mniejszości.
 - ✓ Rola kodeksów etyki medycznej.
 - ✓ Znaczenie wzmacniania różnorodności etnicznej wśród profesjonalistów.

Berlinger et al. 2013; Bostick et al. 2006; European Roma Rights Centre 2006; Wild 2011.

Etyka międzykulturowa i wrażliwa na różnorodność w badaniach naukowych

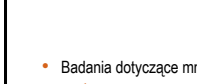


• Badania dotyczące migrantów

- ✓ Ograniczenia świadomej zgody w sytuacjach wielojęzyczności.
- ✓ Sprzeczność między analizami różnic kulturowych a zakazem dyskryminacji.
- ✓ Ryzyko nadużyć w związku ze szczególną wrażliwością grupy.
- ✓ Rola gwarancji w zakresie prywatności i ochrony tajemnicy.
- ✓ Znaczenie komunikacji międzykulturowej i wrażliwości etnicznej.
- ✓ Konieczność wzięcia pod uwagę potencjalnego wpływu powrotu do traumatycznych przeżyć (w trakcie wyjazdu).
- ✓ Potencjalne konflikty etyczne w badaniach z udziałem migrantów w „nieuregulowanej” sytuacji.
- ✓ Znaczenie podejścia partycypacyjnego.
- ✓ Wzięcie pod uwagę pozycji społecznej, tła kulturowego, tożsamości i roli badacza oraz pozycji władzy.

Duwell et al. 2008. NHS Greater Glasgow 2004.

Etyka międzykulturowa i wrażliwa na różnorodność w badaniach naukowych



• Badania dotyczące mniejszości

- ✓ Znaczenie rozumienia kultury i potrzeb społeczności mniejszościowej.
- ✓ Wykorzystanie właściwej, wrażliwej na różnorodność metodologii.
- ✓ Gwarancja prywatności i ochrony tajemnicy.
- ✓ Krytyczny przegląd terminologii i uwzględnienie procesów kategoryzacji.
- ✓ Rozważenie potencjalnego wpływu wrażliwych zagadnień.
- ✓ Aktywne włączenie społeczności mniejszościowej w projektowanie badania i jego przebieg.
- ✓ Rola rozpowszechnienia wyników badania wśród zaangażowanej społeczności.

Bhopal 2008. NHS Greater Glasgow 2004.

Dziękujemy za uwagę.



Pictures: Andalusian Childhood Observatory (OIA, Observatorio de la Infancia de Andalucía) 2014; Josefa Marin Vega 2014; Redisr 2014; Morguefile 2014.

Literatura

- Azevedo-García D, Sanchez Vaznaugh EV, Viruati-Fuentes EA, Almeida J. Integrating social epidemiology into immigrant health research: A cross-national framework. *Social Science & Medicine* 2012;75(12):2060-2068.
- Amstein SR. A Ladder of Citizen Participation. *JAP* 1969;35(4):216–224.
- Aspinall PJ, Song M. Is race a “salient... or “dominant identity” in the early 21st century: The evidence of UK survey data no respondents’ sense of who they are. *Social Science Research* 2013;42(2):547-561.
- Bauer GR. Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: Challenges and the potential to advance health equity. *Social Science & Medicine* 2014;110:10-17.
- Beach MC, Saha S, Cooper LA. The role and relationship of cultural competence and patient-centeredness in health care quality. New York, Washington: The Commonwealth Fund, 2006.
- Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford: Oxford University Press, 2012[1979].
- Berlinger N, Raghavan R. The Ethics of Advocacy for Undocumented Patients. *Hastings Center Report* 2013;43(1):14-17.
- Bhopal R. Ethical issues in Health Research on Ethnic Minority Populations: Focusing on Inclusion and Exclusion. *Research Ethics* 2008;4(1):15-19.
- Bischoff A. Caring for migrant and minority patients in European hospitals: A review of effective interventions. *MFH – Migrant Friendly Hospitals, a European initiative to promote health and health literacy for migrants and ethnic minorities*. Neuchâtel, Basel, MFH, 2003. http://imf-hu.univie.ac.at/publicfiles/imf_h_literatur_review.pdf (retrieved December 16, 2014).
- Biswas D, Toebes B, Hjem A, Ascher H, Noredam 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;14:249-60.
- Bošković N, Morin K, Benjamin R, Higginson D. Physicians’ ethical responsibilities in addressing racial and ethnic healthcare disparities. *J Natl Med Assoc* 2006;98(8):1329-1334.
- CECSR, Committee on Economic, Cultural and Social Rights. General Comment No 14 (2000). The right to the highest attainable standard of health. p. 14. http://www.unhcr.org/refugees/pdf/CECSR_2000_14.pdf (retrieved March 5, 2015).
- Cattacin S, Charenza A, Donneng D. Equity standards for healthcare organisations: a theoretical framework. *Diversity and Equality in Health and Care* 2013;10:249-258.
- Charenza 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.
- Kovarskić M, Farnell E, Hammond J, Ahmed A, Edwards S, Clarke P, et al. The space of access to primary mental health care: A qualitative case study. *Health & Place* 2012;18(3):536-551.
- 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_CouyHumanRightsORoma_WEB.pdf (retrieved: March 5, 2015).

Literatura

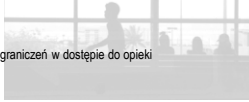
- Council of Europe. Recommendation Rec2006(18) of the Committee of Ministers to Member States on health services in a multicultural society. <https://www.coe.int/t/taffan/doc.asp?file=10/27/273838a6ac> (retrieved: March 5, 2015).
- Council of the European Union. EU Framework for National Roma Integration Strategies (NRIS), 2011. <http://register.consilium.europa.eu/docserver/2011EN16558%202011%20NRIS.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.
- Davrin M, Lorant V, Sandhu S, et al. Health care for irregular migrants: pragmatism across Europe. A qualitative study. *BMC Res Notes* 2012;5:99.
- Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies, 1991.
- 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.dhssps.gov.uk/ehrr_sec3.pdf (retrieved: March 5, 2015).
- Duwell 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://iregular-migration.net/tpo3_upload/groups/314_Background_Information/4.1_Methodology/Ethical%20issues%20irregular%20migration_Report_Nov09.pdf (retrieved: March 5, 2015).
- Dwyer J. *Illegal Immigrants, Health Care, and Social Responsibility*. Haastings Center Report 2004:34-41.
- Eckenwiler L, Straehle C, Chung R. Global Solidarity, Migration and Global Health Inequality. *Bioethics* 2012;26(7):382-390.
- European Roma Rights Centre. *Ambulance not on the way. The Disgrace of Health Care for Roma in Europe*. Budapest: European Roma Rights Centre, 2006. <http://www.erc.org.uk/press/media/01/EC060000/EE.pdf> (retrieved: March 5, 2015).
- Fassis G, Odeh P, McKee M, Adeniyi R. Policies to improve the health and well-being of Roma people: The European experience. *Health Policy* 2012;105:25-32.
- FRA, European Union Agency for Fundamental Rights. *Fundamental Rights of Migrants in an Irregular Situation in the European Union*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2011. http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/1171_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, 2015. http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/2099_FRA_2012_Roma-at-a-glance_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).

Literatura

- Gaszard B, Frissa C, Nellums L, Holzapf M, Hatach SL, Challen J. Difficulties in researching migration status, health and health service use: an intersectional analysis of a South London community. *Ethnicity and Health* 2014; 20: 1080/1355788.2014.961410.
- Hajduchová H, Urban D. Social determinants of health in the Romani population. *Kontakt* 2014;16:e39-e43.
- Hankivsky O (ed). *Health Inequities in Canada: Intersectional Frameworks and Practices*. Vancouver, Toronto: UBC Press, 2011. <http://www.ubcpress.ca/books/pdf/9780282011111/HealthInequitiesCanada.pdf> (retrieved: March 5, 2015).
- HUMA Network. *Health for Undocumented Migrants and Asylum Seekers, Collantes S. Are Undocumented Migrants and Asylum Seekers Entitled to Access Health Care in the EU? A Comparative Overview in 16 Countries*. Paris, Brussels, Madrid: HUMA Network, 2010. <http://www.pgm.int/wp-content/uploads/2011/02/HUMA-Publication-Comparative-Overview-15-Comptes-2010.pdf> (retrieved: March 5, 2015).
- Ingleby D. Ethnicity, Migration and the ‘Social Determinants of Health’ Agenda. *Psychosocial Intervention* 2012;12(3):331-341.
- IOI, International Organization for Migration, WHO, World Health Organization, UNHCR, United Nations Human Rights Office of the High Commissioner. *International Migration, Health and Human Rights*. Geneva: IOI, 2013. http://www.ioi.ch/whio/Documents/Issues/Migration/WHO_IOI_UNHCRHRPublication.pdf (retrieved: March 5, 2015).
- Kali-Timmerer U, Novak-Zezula S. Health Care in Nowhereland, Improving Services for Undocumented Migrants in the EU. Vienna: Centre for Health and Migration, 2010.
- Koitzsch Jensen N, Johansen KS, Kastrup M, Krasnik A, Morredam M. Patient Experienced Continuity of Care in the Psychiatric Healthcare System – A Study Including Immigrants, Refugees and Ethnic Danes. *Int J Environ Res Public Health* 2014; 11:9739-9759.
- Kovarskić M, Farnell E, Hammond J, Ahmed A, Edwards S, Clarke P, et al. The space of access to primary mental health care: A qualitative case study. *Health & Place* 2012;18(3):536-551.
- Loof O, Nanof SD, Dellenberg L, Mårtensson L. Health-promotion in the context of ageing and migration: a call for person-centred integrated practice. *International Journal of Integrated Care* 2014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijic.2014.06.001>
- Marmorot M, Alan J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P, on behalf of the Consortium for the European Review of Social Determinants of Health and the Health Divide. *WHO European review of social determinants of health and the health divide*. *Lancet* 2012;380(15):1011-1029.
- Marshall A, Batten S. *Researching Across Cultures: Issues of Ethics and Power*. FQS, Forum Qualitative Social Research 2004;5(3):39. <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/572/2141> (retrieved: March 5, 2015).
- Medicins du Monde (Doctors of the World), Chauvin P, Mezie MC, Simonnin 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: Medicins du Monde, 2012. http://www.docteursdumondeid.be/sites/www.docteursdumondeid.be/files/publications/medicins_du_monde_group_2012_mdm.pdf (retrieved: March 5, 2015).

Dostęp do opieki zdrowotnej Dla migrantów i mniejszości etnicznych

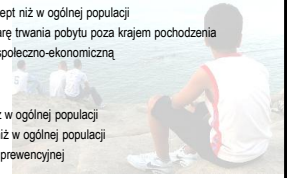
- Migranci
 - ✓ Niejednorodne uprawnienia na terenie Europy
 - ✓ Migranci o nieuregulowanym statusie: częste przypadki ograniczeń w dostępie do opieki
 - ✓ Bariery kulturowe, językowe i administracyjne
 - Mniejszości etniczne, w tym Romowie
 - ✓ Często przypadki ograniczeń w dostępie do opieki
 - ✓ Bariery kulturowe i administracyjne
- ⇒ Rekomendacje w zakresie dostępu do opieki dla wszystkich, bez względu na narodowość, pochodzenie etniczne, sytuację administracyjną.
- ⇒ Rekomendacje w zakresie redukowania barier w efektywnym dostępie do opieki.



Biswas, et al. 2011; Council of Europe 2012; Cuadra 2011; Dauvin, et al. 2012; DHS/SPS 2007; Duveill, et al. 2009; FRA, European Union Agency for Fundamental Rights 2011a, 2011b, 2012; HUMA Network, et al. 2010; Karf-Trummer et al. 2010; Médecins du Monde, et al. 2009; 2012; 2013; PICUM, et al. 2014; Ruiz-Casares, et al. 2010; Süsser et al. 2014; Woodward et al. 2014.

Ciągłość opieki

- Migranci
 - ✓ Stosunkowo dobry stan zdrowia populacji migrantów (*Healthy migrant effect*)
 - ✓ Niższy poziom korzystania ze świadczeń POZ i recept niż w ogólnej populacji
 - ✓ Często przypadki pogorszenia stanu zdrowia w miarę trwania pobytu poza krajem pochodzenia
 - ✓ Ryzyka zdrowotne związane z niepewną sytuacją społeczno-ekonomiczną
 - Mniejszości etniczne, w tym Romowie
 - ✓ Gorszy stan zdrowia i oczekiwane trwanie życia niż w ogólnej populacji
 - ✓ Częstsze korzystanie ze świadczeń ratowniczych niż w ogólnej populacji
 - ✓ Niższe niż w ogólnej populacji korzystanie z opieki prewencyjnej
 - ✓ Niższe postrzeganie jakości opieki
 - ✓ Ryzyka zdrowotne związane z niepewną sytuacją społeczno-ekonomiczną
- ⇒ Znaczenie wzmocnienia ciągłości opieki.



Dornnich, et al. 2012; Evans, et al. 2012; Fenelly 2005; Fésüs, et al. 2012; FRA 2011; Gimeno-Fellu, et al. 2011, 2015; HUMA 2010; Masseria, et al. 2009; Matix 2014; Süsser et al. 2014.

Ciągłość opieki

- Bariery w zakresie ciągłości opieki w przypadku migrantów
 - ✓ Niepewne i zmienne warunki pracy i życia
 - ✓ Brak uprawnień do świadczeń
 - ✓ Przypadki dyskryminacji w systemie opieki zdrowotnej
 - ✓ Odległość placówek leczniczych od miejsca pobytu
 - ✓ Aspekty kulturowe
 - ✓ Sytuacja pracowników sezonowych
- Bariery w zakresie ciągłości opieki w przypadku mniejszości etnicznych, w tym Romów
 - ✓ Niepewne i zmienne warunki pracy i życia
 - ✓ Przypadki dyskryminacji w systemie opieki zdrowotnej
 - ✓ Ograniczenia/odmowa dostępu do świadczeń pomimo posiadanych uprawnień
 - ✓ Odległość placówek leczniczych od miejsca pobytu
 - ✓ Aspekty kulturowe
 - ✓ Podróżujący



Dornnich, et al. 2012; Evans, et al. 2012; Fenelly 2005; Fésüs, et al. 2012; FRA 2011; Gimeno-Fellu, et al. 2011, 2015; HUMA 2010; Masseria, et al. 2009; Matix 2014; Süsser et al. 2014.

Tłumaczenia

- Trudności związane ze zrozumieniem wyrazów idiomatycznych jako znacząca bariera w dostępie do opieki dla migrantów
- Strategie
 - ✓ Tłumacze profesjonalni
 - ✓ Tłumacze nieformalni
 - ✓ Tłumacze usług publicznych/tłumacze środowiskowi
 - ✓ Telefoniczne/elektroniczne usługi w zakresie tłumaczeń
 - ✓ Wielojęzyczne broszury informacyjne
 - ✓ Korzystanie z wiadomości tekstowych
 - ✓ Piktogramy



Angelilli 2004; Ani, et al. 2011; Brisson, et al. 2013; Council of Europe, 2011; Coghill, et al. 2003; FRA 2011; Hale 2007; HUMA 2010; Ingleby, et al. 2012; Junta de Andalucía, 2014; Kissibechi, et al. 2013; Navarro, et al. 2012; Phillips, et al. 2014; Pöchthacker 2000; Rechin, et al. 2014; Terraza Nuñez, et al. 2010; Valero Garcés 2008; Vargas Urpi 2012; Vázquez Lara, et al. s.a.; Wadensjö 1998.

Tłumacze środowiskowi/ tłumacze usług publicznych

- Specyficzne podejście, oparte na rozumieniu tłumaczenia (ustnego) jako interakcji i ko-partycypacji, osadzone w kontekście kulturowym i społecznym
- Zastosowanie: sądownictwo, opieka zdrowotna, świadczenia społeczne, edukacja etc.
- Czynności: rozmaite – poza samym tłumaczeniem także wypełnianie formularzy, pisanie skarg i wniosków, upraszczanie języka, podsumowywanie treści etc.
- Szkolenia, ocena jakości i etyka w tłumaczy usług publicznych

Tłumacze środowiskowi / tłumacze usług publicznych

Tłumacze usług publicznych specjalizują się w tłumaczeniach faktycznie ułatwiają wzajemne zrozumienie z uwzględnieniem trzech aspektów: w trakcie tłumaczenia biorą pod uwagę społeczne i kulturowe pochodzenie danej osoby; posiadają podstawową wiedzę na temat komunikacji międzykulturowej; są świadomi możliwości wystąpienia nieporozumień i konfliktów oraz potrafią właściwie zareagować w takiej sytuacji.
(Council of Europe 2011: 80)

Angelilli 2004; Council of Europe 2011; Hale 2007; Pöchthacker 2000; Valero Garcés 2008; Vargas Urpi 2012; Wadensjö 1998.

Standardy Zawodowe i Kodeksy Etyki Tłumaczenia Międzykulturowego

- Standardy zawodowe i Kodeksy Etyki Tłumaczenia Międzykulturowego
 - ✓ Professional Code for Community Interpreters, INTERPRET Association
 - ✓ Code of Ethics (IMIA, International Medical Interpreters Association)
- Zasady (IMIA 1987 [2006])
 - ✓ Poufność
 - ✓ Wyrażanie i przekazywanie treści oraz intencji wypowiedzi
 - ✓ Powstrzymanie się od przyjmowania zadań wykraczających poza własne umiejętności językowe, płynność posługiwania się językiem, poziom wykształcenia językowego
 - ✓ Powstrzymanie się od wtrącania własnych opinii bądź doradzania pacjentom
 - ✓ Zaangażowanie w bycie rzecznikiem pacjenta i w mediacje międzykulturowe tylko w zakresie, w jakim jest to istotne dla procesu komunikacji
 - ✓ Takt i nienarzucanie się
 - ✓ Bycie na bieżąco z ewoluującą terminologią medyczną i przekształcającym się językiem
 - ✓ Uczestnictwo w programach edukacyjnych
 - ✓ Kontakt z organizacjami zawodowymi
 - ✓ Powstrzymanie się od wykorzystywania własnej pozycji zawodowej dla otrzymania korzyści od klienta

Council of Europe 2011; IMIA 1987 [2006]; ITA s.a.

Piktogramy



Vázquez-Lara, et al. s.a

Mediacja kulturowa: Definicja

Mediatorzy kulturowi, wybrani ze względu na znajomość danej kultury i świata, z którego pochodzi dana osoba, pojawiają się w procesie udzielania świadczeń, stanowiąc swego rodzaju pomost pomiędzy świadczeniodawcami i korzystającymi z odmiennych grup społecznych i kulturowych. (WHO 2010: 23)

Mediatorzy kulturowi zapewniają imigrantom i profesjonalistom sektora usług publicznych zrozumiałą informację na temat różnic kulturowych, odmiennych zasad systemu społecznego i politycznego w kraju goszczącym oraz różnych zachowań. Jednocześnie tworzą pomost pomiędzy imigrantami i systemami wsparcia/edukacji, ułatwiając zarazem porozumienie między lekarzami i pacjentami, prawnikami i klientami, nauczycielami i rodzicami. Pracują zarówno zespołowo, jak i indywidualnie, organizując i wdrażając przedsięwzięcia o charakterze prewencyjnym, sesje informacyjne dla imigrantów etc. Inaczej niż w przypadku tradycyjnych mediatorów, nie są specjalistami w rozwiązywaniu konfliktów, jednak poprzez swą pracę mogą pomóc w zapobieganiu możliwym konfliktom. (Council of Europe 2011: 80)

Council of Europe 2011; WHO 2010

Mediacja międzykulturowa: Definicja

Mediacja międzykulturowa to złożona rola, w której mediator działa zasadniczo jako trzecia strona i pośrednik między osobą/społecznością i przedstawicielem instytucji. Mediatorzy określani są często słowami „będący pomiędzy”, „facilitators”, „rozjemcy” bądź „negocjatorzy” z uwagi na umiejętności interpersonalne i możliwość ułatwienia współpracy ludzi w zakresie wspólnych problemów. (Council of Europe 2011: 86)

Mediator międzykulturowy ułatwia porozumienie ludzi o odmiennym pochodzeniu społeczno-kulturowym, stanowi pomost między imigrantami a organizacjami krajowymi/lokalnymi, podmiotami sektora zdrowotnego czy urzędami sprzyjając tym samym integracji wszystkich jednostek. (Rádulsescu 2012: 344)

Council of Europe 2011; Rádulsescu 2012.

Mediacja międzykulturowa: Podstawa

Rezolucja 218 (2006) w sprawie efektywnego dostępu do praw społecznych dla imigrantów: rola władz lokalnych i regionalnych

10. Mając na uwadze powyższe, Kongres rekomenduje by miasta i regiony na terenie państw członkowskich Rady: (...)

d. Rozważyły wsparcie dla imigrantów poprzez zatrudnienie **mediatorów** reprezentujących te same kultury w różnych wydziałach władz lokalnych i regionalnych jak również w systemie szpitalnictwa;

(Council of Europe 2016: s.n.)

Council of Europe 2006; 2011.

Mediacja Międzykulturowa

- Różne obszary działania
- Zadania mediatora międzykulturowego
 - Tłumaczenie rozmowy
 - Dekodowanie kulturowe: Wyjaśnianie znaczeń kulturowych
 - Informacja, wskazówki i wsparcie w procedurach administracyjnych, w zakresie świadczeń zdrowotnych i społecznych
 - Kwestionowanie barier kulturowych i stereotypów
 - Wsparcie dla dialogu między migrantami i przedstawicielami mniejszości a otoczeniem instytucjonalnym
 - Zarządzanie konfliktem i negocjacje
 - Ochrona praw korzystającego z usług
 - Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia
- Profil zawodowy
 - Częste wykształcenie w zagadnieniach transkulturowości
 - Znaczenie profesjonalnego szkolenia i specjalistycznych umiejętności w zakresie komunikacji

ACCEM s.a.; Barakti, et al. 2007; Council of Europe 2011; Dusi, et al. 2014; Ingliby 2011; Moraria 2009; Navarro, et al. 2012; OSF 2005, 2011; Pittarello 2009; Potenza, et al. 2013; Rádulsescu 2012; Verrepi 2008; WHO 2010.

Mediacja międzykulturowa: Problemy

- Problemy w praktyce mediacji międzykulturowej
 - Mylna interpretacja znaczeń kulturowych
 - Nadmierne oczekiwania
 - Zadania administracyjne
 - Brak odpowiedniego miejsca do przyjmowania korzystających
 - Niechęć niektórych profesjonalistów bądź korzystających
 - Brak finansowania i niskie wynagrodzenia
 - Brak uznania zawodowego i możliwości rozwoju zawodowego
 - Brak właściwego wsparcia i nadzoru
 - Odzisolowanie od sektora publicznego
 - Trudności w eliminowaniu przeszkód ograniczających skuteczność relacji lekarz/korzystający
 - Ograniczenia w zakresie pozytywnego wpływu na społeczne determinanty zdrowia
 - Konflikty etyczne



Council of Europe 2011; Moraria 2009; OSF 2005, 2011.

Mediacja międzykulturowa: Strategie

- Instytucja:
 - ✓ Wzmocnienie instytucjonalnego uznania mediacji międzykulturowej
 - ✓ Praca z profesjonalnymi mediatorami międzykulturowymi
 - ✓ Objaśnianie roli i zakresu działania mediatorów
- Mediator międzykulturowy:
 - ✓ Samokształcenie, umiejętności społeczne, świadomość kulturowa, znajomość kontekstu organizacyjnego
 - ✓ Wykazywanie otwartości, empatii, szacunku, gotowości wysłuchania
 - ✓ Poszanowanie wyborów, wartości i potrzeb innych ludzi
 - ✓ Dostarczanie informacji umożliwiających innym podejmowanie decyzji
 - ✓ Umiejętność adaptacji do indywidualnego tempa integracji osoby korzystającej
 - ✓ Uznawanie umiejętności i autonomii osoby korzystającej
 - ✓ Używanie wypróbowanych metod komunikacji, w zależności od sytuacji
 - ✓ Popieranie współpracy i partnerstwa
 - ✓ Wzmacnianie wiedzy na temat mediacji międzykulturowej
 - ✓ Samocena własnej praktyki zawodowej
 - ✓ Rola badań na temat znaczenia mediacji międzykulturowej poza „cywilizacją Zachodu”

Council of Europe 2011.

Ćwiczenie 1: Mediacja międzykulturowa

- Wspólnie:
 - ✓ Film "Roma Health Mediation in Europe", IOM, International Organization for Migration, 2014: <https://www.youtube.com/watch?v=EarpvGr6n5k>
- Dyskusja w grupach:
 - ✓ Jakie społeczne i zdrowotne problemy zostały opisane jako najbardziej znaczące dla populacji romskich?
 - ✓ Jakie ważne aspekty praktyki mediacji międzykulturowej można zidentyfikować w filmie?
 - ✓ Jakie trudności/wyzwania można zaobserwować w filmie?

Ochrona przed dyskryminacją: Zagadnienia

- Dyskryminacja migrantów i przedstawicieli mniejszości etnicznych
 - ✓ Wykluczenie społeczne i w zakresie zatrudnienia.
 - ✓ Prześladowanie i mowa nienawiści.
 - ✓ Przemoc fizyczna.
 - ✓ Dyskryminacja instytucjonalna, niewłaściwe traktowanie, również w sektorze opieki zdrowotnej.
- Wpływ na sytuację społeczną, zdrowie i korzystanie z systemu opieki
 - ✓ Wpływ na społeczne determinanty zdrowia.
 - ✓ Krzywda fizyczna i psychiczna.
 - ✓ Uprzednie doświadczenia dyskryminacji jako bariera w dostępie i kontynuacji leczenia.

Biswas, et al. 2011; Council of Europe 2011; 2012; Cuadra 2011; Davrin, et al. 2012; DHSSPS 2007; Duvell, et al. 2009; FRA; European Union Agency for Fundamental Rights 2011a, 2011b, 2012; HJMA Network, et al. 2010; Karl-Trummer et al. 2010; Médicins du Monde, et al. 2009, 2012, 2013; PICUM, et al. 2014; Ruiz-Casares, et al. 2010; Suess et al. 2014; WHO-Europe 2010; Woodward, et al. 2014.

Ochrona przed dyskryminacją: Podstawa

- Poziom międzynarodowy
 - ✓ Powszechna deklaracja praw człowieka, 1948
 - ✓ Międzynarodowy pakt praw gospodarczych, społecznych i kulturalnych, 1966 [1976]
 - ✓ Międzynarodowy pakt praw obywatelskich i politycznych, 1966 [1976]
 - ✓ Międzynarodowa konwencja w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji rasowej, 1969
- Poziom europejski
 - ✓ Europejska konwencja praw człowieka, 1950
 - ✓ Europejska Karta Społeczna, 1961 [1996]
 - ✓ Europejska konwencja w sprawie statusu prawnego pracowników migrujących, 1983
 - ✓ Europejska konwencja w sprawie uczestnictwa cudzoziemców w życiu publicznym na poziomie lokalnym, 1997
 - ✓ Konwencja ramowa o ochronie mniejszości narodowych, 1998
 - ✓ Rezolucja 218(2006) w sprawie efektywnego dostępu do praw społecznych dla imigrantów: rola władz lokalnych i regionalnych
 - ✓ Dyrektywy 2000/43, 2000/78, 2003/109
 - ✓ Decyzja ramowa 2008/913/JHA
 - ✓ Europejska karta języków regionalnych lub mniejszościowych, 1998

Council of Europe 2011; Mock-Muñoz de Luna, et al. 2015a; Suess et al. 2014.

Ochrona przed dyskryminacją: Strategie

- Strategie
 - ✓ Ochrona prawna (Legislacja w zakresie zbrodni nienawiści, azylu, przeciwdziałania dyskryminacji)
 - ✓ Polityki antydyskryminacji
 - ✓ Działalności informacyjne i podnoszące świadomość
 - ✓ Szkolenia zawodowe

Biswas, et al. 2011; Council of Europe 2011; 2012; Cuadra 2011; Davrin, et al. 2012; DHSSPS 2007; Duvell, et al. 2009; FRA; European Union Agency for Fundamental Rights 2011a, 2011b, 2012; HJMA Network, et al. 2010; Karl-Trummer et al. 2010; Médicins du Monde, et al. 2009, 2012, 2013; PICUM, et al. 2014; Ruiz-Casares, et al. 2010; Suess et al. 2014; Woodward, et al. 2014.

Ochrona przed dyskryminacją: Przykład projektu

ENAR, Europejska Sieć przeciw Rasizmowi

ENAR jest jedną paneuropejską siecią antyrasistowską, łączącą popieranie równości rasowej i ułatwianie współpracy między uczestnikami działań obywatelskich w tym zakresie w Europie. Organizacja powstała w 1998 roku z inicjatywy oddzielnej – ludzi, którzy za misję przyjęli dążenie do zmian prawnych na poziomie europejskim i osiągnięcie „postępu decyzyjnego” na drodze do równości rasowej w krajach członkowskich UE.

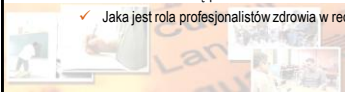
- Działania
 - ✓ Budowanie społeczności i sieci
 - ✓ Włączenie społeczne i zapobieganie dyskryminacji osób czarnoskórych, muzułmanów, Żydów, Romów i migrantów w Europie
 - ✓ Gromadzenie danych na temat dyskryminacji i rasizmu
 - ✓ Platforma Equal@work : międzysektorowa platforma dla włączenia w zakresie zatrudnienia
 - ✓ Działania przeciw przemocy na tle rasowym i na rzecz dyskusji
 - ✓ Rzecznictwo w Parlamencie Europejskim



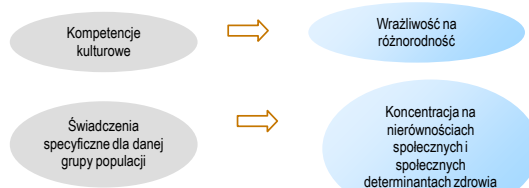
ENAR 2014a, 2014b.

Ćwiczenie 2: Dyskryminacja

- Wspólnie:
 - ✓ Film "Confronting Hate Crimes Against Roma", Human Rights First, 2010.
<https://www.youtube.com/watch?v=fvJv61xXTE>
- Dyskusja w grupie:
 - ✓ Czy ta sytuacja mogłaby się zdarzyć w naszym kraju/regionie?
 - ✓ Jakie najważniejsze aspekty dyskryminacji i zbrodni nienawiści opisano w filmie?
 - ✓ Jakie strategie mogą pomóc uniknąć zjawiska dyskryminacji i zbrodni nienawiści, a wzmocnić ochronę praw człowieka?
 - ✓ Jaka jest rola profesjonalistów zdrowia w redukowaniu dyskryminacji?



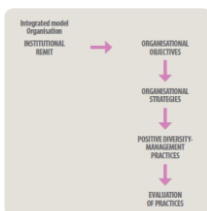
Organizacja świadczeń i zarządzanie zmianą: Przesunięcie pojęć:



Chiarenza 2012

Organizacja świadczeń i zarządzanie zmianą: Zagadnienia

- Znaczenie zmian organizacyjnych dla promowania zmian zawodowych
- Znaczenie aktywnego zaangażowania menadżerów sektora zdrowotnego i polityków
- Znaczenie regularnego analizowania potrzeb
- Korzyści płynące z podejścia partycypacyjnego
- Znaczenie współpracy – wielodyscyplinarność, wielopoziomowość, wielosektorowość
- Planowanie zarządzania zmianą
- Znaczenie monitorowania i procedur oceny jakości
- Znaczenie kształcenia ustawicznego w zakresie różnorodności kulturowej i etnicznej



Bughra, et al., 2014; Council of Europe 2012
Figure: Council of Europe 2011: 126.

Organizacja świadczeń i zarządzanie zmianą: Przykład projektu

- Projekt „Szpitale przyjazne dla migrantów”
 - ✓ Projekt europejski finansowany przez Komisję Europejską, DG Sanco
 - ✓ Szpitale z 12 państw członkowskich
 - ✓ Cele:
 - Promocja opieki zdrowotnej i promocji zdrowia przyjaznej dla migrantów, opartej na kompetencjach kulturowych.
 - Zestawienie wiedzy praktycznej i narzędzi
 - ✓ Wdrożenie i ewaluacja organizacji przyjaznej migrantom i uwzględniającej kompetencje kulturowe w trzech podprojektach
 - ✓ Rekomendacja: "Amsterdam Declaration towards Migrant-Friendly Hospitals in an ethno-culturally diverse Europe"
 - ✓ Kontynuacja projektu: Grupa robocza ds. szpitali przyjaznych migrantom, WHO Network on Health Promoting Hospitals

mfh migrant-friendly hospitals

Ćwiczenie 3: Organizacja świadczeń i zarządzanie zmianą

- Ćwiczenie indywidualne
 - ✓ Zadania:
 - Wymień powody, dla których bierzesz pod uwagę różnorodność kulturową i etniczną w własnej pracy/instytucji
 - Wskaż odpowiednich interesariuszy
 - Wskaż potencjalne bariery dla wdrożenia zmian/zarządzania zmianą
 - Zidentyfikuj strategie wprowadzenia organizacji świadczeń uwzględniającej kulturowe i etniczne różnicowanie we własnej instytucji
- W parach:
 - ✓ Wymień się doświadczeniami i strategiami z osobą po Twojej lewej stronie.



Adapted from: Council of Europe 2011: 121-122.

Partycypacja migrantów i mniejszości etnicznych

- Niedoreprezentacja migrantów i mniejszości etnicznych w europejskich projektach partycypacyjnych.
- Korzyści z wprowadzania i wzmocnienia podejścia opartego na uczestnictwie
 - ✓ Nastawienie na potrzeby migrantów i mniejszości etnicznych
 - ✓ Poprawa sytuacji w zakresie akceptowalności kultur
 - ✓ Poprawa w zakresie przyznawania uprawnień
 - ✓ Ochrona praw osób korzystających
 - ✓ Upodmiotowienie i włączenie społeczne
 - ✓ Możliwość dyskusji z różnymi interesariuszami
 - ✓ Rozkładanie wydatków na zdrowie
 - ✓ Większa uwaga zwrócona na aspekty etyczne



Council of Europe 2011; De Frelles, et al. 2014; Fesio, et al. 2012; Lazar, et al. 2013

Partycypacja migrantów i mniejszości etnicznych

- Formy partycypacji:
 - ✓ W udzielaniu świadczeń zdrowotnych
 - ✓ W planowaniu.
 - ✓ W politykach zdrowotnych
 - ✓ W projektach badawczych
 - ✓ W nauczaniu
 - ✓ W ocenie projektów
- Metody partycypacji:
 - ✓ Konsultacje/opinie
 - ✓ Praca w komisjach i grupach roboczych
 - ✓ Współpraca naukowo-badawcza
 - ✓ Mobilizacja społeczności
 - ✓ Programy promocji zdrowia w społeczności
 - ✓ Koalicje interesariuszy
 - ✓ Współtworzenie materiałów szkoleniowych
 - ✓ Partycypacyjne techniki oceny

Council of Europe 2011; De Freitas, et al. 2014.

Partycypacja migrantów i mniejszości etnicznych

- Wyzwania i ograniczenia partycypacji społeczności w politykach zdrowotnych
 - ✓ Brak komunikacji między organizacjami społecznymi/obywatelskimi i interesariuszami instytucjonalnymi.
 - ✓ Uprzedzenia i dyskryminacja.
 - ✓ Docenianie roli wartości kulturowych i zachowań.
 - ✓ Brak włączania propozycji obywatelskich w polityki zdrowotne ("pseudo-konsultacje").
 - ✓ Wykluczenie organizacji obywatelskich z podejmowania decyzji i procesów oceny.
 - ✓ Brak zasobów finansowych dla wdrażania strategii politycznych.

Council of Europe 2011; De Freitas, et al. 2014; Fésin, et al. 2012; Lazar, et al. 2013.

Szkolenie zawodowe

- Znaczenie szkoleń promujących opiekę zdrowotną zorientowaną na różnorodność kulturową i etniczną.
- Szkolenia dla:
 - ✓ Profesjonalistów zdrowotnych i profesjonalistów pracujących w sektorze społecznym
 - ✓ Migrantów i przedstawicieli mniejszości etnicznych
- Formy kształcenia:
 - ✓ Twarz w twarz
 - ✓ Nauczanie zdalne
 - ✓ Formy mieszane



CHAFEA2014; Council of Europe 2011; T-Share Team 2012.

Ćwiczenie 4: Studia przypadku

- Studia przypadku (Wzór: M4_U2 Activity 4 Case Studies; źródło: Council of Europe 2011).
- W niewielkich grupach (3-5 osób, każda grupa zajmuje się jednym studium przypadku)
 - ✓ Czytamy studium przypadku.
 - ✓ Wskazujemy możliwe strategie zwrócenia się z sytuacją/rozwiązania problemu.
- Wspólnie
 - ✓ Podsumowanie pracy w podgrupach
 - ✓ Dyskusja



Council of Europe 2011

Ćwiczenie 5 Dodatkowy materiał audiowizualny

- Zadanie indywidualne – domowe:
 - ✓ Wybierz krótki film (około 3-5 minut) na temat strategii wdrażania opieki zdrowotnej ukierunkowanej na różnorodność kulturową i etniczną, w powiązaniu z jednym z następujących zagadnień:
 - Dostęp do opieki zdrowotnej
 - Ciągłość opieki
 - Tłumaczenia
 - Mediacja międzykulturowa
 - Przeciwdziałanie dyskryminacji
 - Organizacja świadczeń i zarządzanie zmianą
 - Partycypacja
 - Szkolenie
- Film (wspólnie, ostatniego dnia szkolenia)
 - ✓ 3-4 uczestników jest proszonych o przedstawienie wybranego materiału filmowego i wskazanie powodu/ów wyboru
 - ✓ Dyskusja
 - ✓ Udostępnienie filmu w bazie – na platformie (campus wirtualny)



Pictures: Andalusian Childhood Observatory (OIA, Observatorio de la Infancia de Andalucía) 2014; Josefa Martín Vega 2014; RedStar 2014; Marguette 2014.


 European Commission

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

MODUŁ 4: STOSOWANIE WIEDZY
Część 3: Zdrowie publiczne, prewencja i promocja zdrowia – perspektywa wielodyscyplinarna

Przygotowanie: Amets Suess, Andalusian School of Public Health, 2015
 Tłumaczenie: Anna Szetela, Instytut Zdrowia Publicznego UJ CM, 2015

Plan sesji

- Prezentacja: Zdrowie publiczne, prewencja i promocja zdrowia w perspektywie wielodyscyplinarnej
- Ćwiczenie: Prewencja i promocja zdrowia

Prewencja i promocja zdrowia ukierunkowana na różnorodność kulturową i etniczną : Model pojęciowy

Zdrowie publiczne:
Nadzór
Screening

Prawo każdego do najwyższego osiągalnego stanu zdrowia

Definicja zdrowia WHO

Prawo do niedyskryminacji

Wrażliwość wobec różnorodności kulturowej i etnicznej

Prewencja zdrowotna
Promocja zdrowia
Nacisk na społeczne determinanty zdrowia
Redukcja społecznych nierówności w zdrowiu
Promocja kulturowych zwyczajów korzystnych dla zdrowia
Nadzór

Profilaktyka ukierunkowana na różnorodność kulturową i etniczną: Istotne zagadnienia i strategie

- Istotne zagadnienia:
 - ✓ Znaczenie poprawy świadomości zdrowotnej w populacjach migrantów i mniejszości etnicznych
 - ✓ Dostęp migrantów do świadczeń profilaktycznych – gorszy niż w przypadku ogółu populacji .
 - ✓ Bariery w korzystaniu ze świadczeń profilaktyki
 - Brak uprawnień do świadczeń
 - Niepewna sytuacja społeczno-ekonomiczna
 - Częste zmiany miejsca pobytu
 - Aspekty kulturowe
 - Doświadczenia dyskryminacji w systemie
 - ✓ Niedostateczne korzystanie ze świadczeń prewencji w populacji Romów, powiązane z rozumieniem zdrowia jako brakiem choroby.
- ⇒ Znaczenie poznania potrzeb i zwyczajów zdrowotnych migrantów i przedstawicieli mniejszości etnicznych dla kierowania strategiami profilaktyki.
- ⇒ Podejścia partycypacyjne.
- ⇒ Wykorzystanie technik innowacyjnych.

Champion, et al. 2013; Martín, et al. 2014; OSF 2005, 2011; Phillips, et al. 2014.

Profilaktyka ukierunkowana na różnorodność kulturową i etniczną : Przykład HIV

- Rozpowszechnienie HIV
 - ✓ Wzrost liczby nowych zakażeń HIV 2007 – 2011
 - ✓ Spadek w populacji migrantów

Reported HIV cases, EU / EEA, 2007 - 2011

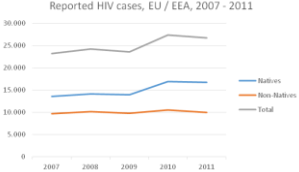


Figure 3.2 Percentage of migrants among all HIV cases reported, 2007-2011, EU/EEA (n=128 238)

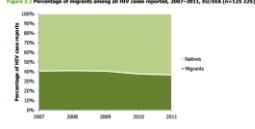


Figure (left): Own elaboration, based on data published by ECDC 2014: 23; figure (right): ECDC 2014: 22.

Profilaktyka ukierunkowana na różnorodność kulturową i etniczną : Przykład HIV

- Testy na obecność wirusa HIV i dostęp do opieki dla migrantów
 - ✓ Bariery prawne, administracyjne, kulturowe i językowe w zakresie testów i dostępu do opieki
 - ✓ Ograniczony dostęp do leczenia dla migrantów w nieuregulowanej sytuacji
 - ✓ Rekomendacje Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób:
 - Dobrowolność i poufny charakter testów
 - Dostępność leczenia
- Analizy zwyczajów w zakresie prewencji w grupach MEM
 - ✓ Większe rozpowszechnienie testów w populacji migrantów niż w ogólnej (Hoyos, et al. 2013)
 - ✓ Różnice w ryzykownych zachowaniach seksualnych wśród specyficznych grup mniejszości etnicznych (Champion, et al. 2013)
- ⇒ Rekomendacje w zakresie środków profilaktycznych właściwych dla grup docelowych

Champion et al. 2013; ECDC 2014; Hoyos, et al. 2013.

Profilaktyka ukierunkowana na różnorodność kulturową i etniczną : Przykład projektu: projekt TAMPEP

- TAMPEP, Europejska Sieć Prewencji HIV/Zakażeń Przenoszonych Droga Płciową i Promocji Zdrowia wśród migrantów pracujących w seks-biznesie
 - ✓ Projekt europejski realizowany od 1993 roku – sieć działająca w 25 krajach, (w Polsce: Stowarzyszenie na rzecz Promocji Zdrowia i Prewencji Zagrożeń Społecznych TADA)
 - ✓ Projekt rozwoju społeczności i partycypacji, osadzony w ramach Praw Człowieka
 - ✓ Cele: Sprawiedliwy dostęp do wsparcia i świadczeń dla migrant sex workers
 - ✓ Działania:
 - Wyjście do potrzebujących i bezpośrednia praca na ulicy
 - Zaangażowanie mediatorów kulturowych i edukatorów rówieśniczych
 - Opracowywanie wielojęzycznej informacji i materiałów edukacyjnych dla pracowników sektora sex-biznesu



TAMPEP s.a

Promocja zdrowia ukierunkowana na różnorodność kulturową i etniczną: Definicja

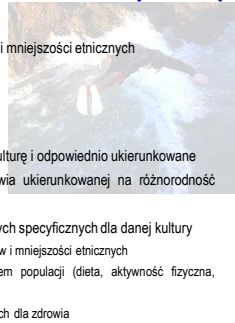
Promocja zdrowia to proces umożliwiający ludziom kontrolę nad własnym zdrowiem oraz jego poprawę. Dla osiągnięcia stanu pełnej pomyślności fizycznej, umysłowej i społecznej, jednostka bądź grupa musi być zdolna do identyfikowania i realizowania zamierzeń, zaspokajania potrzeb, wpływu i współdziałania 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.

(WHO, Ottawa Charter for Health Promotion 1986: s.n.)

WHO1986

Promocja zdrowia ukierunkowana na różnorodność kulturową i etniczną: Strategie

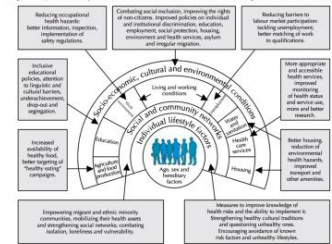
- Promocja zachowań zdrowotnych w populacji migrantów i mniejszości etnicznych
 - ✓ Dieta
 - ✓ Aktywność fizyczna
 - ✓ Zdrowie seksualne i reprodukcyjne
 - ✓ Zdrowy styl życia
- Znaczenie programów promocji zdrowia wrażliwych na kulturę i odpowiednio ukierunkowane
- Rola mediatorów międzykulturowych w promocji zdrowia ukierunkowanej na różnorodność kulturową i etniczną
- Waga rozpoznawania i promowania zachowań zdrowotnych specyficznych dla danej kultury
 - ✓ Identyfikacja zachowań zdrowotnych w populacji migrantów i mniejszości etnicznych
 - ✓ Promowanie wymiany doświadczeń i wiedzy z ogółem populacji (dieta, aktywność fizyczna, tradycyjna prewencja i techniki opieki zdrowotnej)
 - ✓ Trudności w zakresie utrzymywania zwyczajów korzystnych dla zdrowia



CHAFEA 2014; Council of Europe 2011; Mosch-Muñoz de Luna, et al. 2015a; OSF 2005, 2011; WHO-Europe 2010.

Zmniejszanie różnic w zdrowiu: Strategie i najlepsze praktyki

Fig. 1. Policy measures required to tackle the social determinants of health for migrants and ethnic minorities



Source: The diagram is inspired by a presentation from Dr. Nuan Nuan, TR Regional Advisor, on 15-16 September 2010 at the WHO Regional Office for South East Asia consultation on the social determinants of health. Adapted from the Discussion Paper to address determinants of the health of socially excluded migrant populations, and further adapted for the purposes of this policy briefing. The authors: "Authors" in Nuan Nuan & Whitehead (2010).

- Opieka zdrowotna oparta na modelu społecznych determinantów zdrowia
- Podejścia międzysektorowe
- Projekty europejskie skierowane na zmniejszanie różnic w zdrowiu grup szczególnie podatnych na problemy zdrowotne

Fénelin 2012; Inghlyby 2012; Figure: WHO 2010: 14, adapted from: Dahlgren, et al. 1991.

Prewencja i promocja zdrowia ukierunkowana na różnorodność kulturową i etniczną:

Ćwiczenie 1 – Prewencja i promocja zdrowia

- W niewielkich 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 strategię
- Wspólnie
 - ✓ Inszenizacja
 - ✓ Udział uczestników spoza danej podgrupy w rozwiązywaniu problemów, w ramach opieki zdrowotnej ukierunkowanej na różnorodność kulturową i etniczną (próba znalezienia strategii rozwiązania problemu)
- Dyskusja



Pictures: Andalusian Childhood Observatory (OIA, Observatorio de la Infancia de Andalucía) 2014; Josefa Martín Vega 2014; Redifor 2014; Marguelfe 2014.

Literatura

Champion J, Harlin B, Collins JL. 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).

Council of Europe. *Constructing an inclusive institutional culture – Intercultural competences in social services*. Strasbourg: Council of Europe, 2011. <http://cdp.hq.coe.int/cdp/observed/1007134.pdf> (retrieved: March 5, 2015).

Féxis G, Ostin P, McKee M, Adány R. Policies to improve the health and well-being of Roma people: The European Experience. *Health Policy* 2012;105:25-32.

Hoyos J, Ferrández-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;14(16):e18497. <http://www.internationalaidsociety.com/doi/full/10.1186/1745-7580-14-18497> (retrieved: March 5, 2015).

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

Marin 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, Gravel 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-to-cop.eu/inf/phi6/020mod_resource/content/1/MEM-TP_Synthesis_Report.pdf (retrieved: March 5, 2015).

Mock-Muñoz de Luna C, Bodewes A, Gravel E, Ingleby D. *Appendices I-VI, 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, 2015b. http://www.mem-to-cop.eu/inf/phi6/020mod_resource/content/1/MEM-TP_Synthesis_Report_Appendices_I-VI.pdf (retrieved: March 5, 2015).

OSF. Open Society Foundations. *Mediating Roma Health: Policy and Program Opportunities*. New York: OSF, 2005. http://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/roma_health_mediators.pdf (retrieved: March 5, 2015).

Literatura

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.

TAMPEP. European Network for HIV / STI Prevention and Health Promotion among Migrant Sex Workers, s.a. <http://tampep.eu> (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/0002/127526/w64497.pdf (retrieved: March 5, 2015).



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

MODUŁ 4: STOSOWANIE WIEDZY

Część 4: Jakość opieki zdrowotnej przy uwzględnieniu różnorodności

Przygotowanie: Amets Suess, Andalusian School of Public Health, 2015
Adaptacja: Ewa Dobrogowska-Schlebusch, Ewa Kocot i Michał Zabdry-Jamróż, Instytut zdrowia Publicznego UJ CM, 2015

Plan sesji

- Prezentacja: Jakość opieki zdrowotnej przy uwzględnieniu różnorodności
- Ćwiczenie: Ocena jakości opieki zdrowotnej zorientowanej na różnorodność kulturową i etniczną

Ocena jakości opieki zdrowotnej zorientowana na różnorodność kulturową i etniczną: Istotne aspekty

- Aspekty jakości (model Donabedian'a)
 - ✓ Struktura: budynki, wyposażenie, personel
 - ✓ Proces: akcje dostarczania świadczeń
 - ✓ Efekt: skuteczność w poprawie zdrowia
- Trudności w ocenie efektów
- Świadczenie opieki zdrowotnej w zróżnicowanych społecznościach: "Dostarczanie każdemu tej samej opieki powoduje dostarczanie komuś gorszej opieki" (Mock-Muñoz de Luna, et al. 2015a: 96).
- Bariery dostępu do opieki zdrowotnej mogą osłabiać postrzeganą jakość opieki
- Znaczenie adekwatności, zorientowania na ludzi i akceptacji kulturowej opieki zdrowotnej

Donabedian 1988; Mock-Muñoz de Luna, et al. 2015a.

Ocena jakości opieki zdrowotnej zorientowana na różnorodność kulturową i etniczną: Istotne aspekty

- Komitet Praw Ekonomicznych, Socjalnych i Kulturalnych, Komentarz Ogólny Nr 14, Prawo do najwyższego osiągalnego standardu zdrowia
- Zdrowie jako fundamentalne prawo człowieka, "blisko związane i współzależne od realizacji innych praw człowieka"
 - Zasadnicze elementy:
 - ✓ Istnienie systemu opieki zdrowotnej
 - ✓ Dostępność: włączając dostęp fizyczny, ekonomiczny i informacyjny oraz brak dyskryminacji
 - ✓ „Akceptowalność”: *Opieka zdrowotna musi się cechować poszanowaniem etyki medycznej oraz odpowiednim podejściem kulturowym.*
 - ✓ Jakość

UN 2000.

Ocena jakości opieki zdrowotnej zorientowana na różnorodność kulturową i etniczną: Istotne aspekty

- Badania pokazują niższą jakość opieki zdrowotnej dostarczanej migrantom, niż w przypadku populacji ogółem, szczególnie w zakresie opieki prewencyjnej
- Istotne aspekty jakości opieki zdrowotnej zorientowanej na różnorodność kulturową i etniczną:
 - ✓ Brak dyskryminacji – ten sam zakres i jakość opieki dla wszystkich, niezależnie od narodowości, statusu prawnego i przynależności etnicznej
 - ✓ Redukcja nierówności społecznych
 - ✓ Zorientowanie na człowieka oraz międzykulturowe kompetencje profesjonalistów
 - ✓ Akceptowalność kulturowa procesu leczenia
 - ✓ Konieczność monitorowania jakości

Beauch, et al. 2006; Council of Europe 2011; Martin, et al. 2013.

Dostęp i jakość opieki zdrowotnej dla migrantów i mniejszości etnicznych Analiza obecnej sytuacji

- Migranci
 - ✓ Nierówna sytuacja w zakresie uprawnień do opieki zdrowotnej w Europie
 - ✓ Migranci o nieregulowanym statusie: częste znaczne ograniczenie dostępu do opieki
 - ✓ Kulturowe, językowe i administracyjne bariery efektywnego dostępu do opieki zdrowotnej
 - ✓ Niższa jakość opieki zdrowotnej w porównaniu do całej populacji
 - ✓ Doświadczenia dyskryminacji
- Mniejszości etniczne, włączając populację Romów
 - ✓ Kulturowe, językowe i administracyjne bariery efektywnego dostępu do opieki zdrowotnej
 - ✓ Niższa jakość opieki zdrowotnej w porównaniu do całej populacji
 - ✓ Doświadczenia dyskryminacji

Blawie, et al. 2011; Council of Europe 2012; Cuadra 2011; Davrin, et al. 2012; DHSSPS 2007; Duvel, et al. 2009; FRA, European Union Agency for Fundamental Rights 2011a, 2011b, 2012; HUMA Network, et al. 2010; Kari-Trummer et al. 2010; Medecins du Monde, et al. 2009, 2012, 2013; PICUM, et al. 2014; Ruiz-Gonzalez, et al. 2010; Sassi et al. 2014; Woodford, et al. 2014.

Jakość opieki zdrowotnej zorientowanej na różnorodność kulturową i etniczną: Strategie i najlepsze praktyki: redukcja barier dostępu

- Strategie redukowania barier w dostępie do opieki zdrowotnej dla migrantów i mniejszości
 - ✓ Uprawnienia do finansowanej przez państwo opieki zdrowotnej
 - ✓ Międzykulturowe kompetencje lub wrażliwość na różnorodność
 - ✓ Zorientowanie na pacjenta
 - ✓ Pisemne materiały informacyjne w różnych językach, użycie piktogramów
 - ✓ Profesjonalni tłumacze lub dwujęzyczni profesjonalści
 - ✓ Mediacja międzykulturowa
 - ✓ Partycypacja społeczna

Mock-Muñoz de Luna, et al. 2014; Riccardo et al. 2014.

Dostęp i jakość opieki zdrowotnej dla migrantów i mniejszości etnicznych Ośrodki detencji

- Ograniczony dostęp do opieki zdrowotnej i niedostateczna jej jakość w ośrodkach tymczasowych
- Dostarczanie opieki zdrowotnej przez zakontraktowanie dostawców lub organizacje pozarządowe
- Doświadczenia dyskryminacji i złego traktowania przez świadczeniodawców
- Jednocześnie zwiększone ryzyka zdrowotne w trakcie pobytu w ośrodkach tymczasowych (warunki życia, nieodpowiednie ogrzewanie, zbytnie zagęszczenie, przemoc fizyczna i psychiczna ze strony personelu i innych mieszkańców)

Amnesty International 2007; Committee on Civil Liberties 2007; Council of Europe 2010; JRS-Europe 2010; Medecins Sans Frontieres, s.a. UN 2012, 2013.

Jakość opieki zdrowotnej zorientowanej na różnorodność kulturową i etniczną: Obecna sytuacja w zakresie oceny jakości

- Ocena jakości jako ważny aspekt interwencji zorientowanych na różnorodność kulturową i etniczną
- Sytuacja obecna:
 - ✓ Często całkowity brak oceny jakości
 - ✓ Różne wyniki w zależności od zastosowanej metody
 - ✓ Brak oceny istniejących narzędzi oceny jakości
- Modele oceny jakości:
 - ✓ Ocena Skutków Zdrowotnych (HIA)
 - ✓ Oceny jakościowe
 - ✓ Ocena partycypacyjna

Mohr, et al. 2010; Penka, et al. 2012.

Health Impact Assessment: Definicja i podstawowe zasady

Health Impact Assessment (HIA)

HIA to praktyczne podejście do oceny potencjalnych efektów zdrowotnych osiągniętych w wyniku działań politycznych, programów, szczególnie w stosunku do grup narażonych i w trudnej sytuacji. Tworzone są rekomendacje dla twórców polityk i zainteresowanych podmiotów, w celu maksymalizacji pozytywnych efektów zdrowotnych i minimalizacji negatywnych. (WHO 2014a: s.n.)

- Skupione na analizie indywidualnych, społecznych, środowiskowych i instytucjonalnych determinant zdrowia.
- Podstawowe zasady:
 - ✓ Demokracja
 - ✓ Sprawiedliwość
 - ✓ Zrównoważony rozwój
 - ✓ Etyczne wykorzystanie dowodów naukowych
 - ✓ Kompleksowe podejście do zdrowia

Quigley, et al. 2006; WHO 2014a, 2014b.

Health Impact Assessment: HIA Proces

1. **Screening (odsiewanie):** szybka odpowiedź na pytanie, czy i w jakiej skali HIA jest w danym przypadku potrzebne.
2. **Scoping (zakreślanie):** określenie zakresu czasowego i obszarowego dla oceny, sformułowanie istotnych warunków pełnego badania.
3. **HIA pełnowymiarowe**
4. **Zaangażowanie publiczne i dialog**
5. **Ocena raportu HIA (...)** wykonalności, trafności rekomendacji.
6. **Ustanowienia zakresu działań międzysektorowych.**
7. **Negocjowanie alokacji środków.**
8. **Monitoring.** (Quigley, et al. 2006: 3)

HIA Procedure

Screening - Is there a need for HIA? (Yes/No)

Scoping - What are the key issues? (Identify key issues, set objectives, identify stakeholders, determine data needs)

Appraisal - What are the potential impacts? (Identify potential impacts, assess impacts, identify mitigation measures)

Recommendation - What are the key findings? (Summarize findings, make recommendations, develop implementation plan)

Monitoring - How are we doing? (Monitor implementation, evaluate outcomes, report findings)

Quigley, et al. 2006, Figure: WHO 2014b: s.n.

Fazy:	Etapy:	Opis:
I. Ocena prospektywna: kształtowanie polityki	1. SCREENING (odsiewanie)	Szybkie, wstępne ustalenie znaczenia danej polityki dla zdrowia (relevant?) – odpowiedź na pytanie „czy HIA jest potrzebne?”
	2. SCOPING (zakreślanie)	Identyfikacja kluczowych zagadnień, problemów i adekwatnej społeczności/grupy (key health issues & public concerns), konsultacja z interesariuszami w celu zdefiniowania HIA, identyfikacja ryzyka i potencjalnych korzyści z HIA.
	3a. APPRAISAL (ocena)	Ocena – szybka (rapid) lub pogłębiona (in depth) – skutków zdrowotnych przy pomocy dostępnych danych: kogo dotyka, opis punktów wyjścia, prognoza, znaczenie i środki łagodzące
II. Ocena retrospektywna: implementacja polityki	3b. REKOMENDACJE	Opracowanie rekomendacji – praktycznych rozwiązań, które mogłyby zostać wdrożone w celu zmniejszenia ograniczenia ryzyka zdrowotnego/ negatywnych aspektów i/lub wzmocnienia pozytywnych – przy zastrzeżeniu politycznych, ekonomicznych i technicznych ograniczeń.
	4. RAPORTOWANIE	Udośćcenie rekomendacji decydom, interesariuszom i społeczności
	5. MONITORING	Monitorowanie i ewaluacja oddziaływań zdrowotnych oraz zmian w sferze występowania (rodzina, stabilność, zmniejszenia) ryzyka zdrowotnego; ocena skuteczności zastosowanych rozwiązań, wdrożonych środków oraz całego procesu HIA – „wzmocnienie” sfery istniejących zdrowotnych

WHO - <http://www.who.int/hia/tools/en>, Zabdyr-Jamroz M. 2015

Jakość opieki zdrowotnej zorientowanej na różnorodność kulturową i etniczną: Health Impact Assessment

- Przykłady zastosowania modelu HIA do oceny jakości opieki zdrowotnej zorientowanej na różnorodność kulturową i etniczną.
 - ✓ Przegląd literatury pod kątem włączenia migrantów do projektów HIA – zidentyfikowano niski poziom włączenia migrantów w procesy HIA (Jandu, et al. 2015)
 - ✓ Retrospektywny HIA dotyczący warunków zamieszkania populacji romskiej na Węgrzech, bazujący na podstawach ustalonych w Karcie Ottawskiej (Molnár, et al. 2010)

Jandu, et al. 2015; Molnár, et al. 2010.

Jakość opieki zdrowotnej zorientowanej na różnorodność kulturową i etniczną: Standardy sprawiedliwości w opiece zdrowotnej dla migrantów i innych grup narażonych

Grupa Projektowa ds. Standardów Sprawiedliwości w Opiece Zdrowotnej dla Migrantów i Innych Grup Zagrożonych, Grupa Zadaniowa HPH Szpitali i Świadczeń Zdrowotnych Przyjaznych dla Migrantów: **"Standardy sprawiedliwości w opiece zdrowotnej dla migrantów i innych grup narażonych. Narzędzie samooceny wprowadzenia pilotażowego"** (publikacja 2014)

Pilotażowy program w 45 organizacjach ochrony zdrowia w 12 krajach

Cele

- Poprawa monitorowania zdrowia migrantów i mniejszości etnicznych
- Poprawa zakresu uprawnień do świadczeń i dostępu do nich
- Rozwój „dobrych praktyk” w celu promocji odpowiedniej opieki zdrowotnej
- Poprawa udziału migrantów i mniejszości etnicznych w rozwoju polityk i świadczeń

(Chiarenza, et al. 2014: 6)

Chiarenza, et al. 2014

Jakość opieki zdrowotnej zorientowanej na różnorodność kulturową i etniczną: Standardy sprawiedliwości w opiece zdrowotnej dla migrantów i innych grup narażonych

Standardy:

- Standard 1: Sprawiedliwość w polityce
- Standard 2: Sprawiedliwy dostęp i korzystanie
- Standard 3: Sprawiedliwość w jakości opieki
- Standard 4: Sprawiedliwość w partycypacji
- Standard 5: Promowanie sprawiedliwości

(Chiarenza, et al. 2014: 13)

Chiarenza, et al. 2014.

Jakość opieki zdrowotnej zorientowanej na różnorodność kulturową i etniczną: Jakościowe metody oceny

- Ocena jakościowa – organizacje pozarządowe pracujące z migrantami (Huschka 2014)
 - ✓ Podłoże etnograficzne, wywiady jakościowe ze świadczącymi, własne doświadczenia osób aktywnych i wolontariuszy
 - ✓ Krytyka nierówności w zakresie władzy
- Analizy jakościowe w opiece zdrowotnej z perspektywy migrantów: dzieci i rodziców (Sime 2014)
 - ✓ Znaczenie uwzględniania perspektywy osób korzystających dla poprawy jakości
 - ✓ Perspektywa dzieci migrantów jako zagadnienie w mniejszym stopniu analizowane

Huschka 2014; Sime 2014

Jakość opieki zdrowotnej zorientowanej na różnorodność kulturową i etniczną: Metodologia oceny jakościowej

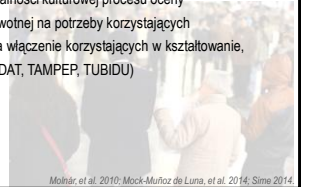
- Analizy jakościowo-ilościowe wpływu obecnej sytuacji (kryzys ekonomiczny) na dostęp do opieki i jej jakość dla marginalizowanych populacji, w tym migrantów (Médicins du Monde 2012, 2013).
 - ✓ Wywiady jakościowe z migrantami w nieregulowanej sytuacji oraz profesjonalistami zdrowotnymi, jakościowo-ilościowe analizy dokumentacji medycznej.
 - ✓ Zaobserwowane ograniczenia w dostępie do opieki i pogorszenie samopostępowania stanu zdrowia



Médecins du Monde 2012, 2013.

Jakość opieki zdrowotnej zorientowanej na różnorodność kulturową i etniczną: Modele oceny partycypacyjnej

- Znaczenie włączania migrantów i mniejszości w procesy oceny opieki zdrowotnej zorientowanej na różnorodność kulturową i etniczną
 - ✓ Wzmocnienie zasadności i akceptowalności kulturowej procesu oceny
 - ✓ Ułatwienie orientowania polityki zdrowotnej na potrzeby korzystających
 - ✓ Projekty europejskie nakierowane na włączenie korzystających w kształtowanie, wdrażanie i ewaluację (EURO HIV EDAT, TAMPEP, TUBIDU)



Mohr, et al. 2010; Mock-Muñoz de Luna, et al. 2014; Sime 2014.

Jakość opieki zdrowotnej zorientowanej na różnorodność kulturową i etniczną: Ocena polityki wobec migrantów

- Poza oceną jakości również ocena polityki wobec migrantów (przegląd literatury, analiza dokumentów strategicznych)
 - ✓ Tylko część krajów europejskich uwzględniła w swoich politykach krajowych zagadnienia związane ze zdrowiem migrantów
 - ✓ Bardzo mało polityk dotyczących zdrowia migrantów dotyczy prewencji
 - ✓ Problemy z dostępnością i porównywalnością danych (różnice w metodach i grupach docelowych)
 - ✓ Brak spójności działań i zależności od zmian politycznych
 - ✓ Znaczenie monitorowania wprowadzania polityk i oceny ich efektywności
 - ✓ Luka pomiędzy Deklaracją Praw Człowieka na poziomie europejskim i dostępnością opieki zdrowotnej w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego migrantów

Indeby 2009; Keygaert, et al. 2014; Mladovsky 2009; Mladovsky, et al. 2012; Rachel, et al. 2012; Vézouez, et al. 2013.

Jakość opieki zdrowotnej zorientowanej na różnorodność kulturową i etniczną: Ograniczenia i wyzwania oceny jakości

- Brak danych statystycznych i metodologii zapewniających porównywalność, trudności z gromadzeniem danych
 - ✓ Różnice w gromadzeniu danych o statusie migrantów i etniczności pomiędzy krajami
 - ✓ Złożoność koncepcji „migranta”, „migracji”, „mniejszości etnicznych”, „etniczności”
 - ✓ Różnice pomiędzy klasyfikacjami zewnętrznymi i samodzielnie tworzoną nazewnictwem
- Różne metody oceny jakości i wskaźniki
- Problemy etyczne i kwestionowanie zasadności gromadzenia danych na temat statusu migrantów i przynależności etnicznej

Abdikheva 2014; Bhopal 2014; Jayaweera 2011; Mladovsky 2007; Mock-Muñoz de Luna, et al. 2015; Stronks, et al. 2014.

Programy - Polska

- Bezpieczny dom
- Macierzyństwo na uchodźstwie
- EUGATE
- EQUI-HEALTH
- PROMO
- PROMOVAX

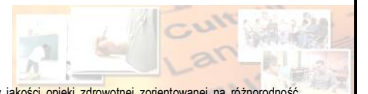


Abdikheva 2014; Bhopal 2014; Jayaweera 2011; Mladovsky 2007; Mock-Muñoz de Luna, et al. 2015; Stronks, et al. 2014.

Ćwiczenie

Ocena jakości opieki zdrowotnej zorientowanej na różnorodność kulturową i etniczną

- W parach
 - ✓ Zidentyfikujcie istotne aspekty jakości opieki zdrowotnej zorientowanej na różnorodność kulturową i etniczną w Waszym otoczeniu i utwórzcie listę kryteriów oceny (szablon).
 - ✓ Przypomnijcie sobie interwencje zdrowotne związane z problemem różnorodności kulturowej i etnicznej, z którymi spotkaliście się w swojej pracy.
 - ✓ Zastosujcie kryteria oceny do tych interwencji (szablon).
- Dyskusja w grupach
 - ✓ Podzielcie się doświadczeniami w tworzeniu kryteriów oceny.





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

MODUŁ 4: STOSOWANIE WIEDZY

Część 5: Podejście oparte na społeczności lokalnej, promocja partycypacji i zaangażowania korzystających oraz społeczności

Przygotowanie: Dorota Sienkiewicz, EPHA, European Public Health Alliance, 2015

Amets Suess, Andalusian School of Public Health, 2015

Adaptacja: Michał Zabdry-Jamróz, Instytut Zdrowia Publicznego UJ CM, 2015

Tłumaczenie: Anna Szelela, Instytut Zdrowia Publicznego UJ CM, 2015

Plan sesji

- Ćwiczenie 1: Własna społeczność
- Prezentacja – część I: Wprowadzenie
- Ćwiczenie 2: Postrzeganie (wyobrażenia) i stereotypy
- Prezentacja – część II: Podstawy i definicje podejścia opartego na społeczności
- Ćwiczenie 3: Poziomy zaangażowania i partycypacji
- Prezentacja – część III:
 - ✓ Pojęcia i zagadnienia związane z „zaangażowaniem” i „partycypacją”
 - ✓ Wyzwania, ograniczenia i strategie związane z podejściem opartym na społeczności
- Ćwiczenie 4: Władza/Kontrola

Ćwiczenie 1: Własna społeczność

- W parach:
 - ✓ Jedna osoba opowiada drugiej o własnej społeczności, włączając następujące zagadnienia:
 - Czy społeczność istnieje?
 - Na czym jest oparta idea tej społeczności?
 - Czy czujesz się członkiem społeczności?
 - Kto/co tworzy Twoją społeczność?
 - Czy Ty/Twój korzystający z opieki należą do społeczności?
 - ✓ Druga osoba przedstawia „postrzeganą” społeczność swego rozmówcy.
 - ✓ Zamiana ról

Wprowadzenie

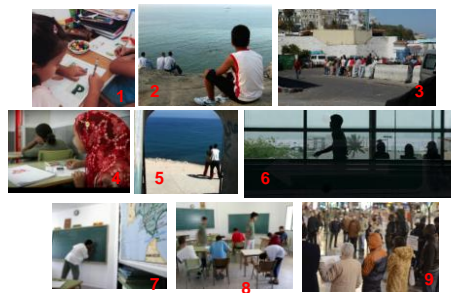
- Uwzględnienie świadczeń opieki zdrowotnej ukierunkowanych na różnorodność kulturową i etniczną:
 - ✓ Oparte na włączeniu i wielowymiarowości
 - ✓ Skupiające się na ochronie socjalnej i zmniejszaniu różnic w zdrowiu w kontekście społeczności
 - ✓ Wysiłek podejmowany wielosektorowo i przez wielu aktorów
 - ✓ Włączenie potrzeb migrantów i mniejszości etnicznych, w tym Romów, w całość systemu i procesu udzielania świadczeń
- Zmierzanie raczej w kierunku systemu zdrowotnego (świadczenia i profesjonalści) włączającego migrantów/mniejszości etniczne niż w kierunku tworzenia równoległych świadczeń dla tych specyficznych grup poza głównym systemem
 - ✓ System równoległy: ryzyko fragmentacji, segregacji i stygmatyzacji
 - ✓ NGO i organizacje dobroczynne nie powinny zastępować zapewniania świadczeń opieki zdrowotnej w oparciu przysługujących z mocy prawa.

Ćwiczenie 2: Wyobrażenia i stereotypy

- Cała grupa:
 - ✓ Popatrz na zdjęcia.
 - ✓ Jakie słowa przychodzą Ci do głowy dla opisu grupy/społeczności migrantów i mniejszości etnicznych, w tym Romów?
 - ✓ Napisz te słowa i przyklej na ścianie obok zdjęć.
 - ✓ Dyskusja



Ćwiczenie 2: Wyobrażenia i stereotypy



Pictures: Andalusian Childhood Observatory (OIA, Observatorio de la Infancia de Andalucía) 2014; Josefa Marin Vega 2014; Morguefile 2014.

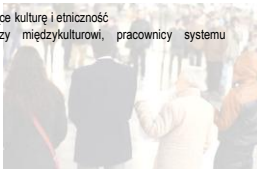
Podstawy podejścia opartego na społeczności

- Nie chodzi tu o zdrowie społeczności (profil epidemiologiczny czy wpływ procesów migracyjnych czy pochodzenia etnicznego na zdrowie).
- Chodzi o aspekty społeczno-ekonomiczne, rozumienie i poszanowanie kultury i różnorodności oraz poprawność/stosowność językową.
- Nowe rodzaje świadczeń/usług sprzyjające możliwości dostarczenia przez system i profesjonalistów opieki zdrowotnej ukierunkowanej na różnorodność kulturową i etniczną, poprawie dostępności, możliwości korzystania i jakości opieki:

- ✓ Tłumaczenia ustne i pisemne
- ✓ Opieka zdrowotna i programy zdrowotne uwzględniające kulturę i etniczność
- ✓ Wykorzystanie wsparcia społeczności (mediatorzy międzykulturowi, pracownicy systemu pochodzący z danej społeczności, „piloci pacjentów”)

Przykłady

- ✓ Programy mediacji zdrowotnej
- ✓ Programy prewencji HIV/STI
- ✓ Zdrowie reprodukcyjne i projekty ograniczania szkód
- ✓ Usługi mobilne



Program Romscy Mediatorzy Zdrowotni

- Bariery językowe i kulturowe mają negatywny wpływ na dostęp do opieki i prewencji, stosowanie się do planów leczenia, respektowanie zależności czasowych oraz korzystanie ze świadczeń ratownictwa.
- Romscy mediatorzy zdrowotni:
 - ✓ Szeroki zakres ról (tłumacz, rzecznik pacjenta, edukator zdrowotny)
 - ✓ Dodatkowa korzyść z ułatwiania integracji społecznej dla obu stron (świadczeniodawców i korzystających)

Film: Roma Health Mediation in Europe, IOM, International Organization for Migration, 2014:

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

IOM 2014

Ocena programu mediacji zdrowotnej

- Ewaluacja programu mediacji zdrowotnej (AŠAV 2013)
- Czynniki sukcesu:
 - ✓ Instytucjonalizacja programu
 - ✓ Zaangażowanie społeczności lokalnych
 - ✓ Nacisk na prewencję
 - ✓ Adaptacja przekazywania wiadomości
 - ✓ Nieoczekiwane konsekwencje ról kobiecych/męskich
 - ✓ Zatrudnianie kobiet
 - ✓ Poprawa codziennych warunków życia
- Ocena skuteczności:
 - ✓ Lepszy dostęp do świadczeń/instytucji
 - ✓ Częstsze i bardziej właściwe korzystanie z istniejących świadczeń
 - ✓ Lepsze stosowanie się do zaleceń
 - ✓ Znaczący wzrost wskaźnika szczepień
 - ✓ Lepsze wykorzystanie metod antykoncepcji



AŠAV 2013

Program prewencji HIV / STI: Projekt Naz

- Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób: studium przypadku "The Naz Project".

Projekt Naz jest prowadzony w Londynie, we współpracy ze szpitalami Chelsea i Westminster, w celu promowania punktów przeprowadzania testów dla ludności czarnoskórej i mniejszości etnicznych, w których to grupach częste są przypadki późnej diagnozy. Projekt promuje **testy na obecność wirusa HIV i innych infekcji przenoszonych drogą płciową, w społeczności**, zachęcając ludzi do przyścia do centrum i zapewniając zarówno tłumaczenie, jak i odpowiednią informację przed i po teście. Spotkania są umawiane przez pracowników wychodzących do środowiska. Prowadzone przez centra kliniki są otwarte popołudniami i wieczorami, tak więc można do nich przyjść po pracy. W przypadku pozytywnego wyniku testu dana osoba jest poddawana testowi potwierdzającemu i dalszej procedurze klinicznej. Najpoważniejszym wyzwaniem były kwestie ubezpieczenia, jako że regulacje wymagają, by instytucje lokalne zapewniały świadczenia analogiczne do tych zapewnianych w szpitalu; by przezwyciężyć tę barierę, personel Naz-u otrzymał bezpłatne kontrakty z NHS. (ECDC 2011: 14)

ECDC 2011

Projekty społecznościowe: Ograniczanie szkód i świadczenia mobilne

- Ograniczanie szkód

Film: Médecins du Monde, La Réduction des Risques, 2011.
https://www.youtube.com/watch?v=J-HJ_1VnWs0&authuser=0

- ✓ Program ograniczania szkód dla narkomanów i pracowników seksualnych
- ✓ Prewencja HIV/STI, diagnoza i leczenie, reintegracja społeczno-ekonomiczna, ochrona Praw Człowieka, szczepienia, świadczenia z zakresu zdrowia psychicznego protection of Human Rights

- Mobilne kliniki/ przychodnie

Wideo: Médecins du Monde, Mission Roms Bordeaux, 2011
<https://www.youtube.com/watch?v=GE70CkM3s>

- ✓ Świadczenia zdrowotne dla populacji Romów w Bordeaux

Médecins du Monde 2011a, 2011b.

Projekty społecznościowe: Prewencja i zmniejszanie nierówności w zdrowiu

- Międzykulturowa prewencja w społeczności lokalnej
 - ✓ MiMi, Mit Migranten für Migranten, Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.
 - ✓ Działania: Szkolenia z zakresu mediacji zdrowotnej, działalność informacyjna
 - ✓ Cel: Prewencja, integracja migrantów i zmniejszanie nierówności w zdrowiu

- Działalność szkoleniowa

- ✓ Pharos, Expertisecentrum Gezondheidsverschillen
- ✓ Działania: Szkolenia, konferencje, spotkania pacjentów, programy dla szkół, programy wsparcia
- ✓ Cel: Zmniejszanie nierówności w zdrowiu i poprawa jakości, skuteczności i dostępności opieki zdrowotnej dla osób z ograniczonymi kompetencjami zdrowotnymi i migrantów, wzmacnianie działań prewencyjnych i samo-zarządzania

Ethno-Medizinisches Zentrum e.V. 2009; Pharos 2015.

Community Development

Określenie **community development** (aktywizacja i rozwój społeczności lokalnej) weszło do użycia dla oznaczenia procesów, w których wysiłki podejmowane przez samych członków społeczności lokalnej łączą się z inicjatywami władz dla poprawy ekonomicznych, społecznych i kulturowych warunków funkcjonowania społeczności, integracji tych społeczności z życiem całego narodu oraz dla umożliwienia im udziału w postępie na poziomie narodowym (krajowym).

Ta złożona całość składa się zatem z 2 zasadniczych elementów:

- Partycypacja mieszkańców w działaniach na rzecz poprawy poziomu życia, przy założeniu, że tam, gdzie możliwe, mieszkańcy polegają na własnych inicjatywach; oraz
- Dostarczanie wszelkiej technicznej i innej pomocy w sposób pobudzający inicjatywy, samopomoc i pomoc wzajemną oraz wzmacnia ich skuteczność.

(UN 1956, in UNESCO 1956: 9).

UN 1956, in UNESCO 1956

Definicja „podejścia opartego na społeczności lokalnej”

- Warunek wstępny dla pracy z ludźmi ze społeczności: należy mieć pojęcie, co tworzy daną społeczność i jak ona funkcjonuje.
- Definicje robocze:
 - ✓ **Spoleczność** odnosi się do populacji, której członkowie, świadomi przynależności do danej grupy (migranci, przedstawiciele danej mniejszości) mają z definicji wspólne interesy, potrzeby i żądania, zamieszkują zbliżone geograficznie tereny, dzielą cechy, wartości, kulturę, ewentualnie religię.
 - ✓ **Podejście oparte na społeczności** to podejście bądź działanie mające na celu poprawę dostępu i jakości świadczeń dla populacji MEM. Odnosić się będzie do wspólnych, ale lokalnych wysiłków tych społeczności, które są skierowane na wzmocnienie społecznej kontroli nad (lokalnymi) determinantami zdrowia.
- **Złożoność definicji, zależność od upływu czasu, przyjętej perspektywy badawczej**

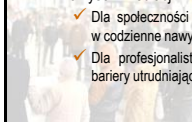
Podejście oparte na społeczności: Ruch oddolny

- Podejście oddolne
 - ✓ Początek: Populacja (żądania, okoliczności i interesy)
 - ✓ Poziom wyżej: Opracowanie propozycji i studium uczestnictwa
 - ✓ Poziom wyżej: Negocjowanie celów i działań z partnerami populacji
 - ✓ Poziom wyżej: Dynamika (lokalny rozwój społeczny, promocja zdrowia, edukacja zdrowotna)
- Znaczenie kompetencji zdrowotnych (*health literacy*): zdolność pozyskania informacji zdrowotnej, zrozumienia jej i wykorzystania
- Wykorzystanie narzędzi cyfrowych (*ehealth i mhealth*) dla uzupełnienia tradycyjnych metod komunikacji (tłumaczenia, urządzenia śledzące, monitorujące)



Podejście oparte na społeczności: Zagadnienia

- Charakterystyka podejścia opartego na społeczności
 - ✓ Oparte na dynamicznym otwartym dialogu, intersektoralności i partycypacji
- Złożoność pracy ze społecznościami.
 - ✓ Partycypacja osoby we wspólnej działalności: stopniowa, rozwijana poprzez świadomość przynależności do grupy
- Korzyść z mediacji
 - ✓ Dla społeczności i ich członków: mediatorzy uczą, jak włączyć zdrowszy styl życia w codzienne nawyki, jak uzyskać dostęp do opieki i korzystać z niej.
 - ✓ Dla profesjonalistów zdrowotnych i decydentów: mediatorzy uczą, jak zmniejszyć bariery utrudniające dostęp do świadczeń.



Pojęcia „zaangażowanie” i „partycypacja”

Podstawowa opieka zdrowotna: (...)

5. Wymaga i promuje maksymalną społeczną i indywidualną niezależność i uczestnictwo w planowaniu, organizacji, działaniu i kontroli p.o.z. przy wykorzystaniu w jak najszerszym zakresie lokalnych, krajowych i innych osiągalnych zasobów i w tym celu rozwija zdolność społeczności do uczestnictwa w tych procesach poprzez odpowiednią edukację;

(WHO 1978: 2)

Zaangażowanie populacji pomaga nie tylko w poprawie jakości programów, poprzez dostarczenie bardziej precyzyjnej analizy sytuacji i kontekstu, służy również uznaniu prawa tej populacji do samookreślenia. Działania partycypacyjne stanowią zatem część obrony praw pacjenta i dostępu wszystkich do praw socjalnych.

(Medicins du Monde 2012: 5)

Medicins du Monde 2012; WHO 1978

Drabina partycypacji społecznej

- Ladder of Community Participation: Arnstein 1969
- Różne poziomy: brak partycypacji – tokenizm – władza obywatelska

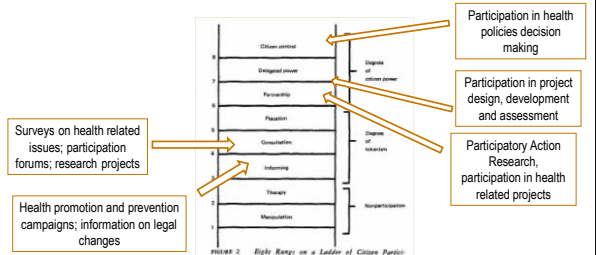


FIGURE 2. Right Range on a Ladder of Citizen Participation

Arnstein 1969

Poziomy zaangażowania i partycypacji

Pełna kontrola	Pełna kontrola – odbiorcy kontrolują podejmowanie decyzji poprzez zarządzane lokalnie komitety/grupy.
Współdzielenie władzy	Współdzielenie władzy: współdzielenie decyzji i odpowiedzialności, także na poziomie zarządzania. Odbiorcy mogą wpływać i określać efekty poprzez rekrutowanie personelu czy wspierany wolontariat.
Partycypacja	Partycypacja: zachęcanie ludzi do udziału w kształtowaniu usług/polityki. Odbiorcy mogą wpływać na efekty końcowe poprzez udział w grupach fokusowych, ocenę partycypacyjną, spotkania interesariuszy, badania równieśniczych czy edukacji.
Konsultacja	Konsultacja: zwracanie się z prośbą o wyrażenie opinii na temat usługi/polityki. Odbiorcy mają ograniczony wpływ – w ankietach, wywiadach wyjściowych, grupach fokusowych, skrzynki na opinie.
Informacja	Informacja: informowanie ludzi na temat usług/polityki, poprzez gazety, ulotki, ogłoszenia, informacje w sieci. Odbiorcy pozbawieni są wpływu.

FEANTSA 2013; figure: own elaboration

Ćwiczenie 3: Poziomy zaangażowania i partycypacji

- W grupach:
 - Z którym poziomem zaangażowania i partycypacji spotykacie się w praktyce wykonywania zawodu w odniesieniu do MEM?
 - Jakie strategie podniesienia poziomu zaangażowania i partycypacji można wskazać?
- Wspólnie: podsumowanie i dyskusja



FEANTSA 2013; figure: own elaboration

Zagadnienia związane z zaangażowaniem i partycypacją

- Znaczenie **deliberatywnego, systematycznego włączania** jednostek, rodzin i społeczności jako czynnych aktorów mających wpływ na poprawę własnego zdrowia i na świadczenia, z których korzystają
- Znaczenie of **zaufania**, poczucia **przynależności, własności i wzajemnego szacunku** dla zrozumienia i radzenia sobie z oczekiwaniami i celami różnych stron (grup)
- Progresywny model „empowerment”**, zaangażowanie w rozmaite aspekty zarządzania świadczeniami zdrowotnymi (diagnozowanie, planowanie, programowanie, wdrażanie, nadzór i ewaluacja)
- Rola przedstawicieli społeczności:** budowanie mostów między społecznościami i opieką zdrowotną, uczestniczenie w charakterze tłumaczy, mediatorów i edukatorów, jak również dostarczanie profesjonalnej wiedzy – wejście do systemu w charakterze świadczeniodawcy
- “Partycypacja” i “zaangażowanie”:** częste wymienne stosowanie tych pojęć
- Różne **poziomy zaangażowania/partycypacji**
- Różne **formy wzięcia pod uwagę:** jako decydujący aspekt, bonus, wartość dodana/ korzyści bądź kompletna strata czasu

Zagadnienia związane z zaangażowaniem i partycypacją

- Rozważenie czasu:**
 - Różne możliwości czasowe
 - Różne szacowanie czasu przeznaczanego na zaangażowanie/partycypację (istotny przyczynek bądź przeszkoda na drodze do skuteczności)
 - Z perspektywy społeczności: pośpiech aktorów zewnętrznych postrzegany jako problem
 - Znaczenie wystarczającego czasu i regularnego kontaktu w przypadku osób przemieszczających się (migranci, Romowie, podróżujący) i w przypadku grup „osiadłych”
- Rozważenie bliskości:** bycie możliwie jak najbliżej ludzi
- Rozważenie hetero- bądź homogeniczności grup** (heterogeniczność zarówno wśród społeczności migrantów jak i mniejszości etnicznych)
- Rozważenie relacji władzy:** Rozumienie konfliktów interesów/pozycji wśród społeczności.
- Wzięcie pod uwagę **inicjatyw lokalnych i dynamiki kolektywnej**

Wyzwania i ograniczenia podejścia opartego na społeczności

- Wyzwanie: **efektywność/ skuteczność** na poziomie lokalnym
 - Jak poprawić dostępność i jakość
 - Jak zaadaptować rzeczywiste potrzeby populacji i okoliczności i uniknąć pozycji etnocentrycznej, często nieświadomie przyjmowanej przez profesjonalistów
- Wyzwanie: **bliskość, prostota i czas**
 - Jak zredukować przeszkody w dostępie do opieki, ułatwić dostęp do świadczeń zapobiegawczych i leczenia od strony administracyjnej, ekonomicznej i geograficznej
 - Przybliżyc świadczenia i pracowników do miejsc pobytu populacji closer to the places where the populations live (np. Médecins du Monde Mobile Clinics, technologie mHealth, telefony komórkowe, smartfony, SMS, tłumaczenia Skype)
- Wyzwanie: **adaptacja społeczno-kulturowej**
 - Znaczenie społeczno-kulturowej adaptacji procedur, języka, standardów, wartości i umiejętności interpersonalnych świadczeniodawców jako kluczowych determinant procesu udzielania świadczeń
 - Zaufanie do pracowników
 - Kompetencje zdrowotne (health literacy)

Ethno Medizinisches Zentrum 2015; Médecins du Monde 2013

Wyzwania i ograniczenia podejścia opartego na społeczności

- Wyzwanie: **świadomość i rozumienie potrzeb**
 - Potrzeby mogą być wyrażane i postrzegane w odmienny sposób.
 - Z góry przyjęte założenia na temat „typowych” problemów czy chorzeń migrantów i mniejszości, mogące nie mieć pokrycia w rzeczywistości.
- Wyzwania **etyczne i brak akceptacji**
 - Poszanowanie godności, uznanie czyichś praw, umiejętności i możliwości, traktowanie mniej jak „ofiar” czy „grup docelową”, bardziej jak prawdziwych „interesariuszy”.
 - Rozważenie zagadnień ciągłości, akceptacji i zaufania.
- Wyzwanie: **godzenie różnych typów wiedzy**
 - Stałe napięcie pomiędzy wiedzą pozaprofesjonalną/tradycyjną (medycyna ludowa, zielarze) a naukową.

Literatura

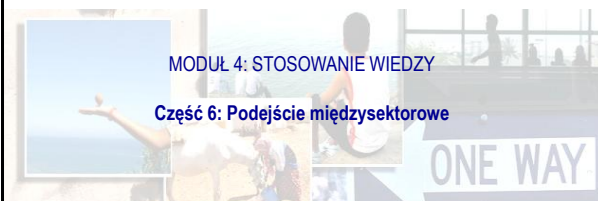
Pharos. Expertisecentrum Gezondheidsverschillen. About Us. 2015. <http://www.pharos.nl/information/en/about-us> (retrieved: March 5, 2015).

UN. United Nations. Fourth Report of the Working Group on Community Development to the Administrative Committee on Coordination MES/23/366. In: UNESCO. United Nations Educational Scientific and Cultural Organization Working Paper on Fundamental Education. Paris: UNESCO, 1956, p. 9. <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001448/144817ab.pdf> (retrieved: March 5, 2015).

WHO. World Health Conference. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-7 September 1978, p. 2. http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf (retrieved: March 5, 2015).



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



MODUŁ 4: STOSOWANIE WIEDZY

Część 6: Podejście międzysektorowe

Przygotowanie: Amets Suess, Andalusian School of Public Health, 2015
Tłumaczenie: Anna Szeleja, Instytut Zdrowia Publicznego UJ CM, 2015

Plan sesji

- Prezentacja: Podejście międzysektorowe
- Ćwiczenie: Mapowanie działań międzysektorowych

Działanie międzysektorowe: Koncepcja

Działanie międzysektorowe dla zdrowia może być definiowane jako skoordynowana akcja mająca na celu bezpośrednio poprawę zdrowia ludzi lub wpływ na determinanty zdrowia. Działania międzysektorowe dla zdrowia są postrzegane jako najistotniejsze dla osiągnięcia większej sprawiedliwości w zdrowiu, szczególnie w obszarach, gdzie postęp zależy od decyzji i działań podejmowanych w innych sektorach.

(Ståhl, et al. 2006)

„Działanie międzysektorowe dla zdrowia” rozumiane jest jako odnoszące się do działań podejmowanych przez sektory zewnętrzne w stosunku do sektora zdrowotnego, (z możliwą, ale niekonieczną, współpracą z tym sektorem) w celu osiągnięcia efektów w zakresie zdrowia / sprawiedliwości w zdrowiu lub w zakresie determinant zdrowia / sprawiedliwości w zdrowiu.

(WHO 2008: 2)

Ståhl, et al. 2006; WHO 2008

Działanie międzysektorowe: Konceptualizacja

- Działanie międzysektorowe jest konceptualizowane w odniesieniu do:
 - ✓ Modeli społecznych determinant zdrowia
 - ✓ Polityk mających na celu redukcję nierówności zdrowotnych
- Działania międzysektorowe stanowią jedno z podstawowych zagadnień polityki „Zdrowie we wszystkich politykach” (*Health in All Policies*)
- Są rozwijane i stosowane na poziomie międzynarodowym, krajowym, regionalnym i lokalnym.
- Zaangażowanie wielu instytucji i interesariuszy (w sektorze zdrowotnym, edukacyjnym, związków zawodowych, mediów itp.)

„Health in All Policies” (*HiAP*) jest strategią polityczną skierowaną na kluczowe społeczne determinanty zdrowia poprzez zintegrowaną politykę wszystkich odpowiednich obszarów politycznych.

(CHAPEA 2014: 21)

CHAPEA 2014; Marmot 2012; McQueen et al. 2012; Ministry of Health and Social Policy of Spain; Ståhl, et al. 2006; Vervoortdijk, et al. 2013; WHO 2008, 2010, 2011.



Działanie międzysektorowe: Możliwości i ograniczenia

- **Możliwości**
 - ✓ Rozwój synergii
 - ✓ Osiągnięcie dodatkowych korzyści międzysektorowych
 - ✓ Wzmocnienie sprawiedliwości w zdrowiu
 - ✓ Redukcja nierówności o charakterze geograficznym
- **Ograniczenia**
 - ✓ Trudności w koordynacji pomiędzy zainteresowanymi podmiotami
 - ✓ Koszty interwencji międzysektorowych
 - ✓ Trudności w ocenie kosztów i korzyści
 - ✓ Ograniczone wdrażanie na poziomie lokalnym, z powodu zmian priorytetów na poziomie europejskim, narodowym i regionalnym
 - ✓ Trudności w poprawie społecznych determinant zdrowia



CHAPEA 2014; Marmot 2012; McQueen et al. 2012; Ministry of Health and Social Policy of Spain; Ståhl, et al. 2006; Vervoortdijk, et al. 2013; WHO 2008, 2010, 2011.

Działanie międzysektorowe: Strategie

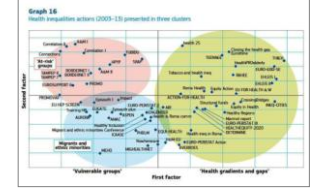
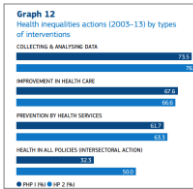
- Strategie wzmocnienia działań międzysektorowych
 - ⇒ Poprawa politycznego i instytucjonalnego rozpoznania działań międzysektorowych.
 - ⇒ Włączanie perspektywy długoterminowej.
 - ⇒ Zapewnienie ciągłości, oceny i kontynuacji
 - ⇒ Promocja partycypacji społecznej i upodmiotowienia
 - ⇒ Adaptacja działań międzysektorowych do kontekstu politycznego, ekonomicznego i kulturowego



CHAFEA 2014; Marmot 2013; McQueen et al. 2012; Ministry of Health and Social Policy of Spain Ståhl, et al. 2006; Verwoerdendork, et al. 2013; WHO 2008, 2010, 2011.

Działanie międzysektorowe: Znaczenie w działaniach przeciwko nierównościom w zdrowiu

- Przegląd 64 działań ukierunkowanych na nierówności w zdrowiu, prowadzonych w ramach pierwszego i drugiego programu UE w dziedzinie zdrowia
 - ✓ „Zdrowie we wszystkich politykach”: Działania międzysektorowe jako najrzadszy rodzaj interwencji
 - ✓ Wzrastające uwzględnienie działań międzysektorowych w drugim programie
 - ✓ Migranci i mniejszości etniczne jako istotna grupa docelowa



Figures and data: CHAFEA 2014: 22, 24.

Działanie międzysektorowe: Znaczenie dla opieki zdrowotnej i polityki zdrowotnej adresowanej do migrantów i mniejszości etnicznych

- Wielosektorowy wymiar zdrowia migrantów i mniejszości: ekonomiczny, polityczny i społeczny charakter determinant ich zdrowia
- Znaczenie zintegrowanego podejścia międzysektorowego dla lepszego rozumienia zagadnień nierówności w zdrowiu i zasobów koniecznych dla zmierzenia się z problemami w tej dziedzinie
- Znaczenie partnerstwa regionalnego i międzynarodowego
- Znaczenie zaangażowania organizacji społecznych



Indleby 2012; WHA 2008a, 2008; WHO 2010.

Działanie międzysektorowe Rekomendacje

- Rekomendacje związane z działaniem międzysektorowym oraz polityką „Zdrowie we wszystkich politykach”
 - ✓ Promocja działań międzysektorowych
 - ✓ Skupienie się na nierównościach w zdrowiu zamiast ograniczania się do akcji skierowanych do grup szczególnie narażonych
 - ✓ Uwzględnienie społecznych determinant zdrowia migrantów i mniejszości etnicznych w rozwoju działań międzysektorowych
 - ✓ Działania międzysektorowe skupione na wpływie obecnego kryzysu ekonomicznego na ochronie zdrowia i zdrowiu
 - ✓ Monitorowanie i ocena działań międzysektorowych

CHAFEA 2014; Marmot 2013; McQueen et al. 2012; Ministry of Health and Social Policy of Spain, 2010; Ståhl, et al. 2006; Verwoerdendork, et al. 2013; WHA 2008a, 2008b; WHO 2008, 2010, 2011.

Konstrukcja planu działania międzysektorowego Zdrowie migrantów i mniejszości etnicznych

Przygotowanie	Identyfikacja potrzeb współpracy międzysektorowej
	Przekazanie idei do innych sektorów i zainteresowanych podmiotów
	Wymiana doświadczeń, oczekiwań i celów
	Międzysektorowy plan działania
Analiza sytuacji	Mapowanie odpowiednich zainteresowanych podmiotów i istniejących zasobów
	Analiza SWOT (mocne strony, słabe strony, szanse i zagrożenia / Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats)
Planowanie interwencji	Identyfikacja metodologii
	Przygotowanie interwencji
Wdrożenie	Działanie
Ocena	Ocena wyników
	Poprawa działań

CIMAS 2009; Community Tool Box 2014; Redisar 2014; Risler et al. 2013.

Ćwiczenie: Mapowanie działania międzysektorowego

- W małych grupach:
 - ✓ Opiszcie działanie międzysektorowe związane ze zdrowiem migrantów/mniejszości etnicznych, z jakim spotkałicie się w swoim otoczeniu instytucjonalnym, lokalnym, regionalnym lub krajowym.
 - ✓ Skonstruujcie mapę odpowiednich podmiotów i zasobów związanych z tym działaniem.
 - ✓ Zaznaczcie istniejące pomiędzy podmiotami interakcje i bariery.
 - ✓ Stwórzcie obraz przyszłej „idealnej” koordynacji międzysektorowej.
 - ✓ Zaproponujcie strategię do osiągnięcia „idealnego” obrazu.
- Wspólnie:
 - ✓ Zakończenie i dyskusja



Methodology: CIMAS 2009; CommunityToolBox 2014; Risler et al. 2013.



Literatura

CHAFEA. Consumers, Health and Food Executive Agency, European Commission. Action on health inequalities in the European Union. Final version. The EU Health Programme'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).

CIMAS, Observatorio Internacional de Ciudadanía y Medio Ambiente Sostenible. Metodologías Participativas. Manual, 2009. http://www.redcimias.org/wp-content/uploads/2012/09/manual_2010.pdf (retrieved: March 5, 2015).

CommunityToolBox. Section 3. Our Model of Practice: Building Capacity for Community and System Change. <http://chh.by.edu/en/health-efi-content/our-model-for-community-change-and-engagement/> (retrieved: March 5, 2015).

Ingleby D. Ethnicity, Migration and the 'Social Determinants of Health' Agenda'. *Psycho-social Intervention* 2012;21(3):331-341.

Marmot M (consortium leader). Health inequalities in the EU. Final report of a consortium. European Union 2013. http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/healthinequalityreport_2013_en.pdf (retrieved: March 5, 2015).

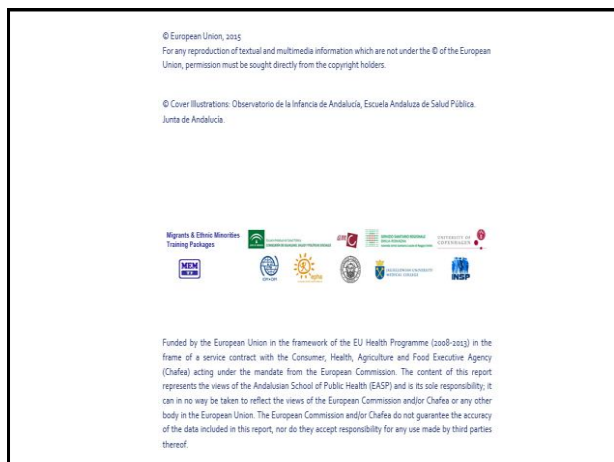
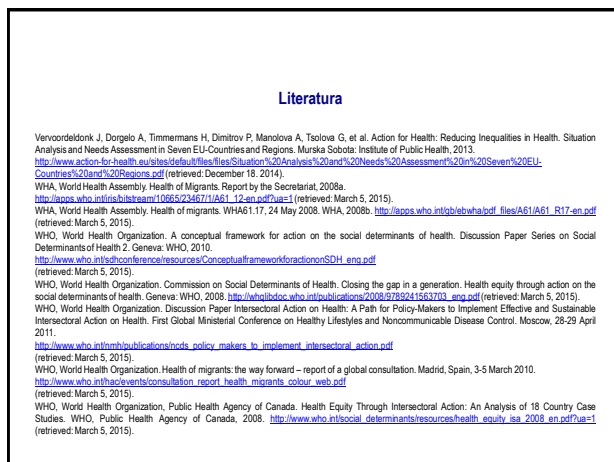
McQueen DV, Wisnar M, Lin V, Jones CM, Davies M. Intersectoral Governance for Health in All Policies. Structures, actions and experiences. *Observatory Studies Series 26* Copenhagen: WHO, World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, 2012. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/171707/intersectoral-governance-for-health-in-all-policies.pdf (retrieved: March 5, 2015).

Ministry of Health and Social Policy of Spain. Moving forward Equity in Health: Monitoring Social Determinants of Health and the Reduction of Health Inequalities. An independent expert report commissioned through the Spanish Presidency of the EU. Madrid: Ministry of Health and Social Policy of Spain, 2010. https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/PresidenciaUE_2010/conferenciaExpertos/docs/haciadEquidadEnSalud_en.pdf (retrieved: March 5, 2015).

Red list. Red Immigration y Salud. Cuadernos audiovisuales para formación de profesionales en habilidades de comunicación con poblaciones inmigrantes (DVD).

Risler J, Ares P. Manual de mapeo colectivo: recursos cartográficos críticos para procesos territoriales de creación colaborativa. Buenos Aires: Tinta Límón, 2013. (retrieved: March 5, 2015).

Sáhn T, Wisnar M, Ollila E, Laitinen E, Leppo K. Health in All Policies. Prospects and potentials. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, European Observatory on Health Systems and Policies, 2006, p. 5. http://ec.europa.eu/health/ph_inform/observatory/health_in_all_policies.pdf (retrieved: March 5, 2015).





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

MODUŁ DODATKOWY 1: GRUPY DOCELOWE

Część 2: Migranci w nieregulowanej sytuacji

Przygotowanie: Amets Suess, Andalusian School of Public Health, 2015
Tłumaczenie: Anna Szetela, Instytut Zdrowia Publicznego UJ CM, 2015

Plan sesji

- Prezentacja:
 - ✓ Pojęcia
 - ✓ Europejskie badania porównawcze
 - ✓ Wpływ obecnego kryzysu ekonomicznego
 - ✓ Bariery w skutecznym dostępie do świadczeń
 - ✓ Rekomendacje z raportów porównawczych
- Ćwiczenie: Strategie poprawy dostępności do świadczeń dla migrantów w nieregulowanej sytuacji

Migranci w nieregulowanej sytuacji: pojęcia

- Określenia
 - ✓ "Nielegalni migranci"
 - ✓ "Nieudokumentowani migranci"
 - ✓ "Nieregulami migranci"
 - ✓ "Migranci w 'nieregulanej' sytuacji"
 - ✓ "Migranci w nieregulowanej sytuacji"
- Dyskusje polityczne i teoretyczne na temat korzystania z terminologii
- Złożony charakter statusu migranta
- Terminologia używana w projekcie MEM-TP w języku polskim :
 - ✓ "Migranci w nieregulowanej sytuacji"
 - ✓ Zamysł opiera się na idei, że to nie osoba jest „nielegalna” – to jej status administracyjny nosi takie cechy

Duwell, et al. 2008; Global Commission on International Migration 2005; Mock-Muñoz de Luna, et al. 2015; Morehouse, et al. 2001; PICUM 2014; Volmer 2011.

Migranci w nieregulowanej sytuacji Europejskie badania porównawcze

- Badania porównawcze
 - ✓ Autorzy indywidualni
 - ✓ Agencje europejskie
 - ✓ Stowarzyszenia zawodowe
 - ✓ Organizacje społeczne
- Zagadnienia
 - ✓ Obszar międzynarodowych i europejskich praw człowieka
 - ✓ Analizy uprawnień do świadczeń
 - ✓ Bariery w skutecznym dostępie do świadczeń
 - ✓ Ryzyko zdrowotne związane z ograniczeniem/brakim dostępu do świadczeń
 - ✓ Rola lokalnych i regionalnych polityk zdrowotnych
 - ✓ Wpływ obecnego kryzysu ekonomicznego i systemowego
 - ✓ Rekomendacje

Blewas, et al. 2011; Cuadro 2011; Dauvin, et al. 2012; Duwell, et al. 2009; FRA, European Union Agency for Fundamental Rights 2011a, 2011b; HUMA Network, et al. 2009; 2010; Kari-Trummer et al. 2010; Medicins du Monde, et al. 2008; 2012; 2013; PICUM, et al. 2009a, 2009b, 2009c; 2010; 2011; 2013a, 2013b, 2014a, 2014b; Ruiz-Casares, et al. 2010; Suess, et al. 2014a; Woodward, et al. 2014.

Migranci w nieregulowanej sytuacji Wpływ obecnego kryzysu ekonomicznego

- Obecna sytuacja grup szczególnie narażonych, w tym migrantów w nieregulowanej sytuacji, w 5 europejskich miastach (2012) oraz w 14 miastach 7 krajów Europy (2013).

- Wzrost bezrobocia i ksenofobii
- Ograniczanie uprawnień do świadczeń
- Wprowadzanie opłat za dostęp do świadczeń
- Wzrost barier dostępu do świadczeń
- Pogorszenie (samo)postrzeganego stanu zdrowia



Medicins du Monde 2012, 2013.

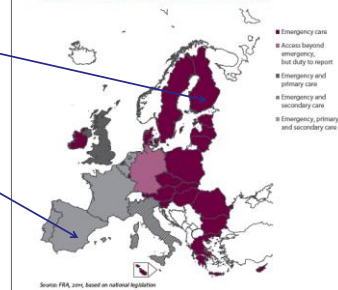
2013:

Szwecja:
Prawo o opiece zdrowotnej dla cudzoziemców mieszkających w Szwecji bez uprawnień

2012:

Hiszpania:
Dekret królewski 16/2012

Figure 6: General healthcare entitlements for migrants in an irregular situation, EUBy

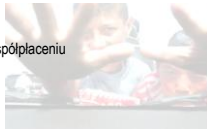


2011

FRA, European Union Agency for Fundamental Rights 2011a; PICUM 2014b.

Migranci w nieuregulowanej sytuacji Barier w dostępie do świadczeń

- Ograniczenie lub brak uprawnień
- Brak świadomości istnienia uprawnień wśród profesjonalistów, administracji i migrantów
- Złożoność procedur administracyjnych
- Obowiązek opłaty w systemach opartych na współpłaceniu
- Obawa przed wydaniem (deportacją)



Amnesty International 2007; Blowes, et al. 2011; Committee on Civil Liberties, Justice and Home Affairs, 2007; Cuadra 2011; Davariri, et al. 2012; Duvel, et al. 2009; FRA, European Union Agency for Fundamental Rights 2011a, 2011b, 2011c; HUMA Network, et al. 2009, 2010; Karf-Trummer et al. 2010; Médecins du Monde, et al. 2009, 2012, 2013; PICUM, et al. 2009a, 2009b, 2009c, 2010, 2012, 2013a, 2013b, 2014a, 2014b; Ruiz-Casares, et al. 2010; Sassi et al. 2014a; UN 2012, 2013; Woodhead, et al. 2014.

Migranci w nieuregulowanej sytuacji Barier w dostępie do świadczeń

- Aspekty kulturowe
- Poprzednie doświadczenia dyskryminacji
- Rzykowna sytuacja społeczno-ekonomiczna, z częstymi zmianami miejsca pobytu, wyjazdami
- Przypadki odmowy świadczeń pomimo posiadanych uprawnień
- Obawa przed negatywnymi skutkami zdiagnozowania HIV na proces uzyskiwania prawa pobytu
- Trudności w dostępie do właściwej opieki w ośrodkach detencyjnych



Amnesty International 2007; Blowes, et al. 2011; Committee on Civil Liberties, Justice and Home Affairs, 2007; Cuadra 2011; Davariri, et al. 2012; Duvel, et al. 2009; FRA, European Union Agency for Fundamental Rights 2011a, 2011b, 2011c; HUMA Network, et al. 2009, 2010; Karf-Trummer et al. 2010; JRS-Europe, 2010; Médecins du Monde, et al. 2009, 2012, 2013; Médecins Sans Frontières s.a.; PICUM, et al. 2009a, 2009b, 2009c, 2010, 2012, 2013a, 2013b, 2014a, 2014b; Ruiz-Casares, et al. 2010; Sassi et al. 2014a; UN 2012, 2013; Woodhead, et al. 2014.

Migranci w nieuregulowanej sytuacji Rekomendacje z raportów porównawczych

- Uprawnienia do świadczeń
 - ✓ Sprawiedliwość warunków w porównaniu z populacją ogólną (świadczenia ze środków publicznych, zwrot kosztów lub współpłacenie), bez względu na narodowość, status administracyjny czy zatrudnienie
 - ✓ Dostęp do wszystkich poziomów opieki zdrowotnej, nie tylko do świadczeń z zakresu ratownictwa
 - ✓ Zaprzestanie kontroli ze strony służb migracyjnych na czas udzielania świadczeń
 - ✓ Utrzymanie uprawnień do świadczeń w sytuacji kryzysu ekonomicznego
- Poprawa dostępu do świadczeń
 - ✓ Usunięcie barier kulturowych, społecznych, strukturalnych
 - ✓ Dostarczanie świadczeń bez dyskryminacji
 - ✓ Poprawa opieki w ośrodkach detencyjnych
 - ✓ Rola lokalnych i regionalnych polityki i działań

Amnesty International 2007; Blowes, et al. 2011; Committee on Civil Liberties, Justice and Home Affairs, 2007; Cuadra 2011; Davariri, et al. 2012; Duvel, et al. 2009; FRA, European Union Agency for Fundamental Rights 2011a, 2011b, 2011c; HUMA Network, et al. 2009, 2010; Karf-Trummer et al. 2010; JRS-Europe, 2010; Médecins du Monde, et al. 2009, 2012, 2013; Médecins Sans Frontières s.a.; PICUM, et al. 2009a, 2009b, 2009c, 2010, 2012, 2013a, 2013b, 2014a, 2014b; Ruiz-Casares, et al. 2010; Sassi et al. 2014a; UN 2012, 2013; Woodhead, et al. 2014.

Ćwiczenie:

Strategie poprawy dostępu dla migrantów w nieuregulowanej sytuacji

- Prezentacja metodyki
- W grupach
 - ✓ Strategie poprawy dostępu do świadczeń w twoim regionie/kraju
 - ✓ Priorytetyzacja strategii
- Wspólnie
 - ✓ Podsumowanie wyników pracy w grupach
 - ✓ Dyskusja



Dziękujemy za uwagę

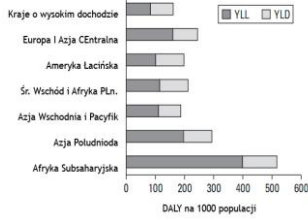
ONE WAY

Pictures: Andalusian Childhood Observatory (OIA, Observatorio de la Infancia de Andalucía) 2014; Jesús Marín Vega 2014; RedStar 2014; Morguella 2014.

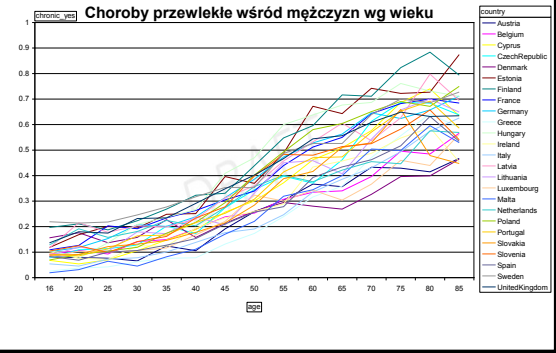
Literatura

- Amnesty International. Migration-Related Detention: A research guide on human rights standards relevant to the detention of migrants, asylum-seekers and refugees. London: AI, 2007.
<http://www.refugees.org/pdf/132b4322.pdf> (retrieved: March 5, 2015).
- Blowes 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.
- 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.
- Chiantera A, Horvat I, Ciancimino A, Vaccaro G, Lantini K, Bodewes A, Suurmond J. Final Report Review of existing training materials. MEM-TIP: Training packages for health professionals to improve access and quality of health services for migrants and ethnic minorities, including the Roma. Granada, Regio Emilia, Amsterdam: Andalusian School of Public Health, AYSL of Regio Emilia, University of Amsterdam, 2015.
- Davariri M, Lorant V, Sandhu S, et al. Health care for irregular migrants: pragmatism across Europe. A qualitative study. BMC Res Notes 2012;5:99.
- Duvel F, Triandafyllidou A, Volmer 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://mgall.eu/migration/ethics3_upload/groups/14/Background_Information/4.1.Methodology/EthicalissuesirregularMigration_Clanestino_Report_Nov09.pdf (retrieved: March 5, 2015).
- European Commission. Migrant access to social security and healthcare: policies and practice. European Migration Network Study 2014. Brussels: European Commission, 2014.
http://ec.europa.eu/dgs/home-affairs/what-we-do/networks/european_migration_network/reports/docs/emn_study/emn_synthesis_report_migrant_access_to_social_security_2014_en.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/dgs/del/del/fra_upload/7827.FRA_2011_Migrants_in_an_irregular_situation_EN.pdf (retrieved: March 5, 2015).
- FRA. European Union Agency for Fundamental Rights. Migrants in an Irregular Situation: Access to Health Care in 10 European Union Member States. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2011b.
- FRA. European Union Agency for Fundamental Rights. 2011-FRA-2011-Fundamental-rights-for-irregular-migrants-healthcare_EN.pdf (retrieved: March 5, 2015).
- GCM. Global Commission on International Migration. Migration in an interconnected world: New directions for action. Report of the Global Commission on International Migration. Geneva: GCM, 2005.
<http://www.unhcr.org/refugees/pdf/gcm-report2005.pdf> (retrieved: March 5, 2015).

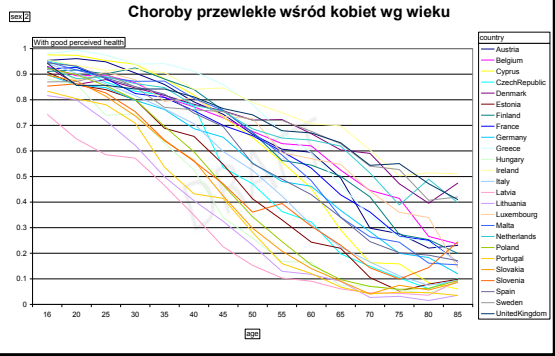
Wykres YLL i YLD w regionach świata, 2004



Choroby przewlekłe wśród mężczyzn wg wieku



Choroby przewlekłe wśród kobiet wg wieku

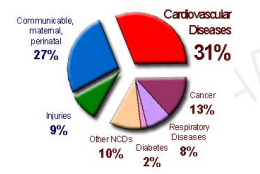


Healthy Life Years (HLY) in the European Union - Women - EHLEIS Release April 19, 2012 (www.eurhex.eu)

COUNTRY/ YEAR	Life expectancy (years)			Healthy Life Years (HLY)			Proportion HLY/AE (%)		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2009	2010
Austria	83.3	83.2	83.5	59.7	60.8	60.7	71.6	73.0	72.6
Belgium	82.6	82.8	-	64.2	63.7	-	77.8	76.9	-
Belgium	77.0	77.4	77.4	65.7	65.9	67.2	85.3	85.1	86.9
Cyprus	83.1	83.7	-	65.5	66.4	-	78.8	79.4	-
Czech Republic	80.5	80.5	80.9	63.4	62.7	64.6	78.8	77.8	79.8
Denmark	81.0	81.1	81.4	61.0	60.3	61.9	75.3	74.4	76.0
Estonia	79.5	80.2	80.8	57.5	59.2	58.1	72.3	73.8	72.0
Finland	83.3	83.5	83.5	59.5	58.3	57.8	71.4	69.9	69.2
France	84.8	85.0	85.3	64.6	63.3	63.5	76.1	74.4	74.4
Germany	82.7	82.8	83.0	57.7	58.0	58.6	69.8	70.1	70.6
Greece	82.1	82.7	82.8	66.1	66.7	67.6	80.3	80.7	81.7
Hungary	78.3	78.4	78.6	58.3	58.3	58.6	74.5	74.3	74.6
Ireland	82.4	82.5	83.2	65.0	65.1	66.9	78.8	79.0	80.4
Italy	84.5	84.6	-	61.9	62.5	-	73.2	73.9	-
Latvia	77.8	78.0	78.4	54.6	56.1	56.5	70.2	71.8	72.1
Lithuania	77.6	78.7	78.9	59.9	61.1	62.3	77.2	77.7	79.0
Luxembourg	83.1	83.3	83.5	64.4	66.2	66.0	77.5	79.4	79.0
Malta	81.9	82.7	83.6	72.1	71.0	71.6	88.0	85.8	85.7
Netherlands	82.5	82.9	83.0	59.9	60.0	60.2	72.7	72.4	72.6
Poland	80.0	80.1	80.7	63.0	62.5	62.2	78.7	77.9	77.1
Portugal	82.4	82.6	82.8	57.6	56.2	56.6	69.9	68.0	68.4
Romania	77.2	77.4	-	62.8	61.7	-	81.4	79.7	-
Slovak Republic	79.0	79.1	79.3	52.6	52.6	52.1	66.6	66.5	65.7
Slovenia	82.6	82.7	83.1	60.8	61.3	6	73.7	74.2	6
Spain	84.5	84.9	85.3	63.6	63.3	63.7	75.3	73.4	74.7
Sweden	83.3	83.5	83.6	69.0	69.6	71.0	82.3	83.3	84.9
United Kingdom	81.9	82.5	-	66.3	66.0	-	81.0	80.1	-
EU27	82.4	82.6	-	62.2	62.0	-	75.5	75.0	-

EHLEIS and EUROSTAT LE and HLY values may be slightly different (± 0.3) due to a recent change in the algorithm used by EUROSTAT to compute the life expectancy. EHLEIS will also introduce this modification.
 In SIC/GALI data need to be double checked for Slovenia as the 2010 values present large discrepancies with previous years.

Przyczyny zgonów - migranci



Problemy zdrowotne wydają się być bardziej związane z konkretnymi chorobami, a oczekiwane trwanie życia nie zawsze jest niższe niż mieszkańców urodzonych w kraju.

Source: World Health Statistics 2014

Total population

	Crude		Adjusted	
	RR	95% CI	OR	95% CI
Smoking prevalence	0.62	0.56-0.67	0.50	0.45-0.56
Overweight (BMI ≥ 25)	0.91	0.88-0.94	0.77	0.70-0.84
Obesity (BMI ≥ 30)	0.68	0.63-0.74	0.58	0.52-0.65
Hypertension	0.67	0.62-0.72	0.71	0.64-0.79
High blood cholesterol	0.83	0.77-0.90	0.88	0.78-0.99
Fair or poor health	0.94	0.87-1.01	0.81	0.74-0.90
Activity limitation	0.51	0.46-0.55	0.41	0.37-0.46
Mean bed disability days	-1.6	-2.6 to -0.7	-1.4	-2.5 to -0.4
Asthma prevalence	0.50	0.44-0.58	0.43	0.37-0.51
Diabetes prevalence	0.78	0.69-0.89	0.94	0.81-1.09
Heart disease prevalence	0.50	0.43-0.57	0.54	0.46-0.63
Lack of health insurance	2.61	2.47-2.75	2.65	2.46-2.87
Pap test use	0.90	0.87-0.92	0.61	0.53-0.69
Mammography use	0.90	0.86-0.95	0.90	0.77-1.07
Prostate cancer screening	0.77	0.67-0.88	0.77	0.61-0.97
Colorectal cancer screening	0.80	0.72-0.89	0.84	0.72-0.99

Singh GH et al. 2006

Nowotwory

Migranci z krajów nie-zachodnich charakteryzują się lepszymi wskaźnikami chorobowości i zgonów z powodu wszystkich typów raka w porównaniu z rdzennymi populacjami europejskich krajów goszczących. Wskaźniki dla migrantów są o **20–50% niższe**.

Wśród migrantów występuje większą skłonność do nowotworów **związanych z zakażeniami** doświadczonymi we wczesnym życiu, takich jak rak wątroby, szyjki macicy i żołądka.

Niemal wszystkie grupy migrantów, bez względu na płeć, wydają się wykazywać **wyższe ryzyko zgonu z powodu raka wątroby**, szczególnie dotyczy to populacji pochodzących z Bangladeszu i czarnoskórej ludności z Karaibów.

Romowie wykazują **częstsze występowanie** nowotworów niż nie-Romowie.

Arnold M. et al. 2010; Rachel B. et al. 2011

Choroby genetyczne

Niedokrwistość sierpowatokrwinkowa

Swoistość geograficzna i dziedziczna natura tych chorób sugerują, że obie choroby są prawdopodobnie obecne w społeczeństwach o dużej liczbie migrantów z basenu Morza Śródziemnego, Karaibów i Afryki.

Niedokrwistość tarczowatokrwinkowa

Thalassaemia, będąca pierwotnie chorobą krwi występującą w regionie Morza Śródziemnego, występuje również w UK wśród migrantów i mniejszości etnicznych pochodzących ze Środkowego Wschodu i Cypru. Istnieje coraz więcej dowodów jej stosunkowo wysokiego rozpowszechnienia wśród **migrantów pochodzących z Pakistanu, Chin i Bangladeszu**.

ZNACZENIE PRAKTYK OPIEKI TRANSKULTUROWEJ



Wzory chorób przewlekłych są znacznie zróżnicowane w zależności od kraju, co znajduje obecnie odzwierciedlenie w wieloetnicznych populacjach europejskich. Stwarza to wyzwania dla epidemiologii, zdrowia publicznego i opieki klinicznej.

Bhopal R. et al. 2009



Pictures: Andalusian Childhood Observatory (OJA, Observatorio de la Infancia de Andalucía) 2014; Josefa Martín Vega 2014; Redlin 2014; Morguefile 2014.

References

- Modesti PA, Agostoni P, Agemang C. & cols. Cardiovascular risk assessment in low-resource settings: a consensus document of the European Society of Hypertension Working Group on Hypertension and Cardiovascular Risk in Low Resource Settings. *J Hypertens*. 2014 May;32(5):951-60.
- Cappuccio FP, Oakehott P, Strazzullo P, Kerry SM. Application of Framingham risk estimates to ethnic minorities in United Kingdom and implications for primary prevention of heart disease in general practice: cross sectional population based study. *BMJ* 2002; 325:1271–1276
- Mladovsky P. Research Note : Migration and health in the EU. The London School Of Economics And Political Science. European Commission. 2007
- Dobranici M, Buzea A, Popescu R. The cardiovascular risk factors of the Roma (Gypsies) people in Central- Eastern Europe : a review of the published literature. *J Med Life*. 2012;5(4):382-9.
- Fernandes A, Pereira J. Health and Migration in the EU: Better health for all in an inclusive society. 2009. Instituto Nacional de Saude Doutor Ricardo Jorge
- Vozarova de Courten B, de Courten M, Hanson RL, Zahorskaova PH, Vozar J. Higher prevalence of type 2 diabetes, metabolic syndrome and cardiovascular diseases in gypsies than in non-gypsies in Slovakia. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2003;62(2):95-103.
- Vandenheede H, Deboosere P, Stirbu J, Agemang CO, S Harding Juel K, Rafnsson SB, Regidor E, G Rey, Rosato M, Mackenbach JP, Kunst AE. Migrant mortality from diabetes mellitus across Europe: the importance of socio-economic change. *Eur J Epidemiol*. 2012 Feb; 27 (2): 109-17
- Arnold M, Razum O, Coebergh J-W. Cancer risk diversity in non-western migrants to Europe. An overview of the literature. *Eur J Cancer [Internet]*; Elsevier Ltd. 2010 Sep;49(14):2647–59.
- Rachel B, Mladovsky P, Deville W, Rijks B, Petrova-Benedict R, McKee M. Migration and health in the European Union. 2011. European Observatory on Health Systems and Policies Series.
- The 2006 Revision and World Urbanization Prospects: The 2005 Revision. <http://esa.un.org/unpop>. Wednesday, March 12, 2008



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

MODUŁ DODATKOWY 2: SPECYFICZNE PROBLEMY ZDROWOTNE

Część 2: Choroby zakaźne

Przygotowanie: M^a Victoria López Ruiz, Andalusian School of Public Health, 2015
Adaptacja: Roman Topór-Mądry, Instytut Zdrowia Publicznego UJ CM, 2015
Tłumaczenie: Anna Szetela, Instytut Zdrowia Publicznego UJ CM, 2015

Gruźlica

HIV/AIDS

Wirusowe zapalenie wątroby

Choroby przenoszone drogą płciową

Szczepienia: odra & różyczka

Gruźlica

W roku 2011 na świecie odnotowano 8.7 miliona przypadków, co odpowiada 125 przypadkom na 100000 populacji.

TB była też odpowiedzialna za 1.4 miliona zgonów million deaths with 430 000 deaths in individuals infected with HIV.

Udział procentowy przypadków TB wśród migrantów wzrósł od 10% w roku 2000 do około 25% w roku 2010.

Percentage of TB cases reported in the EU/EEA Member States by migration status, 2010
ECDC Report on migration and infectious diseases in the EU 2014

Gruźlica

- ✓ Deprywacja materialna wydaje się być o wiele poważniejszym czynnikiem ryzyka niż w kraju pochodzenia.
- ✓ Wielu migrantów doświadcza TB w reakcji na status społeczno-ekonomiczny w kraju goszczącym.

Migranci, którzy przyjeżdżają do kraju goszczącego mając już w przeszłości incydent z TB, mogą wykazywać ryzyko nawrotu choroby w związku z przeludnieniem i słabą wentylacją w miejscu zamieszkania, tęsknotą oraz niewłaściwym żywieniem.

Niski jest stopień przekazywania TB populacji lokalnej; transmisja jest częstsza pomiędzy samymi migrantami bądź ludźmi z podobnych warunków społeczno-ekonomicznych.

Opanowanie TB wśród migrantów pozostaje przede wszystkim kwestia związana z indywidualnym prawem dostępu do świadczeń diagnostycznych i terapii uleczalnych chorób zakaźnych.

ECDC Report on migration and infectious diseases in the EU 2014; Saez-Plaza et al. 2009

Gruźlica

NIE WSZYSTKIE POLITYKI SCREENINGOWE I PRAKTYKI SĄ PODOBNE

13 spośród 27 krajów UE ma specyficzne programy screeningowe dla gruźlicy wśród migrantów, skierowane przeważnie na grupy uchodźców i ubiegających się o status uchodźcy.

REVIEW

Migrant tuberculosis screening in the EU/EEA: yield, coverage and limitations

S. Klinkenberg¹, D. Manziaris², J.C. Serrano³ and S. Tenover⁴

Fernandes a. et al. 2009; Klinkenberg et al. 2009

SCREENING TBC??

Dane nie wskazują na różnice skuteczności trzech głównych strategii:

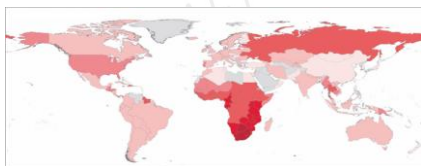
- 1) screening w miejscu wjazdu
- 2) screening tuż po przybyciu do ośrodka rejestracyjnego/pobytowego
- 3) screening w społeczności po przybyciu do krajów Unii Europejskiej

SCREENING TBC??

Niektórzy autorzy uważają, że nie ma dowodów na to, by bycie migrantem stanowiło niezależny czynnik ryzyka dla TB, dlatego musi być istotny ten sam środek, co w kraju pochodzenia: wczesna diagnostyka.

HIV/AIDS

Szacuje się, że w 2012 roku na świecie 35 milionów ludzi żyło z HIV i że nastąpiło 1,6 miliona zgonów spowodowanych AIDS. Większość nosicieli HIV (25 milionów) to ludność Afryki subsaharyjskiej, gdzie najpowszechniejszą drogą przeniesienia jest droga płciowa, a częstość występowania w populacji dorosłych jest szacowana na 4,7%.

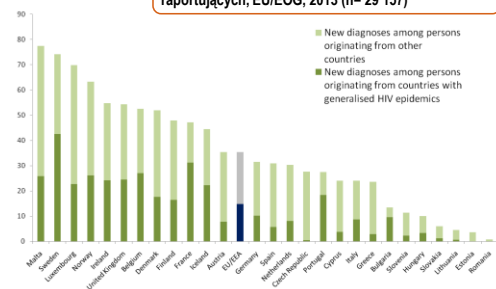


European Centre for the Epidemiological Monitoring of HIV/AIDS, 2013

Country	HIV Prevalence (%)
Southern Africa:	
South Africa	17.9
Botswana	23
Swaziland	26.5
West Africa:	
Senegal	0.5
Cameroon	4.5
Nigeria	3.1
East Africa:	
Kenya	6.1
Uganda	7.2
Tanzania	5.1

HIV/AIDS

Diagnoza HIV wśród migrantów, wg krajów raportujących, EU/EOG, 2013 (n= 29 157)



Source: ECDC/WHO (2014). HIV/AIDS Surveillance in Europe, 2013

Podstawowe zasady ECDC odnoszące się do testów na obecność HIV zakładają dobrowolność, poufność oraz wyrażenie świadomej zgody. Zaleca się również, by osobom z pozytywnym wynikiem testu umożliwiony został dostęp do leczenia, opieki i prewencji. Podkreśla się, że winno to dotyczyć wszystkich obciążonych ryzykiem oraz zakażonych HIV, w tym migrantów w nieuregulowanej sytuacji.

Pomimo tego, w wielu krajach Europy migranci doświadczają barier prawnych, administracyjnych, kulturowych i językowych w dostępie do testów na obecność HIV.

Dane raportowane do ECDC w ramach realizacji deklaracji dublińskiej pokazują, że jakkolwiek liczne kraje UE/EOG identyfikują migrantów jako istotną subpopulację w kontekście HIV, nieliczne wdrożyły odpowiedni system nadzoru dla tej grupy.

ECDC Report on migration and infectious diseases in the EU, 2014

Należy rozważyć następujące kwestie w odniesieniu do **pacjenta migranta z HIV:**

- ✓ "Rzadkie" podtypy: podtyp D
- ✓ Powszechne infekcje, np. gruźlica, wzw i choroby przenoszone drogą płciową
- ✓ Infekcje endemiczne, np. malaria
- ✓ Hepatotoksyczność: efekty uboczne antyretrowirusowego i medycznego leczenia gruźlicy
- ✓ Zespół reaktywacji immunologicznej
- ✓ Choroby metaboliczne: niedobór dehydrogenazy glukozy-6-fosforanu

WZW

- ✓ **Hepatitis A** jest przenoszony głównie przez skażoną żywność i wodę, zakażenie może się jednak pojawić przez wstrzykiwanie narkotyków czy kontakt seksualny.
- ✓ Niewielkie są dowody wskazujące na to, że hepatitis A w Europie jest powiązana z migracją.

- ✓ WHO szacuje, że w skali globalnej 3,0% populacji zostało zakażonych wirusem **hepatitis C** i że powyżej 150 milionów ludzi cierpi na przewlekłe schorzenie.
- ✓ Ponad 350 000 ludzi umiera corocznie w rezultacie chorób wątroby powiązanych z HCV.
- ✓ Trzy najbardziej dotknięte kraje to Egipt, Pakistan i Chiny, ze wskaźnikami HCV szacowanymi odpowiednio na 22%, 4,8% i 3,2%.
- ✓ W Europie HCV występowanie HCV jest niskie, ocenia się je na 0,1–5,6% ogólnej populacji. Najwyższy wskaźnik notuje się dla krajów Europy południowej i wschodniej.

ECDC Report on migration and infectious diseases in the EU, 2014

OPEN ACCESS Freely available online

PLOS ONE

Seroprevalence of Chronic Hepatitis B Virus Infection and Prior Immunity in Immigrants and Refugees: A Systematic Review and Meta-Analysis

Carmina Rossi^{1,2,3}, Ian Sklar^{1,2}, Lee Marshall¹, Sonya Crossen¹, Kevin Schwartzman^{1,3}, Marina B. Klein^{2,4}, Guido Schwarzer^{1,5,6}, Chris Greenaway^{1,6,7}

1 Centre for Clinical Epidemiology and Community Studies of the Lady Davis Institute for Medical Research, Montreal, Canada, **2** Department of Epidemiology, Biostatistics & Occupational Health, McGill University, Montreal, Canada, **3** Department of Epidemiology and Global Health, McGill University, Montreal, Canada, **4** Division of Infectious Diseases, McGill University Health Centre, McGill University, Montreal, Canada, **5** Institute of Medical Biometry and Medical Informatics, University of Fribourg, Fribourg, Switzerland, **6** Division of Infectious Diseases, Jewish General Hospital, McGill University, Montreal, Canada

Prawie 3.5 miliona migrantów i uchodźców było chronicznie zakażonych HBV. Wskaźnik migrantów z chronicznym zakażeniem hepatitis B wynosił od 3.7% w Hiszpanii do 6.9% w Irlandii, z największą liczbą przypadków w Niemczech (284 000), Włoszech (201 000), UK (194 000), Hiszpanii (128 000) i Francji (114 000).

Rossi C. et al. 2012

OPEN ACCESS Freely available online

PLOS ONE

Seroprevalence of Chronic Hepatitis B Virus Infection and Prior Immunity in Immigrants and Refugees: A Systematic Review and Meta-Analysis

Carmina Rossi^{1,2,3}, Ian Sklar^{1,2}, Lee Marshall¹, Sonya Crossen¹, Kevin Schwartzman^{1,3}, Marina B. Klein^{2,4}, Guido Schwarzer^{1,5,6}, Chris Greenaway^{1,6,7}

szonych B wynosił 3.7% w Hiszpanii

Rossi C. et al. 2012

WZW

- ✓ **HBsAg+** jest wykazywany w 5-20% populacji subsaharyjskiej, w 10-15% grup Azji Południowo-Wschodniej i w mniejszym stopniu w innych grupach.
- ✓ **AntiHc+** pojawia się w 7-10% grup subsaharyjskich, 2% Azji Południowo-Wschodniej, <1% z Północnej Afryki, Europy i Ameryk.
- ✓ **Hepatitis A i E** są ostre. Większość ludzi nabawiła się ich w okresie dorostania.

Migration, hepatitis B and hepatitis CECCDC Report on migration and infectious diseases in the EU 2014

WZW

- ✓ Niektóre badania w Hiszpanii wykazały, że wskaźnik zakażeń HBV wśród hiszpańskich populacji romskich wynosi 29%.
- ✓ Hepatitis C występuje znacznie częściej wśród **Romów**, niż w populacji ogólnej, głównie za przyczyną częstszego sięgania po narkotyki w tej mniejszości etnicznej.
- ✓ Wysoki poziom infekcji hepatitis A i B (mogących być przekazanych dziećmi) wykazały także badania kobiet romskich w czasie ciąży.

Vitro Ruiz MT. et al. 1993; Hajji S. et al. 2000

Przekrojowe podejście UE do screeningu byłoby korzystne, zwiększyłoby bowiem wysiłki w celu zapewnienia migrantom dostępu do diagnostyki HBV i odpowiedniego dalszego postępowania.

Należy więc zwrócić uwagę na testy HBsAg dla wszystkich osób urodzonych w krajach o wskaźniku występowania HBsAg $\geq 2,0\%$, kierowanie zakażonych na leczenie, dostępność testów i szczepień.

Dostępne dane sugerują, że hepatitis C stanowi problem wśród migrantów przybywających do krajów UE/EOG, dane są jednak niewystarczające, by ocenić skalę problemu. Konieczne są dodatkowe badania dla określenia epidemiologii hepatitis C wśród populacji migrantów w UE/EOG, jak również dla zidentyfikowania i wyłumaczenia różnic pomiędzy HCV wśród migrantów w kraju goszczącym i kraju pochodzenia.

CECCDC Report on migration and infectious diseases in the EU 2014

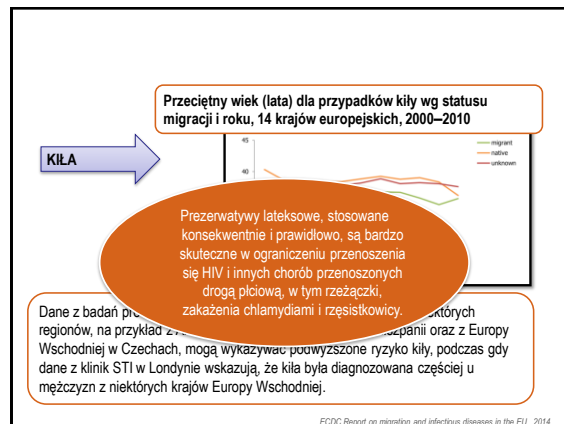
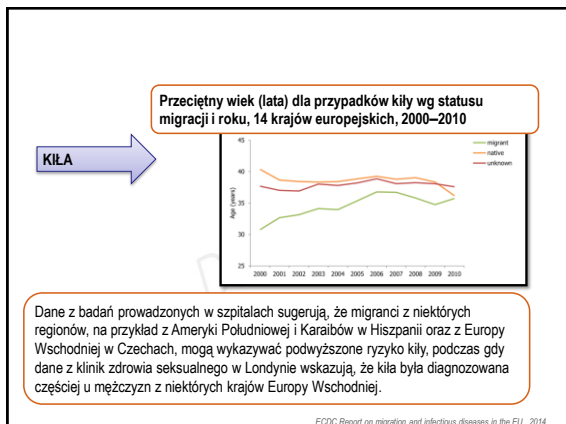
Choroby przenoszone drogą płciową

RZEŹĄCZKA

Dostępne dane są ograniczone i częściowo sprzeczne, trudno jest zatem wyciągać precyzyjne wnioski na temat rzeżączki wśród migrantów w UE/EOG. Dane te jednak pokazują niewielkie różnicowanie we wskaźnikach pomiędzy migrantami i nie-migrantami; sugerując jednocześnie zauważalne różnice między migrantami i nie-migrantami pod względem drogi przeniesienia rzeżączki i występowania jej wśród pracowników sex-biznesu.

Country	migrant	native	unknown
Romania	~80%	~80%	~80%
Slovenia	~80%	~80%	~80%
Norway	~80%	~80%	~80%
Slovakia	~80%	~80%	~80%
Sweden	~80%	~80%	~80%
Lithuania	~80%	~80%	~80%
Italy	~80%	~80%	~80%
Estonia	~80%	~80%	~80%
Cyprus	~80%	~80%	~80%
Belgium	~80%	~80%	~80%
Luxembourg	~80%	~80%	~80%
Portugal	~80%	~80%	~80%
Iceland	~80%	~80%	~80%
Denmark	~80%	~80%	~80%
Czech Republic	~80%	~80%	~80%
Malta	~80%	~80%	~80%
EUROPE	~80%	~80%	~80%
Finland	~80%	~80%	~80%
Netherlands	~80%	~80%	~80%
France	~80%	~80%	~80%
Austria	~80%	~80%	~80%

CECCDC Report on migration and infectious diseases in the EU 2014



Szczepienia przeciwko odrze i różyczce

Niektóre grupy migrantów mogą wykazywać podwyższone ryzyko, włączając starsze dzieci i młodszych dorosłych oraz osoby w słabszej kondycji społeczno-ekonomicznej, głównie za przyczyną niskiego stopnia zaszczepienia.

Podkreślić zatem należy konieczność zwiększenia wysiłków dla podwyższenia stopnia zaszczepienia, w tym szczepień wychwytyjących, poprawy świadczeń w tym zakresie oraz zapewnienia migrantom i innym grupom wrażliwym dostępności opieki zdrowotnej.

Review of outbreaks and barriers to MMR vaccination coverage among hard-to-reach populations in Europe. Stockholm: ECDC, 2012

Szczepienia muszą być zaadaptowane indywidualnie, w zależności od pochodzenia i wcześniejszej historii. Każdy kraj UE ma w tym zakresie odrębne regulacje.

http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/immunization_Summary_2013.pdf?ua=1

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/187347/The-Guide-to-Tailoring-Immunization-Programmes-TIP.pdf?ua=1

Romowie

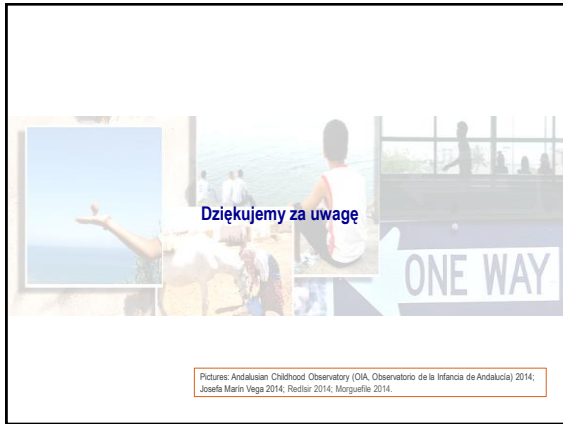
- ✓ Aktualne, zakrojone na szeroką skalę badania do chorób zakaźnych w populacji Romów nie są łatwo dostępne. Dane są często stare, odnoszą się do niewielkiej grupy, w niektórych przypadkach były zbierane w trakcie wybuchu choroby.
- ✓ Niektóre z badań pokazują wyższy wskaźnik występowania chorób zakaźnych bądź ryzyko wybuchu epidemii (w tym odry i hepatitis A) wśród Romów, którzy generalnie są dyskryminowani w porównaniu z resztą populacji.
- ✓ Dane na temat HIV/Aids są bardziej przemieszane, jakkolwiek istnieją raporty wskazujące na szybki progresję choroby.
- ✓ Brakuje danych na temat szczepień w populacji romskiej.
- ✓ Dostępne dane sugerują, że populacji Romów, szczególnie migranci romscy, wykazują niższy bądź o wiele niższy stopień szczepień, z pewnymi wyjątkami (Chorwacja, Węgry i Czechy).

Roma Health Report. Health status of the Roma population. 2014

Romowie

- ✓ Akcja szczepienia dzieci pochodzenia romskiego: odra, świnka, różyczka
- ✓ Wrocław, maj 2015

Wisewroclaw.pls.gov.pl/?news=139 (dostęp: wrzesień 2015).



Literatura

ECDC Report on migration and infectious diseases in the EU. Available from: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/assessing-harvest-disease-migrant-populations.pdf>

Fernandes A, Pereira J. Health and Migration in the EU: Better health for all in an inclusive society, 2009. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Available from: <http://www.portalsaude.pt/NR/rdonlyres/899168BA-2C9C-48D0-879C-DEA270A8A5C7/18919/HealthMigrationEU2.pdf>

Kirkenberg E¹, Maitisano D, Samencia JC, Verwee S. Migrant tuberculosis screening in the EU/EEA: yield, coverage and limitations. Eur Respir J. 2009 Nov; 34 (5): 1180-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19866813>

Sanz-Pérez O, Caminero-Luna JA. Tuberculosis and migration in Spain. Evidence and Controversies. Med Clin. 2006;126(7):259-69. Available from (in spanish): http://scisearch.enharmark.net/server/?i=10&idcent_articulo=15085389&idcent_usuario=0&idcent_documento=&idcent_revista=28&i=271&tipo=1&orden=consecutivo&web=www.albar.es&user.es&car=sk&idcent=27126077a13085389&id=001.pdf

European Centre for the Epidemiological Monitoring of HIV/AIDS, WHO and UNAIDS Collaborating Centres on HIV/AIDS. HIV/AIDS surveillance in Europe 2013. Available from: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/hiv-aids-surveillance-report-Europe-2013.pdf>

Rossi C, and col. Seroprevalence of chronic hepatitis B virus infection and prior immunity in immigrants and refugees: a systematic review and meta-analysis. Plos One. 2012;7(9):e44611. doi: 10.1371/journal.pone.0044611. Epub. 2012 Sep 5.

Vitro Ruiz MT, Marin Alcalá MP, Pascual Val T, Lopez Moras C, Aramburu Bergua I, Zubicoa Ventura J. Endemic hepatitis B in 2 marginal ethnic minorities. Comparative study (in Spanish). Med Clin (Barc). 1993; 101: 245 - 8.

Hajó S, Mokke M. The health of the Roma people : a review of the published literature. J Epidemiol Community Heal. 2000;54:864-9.

Roma Health Report. Health status of the Roma population. Data collection in the Member States of the European Union. EU. 2014. Available from: http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/2014_roma_health_report_en.pdf

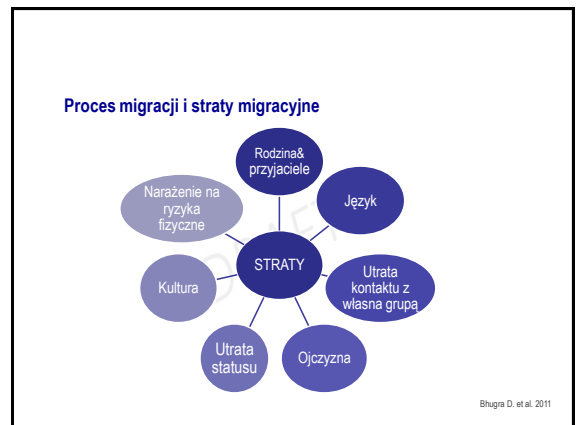
Training packages for health professionals to improve access and quality of health services for migrants and ethnic minorities, including the Roma

MODUŁ DODATKOWY 2. SPECYFICZNE PROBLEMY ZDROWOTNE
Część 3: Zdrowie psychiczne

Przygotowanie: M^a Victoria López Ruiz, Andalusian School of Public Health, CM, 2015
Adaptacja: Roman Topór-Mądry, Instytut Zdrowia Publicznego UJ CM, 2015
Tłumaczenie: Anna Szetela, Instytut Zdrowia Publicznego UJ CM, 2015

- Migracja a zdrowie psychiczne**
- Proces migracji i żaloba migracyjna**
- Depresja**
- Samobójstwa**
- Schizofrenia**
- Uzależnienia**
- Zdrowie psychiczne w populacji romskiej**

- Migracja sama w sobie nie stanowi przyczyny choroby psychicznej
 - Może być uważana za „stresujące” życiowe przypadki i generator niepokoju”
 - Może zostać zaliczona do kategorii traum znanych jako „kumulatywne” i „stresujące”.
 - Uchodźcy i ubiegający się o status uchodźcy, wraz z migrantami w nieudokumentowanej sytuacji, są narażeni na szczególne ryzyko, z uwagi na kłopotliwe położenie w przeszłości i obecnie.
- Council of Europe: Health conditions of migrants and refugees in Europe, 2000; Carta, M.G. et al. 2005
- Z powodu zróżnicowanych warunków i zmiennych takich jak: motywacja migracji (np. osiedlenie, uchodźstwo, bycie *gastarbeiterem*); oddalenie od kultury goszczącej, zdolność do rozwijania struktur mediacji, status prawny pobytu, niemożliwym jest traktowanie „migrantów” jako grupy homogenicznej w odniesieniu do ryzyka choroby psychicznej.



Dokumentacja medyczna: Pozycje do wypełnienia przez migranta

Przed migracją	Przyczyna (n.p. studia, przyczyny ekonomiczne, polityczne), przygotowanie Grupowo czy pojedynczo Stopień kontroli nad migracją
Migracja	Jak dawno temu? Dlaczego? Wiek w momencie przybycia? Możliwy powrót czy pobyt na stałe? Status azylanta? Wcześniejsze doświadczenia
Po migracji	Aspiracje/osiągnięcia Akulturacja i dostosowanie Postawy wobec nowej kultury Postawy nowej kultury Dostępne/przystępne sieci wsparcia
Przeprowadzający wywiad	Własne wartości, uprzedzenia Świadomość mocnych i słabych stron własnej kultury <small>Bhugra D. et al 2011</small>

Cechy charakterystyczne żaloby migracyjnej

1. Jest częściowa
2. Jest powtarzająca się
3. Jest związana z głęboko zakorzenionymi aspektami infantrylnymi
4. Jest wielokrotna
5. Powoduje zmianę tożsamości
6. Powoduje regresję psychologiczną
7. Składa się z kilku faz
8. Podczas jej rozwoju występują różne mechanizmy obronne i strategie poznawcze
9. Towarzyszy jej ambiwalencja
10. Z powodu żaloby cierpią migranci w kraju goszczącym oraz ci pozostający w kraju pochodzenia
11. Powrót imigrantów to nowa migracja
12. Żaloba przechodzi z pokolenia na pokolenie

Achotegui, J. 2000.

"Poziom zaburzeń psychicznych wśród społeczności należy rozumieć mniej w kategoriach indywidualnego problemu zdrowotnego, a bardziej jako odpowiedź na relatywną deprivację i niesprawiedliwość społeczną, która wyczerpują emocjonalne, duchowe i intelektualne środki niezbędne do dobrego samopoczucia psychicznego" (Friedli WHO)

Możliwe determinanty społeczne zdrowia psychicznego w grupach mniejszości etnicznych :

- ✓ Bezrobocie
- ✓ Warunki mieszkaniowe
- ✓ Przychody
- ✓ Wykształcenie



Friedl 2009, Allen J. 2011

DEPRESJA- NIEPOKÓJ

SCHIZOFRENIA

SAMOBÓJSTWA

UZALEŻNIENIA

CHRONICZNY I WIELOKROTNY STRES

Zespoły uwarunkowane kulturowo:

- ✓ „Złe oko”
- ✓ Dhat (ubytek nasienia)
- ✓ Koro (obawa przed wciąganiem genitaliów)
- ✓ Jadłowstręt psychiczny



Depresja

Journal of Affective Disorders
Volume 137, Issues 1-3, Pages 219-239, January 2012

Depression in Europe: does migrant integration have mental health payoffs? A cross-national comparison of 20 European countries

Depression and generalised anxiety in the general population in Belgium: A comparison between native and immigrant groups

Michael Saraga^{1*}, Mehdi Ghaham-Razavi², Martin Preisig³

Symptoms, comorbidity, and clinical course of depression in immigrants: Putting psychopathology in context[®]

Depresja

Journal of Affective Disorders
Volume 137, Issue 1, 2013

Depression in Europe: does migrant integration have mental health payoffs? A cross-national comparison of 20 European countries

Depression and generalised anxiety in the general population in Belgium: A comparison between native and immigrant groups

Michael Saraga^{1*}, Mehdi Ghaham-Razavi², Martin Preisig³

Symptoms, comorbidity, and clinical course of depression in immigrants: Putting psychopathology in context[®]

Migranci wykazują wyższe wskaźniki depresji, przy czym cierpią szczególnie osoby urodzone poza Europą. To wyższe ryzyko depresji nie jest przypisywane statusowi mniejszości etnicznej, lecz głównie doświadczanym barierom w integracji społeczno-ekonomicznej i procesom dyskryminacji. Depresja i ogólny niepokój są częstsze w populacji z Turcji i Maroka niż wśród grup z Unii Europejskiej. Depresja wśród migrantów była wiązana z wyższą liczbą chorób towarzyszących (głównie pod postacią somatyczną i zaburzeń lękowych), wyższym stopniem ciężkości oraz jednorazowym, przewlekłym przebiegiem.

Samobójstwa

- ✓ Migranci z krajów, w których szczególnie wysokie jest ryzyko samobójstwa, to jest krajów Europy Północnej i Wschodniej, wykazywali wyższe wskaźniki samobójstw w porównaniu z grupami bez tła migracyjnego.
- ✓ Młode kobiety migrantki z Turcji, Afryki Wschodniej i Azji Południowej należą do grupy ryzyka.

CZYNNIKI RYZYKA

- ✓ Problem psychiatryczny
- ✓ Problem ze zdrowiem psychicznym
- ✓ Nadużywanie narkotyków lub alkoholu
- ✓ Traumatyczne doświadczenia w połączeniu z innymi czynnikami



Spallek J. et al. 2014

Schizofrenia



Migranci przybywający do Europy z Afryki i Karaibów wykazują 5-10-krotnie wyższy wskaźnik zapadalności na schizofrenię niż można by się spodziewać, zgodnie z wynikami wielu badań przy użyciu różnych metodologii w ostatnich dekadach; potwierdza się to dla kolejnych pokoleń.

Stat. Psychiatry Psychol Epidemiol. 2004 May;39(5):350-7
 Healthspan 07
 Author

Migration and schizophrenia: the challenges for European psychiatry and implications for the future.

Nierówności społeczne, podział rodziny, urbanizacja wydają się głównymi hipotezami proponowanymi jako wytłumaczenie wzrastających wskaźników chorób psycholecznych. Stres wynikający z samego procesu migracyjnego może mieć znaczenie w niektórych krajach, gdzie poszukujący azylu i uchodźcy tworzą największą grupę migrantów. Wskazane wyżej czynniki mogą współdziałać z wrażliwością genetyczną i nadużywaniem różnych substancji.



Wiedza na temat uzależnień migrantów w Europie jest ograniczona z uwagi na brak danych.

Bariera w dostępie do opieki:

- Trudności językowe
- Brak wiedzy
- Utrata praw pobytowych
- Kulturowe rozumienie przyczyn i leczenia

Uzależnienia

- ✓ Projekt SRAP badał procesy łączące młodych Romów z narkotykami, w kontekście działań prewencyjnych; prowadzony był w 6 krajach: Włoszech, Hiszpanii, Francji, Bułgarii, Rumunii i Słowenii
- ✓ Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) analizowało programy prewencji dla populacji mniejszości etnicznych w 29 krajach Europy.
- ✓ Komisja Europejska opisuje wpływ polityk kontroli niktynizmu na grupy społeczno-ekonomiczne w Europie w raporcie: "Identyfikacja najlepszych praktyk w działaniach dotyczących palenia tytoniu dla ograniczenia nierówności zdrowotnych"

European Commission, 2013; EMCDDA, 2013; Srsp, 2012

Zdrowie psychiczne w populacji Romów

- ✓ Romowie częściej cierpią na depresję i inne problemy psychiczne niż nie-Romowie.
- ✓ W kilku badaniach wykazano liczbę samobójstw i parasamobójstw w porównaniu z ogólną populacją. Odwrotnie, myśli samobójcze są zgłaszane jako mniej powszechne wśród Romów.
- ✓ Romskie dzieci: wyższe obciążenie problemami psychicznymi w porównaniu z rówieśnikami nie-Romami.

European Commission, 2014

Samocena stanu zdrowia imigrantów

Declared changes in the state of health

- 54% - health did not change
- 20% - health improved
- 26% - health deteriorated

Mental health

- most immigrants declared good mental state both in Norway (63%) and Poland (70%)
- overwhelming homesickness and mood swings are most frequently declared emotional problems among migrants
- migrants more often used external coping strategies in Poland than in Norway (lack of family and friends network)

Czapka 2010

STRATEGIE RADZENIA SOBIE Z PROBLEMEM

Ways of coping:	Poland (%)	Norway (%)
Waiting for the problem to be solved, trying to survive	28	30
Talking to friends, asking them for advice	53	47
Eating sweets or other comfort food	10	12
Seeking a psychologist's help	4	2
Drinking alcohol in order to forget about sorrows	5	4
Talking to relatives and asking them for help	40	32
Crying out of helplessness	8	15
Turning to a priest for help	3	3
Praying	36	36

Czapka 2010

ZDROWIE SPOŁECZNE

- **A very low social activity** – lack of participation in organisations and associations

- **Living in a social enclave**

80% of migrants declared spending their free time with Poles only!

Reasons for isolation reported by migrants:

Language barrier – 39%

Culture barrier – 12%

Lack of own engagement – 10%

Norwegian's attitude towards Poles:

„They seem nice and keep smiling but at the same time they keep us at a distance...If you really want to know, I feel that they consider themselves superior. But nobody will admit that.”

Czapka 2010

Dziękujemy za uwagę

ONE WAY

Pictures: Andalusian Childhood Observatory (OIA, Observatorio de la Infancia de Andalucía) 2014; Josefa Marin Vega 2014; Redstar 2014; Morguefile 2014.

Literatura

- Council of Europe: Health conditions of migrants and refugees in Europe. In Report of the Committee on Migration, Refugees and Democracy Doc 8650. Bruxelles: Council of Europe
- Carta, M.G., Bernal, M., Hardy, M.C. & Haro-Abad, J.M. Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group, appendix 1). Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2005; 1:13
- Bhugra D, Gupta S, Shiu K, Craig T, Dogra N. WPA guidance on mental health and mental health care in migrants. World Psychiatr. 2011;10(Febuary):2–10.
- Achotegui, J. 2000. Los duales de la migración. En Medicina y cultura. E. Perdigueru y J.M. Comelles (comp). Pag 88-100. Editorial Belaterra. Barcelona
- Allen J. Unequal Society. Ethnicity and Mental Health. UCL. Institute of Health Equity. Conference at the Institute of Psychiatry (Junio 2011)
- Leveque K, Van Rossem R (2014) Depression in Europe: does migrant integration have mental health payoffs? A cross-national comparison of 20 European countries. Etnn Health. 20(1)
- Saraga M, Gholam-Rezaee M, Preisig M. Symptoms, comorbidity, and clinical course of depression in immigrants: putting psychopathology in context. J Affect Disord [Internet]. Elsevier. 2013 Nov;151(2):795–9.
- Leveque K, Lodefeyckx I, Vlietinck J. Depression and generalised anxiety in the general population in Belgium: a comparison between native and immigrant groups. J Affect Disorders. 2007 Jan; 97 (1-3): 229-39
- Spallek J, Reeske A, Norredam M, Nielsen SS, Lehnhardt J, Razum O. Suicide among immigrants in Europe-a systematic literature review. Eur J Public Health [Internet]. 2014 Aug 5 1–9.
- Han Fung WL, Bhugra D, Jones PB. Ethnicity and mental health: the example of schizophrenia in migrant populations across Europe. Psychiatry. 2006. 5(11): 295-401
- Hutchinson G, Haasen C. Migration and schizophrenia: the challenges for European psychiatry and implications for the future. Soc. Psychiatry Epidemiol. 2004 May; 39(5): 350-7

- Lindert J, Schouler-Ocak M, Heinz a, Priebe S. Mental health, health care utilisation of migrants in Europe. Eur Psychiatry [Internet]. 2008 Jan;23 Suppl 1:14–20.
- Report on the health status of the Roma population in the EU and the monitoring of data collection in the area of Roma health in the Member States. European Commission. Pg. 2014.
- Understanding drug addiction in Roma and Sinti communities. SRAP. 2012. Available from: <http://ecap-project.eu/2013/08/14/understanding-drug-addiction-in-roma-and-sinti-communities/>
- Drug prevention interventions targeting minority ethnic populations: issues raised by 33 case studies. EMCDDA. Luxembourg: Publications Office of the European Union 2013. Available from: http://www.emcdda.europa.eu/system/uploads/attachment_data/file/197031/EN_TDXTA13001ENN.pdf
- Identifying best practice in actions on tobacco smoking to reduce health inequalities. European Commission. 2013. Available from: http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/2014_best_practice_report_en.pdf
- Czapka E.A. (2010) The Health of Polish labour immigrants in Norway. A research review. Norwegian Center for Minority Health Research.

DRAFT

© 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 holder.

© Círculo de Estudios Observatorio de la Infancia de Andalucía, Escuela Andaluza de Salud Pública
Junta de Andalucía



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 (Chafca) 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 Chafca or any other body in the European Union. The European Commission and/or Chafca 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.

5. Tłumaczenia filmów

Moduł 2, część 1

Tworzenie powiązań: nasze miasto, nasze społeczeństwo, nasze zdrowie

<https://www.youtube.com/watch?v=LMPQEMb0Trc>

Tłumaczenie: Kinga Sorkowska-Cieślak

Co jest dobre dla zdrowia?

I jak poruszać się w kierunku zdrowszej przyszłości?

Wielu Kanadyjczyków wierzy, że dobry system opieki zdrowotnej jest kluczem do zdrowia.

Dobre zdrowie to coś więcej niż lekarze, leki i szpitale.

Opieka zdrowotna to coś, do czego mamy dostęp, jeśli zachorujemy.

Niektóre z dzisiejszych najbardziej powszechnych problemów zdrowotnych to:

- Choroby serca
- Cukrzyca
- Otyłość dziecięca
- Depresja

Ale jakie są przyczyny tych problemów?

Jak często rozmawiamy o tym, co się dzieje przed wizytą u lekarza?

Spójrzmy na podstawowe różnice pomiędzy chorym a zdrowym społeczeństwem.

Zacznijmy od faktów.

Mimo, że imigranci są zdrowsi przybywając do Kanady, niż ludzie tu urodzeni, ich zdrowie pogarsza się z czasem.

Ludzie z niższymi dochodami częściej uskarżają się na złe zdrowie.

W okolicach, gdzie dobry transport, zdrowe jedzenie i usługi publiczne są trudne do osiągnięcia, występuje większy odsetek cukrzyków.

Dlaczego tak się dzieje?

Jak możemy przejść do zdrowszej przyszłości?

Żeby się tego dowiedzieć, musimy na chwilę wyjść poza system opieki zdrowotnej i mieć pełen obraz.

System opieki zdrowotnej, to coś co nas dotyczy kiedy już jesteśmy chorzy.

Spójrzmy na źródło problemu, bo jego zmiany dadzą korzyści nam wszystkim, niezależnie od tego, kim jesteśmy.

Mówimy o rzeczach takich jak: gdzie pracujemy, bawimy się, jemy i mieszkamy. Mówimy o społecznych uwarunkowaniach zdrowia.

Dostęp do opieki zdrowotnej jest ważnym społecznym uwarunkowaniem zdrowia, ale jest wiele równie ważnych elementów. Niektóre z nich mogą Was zaskoczyć: bezpieczna praca ze świadczeniami, bycie częścią

silnej społeczności, bezpieczny dom, sąsiedztwo parków i przestrzeni społecznych, dostęp do zdrowej i wartościowej żywności i możliwość edukacji.

Nasze zdrowie i dobre samopoczucie kształtowane jest przez życie codzienne i to, jak warunki ekonomiczne i społeczne wpływają na nas.

Te czynniki nie działają samodzielnie. Są one połączone, jak duża, skomplikowana sieć.

Zacznijmy tworzenie połączeń.

Dostęp do edukacji oznacza pozyskiwanie umiejętności do znalezienia zatrudnienia. Dobra i dobrze płatna praca oznacza, że stać Cię na mieszkanie i płacenie rachunków. Przystępne mieszkanie pozwala przeznaczyć Ci pieniądze na zdrowe jedzenie. Bezpieczne, dobrze skomunikowane ulice w sąsiedztwie, pozwalają Ci łatwo dotrzeć tam gdzie chcesz i z powrotem do domu.

Kiedy wszystko to jest dostępne, możemy łatwiej łączyć się z sąsiadami i społecznościami. Dla rodziców oznacza to również pomoc dzieciom w nauce. I nie zapominajmy, daje nam to dostęp do opieki zdrowotnej.

Poza wspomnianymi tutaj siedmioma uwarunkowaniami, jest ich wiele więcej.

A co z rasizmem, seksizmem i kulturowością?

Jakie uwarunkowania odgrywają rolę w Twoim zdrowiu?

Ponieważ wszystkie uwarunkowania są ze sobą ściśle połączone, jedna zmiana może wywołać dużo innych zmian, które wpływają na Twoje zdrowie.

Jeśli każde dziecko miało by dostęp do zdrowego jedzenia i bezpieczny dom, wyobraź sobie, jaki wpływ miało by to na jego edukację i zdrowie.

Połączenia i możliwości dla dobrego zdrowia są nieskończone. Od małej zmiany w Twoim sąsiedztwie, takiej jak czyste parki do wielkich kroków w polityce rządzących, możemy Tworzyć zdrowsze społeczeństwo, zdrowsze miasto, zdrowsze społeczeństwo, zdrowszego Ciebie.

Moduł 2, część 2

Percorsi Salutari (Neapol 04.01.2012)

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

Tłumaczenie: Kinga Sorkowska-Cieślak

Transkulturowe umiejętności dla zdrowia i opieki.

Podstawowa trudność: język. Ludzie nie znają języka. Nie znają swoich praw, kogo o co pytać, nie znają procedur.

Czas: bardzo dużo czasu potrzeba na badanie. Jeśli nie wiesz, gdzie i jak to załatwić.

To są dwie podstawowe rzeczy.

Z właściwą informacją każdy może iść tam, gdzie potrzebuje.

Kwestia szacunku. Czy imigrant potrzebuje lekarstwa? Operatorzy często nie zwracają uwagi na jego problemy i są bardzo powierzchowni. Nie zwracają uwagi na stan pacjenta.

To proste! Potrzebuję karty opieki medycznej. Nie mówię dobrze po włosku. Zdarza się. Powiedzą wtedy, że brakuje tego i tego. Jeśli ta sama osoba pójdzie z mediatorem, procedury stają się łatwiejsze i szybsze. Jest to rodzaj nadużycia władzy przez pracownika.

Czasami możesz spotkać niedoinformowanych pracowników, którzy reagują „nie” na wszystko. Łatwiej jest powiedzieć „nie” niż wysłuchać lub poprosić o pomoc.

Myszę, że powinniśmy szkolić pracowników opieki zdrowotnej do kontaktów z imigrantami. Jeżeli ktoś nie zna „innego”, jest mu trudniej wysłuchać go, być wrażliwym na jego problemy. Myszę, że ważne jest przeszkolenie pracowników opieki medycznej do kontaktów z imigrantami.

Imigrant przychodzi do szpitala z ciężkim bólem, a oni mówią, że musi poczekać trzy miesiące na badanie. Imigrant mówi: „umieram, a wy odsyłacie mnie z powrotem do domu”.

Senegalczyki nie lubią, kiedy im ktoś pobiera próbkę krwi, uciekają ze szpitala do domu, mówią: „ukradli mi krew”, nie chcą iść do szpitala, bo ktoś pobierze im krew. Nikt im nie wytłumaczył, po co jest pobierana krew. Ważną rzeczą jest wytłumaczenie: „pobieram krew z takiego a takiego powodu”. Przyjmują za oczywiste, że człowiek wie wszystko.

My, Europejczycy, zapominamy, że ludzie pochodzą z różnych krajów. We Włoszech tak, są problemy, ale nie musimy myśleć, że w naszych krajach wszystko jest doskonałe.

Polityka zdrowotna dla imigrantów

W poprzednich dwóch lub trzech miesiącach, dwa biura dla imigrantów zostały zamknięte. Musimy dostarczać więcej informacji, musimy częściej towarzyszyć, więc mamy dwa razy więcej pracy, ale środki pozostały te same.

Widzieliśmy tysiące projektów o imigrantach, ale bez aktywnego udziału imigrantów. Jest pomysł, aby mediator stał się przyjacielem pielęgniarek, pracowników, itp., w szpitalu.

Z jednej strony to dobre, ponieważ zapewniamy usługi imigrantom, ale z drugiej strony jest to rodzaj kumoterstwa, z którym się nie zgadzamy. Mediator jest pomostem pomiędzy lekarzami a społeczeństwem. Lekarz zmienia reguły ze swoich własnych powodów, ty starasz się budować autonomię, ale po dwóch latach ludzie się zmieniają i nic już nie działa.

Jest też kwestia podejścia. Jeśli wykonujemy projekt z ostatecznym terminem, to jest normalne, że on się skończy. Myszę, że podejście powinno być do projektów długoterminowych. Problemy zdrowotne będą istnieć zawsze. Politycy powinni mieć długoterminowy punkt widzenia, krótkoterminowe projekty powinny być tylko częścią większego projektu.

Akceptacja i komunikacja

Są lekarze, którzy tylko wypisują recepty i lekarze, którzy np. pytają się gdzie pracujesz. Badanie, które nawet jest krótkie, pozwala na zrozumienie, społecznego kontekstu, w którym żyjesz.

Oдноśnie szkolenia pracowników opieki zdrowotnej: mówię o swoich bezpośrednich doświadczeniach. Przykładowo przyjeżdża pacjent, który miał wypadek, kiedy kopał motyką. Operatorzy używają masek i rękawiczek. Z jednej strony to dobre, ale z drugiej jest to sygnał odrazy, dystansu. Oni często nie mają doświadczenia, ani wyszkolenia, są młodzi. Często z nimi rozmawiałem, przyjeżdżasz i widzisz, rękawiczki, maski, imigrant mówi: „nie ma problemu, czuję się dobrze i idę do domu”.

Możemy poprowadzić projekt skierowany na ścieżkę obowiązkowych szkoleń dla pracowników służby zdrowia dla poprawienia ich akceptacji dla imigrantów. Powinny być one obowiązkowe dla wszystkich pracowników służby zdrowia. Możesz je wykorzystywać do różnych specjalizacji: krew, kobiety ze wschodniej Europy, ... To są głupie rzeczy, ale... dają im narzędzia do akceptacji.

System opieki zdrowotnej powinien być zarządzany. Imigranci i Włosi, myszę, że musimy prosić o uczynność opieki zdrowotnej, aby zapewnić prawo do zdrowia i leczenia, robić kampanie do przezwyciężenia dystansu. Jeżeli nie ma mediatora, wszystko działa, jeśli jest ukierunkowane na pacjenta.

Ufając lekarstwu

Pobranie ich krwi jest tragedią. Są przyzwyczajeni do tradycyjnej medycyny, a tam nie ma pobierania krwi. Zbierają liście z drzew i piją je. Z powodu próbki krwi dwóch pacjentów uciekło ze szpitala. Jeden z S. Gennaro,

a drugi z Don Bosco. Brak gwarancji i bezpieczeństwa. Gwarancji, że pacjent nie jest w niebezpieczeństwie. Oni myślą, że ukradziono im krew, aby ich zabić.

Niektóre społeczeństwa importują lekarstwa ze swoich krajów. Chińczycy, Ukraińcy nie wierzą we włoski lekarstwa. Może być ten sam składnik aktywny, ale „pochodzi z mojego kraju i temu ufam”.

Zdrowie kobiety, zdrowie psychiczne

Ludziom z Afryki ciężko jest pójść do psychologa. Nie czuje się dobrze, ale nie wyobraża sobie pójść do psychologa. Powinniśmy wiedzieć, jaki wpływ ma kultura na takie podejście.

Kobiety z północno-zachodniej Afryki preferują poród naturalny, nawet jeśli zaleca się im cesarskie cięcie. Kobieta, której towarzyszyłem, poznałem ją tydzień przed narodzinami jej dziecka, lekarz powiedział do niej „to strata czasu, przyjdź za godzinę, nie będzie bolało”, nie chciała, to był jej pierwszy poród i chciała urodzić naturalnie. Może doktor chciał zaoszczędzić czas.

Oдноśnie prac domowych i zdrowia psychicznego parę lat temu w Turynie, prowadzono badania dotyczące kobiet i prac domowych. One zaczęły mieć problemy ze zdrowiem psychicznym. Zapominamy, że kobiety zamknięte na 24 godziny dziennie w mieszkaniu, z kilkoma wolnymi godzinami (słynne czwartki i niedziele), brak miłości, te kobiety cierpią w ciszy. Tutaj lekarz nie może zrobić niczego bez mediatora. Może z innymi patologiami jest łatwiej, ale w przypadku cierpiącej osoby jest inaczej. Nie ma profilaktyki, jak leczyć służącą? Ona jest izolowana. Mieszka ze starszą kobietą, może z poważnymi problemami. Jak można zmienić ten system? Może zmiana prawa lub praca przez 12 godzin, 8 godzin, a potem wyjście? Nie wiem, nie mam odpowiedzi.

Kiedy mówimy o imigrantach, oni potrzebują naszej uwagi. My wiemy wiele rzeczy, możemy mieć jakieś propozycje, by zmienić prawo. Włosi, którzy zmieniają prawo nic nie wiedzą o naszych problemach.

Moduł 3, część 1

Nieumiejętne kontra umiejętne dbanie o kulturowość

<https://www.youtube.com/watch?v=Dx4Ia-jatNQ>

Tłumaczenie: Kinga Sorkowska-Cieślak

Pojęcie kulturowości odnosi się do zintegrowanych wzorów ludzkiego zachowania, takich jak język, myśli, komunikacja, zachowania, zwyczaje, wierzenia, wartości oraz instytucje rasowych, etnicznych, religijnych i społecznych grup.

Praktyki kulturowe

Niekompetentne zachowanie

„Dzień dobry, jestem pielęgniarka Rita. Jak się czujesz?”

„Dobrze.”

„Posłucham najpierw Twoich płuc.”

„Ok.”

„Odwróć się. O mój Boże! Co to są za ślady na Twoich plecach? Czy jesteś wykorzystywana? Muszę to zgłosić!”

„Co? Co się dzieje?”

„Muszę zgłosić, że jesteś wykorzystywana, musisz być chroniona, powinnaś być w schronisku!”

„Nie, nie!”

„Muszę iść!”

Bańki, pocieranie monetą czy akupunktura są częstymi kulturowymi praktykami, które mogą być pomyłone z wykorzystywaniem.

W wielu kulturach azjatyckich, takich jak Wietnam, Kambodża czy Chiny, stosowane są do ulżenia w bólu.

Kompetentne zachowanie

„Dzień dobry, jestem pielęgniarka Rita. Jak się czujesz?”

„Dobrze.”

„Posłucham najpierw Twoich płuc.”

„Ok.”

„Odwróć się. Zauważyłam ciekawe ślady na Twoich plecach. Skąd one są?”

„Jestem z Kambodży. W mojej kulturze stosujemy bańki w celu ulżenia w bólu. Nie czułam się dobrze i kilka dni temu poprosiłam męża o postawienie mi baniek.”

„OK.”

„Wiem, że to strasznie wygląda.”

„Nie, martwię się tylko o objawy i symptomy infekcji. Więc jeśli coś takiego by się działo, daj znać.”

Rodzina i choroby terminalne

Niekompetentne zachowanie

„Siostrzyczko. Zamierzam powiedzieć pacjentce, że ma terminalnego raka, czy ma pani coś do dodania?”

„Nie.”

„Ma Pani terminalnego raka. Umrze Pani.”

W niektórych kulturach, takich jak Meksykanie, Etiopczycy, Irańczycy, Azjaci, i Amerykanie ze Środkowej Ameryki, rodzina woli być informowana o śmiertelnej chorobie pacjenta przed pacjentem.

Opieka kompetentna kulturowo jest kompleksową integracją wiedzy, postawy i umiejętności, które krzyżują się z komunikacją kulturową oraz właściwymi i efektywnymi interakcjami.

Kompetentne zachowanie

„Siostrzyczko. Zamierzam wejść do pokoju pacjentki i muszę przekazać jej złe wiadomości, że ma terminalnego raka. Czy może Pani coś dodać?”

„Musi Pani poczekać, ona jest Etiopką, i w ich kulturze musi Pani najpierw porozmawiać z jej rodziną. Ale najpierw niech idzie Pani do komisji etycznej, zapytać czy to ok i czy nie będzie to naruszenie etyczne.”

„O... jestem bardzo zadowolona, że Pani jest pielęgniarką na moim piętrze.”

„Powodzenia.”

Tożsamość kulturowa

Niekompetentne zachowanie

„Dzień dobry. Mam na imię Brenda i będę dzisiaj Twoją pielęgniarką. Gratuluję narodzin dziecka.”

„Dziękuję.”

„Mam tutaj certyfikat urodzenia. Potrzebuję, żebyś wypełniła swoje imię i nazwisko, a kiedy tata dziecka przyjdzie, żeby to wypełnił.”

„Nie ma ojca dziecka.”

„Jak to nie ma ojca dziecka? Przecież masz dziecko.”

„My jesteśmy parą. Nie ma ojca.”

„Co?”

„Może Pani wpisać A5794 jako imię i nazwisko ojca.”

„A co to takiego?”

„Numer dawcy spermy.”

„Czy to Pani jest ojcem?”

„Nie ma ojca.”

„Może to Pani jest ojcem?”

„Nie, ja jestem mamą i to też jest mama.”

„Czy to nie pomiesza w głowie Waszemu dziecku?”

Kulturowość nie zawsze musi wiązać się z rasą, etnicznością czy religią. Kulturowość często oznacza jak grupy identyfikują same siebie.

Pielęgniarki w każdym środowisku muszą dostrzegać unikalność każdej osoby, szanować, chronić i bronić ich indywidualnego prawa do samostanowienia, samookreślenia, poufności i godności.

Kompetentne zachowanie

„Dzień dobry Paniom. Jestem Brenda, będę dziś Waszą pielęgniarką.”

„Dzień dobry.”

„Jakie śliczne dziecko. Macie już dla niego imię?”

„Może Barry?”

„Mam tutaj certyfikat urodzenia. Potrzebuję, żeby Pani jako biologiczna mama wpisała swoje dane, nie ma pośpiechu, mogę przyjść po to później, a Pani, jeśli planuje Pani adoptować dziecko, może to Pani zrobić później. Ale pewnie wie już to Pani.”

„Wiem, ale dziękuję, że Pani to mówi, bo wiele osób o tym nie wie.”

„Po prostu wykonuję swoją pracę. Proszę to wypełnić, a ja później po to wpadnę.”

„Czy ustaliły już Panie, jak Barry ma się do Was zwracać?”

„Nie, jeszcze nie wiemy.”

„Ok. Miłego dnia. A ja wpadnę po to później.”

Przygotowanie do kulturowo kompetentnej opieki obejmuje:

1. Oszacowanie własnych odczuć odnośnie pracowania z grupami różnorodnymi kulturowo.
2. Identyfikację grup kulturowych w swoim środowisku.
3. Porównanie swojej analizy społeczeństwa z populacją pacjentów.
4. Przegląd typowych barier kulturowych w pracy z różnymi grupami kulturowymi.
5. Przegląd wszelkich wyzwań, jakie się miało podczas pracy z różnymi grupami kulturowymi.
6. Rozwijanie podejścia kompetentnego kulturowo do tych wyzwań.
7. Przegląd polityki organizacyjnej oraz procedur odnoszących się do różnorodności kulturowych.
8. Uczestniczenie w społecznych i organizacyjnych ofertach edukacyjnych w celu poprawy swojej wiedzy.

Pielęgniarki muszą wiedzieć, że relacje ustanowione podczas opieki nad pacjentem i rodziną wpływają na promowanie zdrowia i uzdrowienia.

Moduł 4, część 1

Dwa niebieskie krokodyle i luka w systemie

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

Tłumaczenie: Anna Szetela

(Karetka dla zielonych gadów)

- Czy może nam Pan pomóc? Wie Pan, jak leczyć gady?

- Właściwie nie, ale... skoro wśród poszkodowanych są gady, z pewnością przyjedzie jakaś karetka dla gadów.

(Karetka dla niebieskich ssaków)

- Czy może Pan może nam pomóc? Wie pan, jak leczyć niebieskie gady?

- Właściwie nieeee... Nie ma karetki dla niebieskich gadów? Z pewnością wkrótce przyjedzie... (karetka dla czerwonych gadów)

Zielone gady - karetka dla zielonych gadów

niebieskie ssaki – karetka dla niebieskich ssaków

czerwone gady – karetka dla czerwonych gadów

NIEBIESKIE KROKODYLE - ???

MOŻLIWOŚĆ 1 samoorganizacja:

„karetka dla niebieskich gadów”, nowo otwarte!

- O, świetnie, teraz uzyskamy pomoc!

- Taaa, z pewnością.

MOŻLIWOŚĆ 2 pomoc wyższego poziomu

- Patrz, helikopter „intersekcjonalny”.

- Zajmiemy się Wami od każdej strony.

MOŻLIWOŚĆ 3 pomoc dla wszystkich, bez względu na kolor czy pochodzenie (etniczne)

Morał tej historii

Urazy nie zdarzają się tylko w wyniku wypadków, To również efekt tego, że niektóre stworzenia są traktowane gorzej niż inne. Dzieje się tak niekiedy z jednego powodu, niekiedy kilka cech wpływa na różną ocenę w środowisku. Taka kategoryzacja, dokonywana przez innych członków społeczeństwa, ma wpływ na każdego z nas. Kategoryzacje często nakładają się na siebie: złożony jest zarówno świat, jak i my sami.

Uproszczone myślenie nie pomaga powstrzymać dyskryminacji i przemocy.

KONIEC

Moduł 4, część 2, film 1

Mediatorzy do spraw zdrowia Romów w Europie

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

Tłumaczenie: Kinga Sorkowska-Cieślak

W Unii Europejskiej, z powodu wykluczenia społecznego i ubóstwa, przewidywana długość życia Romów jest krótsza o 10 lat od przeciętnej.

W Bułgarii, ponad 50% Romów nie ma ubezpieczenia zdrowotnego, i jedna rodzina na cztery ma przewlekłe chorego członka rodziny.

Mediatorzy do spraw zdrowia są często jedynym łącznikiem pomiędzy wykluczonymi Romami a systemem zdrowotnym.

Sabire Ramadan – mediator do spraw zdrowotnych:

„Zrobiłam wiele rzeczy. Rzeczy, z których jestem dumna. Jestem dumna ze swojej pracy. Bardzo ją lubię, poza małą pensją... Poziom chorób jest bardzo wysoki. Jest bardzo dużo przewlekłych chorób, cukrzycy.”

Tony Eftimova i Katya Kirilova - mediatorki do spraw zdrowotnych:

„Mamy swoje osiągnięcia, miewamy też nieprzyjemne sytuacje. Przełożona pielęgniarek, w momencie, kiedy otworzyłyśmy usta żeby wytłumaczyć, że jesteśmy mediatorkami i chciałyśmy zobaczyć na czym polega problem, zaczęła krzyżeć: „Zawsze wy Cyganie macie wszystkie przywileje! Zawsze wy jesteście wyjątkowi! Nie mam pieniędzy.” Szpital zadzwonił do nas po pomoc, a ona ciągle nas atakowała. Udało nam się zachować spokój.”

„Tobie się udało. Ja spokoju nie zachowałam.”

„Niezbędne jest, żeby mediatorzy wiedzieli, co robią i robili to we właściwy sposób. Mediatorzy muszą wykazywać się przed instytucjami, pracodawcami, społeczeństwem, ludźmi, lekarzami, żeby mogli wykonywać swoją pracę. Nie jest trudno wykazać się za pierwszym razem. Ale trzeba potem utrzymywać poziom. Żeby nie stracić tego, co się już osiągnęło.”

„Masz 14 dni na odwołanie się.”

„One już minęły.”

„Minęły? Więc dlaczego się nie odwołałaś?”

„Mam też nowe oświadczenia medyczne.”

„Zgłosimy je ponownie. Musimy tylko je uporządkować.”

„Ale oni wstrzymali mi rentę.”

„Ok, musisz tam iść 25-tego. Pójdę z Tobą, żebyś się nie bała.”

„Boję się...”

„Pójdę z Tobą, tylko mi przypomnij, pójdę.”

„Martwiłaś się o wózek i toaletę. Zgłosiliśmy się do komisji neurologicznej i wydali ci protokół, z którym będzie można starać się o wózek i toaletę. Rozumiesz, zrobiliśmy trzy rzeczy do tej pory i one się już dzieją.”

„Jak wygląda sprawa z lekarzami i pielęgniarkami?”

„Traktują nas Romów bardzo źle.”

„Pozwalają Ci wchodzić na górę? Pozwalają Ci korzystać z lodówki?”

„Nie.”

„Nie pozwalają?”

„Nie, to tylko dla etnicznych Bułgarów.”

„To prawda, lodówka jest na górze i...”

„Która lodówka?”

„Ta, w której matki trzymają mleko.”

„Więc one nie mają dostępu do lodówki?”

„Tak, nie mają.”

„Możemy ją chronić, ale ona musi stanąć na ziemi. My nie możemy udowodnić niczego, jeśli ona nie będzie zeznawać.”

„Kiedy pracuje się nad sprawą, ważne, by widzieć ją do końca. Może to trwać miesiąc, dwa, a nawet rok. Mam sprawy, które ciągną się latami. Nie należy się poddawać. Nie mówić: „Muszę mu towarzyszyć w szpitalu i to wszystko.” Ludzie są w potrzebie. I bardzo często tylko ja mogę im pomóc. Dlatego mówię, że każda sprawa jest dla mnie walką, którą muszę wygrać. Ponieważ od wyniku tej walki zależy zdrowie i bardzo często życie człowieka.”

W Bułgarii jest 150 mediatorów do spraw zdrowia na ponad 700 000 Romów. Za pełnoetatowe zaangażowanie dostają oni 150 euro na miesiąc.

W 2010 epidemia odry dotknęła 24 000 ludzi i zabrała życie 24 dzieciom.

W reakcji na to Narodowa Sieć Mediatorów do spraw Zdrowia wsparła władze zdrowotne w zaszczepieniu 180 000 w ciągu dwóch miesięcy.

Epidemia została zatrzymana.

Mediatorzy do spraw zdrowia szkoleni są na Sofijskim Uniwersytecie Medycznym przy współpracy Narodowej Sieci Mediatorów do spraw Zdrowia i Ministerstwa Zdrowia.

Każdego roku zapewniają szczepienia 30 000 dzieciom i towarzyszom romskiej społeczności w ponad 100 000 badaniach medycznych.

Bez wysiłków mediatorów, nawet podstawowa opieka medyczna byłaby nieosiągalna dla Romów.

Aby utrzymać swoją działalność, potrzebują oni wsparcia.

Moduł 4, część 2, film 2

Zbrodnie nienawiści wobec Romów

<https://www.youtube.com/watch?v=fvJv61xIXTE>

Tłumaczenie: Kinga Sorkowska-Cieślak

Rumuńscy Cyganie, Romowie, są wyrzutkami rumuńskiego społeczeństwa i często stają się ofiarami policyjnej brutalności. Ale rumuńscy cyganie nie tylko są ofiarami ogromnej dyskryminacji w Rumunii, stają się oni również wyrzutkami w Europie.

Zbrodnie nienawiści wobec Romów

„W ostatnich latach obserwujemy wzrost ekstremizmu w środkowej Europie, szczególnie w Rumunii. Jest to połączone z ekstremalnym nacjonalizmem. Ludzie chcą znaleźć kozła ofiarnego na wszelkie rumuńskie cierpienia i tym kozłem ofiarnym są Romowie.”

„Każdego dnia spotykam się z pozornie nierozwiązywalnymi problemami. Na skraju naszych wiosek nasi współobywatele są mordowani jeden po drugim. Ofiarami były: 5-letnie dziecko i jego 27-letni ojciec.”

„W chwili, kiedy się tam pojawiłam, oficjalna wersja brzmiała: rodzina używała nielegalnie elektryczności, co doprowadziło do eksplozji i w rezultacie czego dwa dwudziestocentymetrowe gwoździe przypadkowo przebiły ciała Roberta Csorby i jego pięcioletniego syna i doprowadziły do ich śmierci. To nie były gwoździe, a elektryczność nie była kradziona.”

„Wiktoria była bardzo ważna w tym przypadku. Była ona jednym z pierwszych świadków, którzy przybyli na miejsce zbrodni. Zauważyła, że policja źle odczytała sytuację i w rezultacie policja musiała przeproszać i rzeczywiście zrobili to rok później. Było to wszystko dzięki Wiktorii.”

„O to walczę każdego dnia, dopóki nie nastąpi czas prawdziwej demokracji w najdalszym kącie naszego getta.”

Moduł 4, część 2, film 3

Mediacje w opiece zdrowotnej u Romów w Nantes

<https://www.youtube.com/watch?v=0mPnMdQ8e-M>

Tłumaczenie: ITAMAR Group sp. z o.o.

Od 2010 roku Fanny Bordeianu odwiedza Romów. Kilka razy w tygodniu przyjeżdża do obozu w Nantes, aby realizować projekt mediacji w opiece zdrowotnej dotyczący romskich kobiet oraz małych dzieci, które mieszkają w squatach oraz slumsach. Ona nawiązuje kontakty pomiędzy Romami a placówkami partnerskimi próbując zorganizować akcje mające na celu opiekę zdrowotną, aby wspomagać poznanie problemów społeczności, którą się zajmuje.

- Można próbować uczulić osoby biorące udział w projekcie na problemy kobiet i małych dzieci, korzystając z dziecięcych uczuć, jakie w nas budzą.

Chodzi o wspieranie opieki zdrowotnej dla romskich kobiet i dzieci, a w rezultacie o zachęcanie do lepszej integracji we wspólnym systemie zdrowotnym.

Można prowadzić mediacje, mające na celu poznanie ich życia, zorientowanie się, co jest dla nich ważne, a także, co jest równie ważne, zbudowanie bliskości, zaufania dostatecznej jakości.

Wystarczy wziąć pod uwagę specyficzną kulturę romską, aby móc sformułować przesłanie dotyczące prewencji dostosowane do potrzeb tej społeczności.

Stosujemy wiele działań, aby zbudować wokół partnerów rozwiązania dotyczące odżywiania, bezpieczeństwa, działań mających na celu dbanie o siebie, realizowane w oparciu o kasę ubezpieczenia zdrowotnego.

Ten projekt, prowadzony z trzema innymi miastami we Francji, zakończy się w roku 2012. Następnie trzeba będzie ocenić skuteczność jego działań mających na celu tego rodzaju interwencje skierowane do społeczności dyskryminowanej i mającej problemy z dostępem do opieki medycznej.

Moduł 4, część 5, film 1

Ograniczenie ryzyka u Lekarzy Świata

https://www.youtube.com/watch?v=J-HJ_LVnWs0

Tłumaczenie: ITAMAR Group sp. z o.o.

LŚ od ponad 20 lat rozwijają programy ograniczenia ryzyka u osób zażywających narkotyki i prostytutek.

1988 Pierwszy program wymiany strzykawek, w Paryżu, nielegalnie.

1997 Pierwszy międzynarodowy program dotyczący narkomanów, przeprowadzony w Federacji Rosyjskiej (w Sankt-Petersburgu)

*[zmieszane głosy]*Nazywam się Nicolas Loumane

Nazywam się Anne Voutron jestem osobą odpowiedzialną za wydanie Lotus Bis w Paryżu

Jestem Patrick Lusala, koordynator medyczny RDS

Nathalie Simonnot

Olivier Magnet, jestem odpowiedzialny za misję LŚ w Afganistanie

Odpowiedź w sprawie zdrowia publicznego

Ograniczenie ryzyka (OR) to promocja wszystkich działań politycznych i praktycznych mających na celu ograniczenie szkód związanych w przyjmowaniem substancji psychoaktywnych oraz niebezpiecznymi zachowaniami seksualnymi.

Praktyka medyczno-psychologiczno-społeczna

Ryzyko to nie ogranicza się tylko do rosnącego zagrożenia wirusami, takimi jak HIV, czy wirus zapalenia wątroby.

Uwidacznia się ono jako skutki społeczne, sanitarne i ekonomiczne. Bierze ono pod uwagę wpływ na jednostkę, wspólnotę oraz całość społeczeństwa.

Filozofia ograniczania ryzyka chce być pragmatyczna

Opiera się ona na niedokonywaniu osądów oraz akceptacji różnych praktyk oraz „sposobów na życie” napotkanych osób. Sprzyja zbliżeniu pomiędzy prewencją a leczeniem.

OR kwestionuje stosunek władzy i nierówności pomiędzy osobami niosącymi pomoc, a tymi z niej korzystającymi. Pochwala, bardziej ogólnie, zmiany społeczne.

Co to jest ograniczenie ryzyka?

Hlaing Hlaing Aye – osoba odpowiedzialna za OR w stanie Kachin w Mjanmie

Według mnie, OR ma na celu zmniejszenie ryzyka sanitarnego, ekonomicznego i społecznego w stosunku do osób zażywających narkotyki, ich rodzin, przyjaciół i partnerów.

Dr Jean-Pierre Lhomme – Grupa tematyczna LSD (Prawo, Seks, Narkotyki)

OR to w rzeczywistości koncepcja leczenia, jest to pojęcie bardzo szerokie, istnieje także termin „ograniczenie ryzyka” związany z zażywaniem narkotyków, który można odrzucić na innych płaszczyznach.

Nathalie Simonnot – DRI + Lotus Bus

Jest to naprawdę pozycja, sposób bycia, sposób działania, sposób myślenia wraz z osobą, która podejmuje swoje decyzje i która wie, co jest dla niej najlepsze.

Dr Marie-Dominique Pauti – Prewencja HIV, zapalenia wątroby, gruźlicy

Jest to dołączenie do pewnej osoby w miejscu, gdzie ona się znajduje w chwili spotkania, aby pozwolić jej lepiej żyć ze swoimi problemami, jakiegokolwiek by one nie były, nie czyniąc z niej ofiary.

Umieścić człowieka w centrum starań

Lepiej żyć z jego problemami

OR jest skierowane do osób, które nie mogą bądź nie chcą przerwać zażywania narkotyków.

Jamshid Beenawa – referent programu wymiany strzykawek w Kabulu, Afganistan

To im daje dostęp do świadczeń medycznych oraz socjalnych

Olivier Magnet – odpowiedzialny za misję w Afganistanie

Jest to silna idea, która pozwoli dokonać w świecie transformacji społecznej, zmian społecznych.

Jean-Pierre Lhomme

Gdyby można było potraktować na samym początku OR jako wartość uczuciową, świat także mógłby zająć się ograniczaniem ryzyka, nieuchronnie, poprzez użytkowanie, sposób użytkowania produktu. A następnie mamy najważniejsze ograniczenie, istotnie, do którego doszli Holendrzy, definicja, zgodnie z którą ograniczenie ryzyka jest to niemal wzięcie na siebie ryzyka innej osoby.

Marie Debrus – koordynatorka projektu ERLI

Jest to myślenie o dobrobycie, o zdrowiu, ogólnie, biorąc pod uwagę zarówno aspekty medyczne, jak i psychologiczno-społeczne.

Jakie działania są prowadzone?

Salum Mapande – pracownik społeczny w okolicach Dar Es Salaam, Tanzania

Jako osoba interweniująca w sąsiedztwie, chodzę po ulicach i instruuję osoby zażywające narkotyki jak używać strzykawki. Rozdajemy im prezerwatywy, aby mogli mieć bezpieczne kontakty i unikać zarażenia wirusem HIV czy też wirusem zapalenia wątroby typu C i B.

Nathalie Simonnot

Ograniczanie Ryzyka w wydaniu Lekarzy Świata rozwinęło całą gamę narzędzi, czy będzie to bezpłatne wykrywanie chorób, autobusy do wymiany strzykawek, kiedy działaliśmy nielegalnie, najbardziej oblegane centrum leczenia metadonem, czy też autobusy z metadonem. W rzeczywistości nauczyliśmy się urozmaicać

gamę narzędzi, aby to zawsze ludzie mogli sami decydować, co ich interesuje oraz wybierać z tej gamy odpowiedni środek. Naszym celem jest ciągle poszerzanie tej palety.

Lekarze Świata rozwinęli zbiór praktycznych narzędzi

Użytkownicy wybierają to, co im odpowiada.

Jean-Pierre Lhomme

Ustawić ponownie człowieka w centrum starań, ale bardziej w stosunku do idei zjednoczenia starań z beneficjentem.

Dr Pierre Sallah – Koordynator medyczny RDC

Jest to podejście interdyscyplinarne, które się opiera na elementach z praktyki lekarskiej i społecznej oraz na silnym zaangażowaniu ogółu.

Jean-Pierre Lhomme

Więc wymaga to refleksji, pewnego rodzaju odchylenia działań, które odpowiadają ich potrzebom w stosunku od momentu startu do chwili nadania zabiegom określonych intencji.

1. Reintegracja społeczno-ekonomiczna
2. Prewencja i leczenie infekcji przenoszonych drogą płciową
3. Wykrywanie i informowanie na temat HIV i AIDS
4. Obrona praw człowieka i walka z penalizacją
5. Prewencja i postępowanie w przypadku przedawkowania przez osoby zażywające narkotyki
6. Szczepienia (VHB), wykrywanie i leczenie zapalenia wątroby
7. Program dystrybucji prezerwatyw oraz wymiany strzykawek
8. Zdrowie psychiczne
9. Postępowanie z dystrybucją opiatów dla osób zażywających narkotyki
10. Diagnozowanie HIV/AIDS oraz terapia przeciwko retrowirusom
11. Informacja, edukacja i komunikacja skierowane na odbiorcę
12. Prewencja, diagnozowanie i leczenie gruźlicy.

Dr Patrick Lusala – lekarz w Kinshasie, RDC

Dla nas Ograniczenie ryzyka są to wszystkie działania, które rozwijamy wraz z beneficjentami, są to działania antywirusowe, przeciwko HIV, akcja zapobiegania niechcianym ciążom, a także aborcja, czyli przerwanie ciąży.

Tim Leicester – koordynator techniczny Lotus Bus

Ograniczanie ryzyka w wydaniu Lekarzy Świata to prawdziwe spotkanie pomiędzy doświadczeniem medycznym organizacji LŚ, a doświadczeniem tych osób, które są specjalistami w zakresie swojej sytuacji życiowej, które są specjalistami w zakresie swoich działań i to właśnie tam dochodzi do tworzenia ogółu zmian.

Dr Elisabeth Avril – odpowiedzialna za projekt ERLI oraz misję w Gruzji

Ja nie jestem tutaj, aby leczyć ludzi z ich uzależnienia, już nie po to. Myślę, że trzeba im pozwolić w każdym przypadku mieć taką jakość życia jak każdy obywatel.

Tim Leicester

Myślę, że OR jest skuteczna, ponieważ jest to podejście pragmatyczne. Nie myśli się o warunkach, które są dla ludzi nie do przyjęcia, i szanuje się ich. Myślę, że gdyby nie było tego podejścia ograniczania ryzyka nie można by było odpowiednio pracować z osobami, które uprawiają prostytucję.

Jakie zaszły zmiany polityczne i społeczne?

Jamshid Beenawa – referent programu wymiany strzykawek w Kabulu, Afganistan

Na początku były problemy, zwłaszcza z rządem. To było coś nowego dla Afgańczyków, nie było żadnego programu ograniczania ryzyka. Program istnieje już 4 czy 5 lat i jest lepiej z dnia na dzień. Jest postęp. Stan rzecz się poprawia.

Céline Debaulieu – koordynatorka misji w Tanzanii

Kiedy patrzymy na rzeczywiście podjęte działania w stosunku do programu służącego do wdrożenia ograniczania ryzyka, który musiał być o wiele tańszy, niż ten późniejszy, który ma na celu leczenie ludzi zarażonych wirusem HIV, leczenie ludzi zarażonych wirusem zapalenia wątroby, analizując postępy, zdrowie, biorąc pod uwagę, w szczególności, że są takie kraje jak Tanzania, gdzie mimo wszystko nie ma łatwego dostępu do opieki medycznej i jest bardzo mało środków, można bardzo szybko stwierdzić, że są to konkretne działania.

Olivier Maguet

Istnieje część społeczeństwa zapomniana przez polityków, zapomniana przez placówki opieki medycznej i społecznej, którą próbuje się pozbawić obywatelstwa i to właśnie ten aspekt mnie interesuje, kiedy mowa o ograniczaniu ryzyka.

Moduł 4, część 5, film 2

Lekarze Świata: misja Romowie w Bordeaux

<https://www.youtube.com/watch?v=GEr70CKlM3s>

Tłumaczenie: ITAMAR Group sp. z o.o.

Laurent Seban – lekarz koordynator

Misja dotycząca Romów została właściwie utworzona w roku 2007 na prośbę dwóch osób stąd, ze squatu, które przyszły do nas, aby nam powiedzieć: Potrzebujemy was, naprawdę, naprawdę potrzebujemy was w squacie, potrzebujemy lekarza. I tak to się zaczęło. Więc teraz chodzimy do squatu dwa razy w tygodniu.

- Dzień dobry.
- Dzień dobry.
- Wszystko w porządku?
- Wszystko dobrze.

- Tu był, zdaje się taki maluch, który nazywa się Kostov.
- Kostov pojechał do Bułgarii
- Kiedy?
- Kostov? Stéphane? Nie.
- Kto, Kostov?
- Stéphane, ten mały?
- Tak, mały.
- Ach, mały pojechał z mamą.
- Dobrze.

Marie Grisard - lekarka

Tak więc wizyta w squacie pozwala także poznać pewne warunki życia, zrozumieć trochę sens ich problemów, ponieważ, rzecz jasna, ich problemy zdrowotne wynikają z warunków higieny, prostoty ich kwater, braku wody, braku elektryczności.

- Ona jest w szkole. Jeszcze chodzi trochę do szkoły.
- Zivka?
- Tak, Zivka. Zivka, tak, w szkole.
- Z jej szyją już lepiej?
- Tak, lepiej, tak.
- Dobrze.
- Ale tam...
- Gdzie ona jest?
- Zobaczymy.
- Mogę zobaczyć? Och, dobrze, to wygląda dobrze. Boli cię?
- Nie, nie jest źle.
- To dobrze. A więc od kiedy chodzisz do szkoły? Chodzisz do szkoły, do której klasy? Do szóstej?
- Do piątej,
- A w przyszłym roku, być może do szóstej.

Czasami wizyta lekarska jest tylko pretekstem do dyskusji, pretekstem do wymiany myśli, do komunikacji, do okazania sympatii.

- Chodź, jedz.
- Chcesz, żebym zjadł babeczkę?
- Tak.
- Więc jem.

- A więc, jak się czujesz?
- Och, bardzo chora tutaj.

- Ból głowy?
- Tak.
- Tak.
- Bardzo chora tutaj.
- Brzuch także?
- Tak, właśnie tak.
- Tak, bardzo boli, a wieczorem trudno oddychać

Zdecydowałam się pracować na tej misji wśród Romów, ponieważ ci ludzie żyją obok nas i żyją w bardzo nieludzkich warunkach. Uważam, że czasami się wie, że jest trudno pozostać obojętnym na ich problemy.

- Co tam, dzieci? Aaa...
- Aaaa...
- Dobrze

Nasza praca nie ogranicza się do bycia lekarzem, myślę, że jesteśmy też pracownikami socjalnymi, trochę prawnikami, wszystkim po trochu.

- Wiesz, co trzeba zrobić, żeby otrzymać ubezpieczenie, co?
- Tak, zdjęcie.
- Miejsce zamieszkania.
- Miejsce zamieszkania, tak, co?
- Dowód osobisty lub paszport.
- A tak, mam kserokopię, to jest to.
- Czy ona jest mężatką?
- Tak.
- Potrzebny jest akt urodzenia i akt małżeństwa.

Nasza akcja mieści się w zakresie związków społecznych, związków z ludźmi oraz opieki i ukierunkowywania.

- Jak tam? Ile ona ma? Dziesięć miesięcy?
- Dziesięć.
- Mały słodziaczek. Masz tylko jedno dziecko? Dobrze.
- Ile masz lat?
- 19.
- Nie wiesz, czy jest tu ktoś chory? Nie, nie ma? To idę. Do zobaczenia. Do widzenia.

To co trzeba dobrze zrozumieć w przypadku tych ludzi, to fakt, że większość z nich nie przyjeżdża na teren Francji chora, ale taka się staje z powodu warunków życiowych, a warunki życiowe nasilają ich wewnętrzne niedomagania. Więc, jeśli nie zajmiemy się prewencją, jeśli nie poprawimy warunków życiowych tych osób, jutro będzie nas to kosztowało o wiele, wiele więcej, niż gdybyśmy rozpoczęli racjonalny program poprawy warunków życiowych tych osób.

- Jak tam, dzieci?

- On wyjechał dzisiaj.
- Ach tak, dobrze. A ty dziecko, wszystko w porządku? Nikt nie jest chory?
- Nie.
- Nie. Bardzo dobrze.

Istnieje tu prawdziwe zagrożenie epidemiologiczne, trzeba więc koniecznie objąć tych ludzi szczepieniami, w zakresie przez nich akceptowalnym.

- Powiedz mi, Emilio, czy ona się na coś skarży, czy coś ją boli?
- Przedtem ona była chora na zapalenie płuc, na zapalenie oskrzeli, ona...

Dostęp do państwowej opieki medycznej jest bardzo skomplikowany, a bez tego ubezpieczenia jest trochę trudno zostać objętym leczeniem.

- Nie płuła krwią? Byłoby dobrze zrobić rentgen płuc, a potem możecie przyjść w wynikami do LŚ. Możesz z nią pójść?
- Tak, pójdę z nią.

- Zwykle ile? Ile zwykle? Cyfry? Ile?
- Ach, tak. Dobrze.

Trudności pojawiają się na dwóch poziomach: pierwszy poziom są to trudności dotyczące instytucji. Jest dużo eksmisji. Jest to naprawdę, naprawdę duży problem dotyczący stałości i płynności opieki medycznej.

- Normalne to 120/80. Ten wynik jest za wysoki, tak? Ile masz lat? Ile lat?
- Francja, nie.
- Ja mam 30. A ty?

A potem mamy drugi problem, to jest znajomość języka, tłumaczenie, co jest bardzo trudne.

- Z sercem wszystko w porządku? Dobrze?
- Głowa? Trochę. A oczy?
- Nie.
- Jak się masz? Bardzo dobrze.
- To dobrze.
- Umiesz czytać? Ty, pójdziesz tam o 9-tej jutro. I tam będziesz miał wizytę u kardiologa, u kardiologa, dobrze, aby mógł ci dać tabletki. Dobrze? To będzie bezpłatne, dobrze? Nie będą chcieli pieniędzy. Żadnych pieniędzy. Dobrze. OK.
- Dziękuję.
- Bardzo dobrze.

- A więc, powiedz mi, Emilio, czy byliście w szpitalu?

- Nie, ponieważ ona nie ma przetłumaczonych dokumentów na francuski.

- Dobrze.

- I nie umówią jej w szpitalu.

- Emilio, zabiorę ją, aby kazać je przetłumaczyć, zgoda?

- Kiedy?

- Jutro?

- Jutro?

- Tak.

- Może być.

- Załatwimy to szybko.

- Divko Marinov, masz więc dostęp do państwowej opieki medycznej, od 15 marca. Jak wynika z naszej dokumentacji... Ach, ty masz cukrzycę, jesteś diabetikiem.

- Tak, jest cukrzykiem.

- Divko, trzeba to zrobić, trzeba odnowić dostęp do państwowej służby zdrowia i ubezpieczenie. Trzeba odnowić ubezpieczenie, żeby nie płacić za lekarstwa.

Zaangażowałem się w pracę LS z powodu tego uczucia. Mam naprawdę poczucie niesprawiedliwości w stosunku do tych ludzi, którzy są bardzo, bardzo dyskryminowani, którzy społecznie nie są nam równi i te nierówności społeczne będą miały poważne konsekwencje dla ich stanu zdrowia, dla ich życiowych priorytetów.

- Dobrze, OK, Mirko, powiedz jej, Rifamicin zawiesina, to jest antybiotyk, prawdziwe lekarstwo. Przez 7 dni. Tak? Zrozumiałeś? Pójdiesz z tym do CASO w mieście, zgoda?

- Dziękuję bardzo.

- Dzień dobry.

My, na naszym poziomie, my nie możemy zmienić ich życia. Możemy im, być może, trochę pomóc lepiej żyć, ale nie zmienimy ich życia. Myślę, że zwłaszcza na poziomie polityki ogólnokrajowej można by wstrząsnąć tym stanem rzeczy.

- Schodzisz?

- Tak.

- Miłego dnia.

- Do widzenia.

- Więc zrobimy tak, Emilio?

- Tak.

- Pomogę ci z tłumaczeniem.

- Pewnego dnia tłumaczyłam wszystkim Bułgarom w LŚ.

- Jesteś naszą tłumaczką.

W głębi jestem przekonany, że władze publiczne, instytucje czy też samorządy zdają się po prostu na nas. A my, my jesteśmy głównie wolontariuszami, traktujemy to jako zobowiązanie, jako misję i nasza praca powinna być podjęta przez władze publiczne, przez odpowiednie instytucje.

- Nie mogę uważać na wszystkich, proszę państwa. Nie, ty nie. To nie dla wszystkich. 140, dobrze, dobrze, to normalne. Tak, nie jest źle. Dobrze, to bardzo dobrze.

- Pavlina!

Uważam, że ogromną misją LŚ jest bycie świadkiem, składanie sprawozdań o rzeczach, które widzimy, które słyszymy, którymi żyjemy.

- Ostatniej nigdy nie miałaś. Ta jest dobra. Potrzebujesz tego, ta jest dobra.

Rzeczy, które się dzieją, ewolucja, która się toczy, to są rzeczy bardzo pozytywne, ale to jeszcze nie jest to, co powinno. Trzeba jeszcze popchnąć sprawy do przodu, trzeba walczyć, aby udało się wprowadzić ten plan przyjęcia dla Romów.

Moduł 4, część 5, film 3

Lekarze Świata blisko Was

<https://www.youtube.com/watch?v=azcQwfg5vo>

Tłumaczenie: ITAMAR Group sp. z o.o.

Lyon

Na placu Carnot w Lyonie autobus LŚ zatrzymuje się dwa razy w tygodniu. Od 3 lat ekipa przyjmuje zwłaszcza emigrantów z Europy Wschodniej. Marcella, Albanka, mieszka ze swoimi dziećmi na ulicy. Właśnie wychodzi ze spotkania z pielęgniarzem.

„Jutro muszę iść do szpitala, mały ma infekcję. Tu nie jest dobrze, bo dużo dzieci jest tutaj bardzo chorych”.

Rodziny są liczne, mieszkają w namiotach, tuż obok tramwajowych szyn. Aby ograniczyć ryzyko sanitarne, Édith, wolontariuszka, zajmuje się prewencją.

„Działamy na wszystkich poziomach w zakresie higieny, poczynając od jamy ustnej aż po szczepienia. Ci ludzie albo nie zostali zaszczepieni w swoich krajach, albo przeszli jakieś szczepienia, ale nie są tego zbyt pewni. Ponieważ nie mają ubezpieczenia, kierujemy ich do miejsc, gdzie szczepienia są bezpłatne.”

Saint-Denis

Jesteśmy w Centrum Opieki i Orientacji LŚ w Saint-Denis. Tutaj 50 wolontariuszy opiekuje się i doradza 80 osobom dziennie. Większość z nich to nielegalni imigranci, tak jak Lucia, przebywająca we Francji od trzech lat.

- Jest pani tutaj z mężem?

- Męża tutaj nie ma. Sophie i ja jesteśmy chore, nerwowe, boli mnie tutaj.

Annie, pielęgniarka, i Brigitte, lekarka, są wolontariuszkami LŚ.

- Kiedy ci ludzie przyjeżdżają, nie znają kraju, kultury. Czują się mniej lub bardziej odrzuceni, mieszkają na ulicy. Cierpią z powodu różnych chorób. Są to choroby wynikające z niepokoju, są też choroby, które są poważne, niepokojące. Czujemy się potrzebni, bo ktoś musi pomóc tym ludziom.

Dunquerque

Na północy Francji około 600 emigrantów próbuje urządzić się w Europie, aby chronić swoje życie. Okafo ma 26 lat i chce się dostać do Anglii.

- Pojadę tam, bo wiem, skąd przybyłem, jest ryzyko, trzeba coś zapłacić, ale jestem na to gotowy.

LŚ leczą emigrantów kilka razy w tygodniu. Oprócz chorych, są często ranni. Wyjaśnia Marine:

- Oni skaczą na ciężarówkę, spadają z nich, kaleczą się, przebywają cały czas na zewnątrz, dużo chodzą, więc często mają złamania, coś w tym rodzaju.

Dla Denise, pielęgniarki, priorytetem jest budowa schronienia. To kwestia godności.

- Kiedy zaczynałam pracować dla LŚ widziałam ojca, który przebywał tutaj z 2 dziećmi, w środku zimy, w błocie. Płakał i powiedział mi, że czuje się gorzej niż zwierzę. Bardzo mnie to zbulwersowało.

La Courneuve

W romskiej dzielnicy dla ubogich w Courneuve, w departamencie Seine-Saint-Denis, wolontariusze LŚ opiekują się 250 osobami, wśród których jest dużo dzieci.

- Nazywam się Devora, jest nas 10, moja siostra ma dwie córki i mój brat ma dwie córki. Alexia, żona mojego brata została w tej chatce, tam została, a obok jest moja siostra.

Sylvie, położna, w LŚ od 4 lat.

- Tam istnieje ogromne ryzyko dla tych dzieci, ryzyko komplikacji, a nawet gorzej. Dowiedzieliśmy się właśnie o pięciomiesięcznym niemowlęciu, które zmarło. Myślę, że to ogromna odpowiedzialność zająć się tymi dziećmi, one mają swoje prawa. Nie ma powodu, aby wystawiać te dzieci na takie ryzyko.

Bayonne

Priorytetem dla Cyryla, pielęgniacza LŚ w Bayonne, jest informowanie na temat AIDS oraz wirusa zapalenia wątroby.

- Czy wiesz, co to jest HIV?

- Tak, to choroba przenoszona drogą płciową.

Dzisiaj przyjmuje dwudziestoletnią dziewczynę, bezdomną, przebywającą chwilowo w hotelu socjalnym.

- Masz tatuaż?

- Tak.

- Gdzie go sobie zrobiłaś.

- Nie tutaj. To chiński tusz.

- Dobrze, mamy więc czynnik ryzyka.

W tej ciężarówce proponujemy szybkie wykrywanie wirusa HIV oraz wirusa zapalenia wątroby, jest to sposób walki z rozprzestrzenianiem się wirusów. Niektórzy od dziesięciu lat nie robili testów. Są osoby, które nie przychodzą na spotkania, które nie chodzą do lekarza. Spotykamy się z nimi, towarzyszymy im. Osoby, które się leczą mniej zarażają. Jeśli są prawidłowo leczone, nie zarażają prawie wcale.

Marsylia

W Centrum Opieki LŚ w Marsylii, wolontariusze przyjmują 30 pacjentów dziennie, są to często nielegalni imigranci, jak Kadour. Jest on Algierczykiem i tylko tutaj może przyjść, aby się leczyć.

- Często przychodzę tutaj, kiedy mnie coś boli, mają tutaj sposoby, aby nam wyjaśnić różne rzeczy, nawet po arabsku. Jest tutaj dużo ludzi różnych narodowości, różnych języków, ale zawsze udaje im się z nimi porozumieć.

Alain jest lekarzem, wolontariuszem LS od dwóch lat. Właśnie przyjmuje chorych w swoim gabinecie.

- Przychodzą tutaj, aby się leczyć, ale jest to także punkt spotkań, gdzie mogą się dowiedzieć, co jest dla nich najlepsze. Kiedy jest się tutaj nawet jedenaście lat, jest się już lepiej zorientowanym, wie się że można się leczyć wszędzie. Ważne jest, żeby ich dobrze pokierować.

W Marsylii dwieście Romów żyje na wysypisku. Ali, 20 lat, ojciec dwojga dzieci nie skarży się na swoje życie między wyziewami i śmieciami. Prawdę mówiąc, nie miał wyboru.

- W Rumunii nie ma pracy, przyjechaliśmy więc do Marsylii. Mój syn miał zapalenie oskrzeli. Lekarze przyszl tutaj i dali mi lekarstwa.

Obok dzielnicy biedoty, ciężarówka LŚ zatrzymuje się co tydzień. Na jej pokładzie Philippe, lekarz wolontariusz.

- Sytuacja jest katastrofalna, wielu ludzi skarży się na bóle głowy, co może być schorzeniem chronicznym, a poza tym trzeba, jeśli już nie postawić diagnozę, to ocenić stopień zagrożenia i to w kilka minut, ponieważ jest dużo ludzi.

Nantes

W Nantes autobus przeczesuje miasto i zatrzymuje się przy każdym punkcie, gdzie spotykają się osoby, które trudnią się prostytutką i które walczą, aby przeżyć bez dokumentów. Tiffany przyjechała 3 lata temu z Rumunii.

- Jeśli to robię, to robię dlatego, aby przeżyć. Jeśli przestanę, nie mam nic. To znaczy, nie mogę zapłacić czynszu, nie mam co jeść.

Kobiety mają zaufanie do Maïwenn, pracownicy opieki zdrowotnej, to właśnie ona prowadzi autobus dziś wieczorem.

- Towarzyszymy ludziom nie osądzając ich. Spotykamy różne typy osobowości, różne życiorysy, różne doświadczenia życiowe i towarzyszymy każdej osobie w zależności od jej wyboru, od jej planów życiowych, tego wszystkiego, co jest dla niej dobre. Zdarzają się często osoby, które nie zabierają głosu, które nie snują planów.

Strasbourg

W Strasburgu, w nocy, ciężarówka LŚ przemierza ulice, aby pomóc bezdomnym. Dla Kadige, 40 lat, jest to pierwsza zima, którą spędza na zewnątrz.

- Spaliśmy w śniegu dokładnie naprzeciwko posterunku policji. To było niebezpieczne. Tym bardziej, że mamy bagaże, rzeczy, coś w tym rodzaju. Jestem zmuszona co wieczór szukać nowego miejsca. Dzisiaj wieczorem liczyłam na Lekarzy Świata, żeby przenocować w ośrodku, dobrze się tam czuję mimo wszystko.

To właśnie Laurence, odpowiedzialna za misję skierowaną do bezdomnych oraz jej ekipa zabierają Kadigę i 10 innych osób dziś wieczorem do ośrodka w mieście.

- Są osoby od dawna przebywające w Strasburgu, które nam mówią: odwiedźcie nas, napijemy się kawy, zjemy zupę, porozmawiamy, pobędziemy. Próbuje je skierować do placówek medycznych, jeśli potrzebują leczenia, lub do ośrodków zakwaterowania.

Co roku, wszędzie we Francji, wolontariusze Lekarzy Świata leczą i opiekują się ponad 50 000 osób w 29 miastach.

Lekarze Świata

Lekarzami dla wszystkich

6. Zalecana literatura

Moduł 1: Wrażliwość i świadomość różnorodności kulturowej oraz innych rodzajów różnorodności

Część 1: Różnorodność

Cattacin S, Chiarenza A, Domenig D. Equity Standards for Health Care Organisations: a Theoretical Framework. *Diversity and Equality in Health and Care* 2013;10(4):249-258.

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

Council of Europe, Committee of Ministers. Declaration on cultural diversity.

<https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=389843> (retrieved: March 5, 2015).

Hankivsky O (eds). *Health Inequities in Canada: Intersectional frameworks and Practices*. Vancouver, Toronto: UBC Press, 2011.

<http://www.ubcpress.ca/books/pdf/chapters/2011/HealthInequitiesInCanada.pdf> (retrieved: March 5, 2015).

Ingleby D. Introduction. In: Ingleby D, Chiarenza A, Devillé W, Kotsioni I (eds). *Inequalities in Health Care for Migrants and Ethnic Minorities*. COST Series on Health and Diversity, Volume II, p. 9-28. Antwerp/Apeldoorn: Garant, 2012.

Leininger M (ed). *Qualitative research methods in nursing*. New York: Grune & Stratton, 1985.

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, p. 13. http://www.mem-tp.org/pluginfile.php/619/mod_resource/content/1/MEM-TP_Synthesis_Report.pdf (retrieved: March 5, 2015).

Renschler I, Cattacin S (2007). Comprehensive 'difference sensitivity' in health systems. In: Bjorngren-Cuadra C, Cattacin S (eds). *Migration and Health: difference sensitivity from an organizational perspective*. Malmö: Malmö University.

[http://dspace.mah.se/dspace/bitstream/handle/2043/4289/M&H%20MUEP\[1\].pdf;jsessionid=21FC1FA86E03B57182D9AF3E66AB4C23?sequence=1](http://dspace.mah.se/dspace/bitstream/handle/2043/4289/M&H%20MUEP[1].pdf;jsessionid=21FC1FA86E03B57182D9AF3E66AB4C23?sequence=1) (retrieved: March 5, 2015).

Saha S, Beach MC, Cooper LA. Patient centeredness, cultural competence, and healthcare quality. *Journal of the National Medical Association* 2009;100(11):1275-1285.

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

Scott JGM (1990). A resynthesis of the primordial and circumstantial approaches to ethnic group solidarity: towards an explanatory modal. *Ethnic and Racial Studies* 1990;2(13):147-171.

Tervalon M, Murray-García J. Cultural humility versus cultural competence: A critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 1998;9(2):117-125.

European Union. Consolidated version of the Treaty on the Functioning of the European Union, 2010. Official Journal of the European Union C326/47, 26.10.2012.

<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:12012E/TXT&from=en> (retrieved: March 5, 2015).

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

W języku polskim:

Buchowski M., Schmidt J. red. (2012). Migracje a heterogeniczność kulturowa. Na podstawie badań antropologicznych w Poznaniu, *Poznańskie Studia Etnologiczne* nr 10, Poznań: Wydawnictwo Nauka i Innowacje (więcej informacji o projekcie na stronie: <http://www.cebam.amu.edu.pl/publikacje.html>)

Grabowska M., Muszalik M., Kędziora-Kornatowska K. Uprzedzenia rasowe i religijne oraz ich rola w procesie leczenia i pielęgnowania, w: Krajewska-Kułak, E., Wrońska, I., Kędziora-Kornatowska K., (red.) *Problemy wielokulturowości w medycynie*. Warszawa: Wyd. Lekarskie PZWL, s. 214-221.

Chrzanowska A., Grac K. (2007) Uchodźcy w Polsce. Kulturowo-prawne bariery w procesie adaptacji, *Stowarzyszenie Interwencji Prawnej*.

Halicka M., Kramkowska E. Kultura i subkultura, w: Krajewska-Kułak, E., Wrońska, I., Kędziora-Kornatowska K., (red.) *Problemy wielokulturowości w medycynie*. Warszawa: Wyd. Lekarskie PZWL 2010, s. 69-78.

Van Damme-Ostapowicz K. (2010) Dialog wielokulturowy, w: Krajewska-Kułak, E., Wrońska, I., Kędziora-Kornatowska K., (red.) *Problemy wielokulturowości w medycynie*. Warszawa: Wyd. Lekarskie PZWL, s. 103-113.

Janus B., Szalczyńska K. (1997) Wpływ etniczności i kultury na opiekę zdrowotną. *Pielęgniarstwo* 2000, 4, s. 16–19.

Jaroszewska E. (2013) Kultura jako czynnik warunkujący zdrowie, diagnozowanie chorób i ich leczenie. *Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje*, 21(2), s. 71-84. streszczenie

Komunikat z badań CBOS: Stosunek Polaków do innych narodów, BS/22/2012 http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2012/K_022_12.PDF (dostęp kwiecień 2015)

Lalak D. (red.) *Migracja, uchodźstwo, wielokulturowość. Zderzenie kultur we współczesnym świecie*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.

Musiał Z., Kłapa Z. (2013) Kulturowo-wyznaniowe uwarunkowania opieki pielęgniarskiej nad pacjentem pochodzenia indyjskiego. *Probl. Pielęg.*, 21 (2), s.249-25. Celem pracy była analiza uwarunkowań opieki pielęgniarskiej nad pacjentem pochodzenia indyjskiego w kontekście etnicznym, kulturowym i wyznaniowym.

Olszewska A., Zawadzka A. (2010) Przespaceruj się w moich butach. O spotkaniach międzykulturowych. Warszawa: Instytut Spraw Publicznych. <http://www.isp.org.pl/files/20803962270898231001273483470.pdf> (dostęp: kwiecień 2015).

Piłat M., (2007), Konsekwencje cierpień spowodowanych wojną i prześladowaniami, w: *Rozpocząć nowe życie. Wybrane zagadnienia z zakresu problematyki uchodźczej*, red. M. Piłat, Lublin 2007 <http://www.old.caritas.pl/zalacznik.php?id=82> (dostęp: kwiecień 2015).

Migracje online. Przewodnik po stronach www poświęconych migracji i międzykulturowości. *Polskie Forum Migracyjne*. <http://www.forummigracyjne.org/pl/aktualnosci.php?news=410&wid=22&wai=&year=> (dostęp: kwiecień 2015).

Zalecany materiał audiowizualny:

Zestaw materiałów na temat wielokulturowości przygotowanych w ramach projektu „Moda na wielokulturowość” (internetowa telewizja edukacyjna; przykładowe tematy: Wielokulturowość w teorii i praktyce, Stereotypy): <http://www.obywatelska.org.pl/?telewizja.102> (dostęp: kwiecień 2015).

Część 2: Kompetencja międzykulturowa i wrażliwość na różnorodność

Barrett M. Introduction – Interculturalism and multiculturalism: concepts and controversies. In: Barrett M (ed). *Interculturalism and multiculturalism: similarities and differences*, p. 15-42. Strasbourg: Council of Europe Publishing, 2013.

Campinha-Bacote J. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: a model of care. *J Transcult Nurs* 2002;13(3):181-184.

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

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

European Commission. European Migration Network - Impact of Immigration on Europe's Societies. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Commission, 2006. http://ec.europa.eu/dgs/home-affairs/what-we-do/networks/european_migration_network/reports/docs/emn-studies/illegally-resident/0_final_pilot_study_booklet_27mar06_en.pdf (retrieved: March 5, 2015).

European Commission. Synthesis Report Migrant access to social security and healthcare: policies and practice European Migration Network Study. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Commission, 2014. http://ec.europa.eu/dgs/home-affairs/what-we-do/networks/european_migration_network/reports/docs/emn-studies/emn_synthesis_report_migrant_access_to_social_security_2014_en.pdf (retrieved: March 5, 2015).

Ingleby D. Introduction. In: Ingleby D, Chiarenza A, Devillé W, Kotsioni I (eds). Inequalities in Health Care for Migrants and Ethnic Minorities. COST Series on Health and Diversity, Volume II, p. 9-28. Antwerp/Apeldoorn: Garant, 2012.

IOM, International Organization for Migration. Equi-Health project to address Roma, migrant health issues in Europe. PBHLM Increasing Public Health Safety alongside the New Eastern European Borderline. <http://www.iom.int/cms/en/sites/iom/home/news-and-views/press-briefing-notes/pbn-2013/pbn-listing/equi-health-project-to-address-r.html> (retrieved: March 5, 2015).

Mock-Muñoz de Luna C, Ingleby D, Graval E, Krasnik A. Synthesis Report. MEM-TP, Training packages for health professionals to improve access and quality of health services for migrants and ethnic minorities, including the Roma. Granada, Copenhagen: Andalusian School of Public Health, University of Copenhagen, 2015a, p. 13. http://www.mem-tp.org/pluginfile.php/619/mod_resource/content/1/MEM-TP_Synthesis_Report.pdf (retrieved: March 5, 2015).

Netto G, Bhopal R, Lederle N, Khatoon J, Jackson A. How can health promotion interventions be adapted for minority ethnic communities? Five principles for guiding the development of behavioural interventions. Health Promotion International 2010; 25(2): 248-257.

U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration. About Health Literacy, 2013. <http://www.hrsa.gov/publichealth/healthliteracy/healthlitabout.html> (retrieved: March 5, 2015).

W języku polskim:

Boski P. (2009) Kulturowe ramy zachowań społecznych. Podręcznik psychologii międzykulturowej. Wydawnictwo Naukowe PWN i ACADEMICA Wydawnictwo SWPS. streszczenie W książce omówione są najważniejsze zagadnienia teoretyczne psychologii międzykulturowej. Prezentuje najbardziej znaczące polskie i zagraniczne programy badawcze.

Van Damme-Ostapowicz K. Dialog wielokulturowy, w: Krajewska-Kułak, E., Wrońska, I., Kędziora-Kornatowska K., (red.) Problemy wielokulturowości w medycynie. Warszawa: Wyd. Lekarskie PZWL 2010, s. 103-113.

Górski G. (2010) Medycyna wielokulturowa. W: Górski G., Kosowicz A., Marek A. Uchodźcy z polskim społeczeństwem. Vox Humana. http://www.voxhumana.pl/files/Uchodzcy_2010.pdf (dostęp: kwiecień 2015).

Informacja o seminarium: „Migranci i zdrowie: wyzwania wielokulturowości w praktyce medycznej”, zorganizowane przez Instytut Spraw Publicznych, które odbyło się w Warszawie w grudniu 2012 r. : <http://programy.hfhr.pl/blog-migracja/2013/04/09/migrant-u-lekarza-seminarium-instytutu-spraw-publicznych/> <http://www.isp.org.pl/aktualnosci,1,1194.html> (dostęp: kwiecień 2015).

Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C.R. Wielokulturowość społeczeństwa polskiego, w: Krajewska-Kułak, E., Wrońska, I., Kędziora-Kornatowska K., (red.) Problemy wielokulturowości w medycynie. Warszawa: Wyd. Lekarskie PZWL 2010, s. 79-91.

Krajewska-Kułak, E., Wrońska, I., Kędziora-Kornatowska K., red. (2010) Problemy wielokulturowości w medycynie. Warszawa: Wyd. Lekarskie PZWL.

Majda A., Zalewska-Puchała J. (2011) Wrażliwość międzykulturowa w opiece pielęgniarskiej. Problemy Pielęgniarstwa, 2, s. 253-258. <http://czasopisma.viamedica.pl/pp/article/download/23202/18428> (dostęp: kwiecień 2015).

Majda A., Zalewska-Puchała J., Barczyk E. (2013) Postawy studentów pielęgniarstwa wobec osób odmiennych kulturowo. Probl. Pielęg., 21 (3), s.327-334.

Majda Anna, Zalewska-Puchała Joanna, Barczyk E. (2013) Stereotypy i uprzedzenia wobec osób odmiennych kulturowo w świadomości studentów pielęgniarstwa. Probl. Pielęg., 21 (2), s.187-194.

Majda, A., Zalewska-Puchała, J., Ogórek-Tęcza, B., red. (2009) Pielęgniarstwo transkulturowe. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa.

Marcinkowski J.T. (2010) Kulturowe uwarunkowania opieki zdrowotnej. Nierówności społeczne w dostępie do zdrowia, w: Krajewska-Kułak, E., Wrońska, I., Kędzióra-Kornatowska K., (red.) Problemy wielokulturowości w medycynie. Warszawa: Wyd. Lekarskie PZWL, s. 165-172.

Szkup-Jablonska M. Schneider-Matyka D. Kubiak J i in. (2013) Ocena kompetencji kulturowych wśród pracowników ochrony zdrowia. Family Medicine and Primary Care Review, 15 (3), s. 394-396.

Moduł 2: Migranci, mniejszości etniczne i ich zdrowie – podstawowe fakty

Część 1: Problemy zdrowotne migrantów i mniejszości etnicznych oraz determinanty zdrowia

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://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/assessing-burden-disease-migrant-populations.pdf> (retrieved: March 5, 2015).

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

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

Matrix Knowledge. Roma Health Report. Luxembourg: European Commission, Health and Consumers, 2014. http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/roma-health-report-2014_en.pdf (retrieved: March 5, 2015).

Mock-Muñoz de Luna C, Bodewes A, Graval E, Ingleby D. Appendices I-VI, 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, 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).

W języku polskim:

Brudkiewicz P. Raport oceniający stan zdrowia obcokrajowców przebywających w ośrodkach pobytowych Urzędu ds. Repatriacji i Cudzoziemców oraz ich dostęp do diagnostyki i leczenia. Propozycje zmian organizacji opieki zdrowotnej nad obcokrajowcami w ośrodkach. http://mighealth.net/pl/images/8/8f/Uchodzcy_raport.pdf (dostęp: kwiecień 2015).

Kostrzanowska Z. (2010) uwarunkowania zachowań zdrowotnych oraz reakcja na chorobę, w: Krajewska-Kułak, E., Wrońska, I., Kędzióra-Kornatowska K., (red.) Problemy wielokulturowości w medycynie. Warszawa: Wyd. Lekarskie PZWL, s. 123-136.

Koval'J., Mrosková S., Magurová D. (2012) Odżywianie się dzieci romskich i jego wpływ na niektóre wskaźniki zdrowia. Medycyna Środowiskowa, 15(1), s. 69-74.

Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C.R. (2010) Wielokulturowość społeczeństwa polskiego, w: Krajewska-Kułak, E., Wrońska, I., Kędzióra-Kornatowska K., (red.) Problemy wielokulturowości w medycynie. Warszawa: Wyd. Lekarskie PZWL, s. 79-91.

Kucharska J. (2012). Problemy psychiczne w grupach mniejszości etnicznych i narodowych. Psychiatr. Pol., 46 (3) s.451-459.

Leźnicka M., Kławe J. (2012) Jak Romowie zamieszkujący województwo kujawsko-pomorskie oceniają swój stan zdrowia? Probl. Hig. Epidemiol., 93 (2), s.341-346.

Leźnicka M. (2010) Sytuacja zdrowotna społeczności romskiej województwa kujawsko-pomorskiego. [praca doktorska]. Uniwersytet Mikołaja Kopernika Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy.

Łysienia M. (2015) Cudzoziemcy w Polsce. Podręcznik dla funkcjonariuszy publicznych. Warszawa: Helsińska Fundacja Praw Człowieka.

http://programy.hfhr.pl/prawacudzoziemcow/wp-content/uploads/2014/09/CUDZOZIEMCY-W-POLSCE_ebook.pdf (dostęp: marzec 2015).

- Piłat M. (2007) Konsekwencje cierpień spowodowanych wojną i prześladowaniami, w: Piłat M. red. (2007). *Rozpocząć nowe życie. Wybrane zagadnienia z zakresu problematyki uchodźczej*. <http://www.old.caritas.pl/zalacznik.php?id=82> (dostęp: kwiecień 2015).
- Piłat M., (2012) Zachowania anty- i prozdrowotne. Longitudinalne badania małoletnich uchodźców w Polsce, w: *Analiza współczesnych zjawisk społecznych. Zachowania ryzykowne*, red. G. E. Kwiatkowska, I. Siudem, Lublin, 215-230.
- Piłat M., (2013) Kulturowe aspekty uzależnień. Raport z badań uchodźców szukających schronienia w Polsce, w: *Oblicza uzależnień: terapia jako przywracanie wolności*, red. W. P. Poleszak, Lublin, 205-223.
- Stanisz A. „Regresja logistyczna”, *Medycyna Praktyczna* 2002, <http://www.mp.pl/artykuly/11813> (dostęp: sierpień 2015)
- Weigl B., Różycka M. red. (2011). *Romowie 2011. Życie na pograniczu*. Warszawa: Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej. <http://psych.uw.edu.pl/mikk/teksty/2011%20-%20CYGAN,%20ROM,%20RUMUN%20-%20Weigl,%20Formanowicz,%20Winiewski.pdf>
- W trosce o pracę – raport UNDP, http://www.unic.un.org.pl/nhdr/nhdr2004/roz12_hdi.pdf (dostęp: sierpień 2015)
- Zalewska-Puchała J., Majda A., Śmiałek D. (2013) Zachowania zdrowotne studentów pochodzących z Tajwanu studiujących w Polsce. *Probl. Pielęg*, 21 (3), s.374-381
- Zalewska-Puchała J., Majda A., Antończyk A. (2013) Zachowania zdrowotne studentów pochodzenia wietnamskiego studiujących w Polsce. *Probl. Pielęg*, 21 (3), s.367-373.
- Ząbek M. (red.) *Między piekłem a rajem. Problemy adaptacji kulturowej uchodźców i imigrantów w Polsce*. Warszawa: Wydawnictwo Trio, Instytut Etnologii i Antropologii Kulturowej Wydziału Historycznego UW.
- Ząbek M., Łodziński S. (2008). *Uchodźcy w Polsce. Próba spojrzenia antropologicznego. Badania finansowane ze środków EFS w ramach Inicjatywy Wspólnotowej EQUAL*. Warszawa. <https://pl.scribd.com/doc/47601811/Uchodzczy-w-Polsce> (dostęp: sierpień 2015).

Zalecany materiał audiowizualny:

- Poznajmy się – reportaż o imigrantach w Polsce (dostępny również w wersji angielskiej): <https://www.youtube.com/watch?v=l1P1xXafT8Q> (dostęp: kwiecień 2015).
- Życie w ośrodku dla uchodźców w Polsce (Centrum Pomocy Prawnej): https://www.youtube.com/watch?v=rKhpvv_tjrs (dostęp: kwiecień 2015).
- Zestaw materiałów na temat wielokulturowości przygotowanych w ramach projektu „Moda na wielokulturowość” (internetowa telewizja edukacyjna; przykładowe tematy: Polityka migracyjna w Polsce, odcinki poświęcone poszczególnym grupom migrantów): <http://www.obywatelska.org.pl/?telewizja,102> (dostęp: kwiecień 2015).

Część 2: Korzystanie z systemu opieki zdrowotnej przez migrantów i mniejszości etniczne

- Mock-Muñoz de Luna C, Ingleby D, Graval E, Krasnik A. Synthesis Report. MEM-TP, Training packages for health professionals to improve access and quality of health services for migrants and ethnic minorities, including the Roma. Granada, Copenhagen: Andalusian School of Public Health, University of Copenhagen, 2015. 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 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, 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).

W języku polskim:

- Bloch N., Czerniejewska I., Józwiak I., Mińkowska A., Romanowicz A. (2010) *Cudzoziemcy w Poznaniu. Praca, zdrowie, edukacja*. Poznań.

Cegiełka D., Chrzanowska A., Klaus W., Wencel K. (2011) Przestrzeganie praw cudzoziemców umieszczonych w ośrodkach strzeżonych. Warszawa: Stowarzyszenie Interwencji Prawnej. <http://www.interwencjaprawna.pl/docs/ARE-211-monitoring-osrodki-strzezone.pdf> (dostęp: kwiecień 2015).

Chrzanowska A, Klaus W. red. (2011) Poza systemem – Dostęp do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce. Warszawa: Stowarzyszenie Interwencji Prawnej. <http://www.interwencjaprawna.pl/docs/poza-systemem.pdf> (dostęp: kwiecień 2015).

Relacja z seminarium „Poza systemem. Dostęp do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce: <http://interwencjaprawna.pl/relacja-z-seminarium-poza-systemem/> (dostęp: marzec 2015).

Cianciara D, Goryński P, Seroka W. (2011) Hospitalizacja migrantów w Polsce. Problemy Higieny i Epidemiologii, 92(3), s.497-503. <http://www.phie.pl/pdf/phe-2011/phe-2011-3-497.pdf> (Dostęp: marzec 2015).

Cianciara D., Dudzik K., Lewczuk A., Pinkas J. (2012) Liczba, charakterystyka i zdrowie imigrantów w Polsce. Problemy Higieny i Epidemiologii, 93(1), s. 143-150. <http://www.phie.pl/pdf/phe-2012/phe-2012-1-143.pdf> (dostęp: marzec 2015).

Firlit-Fesnak G., Łotocki Ł. (2007) Sytuacja cudzoziemców poszukujących ochrony w Polsce – raport z zogniskowanych wywiadów grupowych z cudzoziemcami mieszkającymi w ośrodku dla uchodźców w Czerwonym Borze. Instytut Polityki Społecznej UW. Seria Raporty Migracyjne 8/2007. <http://www.ips.uw.edu.pl/pliki/publikacje/migracje/raportm8.pdf> (dostęp: marzec 2015).

Grzymała-Każłowska A., Stefańska R. (2014) Cudzoziemcy korzystający z ochrony w Polsce. Studia BAS, Volume 4, nr 40. s.197-223. [http://orka.sejm.gov.pl/wydbas.nsf/0/E0C1B9AC2AA9478DC1257DDA00457158/\\$File/Strony%20odStudia_BA_S_40-11.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/wydbas.nsf/0/E0C1B9AC2AA9478DC1257DDA00457158/$File/Strony%20odStudia_BA_S_40-11.pdf) (dostęp: kwiecień 2015).

Instytut Polityki Społecznej, Wydział Dziennikarstwa i Nauk Politycznych, Uniwersytet Warszawski. Zakład Migracji i Stosunków Etnicznych. (2013). Integracja obywateli państw afrykańskich w Polsce w świetle badań jakościowych. Raport końcowy z badań statutowych. Warszawa: Instytut Polityki Społecznej. http://www.ips.uw.edu.pl/pliki/zaklady/zmise/afrykanczycy_raportkoncowy.pdf (dostęp: kwiecień 2015).

Jabłeczka B. (2012) Strukturalne i kulturowe przeszkody w dostępie imigrantów do ochrony zdrowia. Analiza źródeł zastanych. Instytut Spraw Publicznych. <http://www.archiwum.isp.org.pl/publikacja/wyszukiwarka/1615/znajdz>

Jabłeczka B. Wywiad w radiu: Tok FM: o relacjach pomiędzy personelem medycznym a pacjentami-cudzoziemcami. 20/12/2012 (dostępne na stronie Instytutu Spraw Publicznych – wyświetla się w wynikach wyszukiwania, po wpisaniu w wyszukiwarkę zapytania: migranci-zdrowie (kryterium wyszukiwania: tytuł) <http://www.isp.org.pl> (dostęp: marzec 2015).

Jagodziński J. Zielonka T. M. (2010) Obcokrajowcy leczeni na gruźlicę w Mazowieckim Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy w Otwocku. Pneumonol. Alergol. Pol, 78 (6), s.399-406.

Jaroszevska E. (2013) Migranci a zdrowie. Uwarunkowania kondycji zdrowotnej migrantów oraz bariery w korzystaniu z opieki medycznej, Wyd. Aspra..

Kędzińska K. (2012). Dostęp cudzoziemców do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej w Polsce. Prawo i Medycyna, 14 (2) s.17-31

Kawczyńska-Butrym Z. (2011) Migrant w sytuacji choroby. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, 9 (2), s. 113–118.

Monitoring opieki medycznej i psychologicznej nad matkami i dziećmi w ośrodkach dla osób ubiegających się o status uchodźcy, ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb osób będących ofiarami tortur, oraz fizycznych i psychicznych urazów wojennych. (2009) Warszawa: Fundacja Międzynarodowa Inicjatywa Humanitarna. http://www.mih.ihif.eu/sites/mih.ihif.eu/files/FORMULARZE/raport_monitoring_opieki_medycznej_i_psychologicznej_nad_matkami_i_dziecmi.pdf (dostęp: kwiecień 2015).

Kłorek N.: Ochrona zdrowia nieudokumentowanych migrantów i osób ubiegających się o ochronę międzynarodową w opinii cudzoziemców, w: Chrzanowska A, Klaus W. red. (2011) Poza systemem – Dostęp do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce. Warszawa: Stowarzyszenie Interwencji Prawnej, s. 45-112.

Książak M. (2011) Dostęp do pomocy medycznej i psychologicznej osób ubiegających się o status uchodźcy w Polsce, w: Chrzanowska A, Klaus W. red. (2011). Poza systemem – Dostęp do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce. Warszawa: Stowarzyszenie Interwencji Prawnej, s. 161-183.

Maśliński K. (2011) Prawne regulacje w zakresie dostępu do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce, w: Chrzanowska A, Klaus W. red. (2011). Poza systemem – Dostęp do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów i cudzoziemców

ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce. Warszawa: Stowarzyszenie Interwencji Prawnej, s. 23-44.

Niewidzialni. Bezpaństwowcy w Polsce. (2013) Kraków: Centrum Pomocy Prawnej im. Haliny Nieć. http://www.pomocprawna.org/images/stories/Pomoc_migrantom/raport_bezpanstwowcy-calosc.pdf (dostęp: kwiecień 2015).

Polakowski M.(2010). Usługi społeczne a imigranci w Polsce: pomoc społeczna i służba zdrowia, Warszawa: Centrum Stosunków Międzynarodowych. <http://csm.org.pl/pl/publikacje1/category/49-2010?download=429:uslugi-spoeczne-a-imigranci-w-polsce-pomoc-spoeczna-i-sluzba-zdrowia>

Ożóg A. (2013) Jak leczyć cudzoziemców w Polsce, <http://www.refugee.pl/?mod=knowbase&path=5474> (dostęp: kwiecień 2015).

Raporty migracyjne Instytutu Spraw Publicznych <http://ips.uw.edu.pl/pliki/publikacje/migracje/> (dostęp: kwiecień 2015).

Urząd ds. Cudzoziemców (2014). Informator Departamentu Pomocy Socjalnej. <http://udsc.gov.pl/uchodzczy-2/pomoc-socjalna/informatory-do-pobrania/informator-departamentu-pomocy-socjalnej/> (dostęp: marzec 2015).

Zgliczyński W., Cianciara D. (2013) Pacjenci obcokrajowcy w opiniach polskich lekarzy. Hyg. Pub. Health, 48 (1) s. 120-124.

Zalecany materiał audiowizualny:

Integracja w Polsce – opieka zdrowotna (Polskie Forum Migracyjne): https://www.youtube.com/watch?v=Z_s7OfXL_Gg (dostęp: kwiecień 2015).

Na słodko-kwaśno (pierwsze 4 minuty – pobyt Wietnamki na polskim bloku porodowym): https://www.youtube.com/watch?v=5kxmV_MgWvg (dostęp: kwiecień 2015).

Moduł 3: Umiejętności profesjonalne

Część 1: Rozwój umiejętności intrapersonalnych

IHC, Institute for Healthcare Communication. Impact of Communication in Healthcare, 2011. <http://healthcarecomm.org/about-us/impact-of-communication-in-healthcare/> (retrieved: March 5, 2015).

Larson EB, Yao, X. Clinical empathy as Emotional Labor in the Patient-Physician Relationship. JAMA 2005; 293(9):1100-1106.

<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=200456> (retrieved: March 5, 2015).

Mast MS. On the importance of nonverbal communication in the physician-patient interaction. Patient Educ Couns 2007;67:315-318.

McGarty C, Yzerbyt VY, Spears R. Social, cultural and cognitive factors in stereotype formation. In: McGarty C, Yzerbyt VY, Spears R (eds). Stereotypes as explanations: The formation of meaningful beliefs about social groups, p. 1-15. Cambridge: Cambridge University Press, 2002.

Stephen GH, Fuhrel-Forbis A, Rogers MA, Eggly S. Association between nonverbal communication during clinical interactions and outcomes: A systematic review and meta-analysis. Patient Educ Couns 2012;86:297–315.

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

http://www.wpro.who.int/health_services/people_at_the_centre_of_care/documents/ENG-PCIPolicyFramework.pdf (retrieved: March 5, 2015).

W języku polskim:

Barzykowski, K., Grzymała-Moszczyńska, H., Dzida, D., Grzymała-Moszczyńska, J. i Kosno, M. (2013) Wybrane zagadnienia diagnozy psychologicznej w kontekście wielokulturowości oraz wielojęzyczności dzieci i młodzieży. Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji

http://www.psychologia.uj.edu.pl/index.php/site/pracownik/daniel_dzida (dostęp: marzec 2015).

Branka M, Cieślukowska D. (2010) Edukacja antydyskryminacyjna. Podręcznik trenerski. Kraków: Villa Decius.

Chmielecka A. (2012) Od migracji do integracji. Vademecum. Warszawa: Helsińska Fundacja Praw Człowieka http://www.hfhrpol.waw.pl/wielokulturowosc/odmidoin_Vademecum.pdf (dostęp: marzec 2015).

Chmielecka A., Krywoszejew B. red. (2011) Weż kurs na wielokulturowość. E-podręcznik dla trenera, Warszawa 2011 <http://www.hfhr.org.pl/wezkurs/e-podrecznik> (dostęp: marzec 2015).

Grzymała-Moszczyńska H. Potrzeby nowych kompetencji zawodowych psychologów w związku z polską sytuacją migracyjną w: H. Grzymała-Moszczyńska, A. Kwiatkowska, J. Roszak (red.) Drogi i rozdroża: Migracje Polaków w Unii Europejskiej po 1 maja 2004 roku – analiza psychologiczno-socjologiczna, Kraków, s. 351-369.

Grzymała-Moszczyńska H. (2000) Uchodźcy. Podręcznik dla osób pracujących z uchodźcami. Kraków: Nomos

Kułak A., Kułak P., Shpakau A., Okurowska-Zawada B. (2011) Postrzeganie innych narodów i kultur przez młodzież polską studiującą nauki medyczne. Probl. Hig. Epidemiol, 92 (3) s.679-687.

Kondracka E. (2006) Społeczeństwo wielokulturowe. Lek. Rodz., 11 (2), s.164, 167.

Lipińska M. (2008) Warsztaty kompetencji międzykulturowych – podręcznik dla trenerów. Warszawa: MCAZ i UW http://uchodzcydoszkoly.pl/files/warsztaty_kompetencji_miedzykulturowych-podrecznik_dla_trenerow.pdf (dostęp: marzec 2015).

Matsumoto D., Juang L. (2007). Psychologia międzykulturowa. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.

Zajenkowska A. „Zrozumieć kontekst kulturowy”, w: Inspirator międzykulturowy, Grot K., Klaus W. (red.), Instytut Spraw Publicznych <http://interwencjaprawna.pl/wp-content/uploads/inspirator-miedzykulturowy.pdf> (dostęp: kwiecień 2015), s. 40-55.

Część 2: Rozwój umiejętności interpersonalnych

Buckman RA. Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. Community Oncology 2005;2(2) <http://www.acssurgerynews.com/co/journal/articles/0202138.pdf> (retrieved: March 5, 2015).

Council of Europe. Constructing an inclusive institutional culture. Strasbourg: Council of Europe Publishing, 2011- http://cdn.basw.co.uk/upload/basw_100713-4.pdf (retrieved: March 5, 2015).

Napier AD, Ancarno C, Butler B, Calabrese J, Chater A, Chatterjee H, et al. The Lancet Commissions. Culture and Health. Lancet 2014;384:1607–1639.

Scottish Government. Principles of Inclusive Communication: An information and self-assessment tool for public authorities. Edinburgh: Scottish Government, 2011. <http://www.gov.scot/Resource/Doc/357865/0120931.pdf> (retrieved: March 5, 2015).

T-SHaRE Project team. Transcultural Skills for Health and Health Care. Standards and Guidelines for Practice and Training, 2012. http://tshare.eu/drupal/sites/default/files/confidencial/WP11_co/MIOLO_TSHARE_216paginas.pdf (retrieved: March 5, 2015).

W języku polskim:

Barzykowski, K., Grzymała-Moszczyńska, H., Dzida, D., Grzymała-Moszczyńska, J. i Kosno, M. (2013) Wybrane zagadnienia diagnozy psychologicznej w kontekście wielokulturowości oraz wielojęzyczności dzieci i młodzieży. Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji http://www.psychologia.uj.edu.pl/index.php/site/pracownik/daniel_dzida (dostęp: kwiecień 2015).

Branka M, Cieślukowska D. (2010) Edukacja antydyskryminacyjna. Podręcznik trenerski. Kraków: Villa Decius.

Chmielecka A. (2012) Od migracji do integracji. Vademecum. Warszawa: Helsińska Fundacja Praw Człowieka. http://www.hfhrpol.waw.pl/wielokulturowosc/odmidoin_Vademecum.pdf (dostęp: kwiecień 2015).

Chmielecka A., Krywoszejew B. red. (2011) Weż kurs na wielokulturowość. E-podręcznik dla trenera, Warszawa 2011. <http://www.hfhr.org.pl/wezkurs/e-podrecznik>

Górski G. (2010) Medycyna wielokulturowa. W: Górski G., Kosowicz A., Marek A. Uchodźcy z polskim społeczeństwie. Vox Humana. http://www.voxhumana.pl/files/Uchodzczy_2010.pdf (dostęp: kwiecień 2015).

Grzymała-Moszczyńska H. Potrzeby nowych kompetencji zawodowych psychologów w związku z polską sytuacją migracyjną w: H. Grzymała-Moszczyńska, A. Kwiatkowska, J. Roszak (red.) Drogi i rozdroża: Migracje Polaków w Unii Europejskiej po 1 maja 2004 roku – analiza psychologiczno-socjologiczna, Kraków, s. 351-369.

Grzymała-Moszczyńska H. (2000) Uchodźcy. Podręcznik dla osób pracujących z uchodźcami. Kraków: Nomos

Kułak A., Kułak P., Shpakau A., Okurowska-Zawada B. (2011) Postrzeganie innych narodów i kultur przez młodzież polską studiującą nauki medyczne. Probl. Hig. Epidemiol, 92 (3) s.679-687.

Kondracka E. (2006) Społeczeństwo wielokulturowe. Lek. Rodz., 11 (2), s.164, 167.

Lipińska M. (2008) Warsztaty kompetencji międzykulturowych – podręcznik dla trenerów. Warszawa: MCAZ i UW. http://uchodzcydoszkoly.pl/files/warsztaty_kompetencji_miedzykulturowych-podrecznik_dla_trenerow.pdf (dostęp: kwiecień 2015).

Zajenkowska A. „Zrozumieć kontekst kulturowy”, w: Inspirator międzykulturowy, Grot K., Klaus W. (red.), Instytut Spraw Publicznych <http://interwencjaprawna.pl/wp-content/uploads/inspirator-miedzykulturowy.pdf> (dostęp: kwiecień 2015), s. 40-55.

Zalecany materiał audiowizualny:

Integracja w Polsce – różnice kulturowe (Polskie Forum Migracyjne): <https://www.youtube.com/watch?v=wSXKPvu8c8c> (dostęp: kwiecień 2015).

Między wschodem a zachodem czyli o różnicach kulturowych!:

<https://www.youtube.com/watch?v=emsnf60X3zY> (dostęp: kwiecień 2015).

Moduł 4: Stosowanie wiedzy

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

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

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

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

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

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

http://www.wpro.who.int/health_services/people_at_the_centre_of_care/documents/ENG-PCIPolicyFramework.pdf (retrieved: March 5, 2015).

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

W języku polskim:

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

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

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).

Médecins 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: Médecins du Monde, 2013.

http://b.3cdn.net/drofttheworld/d137240498b91ca33e_jhm62vjg1.pdf (retrieved: March 5, 2015).

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.

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> (dostęp: kwiecień 2015).

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 Człowieka i Podstawowych Wolności, w: Krajewska-Kułak E., Łukaszyk C.R. (2010) Wielokulturowość społeczeństwa polskiego, w: Krajewska-Kułak, E., Wrońska, I., Kędzióra-Kornatowska K., (red.) Problemy wielokulturowości w medycynie. Warszawa: Wyd. Lekarskie PZWL, s.97-102.

Zalecany materiał audiowizualny

Médecins 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 wielokulturowości 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> (dostęp: kwiecień 2015).

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

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).

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.

Część 4: Jakość opieki zdrowotnej przy uwzględnieniu różnorodności

Chiarenza A, in collaboration with Project Group on Standards for Equity in Health Care for Migrants and Other Vulnerable Groups, HPH Task Force Migrant Friendly Hospitals and Health Services. Standards for equity in health care for migrants and other vulnerable groups. Self-Assessment Tool for Pilot Implementation. Reggio Emilia: Task Force Migrant Friendly Hospitals and Health Services, 2014.

Mladovsky P. A framework for analysing migrant health policies in Europe. Health Policy 2009;93:55-63.

OPHS, US Department of Health and Human Services, Office of Minority Health. National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care. Final Report.

Washington: OPHS, 2001. <http://minorityhealth.hhs.gov/assets/pdf/checked/finalreport.pdf> (retrieved: March 5, 2015).

Quigley RL, den Broeder P, Furu A, Bond BC, Bos R. Health Impact Assessment International Best Practice Principles. Special Publication Series No. 5. Fargo, USA: International Association for Impact Assessment, 2006. <http://www.iaia.org/publicdocuments/special-publications/SP5.pdf?AspxAutoDetectCookieSupport=1> (retrieved: March 5, 2015).

W języku polskim:

Sakowski P. (2012). Szczepienia ochronne migrantów w Polsce. *Medycyna Pracy*, 63 (2), s.251 – 254. Informacja o realizacji projektu PROVMAX.

Stowarzyszenie Interwencji Prawnej. Prowadzenie Centrum Informacyjnego dla Cudzoziemców: <http://interwencjaprawna.pl/cic/centrum-informacyjne-dla-cudzoziemcow/> (dostęp: kwiecień 2015).

Zabdyr-Jamróż M. Ocena skutków zdrowotnych (HIA) w Polsce dla planowanie przestrzennego i transportu. Część A: Metodologia, przykłady i dylematy, 2015, http://www.academia.edu/11712223/Ocena_Skutków_Zdrowotnych_HIA_w_Polsce_dla_Planowania_Przestrzennego_i_Transportu._Część_A_Metodologia_przykłady_i_dylematy_---_Health_Impact_Assessment_in_Spatial_and_Transport_Planning_in_Poland._Part_A_Methodology_examples_and_dilemmas (dostęp: kwiecień 2015).

Projekty (dostęp: lipiec 2015)

Bezpieczny dom: <https://www.facebook.com/Stowarzyszenie.Interwencji.Prawnej?fref=nf>

Macierzyństwo na uchodźstwie:

<http://multiocalenie.org.pl/projekty/pierwsze-1000-dni-dla-zdrowia/>

Projekt EUGATE: <http://ec.europa.eu/chafea/projects/database.html?prjno=2006129>

oraz: <http://www.eugate.org.uk/project/index.html>

Projekt EQUI-HEALTH: <http://equi-health.eea.iom.int/>.

Projekt PROMO: <http://www.promostudy.org>

Projekt PROMOVAX http://www.promovax.eu/toolkits/MT_polish_web.pdf), http://www.promovax.eu/toolkits/HCW_polish_web.pdf, http://www.promovax.eu/toolkits/HCW_polish_forms_web.pdf, <http://www.promovax.eu/>

Część 5: Podejście oparte na społeczności lokalnej, promocja partycypacji i zaangażowania korzystających oraz społeczności

ECDC, European Centre for Disease Prevention and Control, WHCA, World Health Communication Associated Ltd. Let's talk about protection: enhancing childhood vaccination uptake. Communication action guide for health care providers. Stockholm: ECDC, 2012.

<http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/immunisation/comms-aid/Documents/Vaccine-comms-action-2013.pdf> (retrieved: March 5, 2015).

MdM, Médecins du Monde. Working with communities, 2012.

http://www.medecinsdumonde.org/content/download/13648/163222/file/MdM_Working+with+Communities_2012.pdf (retrieved: March 5, 2015).

National Network of Health Mediators. About Health Mediators, 2015.

http://www.zdravenmediator.net/en/index.php?pagetype=text&page_id=60 (retrieved: March 5, 2015).

Open Society Foundations, Public Health Programme. Roma Health Mediators: Successes and Challenges. New York: Open Society Foundations, 2011.

<http://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/roma-health-mediators-20111022.pdf> (retrieved: March 5, 2015).

WHO Regional Office for Europe (2013). Roma health mediation in Romania. Roma Health – Case Study Series 2013;1.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/235141/e96931.pdf?ua=1 (retrieved: March 5, 2015).

W języku polskim:

Weigl B., Różycka M., (2013, red.) Romowie 2011. Od działań systemowych do rozwiązań lokalnych. Wydawnictwo APS, Warszawa, ss. 240.

Część 6: Podejście międzysektorowe

CHAFEA, Consumers, Health and Food Executive Agency, European Commission. Action on health inequalities in the European Union. Final version. The EU Health Programme'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).

Ståhl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K. Health in All Policies. Prospects and potentials. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, European Observatory on Health Systems and Policies, 2006, p. 5.

http://ec.europa.eu/health/ph_information/documents/health_in_all_policies.pdf

(retrieved: March 5, 2015).

WHO, World Health Organization, Public Health Agency of Canada. Health Equity Through Intersectoral Action: An Analysis of 18 Country Case Studies. WHO, Public Health Agency of Canada, 2008.

http://www.who.int/social_determinants/resources/health_equity_isa_2008_en.pdf?ua=1

(retrieved: March 5, 2015).

Moduł dodatkowy 1: Grupy docelowe

Część 2: Migranci w nieuregulowanej sytuacji

FRA, European Union Agency for Fundamental Rights. Fundamental Rights of Migrants in an Irregular Situation in the European Union. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2011a.

http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/1827-FRA_2011_Migrants_in_an_irregular_situation_EN.pdf

(retrieved: March 5, 2015).

FRA, European Union Agency for Fundamental Rights. Migrants in an Irregular Situation: Access to Health Care in 10 European Union Member States. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2011b.

http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/1771-FRA-2011-fundamental-rights-for-irregular-migrants-healthcare_EN.pdf

(retrieved: March 5, 2015).

PICUM, Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants. Why 'Undocumented' or 'Irregular'? Brussels: PICUM, s.a.

http://picum.org/picum.org/uploads/file/TerminologyLeaflet_reprint_FINAL.pdf

(retrieved: March 5, 2015).

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.

Zalecana strona w sieci:

PICUM, Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants. Undocumentary. The Reality of Undocumented Migrants in Europe, 2014. <http://www.undocumentary.org/>, including a Teacher's Guide:

http://picum.org/picum.org/uploads/publication/Educational%20guide_FINAL_EN.pdf (retrieved: March 5, 2015).

Moduł dodatkowy 2: Specyficzne problem zdrowotne

Część 1: Choroby przewlekłe

Bhopal R. Chronic diseases in Europe's migrant and ethnic minorities: challenges, solutions and a vision. Eur J Public Health [Internet]. 2009 Apr;19(2):140-3.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19307249> (retrieved: March 5, 2015)

Carballo M. Chapter 5: Non-communicable diseases. In: Fernandes A, Pereira J (eds). Health and Migration in the EU: Better health for all in an inclusive society. Lisbon: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2009.

<http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/89916BBA-2C9C-48D2-979C-DEA62DA6ABC3/18919/HealthMigrationEU2.pdf> (retrieved: March 5, 2015).

Dobranici M, Buzea A, Popescu R. The cardiovascular risk factors of the Roma (Gypsies) people in Central-Eastern Europe: a review of the published literature. *J Med Life*. 2012;5(4):382–389. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23390466> (retrieved: March 5, 2015).

Część 2: Choroby zakaźne

Barnett T, Carballo M, Haour-Knipe M, Houdry V, Jones J, Laukamm-Josten U, et al. Migration and infectious diseases in the EU. Stockholm: ECDC, European Centre for Disease Prevention and Control, 2014.

<http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/assessing-burden-disease-migrant-populations.pdf> (retrieved: March 5, 2015).

European Academies Science Advisory Council. Impact of migration on infectious diseases in Europe. 2007. http://www.easac.eu/fileadmin/PDF_s/reports_statements/Migration.pdf (retrieved: March 5, 2015)-

Część 3: Zdrowie psychiczne

Bhugra D, Gupta S, Bhui K, Craig T, Dogra N. WPA guidance on mental health and mental health care in migrants. *World Psych* 2011;10:2–10.

Carta MG, Bernal M, Hardoy MC, Haro-Abad JM. Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix 1), *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2005;1:13. doi: 10.1186/1745-0179-1-13.

EMCDDA, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Drug prevention interventions targeting minority ethnic populations: issues raised by 33 case studies. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2013.

http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_197631_EN_TDXA13001ENN.pdf (retrieved: March 5, 2015).

Knowledge Matrix. Identifying best practice in actions on tobacco smoking to reduce health inequalities, Luxembourg: European Commission, Consumers, Health and Food Executive Agency, 2013.

http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/2014_best_practice_report_en.pdf (retrieved: March 5, 2015).

Marcu O, Marani P, SRAP Network (eds). Understanding drug addiction in Roma and Sinti communities, Research report. Luxembourg: European Commission, Executive Agency for Health and Consumers, 2012. <http://srap-project.eu/files/2012/06/SRAP-Action-research-final-report-Short.pdf> (retrieved: March 5, 2015).